

**“Tudo bem”, “tudo em paz” e “uma tremenda sorte”:
Avaliações positivas no gerenciamento da incerteza
na comunicação entre oncologistas e pacientes
com câncer de mama**

***‘You’re all right’, ‘Everything’s ok’ and ‘tremendous luck’:
Positive assessments in the managing of uncertainty in the
communication between oncologists and breast cancer patients***

Joseane de Souza

UNISINOS

joseanedesouzabr@gmail.com

Ana Cristina Ostermann

UNISINOS

ana.cristina.ostermann@gmail.com

Resumo: Este artigo apresenta a investigação de interações entre oncologistas e mulheres com câncer de mama em consultas de acompanhamento ao longo de seus tratamentos ou de revisão. Especificamente, analisa-se como pacientes e médicos lidam interacionalmente com a impossibilidade de certezas nesse contexto. Além disso, reflete-se brevemente sobre as implicações desse gerenciamento para a prática médica na oncologia. A metodologia utilizada advém da abordagem teórico-metodológica da Análise da Conversa ou Fala-em-Interação (SACKS, 1992). Os dados (24 consultas gravadas em áudio) foram gerados em um hospital da região sul do Brasil, transcritos segundo convenções próprias da área (JEFFERSON, 1984) e então analisados. A análise revela como as ações de avaliação e solicitação de avaliação realizadas por oncologistas e pacientes operam de forma a lidar com

a impossibilidade da certeza nas consultas. No gerenciamento das incertezas envolvidas em consultas oncológicas, a análise também revela que e como as avaliações positivas produzidas pelos médicos podem ter consequências tranquilizadoras para a paciente.

Palavras-chave: câncer de mama; análise da conversa; comunicação médico-paciente; gerenciamento da incerteza.

Abstract: This article investigates interactions between oncologists and women patients of breast cancer in follow up appointments along their treatment or post treatment follow up appointments. In particular, we analyze how patients and physicians interactionally deal with the impossibility of certainty within this context. We also discuss on the implications of such interactional management for the medical practice. The theoretical and methodological perspective is that of Conversation Analysis or Talk in Interaction (SACKS, 1992). The interactions analyzed (24 audiorecorded consultations) were collected at a hospital in Southern Brazil, transcribed by using the conversation analytical conventions (JEFFERSON, 1984), and then analyzed. The analysis reveals the means by which the actions of evaluating and requesting for evaluation undertaken by oncologists and patients operate so as to deal with the impossibility of certainty in these consultations. In the management of uncertainty in the oncological consultations, the analysis also shows which and how positive evaluations produced by the physicians might have interactionally-demonstrated tranquilizing or alleviating consequences to the patients.

Keywords: breast cancer; conversation analysis; doctor-patient communication; management of uncertainty.

Recebido em: 25 de março de 2016.

Aprovado em: 16 de junho de 2016.

1 Introdução: uma lacuna de pesquisa habitada pela impossibilidade da certeza¹

“Tá tudo bem.” Parece óbvio dizer que é isso que as pacientes com câncer de mama querem ouvir em suas consultas de revisão ou acompanhamento de seus tratamentos. O que não é nada óbvio é justamente desvelar como a impossibilidade da certeza (relativa ao estado de saúde das pacientes, à eficácia de seus tratamentos e à possibilidade de recidivas) perpassa as interações em suas consultas oncológicas. Não se trata aqui de perceber incerteza ou certeza por meio dos modalizadores linguísticos, como poderia se pensar em nossa área, mas por meio de ações interacionais coconstruídas e negociadas pelos interlocutores desse evento discursivo, o que constitui a abordagem da Análise da Conversa (SACKS, 1992) de base etnometodológica. Uma das vias pela qual observamos as incertezas, ou o “gerenciamento da incerteza”, termo que propomos aqui inspiradas em Fatigante e Bafaro (2014)², é pela orientação de médicos e pacientes ao “tudo bem” e avaliações positivas equivalentes e escalonadas em consultas de acompanhamento e revisão do câncer de mama. Como esse gerenciamento da incerteza se revela nas interações é o que será descrito e discutido neste artigo, e também se refletirá a respeito da implicação desse gerenciamento para a prática médica concernente ao tipo de consulta em questão.

Tenta-se mostrar que essa busca pelo “tudo bem” na consulta inicia-se com avaliações do próprio estado emocional produzidas pelas pacientes. Consequentemente, argumenta-se aqui, as avaliações positivas

¹ Agradecemos à CAPES pelo apoio obtido por meio de bolsas de Doutorado e de Pós-Doutorado concedidas à primeira autora, e também ao CNPq, à CAPES e à FAPERGS pelo apoio obtido através de Bolsa de Produtividade (Processo CNPq n.º 311473/2012-1) e pelos auxílios à pesquisa obtidos através dos editais MCT/CNPq/MEC (Processo n.º 401569/2010-1) e PPSUS MS/CNPq/FAPERGS 06/2006 (Processo n.º 0700767) à segunda autora.

² Marilena Fatigante e Saverio Bafaro, linguistas de Sapienza – Universidade de Roma, na Itália, propõem o termo *management of uncertainty* ao investigarem como ocorre a entrega de opinião especializada em consultas entre ginecologistas e obstetras e pacientes gestantes. Esse contexto, entretanto, difere do contexto de pesquisa sendo apresentado neste artigo, uma vez que não lida com as incertezas inerentes aos tratamentos e desdobramentos do câncer de mama e com as especificidades do tipo de interação sob análise.

dos médicos em resposta apresentam um potencial de tranquilização das pacientes – o que funciona como um ‘atestado de saúde’, uma espécie de ‘carimbo institucional’ de que elas estão bem (isso pelo menos até a próxima investigação via exames), e por isso a escolha do termo “gerenciamento da incerteza” para retratar a maneira como os participantes lidam com o problema da impossibilidade da certeza nesse contexto.

A preocupação com consultas dessa natureza (acompanhamento e revisão) provém da constatação de que a literatura sobre comunicação médico-paciente com câncer concentra-se ou em momentos de diagnóstico da doença, ou em desdobramentos de casos terminais, em que não há mais nada a ser feito pela doença em si. Ou seja, consultas de acompanhamento e revisão tendem a não ser objeto de análise. Ao mesmo tempo, a literatura existente sobre consultas oncológicas é embasada em uma larga quantidade de estudos realizados por meio de entrevistas ou questionários que olham para o que os/as profissionais da saúde e os/as pacientes têm a dizer sobre suas consultas *depois* que elas já aconteceram, assim como já apontado em outros estudos sobre a comunicação profissional da saúde-paciente (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

As pesquisas brasileiras que se ocupam da relação médico-paciente na oncologia basicamente iniciam seus trabalhos a partir do tema da comunicação de más notícias, ou da revelação em si do diagnóstico de câncer. Conforme Valéria Silva e Márcia Zago (2005), o interesse pela comunicação médico-paciente no momento da revelação do diagnóstico de câncer cresce em função do envolvimento de aspectos psicológicos, físicos e interpessoais que podem resultar em conflitos de diferentes naturezas e afetar sintomas, tratamento e resultados.

Também Ana Valéria Miceli (2009), para citar mais um estudo da área, constatou, em pesquisa conduzida no Instituto do Câncer do Rio de Janeiro (INCA), que pacientes com câncer valorizam o tratamento atencioso do médico mais do que a própria supressão da dor. A autora aponta para a relação imediata entre a qualidade da comunicação médico-paciente e a satisfação do paciente e a crença nos resultados do tratamento. Além disso, Miceli (2009) afirma que pacientes que expressam mais suas preferências e preocupações e que fazem mais perguntas possibilitam ao médico prover mais informações, acomodar pedidos e oferecer suporte, o que legitima “um contínuo envolvimento do paciente. Isto reflete a dinâmica da reciprocidade comunicacional e a mútua influência nos encontros” (p. 86-87).

