

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LILIAN ZIELKE HESLER**

**CONVERSA DE ENFERMEIRAS E USUÁRIAS EM CONSULTAS  
GINECOLÓGICAS DE ENFERMAGEM: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE?**

**Porto Alegre**

**2018**

**LILIAN ZIELKE HESLER**

**CONVERSA DE ENFERMEIRAS E USUÁRIAS EM CONSULTAS  
GINECOLÓGICAS DE ENFERMAGEM: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Stela Nazareth Meneghel

**Porto Alegre**

**2018**

CIP - Catalogação na Publicação

HESLER, LILIAN ZIELKE

CONVERSA DE ENFERMEIRAS E USUÁRIAS EM CONSULTAS  
GINECOLÓGICAS DE ENFERMAGEM: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE?  
/ LILIAN ZIELKE HESLER. -- 2018.

158 f.

Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Consulta de Enfermagem. 2. Saúde da Mulher .  
3. Atenção Primária a Saúde. I. Meneghel, Stela  
Nazareth, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

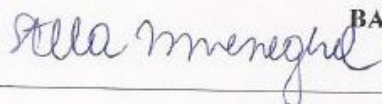
**LILIAN ZIELKE HESLER**

**Conversa de Enfermeira e Usuários em Consultas Ginecológicas de Enfermagem: uma questão de equidade.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de junho de 2018.

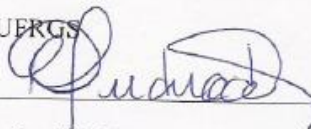
**BANCA EXAMINADORA**



Profª. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profª. Dra. Daniela Negraes Pinheiro Andrade

Membro da banca

UNISINOS



Profª. Dra. Rosana Maffaccioli

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

Membro da banca

PPGCOL/UFRGS

Prof. Dr. Roger Flores Cecon

Membro da banca

PPFCOL/UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, e por ter me cuidado e abençoado até aqui.

Ao meu esposo, pelo companheirismo, carinho e estímulo, principalmente nos momentos de desânimo, e pela compreensão e paciência nos momentos de ausência.

Ao meu filho Lucas, pela vinda ao mundo, e por me proporcionar a vivência da maternidade. Querido, você trouxe mais brilho e alegria para minha vida, obrigada!

À minha família, pelo apoio e carinho de sempre. Saibam que as orações e palavras de incentivo foram fundamentais para conclusão dessa etapa.

A todos os amigos (as) que compreenderam o meu afastamento e acreditaram na concretização desse trabalho.

À minha orientadora, pela amizade, apoio e compreensão. Obrigada por me acompanhar nessa caminhada do mestrado e doutorado, e por proporcionar de maneira sábia espaços de discussões, orientações e troca de experiências. Suas contribuições foram fundamentais para a construção desta tese!

À Escola de Enfermagem, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professores e colegas que me acompanharam nessa trajetória.

Ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Unisinos, Núcleo de Estudos Avançados em Linguagem, Interação e Tecnologias – NEALIT, por possibilitar a realização da Oficina de Transcrição de Dados de Fala-em-Interação e o minicurso Análise da Conversa: Princípios e Coleções. Em especial, à professora Daniela Negraes Pinheiro Andrade pelas valiosas contribuições.

Aos colegas do colegiado do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai (URI), campus Santo Ângelo/RS pelo incentivo e amizade.

Aos professores da banca, por aceitarem o convite de participar desse momento.

Às enfermeiras e usuárias (todas as mulheres) que aceitaram participar da pesquisa, contribuindo para a sua elaboração.

A todos (as) o meu agradecimento!

## RESUMO

HESLER, Lilian Zielke. **Conversa de enfermeiras e usuárias em consultas ginecológicas de enfermagem**: uma questão de equidade. 2018. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

A consulta de enfermagem ginecológica possibilita um encontro com a usuária, onde além dos aspectos clínicos, procura-se atender as demais necessidades de saúde das mulheres. Este estudo teve por objetivo geral analisar as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante a consulta de enfermagem ginecológica para a coleta do exame citopatológico na Atenção Básica em Saúde, sob a perspectiva da equidade. Equidade entendida como atenção diferenciada às mulheres de acordo com suas demandas e suas particularidades socioeconômicas, raciais e geracionais. Os objetivos específicos buscam observar e descrever os elementos conversacionais presentes na fala das mulheres (enfermeiras e usuárias) e analisar a fala-em-interação dessas mulheres durante a consulta de enfermagem ginecológica para a coleta do exame citopatológico. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. O desenho da pesquisa alinha-se aos estudos sobre análise da conversa ou da fala-em-interação que analisam os métodos utilizados pelos atores sociais enquanto desempenham seus diferentes papéis em conversas produzidas em ambientes informais ou institucionais. As participantes da pesquisa compreendem uma amostra intencional de três enfermeiras e 26 mulheres em idade reprodutiva que procuraram o atendimento de enfermagem para coleta de material para o exame citopatológico. O estudo foi realizado em três serviços de Atenção Básica em Saúde de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu por meio da observação e gravação das interações entre enfermeiras e mulheres nos serviços de saúde entre os meses de dezembro de 2016 a maio de 2017. As falas foram analisadas sob a perspectiva da Análise da Conversa e organizadas de acordo com os três momentos do ato clínico, correspondendo ao acolhimento, à consulta (coleta do exame citopatológico) e ao encerramento da consulta. Verificou-se que o acolhimento das mulheres era realizado por meio de uma conversa iniciada pela saudação, perguntas sobre os dados demográficos e outras direcionadas aos aspectos ginecológicos, sexuais e reprodutivos. No acolhimento observou-se que as enfermeiras introduziram assuntos de suas vidas pessoais, relatando problemas de saúde e falando de filhos ou família e finalizando com explicações referentes à realização do exame citopatológico. A conversa entre enfermeira e usuária no momento da coleta do exame citopatológico mostrou-se como um momento delicado, emergindo temas que geram vergonha ou representam tabus na sociedade. Ainda durante a coleta do exame, enfermeiras e usuárias falaram sobre anticoncepção, vida sexual e reprodutiva e uso de medicamentos. No fechamento da consulta ginecológica foram fornecidas informações sobre resultado do exame, data de retorno e indicação de exames complementares. As enfermeiras realizam orientações educativas em vários momentos da consulta, mostrando a importância da prevenção do câncer de colo uterino por meio do acompanhamento periódico. Os achados deste estudo podem auxiliar os profissionais de enfermagem a melhorar suas habilidades comunicativas junto às usuárias de serviços de saúde, evitando condutas que possam gerar algum tipo de mal-estar, incompreensão ou constrangimento.

**Palavras-chave:** Consulta de Enfermagem. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

HESLER, Lilian Zielke. **Conversation of nurses and users in gynecological nursing consultations: a question of equity.** 2018. 158 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

The gynecological nursing consultation allows a meeting with the user, where in addition to the clinical aspects, it is sought to meet the other health needs of the women. This study aimed to analyze the conversations produced between nurses and users during the gynecological nursing consultation to collect the cytopathological examination in the Basic Health Care from the perspective of equity. Equity understood as differentiated attention to women according to their demands and their socioeconomic, racial and generational particularities. The specific objectives are to observe and describe the conversational elements present in the speech of women (nurses and users) and to analyze the speech-in-interaction of these women during the gynecological nursing consultation to collect the cytopathological examination. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. The research design is aligned with studies on conversation analysis or speech-in-interaction that analyze the methods used by social actors while playing their different roles in conversations produced in informal or institutional settings. Participants included an intentional sample of three nurses and 26 women of reproductive age who sought nursing care to collect material for cytopathological examination. The study was carried out in three Basic Health Care services of a municipality in the northwest of the state of Rio Grande do Sul. Data were collected through the observation and recording of interactions between nurses and women in health services between December 2016 and May 2017. The speeches were analyzed from the perspective of the Conversation Analysis and organized according to the three moments of the clinical act, corresponding to the reception, the consultation (collection of the cytopathological examination) and the closing of the consultation. It was found that the reception of the women was carried out through a conversation initiated by the greeting, questions about the demographic data and others directed to the gynecological, sexual and reproductive aspects. In the reception it was observed that the nurses introduced subjects of their personal lives, reporting health problems and speaking of children or family and ending with explanations regarding the accomplishment of the cytopathological examination. The conversation between the nurse and the user at the time of collection of the cytopathological examination proved to be a delicate moment, emerging issues that generate shame or represent taboos in society. Still during the collection of the exam, nurses and users talked about contraception, sexual and reproductive life and use of medications. At the end of the gynecological examination, information was provided on the results of the exam, date of return and indication of complementary exams. Nurses carry out educational guidelines at various times during the consultation, showing the importance of cervical cancer prevention through periodic follow-up. The findings of this study may help nursing professionals to improve their communicative skills among health service users, avoiding behaviors that may generate some type of malaise, incomprehension or embarrassment.

**Keywords:** Nursing consultation. Women's Health. Primary Health Care.



## RESUMEN

HESLER, Lilian Zielke. **Conversación de enfermeras y usuarias en consultas ginecológicas de enfermería**: una cuestión de equidad. 2018. 158 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

La consulta de enfermería ginecológica posibilita un encuentro con la usuaria, donde además de los aspectos clínicos, se procura atender las demás necesidades de salud de las mujeres. Este estudio tuvo por objetivo general analizar las conversaciones producidas entre enfermeras y usuarias durante la consulta de enfermería ginecológica para la recolección del examen citopatológico en la Atención Básica en Salud, desde la perspectiva de la equidad. Equidad entendida como atención diferenciada a las mujeres de acuerdo con sus demandas y sus particularidades socioeconómicas, raciales y generacionales. Los objetivos específicos buscan observar y describir los elementos conversacionales presentes en el habla de las mujeres (enfermeras y usuarias) y analizar el habla-en-interacción de esas mujeres durante la consulta de enfermería ginecológica para la recolección del examen citopatológico. Se trata de un estudio de carácter exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo. El diseño de la investigación se alinea a los estudios sobre análisis de la conversación o del habla-en-interacción que analizan los métodos utilizados por los actores sociales mientras desempeñan sus diferentes papeles en conversaciones producidas en ambientes informales o institucionales. Las participantes de la investigación comprenden una muestra intencional de tres enfermeras y 26 mujeres en edad reproductiva que buscaban la atención de enfermería para recolección de material para el examen citopatológico. El estudio fue realizado en tres servicios de Atención Básica en Salud de un municipio del noroeste del estado de Rio Grande do Sul. La recolección de datos ocurrió por medio de la observación y grabación de las interacciones entre enfermeras y mujeres en los servicios de salud entre los meses de diciembre de 2016 a mayo de 2017. Las declaraciones fueron analizadas bajo la perspectiva del Análisis de la Conversación y organizadas de acuerdo con los tres momentos del acto clínico, correspondiendo a la acogida, a la consulta (recolección del examen citopatológico) y al cierre de la consulta. Se verificó que la acogida de las mujeres era realizada por medio de una conversación iniciada por el saludo, preguntas sobre los datos demográficos y otras dirigidas a los aspectos ginecológicos, sexuales y reproductivos. En la acogida se observó que las enfermeras introdujeron asuntos de sus vidas personales, relatando problemas de salud y hablando de hijos o familia y finalizando con explicaciones referentes a la realización del examen citopatológico. La conversación entre enfermera y usuaria en el momento de la recolección del examen citopatológico se mostró como un momento delicado, emergiendo temas que generan vergüenza o representan tabúes en la sociedad. Durante la recolección del examen, enfermeras y usuarias hablaron sobre anticoncepción, vida sexual y reproductiva y uso de medicamentos. En el cierre de la consulta ginecológica se proporcionó información sobre el resultado del examen, la fecha de retorno y la indicación de exámenes complementarios. Las enfermeras realizan orientaciones educativas en varios momentos de la consulta, mostrando la importancia de la prevención del cáncer de cuello uterino por medio del seguimiento periódico. Los hallazgos de este estudio pueden ayudar a los profesionales de enfermería a mejorar sus habilidades comunicativas junto a las usuarias de servicios de salud,

evitando conductas que puedan generar algún tipo de malestar, incomprensión o constreñimiento.

**Palabras-clave:** Consulta de enfermería. Salud de la Mujer. Atención Primaria de Salud.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Convenções de Transcrição.....	66
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e ginecológicas das mulheres que realizaram consulta de enfermagem nos serviços de saúde em estudo, 2018.....	78
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Análise da Conversa  
AB – Atenção Básica  
ABS – Atenção Básica em Saúde  
ACE – Agente de Combate às Endemias  
ACP – Análise de Categorias de Pertença  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CE – Consulta de Enfermagem  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CLAVES – Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli  
COMPESQ – Comissão em Pesquisa da Escola de Enfermagem  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CP – Citopatológico  
DIU – Dispositivo Intrauterino  
EENF – Escola de Enfermagem  
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano  
IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores  
IRA – Introdução - Resposta – Avaliação  
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNCCU – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	<b>21</b>
2.1 Objetivo Geral .....	21
2.2 Objetivos Específicos .....	21
<b>3 REFERENCIAL E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>22</b>
3.1 Equidade as Mulheres na Atenção Básica em Saúde.....	22
3.2 Consulta de enfermagem ginecológica na Atenção Básica em Saúde .....	26
3.3 Acolhimento e escuta: o uso da tecnologia leve na coleta do exame citopatológico .....	29
3.4 Relação médico-paciente ou profissional de saúde-usuário/a .....	34
3.5 Análise da Conversa: Perspectiva Teórica.....	39
3.5.1 Conceitos .....	39
3.5.2 Mecanismos utilizados na AC: tomada de turno, sequencialidade, pares adjacentes, reparo e temas delicados.....	40
3.5.3 Análise de Categorias de Pertença .....	46
3.5.4 Episteme: quem está autorizado a falar e a fazer predições.....	51
3.5.5 Interações institucionais .....	55
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>62</b>
4.1 Delineamento do estudo.....	62
4.2 Participantes do estudo .....	62
4.3 Local de estudo e período .....	63
4.4 Geração dos dados .....	64
4.5 Análise dos dados .....	65
4.6 Considerações éticas .....	66
4.7 Caracterização do local e população do estudo.....	67
4.7.1 Os serviços de Atenção Básica em Saúde.....	67
4.7.2 As enfermeiras participantes do estudo .....	74
4.7.3 As mulheres participantes da pesquisa.....	76
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>80</b>
5.1 Acolhimento.....	81
5.2 A coleta do exame citopatológico.....	96
5.2.1 A coleta do exame citopatológico como um momento delicado.....	97
5.2.2 A sexualidade na fala das mulheres enfermeiras e usuárias .....	104
5.2.3 Anticoncepção e vida reprodutiva .....	114
5.2.4 Conversas invisíveis, assuntos falados, mas não ouvidos: violências e medos .....	120
5.2.5 Medicalização e prevenção .....	125
5.3 O fechamento da consulta.....	135
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>138</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>141</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>153</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	<b>154</b>
<b>ANEXO B - DECLARAÇÃO DA(S) INSTITUIÇÃO (ÕES) COPARTICIPANTE(S)</b> .....	<b>156</b>
<b>ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E PUBLICAÇÃO DOS DADOS</b> .....	<b>157</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na linha de pesquisa denominada “Enfermagem e Saúde Coletiva”. O presente trabalho centra-se na área temática da saúde da mulher e buscou analisar as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante a consulta de enfermagem ginecológica para a coleta do exame citopatológico na Atenção Básica em Saúde, sob a perspectiva da equidade.

A motivação para desenvolver o presente estudo parte do interesse e experiência da pesquisadora na área da saúde coletiva, com enfoque principal na saúde da mulher. As aproximações com estudos direcionados à saúde da mulher iniciaram-se no período da graduação, onde como bolsista de iniciação científica participei de projetos de pesquisa voltados aos temas de gravidez na adolescência e violência contra as mulheres. Nas pesquisas sobre a temática da violência pude conhecer algumas mulheres vítimas desse agravo e identificar os sentimentos de medo, insegurança e vergonha que as acompanhavam no momento da denúncia do agressor na delegacia de polícia. Além disso, em outro estudo realizado na graduação, o meu trabalho de conclusão de curso, pude conhecer a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a violência contra as mulheres e as estratégias de intervenção utilizadas por eles no seu cotidiano de trabalho para o enfrentamento dos casos.

A aproximação e interesse pelas temáticas da saúde da mulher e violência me instigaram a leituras, reflexões e discussões, que contribuíram para seguir trabalhando com esse tema no mestrado e doutorado. No período do mestrado, participei de duas pesquisas de âmbito nacional, uma sobre suicídio em idosos intitulada: “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio em idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde” e outra sobre tentativas de suicídio em idosos, denominada: “Estudo sobre comportamento suicida na perspectiva da saúde pública”. Ambos os estudos coordenados pela pesquisadora Dra. Maria Cecília de Souza Minayo, do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), os quais contribuíram para a construção da dissertação de mestrado.



Ainda no doutorado, participei de um estudo voltado à área temática da equidade, denominado: “Equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na Atenção Básica”, que teve por objetivo avaliar a equidade nos serviços de saúde como um marcador de integralidade da saúde da mulher na Atenção Básica em Saúde (AB) (MENEGHEL, 2012). A participação nessa pesquisa estimulou o interesse em trabalhar com essa temática na perspectiva da assistência da enfermeira às mulheres na Atenção Básica, principalmente no que se refere à consulta de enfermagem ginecológica para a coleta do exame citopatológico.

Na atuação como docente do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Santo Ângelo, na disciplina “Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher”, pude observar durante as atividades práticas com os acadêmicos, como ocorre a assistência da enfermeira às usuárias durante a consulta de enfermagem ginecológica na AB, e o quanto as práticas assistências das enfermeiras modificam-se de um serviço para o outro, mesmo seguindo os protocolos da Atenção Básica para à saúde das mulheres do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). A vivência desses fatos me fez refletir e instigou a realização deste estudo.

