



“TÁ, MAS TU JÁ SABE O QUE NÓS VAMOS FAZER HOJE NÉ?”: DA ENTREVISTA AO EXAME FÍSICO EM CONSULTAS OBSTÉTRICAS

Tatiane Rosa Carvalho ¹
Ana Cristina Ostermann ²

Introdução:

De acordo com Ragan (1990), qualquer exame médico pode potencialmente ameaçar os direitos de privacidade da/o paciente. Dada a natureza do exame físico em consultas ginecológicas e obstétricas, esse momento da consulta é bastante delicado para profissionais de saúde e, principalmente, para as pacientes, devido às partes do corpo a serem examinadas, bem como a posição do corpo necessária para a realização do exame. Ainda de acordo com Ragan (1990, p. 68), “a solicitação de tirar a roupa e permitir que nosso corpo seja examinado é geralmente proibida na cultura ocidental, *exceto* para fazer amor, ou para um exame médico”.

Ainda de acordo com Ragan (1990, p. 70), “[o exame pélvico] é um procedimento que possivelmente é visto por ambos os interagentes como invasivo, intrusivo ao espaço pessoal e à privacidade e um tabu cultural.” Para a autora, portanto, o exame ginecológico pode ser visto como um ato ameaçador de face (Goffman, 1955) para os participantes de uma consulta médica.

Dada a delicadeza desse momento da consulta médica, parece fundamental compreender melhor como a/o profissional de saúde faz a transição da anamnese (entrevista médica) para o exame físico propriamente dito. Através da análise do uso de diretivos (GOODWIN, 1980; WEST, 1998), essa investigação descreve como se dá a transição entre estas duas etapas.

Metodologia:

Para este estudo, foram utilizadas gravações em áudio e observações de consultas ginecológicas e obstétricas com pacientes mulheres em um posto de saúde do SUS da região metropolitana de Porto Alegre. Após as gravações em áudio, as interações foram transcritas de acordo com as convenções propostas por Jefferson (1984), que foram traduzidas e adaptadas por Schnack, Pisoni e Ostermann (2005). Depois de transcritas, as interações foram analisadas com base no aporte teórico-metodológico da Análise da Conversa (HUTCHBY & WOOFFITT, 1998; SACKS, 1992).

¹ Mestranda em Linguística Aplicada (UNISINOS). tatianecarv@yahoo.com.br.

² PhD em Linguística (UNISINOS). aco@unisinis.br.



Médicos e pacientes sempre foram consultados sobre seu consentimento antes do atendimento médico, mediante termo por escrito (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE), do qual receberam uma cópia. Na transcrição dos dados, toda e qualquer referência a nomes de pessoas, lugares e instituições foi substituída por nomes fictícios a fim de que fossem preservadas as identidades das/dos participantes.

Enquanto aconteciam as consultas gravadas em áudio, foram feitas anotações em diário de campo a fim de tentar suprir o que o áudio não consegue captar, como a direção do olhar dos participantes, gestos e outras expressões corporais. Além disso, também foram registradas ali outras informações que se tornaram relevantes, a fim de compreender melhor as práticas daquele local.

Pressupostos Teóricos:

Diretivos, de acordo com Goodwin (1980, p. 157), são “enunciados que tentam fazer com que outra pessoa faça algo.” O uso de formas agravadas de diretivos, como ordens e exigências, sugere que um falante pode legitimamente impor algo a outro. No entanto, o uso de formas mitigadas, como pedidos e sugestões, permite que um falante evite ofender outro e diminui as diferenças de status entre os participantes de uma interação.

Goodwin (1980), em seu estudo sobre a organização de brincadeiras de crianças entre 9 a 14 anos, descobriu que meninas e meninos usam formas bastante distintas de diretivos para coordenar suas atividades. A conclusão de Goodwin (1980, p. 147) é de que

Os diretivos usados pelos meninos mostram distinção entre os participantes e enfatizam direitos individuais, [enquanto] os diretivos usados pelas meninas enfatizam que estão ligadas umas às outras e suas preocupações com cuidado [mútuo]. [nossa tradução]

Isto está de acordo com o que West (1998) relata em seu estudo sobre diretivos usados por médicos e médicas