Ainda que o estudo de Miceli aborde a conjuntura da relação médico-paciente do ponto de vista tanto dos “direitos e deveres” do paciente quanto do médico, grande ênfase é dada ao sofrimento dos profissionais envolvidos diariamente com a comunicação de notícias difíceis e, em outros estudos, até mesmo com as perdas constantes (mortes) de seus/suas pacientes. É o caso, por exemplo, da cartilha *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*, lançada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2010, em uma parceria com o Hospital Albert Einstein, no Rio de Janeiro, a ser distribuída ao Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).

O estudo que originou a cartilha deu atenção quase unicamente a relatos das equipes médicas pesquisadas, em reuniões semanais, sobre sua dificuldade interacional e sobrecarga emocional ao comunicar notícias difíceis (INCA, 2010). Parafraseando uma das coordenadoras da pesquisa, a ênfase foi dada primordialmente ao *cuidado com o cuidador*, ou seja, a preocupação central são os profissionais da oncologia (INCA, 2010, p. 24). Assim, tal pesquisa não levou em consideração as ações e os entendimentos construídos conjuntamente na interação por oncologista e paciente nesses momentos, via dados naturalísticos, como é o caso da pesquisa que originou o presente artigo, desdobramento de uma tese de doutorado em Linguística Aplicada. Dessa forma, a cartilha, subproduto do estudo do INCA, baseia-se muito mais em impressões contidas nos relatos (do que seria adequado fazer naquele momento) construídas pelo grupo de trabalhadores pesquisado, do que em práticas exemplares, identificadas a partir de dados naturalísticos, que tenham dado certo com membros da equipe por surtirem efeitos positivos nos pacientes.

É dentro desse cenário – de uma lacuna de pesquisas que se debruçam sobre consultas de acompanhamento e revisão e que foquem no que de fato acontece entre os interagentes em questão – que este estudo emerge. Por meio deste artigo, queremos demonstrar a importância de: (1) se investigar dados naturalísticos da interação médico-paciente, assumindo uma perspectiva de *linguagem em uso*, e de (2) se investigar as consultas pós-diagnóstico no contexto do câncer de mama em situações em que aparentemente não há nenhum problema novo, e nenhuma paciente está em estado terminal, para daí, então, lançarmos sugestões para a prática profissional. Essas consultas não têm sido objeto de estudo no Brasil, sob perspectiva teórica alguma, entretanto somam a maior parte do dia-a-dia dos consultórios oncológicos e constituem-se no mais

longo período de vivência dessas mulheres como pacientes com seus/suas respectivos/as médicos/as.

Este artigo, assim, analisa como pacientes e médicos lidam, em suas consultas, com a impossibilidade de certezas. Contudo, antes que se passe à análise, faz-se necessária uma discussão sobre avaliação, posicionamento epistêmico e afiliação, já que esses conceitos serão fundamentais para as discussões do artigo, e a apresentação da metodologia utilizada no estudo.

2 Avaliação: quem faz, quem pode fazer, como se faz e o que ela faz nas interações?

A pergunta polar “tá tudo bem?” (*polar* porque é formatada para receber *sim* ou *não* como resposta), analisada neste artigo, aponta para uma preferência por uma confirmação ou concordância como resposta (HERITAGE; RAYMOND, 2012). Nas respostas ao “tá tudo bem?” das pacientes, os médicos muitas vezes respondem com um “tudo bem”. Para Heritage e Raymond (2012), a repetição que confirma, mais do que apenas assente, tem o papel de corroborar o direito epistêmico de quem confirma (aqui o médico) em determinar se a inferência feita pelo falante (aqui a paciente) pode ser feita de fato.

Ao mesmo tempo, essa pergunta das pacientes é a solicitação para que os médicos realizem uma avaliação de seu estado de saúde. Anita Pomerantz (1984, p. 57) afirma que “[a]valiações são produzidas como *produtos* de participação; com uma avaliação, um falante alega conhecimento daquilo que está avaliando”. Charles Goodwin e Marjorie Goodwin (1992) definem ‘avaliação’ como uma *atividade* que envolveria, por exemplo, uma descrição e então a avaliação propriamente dita – como quando uma pessoa narra a outra um filme a que assistiu e adiciona uma avaliação sobre ele, muitas vezes em um mesmo turno de fala. O autor e a autora afirmam que “[...] a atividade de realizar avaliações constitui um dos lugares-chave em que os participantes negociam e mostram um ao outro uma visão congruente dos eventos com os quais eles se deparam em seu mundo.” (1992, p. 182).

Para fins desta análise, definimos avaliação como a produção de uma ideia ou opinião sobre algo subsidiada pelo conhecimento que o avaliador tem sobre o que está avaliando (vide “posicionamento

epistêmico”, discutido a seguir), ainda que seu “projeto”³ de avaliação não receba tratamento pelo outro. Como se tratam de consultas médicas, tanto os médicos quanto as pacientes podem realizar avaliações de acordo com o que eles conhecem sobre algo, baseando-se em seu saber, participação ou experiência – não sendo, então, uma atividade exclusiva dos médicos por serem representantes do “saber técnico-científico”, já que as pacientes têm o conhecimento relacionado a seu corpo, sua história e suas sensações.

Pomerantz (1984) trata de concordâncias e discordâncias de falantes correntes com avaliações produzidas pelo falante anterior. A autora considera que avaliações são ações que geram adjacência ao requerer avaliações em resposta (segunda posição) que concordem ou discordem da avaliação em primeira posição.⁴ Contudo, Tanya Stivers e Federico Rossano (2010) consideram avaliação uma ação que não necessariamente mobiliza resposta e não constrói adjacências – ou seja, não gera a relevância de uma segunda parte – com a mesma força com que o fazem ações como perguntas, pedidos ou convites. Esse argumento baseia-se no fato de que, nas sequências em que, por exemplo, perguntas, pedidos ou convites são realizados, há uma orientação dos interlocutores a uma resposta ou a uma explicação para a ausência da resposta, diferentemente do que acontece em alguns tipos de avaliações. Os autores explicam que a construção de adjacência e mobilização de resposta não está somente no que Emanuel Schegloff e Harvey Sacks (1973) chamaram de *relevância condicional*, referindo-se às propriedades funcionais das ações (para cada tipo de ação iniciadora de uma sequência, um tipo respectivo de ação é esperado em resposta), em que o formato do turno vai determinar o tipo de resposta a ser provida. Stivers e Rossano

³ Por *projeto*, Harvey Sacks (1992) e Anita Pomerantz (1988) referem-se ao *propósito* de uma pergunta / contribuição de um falante que pode ser reconhecido pelo interlocutor (e isso então se mostra em sua resposta). Esse reconhecimento do projeto / do propósito pode acontecer tanto em situações mais explícitas, em que o propósito de fato fica claro em algum elemento do *design* do enunciado que o falante utiliza (uma expressão específica, ou a entonação empregada) ao fazer uma pergunta, por exemplo, ou ser mais implícito, depender de maiores inferências do interlocutor.

⁴ Há que se explicar primeiramente que ações em primeira posição são as que *criam* a necessidade de uma resposta na sequência, também chamadas de *geradoras de adjacência* (e.g. Você me daria um copo d’água?), e não as respostas em si, que são, então, ações em segunda posição (e.g. *Aqui está seu copo d’água*).

concordam com Schegloff e Sacks, mas observam que até então não se pensara na possibilidade de o formato do turno “condicionar se uma resposta é ou não mobilizada de todo” (p. 4, grifo nosso).

Stivers e Rossano (2010), então, listam as características de formato de turno que mobilizam ou não resposta de acordo com o que observaram em seus dados: (a) léxico-morfossintaxe interrogativa (palavras e ordem de palavras específicas envolvidas na ação de perguntar – ordem de palavras aqui se refere à inversão auxiliar-pronome da língua inglesa, não encontrada no português); (b) prosódia interrogativa (entonação ascendente em contraposição a entonações descendente ou contínua da fala); (c) condição e posição epistêmica do interlocutor (possibilidade de acessar o objeto da avaliação para produzi-la ou obrigatoriedade de saber sobre o assunto); e (d) olhar do falante (característica multimodal de direção do olhar, de contato de olhos entre os falantes, etc). Essas características de formato de turno, estreitamente relacionadas a formatos de solicitação de informação, são importantes na mobilização de respostas, ou seja, na criação de adjacência e de relevância condicional, além da própria ação que está sendo produzida e da posição sequencial em que é realizada – que obviamente também são relevantes.