Desse modo, as experiências vivenciadas no âmbito da pesquisa e docência serviram de estímulo para desenvolver este estudo que buscou analisar a conversa produzida entre enfermeira e usuária durante a consulta ginecológica para a coleta do exame citopatológico, procurando pensar a equidade nestas interações, e como estas conversas podem contribuir (ou não) para um atendimento equânime a estas mulheres.

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde brasileiro está alicerçado principalmente nos princípios da universalidade, equidade e integralidade de assistência à saúde. A equidade no acesso aos serviços de saúde é um desafio às políticas públicas. A procura pelos serviços de saúde advém da relação entre aspectos econômicos, pessoais, sociais e de morbidade, que influenciam diretamente na utilização deste serviço. Assim, é essencial que os serviços encontrem-se organizados para atender a população no que se refere à promoção, prevenção e assistência (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; CONILL, 2002).

No Brasil, o sistema público de saúde passou a adotar a denominação Atenção Básica (AB) “para enfatizar o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba setores públicos e privados, com e sem fins lucrativos” (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 105). A Atenção Básica é caracterizada por “um conjunto de ações de saúde de nível individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e a prevenção de agravos” (BRASIL, 2012a, p.21).

Dentre os princípios da AB estão a universalidade, a equidade e a integralidade. A equidade busca proporcionar o cuidado as pessoas através do conhecimento de suas diferenças quanto à saúde e condições de vida, respeitando as diferenças em relação à cor, idade, nacionalidade, etnia, crença, escolaridade, condição socioeconômica, estado de saúde, dentre outras (BRASIL, 2017).

A AB compreende um conjunto de atividades em saúde realizadas na esfera individual e coletiva, por meio de ações gerenciais e sanitárias, dirigidas a populações territoriais delimitadas, considerando as características e necessidades das populações adstritas (BRASIL, 2006). Além disso, os serviços básicos de saúde possuem território com população adscrita, propiciando a responsabilização e a criação de vínculo entre as equipes de saúde e população da área com o intuito de garantir a realização do cuidado e o desenvolvimento contínuo das ações de saúde, de acordo com as necessidades e potencialidades das pessoas (BRASIL, 2017).

Dentre as atribuições dos profissionais das equipes de AB estão, à realização do cuidado integral, o cadastro dos usuários e atualização desse

cadastro, participar do processo de territorialização e mapeamento da área, desempenhar ações de atenção à saúde, dentre outros (BRASIL, 2017).

No Brasil, as equipes de Atenção Básica cumprem um papel importante no desenvolvimento de ações direcionadas a atenção à saúde da mulher, dentre elas destacam-se as ações referentes ao controle do câncer do colo de útero (BRASIL, 2013a). O Ministério da Saúde recomenda como método de rastreamento do câncer de colo de útero a realização do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual. O exame deve ser realizado a cada três anos, após dois exames consecutivos normais com intervalo anual (BRASIL, 2013a).

Dentre os integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado tem papel fundamental no controle e prevenção do câncer do colo uterino, pois possui atribuições específicas, como: atender as usuárias de maneira integral; realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico; solicitar e avaliar exames; prescrever tratamento para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de acordo com protocolos; realizar e participar de atividades educativas e realizar cuidado paliativo (BRASIL, 2013a).

Entre as ações desenvolvidas pela enfermeira, a consulta ginecológica envolve uma abordagem individual à mulher e o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento de lesões e realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer de colo de útero (SILVA; GITSOS; SANTOS, 2013).

Na consulta de enfermagem ginecológica, faz-se uso de diferentes tipos de tecnologias do cuidado. Conforme Merhy (2005), essas tecnologias são classificadas como tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as das relações entre sujeitos; as tecnologias leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias; e as tecnologias duras são as dos recursos materiais, instrumentos e equipamentos tecnológicos.

No entanto, destaca-se a importância da utilização de tecnologias leves durante a consulta de enfermagem à mulher, uma vez que estas tecnologias estão presentes nas relações entre dois sujeitos e envolvem a produção de acolhimento e vínculo (MERHY, 2000). Assim, a consulta de enfermagem além de possibilitar a coleta do exame citopatológico (CP), também pode ser considerada um importante espaço de escuta e diálogo entre a enfermeira e a usuária. Pois, uma vez

estabelecido o vínculo afetivo, a empatia e o envolvimento entre a enfermeira e a mulher, o profissional terá melhores condições de identificar as necessidades e demandas da usuária (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011). Estudo realizado por Müller (2004) evidenciou que as mulheres que realizaram o exame de coleta de CP demonstraram confiança na profissional, facilitando assim o relato sobre as queixas sexuais, traumas, dificuldades e problemas no relacionamento conjugal.

Além disso, a interação e o diálogo entre enfermeira e usuária possibilitam que o medo e a ansiedade em relação à coleta do exame citopatológico sejam diminuídos (DANTAS et al., 2012). Mulheres que não realizaram o exame preventivo do colo do útero relataram terem sentido vergonha, constrangimento e medo, justificando a não realização do citopatológico (THUM et al., 2008; FERREIRA, 2009; WÜNSCH et al., 2011; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2014). A própria exposição do corpo a uma pessoa desconhecida contribui para a baixa adesão ao procedimento (WÜNSCH et al., 2011).

Nesse sentido, compreende-se que além das orientações e procedimentos técnicos, é imprescindível considerar no momento interacional do atendimento à mulher, a sua cultura, que compreende costumes, crenças, saberes, opiniões, além de necessidades e expectativas (BRASIL, 2013a; THUM et al., 2008; RESSEL et al., 2013). Embora seja necessário o uso de tecnologias duras e leve-duras (espéculo, biombo, tapetes, vestuário) no momento da coleta do exame preventivo de câncer de colo de útero, destaca-se a importância de valorizar o uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, escuta). Além disso, é preciso garantir um espaço acolhedor, em que a privacidade esteja assegurada, assim como a limpeza e assepsia dos materiais, o fornecimento de vestuário e proteção adequada para a realização do exame.

Considerando-se a importância e necessidade de estudos que aprofundem o olhar e a compreensão sobre este tipo de interação, formularam-se as seguintes questões norteadoras: O espaço da consulta de enfermagem ginecológica propicia uma conversa íntima, com escuta sensível da enfermeira? Como as mulheres são acolhidas e atendidas na consulta de enfermagem ginecológica? Que recursos comunicacionais pertencentes aos estudos da Análise da Conversa são usados nas conversas entre enfermeiras e usuárias durante a consulta de enfermagem?

Para subsidiar essa investigação, essa tese foi estruturada em seis capítulos. Além da apresentação e deste capítulo introdutório, o capítulo 2 aborda os

objetivos do estudo. No capítulo 3 consta o referencial teórico acerca da problemática do estudo, descrevendo a equidade as mulheres na ABS, a consulta de enfermagem ginecológica e o uso da tecnologia leve na assistência, a relação profissional de saúde usuário/a e o uso da análise da conversa. O quarto capítulo descreve o caminho metodológico percorrido para obter os objetivos propostos na pesquisa. Para isso, descreve-se o delineamento do estudo, participantes, local, período, coleta e análise dos dados, bem como, as considerações éticas. Ainda neste capítulo é realizada uma descrição do local de estudo (serviços de atenção básica) e das mulheres participantes do estudo (enfermeiras e usuárias).

No quinto capítulo são analisados e discutidos os resultados obtidos no estudo, para isso foram construídos três subcapítulos. O primeiro descreve como se dá o acolhimento realizado pelas enfermeiras às usuárias que procuram os serviços de saúde para a realização da consulta de enfermagem ginecológica. O segundo subcapítulo apresenta as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante a coleta do exame citopatológico, das quais emergem temas relacionados à anticoncepção, à sexualidade, à vida reprodutiva, ao uso de medicamentos, às violências e situações de constrangimento, evidenciando que os assuntos conversados em muitas destas situações eram “delicados” O último subcapítulo retrata o fechamento da consulta de enfermagem ginecológica, onde são fornecidas orientações educativas e informações sobre o resultado do exame.

O sexto capítulo da tese é composto pelas considerações finais, realizando-se uma síntese dos achados do estudo e indicando algumas das possíveis contribuições da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante a consulta de enfermagem ginecológica para a coleta de exame citopatológico na Atenção Básica em Saúde, sob a perspectiva da equidade.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Observar e descrever os elementos conversacionais presentes na fala das mulheres (enfermeiras e usuárias) durante a consulta de enfermagem ginecológica para a coleta de exame citopatológico;
- Analisar a fala-em-interação das mulheres (enfermeiras e usuárias) durante a consulta de enfermagem ginecológica para a coleta de exame citopatológico.

### **3 REFERENCIAL E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

Na construção do referencial teórico são apresentados elementos que trazem subsídios para a construção do problema de investigação do presente estudo. Para fundamentar teoricamente esse trabalho foram construídos os seguintes eixos temáticos: Equidade as Mulheres na Atenção Básica em Saúde; Consulta de enfermagem ginecológica na Atenção Básica em Saúde; Acolhimento e escuta: o uso da tecnologia leve na coleta do exame citopatológico; Relação médico-paciente ou profissional de saúde-usuário/a; Análise da Conversa: Perspectiva teórica.

#### **3.1 Equidade as Mulheres na Atenção Básica em Saúde**

A equidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) leva ao entendimento de que existem pessoas ou grupos populacionais mais vulneráveis devido à classe social, econômica, gênero, raça/etnia ou outra condição específica, e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção estatal (SILVA; LIMA, 2005).

O conceito de equidade incorpora o parâmetro de justiça à distribuição igualitária de recursos, ou seja, pressupõe que se deve dar a cada um segundo suas necessidades. Iniquidade, por sua vez, refere-se às diferenças desnecessárias e evitáveis, injustas e indesejáveis, apresentando, portanto, uma dimensão ética e social (WHITEHEAD, 1992).

O princípio de equidade remete à compreensão de que há pessoas ou grupos da população mais vulneráveis e por isso devem ter prioridade nas intervenções governamentais, desta maneira, mulheres, crianças ou idosos possuem necessidades de saúde específicas implicando a oferta de políticas públicas diferenciadas.

A equidade pode ser diferenciada em vertical e horizontal. A primeira é compreendida como desigualdade entre desiguais, assim, a distribuição de recursos e atenção é diferente para indivíduos que estão em estados diferenciados. Já a equidade horizontal, refere-se à igualdade entre iguais, onde ocorre uma distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. Diante dessas definições de equidade, compreende-se que no Sistema único de Saúde (SUS),

encontra-se incorporado o conceito de equidade horizontal, uma vez que aborda o acesso, a utilização e tratamento igual para necessidades iguais (TRAVASSOS, CASTRO, 2008), embora se possa considerar que incorpora também a equidade vertical, na medida em que, atende de modo diverso as pessoas que possuem necessidades diferenciadas.

Em relação aos serviços do SUS, a Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do usuário ao serviço de saúde (BRASIL, 2013a). A AB ainda busca atender a pessoa em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, orientando-se pelos princípios do SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, responsabilização, humanização, vínculo, e participação social. Ela ocorre de maneira descentralizada, em proximidade aos usuários, com território adstrito, considerando as especificidades locais e as características da população (BRASIL, 2012a).

A AB desempenha ainda a função de “coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde”, devendo acompanhar os usuários mesmo quando estes necessitam de internação ou de atenção especializada (BRASIL, 2013a p.17). Também compete à AB a articulação entre os serviços de saúde que fazem parte das redes e a definição dos fluxos de acordo com a necessidade de saúde das pessoas (BRASIL, 2013a).

Para que a AB possa exercer sua função na Rede de Atenção à Saúde é essencial que os usuários compreendam de que maneira as UBS são capazes de contribuir na resolução de suas demandas de saúde (BRASIL, 2016), uma vez que, cabe aos profissionais das equipes de AB realizar o cuidado da saúde dos usuários, desenvolver ações de atenção à saúde conforme suas necessidades, acolher por meio do desenvolvimento de uma escuta qualificada, desenvolver práticas de atenção integral, promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2016).

A PNAB 2017 incluiu várias alterações que colocam em risco os princípios constitucionais do SUS. A PNAB 2017 fere o princípio da universalidade, na medida em que irá disponibilizar a cobertura total da atenção em saúde apenas para populações em situação de vulnerabilidade, atinge a equidade, quando propõe reduzir a oferta de agentes comunitários de saúde que, pelas características do seu trabalho no território, identificam pessoas e situações específicas que demandam atenção e cuidado diferenciados e, por fim atinge a integralidade, quando aposta em



planos privados de saúde cujo objetivo não é prestar atenção de qualidade, mas auferir lucros (FACCHINI, 2017).

Em relação à saúde das mulheres, no Brasil, os primeiros serviços de saúde pública estruturados no início do século XX focaram a atenção a apenas alguns grupos específicos, e entre esses se destaca o segmento denominado “materno-infantil”, em que as mulheres não eram vistas na sua integralidade, mas percebidas somente no papel de gestantes, puérperas, nutrizes ou mães (MATTOS; PINHEIRO, 2001). Essa orientação permaneceu ao longo do tempo e apenas em 1983, o Ministério da Saúde cria o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com uma abordagem de atenção integral à saúde da mulher. O PAISM rompeu com a visão tradicional que centralizava o atendimento nas questões relativas à vida reprodutiva. As diretrizes do programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes; estabeleciam a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade e pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades (CANESQUI, 1984; OSIS, 1998).

Após a experiência do PAISM, teve início no ano de 2003 à reconstrução de uma nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a partir da proposta do SUS, alinhada aos princípios da integralidade, equidade e universalidade e pensando em gênero como uma categoria transversal (BRASIL, 2011). A colaboração entre o movimento de mulheres e os serviços de saúde foi sendo construída paulatinamente e se fortaleceu com a proposição de atividades de prevenção de HIV/aids nas mulheres, nos programas de contracepção, na prevenção do câncer cervical, nos mecanismos de controle social do SUS, nos comitês de mortalidade materna e nas campanhas pela implementação do aborto previsto em lei (MENEGHEL et al., 2011).

As ações de cuidado à saúde da mulher na Atenção Básica são desenvolvidas pelas equipes que ainda estão direcionadas principalmente ao campo da saúde reprodutiva, com práticas voltadas a atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, controle do câncer de colo de útero e de mama e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2016). As ações de prevenção do câncer foram fortalecidas nos serviços de saúde em decorrência do

aumento dos índices de mortalidade por neoplasias de mama e colo do útero e pela possibilidade de diagnóstico precoce das mesmas (BRASIL, 2013a).

Quanto à equidade na atenção à saúde de mulheres, as políticas de saúde, ao realizar a análise da situação de saúde da população, procuram observar a distribuição de problemas e agravos exclusivos de um ou outro sexo, que possuem riscos diferentes segundo o sexo, que afetam de modo diferente os homens e as mulheres e, que são evitáveis. Nessa perspectiva, as ações de prevenção e promoção à saúde, bem como os indicadores de acompanhamento são pensados em termos de grandes grupos de agravos ou doenças. Assim, uma das áreas prioritárias é a saúde sexual e reprodutiva, que envolve ações de regulamentação da fecundidade, o acompanhamento da gravidez durante a adolescência, a saúde materna, o HIV/AIDS e outras infecções de transmissão sexual; outra delas refere-se aos tumores malignos (câncer de mama e útero, câncer de próstata, câncer de pulmão), e outras condições que apresentam claras diferenças por sexo em matéria de predominância e riscos tais como acidentes e violências (homicídio, suicídio, violência contra as mulheres), doenças do aparelho circulatório, problemas nutricionais, diabetes, cirrose hepática, agravos de saúde mental (principalmente depressão) e medicalização (OPAS, 2007).

A morbidade e procura aos serviços de saúde é maior entre as mulheres, entretanto, esta frequência maior não constitui necessariamente uma expressão de privilégio social. As diferenças na utilização de serviços por homens e mulheres decorrem de distintos tipos de necessidades de atenção e fatores estruturais e institucionais que facilitam ou obstruem o acesso aos serviços (GIFFIN, 2002).

As mulheres possuem necessidades específicas em relação à saúde, tendo em vista as questões reprodutivas que geram demandas referentes à anticoncepção, gravidez, parto e puerpério. Porém, segue sendo comum às mulheres serem tratadas nos serviços de saúde apenas enquanto reprodutoras, fato tem sido presenciado em relação ao diagnóstico de HIV que é focado no grupo de gestantes, que são estimuladas a usar medicamentos para proteger ao bebê e não a si mesmas, da mesma forma, quanto ao aleitamento materno e cuidado das crianças (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000). Mulheres negras e pobres têm sido tratadas de modo iníquo nos serviços de saúde, não sendo consideradas suas necessidades específicas, sofrendo discriminações e racismo. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, observou-se que as mulheres negras referiam menor número de consultas

médicas que mulheres brancas e dificuldade no acesso a exames preventivos para a detecção precoce de câncer de mama e útero (BAIRROS, et al., 2011).

Embora a maioria dos usuários dos serviços de saúde seja constituída por mulheres, elas ainda seguem sendo percebidas e tratadas apenas do ponto de vista da saúde reprodutiva e muitas vezes recriminadas ou culpabilizadas por não cumprirem de modo adequado o papel socialmente esperado de maternagem. Ou seja, os serviços de saúde continuam reproduzindo os padrões esperados para homens e mulheres, veiculando desigualdades impostas pelas diferenças culturais que atribuem papéis específicos para cada um dos sexos (MENEGHEL et al., 2011).