Entre os médicos deste estudo, os homens usaram mais formas agravadas, que enfatizaram diferenças entre eles e seus pacientes, e propuseram relações hierárquicas entre médico e paciente. As mulheres empregaram diretivos mitigados, que minimizaram diferenças de status entre médica e paciente e destacaram suas ligações umas às outras (West, 1990, p. 350). [nossa tradução]

Embora os resultados deste estudo sejam semelhantes aos encontrados por Goodwin (1980) e West (1990), não seria apropriado atribuir a diferença na formulação dos diretivos a gênero, ou generalizar atendimentos de médicos e médicas, já que aqui investigamos consultas realizadas apenas por um médico e uma médica. No entanto, não se pode descartar a hipótese de que gênero



seja um dos fatores que podem influenciar na formulação de diretivos pelos participantes deste estudo.

Análise dos Dados

Ao formular seus diretivos, a médica Solange ³ parece demonstrar preferência por formas mitigadas, como no excerto abaixo:

- 25 SOLANGE: essas paciente gostam de vim.
26 (1.0)
27 °tá certo° então vamo dá uma escutadinha vê como é
28 que tá esse nenê?
29 ROBERTA: então vamo
30 SOLANGE: pode passá aqui do ladinho (.) vamo só escutá hoje
31 então né?

Neste excerto, podemos perceber que Solange utiliza-se de uma pergunta para realizar a transição da anamnese para o exame físico. Aqui, a médica utiliza o formato “Vamos fazer X?”, que Goodwin (1980) identifica como um meio de propor um plano para uma ação conjunta, ou seja, Solange inclui a paciente no ato de fazer o exame físico. Além disto, a pergunta gera a oportunidade para que a paciente negocie a realização do exame, com o qual, neste excerto, ela concorda, também utilizando uma forma plural (“então vamo”). No seu turno seguinte, Solange utiliza uma forma agravada (“pode”). Dar permissão para uma determinada ação da paciente, (aqui, por meio do “pode”) de acordo com West (1998), é uma forma de diretivo agravado, já que deixa implícita a subordinação de um dos interagentes. No entanto, esta forma é seguida por um diminutivo (“ladinho”), por outro diretivo no formato “Vamos fazer X?”(um suposto convite), e também por “né”, que parecem formas de Solange mitigar sua fala, e incluir a paciente na ação que está propondo.

No excerto seguinte, Solange também faz a transição da anamnese para o exame físico em formato de pergunta.

³ Nome fictício



- 70 SOLANGE: mhm (.) vamo fazê um examezinho de to:que que a
71 gente ainda não fez, ↑ né
- 72 RAQUEL: °mhm°
- 73 SOLANGE: só deitá aqui do ladinho, tirá a partezinha de baixo
74 eu não sei- (.) se tu sa::i >tu sai pra gente fazê um
75 exame de toque vagin[a:l]< ((fala com a esquisadora))
- 76 PESQUISADORA: [(po)de sê] mhm
- 77 SOLANGE: acho que fica melhor né?
78 (3.0)
- 79 SOLANGE: tira a partezinha de baixo ↑ tá
- 80 RAQUEL: °a mhm°

A paciente concorda com a realização do exame na linha 72 (“°mhm°”) e a médica então começa a dar as instruções para o procedimento. Solange utiliza imperativos na linha 73 (“deitá” e “tirá”), o que, de acordo com West (1998), legitima o direito de um médico de comandar as atividades da paciente. Contudo, as formas agravadas são novamente seguidas de diminutivos (“ladinho” e “partezinha”), o que parece ser característico da fala de Solange, como uma maneira de mitigar seus diretivos.

Solange demonstra preocupação em preservar a face da paciente ao pedir que a pesquisadora se retire da sala para que seja realizado o exame pélvico. Ragan (1990) descreve a evitação de situações constrangedoras e de humilhações como necessidades positivas de face, e Solange parece se orientar para esse tipo de demanda. Mesmo após a pesquisadora ter concordado em se retirar, a médica ainda dá uma nova oportunidade para que sua permanência no consultório seja negociada ao perguntar “acho que fica melhor né?” (linha 78). Nos dois turnos em que propõe a saída da pesquisadora, Solange caracteriza seu diretivo como uma sugestão ao invés de uma ordem, ao utilizar as formas “eu não sei-(.) se tu sa::i” (linha 74) e “eu acho” (linha 78).