Outro conceito importante neste artigo é o de afiliação. Stivers (2008) entende que o termo afiliação descreve ações em segunda posição (normalmente em resposta a uma primeira ação) que dão suporte ao *ponto de vista* ou *posicionamento* (no inglês, *stance*) do interlocutor. Ela ainda afirma que o ponto de vista/posicionamento pode ser entendido como o “tratamento afetivo do falante para com os eventos que ele ou ela está descrevendo” (STIVERS, 2008, p. 37). Assim, expressar um ponto de vista compatível com aquele construído por quem acabou de contar uma história, por exemplo, é considerado uma ação afiliativa. Para Steensig (2012), turnos afiliativos em segunda posição são os que (a) demonstram empatia, (b) oferecem suporte a posicionamentos, e (c) mostram-se colaborativos com a preferência das ações.

O excerto a seguir, de uma das interações do *corpus*, ilustrará esse conceito:

Excerto 1:

- 124 FRANCINE: bom (.) eu ã hhh .hh comece:i no- não- ã (.)
 125 ↓lá em se↑tembro em diante outubro em diante
 126 não sei se foi coinci↑dência que eu tava
 127 (cuidando) comecei a tê assim (.) uma
 128 irritabilidade tão grande
- 129 SILVIO: **a:rrãm**
- 130 FRANCINE: ↑ufe- que (ninguém) me aguentá- aguen[ta:va,
 131 SILVIO: [nem tu te
 132 aguentava
 133 FRANCINE: nem eu me aguentava ã- as- uma co:isa e eu
 134 pa- parece assim que tudo aquilo que eu
 135 tive que:: segurá durante o tratamento
 136 explo↑diu só- chegô. agor::a (deu)
- 137 SILVIO: hahaha te concedeu o::
- 138 FRANCINE: é.
- 139 SILVIO: =a oportunidade [(também)]
 140 FRANCINE: [olha:,
 141 FRANCINE: é aí eu comecei a analisá a situação tava
 142 >ficando difícil ficando difícil< aí eu procurei
 143 u::m (.) terapeuta.
 144 SILVIO: **ótimo.**

O continuador da linha 129 representa um *alinhamento*, isto é, contribui para que a paciente continue em sua narrativa. Já a avaliação positiva de Sílvia na linha 144 não apenas contribui para a manutenção da atividade em que ambos estão engajados, como também consiste no *ponto de vista* de Sílvia a respeito do fato que ela está contando, constituindo uma ação afiliativa – sua aprovação da atitude da paciente.

Segundo Lindström e Sorjonen (2013), ações afiliativas frequentemente são formatadas como preferidas⁵. As autoras discutem

⁵ Ação preferida é aquela socialmente esperada. Por exemplo, quando alguém faz um convite, espera que seja aceito. A recusa constitui uma ação despreferida. “As ações preferidas / despreferidas têm também o que chamamos de ‘formatos (tecnicamente) preferidos / despreferidos’. Uma ação apresentada em formato preferido é normalmente produzida de forma direta, sem atrasos, sem hesitação, sem justificativas (e.g. um aceite a um convite com um curto ‘Sim.’). Já o formato despreferido caracteriza aquelas ações que são produzidas de forma mais alongada, com atrasos, hesitações, justificativas (e.g. declinar um convite produzindo algo como ‘Poxa. Logo hoje. Sabe o que é? É que hoje eu já tinha marcado de fazer um exame lá no centro.’)” (SOUZA; OSTERMANN, 2012, p. 163)

vários estudos que apontam que respostas a ações em primeira posição, tais como pedidos, convites, avaliações, autorreprovações, acusações, indicam uma ligação entre o seu formato e o posicionamento / ponto de vista expressado pelo falante. Lindström e Sorjonen (2013) dão o exemplo de um convite que é rejeitado (ação despreferida) apontando para como o formato dessa rejeição (com atrasos e justificativas) é produzido de maneira a atenuar seu “impacto desafiliativo” e “minimizar a afronta à solidariedade social” (LINDSTRÖM; SORJONEN, 2013, p. 350), isto é, lidar com o caráter de despreferência de uma desafiliação.

Além disso, consideramos que, ao avaliar, o falante também se *posiciona* epistemicamente a respeito do objeto que avalia (e isso atualiza no aqui-e-agora seu *status* epistêmico, que, portanto, não é fixo). Para Heritage (2012), o *posicionamento epistêmico*⁶ refere-se à exibição de conhecimento situadamente nas relações sociais, o que engloba o *status epistêmico* dos falantes; entretanto, o autor esclarece que o *status epistêmico a priori* de um falante e um *posicionamento epistêmico* seu podem não convergir, dependendo do fazer de cada um na interação. Esses *posicionamentos* (epistêmicos) acontecem por meio do *formato* (e.g. mais ou menos declarativo, com ou sem modalizações, etc.) dos turnos de fala dos interagentes e da natureza da *ação* que o turno desempenha (no caso deste artigo, uma avaliação de um profissional).

Então, ao se considerar determinadas ações como *avaliações* neste artigo, quer-se chegar no ponto de congruência entre (a) uma ação estar sendo entendida como uma avaliação ou não, (b) o falante seguinte ter ou não a condição e a posição epistêmica para avaliar, (c) o formato desse turno ter ou não gerado uma adjacência, ou seja, ter mobilizado (no sentido de requerido) uma resposta. Além desses pontos, há que se atentar para a diferença entre a simples *produção* de uma avaliação (por meio de um formato que não necessariamente gere a relevância de uma avaliação em segunda posição) e a explícita *solicitação* de uma avaliação (por meio de um formato que gere necessidade de uma avaliação em resposta ou de uma justificativa para sua ausência – o que acontece por meio de perguntas diretas, por exemplo).

⁶ *Posicionamento* epistêmico traduz o termo *epistemic stance*, já *posição* epistêmica aqui é como traduzimos o termo *epistemic status* (HERITAGE, 2012).

3 Metodologia

Os dados utilizados neste artigo são naturalísticos. As interações das 20 consultas médicas de revisão ou de acompanhamento ao longo de tratamentos de pacientes com câncer de mama e seus oncologistas foram coletadas em um hospital da rede privada brasileiro em áudio e depois transcritas seguindo as convenções da área (JEFFERSON, 1984)⁷. Uma tabela com a versão resumida dessas convenções é apresentada na Figura 1, a seguir.

[texto]	Falas sobrepostas
(1.8)	Pausa
(.)	Micropausa
,	Entonação contínua
.	Entonação descendente do turno
?	Entonação ascendente do turno
:	Alongamento de som
TEXTO	Fala com volume mais alto
<u>Texto</u>	Sílabas, palavra ou som acentuado
(texto)	Dúvida na transcrição
XXXX	Trecho inaudível
((texto))	Comentários da transcritora
haha	Risada
°texto°	Fala em volume mais baixo
↑	Entonação ascendente da sílaba
↓	Entonação descendente da sílaba
>texto<	Trecho de fala mais rápida
<texto>	Trecho de fala mais devagar
-	Interrupção abrupta da própria fala
=	Fala colada
h	Expiração audível
.h	Inspiração audível

Figura 1 – Convenções de transcrição, adaptadas de Jefferson (1984)

⁷ Algumas das interações foram *transcritas* pelas bolsistas do Grupo do Diretório de Pesquisas do CNPq *Fala-em-Interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais*, coordenado pela segunda autora, em 2012, e então *revisadas* várias vezes pela primeira autora ao longo dos anos de 2013 a 2015.

Salienta-se que o projeto de pesquisa do qual este artigo deriva tramitou por dois comitês de ética (o da universidade e o da instituição pesquisada)⁸. Os dados foram analisados de acordo com a abordagem teórico-analítica da Análise da Conversa (SACKS, 1992) ou Análise da Fala-em-Interação, termo mais utilizado para referência a estudos que investigam as ações dos participantes em *contextos institucionais* (DREW; HERITAGE, 1992).