Entretanto, a maior utilização de serviços por parte das mulheres não é uma constante em todos os grupos sociais e as diferenças segundo subgrupos específicos podem representar iniquidades e devem ser avaliadas segundo fatores econômicos, idade, etnia e lugar de residência, assim como em relação ao tipo de financiamento e organização dos serviços. A maior utilização feminina de serviços de saúde mascara a existência de iniquidades perpetradas contra mulheres, que ocorrem não apenas quando há barreiras de acesso ao serviço, mas quando o atendimento não é adequado (em termos de acolhimento, vínculo e resolutividade), quando há desrespeito, discriminação ou preconceito em relação à usuária, quando existem meios eficazes de tratamento e não foram usados, quando são impostas condutas sem esclarecimento ou consentimento incluindo a omissão de orientações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos. Ressalta-se novamente que existe iniquidade na atenção a saúde das mulheres segundo etapas do ciclo vital, raça/etnia, situação socioeconômica e utilização de serviços e tecnologias de saúde. Em suma, ocorre iniquidade quando a mulher atendida não está sendo considerada em sua integralidade e segundo suas necessidades específicas (GIFFIN, 2002).

### **3.2 Consulta de enfermagem ginecológica na Atenção Básica em Saúde**

A consulta de enfermagem é uma atividade específica do enfermeiro (a) conforme estabelecida na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 que estabelece a regulamentação do exercício profissional de enfermagem (BRASIL, 1986). Portanto, o desenvolvimento da consulta de enfermagem se tornou obrigatório na assistência de enfermagem tanto em instituição pública quanto em privada a partir da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de nº 544/2017 (COFEN, 2017).

A consulta de enfermagem fundamenta-se pelos princípios da equidade, integralidade, universalidade e resolutividade das ações de saúde e compreende o desenvolvimento de cinco etapas que correspondem ao processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2017; COFEN, 2009). Conforme Santos et al. (2008), durante a consulta de enfermagem pressupõem-se o domínio da comunicação com o indivíduo, da observação e o desenvolvimento das técnicas propedêuticas pelos enfermeiros.

Desde a implementação da ESF, a consulta de enfermagem tem sido incluída de modo crescente no rol de atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros nas UBS (BRASIL, 2006). Orientada e regulamentada pela Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007, que define a consulta de enfermagem como uma das atribuições do enfermeiro nos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2007). Assim, o enfermeiro, atuando na AB tem oportunidade de ultrapassar a abordagem meramente biológica, para uma perspectiva abrangente que inclui a compreensão ampliada do processo saúde-doença e dos determinantes sociais, tendo como base os dados epidemiológicos que fornecem subsídios para viabilizar ações capazes de causar um impacto positivo na saúde da população (SANTOS et al., 2008).

A consulta ginecológica voltada para a saúde da mulher tem sido realizada pelos enfermeiros na AB, tendo como finalidade a atenção individual à mulher e especificamente, quanto ao câncer de colo de útero, inclui o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento de lesões e realização do exame citopatológico (SILVA; GITSOS; SANTOS, 2013). No entanto, para Mandú (2004), a consulta de enfermagem ginecológica, tem se direcionado principalmente à prevenção e resolução de problemas de nível biológico e da saúde reprodutiva, priorizando temas direcionados a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de mama, câncer do colo uterino, distúrbios genitais e controle da fertilidade, desconsiderando a saúde da mulher na sua completude.

Na pesquisa realizada por Lício, Zuffi e Ferreira (2013), observou-se que os enfermeiros adotam o uso de protocolos de atendimento às mulheres para o rastreamento e controle do câncer de colo uterino, permanecendo limitados à aplicação do protocolo e não contemplando outras situações de saúde e de vida. Mesmo quando outros aspectos são abordados no momento da consulta, eles são voltados às queixas, sintomas e doenças, prevalecendo na prática o modelo

biomédico no qual a conversa, muitas vezes, trata apenas as prescrições que devem ser adotadas pelas usuárias, impondo, de certa maneira, um padrão estabelecido de conduta. Isso ocorre devido à dificuldade de alguns profissionais em abordar aspectos e temas relacionados a questões íntimas, funcionamento conjugal ou familiar, direitos sexuais e reprodutivos (ARAÚJO; PROGIANTI; VARGENS, 2004).

É preciso considerar que a consulta de enfermagem ginecológica não se volta apenas para o exame da genitália feminina, trata-se do contato com uma vida singular que se apresenta, de uma pessoa que possui dúvidas, anseios, angústias e dilemas manifestos nas queixas, nas falas ou nos sintomas (DIÓGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010). Em contrapartida, as enfermeiras muitas vezes se deparam com mulheres pobres, com baixa escolaridade, sem qualificação profissional, que desconhecem seus direitos e não percebem a consulta como um momento no qual elas podem falar abertamente acerca de assuntos da vida privada ainda envoltos por tabus e segredos. Além do mais esta abertura nem sempre é oferecida pelos serviços de saúde (DANTAS et al., 2012).

Torna-se imprescindível a ampliação da consulta no sentido de contemplar a integralidade que ultrapassa a abordagem baseada em problemas e a realização do exame. A consulta de enfermagem ginecológica na AB deve favorecer interações participativas, em que haja espaço para a expressão das subjetividades e para que se possa conversar sobre outros temas e preocupações além da doença (SILVA; GITSOS; SANTOS, 2013). A consulta de enfermagem representa um espaço para a usuária expor queixas, problemas e necessidades relacionadas ao autocuidado e que podem envolver um contexto biológico, psicológico, social e espiritual (DIÓGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

Para Oliveira e Ferla (2013), a consulta ginecológica compreende um espaço de encontro entre profissional de saúde e usuária, onde são contemplados aspectos clínicos seguindo programas e protocolos direcionados a saúde da mulher, mas, sobretudo buscando compreender as necessidades de saúde das mulheres, além dos problemas e queixas relacionados às questões reprodutivas e sexuais. Na pesquisa realizada por Santos et al. (2008), o enfermeiro considera a consulta de enfermagem como um espaço que contribui para a formação de vínculo entre a enfermeira e usuária.

Nesse sentido, quando a consulta de enfermagem é realizada com uma abordagem humanística, com a finalidade de promover a interação entre

profissionais e usuárias, oportuniza a qualidade da escuta, da compreensão, da observação e da tomada de decisão. Desse modo, a consulta de enfermagem é o momento oportuno para realizar a atenção integral à mulher, uma vez que nesse espaço é possível conversar sobre as atividades preventivas, sobre a importância do autocuidado e discutir temas direcionados à sexualidade, ao cotidiano, ao bem viver (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011).

Diante disso, quando as mulheres são ouvidas com atenção, manifestam à necessidade de discutir questões voltadas a autoimagem, sexualidade, relação conjugal, violência doméstica, dentre outras. Essa escuta sensível realizada pela enfermeira no momento da consulta compõe também um espaço estratégico para identificação e enfrentamento da violência contra as mulheres (ARAÚJO; PROGIANTI; VARGENS, 2004).

A consulta de enfermagem na atenção básica também constitui uma tecnologia leve que fortalece e aproxima as usuárias com o serviço de saúde. Mesmo possuindo objetivos específicos em relação ao biológico e, regulada por protocolos, regras e rotinas, a consulta oportuniza momentos de escuta, conversa e diálogo, que podem contribuir para a autonomia da mulher, melhora da qualidade de vida, alcançando a equidade no tratamento e integralidade na atenção (DURAND; HEIDEMANN, 2013). Assim, a aproximação estabelecida entre enfermeira e usuária na consulta de enfermagem inicia com o acolhimento, sendo este o momento inicial do atendimento à mulher no serviço de saúde (DIÓGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

### **3.3 Acolhimento e escuta: o uso da tecnologia leve na coleta do exame citopatológico**

Conforme consta na Política Nacional de Humanização do SUS, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância na AB, uma vez que, no campo da saúde ele pode ser utilizado como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010).

Nos serviços de atenção básica, o acolhimento produz encontros entre os profissionais de saúde e destes com a população, proporcionando o compartilhar de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Para isso, torna-se fundamental,

considerar o diálogo, a escuta, os saberes, as formas de comunicação, os costumes, as crenças, as expectativas e necessidades de saúde (BRASIL, 2013a). A Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS), como iniciativa do Ministério da Saúde aponta para o valor da linguagem, da interação e do diálogo no processo de humanização (BRASIL, 2010).

O acolhimento como uma prática constitutiva das relações de cuidado, aparece marcado no território das tecnologias leves, por meio da escuta, da construção de vínculo, da valorização da sensibilidade do trabalhador, e no posicionamento ético situacional, que inclusive influencia a maneira de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). O acolhimento na área da saúde alinha-se a ideia de que a prestação de serviços deve prover tecnologias adequadas às necessidades apresentadas pelo indivíduo e pela coletividade, visando à integralidade e à produção do cuidado (ASSIS, et al., 2010).

Conforme Merhy (2005), para efetivar o processo de trabalho e produção do cuidado em saúde, são utilizadas as tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves permitem a produção de relações entre sujeitos através do acolhimento, vínculo e escuta. As tecnologias leve-duras constituem os conhecimentos e saberes estruturados que embasam o processo de trabalho em saúde. As tecnologias duras são representadas pela utilização de instrumentos e equipamentos tecnológicos (máquinas).

Diante disso, o uso de tecnologias assistenciais, não envolve somente a utilização de equipamentos e instrumentos, mas também o uso de conhecimentos científicos e a produção de relações interacionais e comunicacionais entre profissionais e usuários (MERHY, 1999).

Segundo Merhy (1999):

“Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser

enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (MERHY, 1999, p. 307-8).

Diante disso, quando se fala no acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re) organização do processo de trabalho das equipes, imprimem-se sentidos e perspectivas fundamentais aos sujeitos em ação que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na atenção básica (BRASIL, 2013b).

Em relação ao uso das tecnologias de cuidado no momento da consulta de enfermagem ginecológica constata-se que o uso da tecnologia leve ocorre no momento de encontro da enfermeira com a usuária, quando são ouvidas informações sobre a pessoa, família, hábitos, queixas e necessidades de saúde. As tecnologias leve-duras aparecem na consulta ginecológica quando a partir do conhecimento científico a enfermeira elabora o plano de cuidado com base nas necessidades da usuária. E as tecnologias duras estão representadas pela habilidade técnica da enfermeira para a realização da coleta do exame citopatológico (CP). Para a realização do cuidado é preciso que haja o uso adequado, preciso e correto de cada um dos três tipos de tecnologia.

Dentre as tecnologias mencionadas, destacam-se as tecnologias leves, que compreendem o espaço ocupado pelo encontro entre trabalhador-usuário e que permitem produzir relações de vínculo, acolhimento e responsabilização (MERHY, 2000). Além disso, as tecnologias leves ampliam as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida (MERHY, 1997). A utilização dessas tecnologias é extremamente relevante para o enfermeiro no desenvolvimento de quaisquer tipos de consulta de enfermagem.

Diante do contexto da assistência a saúde da mulher nos serviços de atenção básica, o acolhimento precisa ser o momento inicial do cuidado, a fim de atender as necessidades de saúde das mulheres que na maioria das vezes não se limitam apenas as questões de ordem biológica (MENDONÇA et al., 2011). O acolhimento poderá estar presente em todos os momentos da relação entre profissionais e usuários, e a identificação de suas necessidades somente poderá ser reconhecida se nesse espaço de encontro for oferecido oportunidades para que isso ocorra (ASSIS, et al., 2010)



Na consulta de enfermagem, o acolhimento é um importante instrumento de formação de vínculo entre enfermeira-usuária (TEIXEIRA, et al., 2009) que ocorre através da realização de uma escuta atenta e sensível à fala das usuárias, (MENDONÇA et al., 2011), possibilitando a abordagem de outros aspectos além dos ginecológico e estimulando o retorno da usuária ao serviço de saúde quando ela sentir necessidade (LÍCIO; ZUFFI; FERREIRA, 2013).

Diante disso, no momento que for constituído o vínculo, a empatia e o envolvimento entre enfermeira e usuária, o profissional terá melhores condições de identificar e entender o que se passa com a usuária (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011). Mas para isso, é importante que no momento da realização de um ato técnico, como a realização do exame citopatológico, por exemplo, a enfermeira não foque suas ações somente na realização da técnica, mas aproveite a ocasião da consulta, abrindo a possibilidade de uma escuta aberta, atenta e qualificada (LÍCIO; ZUFFI; FERREIRA, 2013).

Para Ayres (2007), em todas as oportunidades em que se faz presente a possibilidade de escuta do outro, é que se dá o acolhimento, o qual deve ser capaz de potencializar diálogo. Mas para que o diálogo ocorra é fundamental que tanto profissional como usuários se disponham a realizá-lo (AYRES, 2007). Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem deve compreender o acolhimento, o vínculo e a escuta dos sujeitos (THUM et al., 2008) assim como incluir as conversas, dando atenção à linguagem, à interação e ao diálogo que são realizados em ambiente de consulta.

O uso da tecnologia leve no momento da coleta do exame citopatológico promove o acolhimento, a escuta e o diálogo entre a enfermeira e usuária. Embora, durante o exame de coleta de CP sejam utilizadas práticas instrumentais, a mulher precisa ser respeitada e considerada em sua integralidade, com ansiedades, receios e dúvidas a serem ouvidas, respeitadas e aceitas. Como o exame é um momento íntimo e delicado, a mulher necessita sentir-se acolhida pela enfermeira para que possa despir-se, tanto das roupas como dos seus medos e receios em relação ao exame.

Embora se fale de acolhimento, muitas vezes, a consulta ginecológica compreende apenas o procedimento técnico e a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero. No estudo realizado por Dantas, Enders e Salvador (2011), observou-se que durante a consulta de enfermagem, as mulheres e enfermeiras

pouco conversaram na maioria dos encontros. Ao incluir questões pessoais na conversa, elas não falaram sobre suas vidas e sexualidades, que poderiam ser abordadas numa perspectiva de atenção integral e promoção da saúde. Acredita-se que esses achados devam-se à timidez das mulheres perante os procedimentos que envolvem os exames do aparelho genital, ocasionada pela vergonha de mostrar o corpo, aspectos culturais relativos à posição social da mulher e limitações no conhecimento ou habilidade do profissional para tratar a sexualidade de forma aberta, segura e natural durante a consulta (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011). Além do mais, não é habitual que os trabalhadores dos serviços de saúde, abram a possibilidade de escuta para outros temas além dos específicos das consultas ou procedimentos, limitando-se à execução das rotinas padronizadas e pautadas no modelo biomédico.

Pesquisas realizadas com mulheres revelaram que os motivos para a baixa adesão ao exame preventivo do colo do útero podem ser atribuídos aos sentimentos de medo, vergonha e constrangimento (THUM et al., 2008; FERREIRA, 2009; WÜNSCH et al., 2011; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2014), bem como, as restrições à exposição do corpo a uma pessoa desconhecida (THUM et al., 2008; RESSEL et al., 2013), havendo maior resistência quando o enfermeiro é do sexo masculino (WÜNSCH et al., 2011; METELSKI; WINCKLER; DALMOLIN, 2013; RESSEL et al., 2013). Diante desse cenário, compreende-se que a exposição da mulher a um procedimento íntimo e invasivo como o exame citopatológico, propicia a expressão de sentimentos que dificultam a maior adesão ao serviço (WÜNSCH et al., 2011).

Com o intuito de atenuar o medo e a vergonha quanto à realização do exame preventivo, ressalta-se a importância da construção de vínculo entre os profissionais de saúde e mulheres, a fim de contribuir para diminuição do constrangimento no momento do exame e para o retorno das mesmas ao serviço de saúde (RESSEL et al., 2013).

Diante disso, acolher as demandas das mulheres nos serviços de saúde envolve aspectos mais amplos e complexos que os biológicos, como questões relacionadas aos contextos de vida. Mas, para que essa conversa aconteça torna-se necessário melhorar a qualidade dos relacionamentos produzidos entre profissionais e usuárias nos serviços de saúde e é preciso que ambos – profissionais e usuárias – possam se despir de preconceitos e moralismos (METELSKI; WINCKLER; DALMOLIN, 2013).

Um modo de buscar entender o que acontece nas consultas entre profissionais de saúde e usuárias é observar como se dão as conversas entre eles. Um dos referenciais para analisar conversas que acontecem naturalmente em ambientes informais e institucionais são os estudos da fala-em-interação, utilizados inicialmente por antropólogos para entender o uso da linguagem nas interações sociais. O campo ampliou-se e, atualmente, esta ferramenta tem sido usada na área da saúde, focando conversas naturalísticas que acontecem em diversos tipos de atendimento, havendo vários pesquisadores brasileiros debruçados sobre este tema (OSTERMANN; SOUZA, 2009; SELL; OSTERMANN, 2009).

Há pesquisas focando conversas e diálogos produzidos durante a realização de consultas médicas, de enfermagem ou de outros profissionais realizadas na atenção básica, em consultórios privados e/ou hospitais, mas também em atendimentos telefônicos e em balcões de informação de serviços. Uma comunicação eficaz entre profissionais da saúde e pacientes pode melhorar os resultados em termos de prevenção, diagnóstico e adesão ao tratamento (OSTERMANN; SOUZA, 2009). Enfim, uma comunicação mais igualitária entre profissionais e usuários(as) contribui para melhorar a qualidade do cuidado e do tratamento e, em decorrência, da saúde das pessoas (VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

### **3.4 Relação médico-paciente ou profissional de saúde-usuário/a**

A conversa entre profissionais de saúde e pacientes tem sido foco de crescente interesse em estudos e debates, muitos deles preocupados com aspectos práticos do *como fazer*, abordando a comunicação entre médicos ou profissionais de saúde e pacientes (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012). Alguns destes estudos abordam avaliações realizadas com pacientes ou usuários de serviços acerca da satisfação com os atendimentos (MADUREIRA; CAPITANI, 1990; GOMIDE et al., 2017), outros analisam a relação profissional-usuário e mais recentemente, tem sido pautado o acolhimento, o vínculo e as tecnologias leves envolvidas no trabalho humano do campo da saúde (AYRES, 2009; MEHRY, 2005).