Já os diretivos formulados pelo médico Bernardo⁴ foram elaborados, tipicamente, de forma agravada, como no excerto abaixo:

((Médico e paciente conversam sobre o último parto de Tarsila.))

- 82 BERNARDO: cinco anos
83 (9.0)

⁴ Nome fictício



- 84 °(tá bem só que)° eu quero te examiná:
85 tá:, escutá o teu ne ↑ nê:, vamo fazê exame de toque,
86 (com certeza) tem que fazê
- 87 TARSILA: hm:: agora?[agora esse é o-]
88 BERNARDO: [agora tu vai tê] que deitá aqui x-
89 TARSILA: subi naquela mesa ali °meu deus do céu°
90 BERNARDO: nã-. não é essa. na verdade essa mesa é uma maca
91 normal que a gente tem aqui tá mas eu vou te ajudá
92 (.) vamo lá.
93 TARSILA: ã-é banheiro aqui? eu posso (.) passá no banheiro
94 primeiro?
95 BERNARDO: na verdade não. tá eu não sei o que é isso aí acho
96 que não @@ é banheiro não
97 ((o volume de voz dele aumenta um pouco))
98 TARSILA: °eu queria passá no banheiro (.) xxx primeiro x-°
99 BERNARDO: °↓tá° querida, °eu não sei como é que nós vamo fazê
100 isso tá porque eu não sei se tem banheiro aqui, eu
101 acho que tu vai tê que te agüentá um pouquinho°
102 TARSILA: ta mas daí como é que tu vai fazê exame de toque?
103 [°@@@°°]
104 BERNARDO: [como é que] eu vou faZÊ:? NOR ↑MAL, como tu já
105 fizeste as outras ↑VEZES
106 TARSILA: °xx (mas hoje) tá apertado não vai dá pra fazê°
107 ((com voz meio rouca))
106 BERNARDO: ((fala em tom agudo))
107 como não vai dá pra fazê? vai tê que fa↑zê: (.) né:
108 como é que eu vou te passar mais pra (cá,)=
109 TARSILA: =o meu
110 problema é dizê tem que i no banheiro tem que saí
111 corre:ndo
112 BERNARDO: tá, dá a mãozinha aqui
113 ((Ele pede a mão para ajudá-la a subir na maca e não para ir ao banheiro.))



No excerto acima, Bernardo utiliza o que West (1998) descreve como “asserção de querer” [nossa tradução] para fazer a transição da anamnese para o exame físico, ou seja, o médico descreve sua preferência (“eu quero te examiná”, linha 84) para justificar a realização do exame. Além disso, Bernardo utiliza “eu” – ao contrário de Solange, que demonstra preferência pelas forma plural (“nós”) neste momento da consulta. De acordo com Goodwin (1980, p. 160), “declarações que se referem aos desejos dos falantes estão entre as formas mais agravadas de diretivos, propondo que as preferências do falante implicam uma obrigação para o interlocutor.” Na linha 88, Bernardo utiliza outra forma bastante agravada (“tu vai tê que te deitá aqui”), descrita por West (1998) como “asserção de necessidade”, na qual um dos interlocutores (normalmente aquele que faz a asserção) tem o direito de decidir o que o outro deve ou não fazer. Este tipo de diretivo propõe uma relação hierárquica entre médico e paciente, já que, conforme observado por West (1998), “[asserções de necessidade] ocorrem rotineiramente entre superiores e subordinados.”

É importante mencionar que, nessa interação, a paciente em consulta não caminha, utilizando-se de uma cadeira de rodas. Portanto, quando a paciente demonstra preocupação em realizar o exame, na linha 89 (“subi naquela mesa ali meu deus do céu”), ela provavelmente se refere à sua dificuldade em se locomover. Bernardo, no entanto, ignora esta preocupação verbalizada por Tarsila e corrige simplesmente o referente (“mesa”) nas linhas 90 e 91 (“na verdade essa mesa é uma maca normal que a gente tem aqui”).