Sob essa perspectiva, faz-se uma análise *sequencial* para ver os entendimentos que são construídos pelos interlocutores, ou seja, entende-se que cada turno de um falante corrente carrega o entendimento que esta pessoa tem da última fala do falante anterior, e assim sucessivamente, numa *maquinaria* que consiste em uma troca de turnos de fala. Para a análise da fala-em-interação, é na troca de turnos e em cada turno em si que as pessoas constroem suas ações no mundo, e o lócus dessas ações é a interação. Tal abordagem não objetiva interpretar o que um participante “quis dizer” com determinado enunciado, mas sim como o outro participante (o próximo falante) compreendeu esse enunciado, descrevendo as práticas por meio das quais os participantes realizam suas ações.

O entendimento de ação possui papel central na sequencialidade. A cada novo turno (ou *vez de falar*) em que “respondemos” a uma fala de um falante anterior, demonstramos a atribuição de sentido que fizemos da fala recém-produzida pelo outro. Na verdade, entende-se que a conversa só é possível devido a esse pré-requisito de atribuições de sentido às ações de acordo com o que estamos ouvindo. Levinson (2013) explica que o entendimento do que o outro está a produzir e a consequente atribuição de sentido à ação que ele está a construir se dá de maneira muito rápida, enquanto o primeiro falante ainda está a produzir seu turno de fala. Assim, com base em elementos que já são compartilhados pelos falantes como sistema gramatical, entonação e outras características na produção dos sons, reconhecimento de elementos multimodais como gestos, olhares e direcionamento corporal e a relação entre esses elementos e dados contextuais e situacionais, conseguimos reconhecer e atribuir

⁸ O projeto de pesquisa *A construção de tópicos delicados na fala-em-interação em consultas oncológicas* gerou, no comitê de ética da instituição pesquisada, a homologação número 493/11; já na instituição de ensino superior à qual as autoras estão vinculadas, a homologação número 11/128.

sentido à determinada ação enquanto ela é produzida e, assim, podemos instantaneamente agir a partir dela. A maior evidência de que realmente tudo acontece muito rápido é o fato de que, como falantes, conseguimos produzir até mesmo sobreposição de falas, muitas vezes antecipando nosso entendimento do que o outro ainda está a finalizar.

Dessa forma, pares de ações adjacentes se formam, e eles são a base do entendimento das ações para os analistas: falas concatenadas como pedido de informação-provimento de informação, convite-recusa, convite-aceite, avaliação-avaliação, etc, permitem que o analista tome como base a ação em resposta de um falante para chegar naquilo que ele entendeu da ação do primeiro falante.

4 A busca pelo “tudo bem”

4.1 “Solicitações” de avaliação mitigadas: As avaliações de estado emocional das pacientes feitas por elas mesmas

A interação a seguir acontece entre um oncologista e uma paciente que já tratou o câncer de mama e está na fase de consultas periódicas de revisão. O objetivo dessa consulta para a paciente é coletar a requisição para fazer exames de controle. Observe-se como a avaliação de estado emocional que a paciente produz aqui é mitigada. Por meio da discussão de seu formato, pondera-se se ela de fato cria a relevância por uma avaliação do médico em resposta.

Excerto 2

1 SALETE: oi hãhãh
 2 ALBERTO: tudo bom?
 3 SALETE: tudo bom.
 4 (2.9)
 5 ALBERTO: como é que estamos?
 6 (1.1)
 7 SALETE: **estamos b↑em (.) agora quando chega a época da**
 8 **revisão é que: (1.1) dá um pouco de medo hã[heh]**
 9 ALBERTO: [↑é::]
 10 (0.5)
 11 SALETE: >aí o senhor pediu< pra mim vim em julho né (0.7)
 12 [aí] =
 13 ALBERTO: [isso]
 15 SALETE: =como a gente tá no final do mês já daí eu já vim
 16 buscá a requisiçã:o (0.4)

- 17 ALBERTO: tá bem
 18 SALETE: pra fazer os °exaimes°
 19 ALBERTO: >a gente< tinha se visto em março †né

Depois da troca de cumprimentos entre os falantes, Salete orienta-se para a pergunta da linha 5 como um convite à avaliação / elaboração de sua condição de saúde. Das linhas 7 a 8, ela provê a avaliação de sua condição de saúde e, após uma micropausa, produz uma avaliação de sua condição emocional ao dizer que quando chega a época da revisão [...] dá um pouco de medo. Assim, a fonte geradora desse medo seria a revisão, ou, mais precisamente, seriam os exames que terá que fazer e que apresentarão resultados com os quais terá que lidar. É nesse ponto que a avaliação de Salete sobre si mesma assemelha-se a uma queixa ou à apresentação de um problema e vai ao encontro do fato de as queixas serem ações constituintes de consultas médicas – o motivo da consulta (HERITAGE; MAYNARD, 2006).

A avaliação de sua condição emocional nas linhas 7 e 8 é produzida com um formato que não coloca pressão no médico para produzir uma resposta, ou seja, que não gera uma relevância condicional. A paciente aloca sua avaliação e o tópico *medo* como informação adicional logo depois de responder (*estamos bem*) à pergunta do médico; como uma segunda UCT⁹ naquele mesmo turno, que funciona como uma espécie de extensão da primeira ação, a de responder ao “como é que estamos”. Assim, fica a critério de Alberto, e não sua obrigação sequencial (tal como seria em um par adjacente), lidar com a avaliação de condição emocional exibida pela paciente, o que aqui ele, de fato, não faz. Em outras palavras, há uma pergunta (linha 5), uma resposta (linha 6) e uma terceira parte (†é: : , da linha 8), que encerra a sequência. A informação sobre sentir medo da época da revisão, além de ter sido embutida em uma resposta ao “como é que estamos” do médico, também não é uma pergunta e, por isso, não gera um novo par, não gera relevância condicional. Além disso, a avaliação de sua condição emocional feita pela paciente é realizada em uma fase da consulta médica em que normalmente médicos *recolhem*

⁹ UCT, sigla para *unidades de construção de turno*, é a unidade básica de análise na abordagem da Análise da Conversa. Pode ser um som, uma palavra, uma sentença, qualquer unidade que tenha sentido para os falantes na ocasião da interação (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974).

informação, e não proveem informações, como na fase de entrega de diagnóstico ou após uma avaliação física da paciente.

No que tange ao formato desse turno, Salete alonga a palavra *que*: na linha 8 e produz uma pausa relativamente longa, de mais de um segundo. Lembramos aqui que uma pausa dentro de um turno de fala, antes da completude gramatical e semântica de um enunciado, é diferente de uma pausa ao final dele – que por sua vez seria um lugar relevante para troca de falantes. Assim, por ser *intraturno*, essa pausa torna-se um atraso no que a paciente estava dizendo. Após esse atraso, Salete explicitamente diz que sente medo, produzindo riso a seguir. Markku Haakana (2001) sugere que esse tipo de riso em contexto médico-paciente caracteriza a produção de ações delicadas (que aqui pode ser revelar algo mais íntimo, como sua condição emocional), demonstrando reconhecer a delicadeza da sua ação. Além disso, pode estar minimizando um possível caráter de “queixa” de sua fala.

Assim, estamos diante de uma avaliação em uma posição sequencial que não mobiliza uma resposta, ou seja, acaba por não torná-la sequencialmente relevante. Além disso, o enunciado de Alberto na linha 9, após a avaliação de Salete, parece estar em consonância com sua condição epistêmica sobre o medo da paciente: o oncologista não tem acesso a ele; portanto, sem condições de proferir uma avaliação em resposta, seu \uparrow é: :: marca sua posição epistêmica de apenas recebedor dessa informação. Entretanto, se nos perguntarmos o que a avaliação de Salete após o *estamos* b \uparrow em estava fazendo ali, podemos especular que tinha um projeto (SACKS, 1992; POMERANTZ, 1988; LEVINSON, 2013) de falar sobre um sentimento com o médico, aparentemente abandonado pela própria paciente naquele momento da consulta a favor da continuidade da *agenda do tratamento do câncer* (ROGERS; TODD, 2010) – especificamente, ter acesso às requisições que possibilitarão a revisão propriamente dita. Nota-se que seu medo também não é retomado pelo médico em momento posterior.