Usualmente, a literatura que aborda o tema da relação entre profissionais da saúde e doentes, tem usado a denominação “médico-paciente”, embora os participantes desta díade possam tratar de quaisquer profissionais do campo da

saúde, inclusive enfermeiros e pacientes. Além disso, no Brasil, em estudos sobre a AB, a denominação preferencial que tem sido usada para “paciente” é a de usuário/a dos serviços, procurando questionar o uso da terminologia “paciente”, cuja passividade no termo já foi objeto de críticas. Frente à divergência entre os autores, em publicação anterior (OSTERMANN; MENEGHEL 2012), optamos por usar a denominação padrão “médico e paciente” e neste texto, não uniformizaremos a nomenclatura, adotando a expressão usada de cada autor mencionado.

Médicos e pacientes, mesmo quando tem origem social e cultural comum, tendem a ver os problemas de saúde de modos diferentes. A perspectiva médica de abordagem da doença vale-se das premissas da racionalidade científica, da mensuração objetiva de sinais e sintomas, do dualismo mente-corpo, do reducionismo e da visão das doenças como entidades. Além do mais, há vários modelos distintos usados pela medicina, os quais possuem perspectivas diversas e mesmo contraditórias quando ao modo de perceber os problemas de saúde e o ponto de vista do paciente, que geralmente usa um modelo conceitual mais amplo para explicar a perturbação que o afeta em um momento particular. O mesmo ocorre com as definições do que constitui saúde e doença, que variam entre indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais. Além disso, para consultar um médico, as pessoas dependem da disponibilidade de serviços de saúde, do acesso financeiro e da urgência dada pela gravidade do problema. Na consulta aparecem outras questões que incluem desde as diferentes linguagens usadas para expressar desconforto dos diferentes grupos sociais, ou como o paciente irá apresentar a sua “perturbação”, como estes sintomas e sinais serão traduzidos em patologias e como serão prescritos os tratamentos. As consultas são conduzidas em um misto de linguagem cotidiana e jargão médico e pode haver uma série de mal entendidos entre médicos e pacientes (HELMAN, 2003).

Caprara e Franco (1999), em uma retrospectiva dos estudos voltados à relação médico paciente, mostram que nos anos 1960, a psicologia médica introduziu a dimensão psicológica na relação médico-paciente; na década seguinte Talcott Parsons produziu pesquisas sobre a relação médico-paciente e o consentimento informado e, na França, Boltanski (1979) analisou a desconfiança produzida nos camponeses pela medicina oficial.

Contemporaneamente, a relação médico-paciente é entendida como chave para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e, dentre os estudos brasileiros,

Schraiber (1993), analisa a incorporação da tecnologia no exercício da profissão, evidenciando que o médico não perdeu a propriedade *do saber e do fazer* com a consolidação do modelo capitalista tendo, porém, entrado no universo das séries de produção, que marcam a sociedade industrial-tecnológica. Ayres (2009) entende que o encontro terapêutico precisa abrir a possibilidade de diálogo, potencializada no Brasil por meio do dispositivo “acolhimento”, valorizando a conversa entre usuários e profissionais dos serviços de saúde.

Mehry (2005), a partir de uma visão comunicacional nos encontros trabalhador-usuário, postula que a substância do trabalho em saúde (“trabalho vivo em ato”) é a conversa. Nesse sentido, entende que o modelo tecno-assistencial é uma rede de conversações, em que cada nó corresponde a um encontro ou a um momento de conversa, ocorrendo um deslocamento de foco da doença para o doente e proporcionando espaço para ouvir suas narrativas e histórias de vidas. O uso das narrativas permite entender o modo como as pessoas lidam com o adoecimento, a dor e a morte, as atribuições causais que elaboram e os sentidos e ressignificações dados aos episódios de doença em suas vidas.

A melhora na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes inclui aprimorar as habilidades de diálogo e de escuta, privilegiando o papel da “escuta sensível” e da “entrevista centrada no paciente” em vez da abordagem focada no médico (CAPRARA; RODRIGUES; MONTENEGRO, 2001; ALVES; RABELO, 1999; CAPRARA; VERAS, 2005). É preciso aprender a *escutar o que os pacientes falam e como falam*, o que os faz sofrer e os incomoda, como condição para que o profissional de saúde possa, junto a eles, localizar de que forma seu saber específico pode lhes ser útil (BORGES, 1991).

A relação médico-paciente, assim como a de profissionais de saúde e usuários é uma relação hierárquica, na qual o profissional possui mais poder, já que os pacientes possuem obrigações e os profissionais possuem direitos. Nesta relação assimétrica é o médico que faz o maior número de perguntas, estabelece e muda o assunto da conversa, determina a pauta da consulta (abertura, anamnese, exame físico e fechamento), faz o diagnóstico e prescreve o tratamento. Também é ele que decide se expõe seu diagnóstico em detalhes, se explica o efeito dos remédios ou se encaminha o paciente para exames (FISHER, 1984; OSTERMANN, SOUZA, 2009). Mesmo assim, o paciente apresenta capacidade de agir por si, de reivindicar

seus direitos de fala, ou de contribuir para o diagnóstico, tratamento ou simplesmente para a interação em si, participando da coconstrução da consulta.

O próprio conceito de relação, considerada uma interação intermitente entre duas pessoas em período extenso, tem sido problematizado, supondo um papel ativo e dialético da díade, que seja capaz de observar, mudar e reorganizar padrões longitudinalmente ao longo de sucessivas interações. Porém, para autores como Clavreul (1983) o paciente está atrelado ao discurso e ao saber do médico, já que é a existência do saber médico que permite ao paciente a tomada de consciência. No limite, diz o autor não há relação médico-doente e sim, relação instituição médica-doença.

No contraponto desta perspectiva, Ayres (2005), pontua a necessidade de comunicação entre os membros de uma díade, em um exercício de compreensão, no qual as pessoas buscam significados e interpretações. Assim, entre médico e paciente, mesmo não intencionalmente, há o exercício de interpretação: do sofrimento em queixa, da queixa em sintomas, dos sintomas em uma história.

Em relação à hierarquia entre médicos e pacientes, ela compreende três aspectos: autoridade profissional, estruturas sociopolíticas e estruturas comunicacionais (MAYNARD, 1991). A autoridade profissional está relacionada ao status que os médicos adquiriram por meio de sua formação, especialização e uso de tecnologias diagnósticas. A estrutura sociopolítica significa que os profissionais de saúde são “agentes de controle social”, ao estabelecerem critérios de normalidade e induzirem uma situação de dependência em seus pacientes, uma vez que eles não têm o conhecimento para avaliar o diagnóstico e o tratamento fornecidos pelo médico como corretos e apropriados. As estruturas comunicacionais constituem o plano interacional, as formas de como o médico produz explicações, se usa ou não jargão médico, se interrompe ou não o paciente, se controla ou não os assuntos tratados, se faz ou não a maior parte das perguntas. Esses fatores contribuem para a manutenção de um padrão hierárquico no que tange à estrutura comunicacional.

No campo da análise da fala em interação que aborda as microrrelações conversacionais é comum o uso de um esquema que se chama IRA, também empregado pelos professores, constituído de três momentos: iniciação – resposta – avaliação. O esquema inicia pelas perguntas feitas pelo médico, que demandam uma resposta do paciente, a qual é avaliada pelo médico em seu próximo turno ou

ao final da coleta da história do paciente. O *status* informacional superior do médico é estabelecido e confirmado em vários momentos da consulta, inclusive quando, ao se deparar com o desconhecimento da paciente sobre determinado assunto, ele realiza explicações e prognósticos, aos quais o paciente se submete, respondendo perguntas de qualquer ordem e acatando as correções e recomendações por parte do médico. Os pacientes, na maioria das vezes, não interrompem os médicos, o que confirma a ideia de *assimetria* ou hierarquia de poder entre eles, embora possam com frequência ser interrompidos por eles (OSTERMANN; RUY, 2012).

Nas interações entre médicos e pacientes, merecem destaque os temas delicados, percebidos nas conversas pelas perturbações que os sinalizam, podendo haver pausas, silêncio, hesitações, risos ou dificuldade na escolha do termo apropriado no momento de abordá-los. Trata-se de assuntos percebidos como tabu ou segredos na própria sociedade, e podem incluir a sexualidade, a vida reprodutiva, termos que designam os órgãos genitais, além de situações como suicídio, aborto e adultério. Quando eles aparecem no relato de pacientes e estes se mostram perturbados ou com dificuldade para nomeá-los, a colaboração do médico, produzindo o termo que causa perturbação alivia o desconforto e exerce a função didática de apresentar à paciente o termo formal. Essa colaboração, na coprodução de termos chama-se *coconstrução*, embora nem sempre aconteça. A importância de falar diretamente sobre estes assuntos ajuda os pacientes a não evitar, camuflar ou ignorar a abordagem de temas difíceis, o que pode comprometer a própria relação profissional de saúde e paciente.

Outro elemento importante que faz parte das interações médicos-pacientes são as formulações. Descritas por Garfinkel e Sacks (1970) são métodos que os interagentes utilizam para demonstrar explicitamente sua compreensão de partes da interação, tornando explícito o seu entendimento sobre o que foi dito anteriormente ou sobre o que está acontecendo na conversação, quer seja no turno imediatamente posterior, ou ainda depois de uma ou várias sequências interacionais. A ausência de formulações na interação médico-paciente reflete a *assimetria* da relação ali constituída e faz com que a interação se caracterize mais como um “interrogatório”.

Esses são alguns dos elementos presentes nas relações entre médicos e pacientes e que analisadas podem contribuir para melhorar a comunicação entre eles. Contudo, ainda são poucos os trabalhos no Brasil que utilizam a *fala-em-interação*, inclusive em pesquisas sobre a relação de profissionais de saúde e

mulheres. Mesmo com avanços tecnológicos, a dimensão relacional do encontro médico-paciente continua sendo um elemento central na prática médica, na atividade clínica e no campo transdisciplinar que constitui as humanidades médicas e a melhora da comunicação entre profissionais de saúde e usuários/as contribui para a qualidade da atenção à saúde (VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

### **3.5 Análise da Conversa: Perspectiva Teórica**

#### **3.5.1 Conceitos**

A Análise da Conversa (AC) é uma perspectiva teórico-metodológica, que descreve os fenômenos interacionais disponibilizados pelos falantes para agir no mundo e atribuir sentido às ações realizadas pelos interlocutores em contextos locais e situados. Originada da Sociologia e inspirada na etnometodologia, a AC se vale da mentalidade analítica proveniente da etnometodologia. A etnometodologia contesta os métodos tradicionais da sociologia produzindo uma mudança de paradigma, na medida em que passa a focar e a investigar o modo pelo qual na fala-em-interação, as pessoas se organizam de forma a constituir identidades e relações de maneira que elas sejam relevantes socialmente em contextos situados interacionalmente. A etnometodologia pode ser considerada a pesquisa empírica dos métodos que as pessoas usam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as ações cotidianas e, desta maneira, a AC pode ser entendida como um dos aparatos metodológicos através do qual se realiza investigações de teor etnometodológico (COULON, 1995).

Dentre os conceitos chave usados pela etnometodologia, destacam-se a indicialidade, a reflexividade, a noção de membro e a accountability. A indicialidade refere-se à possibilidade de que uma palavra, mesmo tendo um significado global, possa ter significados distintos em situações específicas, quando elas são como que “indexadas” em contextos linguísticos específicos, em que não apenas as palavras, mas outras formas simbólicas como gestos, regras e ações se completam e complementam, adquirindo outros sentidos. A reflexividade, por sua vez, designa as práticas que ao mesmo tempo descrevem e constituem o contexto interacional. A reflexividade permite que enquanto as pessoas fazem seus enunciados, vão sendo construídos o sentido, a ordem e a racionalidade daquela ação ou, ainda, a



reflexividade designa a equivalência entre descrever e produzir uma interação. A accountability, que traduzimos como explicabilidade é a possibilidade de descrever, relatar, tonar inteligível, e analisável o mundo social. Finalmente, a noção de membro significa o fato de uma pessoa possuir a competência social e linguística para fazer parte de um grupo social, aceitando e executando as regras e rotinas inscritas nas práticas sociais e no caso de membro institucional, que ela saiba utilizar a contento a linguagem institucional (COULON, 1995).

Harvey Sacks, Emanuel Schegloff e Gail Jefferson foram os precursores da AC e em um artigo pioneiro demonstraram que a conversa é uma ação organizada, de modo que permite aos falantes se comunicarem, orientados por uma maquinaria que faz parte das regras de uma interação, mesmo que as pessoas não se deem conta disso. Para realizar pesquisas usando a AC é preciso analisar interações naturalísticas, ou seja, conversas que ocorrem em ambientes cotidianos, sem o uso de entrevistas ou coletas formais de dados, e não usando categorias pré-estabelecidas, mas sim, a perspectiva êmica, em que os padrões e categorias emergem a partir dos dados coletados (SILVA; ANDRADE; OSTERMAN, 2009).

### 3.5.2 Mecanismos utilizados na AC: tomada de turno, sequencialidade, pares adjacentes e reparos

A AC, ao estudar as falas produzidas em ambientes naturalísticos, observa como se dão as conversas, organizadas em turnos de fala, nas quais se alternam os enunciados as locuções dos falantes. Assim, a tomada de turnos apresenta-se pela “ordenação de regras observadas na organização da fala interacional sob o ponto de vista da alocação das oportunidades de falar” (FREITAS; MACHADO, 2008, p.59).

Para Sacks, Schegloff e Jefferson (1974), a tomada de turno na fala-em-interação é compreendida pela exposição ordenada das falas dos participantes de modo que seja possível estabelecer uma conversa. Esses autores observaram que qualquer conversa segue uma série de princípios, descritos a seguir a partir do texto de Silva, Andrade e Ostermann (2009, p.3):

- (1) A troca do falante se repete, ou pelo menos ocorre.
- (2) Na grande maioria dos casos, fala um de cada vez.
- (3) Ocorrências de mais de um falante por vez são comuns, mas breves.

(4) Transições (de um turno para o próximo) sem intervalos e sem sobreposições são comuns. Junto com as transições caracterizadas por breves intervalos ou ligeiras sobreposições, elas perfazem a grande maioria das transições.

(5) A ordem dos turnos não é fixa, mas variável.

(6) O tamanho dos turnos não é fixo, mas variável.

(7) A extensão da conversa não é previamente especificada.

(8) O que cada um diz não é previamente especificado.

(9) A distribuição relativa dos turnos não é previamente especificada.

(10) O número de participantes pode variar (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974)

Partindo desses pressupostos, os autores compreenderam que a fala-em-interação social produzida pelas pessoas pode variar quanto ao conteúdo do turno (o que dizem), a forma (como o dizem) e duração (tempo que levam dizendo), mas de modo geral os falantes seguem os princípios acima explicitados, que são assimilados pelas crianças desde as etapas iniciais de socialização.

Diante disso, Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) verificaram que a fala-em-interação produzida pelas pessoas ocorre através da tomada de turnos e “se apresenta ao mesmo tempo, independente do contexto de uso, mas sensível a esses contextos” (FREITAS; MACHADO, 2008, p.61).

A tomada de turno envolve dois turnos de fala, ou seja, para o primeiro turno de conversa (que pode ser uma saudação, pergunta ou asserção) espera-se uma resposta do interlocutor. Assim, para uma saudação, espera-se que o interlocutor retribua o cumprimento, para uma pergunta, que haja uma resposta, embora também possa haver silêncio, indicando uma problematização do curso de ação iniciado e mostrando que o respondente ofereceu resistência ao curso de ação iniciado (SELL, 2012). O turno de resposta pode compreender também um sinal corporal, um aceno de cabeça, indicando concordância ou discordância, um sinal de mão que diz tudo bem, ou mesmo, expressa uma injúria.

Assim, pode-se dizer que “a tomada de turnos é apresentada como um modo de operação básico para a conversa por ser invariável em relação aos participantes” (FREITAS; MACHADO, 2008, p. 61), ou seja, as regras são seguidas por todos. Esse sistema constitui um dos pilares da AC, que realiza o processo

analítico por meio da observação e transcrição das falas naturalísticas constituídas por turnos de fala.

A sequencialidade é outro elemento importante de avaliar nos estudos de fala-em-interação. A noção de sequencia refere-se ao fato de que as ações constituídas pelo uso da linguagem em interação social são organizadas em sequência de turnos de fala produzidas por diferentes participantes, de modo que quando um participante fala, ele leva em conta o que o outro participante da conversa disse anteriormente (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008).

A organização sequencial da conversação é o que produz o sentido da interação, e acontece porque as pessoas envolvidas numa conversa produzem, com competência, enunciados alternados de modo inteligível. O reconhecimento de uma pergunta, por exemplo, significa não apenas outro turno de fala, mas uma atividade de fazer uma pergunta, cuja ação sequencialmente apropriada é uma resposta. Desta forma, não ocorrem apenas um sequência de turnos de fala, mas uma sequência de ações, que constituem a organização sequencial de ações interacionais produzidas conjuntamente pelos falantes (reclamar, elogiar, perguntar, etc). Outro aspecto, ligado à sequencialidade, refere-se à organização das sequências de enunciados que ocorre no sistema de troca de turnos, envolvendo a alocação, distribuição e coordenação dos turnos, assim como na especificidade do sentido de cada um deles. O sistema sequencial de troca de turnos também envolve a análise do próximo turno pelo interlocutor que toma o turno subsequente e vai constituindo o nexos e a trama da conversa, possibilitando inclusive, mudanças de tópico (WATSON; GASTALDO, 2015).

Dessa maneira, “os turnos de fala” só podem ser analisados como elementos integrantes de uma configuração sequencial, e não como elementos estanques, que têm o mesmo valor e que realizam as ações onde quer que sejam produzidos (LODER; SALIMEN; MÜLLER, 2008, p. 42). Assim, um mesmo enunciado pode desempenhar diferentes ações do lugar em que foi produzido na sequência interacional.