Nas linhas 93 e 94, a paciente pede permissão ao médico para ir ao banheiro antes da realização do exame pélvico, orientando-se para a autoridade do médico na interação. Bernardo, por sua vez, faz uso desta autoridade, e nega o pedido da paciente. Ele ri na linha 96, ao dizer a paciente que não há banheiro no consultório. A paciente, então, com voz mais baixa, insiste em usar o banheiro, embora continue se orientando para a autoridade do médico, ao utilizar a forma “eu queria” (linha 98). Bernardo utiliza mais uma vez uma “asserção de necessidade” na linha 101 (“acho que tu vai tê que agüentá um pouquinho”), mesmo que mitigada pelo uso de “acho”. Tarsila ainda tenta negociar a realização do exame nos próximos turnos. Na linha 103, a paciente parece rir do impasse, mas Bernardo não se afilia com seu riso, e insiste na realização do exame pélvico. Tarsila, na linha 106, com volume de voz mais baixo, insiste mais uma vez, dizendo que não será possível fazer o exame. Bernardo, na linha 107, parece desafiar (“como assim não dá pra fazê?”). Nesse mesmo turno, Bernardo utiliza uma forma ainda mais agravada de diretivo (“vai tê que fazê”), legitimando seus direitos sobre as ações da paciente naquele momento. Nas linhas 109, 110 e 111, Tarsila tenta negociar uma vez mais. Contudo, Bernardo usa um imperativo na linha 113 (“dá



a mãozinha aqui”), ação esta que dá por encerrada a negociação, e conduz a paciente até a maca para realizar o exame.

Nessa interação, fica evidente a assimetria entre médico e paciente. Embora a paciente tente negociar a realização do exame físico e a possibilidade de usar o banheiro em diversos turnos, o médico ignora essas solicitações, e utiliza várias formas agravadas de diretivos em seus turnos de fala, formas essas que enfatizam a distinção entre o falante e interlocutor, em termos de direitos e deveres em uma interação (Goodwin, 1980).

A Política Nacional de Humanização do SUS (2004) descreve como parte do processo de humanização dos atendimentos a autonomia da paciente. Decidir livremente se quer ou não ser submetida a determinado procedimento médico é um direito da paciente, e esse direito parece não ter sido respeitado na interação acima. Mais do que isso, não foi respeitado o direito da paciente de utilizar o banheiro antes do exame pélvico, quando se sabe que o esvaziamento da bexiga é uma das formas de amenização do desconforto causado por esse tipo de exame.

Acreditamos que a humanização está em grande parte nas mãos da/o profissional de saúde. Certamente, muitos problemas hoje enfrentados na área da saúde pública brasileira independem da/o profissional de saúde. Contudo, acreditamos que através de uma atitude interacionalmente mais humanizadora, esses profissionais possam auxiliar na amenização do sofrimento de seus/suas pacientes.

Considerações finais

Devido a diversos fatores, entre eles o aprofundamento das desigualdades econômicas e sociais, aumenta cada vez mais o número de brasileiras/os que têm como único meio de acesso a atendimentos médicos os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dada a precariedade de muitos serviços prestados pelo SUS, parece urgente a necessidade de pesquisas científicas que possam oferecer contribuições para qualificá-los de algum modo, já que há poucos estudos sobre atendimentos médicos no Brasil, especialmente sobre classes sociais menos privilegiadas.

Diversos estudos (SIMPSON et al, 1991; NAGY, 2001; ASHBURY et al, 2007; CAPRARA, 2004; OSTERMANN e SOUZA, 2009; OSTERMANN e SILVA, 2009) mostram que uma melhor relação entre profissional de saúde e paciente não tem efeitos positivos apenas para a satisfação do usuário com os serviços prestados, mas que influencia também diretamente sobre o seu estado de saúde.



Embora tenhamos encontrado muitos aspectos positivos com relação à humanização dos atendimentos médicos através da linguagem, alguns problemas surgiram de forma evidente. Por exemplo, o fato de que os médicos ainda não dão oportunidades para que as pacientes negociem procedimentos a serem realizados durante as consultas e nem mesmo suas necessidades fisiológicas, sinaliza que a relação entre médico e paciente ainda se baseia no mesmo “paternalismo” descrito por Byrne e Long em 1976.