Apesar de o formato da avaliação de estado emocional pela paciente aparentemente não suscitar relevância condicional para que haja um tratamento dessa demanda emocional naquele exato momento, nem a fase da consulta ser normalmente a de um parecer do médico, a natureza da fala da paciente em sua avaliação (emocional) nos aponta para a instauração de uma demanda nessa consulta: a busca pelo “tudo bem”, ou, em outros termos, a busca pelo “carimbo institucional” de

que está tudo bem com a sua saúde e que a paciente em questão está livre de uma recidiva. No entanto, afirmações dessa natureza não são possíveis nesta consulta. Lembrando o contexto desse encontro, Salete está ali para pegar a requisição para fazer seus exames de revisão. Qualquer avaliação positiva que o médico fizesse naquele momento em que Salete explicitara seu medo implicaria em problemas quando da revelação dos resultados dos exames de Salete, no caso de o quadro ser de uma má notícia. Assim, seria um posicionamento do oncologista não suficientemente fundamentado em evidências biomédicas.

O próximo excerto é de outra interação, também de uma paciente em época de retorno para fazer sua revisão. Nota-se que novamente a avaliação de estado emocional apresentada pela paciente não recebe uma avaliação em resposta.

Excerto 3

- 1 ALBERTO: e aí,
 2 (.)
 3 ROSANE: °e aí°=
 4 ALBERTO: =>como que tá:< (.) tudo bem?
 5 ROSANE: tu:do bem,
 6 ALBERTO: como é que estamos,
 7 ROSANE: tô bem
 (1.0)
 8 ALBERTO: >tudo< em pa:z,
 9 ROSANE: tudo em pa:z, ATÉ O MOME:nto né
 10 (2.0)
 11 ALBERTO: tá bo:m, (.) tá- <tem fe:ito a vaci::na,> (1.0) deixa
 12 eu vê desde quando aqui:. (1.0) quando é que [foi
 a última]

Nas linhas 1 a 3, médico e paciente trocam cumprimentos e, nas linhas 4 e 5, a sequência do “como vai?” (ou do “tudo bem?”). Na linha 6, podemos dizer que esse novo turno de *como é que estamos* equivaleria a uma solicitação da condição de saúde da paciente, como Jeffrey Robinson (2006) observa. Contudo, o *como é que estamos*, como também vimos no Excerto 2 (paciente Salete), é como Alberto solicita condições de saúde da paciente e move-se para o motivo da consulta. Rosane, na linha 7, responde à pergunta de Alberto com um *tô bem*, não produzindo elaborações para essa contribuição.

O oncologista então provê uma formulação – seu entendimento da resposta de Rosane – que vai um pouco além, oferecendo uma ideia, uma avaliação a ser confirmada (>tudo< em pa:z, na linha 8). Note-se que há a preferência por uma concordância em resposta marcada no formato da pergunta de Alberto, com entonação ascendente. A formulação de Alberto é entendida por Rosane como uma solicitação para que ela também produza uma avaliação, porém ela tem que lidar com o formato da pergunta que expressa a preferência pela concordância.

A paciente, então, na linha 9, concorda sem delonga – formato de concordância que Sacks (1987) já observara – utilizando a mesma avaliação do médico em resposta (tudo em pa:z,) no primeiro UCT. Contudo, ela adiciona, em segundo UCT, a ideia de que a paz poderá não existir mais dependendo de como estiver sua condição de saúde pós-exames. O volume mais alto em ATÉ O MOME:nto né participa desse formato de seu posicionamento relativo a como se sente. Ao mesmo tempo, esse segundo UCT da paciente vislumbra uma discordância parcial da ideia do médico de que esteja “tudo em paz”. É como se ela, uma vez cerceada pelo formato da solicitação do médico e pela preferência ali exibida, tivesse como única saída produzir uma expansão do turno para mostrar a discordância parcial, em vez de prontamente responder que “não, não está tudo em paz”. Parece ser essa discordância parcial que corrobora, ao topicalizar indiretamente, certa apreensão da paciente – alguma preocupação em ter que lidar com sua condição de saúde novamente, e sentir-se em paz poderá, assim, não ser mais possível, a partir do que os novos exames apresentarem.

Depois do turno de Rosane na linha 9 e de dois segundos de silêncio, o tá bo:m de Alberto marca seu movimento de iniciar uma atualização do estado de saúde da paciente em seu próximo UCT; assim, a avaliação de Rosane na linha 9 acaba não sendo tratada pelo médico. Ele não volta a topicalizar o assunto trazido pela paciente via avaliação em outro momento da consulta; há apenas uma pergunta direta da paciente que requer uma avaliação do médico ao final da consulta, o que será visto na subseção *perguntas diretas aos médicos*. Há que se ponderar, contudo, que há um problema aqui envolvendo posicionamento epistêmico do médico nesse momento: se ele produzisse algo como uma discordância (nesse caso, uma ação preferida) em resposta, como: “não, mas vai continuar tudo bem, tudo em paz”, isto é, um movimento afiliativo ou de solidariedade social, ele poderia comprometer-se para além do que

pode, pois ainda não sabe se os exames trarão uma desestabilização da paz de Rosane ou não.

Novamente vimos que as avaliações de estado emocional produzidas pelas pacientes são problemáticas: sua posição na interação equivale a uma contribuição mais mitigada, além de lidar com um aspecto – o emocional – que muitas vezes escapa à identidade ainda biomédica do *metier* dos médicos em contraposição ao *metier* dos psicólogos, por exemplo. Entretanto, parece haver uma orientação dos oncologistas à natureza da consulta (se de revisão, se primeira consulta) e à consequente relação médico-paciente podendo ser estreitada em situações pontuais. Assim, apesar de sair da proposição inicial deste artigo de deter-se na organização das consultas de *acompanhamento e revisão*, a interação seguinte, que vem de uma *primeira consulta* oncológica, vale ser mostrada, uma vez que também envolve uma avaliação da paciente sobre seu estado emocional.

Nessa consulta, a paciente está acompanhada pelo marido e filha. Ela fez a cirurgia em sua mama há pouco e está ali para decidir sobre os tratamentos a serem seguidos. Nota-se que, diferentemente das consultas anteriores (de revisão), nesta a paciente recebe uma avaliação em resposta.

Excerto 4

62 SILVIO: ((nome de uma mastologista))
 63 ANELISE: já fomos pra lá e e::m (.) uma semana eu já tava
 64 fazendo biópsia
 65 SILVIO: mhm. aí confirmô e:: (>aqui estamos<)=
 66 ANELISE: =e lamentavelmente chegamos a isso hah hh
 67 SILVIO: † não mas sabe que pra te falar bem a verdade foi
 68 uma tremenda sorte viu uma lesão relativamente
 69 pequena relativa não- é pequena (0.9) hhhh o
 70 fato é o seguinte ó (.) chegou cedo numa lesão
 71 pequena sem envolvimento de axila (.) portanto
 72 uma lesão localizada isso é excelente (.) (me
 73 antecipa) o prognóstico (.) é: as características
 74 (.) microambientais delas: que nos são um pouco
 75 divididas (.) hhhh ao mesmo tempo que ela veio
 76 o HER2 negativo BOM receptor hormonal positivo
 77 pra estrógeno (.) não- pra progesterona BOM
 78 TAMBÉM (.) negativo pra estrógeno tudo bem é
 79 ruim mas também o fato de ser positivo para

80

estrógeno já compensa ((entendo que ele quis dizer "progesterona", conforme conteúdo do autorreparo na linha 77))

Nesse excerto, na linha 66, Anelise produz ao final de sua narrativa uma avaliação de seu estado emocional que contém seu posicionamento a respeito da descoberta do câncer. Nota-se que o lamentavelmente e o riso e a aspiração de Anelise no início do excerto sinalizam como ela se sente com relação a sua situação; *lamentável* é aquilo que é digno de ser lamentado, digno de dó, triste. Portanto, tristeza e dó de sua situação atual estão relacionados ao posicionamento de Anelise sobre como se sente com relação ao câncer. Após esse turno de Anelise (e lamentavelmente chegamos a isso hah hh), Sílvio passa a construir uma avaliação do caso da paciente. A narrativa dela terminara com uma avaliação negativa sobre sua situação atual. Sílvio, em contraste, inicia sua construção fazendo uma avaliação positiva da situação (linhas 67 a 69), o que demonstra que ele não concorda com o caráter lamentável do caso. A discordância de Sílvio com a avaliação e posicionamento de Anelise é realizada sem delonga, como ação preferida, trabalhando a favor de uma afiliação com o que ela sente. Ao discordar e mostrar o lado positivo de seu problema, o médico afilia-se, demonstra solidariedade com a situação da paciente.