Os pares adjacentes são assim denominados, pois são constituídos por dois turnos de fala: o primeiro elemento seguido de outro, o complemento adjacente), sendo falados por pessoas diferentes (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008). Assim, pode-se dizer que as falas que constituem as interações sociais são pareadas. Para os autores Hutchby e Wooffitt (1998), esse pareamento forma uma unidade de

sequência mínima, que é originada pela alternância de turnos produzidos por diferentes falantes, sendo nomeado de par adjacente (HUTCHBY; WOUFFITT, 1998).

Os pares adjacentes têm uma série de propriedades, eles correspondem à duração de dois enunciados ou duas partes ordenadas como primeira e segunda; a primeira parte do par é formada pelo primeiro turno de fala do falante e a segunda pelo segundo turno de fala do falante no turno adjacente e, em resposta ao primeiro. Os turnos mostram uma ordem relativa, de modo que se a primeira parte do par for uma oferta à segunda parte deve ser uma aceitação ou recusa. As partes de um par devem exibir relações discriminativas, ou seja, a primeira e segunda parte do par devem ser do mesmo tipo e, cada tipo de par deve ter propriedades específicas que são convencionalmente relacionadas, mantendo entre si relevância condicional. Desta maneira a primeira parte do par torna a segunda relevante, que por sua vez tem sua relevância condicionada ao reconhecimento da relevância da primeira parte do par. Quando não ocorre a segunda parte tipicamente esperada isso é uma ausência perceptível, como no caso de um silêncio após uma pergunta ou a não resposta a um cumprimento, pode constituir um elemento para realizar inferências sobre este comportamento (WATSOM; GASTALDO, 2015).

Um exemplo clássico de par adjacente são as sequências constituídas de “pergunta/resposta”. Neste caso, a sequência dos pares deve ser constituída primeiramente pela pergunta, seguida da resposta (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008). Ainda outros exemplos de pares adjacentes são os convites ou ofertas que são geralmente seguidos de aceitação ou recusa, já a saudação é seguida de saudação de retorno, e as avaliações são seguidas de concordância ou discordância (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008; SILVA; ANDRADE; OSTERMANN, 2009). Diante disso, a primeira parte do par adjacente direciona ao tipo de segunda parte do par adjacente esperado, podendo este último apresentar mais de uma alternativa (LODER; SALIMEN; MULLER, 2008). Porém, quando “a segunda parte do par não é fornecida na sequencialidade da conversa, sua ausência gera consequências interacionais com as quais os participantes têm que lidar” (SILVA, ANDRADE e OSTERMANN, 2009, p.8). No caso da recusa a um convite o trabalho interacional do respondente sempre é maior, porque socialmente ele se sente obrigado a apresentar justificativas para a recusa ao convite.

Em estudo sobre atendimento de mulheres em situação de violência por operadores policiais, Ostermann (2006) observou que em diálogos usuais de profissionais que prestam atendimento ao público a troca de turno na conversa pode ser de vários tipos: a) silêncio ou ausência de resposta, que ocorre quando a usuária não toma o turno de fala após a pessoa fazer uma pergunta ou haver um momento de relevância para a transição entre falantes; b) uso de continuadores ou partículas mínimas como ahám, mm, mhm; c) respostas relacionadas ao turno anterior ou encadeadas com o assunto que está sendo discutido e, d) troca de assunto, divergindo totalmente do que foi falado anteriormente. Essas possibilidades podem ocorrer em relação às respostas proferidas pelas profissionais, mas também pelas usuárias e usuários dos serviços.

Em um consultório médico, uma interação institucional em que há uma hierarquia de poder entre profissional e paciente, o profissional tem a prerrogativa de formular as perguntas, incluindo perguntas polares (cuja resposta é sim ou não) e que de certa maneira demandam respostas preferidas. Uma interrupção do paciente para fazer uma pergunta, assim como a apresentação de uma questão que o médico considere irrelevante, pode ser ignorada e não respondida pelo médico (SEGER, 2007).

A expressão de continuadores (hahã, sim, ok) também corresponde a um turno de fala e são considerados parte da “escuta ativa”, quando emitidos por profissionais de saúde, durante uma entrevista clínica (SEGER, 2007), embora dependam do contexto e, em outras ocasiões, possam estar indicando que o interlocutor está encerrando a conversa.

As pesquisas sobre pares adjacentes demonstram que as ações passíveis de serem desencadeadas pela primeira parte de um par adjacente não são equivalentes. Exemplificando, algumas respostas são mais fáceis de serem formuladas, como no caso de um convite, como já descrito, em que o trabalho interacional de aceitação é mais fácil do que a recusa, que tende a vir “marcada” com atrasos em sua produção, hesitações, explicações, justificativas etc (SILVA; ANDRADE; OSTERMAN, 2009).

O reparo é um elemento a ser analisado que acontece quando em uma interação, os participantes encontram problemas na explicação ou no entendimento do que foi dito, havendo quebra do “fluxo da conversa”. O reparo corresponde então ao momento em que os participantes param a interação para lidar com mal

entendidos da ordem da fala, da audição ou do entendimento. O reparo pode ser feito: a) pelo falante corrente (autoreparo) ou b) pelo ouvinte (reparo iniciado por outro). O reparo pode ser iniciado por um falante e concluído pelo outro (SILVA; ANDRADE; OSTERMAN, 2009).

### 3.5.3 Temas delicados

Os temas ou assuntos delicados são assim denominados quando em uma interação ocorre mudança na orientação das participantes (hesitação, não utilização de alguns termos, atrasos na produção de fala, risos), principalmente quando os assuntos abordados na conversa referem-se a temas tabus como sexualidade, estilo de vida, conduta e caráter das pessoas (OSTERMANN; ROSA, 2012). Diante disso, as autoras ressaltam que quando algum tópico se torna delicado na interação, as pessoas utilizam ou não estratégias para protegerem sua própria face e a face de seus interlocutores, tratando desses assuntos de forma evasiva, vaga e indireta.

Ostermann e Rosa (2012) destacam a presença de desconforto na abordagem de assuntos delicados também nas falas dos profissionais de saúde e não somente dos pacientes. Pois, mesmo que sejam profissionais treinados para lidar com todos os temas relacionados à saúde das pessoas, observa-se nas interações despreparo de alguns profissionais em abordar com os pacientes assuntos considerados delicados, bem como lidar com a dificuldade das pacientes falarem sobre temas voltados à vida sexual.

No entanto, Ostermann e Rosa (2012) afirmam que se um assunto apresenta-se como gerador de desconforto, o atendimento como um todo pode ser prejudicado, seja pela omissão ou pelo adiamento de questões importantes para a consulta. Diante disso, é preciso sensibilizar os profissionais de saúde para que atuem de maneira colaborativa nos assuntos que os pacientes apresentam dificuldade, devido às consequências nocivas que a camuflagem e evitação de certos temas podem acarretar na atenção a saúde das pessoas e na relação profissional de saúde-paciente.

### 3.5.4 Análise de Categorias de Pertença

A diferença entre Análise da Conversa (AC) e Análise de Categorias de Pertença (ACP) é que, enquanto o foco da AC pauta-se na dinâmica dos turnos e na organização sequencial, a ACP preocupa-se em verificar a expressão de uma visão de mundo, por meio de categorizações usadas pelos falantes na linguagem cotidiana (FREZZA; OSTERMANN, 2011). A AC e a ACP, ambas de natureza etnometodológica e êmica, têm sido usadas concomitantemente, em um processo que associa as categorizações de pertença à análise sequencial do encadeamento dos turnos de fala e essa microanálise da fala-em-interação permite entender melhor a ordem social, inclusive em seus aspectos generificados, racializados e desiguais.

No início da década de 1960, Harvey Sacks iniciou seus estudos sobre Análise de Categorias de Pertença (ACP), visando ampliar sua compreensão sobre o uso da linguagem como ação social e investigando o modo pelo qual os participantes de uma interação usavam categorias sociais específicas para organizar a conversa (SACKS, 1992). Nessa trajetória, ele formulou dois conceitos distintos: o de coleções e o de categorias. Em relação às coleções identificou dois tipos delas: as formadas por pares relacionais ou complementares, como mãe-bebê e marido-mulher e, as formadas por pessoas que partilhavam uma mesma categoria ocupacional, como professores, médicos, enfermeiras, etc. Dentro das coleções estão as categorias e cada uma delas inclui membros possuidores de atributos (direitos e obrigações), culturalmente e socialmente construídos e aceitos, constituindo como que um “depósito de conhecimento do senso comum” (SCHEGLOFF, 2007 citado por OLIVEIRA, 2016). Estas categorias são partilhadas na sociedade e o seu uso acarreta inferências, de modo que os falantes não precisam saber tudo acerca de uma interação, para imaginar do que se trata. Ouvindo apenas poucas frases, as pessoas percebem rapidamente quem são os membros ou a que categoria eles pertencem (pai, mãe, filho, namorada) dentro de uma coleção familiar. O exemplo usado por Sacks e citado por outros autores em vários textos trata da asserção: “o bebê chorou; a mãe pegou o bebê”, e o autor explica que não é preciso conhecer a díade em questão, para inferir que se trata da mãe do bebê.

Assim, a Análise da Categoria de Pertença (ACP) busca descrever o aparato usado pelos falantes para produzir descrições (SELL; OSTERMANN, 2009). Os

falantes, por meio da conversa, descrevem as identidades dos atores sociais e, dentro da interação e do contexto social, essas identidades são organizadas, construídas ou contestadas. A categorização de pertença refere-se às descrições que as pessoas fazem de si mesmas na linguagem cotidiana, ou aos processos de organização de descritores disponibilizados pelos próprios participantes na sequencialidade da interação, de modo local e situado. Ao descrever alguém e colocar tal descrição em negociação o falante pode estar dando pistas de si mesmo, pois expõe formas de ver o mundo e as pessoas, construindo dessa forma a sua identidade. Essas descrições podem ser feitas de formas diferentes pelo mesmo falante de acordo com o seu interlocutor e o ambiente de fala, já que certos posicionamentos ou categorizações podem ser aceitos em alguns ambientes (em um bar, p.e.), mas totalmente repudiados em outros (em uma entrevista de trabalho) (SELL; OSTERMANN, 2012).

Para realizar as categorizações, Sacks afirma que cada indivíduo vale-se do seu aparato cultural, ou seja, utiliza da sua visão de mundo para estabelecer suas categorizações de pertencimento, incluindo seus direitos e obrigações normativos (WATSON; GASTALDO, 2015). Desse modo, as categorizações de pertença mostram como os falantes, através da fala, incluem-se em categorias disponíveis na sociedade a partir de entendimentos socialmente construídos e, frequentemente, normatizados. Porém, categorizar não significa colocar etiquetas nas pessoas ou em si mesmo, é uma atividade negociada e flexível, pois as pessoas se orientam de acordo com os contextos e as expectativas sociais, já que as categorias utilizadas pelos falantes emergem na sequencialidade dos turnos de fala e pautam-se no cabedal de conhecimentos, percepções e ideias presentes na cultura (SELL; OSTERMANN, 2012). A identificação de uma pessoa como membro de uma categoria torna-a *accountable* ou *confiável* para representar aquela categoria de pertença (DEL CORONA; OSTERMANN 2012).

Quando as pessoas fazem referência a uma categoria de pertença, elas estão respondendo a circunstâncias específicas e pautam-se em suposições compartilhadas pelo grupo para realizar uma ação conversacional. Estas categorias são usadas em vários contextos e para uma variedade de propósitos, onde, em cada caso, seu uso depende de inferências sobre as atividades, direitos, obrigações, motivos e competências vistas como pertinentes. As relações efetuadas por membros de uma determinada categoria é uma ação conjunta, que inclui para o



primeiro falante a realização de práticas entendidas como apropriadas, cabendo para o segundo a ratificação das práticas do primeiro. O uso das categorias é uma atividade contextualizada na cultura e os falantes ao utilizá-las são capazes de perceber circunstâncias formais ou informais, a possibilidade do uso de brincadeiras ou a seriedade do momento, assim como as responsabilidades e direitos envolvidos na interação, de modo que quando um médico pergunta “Como tem passado?” ele pode não estar cumprimentando, mas se referindo sobre o que aconteceu com o paciente desde a consulta anterior (POMERANTZ; MANDELBAUM, 2005). Mesmo assim, os médicos podem usar esta expressão como uma forma convencional de saudação, proferida em ambientes hospitalares com pacientes acamados e visivelmente em condições clínicas adversas, como ressaltado no estudo de Andrade (2016).

A atribuição de predicados a determinadas categorias fundamenta hierarquias sociais e mesmo práticas de poder e coerção. Desse modo, as atribuições referentes às feminilidades e masculinidades presentes na cultura, justificam as assimetrias de poder entre homens e mulheres. As atividades de categorização são, portanto, atividades atravessadas por uma “lógica moral inferencial”, uma vez que, quando as pessoas efetuam uma atividade de categorização, elas também estão julgando as pessoas (BRAGA; GASTALDO; GUIMARÃES, 2016).

Embora possa se categorizar uma mulher genericamente como “mulher” ou apenas com uma designação determinada, os descritores mãe, filha, economista, feminista, dentre outros possíveis, fazem parte de uma grade semântica de descrições de uma mulher. Sell e Ostermann (2012) apontam como muitas vezes as mulheres são descritas pelo seu estado civil, número de filhos e aparência física, além disso, elas foram consideradas na literatura médica como mais propensas às doenças mentais, nervosismo e insanidade (ROHDEN, 2001; BOLTANSKI, 2004; BIGLIA; SAN MARTIN, 2007), representações carregadas de desvalorização do feminino. Para Sell e Ostermann (2012), embora certo repertório de identidades possa de fato se aplicar a uma mulher, a escolha de alguns aspectos (e não de outros) por algum falante revela aquilo que ele quer tornar relevante. Desta maneira, quando uma pessoa descreve outras e para isso usa vocabulário desqualificador, ela também está expondo sua visão de mundo e de certa maneira está mostrando sua identidade e posição.

Algumas regras orientam a aplicação dessas categorias, a primeira delas é a da “economia”, na qual basta o uso de uma só categoria para que se tenha o entendimento de uma situação, ou seja, basta que se diga “mulher” para que saibamos a que sexo o falante se refere, sem precisar outras informações como idade e situação civil, embora se possam acrescentar estas informações. A segunda regra se refere à “consistência”, sugerindo que se uma categoria pertencente a uma dada coleção é usada para categorizar um indivíduo, outras categorias da mesma coleção podem ser usadas para categorizar outros indivíduos da mesma população. Como exemplo, podemos utilizar a coleção “família” e a categorização de seus membros como “mãe”, “pai”, “filho”, etc. (WATSON; GASTALDO, 2015).

A categorização é um processo através do qual os indivíduos produzem ações discursivas, pois ao categorizar socialmente uma pessoa, estão implícitos julgamentos e avaliações em relação a ela, baseados nas expectativas social e moralmente convencionadas (OLIVEIRA, 2016). Jayyusi (1984) distingue categoria de pertença (membership category) e categorização de pertença (membership categorization), considerando a categorização como a possibilidade de escolher diferentes “tipos” para uma mesma categoria. O conceito de “predicado categorialmente conectado” refere-se ao conjunto de atributos ou atividades vinculados a uma determinada categorização, que permite incluir aspectos contraditórios ou antagônicos a respeito das categorias de pertença (BRAGA; GASTALDO; GUIMARÃES, 2016). Por exemplo, a categoria “mãe” pode ser categorizada em diferentes tipos, a partir de atributos e ações tais como cuidado, abnegação e dedicação, configurando “a boa mãe, a mãe cuidadosa”, ou aspectos contrários podem estar presentes, configurando a “mãe negligente”, a “mãe ausente” ou a “mãe irresponsável”.

A AC defende que a produção de enunciados é um processo de coprodução entre os falantes, em vez de ser livre arbítrio do enunciador, ou seja, a resposta do interlocutor ao falante guia o rumo da conversa, tornando a produção de enunciados reciprocamente ativa e multilateral (WATSON; GASTALDO, 2015). Desta maneira, frente a um fato ou opinião expressa por um falante o interlocutor pode expressar indiferença ou indignação e estes posicionamentos poderão mudar completamente o rumo da conversa. Ideologias ou ideias que perpassam a sociedade, veiculadas por discursos institucionais ou midiáticos e incorporadas ao senso comum ou sabedoria popular são acionadas nas conversas cotidianas e mesmo institucionais, atribuindo,

por exemplo, “a culpa” por ter sofrido uma violência à própria vítima do sexo feminino, que não se vestiu ou se portou adequadamente. Isso também acontece em relação a doenças ou agravos e pode-se dizer que uma pessoa adquiriu uma doença por ter sido negligente e se exposto ao risco. Nesse sentido, coloca-se a responsabilidade pela aquisição de doenças graves e estigmatizadas, como o hiv/aids, somente na conduta de pacientes que não se cuidaram direito, sem considerar os aspectos sociais e institucionais que envolvem o acesso à prevenção, ao tratamento e ao cuidado. Desta maneira, mulheres com câncer de colo de útero, diagnosticado tardiamente por meio do exame citopatológico, podem ser responsabilizadas por “não terem se prevenido”, quando se sabe que não basta o acesso à prevenção, se um caso diagnosticado precocemente não for tratado.

Quando se utiliza a ferramenta ACP os pesquisadores não devem utilizar categorias advindas do senso comum, nem conceitos *a priori*, embora o ponto de vista dos pesquisadores sempre esteja presente nas análises. A ação de categorizar é cultural e dinâmica, adquirindo significado de acordo com o contexto, não se tratando de uma “grade cultural inerte” na qual as categorias são inseridas. Assim, não se buscam elementos nas interações para justificar categorias prévias, mas se analisam as interações e, a partir delas, buscam-se as categorias relevantes produzidas pelos membros, excluindo explicações devidas a intenções subjacentes a conversas ou a processos psicológicos dos falantes. Essa metodologia de pesquisa, ao buscar entender quando e como os membros fazem descrições, procura desvendar os dispositivos pelos quais as descrições são produzidas, remetendo a ideia de “maquinaria” operando por trás da ação de categorizar (SELL; OSTERMANN, 2012, p.135, 137).