Ainda sobre a questão da autonomia da paciente que está em consulta, o estudo de Rúdólfsdóttir (2000, p. 347) mostra a opinião de uma mulher que, quando perguntada se há algo que ela gostaria de mudar na maneira como mulheres grávidas são tratadas, responde:

Maria: Sim, como eles [médicos] falam com você. Eu não sou uma paciente, e eu não sou uma criança. (...) Eu sou uma mulher capaz de pensar, mesmo que eu esteja dando a luz a um bebê.(...) [nossa tradução]

Meryn (1998, p. 2) defende que “habilidades de comunicação deveriam ser incluídas em todos os níveis de educação médica, e o mais importante, deveriam ser um elemento obrigatório do currículo das escolas de medicina”. Conforme também apontado por Ostermann e Souza (2009) e Ostermann e Silva (2009), acreditamos que estudos de fala-em-interação podem colaborar para uma reflexão acerca de como acontecem os atendimentos médicos a mulheres e o que pode ser feito para qualificá-los e torná-los mais humanizados, já que é sobretudo através da linguagem que são estabelecidas as relações entre profissionais de saúde e pacientes.

Bibliografia

ASHBURY, Fredrick D; IVERSON, Donald C; KRALJ, Boris. *Physician Communication*

Skills: results of a survey of general practioners in Newfoundland. Disponível em: <<http://www.med-ed-online.org/res00014.htm>>. Acesso em 28 junho, 2010.

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

BYRNE, PS; LONG, Bel. *Doctors talking to patients*. London: HMSO, 1976.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Joseane. *A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico*. Fortaleza, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_arttext>. Acesso em 20 junho, 2010.

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



GOODWIN, M. H. *Directive-response speech sequences in girls' and boys' task activities*, In S. McConnel-Ginet, R. Borker and N. Furman (eds) *Women and Language in Literature and Society*, New York, p 157 – 73, 1980.

MERYN, Siegfried. *Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity*. *British Medical Journal*, p. 1922 – 1930, jun. 1998.

HUTCHBY, Ian; WOOFFITT, Robin. *Conversation analysis: principles, practices and applications*. Cambridge: Polity Press, 1998. 273 p.

NAGY, Vivian T. *Clinician-patient communication and its big impact on health*.

Disponível em: <<http://xnet.kp.org/permanentejournal/Fall01/cpcnagy.html>>. Acesso em 20 junho, 2007.

OSTERMANN, Ana C. *Reifying and Defying Sisterhood: Communities of Practice at Work at an All-Female Police Station and a Feminist Crisis Intervention Center in Brazil*. Unpublished PhD, University of Michigan, 2000.

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

OSTERMANN, Ana Cristina; SILVA, Caroline da. *A formulação em consultas médicas: para além da compreensão mútua entre os interagentes*. *Calidoscópio* (UNISINOS), v. 7, p. 97-111, 2009.

RAGAN, Sandra L. *Verbal play and multiple goals in the gynaecological exam interaction*. *Journal of language and social psychology*, v. 9, n. 1 – 2, p. 67 – 84, 1990.

RÚDOLFSÓTTIR, Annadís G. *“I’m not a patient, and I am not a child”: the institutionalization and experience of pregnancy*. *Feminism & Psychology*, v. 10, n. 3, p. 337 – 350, 2000.

SIMPSON, Michael; BUCKMAN, Robert; STEWART, Moira; MAGUIRE, Peter; LIPKIN, Mack; NOVACK, Dennis; TILL, James. *Doctor-patient communication: the Toronto consensus*. *British Medical Journal*, v. 303, n. 30, p. 1385 – 1387, nov. 1991.

SACKS, Harvey. *Lectures on Conversation*. Cambridge: Blackwell, 1992. v.2.

SCHNACK, Cristiane M.; PISONI, Thaís D.; OSTERMANN, Ana C. *Transcrição de fala: do evento real à representação escrita*. *Entrelinhas*. v.2, n.2, 2005.

WEST, Candace. *‘Not just doctor’s orders’* In: Coates, Jennifer (ed): *Language and Gender: A Reader*. Oxford, 1998a, p.396-412.

WEST, Candace. *When the Doctor is a “Lady”* In: Coates, Jennifer (ed) : *Language and Gender: A Reader*. Oxford, 1998b, p.396-412.