Aqui se pode notar o que Sorjonen (2001) considera como *turno que torna relevante / pede uma afiliação* por fatores que se sugere não estarem apenas na sequencialidade nem somente no "nível afetivo" ou de solidariedade social. O turno de Anelise pede uma afiliação por elementos do contexto imediato do evento "primeira consulta oncológica" (como a criação de vínculo entre médico e paciente e até mesmo familiares) e pelo fato de o médico estar naquele momento com resultados de exames e cirurgia em mãos, o que possibilita que o médico também se posicione, e não só a paciente. Apesar desses fatores outros, a sequencialidade torna relevante que o oncologista, nessa interação, alinhe-se e coloque-se como ouvinte de uma *narrativa*, e produza, ao seu fechamento, uma avaliação (STIVERS, 2008). Há também o fato de a narrativa, além de ter sua própria organização discursiva¹⁰, ao explorar um evento passado, possibilitar maiores condições epistêmicas ao interlocutor de realizar uma

¹⁰ Segundo Labov e Waletzky (1967), podemos dizer que esse turno da linha 66 que encerra a narrativa de Anelise concentra avaliação, resolução e coda.

avaliação do que sobre um evento futuro (em comparação a um medo de algo vindouro, por exemplo). Podemos dizer que essa avaliação positiva que consiste em uma ação afiliativa do médico aqui pode levar a uma tranquilização¹¹ da paciente.

Em seguida à avaliação positiva que discorda do lamentavelmente da paciente, o médico passa a listar as evidências que justificam seu posicionamento, sua avaliação positiva (lesão pequena, sem comprometimento de axilas, HER2 negativo, receptor hormonal positivo para progesterona). O formato de seu turno inclusive contém ênfase em palavras como *cedo* e *pequena*, e a evidência ruim é seguida de uma conjunção adversativa que a minimiza em negativo para estrógeno tudo bem é ruim **mas** também o fato de ser positivo para progesterona já compensa. Essa prática de listar (e enfatizar) as evidências do que há de bom equipara-se ao “tá tudo bem” que os médicos fornecem às pacientes em consultas de acompanhamento e revisão. Neste momento, Sílvia não pode dizer a Anelise que tudo está bem; mas ele pode fazê-la vislumbrar um quadro mais positivo (em vez de digno de lamento) ao evidenciar as boas características de seu problema, ou, na nomenclatura de Douglas Maynard (2003), uma “saída interacional positiva” numa situação não tão positiva.

4.2 O “tá tudo bem” oferecido pelo médico (sem ter sido solicitado)

Na interação a seguir, analisa-se uma ocorrência de avaliação oferecida pelo médico à paciente que pode estar respondendo à avaliação de seu estado emocional produzida no início da consulta. De qualquer forma, a avaliação aqui é sobre um dado físico, não emocional, mas que pode consistir no único tipo de avaliação que o médico pode produzir nesse momento.

¹¹ Ao dizer que essas avaliações positivas têm um *potencial* de tranquilização das pacientes, está-se orientando ao fato de que não se pode afirmar que a tranquilização ocorreu, a não ser que as pacientes explicitamente o demonstrem na sequencialidade da interação.

Excerto 5

- 20 ALBERTO: >a gente< tinha se visto em março ↑né
 21 SALETE: é final de fevereiro que eu tinha feito aquela:
 22 ALBERTO: tomografi:a,
 23 SALETE: [°tomo°]
 24 ALBERTO: **[que tava] tudo bem**
 25 SALETE: mhm
 26 ALBERTO: e (.) continua tomando arimidex (.) >em comprimido<

Voltando à interação entre Alberto e Salete apresentada no Excerto 2, menos de um minuto depois de Salete ter produzido uma avaliação de seu estado emocional, descrita anteriormente, o médico relembra a paciente de que o último resultado de sua tomografia era bom, produzindo uma avaliação positiva de um evento passado (tava, linha 24). Nesse ponto da interação, sua avaliação positiva tem o potencial para tranquilizar a paciente. Assim, ao lembrar que até a última revisão estava tudo oficialmente bem, o médico conclama o *status* epistêmico aqui compartilhado por ambos os falantes (porque ela também sabe dos últimos resultados). Ao fazer o movimento de retomar essa informação, Alberto de certa forma responde à avaliação da emoção que Salete fizera no início da consulta (vide Excerto 2), retirando parte da legitimidade de seu medo, uma vez que as coisas estavam até então indo bem.

Justamente porque não requerida sequencialmente, percebe-se que a avaliação de Alberto parece responder à avaliação de estado emocional de Salete. É nesse ponto que se sugere que as avaliações de estado emocional feitas pelas pacientes são, nesse contexto, respondidas com avaliações de seu estado *físico*.

Na interação a seguir, a paciente Francine, que está no período de revisão para controle, está retornando laudos de exames ao médico. Francine não faz avaliação de seu estado emocional, nem há pergunta direta para que o médico avalie seu estado de saúde. No entanto, a paciente está tomando um medicamento psicotrópico e fazendo terapia (ela e o médico conversaram sobre isso no início da consulta). O excerto a seguir mostra o momento em que o médico oferece sua avaliação sobre os exames depois dessa conversa, orientando-se para os resultados.

Excerto 6

200 SÍLVIO: =pode sentá (.) (vou carimbá teu exame) (.)
 201 ((trecho inaudível de fala enquanto eles estão
 202 longe do gravador)) >tão normais.< não tem ↑nem
 203 **uma alteração no teu exame**
 204 (0.4)
 205 FRANCINE: °**graças a deus**°=
 206 SÍLVIO: =**não tem nenhuma alteração (.)**
 207 **estão todos normais**
 208 FRANCINE: **(e os outros) tu chegaste a olhá? (.)**
 209 SÍLVIO: **sim todos normais também**=
 210 FRANCINE: =**tá tudo bem ent[ão]**
 211 SÍLVIO: [quan]tas
 212 doses do zometa (tu fizeste)
 213 (0.4)
 214 FRANCINE: ↓ai acredito que e- eu comece:i (.) foi em
 215 ou↑tubro né

Das linhas 202 a 203, Sílvio, o oncologista, produz uma avaliação do resultado dos exames da paciente Francine, o que é recebido por ela com uma avaliação positiva que demonstra seu alívio (graças a deus). Conforme já constatado em sequências de boas notícias, atrasos ou hesitações são bem mais raros (MAYNARD, 2003), e de fato é o que acontece aqui: Sílvio produz sua avaliação positiva dos exames da paciente sem delonga. Nas linhas 206-207, o oncologista enfatiza sua avaliação positiva, repetindo-a (ele praticamente só muda os UCTs de posição em seu novo turno e inclui a palavra *todos*, linha 207). Francine ainda pergunta no próximo turno sobre outros exames (apesar de o médico recém ter se referido a “*todos*”), buscando, assim, uma confirmação de que “*tudo*” está bem, ou seja, uma avaliação *100% positiva*, o que ela recebe de Sílvio no turno seguinte (que utiliza pela terceira vez a palavra *normais* para avaliar positivamente os exames). Francine, na linha 210, emblematicamente para os dados deste estudo, explicita seu entendimento de que está tudo bem então, deflagrando o objetivo principal das consultas de acompanhamento ou revisão para os participantes da pesquisa.