Ainda é importante considerar que a ACP não só descreve identidades, mas realiza o trabalho de incluir, negociar e reparar normas que fazem parte da organização social e moral constituindo uma atividade prática de colocar “normas em ação” (HOUSLEY; FITZGERALD, 2009). O raciocínio prático que perpassa as falas cotidianas das pessoas na sociedade é moralmente organizado, e pode ser observado através das características sequenciais da conversa dos membros, nas quais os falantes, além de descrever, imputam, julgam e utilizam normas realizando um trabalho inferencial prático-moral. Ao colocar as “normas em ação” na conversa, os falantes exploram a moralidade dos membros, referem normas morais, podendo adaptá-las ou corrigi-las, por meio de avaliações normativas (JAYYUSI, 1984).

### 3.5.5 Episteme: quem está autorizado a falar e a fazer predições

Recomendar e prescrever são tarefas usuais de profissionais de várias áreas do conhecimento que possuem o aval societário obtido através de formação específica para realizar tais ações, mas também podem ser desempenhados por pessoas leigas, que assumem estas funções no diálogo ou nas conversas do dia-a-dia. Essas ações são usuais e se traduzem em conselhos, admoestações, ações e mesmo imposições realizadas pelos profissionais, por meio de enunciados verbais, em conversas institucionais, mas também na fala cotidiana.

O aumento da pesquisa sobre interação institucional na década de 1990 levou os linguistas a se preocuparem com o conceito de episteme ou a capacidade de reconhecer o que os falantes sabem sobre o mundo, assim como com o conceito de autoridade, uma noção moral e política, na qual uma pessoa pode ser uma referência em um domínio epistemológico de conhecimento, assim como possuir direitos deônticos para estabelecer as regras sobre o que deve ser feito no futuro. O domínio epistêmico é uma pré-condição da interação social ou a capacidade das pessoas reconhecerem o conhecimento do interlocutor (HERITAGE, 2012a).

Os conceitos de status epistêmico e deôntico, posicionamento epistêmico e deôntico são de extrema valia para analisar conversas em que os falantes possuem conhecimento em determinados assuntos ou campos do saber, que segundo Heritage (2012a) constituem "territórios de conhecimento". Os falantes gerenciam seus direitos epistêmicos, ou seja, os direitos de acessar e avaliar conhecimentos, eventos, comportamentos e similares em conversas específicas organizadas localmente cujos temas pertencem aos seus "territórios do conhecimento".

O status epistêmico é o conhecimento acumulado pelo falante acerca de um determinado tema e constitui uma característica relativamente estável de uma relação social em um domínio do conhecimento. O status epistêmico é uma característica do "mundo real" que, como tal, pode ser vista como um elemento importante para gerar ação, já que para entender como interpretar os enunciados uns dos outros como ações sociais, os participantes interacionais devem estar cientes da distribuição do conhecimento e dos direitos reais sobre o conhecimento (STEVANOVIC, 2011).

A autoridade epistêmica é aquela que, fazendo valer o seu status epistêmico, determina o que é verdadeiro, enquanto a autoridade deôntica determina o que *será* verdadeiro no futuro. O status epistêmico e deôntico dos participantes de uma conversa podem estar relacionados de muitas maneiras, ambos conhecem e decidem acerca de ações, porém enquanto o status epistêmico representa o conhecimento sobre um tema, o status deôntico representa o que será verdadeiro no futuro e, em consequência, o que deverá ser feito, representando uma prescrição (STEVANOVIC, 2011).

Os estados relativos do conhecimento podem variar de acordo com as circunstâncias, de uma situação em que um falante pode ter conhecimento absoluto de um item, enquanto o interlocutor não possui nenhum, para outra situação em que ambos os falantes podem ter informações iguais. Assim, pode-se considerar o acesso epistêmico relativo a um domínio ou território de informação como estratificado entre interagentes, em que eles ocupam posições diferentes em gradientes epistêmicos que variam de (mais conhecedor [K+] ao menos conhecedor [K-]) (HERITAGE, 2012b). Nas interações há sempre uma preocupação em equilibrar o gradiente epistêmico, de modo que os mais conhecedores [K+] fornecem informações para os menos conhecedores [K-]. Este constitui o “o mecanismo epistêmico da conversação”, embora ele possa facilmente passar despercebido (HERITAGE, 2012b).

A posição dos falantes em relação ao conhecimento de um assunto indica o quanto eles sabem em relação a um determinado domínio. O posicionamento epistêmico de cada pessoa, em relação aos outros, tende a variar de domínio para domínio, bem como ao longo do tempo, e pode ser alterado de momento a momento como resultado de contribuições interacionais específicas. O status epistêmico é reconhecido socialmente como um direito e obrigação referente a um determinado domínio, como no caso do saber profissional; já o posicionamento epistêmico é variável e depende das situações interacionais (HERITAGE, 2012b).

A igualdade do acesso epistêmico, mesmo em se tratando de falas compartilhadas e simultâneas pode ser restrita, o que significa que experienciar algo em conjunto não garante igualdade epistêmica. Um médico pode mostrar e comentar um exame junto ao paciente, mas isso não significa que o paciente tenha conhecimentos iguais aos do médico que é a autoridade socialmente sancionada para este domínio epistêmico. Além do mais, um médico pode ter uma informação

mais restrita acerca de um paciente, apenas pela leitura de um prontuário, enquanto uma enfermeira pode estar mais tempo junto ao paciente e conhecê-lo melhor mas, hierarquicamente, a autoridade ou o status epistêmico do médico é maior.

A natureza de acesso aos territórios epistêmicos pode ser objeto de controvérsias que envolvem não apenas a posse real de informação, mas direitos sobre possuí-la e usá-la, assim como questões relativas à ética, referentes ao acesso a certos tipos de informações. Em suma, os territórios epistêmicos compreendem o que é conhecido, como é conhecido, e os direitos e responsabilidades das pessoas para conhecê-lo. Embora a noção de território epistêmico possa acarretar dificuldade e complexidade para a análise, esse conceito é tratado como uma matéria mais ou menos resolvida na maior parte das interações (HERITAGE, 2012b).

A autoridade e os direitos epistêmicos e deônticos dos participantes, podem ser variáveis dependendo dos contextos, um participante pode não possuir status em uma conversa e adquiri-lo em outra, já que os falantes estão sempre tentando mostrar aos interlocutores como eles são conhecedores no assunto em questão. Essa plasticidade se refere ao posicionamento, ou seja, diferente do status, que é uma situação estável, o posicionamento refere-se a uma situação que pode ser dinâmica. Do mesmo modo, o posicionamento deôntico refere-se à força relativa dos direitos reivindicados pelos falantes sempre que sua conversa é de alguma forma orientada para ações futuras. Enquanto que o status deôntico é o direito que uma determinada pessoa tem, independentemente de ela momentaneamente reivindicar esses direitos ou não para mais tarde. Como o status epistêmico o status deôntico deve ser visto como uma característica relativamente estável do mundo real, embora ninguém, não importa quão grande seja uma autoridade, tem elevado status deôntico em todos os domínios (STEVANOVIC, 2011).

Nos turnos de fala, as pessoas se posicionam em relação a quem possui o direito primário ao conhecimento ou informação e a quem pertence o direito de dizer ou decidir o que pode ou não pode ser feito. Assim, o status deôntico é um direito que a pessoa possui independentemente de ser reivindicado. Stevanovic (2011) esclarece a importância de se considerar a organização institucional da atividade e as identidades sociais dos participantes para entender a distribuição dos direitos deônticos, ou de quem tem a prerrogativa e o poder de fazer recomendações e dizer aquilo que deve ser feito.

Em avaliação de um programa educativo dirigido a pacientes cardiopatas, Andrade (2016) observou como se mantém, nas falas dos pacientes, o respeito ao status epistêmico e deontico dos médicos, a quem os pacientes reconheciam com autoridades legítimas que poderiam diagnosticá-los e orientá-los, além de prescrever o que deveriam fazer. A autora observou que, nem sempre, os profissionais encarregados de transmitir as orientações ajustavam a fala ao interlocutor (que pode ser realizada mencionando o nome ou a posição social do paciente, assim como pronomes demonstrativos, indicando que se está considerando a singularidade do interlocutor). Os profissionais usavam um texto padronizado e pouco atrativo, em que mantinham uma relação formal e os pacientes precisavam entrar no jogo de “receber informação”. Quando uma explicação formal de um falante, como uma orientação educativa, limita-se a descrever o que deve ser feito de modo impessoal, não se cria um ambiente favorável e o ouvinte denota isso por meio do comportamento, não se engajando na conversa, usando apenas palavras mínimas de retorno (sim, hahã) ou mesmo mantendo o silêncio, havendo suspensão colaborativa do turno de fala, o que indica resistência ao que está sendo informado. Outros ainda, recusaram claramente as prescrições de profissionais não médicos, dizendo que iriam seguir as indicações apenas do médicos, desvalorizando o status epistêmico e deontico dos educadores do campo da saúde: nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas.

Ainda, em relação à observação do status ou posicionamento deontico, Heritage (2012b), indica algumas regras gramaticais que devem ser observadas para analisar o que estão indicando os falantes: a sintaxe declarativa, a entonação ascendente, a interrogação e a interrogação negativa.

Formas como o imperativo são facilmente interpretadas como pedidos de ação (mesmo nos casos em que a reivindicação do falante aos direitos deonticos parece ilegítima), em contraste, as frases declarativas não são regularmente interpretadas como demandas. Porém, há declarações que são na realidade solicitações ocultas, como por exemplo, quando um cirurgião se dirige à enfermeira e diz: “*Eu necessito de linha e agulha*”, ele está pedindo que ela providencie o material e, a força deste pedido é ainda maior se o tom da declaração é ascendente. Do mesmo modo, os analistas precisam observar quando uma pergunta, na realidade, constitui uma solicitação, como por exemplo: “*Está muito quente aqui dentro, não lhe parece?*”, configura um pedido para abrir a janela ou ligar o ar-condicionado e não apenas uma pergunta polar, cuja resposta é sim/não.

Não é possível minimizar a importância do status epistêmico na construção da ação e no gerenciamento da interação. Os falantes precisam manter-se atentos ou em “vigilância epistêmica”, para entender os enunciados como ações ou arcar com o custo de não responder adequadamente à demanda.

O status epistêmico e deôntico dos membros de uma conversação dominam a sintaxe e a entonação dos enunciados que podem ser entendidas como transmissão de informações ou solicitações, estas últimas mobilizando o segundo par-adjacente para realizar uma ou mais ações. Essa situação está presente todo o tempo e os interagentes precisam estar atentos e conscientes dessas condições.

### 3.5.6. Interações institucionais

A seguir apresentam-se alguns conceitos referentes às interações institucionais específicas da relação profissional de saúde com pacientes ou usuários. A fala em interação institucional refere-se àquelas que ocorrem durante a realização de atividades rotineiras de instituições, como por exemplo, nas conversas realizadas durante uma consulta médica ou em um inquérito policial. A fala institucional possui uma organização sequencial particular, em relação à tomada de turnos, às preferências na ordem das falas e à ocorrência de reparos. Neste tipo específico de interação dá-se relevo especial à noção de identidade, como quando os interagentes apresentam-se e coconstroem suas posições identitárias (LODER; JUNG, 2009).

No campo da saúde, a fala-em-interação institucional pode ser produzida entre médicos e pacientes, enfermeiras e pacientes ou outros profissionais de saúde com pacientes e/ou usuários de serviços, assim como em conversas dos profissionais entre si. Considera-se que a fala é institucional quando a identidade profissional dos participantes vem à tona na conversação, não precisando necessariamente acontecer no ambiente de trabalho. Da mesma maneira, ela pode acontecer no ambiente de trabalho sem ser institucional, quando, por exemplo, dois médicos comentam o jantar de aniversário de um deles no fim de semana.

Segundo Drew e Heritage (1992), a fala-em-interação é institucional quando pelo menos um dos falantes está orientado para a consecução de alguma meta, tarefa ou identidade associada e específica do contexto institucional. Outra característica da fala institucional é a adequação dos falantes às restrições e limites



impostos pelo tipo de evento em que estão envolvidos. Um exemplo disso é o de depoimentos gravados em uma delegacia de polícia em que os falantes não podem responder usando gestos porque não ficarão registrados no gravador e se o fazem são reprimidos. A última característica da fala institucional é que ela pode estar associada a arcações inferenciais peculiares a contextos específicos, como no caso de inquirições aos indiciados em um processo em que as respostas às perguntas já são conhecidas pelos operadores jurídicos porque constam no processo, mas que devem ser formuladas novamente nas sessões públicas, cumprindo o ritual institucional. Em síntese, a fala-em-interação institucional compreende vários requisitos: a necessidade do cumprimento de um mandato institucional, restrições às contribuições dos falantes que estão em posição hierárquica inferior e a rotinização dos procedimentos próprios de cada contexto profissional e institucional (DEL CORONA, 2009).

Um tipo de conversa institucional bastante estudada é a de sala de aula, e que costuma se repetir um tipo de interação denominada IRA ou Introdução - Resposta - Avaliação. Ela ocorre, quando a partir da introdução de um problema por meio da pergunta do professor, um ou mais alunos respondem e o professor avalia, positiva ou negativamente, podendo ainda proceder a reparação ou correção da resposta do estudante. Esquema similar pode ser adotado pelos profissionais de saúde, especialmente os médicos, quando fazem perguntas, ouvem respostas e produzem reparação a formulações ou atribuições causais de pacientes, corrigindo-as (GARCEZ, 2006).

Do ponto de vista interacional, um dos aspectos peculiares das interações institucionais é o sistema de tomada de turnos, que, em comparação com as conversas mundanas mostra-se mais rígido no que se refere à alocação. Enquanto nas conversas mundanas observa-se flexibilidade na alocação de turnos, nas conversas institucionais, os turnos tendem a ser pré-alocados em termos de quem possui direito e/ou obrigação, por exemplo, de iniciar e encerrar a conversa, solicitar e prover informações, selecionar tópicos etc. Del Corona (2009) caracteriza as interações institucionais a partir da leitura de Drew e Heritage (1992) indicando peculiaridades que pautam a fala institucional: a) orientação para o cumprimento do mandato institucional; b) restrições às contribuições dos falantes não institucionais; c) enquadres e procedimentos.

Em relação ao primeiro item, os/as interagentes das interações em contextos institucionais demonstram orientação para o cumprimento de tarefas específicas, o que é denominado de mandato institucional. O segundo aspecto refere-se ao fato de que no cenário institucional os/as interagentes tendem a estar atentos/as para a pertinência das contribuições oferecidas. O último aspecto referente à fala institucional relaciona-se aos enquadres interacionais, procedimentos e inferências peculiares a contextos institucionais específicos (e.g., as falas que tendem constituir um evento que se caracteriza como sendo uma consulta de saúde normalmente diferem das falas que ocorrem em uma ligação telefônica para uma pizzaria).

Ainda em relação à fala institucional, cinco elementos devem ser considerados: a) escolha lexical; b) construção de turnos; c) organização de sequências d) organização macroestrutural; e) epistemologia social.

A escolha lexical revela, por exemplo, as identidades das interagentes e o grau de “formalidade” presente na interação, o que pode se constituir pela escolha do pronome de tratamento utilizado por uma das partes em momentos de endereçamento à outra parte (e.g. tu, você, o senhor, doutor/a, vossa senhoria etc.). Outro elemento é o uso de jargão técnico por parte de representantes institucionais, geralmente de conhecimento apenas de quem pertence à área, que revela, não apenas a identidade profissional de uma das partes em relação à outra, como também a assimetria entre interlocutores/as, ratificando o status de detentor do conhecimento (ANDRADE; OSTERMANN, 2007).

A construção de turnos, por sua vez, revela o esforço comunicacional que é empreendido para atingir os objetivos e metas da interação. Embora a organização de sequências possa se dar por meio dos mesmos fenômenos interacionais, tanto em conversas mundanas, quanto em conversas institucionais, (e.g., reparos, seleção de tópico, trocas de turno etc.), em alguns contextos institucionais, observam-se restrições à autosseleção de falantes, o que pode ocasionar limitações à realização de ações interacionais no aqui e agora da conversa. Audiências no tribunal, casamentos, defesas acadêmicas são exemplos de conversas institucionais altamente reguladas em termos, tanto de alocação, quanto de construção de turnos e em consultas médicas, por exemplo, a autosseleção de pacientes ocorre minoritariamente.

Ainda, em termos de organização macroestrutural, em conversas mundanas, apenas a abertura e o fechamento são pré-estabelecidos, enquanto que, em

interações institucionais, há uma ordem fixa de atividades por meio das quais os participantes realizam tarefas com vistas ao cumprimento de mandatos institucionais. O/a participante profissional tende a desenvolver sua própria rotina para lidar com as partes que constituem as atividades esperadas em determinados contextos e propende a modelar a relação com a outra parte dentro deste formato. Uma última questão se refere às relações sociais que ocorrem em contextos institucionais que se relacionam à (ausência de) simetria entre os/as interagentes. Há uma tendência de que as relações mundanas sejam simétricas e as institucionais assimétricas, sob a perspectiva interacional. Para avaliar este ponto Drew e Heritage (1992) elencaram três pontos: a) participação de interagentes, b) domínio de conhecimento, c) rotinas e procedimentos da instituição em pauta. A participação de interagentes refere-se a quem tem o controle de tomada de turnos e direito de fazer perguntas, por um lado, e a quem cabe responder, por outro lado.

No caso de consultas de saúde, observa-se que o/a representante institucional (e.g., médico/a e enfermeiro/a) tem o direito de fazer a primeira pergunta (DEL CORONA, 2009).