4.3 Perguntas diretas das pacientes aos médicos

O Excerto 7 é parte da mesma consulta discutida nos excertos já analisados nas outras seções, entre o oncologista Alberto e sua paciente Salete, que está em seu consultório para buscar a requisição para fazer

seus exames de revisão. Nesse excerto o médico está realizando um exame físico na paciente e o momento é de busca por possíveis novos sintomas ou nódulos. Note-se que aqui é a fase da consulta em que Salete produz uma pergunta direta. Veja-se a natureza de sua pergunta:

Excerto 7

61 ALBERTO: alguma- algum ↑nódulo alguma ↑íngua
 62 (0.4)
 63 ALBERTO: ↑n[ãø]
 64 SALETE: [↑nã:ø] não haha .h
 65 ALBERTO: na↑da?
 64 (.)
 66 ALBERTO: ↑não?
 67 (3.4)
 68 (agora vamo) medir a pressão
 69 (3.3)
 70 ALBERTO: pra respirar tudo bem?
 71 (0.4)
 72 SALETE: tá (0.5) °tudo bem°.
 73 ALBERTO: respira fundo
 74 (2.6)
 75 ALBERTO: °de novo°
 76 (4.2)
 77 ALBERTO: °novo°
 78 (4.1)
 79 ALBERTO: °de novo°
 80 (4.0)
 81 ALBERTO: °↑óti↓mo°=
 82 SALETE: =**tá tudo bem?**
 83 (0.6)
 84 ALBERTO: **tudo bem**
 85 SALETE: **ah que [bom hahaha]**
 86 ALBERTO: [**tá tudo ótimo**]
 87 (1.2)
 88 ALBERTO: então salete ((ruído de cadeira sendo arrastada))
 89 vamo fazê: (0.4) >pode sent↑á< (0.7) vamo fazê
 90 teus exames novos ↑tá
 91 SALETE: arrãm

Alberto pergunta à paciente se ela notara algum nódulo ou íngua na linha 61. Na sequência (linhas 63 e 64), tanto o médico quanto a paciente respectivamente perguntam e respondem “não” quase ao mesmo tempo. Na verdade, o ↑n[ãø] de Alberto (linha 63), convidando a uma

confirmação de Salete, antecipa a resposta da paciente por algum motivo, talvez pelo breve atraso de Salete para responder (linha 62). A resposta negativa de Salete é produzida parcialmente sobreposta ao turno anterior e com marcadores que parecem traduzir um “nem pensar!”: ela diz não duas vezes, na primeira com um pico de entonação ascendente e um alongamento ([↑nã:õ]), para em seguida repetir o *não* seguido de riso (*não* haha .h). A insistência de Alberto nas linhas 65 e 66 demonstra que ele não fica satisfeito com os *nãos* de Salete da linha 64.

Pode-se ver que, depois que o médico mede sua pressão e faz a ausculta de seu peito, na linha 82, Salete produz uma pergunta polar que solicita uma avaliação do médico sugerindo, pela sua escolha lexical, um *tá tudo bem?* – que também aponta a preferência da resposta que o médico deve prover. Repara-se que aqui há de fato uma pergunta direta que exerce pressão por resposta e que reafirma o *status* epistêmico de Alberto; e ainda que Alberto esteja restrito à preferência apontada pelo formato da pergunta de Salete, é ele quem pode confirmá-la ou desconfirmá-la. Parece também haver uma orientação de Salete ao fato de que o exame físico é o momento, dentre todos em sua consulta atual, mais propício para fazer uma pergunta direta sobre seu estado físico (GILL; MAYNARD, 2006). Outro momento seria ao encaminhar-se para o final da consulta, como será visto no Excerto 9 da mesma interação.

Depois que o médico confirma que está tudo bem, com um atraso de pouco mais de meio segundo (linha 84), Salete produz uma avaliação positiva em resposta (*ah que bom*) e um riso ao final do turno, linha 85, que podem ser entendidos como uma demonstração de alívio da paciente. O médico, na sequência, alinha-se à expressão de alívio de Salete, escalonando sua avaliação ao dizer que está tudo “ótimo”, em sobreposição à última palavra e ao riso do turno anterior de Salete (linha 86 – *tá tudo ótimo*). Esse alinhamento, por oferecer um suporte à evidente (em função da expressão de alívio) importância da avaliação “tudo bem” para a paciente ao escaloná-la, mostra-se como um movimento afiliativo. Essa nova avaliação, então, *afilia-se com* a importância do “tudo bem” para a paciente, ou seja, com a necessidade de tranquilização que esse tipo de consulta dá mostras de requerer.

No Excerto 8, apesar de Salete já ter recebido uma avaliação positiva do oncologista Alberto no momento em que a solicitara durante o exame físico, ela a solicita novamente ao final dessa consulta, fazendo reemergir o tópico. Vejamos o excerto:

Excerto 8

110 SALETE: e aí doutor alberto pelo que o senhor me escutou
 111 assim,=
 112 ALBERTO: =>tudo bem<
 113 SALETE: >mhm<
 114 (0.9)
 115 ALBERTO: faz os exames e aí me traz
 116 SALETE: aí depois (.) só daqui quatro meses ↑né=
 117 ALBERTO: =↑isso,
 118 mas primeiro me traz aí o exame [aí né]
 119 SALETE: [sim] sim °sim°
 120 ALBERTO: tá bom?
 121 SALETE: tá.

Dessa vez poderíamos falar em uma espécie de resíduo de sintoma, como observado por Maynard e Frankel (2006) em alguns dados de interação médico-paciente. Os autores mostram que a entrega de boas notícias pode gerar incerteza do paciente sobre os sintomas que não puderam ser explicados pela avaliação médica, depois de excluída alguma doença grave. Isso seria o resíduo, ou seja, o sintoma ou problema que fica sem um esclarecimento apesar de as notícias serem boas. Esse resíduo pode transparecer na insistência do paciente quanto a uma explicação para seu caso, desde uma reapresentação de um sintoma até a repetição de uma pergunta, por exemplo.

Repetição é o que Salete faz nas linhas 110-111: uma nova pergunta direta ao médico (que exerce pressão para resposta). Talvez, para ela, a tosse apresentada no início da interação (turnos omitidos) ficara sem explicação já que, segundo o médico, está tudo bem. Dessa vez, a paciente escolhe uma pergunta mais aberta, em contraposição à pergunta polar que fizera (vide Excerto 8), repetindo então o tópico, mas não o formato da pergunta em si (e aí doutor Alberto pelo que o senhor me escutou assim,). A nova solicitação de avaliação ganha uma repetição da resposta anterior do oncologista: >tudo bem<. O que Alberto não faz aqui nem no Excerto 8, e que se diferencia do que Sílvia fizera com Anelise (Excerto 3, dado de primeira consulta), é prover *evidências* que mostrem que está tudo bem (como dizer, por exemplo, que o pulmão está limpo, que a respiração está boa, etc). Essas evidências obviamente não seriam definitivas (no sentido de o médico não poder oferecer as garantias que os exames oferecerão ao ficarem prontos), mas sugere-se que a possibilidade é a de que elas funcionariam para a

Ao encaminharem-se para o final da consulta, na linha 315, Rosane solicita uma avaliação perguntando se o tratamento vai bem. Veja-se que essa solicitação tem o formato de uma pergunta polar e indica a preferência da resposta, uma concordância com a valência positiva da ideia expressa pelo item lexical “bem”. Alberto provê uma avaliação positiva em resposta (>excelente<) que na verdade é um escalonamento de “bem”. Rosane ainda produz uma avaliação, em formato conclusivo, em resposta à avaliação do médico (então tá bom.).

Reitera-se aqui que tanto o tipo de pergunta (uma solicitação de avaliação apontando uma preferência por uma confirmação, uma avaliação positiva) quanto o tipo de resposta contendo um escalonamento são constantes nos dados. E, além da fase do exame físico, a fase final da consulta é também escolhida pelas pacientes para buscarem uma confirmação ou reconfirmação de que estão bem.

5 Discussão

A análise apresentada neste artigo evidencia a maneira pela qual as pacientes, no contexto estudado, lidam com a impossibilidade da certeza sobre o *status* do câncer em suas vidas. As análises mostram um padrão que revela a organização da busca pelo “tá tudo bem” como uma espécie de *carimbo* ou de atestado de boa saúde que “aliviaria” as pacientes, pelo menos até a próxima revisão. Mostram também que essa busca não é unilateral da paciente, mas conjunta. Isso fica evidente na orientação do próprio médico para essa busca, já que, além de responder a solicitações de avaliação e de enfatizar avaliações positivas, ele também oferece avaliações positivas que têm potencial para tranquilizar a paciente – e as repete.

A busca reiterada das pacientes por esse “carimbo institucional”, evidenciada nos dados, parece também sugerir o que Sandén e colegas (2001) observaram em consultas de acompanhamento da oncologia: o medo da morte, ainda que a maior parte dos casos aqui analisados seja considerada pelos médicos como de baixo risco para recidivas. Considera-se, assim, que a tranquilização da paciente também é importante e parece de fato ser um dos objetivos da consulta de revisão e acompanhamento para ambos os participantes.

A avaliação do estado emocional das pacientes produzida por elas próprias parece deflagrar essa necessidade de ouvir que está tudo

bem fisicamente. Se as avaliações não são voluntariamente oferecidas pelo/a médico/a, ou se não são recebidas pelas pacientes quando fazem suas avaliações de seu estado emocional, elas as solicitam de uma forma mais direta, por meio de uma pergunta polar, como foi evidenciado. A preferência observada nos dados, talvez não surpreendentemente, é sempre por avaliações positivas – isso se mostra pelo fato de que a pergunta mais recorrente é na verdade um pedido de confirmação, prevendo uma concordância (tá tudo bem?), em vez de uma pergunta aberta, como “e então, como estou?”.

O escalonamento das avaliações positivas que os médicos do contexto pesquisado produzem ao utilizar palavras que enfatizam o lado positivo (“excelente”; “ótimo”; “tudo tranquilo”) consiste em um tipo de afiliação; entretanto, há que se observar que, mesmo em contextos de escalonamentos, na maioria das vezes a paciente ainda repete sua solicitação de avaliação. Isso pode estar apontando para a importância de que os profissionais da saúde retomem as evidências de que tudo está bem com a paciente, tal como mostrado na análise da primeira consulta (Excerto 4).

As ações descritas neste artigo podem ser consideradas formas pelas quais as pacientes lidam com a impossibilidade das certezas no contexto do câncer. Suas avaliações de estado emocional e as repetidas solicitações de avaliação da sua saúde física demonstram que as pacientes estão a buscar uma certeza nesse contexto. Os oncologistas, ao avaliarem positivamente a saúde física das pacientes apenas, e não a emocional, acabam por fazer o que lhes é possível naquele momento – o gerenciamento da incerteza inerente a esses casos.

Referências

DREW, P.; HERITAGE, J. (Ed.). *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

FATIGANTE, M.; BAFARO, S. The journey to advice: balancing certainty and uncertainty in doctor delivery of expert opinion. In: ZUCZKOWSKI, A.; BONGELLI, R.; RICCIONI, I.; CANESTRARI, C. *Communicating certainty and uncertainty in medical, supportive and scientific contexts*. Amsterdam: John Benjamins, 2014. <https://doi.org/10.1075/ds.25.08fat>.

GILL, V. T.; MAYNARD, D. W. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. (Ed.). *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 115-50. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.007>.

GOODWIN, M.; GOODWIN, C. Assessments and the Construction of Context. In: DURANTI, A.; GOODWIN, C. (Ed.). *Rethinking Context: Language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 147-190.

HAAKANA, M. Laughter as a patients resource: Dealing with delicate aspects of medical interactions. *Text*, v. 21, p. 187-219, 2001. <https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.187>.

HERITAGE, J. Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction*, v. 45, n. 1, p. 1-29, 2012. <https://doi.org/10.1080/08351813.2012.646684>.

HERITAGE, J.; RAYMOND, G. Navigating Epistemic Landscapes: Acquiescence, Agency and Resistance in Responses to Polar Questions. In: DE RUITER, J. P. (Ed.) *Questions: Formal, functional and interactional perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012. p. 179-192. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139045414.013>.

INSTITUTO Nacional do Câncer. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

JEFFERSON, G. Transcript notation. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. *Structures of social action: studies in conversation analysis*. New York: Cambridge University Press, 1984. p. ix-xvi.

LABOV, W.; WALETZKY, J. Narrative Analysis: Oral Version of Personal Experience. In: HELM, J. (Ed.). *Essays on the Verbal and Visual arts*. Proceedings of the 1966 annual spring meeting of the American Ethnological Society. Seattle: University of Washington Press, 1967. p. 12-44.

LEVINSON, S. C. Action formation and ascription. In: STIVERS, T.; SIDNELL, J. (Ed.). *The Handbook of Conversation Analysis*. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2013. p. 103-130.

LINDSTRÖM, A., SORJONEN, M. Affiliation in conversation. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). *The Handbook of Conversation Analysis*. Wiley-Blackwell, 2013. p. 350-369.

MAYNARD, D. W. *Bad News, Good News: Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: University of Chicago Press, 2003.

MAYNARD, D. W.; FRANKEL, R. On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. *Communication in Medical Care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 248-278. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.011>.

MICELI, A. V. P. *Laços e nós: A comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica*. Brasil. 2009. 127p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. *Humanização. Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro/São Paulo: Fiocruz e Mercado de Letras, 2012.

POMERANTZ, A. Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. *Structures of social action: studies in conversation analysis (Studies in emotion and social interaction)*. Paris: Cambridge University Press, 1984. p. 57-101. PMID:6480908.

POMERANTZ, A. Offering a Candidate Answer: An Information Seeking Strategy. *Communication Monographs*, v. 55, p. 360-373, 1988. <https://doi.org/10.1080/03637758809376177>.

POMERANTZ, A. *Responding to a query with reference to the inferred purpose-for-asking*. Comunicação pessoal. 2014.

ROBINSON, J. D. Soliciting patients' presenting concerns. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 22-47. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.004>

ROGERS, M.; TODD, C. Can cancer patients influence the pain agenda in oncology outpatient consultations? *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 39, n. 2, p. 268-282, February 2010. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.05.024>. PMID:19963336.

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

SACKS, H. Sobre as preferências por concordância e contiguidade em seqüências na conversa. Tradução de Lívia Miranda de Oliveira, Maria das Graças de Castro Nogueira e Paulo Gago. *Interseções*, v. 13, n. 1, p. 94-113, jun. 2011 [1987].

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E.; JEFFERSON, G. The simplest systematics for turn-taking in conversation. *Language*, v. 50, n. 4, p. 696-735, 1974. <https://doi.org/10.2307/412243>. <https://doi.org/10.1353/lan.1974.0010>.

SANDÉN, *et al.* Routinization and sensitivity. *Health*, v. 5, n. 2, p. 139-163, 2001. <https://doi.org/10.1177/136345930100500201>.

SCHEGLOFF, E.; SACKS, H. Opening up closings. *Semiotica*, v. 8, n. 4, p. 289-327, 1973. <https://doi.org/10.1515/semi.1973.8.4.289>.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400019>. PMID:16514959.

SORJONEN, M. L. *Responding in conversation: a study of response particles in Finnish*. Amsterdam: John Benjamins, 2001. 330 p. <https://doi.org/10.1075/pbns.70>.

SOUZA, J. de. *Da impossibilidade de certezas na fala-em-interação em consultas de câncer de mama*. 2015. 198f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) - Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Unisinos. São Leopoldo, 2015. 198p.

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

STEENSIG, J. Conversation Analysis and Affiliation and Alignment. In: MORTENSEN, K.; WAGNER, J. *The Encyclopedia of Applied Linguistics: Conversation Analysis*. Cambridge, UK: Wiley-Blackwell, 2012. <https://doi.org/10.1002/9781405198431.wbeal0196>.

STIVERS, T. Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling: When Nodding Is a Token of Affiliation. *Research on Language and Social Interaction*, v. 41, n. 1, p. 31-57, 2008. <https://doi.org/10.1080/08351810701691123>.

STIVERS, T.; ROSSANO, F. Mobilizing response. *Research on Language and Social Interaction*, v. 43, n. 2, p. 3-31, 2010. <https://doi.org/10.1080/08351810903471258>.