O tema da relação e da comunicação entre médicos e pacientes não é novo na história da medicina. Tem sido consagrado o uso da expressão “relação médico-paciente” na literatura, embora a expressão possa abarcar outros profissionais do campo da saúde como enfermeiras, fisioterapeutas, dentre outros. O mesmo sucede com o par complementar que tem sido designado como paciente, mas que também pode ser ampliado para “usuário(a)”, uma categorização que tem sido usada para designar pessoas que consultam ou utilizam rotineiramente serviços de saúde.

As consultas médicas geralmente são produzidas em um misto de linguagem cotidiana e jargão médico, embora a linguagem médica tenha se tornado mais técnica e esotérica a partir do século dezenove, e quando os termos médicos são empregados pelas duas partes há um risco maior de mal-entendidos. Além disso, ambas as partes carregam consigo experiências anteriores, pressupostos culturais, modelos explicativos e preconceitos. A ideologia dominante, a religião, o sistema econômico, além das diferenças de classe e etnia/raça ajudam a definir quem tem e quem não tem poder na consulta (HELMAN, 2003).

Estudos têm mostrado que a percepção da qualidade dos serviços e o grau de satisfação de pacientes depende não só da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, mas também da relação que se estabelece entre profissionais de saúde

e usuários, de modo que a familiaridade, a confiança, a comunicação e a colaboração estão implicadas no resultado da prática médica. Em relação aos aspectos comunicacionais, no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente, porém no decorrer da consulta, pode não haver explicação clara sobre o problema, nem verificação do grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico e indicações terapêuticas (CAPRARA, RODRIGUES e MONTENEGRO, 2001). A maioria das queixas dos pacientes refere-se a problemas comunicacionais com o médico e as percepções diferenciadas entre médicos e pacientes no relacionamento são influenciadas por questões que enfatizam a assimetria entre eles (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Portanto, a relação entre médicos e pacientes configura uma hierarquia de poder em que os médicos, pautados no discurso científico, detêm mais poder, o que pode ser percebido nas interações, cujo direcionamento é dado pelo profissional, que é o que tem a prerrogativa de perguntar, escolher o assunto e designar quem usa o próximo turno de conversa. A assimetria entre os interagentes aparece na tendência à demora na resposta do médico às atribuições dos pacientes, tanto nas respostas que concordam quanto nas que discordam da opinião emitida por eles que, na maioria das vezes, não se sentem autorizados a interromper os médicos (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Os médicos por sua vez interrompem a fala dos pacientes, para fazer perguntas, muitas vezes sem relação com o que o paciente está dizendo, o que faz com que muitos se calem após estas interrupções (FRANKEL, 2001).

Há diversas possibilidades de foco analítico quando se investiga interações entre médicos e pacientes. Dentre os temas utilizados tem havido interesse nas justificativas que os pacientes podem usar para estar consultando, assim como pela ocorrência de vergonha na relação, configurando um tema ou assunto delicado (SILVERMAN; PERÄKYLÄ, 1990).

A formulação, um mecanismo interacional utilizado pelos participantes para verificar seu entendimento sobre o que foi dito anteriormente na conversa, é outro dispositivo que tem despertado interesse de pesquisadores. Nas palavras de Ostermann e Silva (2009), alguém “formula” uma conversa quando torna explícito o seu entendimento sobre o que foi dito anteriormente ou sobre o que está acontecendo ali, quer seja no turno imediatamente posterior ao que foi dito ou ainda depois de uma ou várias sequências interacionais, através de retomadas. Quando

elaboradas por um paciente, as formulações podem representar a demonstração do paciente sobre o entendimento de um diagnóstico ou prescrição, mas também um modo de ele tentar mostrar ao médico como ele está percebendo seus sintomas e doença.

Nas falas institucionais há uma distinção hierárquica, expressas com demarcadores de status entre os participantes das interações. As atividades são distribuídas de acordo com as categorias de pertencimento (médico-paciente; juiz-advogado de defesa, etc.) e operam para reproduzir distinções. Essas distinções produzem assimetrias, como no caso dos médicos que possuem mais conhecimento do que os pacientes. Os pacientes, por sua vez, sabem mais do que o médico de como se sentem, o que só pode ser sabido pelo médico por meio do relato do paciente. Os relatos fidedignos do paciente são considerados uma obrigação, ou seja, eles têm o dever de fornecer esta informação aos profissionais de saúde de maneira precisa e detalhada, porém na maioria das vezes, respondendo uma bateria de perguntas focais. Assim, o único modo de um paciente romper ao direito de pré-alocação de perguntas do médico que controla os tópicos da conversação é através de uma pergunta: “Doutor, posso fazer uma pergunta?” ao qual o médico pode responder “sim”, concedendo permissão para que a pergunta seja feita. Neste âmbito, para lidar com as assimetrias relacionadas à distribuição de conhecimento presente nas relações surgiu um novo campo de estudos na AC, chamado “pesquisa epistêmica”, que vai abordar o modo como as trocas de fala entre médicos e pacientes são moduladas pelas diferenças de conhecimento entre eles e os mecanismos de validação social que regulam estes conhecimentos (WATSON; GASTALDO, 2015).

Caberia colocar ainda o caráter eminentemente moral da autoridade médica. Boa parte das prescrições médicas, por exigirem mudanças no estilo de vida dos pacientes, como comer menos, fazer exercícios, não fumar, é decididamente moral. A doença é indissociavelmente física e moral, pois quem adoece não é o corpo-objeto, mas o corpo-pessoa. Cada vez mais a medicina, na sua perspectiva preventiva, indica uma vida regrada, equilibrada, ou uma vida moralmente aceitável. Os próprios pacientes buscam no médico e na medicina, regras do bem-viver. Porém, apesar desta dimensão moral do adoecimento humano e da prática médica, a medicina moderna recalca esta perspectiva e afirma o funcionamento essencialmente biológico do corpo humano. Esse desconhecimento do próprio modo

de funcionamento leva a prática médica a uma espécie de confronto com os usuários e pacientes. Uma pessoa doente é sempre alguém que se sente moralmente diminuído, há sempre um sofrimento moral envolvido no adoecimento, que faz com que a pessoa que procura o médico busque não apenas se curar, mas saber o significado do seu mal-estar, para que isso adquira um sentido na sua vida e o médico que acredita apenas na realidade do corpo-objeto não tem como lidar com a dimensão moral do sofrimento destas pessoas (RUSSO, 2006).

Madel Luz (2005) estudando as racionalidades médicas atuais agrega a ideia de “utopia da saúde”, a qual também possui um aspecto moral, originada do enfoque preventivista dos “estilos de vida” em que a saúde é vista como o grande objetivo a alcançar por meio de hábitos saudáveis, regimes alimentares e até mesmo, por sentimentos positivos.

Em medicina os elementos epistêmicos são instrumentos para a obtenção de objetivos éticos, um ponto que se tende a esquecer, devido ao fascínio que a tecnologia médica e a cientificidade têm produzido (BEZERRA, 2006). Em nenhuma época a palavra dos médicos foi tão poderosa na regulação dos modos de viver das pessoas, embora os pacientes frequentemente expressem queixas e insatisfações com a “desumanização” da medicina. Não bastam roteiros de exames padronizados, não há protocolos que contemplem a dimensão comunicacional e humana, “é preciso que se deixe falar o que não tem tido voz” (PLASTINO, 2006).

Nesse trabalho, os estudos da fala-em-interação serão utilizados para analisar as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante o exame citopatológico, com o intuito de entender se o atendimento de enfermagem vai além da aplicação da técnica de coleta, visando atender as mulheres de modo mais equânime e integral.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Este estudo é uma investigação de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), uma pesquisa desse tipo se caracteriza pela apreensão de um fenômeno descrito e aprofundado em seu significado e importância. Esta perspectiva ultrapassa a dimensão de apenas observar, para investigar a natureza e a complexidade do fenômeno e suas relações com outros eventos. Minayo (2008) salienta que, a abordagem qualitativa da pesquisa não pode ser captada em estatísticas, mas revela a finalidade do problema em estudo, ou seja, descreve, compreende e explica a questão de investigação aprofundando-se no mundo dos significados, das crenças e dos valores.

O desenho da pesquisa alinha-se aos estudos sobre análise da conversa ou da fala-em- interação que buscam compreender os métodos utilizados pelos atores sociais enquanto desempenham seus diferentes papéis em conversas produzidas no dia-a-dia. Nessa abordagem, estuda-se a fala das pessoas, a partir de uma perspectiva êmica, ou de como os próprios participantes demonstram entre si a sua compreensão do que está acontecendo, sem a preocupação em interpretar o que eles estão dizendo (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

### **4.2 Participantes do estudo**

As participantes da pesquisa foram constituídas por uma amostra intencional de três enfermeiras que atuam nos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) de um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e de 26 mulheres em idade reprodutiva que procuraram o atendimento de enfermagem para coleta de material para o exame citopatológico em cada um dos três serviços de saúde selecionados no período da coleta de dados. A indicação de realização do exame citopatológico segue as normativas do Ministério da Saúde, quanto à idade, condição das mulheres e periodicidade desejada (BRASIL, 2013a). O resultado do exame é fornecido na própria UBS ou ESF em torno de 30 a 40 dias após a sua coleta.

Foram incluídas no estudo as enfermeiras que trabalham nas ABS há pelo menos um ano, que estavam em exercício da função no período da coleta de dados e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Em relação às mulheres, foram incluídas as com idade igual ou superior a 18 anos, com quaisquer níveis de escolaridade, raça/cor ou situação socioeconômica, cadastradas no serviço de saúde, que buscaram a unidade para consulta de enfermagem ginecológica no período da coleta de dados, e que aceitaram de forma voluntária participar da pesquisa.

### **4.3 Local de estudo e período**

O local de estudo foi constituído por três serviços de ABS de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul/RS, uma Unidade Básica de Saúde e duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todas situadas na área urbana do município.

Para o Ministério da Saúde (2012a) a UBS tem por finalidade garantir às pessoas o acesso a um atendimento de saúde de qualidade. Para isso as unidades de saúde devem estar instaladas próximas aos locais onde a população mora, estuda e trabalha. As UBS devem ser compostas por equipes multiprofissionais que possuam médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar ou técnico em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, além de outros profissionais conforme as necessidades de saúde da população e a realidade epidemiológica e institucional do local. Para grandes centros urbanos uma UBS sem saúde da família deve atender no máximo 18 mil habitantes, conforme os princípios e diretrizes da atenção básica em saúde (BRASIL, 2012a). Quanto ao funcionamento das UBS, recomenda-se a realização de atendimento no mínimo cinco dias da semana e carga horária mínima de 40 horas/semanais, permitindo que à população tenha acesso ao serviço de saúde (BRASIL 2017).

A ESF visa atender integralmente a família em seu contexto social através da realização de ações voltadas a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (SOUZA; HORTA, 2012). A ESF deve ser constituída por uma equipe multiprofissional, composta por um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Ainda podem fazer parte da equipe o cirurgião-dentista, auxiliar e/ou



técnico em saúde bucal e o agente de combate às endemias (ACE). Quanto à carga horária, é obrigatório para todos profissionais das equipes de ESF a realização de 40 (quarenta) horas semanais, podendo esses profissionais estarem vinculados a apenas uma única equipe (BRASIL, 2017). Cada equipe de ESF deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas e o número de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012a). Já o número de ACS por equipe é definido conforme número da população, aspectos epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos do local (BRASIL, 2017).

#### **4.4 Geração dos dados**

A geração de dados foi realizada por meio da observação e gravação de interações naturalísticas realizadas entre enfermeira e usuária durante consulta ginecológica de enfermagem realizada nos serviços de atenção básica selecionados. Compreendem-se por interações naturalísticas aquelas conversas que ocorreriam mesmo se não estivesse em curso uma pesquisa. As consultas foram gravadas em áudio e transcritas usando as convenções da Análise da Conversa, descritas no Quadro 1 (OSTERMANN, 2012).

Para realização de pesquisas utilizando a perspectiva metodológica da Análise da Conversa, ou da análise da fala-em-interação, como tem sido designada mais recentemente, as interações a serem estudadas precisam ser gravadas em áudio ou vídeo. Isso ocorre pelo fato de que os “estudos de Análise da Conversa atentam também para a forma como as coisas foram ditas, diferentemente de pesquisas que se centram apenas nos conteúdos das falas” (OSTERMANN, 2012, p. 39).

A observação e gravação das interações entre enfermeiras e mulheres foram realizadas nos serviços de saúde selecionados entre os meses de dezembro de 2016 a maio de 2017, após autorização da instituição através do Termo de Coparticipação (ANEXO II) e contato prévio com as enfermeiras de cada uma das unidades de saúde. Para realizar a observação e gravação das interações entre enfermeiras e mulheres solicitou-se a autorização das participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I). A pesquisadora permaneceu na sala no momento da consulta de enfermagem ginecológica, a fim de observar as interações naturalísticas entre as enfermeiras e mulheres.

Em cada uma das consultas, a pesquisadora realizou algumas anotações de campo, incluindo as características sociodemográficas das usuárias, dia, hora, local e duração da consulta, e alguns elementos qualitativos e impressões despertadas pela interação. Não constituiu um Diário de Campo, escrito ao modo dos antropólogos, com muitas minúcias e detalhes, mas notas de pesquisa que trariam mais elementos – mesmo que subjetivos – para a posterior análise, incluindo posturas das mulheres e enfermeiras, olhares e gestos que ocorreram durante os encontros. Também foram feitas anotações acerca do ambiente físico das unidades de saúde e das condições e cenários dos consultórios onde o exame é coletado.

#### **4.5 Análise dos dados**

O processo de análise desta pesquisa iniciou com a construção de um *corpus* a partir dos textos transcritos referentes às gravações das interações naturalísticas ocorridas entre as enfermeiras e mulheres durante a consulta de enfermagem ginecológica.

As falas em interação foram analisadas sob a perspectiva da Análise da Conversa, que “entende a fala como uma forma de *ação social*, isto é, como uma maneira de fazer coisas no mundo” (OSTERMANN, 2012, p. 34). Diante disso, a Análise da Conversa procura estudar as falas das pessoas, não seus pensamentos, intenções, emoções, crenças, ou experiências de vidas (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

A análise das falas busca identificar situações interacionais em que podem ocorrer interrupções da fala do outro, silêncios em relação às perguntas, desqualificações das atribuições causais ou de outros elementos presentes nas falas das usuárias. Também pode ocorrer culpabilização do sujeito pela sua doença, desqualificação da queixa ou de pedidos, entre outros. “Pode-se atentar para detalhes como pausas, falas construídas, falas simultâneas, falas de entonação ascendente ou descendente e outros fenômenos interacionais” (SILVERMAN; PERAKILA, 2001, p.39).

A Análise da Conversa examina como as ações de um participante, desempenhadas por seus enunciados e outros comportamentos, afetam as ações do outro. Foca as conversas produzidas de modo independente de ações do pesquisador, neste caso as interações entre as enfermeiras e usuárias durante a

consulta de enfermagem. Com a análise de interações naturalísticas, é possível verificar como os participantes compreendem uns aos outros, como respondem aos turnos de fala, como interpretam o que o outro diz e como se orientam para o que está acontecendo (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

Quando de posse das interações gravadas, além de sua repetida audição, dá-se início ao processo de transcrição dos dados. “Para evitar interpretações errôneas, transcreve-se a fala o mais próximo possível de como ela foi produzida pelos integrantes do estudo” (OSTERMANN, 2012, p. 39), para isso ainda utiliza-se na análise dos dados as convenções de transcrição traduzidas e adaptadas por Schnack, Pisoni e Ostermann (2006) conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Convenções de Transcrição

ITEM	SIGNIFICADO
[texto]	Falas sobrepostas
=	Fala colada
(1.8)	Pausa
(.)	Micropausa
,	Entonação contínua
.	Entonação ponto final
?	Entonação de pergunta
-	Interrupção abrupta da fala
:	Alongamento de som
>texto<	Fala mais rápida
<texto>	Fala mais lenta
<sup>0</sup> texto <sup>0</sup>	Fala com volume mais baixo
TEXTO	Fala com volume mais alto
<u>Texto</u>	Sílaba, palavra ou som acentuado
(Texto)	Dúvidas
XXXX	Texto inaudível
((Texto))	Comentários da transcritora
@@	Risada
↓	Entonação descendente
↑	Entonação ascendente
Hhh	Expiração audível
.hhh	Inspiração audível

#### 4.6 Considerações éticas

Para realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo como base a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b). Este estudo faz parte da

pesquisa denominada “Equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na atenção básica em saúde” aprovada pela Comissão em Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 188.515.

Para os participantes da pesquisa elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) que apresenta esclarecimentos sobre a livre participação dos sujeitos na pesquisa, preservação do anonimato e sobre a liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento e que a participação dos sujeitos na pesquisa não envolve nenhuma forma de pagamento. Os sujeitos que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma via ficou com o pesquisador e outra com a participante do estudo.

Foi solicitada à autorização para a gravação da conversa produzida na interação entre enfermeira e usuária na coleta do exame citopatológico, com o intuito de registrar integralmente a fala dos sujeitos, assegurando material rico e fidedigno para a análise. As observações dos atendimentos foram pactuadas caso a caso com as enfermeiras e as usuárias, assegurando total confidencialidade do ambiente da consulta, tanto da identificação dos sujeitos do estudo, quanto de conteúdos que possam expor os participantes. A negociação de entrada em campo foi efetuada pela pesquisadora, respeitando o tempo e as peculiaridades de cada serviço de saúde.

## **4.7 Caracterização do local e população do estudo**

### **4.7.1 Os serviços de Atenção Básica em Saúde**

O município que abriga os serviços de saúde escolhidos para o estudo possui uma população em torno de 76.275 habitantes, sendo o quarto município mais populoso da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS) (IBGE, 2016). Encontra-se a uma distância aproximadamente de 500 km da capital do estado do RS. O município conta com dois hospitais, sendo um deles referência para municípios da região e 17 serviços de Atenção Básica (AB), oito ESF e nove UBS. Na secretaria municipal de saúde atuam doze enfermeiros, sendo que no

momento da coleta de dados cinco UBS do município não possuíam enfermeiro na equipe de saúde.

O processo de negociação para a entrada no cenário em estudo envolveu momentos de encontro da pesquisadora com a secretária municipal de saúde. Os encontros foram realizados com o intuito de apresentar o projeto de pesquisa, solicitar a autorização por escrito para a realização do mesmo e conhecer quais os serviços de AB poderiam ser objetos de estudo. Após apresentar a proposta do estudo, prontamente a secretária concordou com o seu desenvolvimento. Com o seu auxílio foram selecionados para o estudo três serviços de saúde segundo conveniência, viabilidade, buscando contemplar serviços em diferentes situações e que realizavam atendimento a saúde da mulher por enfermeiras.

Os três serviços de saúde selecionados para o estudo serão descritos em relação à localização, equipe de saúde, estrutura física, cenário e ambiente de atendimento. O primeiro serviço de saúde trata-se de uma UBS e o segundo e o terceiro serviços de saúde referem-se a unidades de ESF e aqui receberam a denominação de ESF1 e ESF2.

Nos três serviços de saúde foram realizadas 26 observações e gravações das interações entre enfermeiras e mulheres durante a consulta ginecológica de enfermagem. Na UBS participaram do estudo cinco mulheres, na ESF1 foram 11 mulheres e na ESF2 dez mulheres, totalizando 26 mulheres. Na UBS, a coleta de dados foi encerrada em decorrência da saída da enfermeira deste serviço.

A previsão inicial era de realizar uma amostra intencional referente a três serviços e 30 observações (10 consultas em cada serviço) foi reduzida devido à intercorrência acima relatada. Mesmo assim, considerou-se que a amostra foi satisfatória, podendo-se afirmar que houve saturação de dados, na medida em que os padrões interacionais começaram a se repetir e se manter nas diferentes consultas.

Ressalta-se que este tipo de estudo não tem a pretensão de generalizar os achados, ele se refere a mulheres que vivem em um município de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul, em que há particularidades linguísticas regionais, referentes ao uso de termos e palavras, comportamento expansivo e desinibido nas relações sociais, pessoas que vivem nos mesmos bairros, onde as famílias se conhecem e mantém vínculos referentes ao compartilhamento institucional (escola, igreja, trabalho, serviços de saúde), não correspondendo a

cenários presentes em outras regiões do país onde as hierarquias entre profissionais podem ser mais acentuadas e as formas de conversação mais formais ou mais regionalizadas.

Em relação às práticas assistências direcionadas a saúde da mulher, os três serviços de saúde desenvolvem ações voltadas ao planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério, controle e prevenção do câncer de colo de útero e mama e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). As ações em saúde seguem os protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (2016).

A atenção é pautada na queixa-conduta e organizada em turnos de acordo com a disponibilidade dos profissionais, havendo unidades que realizam a coleta do CP apenas em um turno semanal, dificultando o acesso das mulheres ao exame.

#### 4.7.1.1 UBS

A UBS fica situada na área urbana do município e atende uma população de 8.200 habitantes com distinto perfil socioeconômico. A unidade de saúde está inserida em um bairro de classe média, mas também atende a população de outros bairros que apresentam piores condições socioeconômicas, sendo esses últimos os que mais procuram atendimento na UBS, já que pessoas com melhor situação de vida e condições socioeconômicas possuem plano de saúde e não buscam atendimento na UBS.

No momento da coleta de dados, a equipe de saúde era composta por um médico cubano, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e duas agentes comunitárias de saúde (ACS) que foram cedidas por outra unidade de saúde. Percebe-se desta forma uma reduzida equipe para atender uma população de 8.200 habitantes, já que o critério de organização das ESF é de uma ACS para cada 750 famílias (BRASIL, 2012a).

Esse serviço de saúde realiza atendimento de segunda-feira à sexta-feira, no turno da manhã das 07h30min às 12h e à tarde das 13h30min às 17h. O atendimento médico e de enfermagem são realizados por meio de agendamento. Porém, as demandas espontâneas são avaliadas inicialmente pela enfermeira e em situações de emergência o usuário é repassado para atendimento médico.

O agendamento para o exame citopatológico é realizado semanalmente pelas próprias mulheres que buscam o atendimento e pelas ACS, quando solicitado. O exame citopatológico é realizado no período da manhã, porém a enfermeira abre exceções de atendimento à tarde para as mulheres que em virtude do trabalho não podem comparecer nesse horário ou para casos de emergência. As mulheres eram agendadas para horários de meia em meia hora, porém, a maioria das vezes a enfermeira excedia esse horário, pois abordava outros temas durante a consulta ginecológica que ultrapassam as questões referentes à vida sexual e reprodutiva. Por isso, em alguns momentos havia mais de uma mulher aguardando atendimento na sala de espera.

O prédio da UBS é novo, e possui pintura de coloração clara tanto na parte externa como interna do ambiente. As instalações encontravam-se sempre limpas. A UBS possui uma estrutura física adequada, composta por recepção, ampla sala de espera, um consultório médico e um de enfermagem, sala de acolhimento/triagem, um consultório dentário (embora não tivesse dentista na unidade), sala de procedimentos, banheiro para usuários (inclusive para cadeirantes), banheiro para funcionários, copa, sala de esterilização e estocagem de materiais.

No entanto, observou-se que o consultório de enfermagem apresentava espaço físico reduzido, dificultando a circulação da enfermeira e da mulher no ambiente no momento da realização do exame de CP, uma vez, que a mesa e cadeiras encontravam-se bem próximas da maca do exame. Em virtude do espaço reduzido e não climatizado a enfermeira e mulheres atendidas no consultório queixavam-se de calor, embora houvesse um ventilador ligado durante os atendimentos para amenizar as altas temperaturas do local.

Verificou-se que havia quantidade suficiente de móveis (cadeiras, mesas, macas, armários, biombos) e que estavam em boas condições de uso. No consultório de enfermagem havia materiais e equipamentos disponíveis para o atendimento as mulheres, principalmente para a realização da coleta do exame citopatológico (luvas, lâminas, espéculos, espátulas de ayre, escova endocervical, spray fixador, foco de luz e papel toalha). O lençol e travesseiro não eram trocados a cada exame, apenas o campo de papel que era colocado sobre o lençol no momento da coleta.

#### 4.7.1.2 ESF1

A ESF1 possui 2.456 usuários cadastrados, porém destes, apenas 832 usuários recebem a visita de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 1.624 usuários não recebem esse atendimento, pois não há ACS atuando nessas áreas. O serviço de saúde encontra-se situado na área urbana da cidade, em um bairro de classe socioeconômica baixa, inclusive com algumas situações de extrema pobreza. Casos de violência, prostituição e tráfico de drogas também estão presentes nesse bairro.

Essa ESF possui uma equipe multidisciplinar composta no momento da coleta por dois médicos cubanos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e apenas duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

O atendimento a população da ESF1 ocorre de segunda-feira à sexta-feira, no período da manhã das 07h00min às 11h30min e à tarde das 12h40min às 16h00min. O acolhimento dos usuários inicia no início de cada turno de trabalho através da distribuição das senhas de atendimento, em seguida é realizado o preenchimento da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e verificado os sinais vitais dos usuários. O atendimento médico é realizado através da demanda do dia e em casos de urgência o usuário é avaliado inicialmente pela enfermeira e depois é encaminhado para o médico.

As consultas de enfermagem ginecológica são realizadas por meio de agendamento de segunda-feira à sexta-feira, e os atendimentos ocorrem em dias da semana pré-definidos pela enfermeira, tanto no turno da manhã como à tarde. Os agendamentos eram realizados de meia em meia hora, para que a enfermeira pudesse ter tempo suficiente para atender à mulher. Nesse caso não foi visualizado um número maior de mulheres aguardando para a consulta ginecológica na sala de espera, uma vez que a enfermeira procurava cuidar para não exceder ao tempo de atendimento, mas isso também ocorria em virtude do não comparecimento de algumas mulheres nos dias agendados.

O prédio da ESF apresenta uma pintura de coloração clara, porém com aspecto de encardido tanto na parte externa como interna do ambiente. As instalações internas da unidade encontravam-se sempre limpas. Já o ambiente externo da ESF era utilizado durante o período da noite por pessoas do bairro como ponto de encontro para consumo de bebidas e drogas, o que ocasionava acúmulo



de resíduos e lixo no local. Esse fato ocorria, pois não possuía grades e/ou muros ao redor do prédio para impedir o acesso de pessoas durante o período que a ESF encontrava-se fechada (turno da noite e finais de semana).

Quanto à estrutura física, a ESF1 possui uma ampla recepção e sala de espera, dois consultórios médicos, um consultório dentário, um consultório de enfermagem com banheiro, sala de curativos, sala de vacinas, banheiro para usuários, banheiro para funcionários, copa e sala de esterilização e estocagem de materiais.

O consultório de enfermagem da ESF diferencia-se totalmente das demais unidades de saúde estudadas, pois apresenta um amplo espaço físico, possibilitando a fácil circulação no local. Além disso, apenas essa ESF possui banheiro dentro do consultório de enfermagem, possibilitando às mulheres despirem-se das roupas com privacidade antes da realização do exame citopatológico. No consultório de enfermagem os móveis como, cadeiras, mesas, macas, armários e biombo estavam em boas condições de uso. Além disso, havia materiais suficientes para realização da coleta do exame citopatológico (luvas, lâminas, espéculos, espátulas de ayre, escova endocervical, spray fixador, foco de luz e papel toalha).

Em relação ao cenário, verificou-se que o consultório de enfermagem da ESF1 apresentava um ambiente organizado e acolhedor para receber as mulheres para a consulta ginecológica. O ambiente havia sido preparado pela enfermeira com alguns detalhes decorativos como quadros floridos pendurados em frente à maca, para que quando a mulher deitasse para realização do exame ginecológico pudesse visualizar esses adornos na parede. Contribuindo para deixar o ambiente mais acolhedor a enfermeira forrou o biombo com um tecido floral alegrando o espaço. A enfermeira também providenciou para deixar no banheiro um chinelo bordado com flores para uso das mulheres e um tapete de crochê para que não pisassem no piso frio. Além disso, a enfermeira deste serviço sempre entregava ao final da consulta uma bonequinha cor de rosa feita de E.V.A para colar na geladeira e servindo como lembrete do retorno para a próxima consulta.

#### 4.7.1.3 ESF2

A ESF2 atende uma população de 3.254 pessoas e encontra-se situada na área urbana do município, em um bairro de classe média. Porém a maior parte da área adstrita da ESF é constituída por bairros de baixa classe socioeconômica, onde casos de violência e pobreza estão presentes. A ESF possui uma equipe composta por um médico cubano, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais.

Esse serviço de saúde atende à população de segunda-feira à sexta-feira, de manhã das 07h00min às 12h00min e à tarde das 13h00min às 16h00min. As consultas médicas são marcadas diariamente. Cada dia, as 07h00min da manhã são distribuídas as fichas de atendimento médico aos usuários, em seguida eles são acolhidos e avaliados pela equipe de enfermagem. Os casos mais urgentes são atendidos no dia e no caso de ausência de fichas de atendimento, o usuário é agendado para outro dia da semana. A sala de espera estava sempre repleta de pessoas, em virtude do número de usuários aguardando por atendimento médico e para realização de procedimentos e vacinas.

Na ESF2 as consultas de enfermagem ocorrem por demanda espontânea, não havendo limite de atendimento diário. Já o exame citopatológico (CP) pode ser agendado diariamente pelas mulheres e pelas ACS. O CP é realizado duas vezes por semana, de terça-feira e quinta-feira, nos turnos da manhã e tarde. Os agendamentos são realizados a cada 30 minutos, para que haja tempo suficiente para o atendimento à usuária. O tempo agendado mostrou-se compatível com o atendimento, uma vez que a enfermeira não excedia esse prazo para a realização do CP. Nas situações imprevistas, em que a enfermeira não podia comparecer em virtude de problemas pessoais ou reuniões, as mulheres eram comunicadas com antecedência através de contato telefônico ou pelas ACS, e novas datas para atendimento eram agendadas.

O prédio da ESF2 não é novo, e há algum tempo não recebe pintura na parte interna e externa, apresentando manchas escurecidas especialmente nas paredes da sala de espera. As instalações físicas nem sempre se encontravam limpas, pois no período em que realizou-se a coleta de dados a auxiliar de serviços

gerais estava de férias e não havia sido substituída por outra funcionária, sendo realizada a limpeza da ESF apenas uma vez na semana.

Essa ESF apresenta uma estrutura física menor se comparada a ESF1, uma vez que, possui apenas uma pequena sala de espera com recepção, um consultório médico, um consultório dentário, um consultório de enfermagem, uma sala de curativos junto à sala de esterilização, uma sala de vacinas, banheiro para usuários, banheiro para funcionários e copa. Todos os ambientes são extremamente pequenos, dificultando a circulação dos profissionais e usuários no local.

Assim como os demais ambientes da ESF, o consultório de enfermagem apresentava um reduzido espaço físico. O mesmo não era climatizado e não havia ventilação no local, pois a única janela da sala permanecia fechada em virtude da maca do exame ginecológico estar localizada ao seu lado, essa situação deixava o local abafado e quente. Outra questão observada é que em determinados momentos havia interrupção da consulta ginecológica de enfermagem pelos demais profissionais da equipe, em virtude do consultório de enfermagem também ser utilizado para o depósito de materiais de uso de toda a equipe. Essa interrupção não ocorria durante a coleta do exame de CP, mas no momento da entrevista causando a cessação temporária da conversa entre enfermeira e mulher.

Ainda observou-se que os móveis do consultório de enfermagem se encontravam em boas condições e havia materiais para coleta do exame citopatológico (luvas, lâminas, espéculos, espátulas de ayre, escova endocervical, spray fixador, foco de luz e papel toalha) em quantidade suficiente.

#### 4.7.2 As enfermeiras participantes do estudo

Participaram da pesquisa, três enfermeiras que atuavam nos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) no momento da coleta de dados e que atendiam os critérios de inclusão da pesquisa. Essas profissionais encontravam-se na faixa etária de 26 a 33 anos de idade. Quanto ao estado civil, duas eram casadas e uma solteira. Todas possuíam curso de pós-graduação como, Atenção Domiciliar, Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho. Quanto ao tempo de formação em enfermagem, uma delas estava formada há onze anos, e as demais, há três e dois anos. Em relação ao tempo de atuação no serviço de saúde,

uma encontrava-se trabalhando há seis anos na mesma ESF e as outras duas cerca de um ano.

Cabe mencionar que logo após a autorização do desenvolvimento da pesquisa pela secretária municipal de saúde entrou-se em contato com as enfermeiras que atuavam nos serviços de AB selecionados. No primeiro encontro com cada uma das enfermeiras foi explicado os objetivos da pesquisa e solicitada autorização por escrito para realização das observações e gravações das consultas ginecológicas de enfermagem. Prontamente cada uma delas concedeu a autorização. Assim, após essa primeira conversa iniciou-se a observação das consultas.

As observações das consultas ocorreram de modo natural e espontâneo, uma vez que as enfermeiras mostraram sentir-se à vontade com a presença da pesquisadora no momento da consulta ginecológica. O bom relacionamento da pesquisadora com cada uma das enfermeiras contribuiu para o desenvolvimento desta etapa da pesquisa. Com o passar dos dias, as próprias enfermeiras auxiliavam a pesquisadora a explanar a proposta da pesquisa para as mulheres, reforçando o pedido para a participação no estudo. As enfermeiras também avisavam antecipadamente a pesquisadora sobre os dias de realização de consulta ginecológica de enfermagem a fim de que a ela pudesse estar na unidade de saúde nesses dias.

Além disso, percebeu-se que não houve mudanças na forma de atendimento das mulheres por parte das enfermeiras de uma consulta para outra. Cada uma das enfermeiras manteve durante todo período de acompanhamento o mesmo padrão de atendimento às mulheres. Embora as três enfermeiras seguissem os protocolos de Atenção Básica referente à Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (2016) observou-se que cada uma delas apresentou características distintas quanto à forma de atendimento.

A enfermeira que atuava na UBS era muito comunicativa e extrovertida com as mulheres. No decorrer da consulta ela não se detinha apenas em conversar com as mulheres sobre os aspectos referentes à consulta ginecológica, mas também orientava sobre outros assuntos como alimentação e prática de atividades físicas. Ainda, realizava recomendações sobre prevenção e retorno anual para o exame de CP. Porém, em alguns momentos realizava comentários de âmbito pessoal como, por exemplo, *“Porque se eu não tomo café eu desmaio, eu desmaio, eu preciso*

*tomar café*”. Ainda foi possível verificar que as consultas ginecológicas realizadas pela enfermeira da UBS tiveram o maior tempo de duração, apresentando uma média de 32 minutos.

Já a enfermeira que atuava na ESF1 mantinha uma fala mansa e pausada com as mulheres, utilizando durante a conversa uma linguagem simples e de fácil compreensão. Ao abordar temas delicados e orientar sobre o procedimento a enfermeira procurava explicar o assunto de maneira bem detalhada. Na sua fala também se fez presente o uso de palavras no diminutivo *“Dai coloca o chinelinho”*, *“bota o pezinho aqui em cima”* e a utilização de termos populares como *“perereca”*, *“grãozinho de arroz”*, que serão mais discutidos na análise. Ainda durante os atendimentos observou-se que a enfermeira mantinha o seu olhar voltado para a mulher, buscando sempre manter “o olho no olho”. O tempo de duração das interações entre enfermeiras e mulheres durante a consulta ginecológica teve uma média de 21 minutos.

A enfermeira da ESF2 era menos comunicativa, sua fala era mais pausada, direta e objetiva. Seus turnos de fala foram mais curtos e abordam basicamente aspectos referentes à vida sexual e reprodutiva das mulheres, seguindo “à risca” o protocolo de atendimento para o exame de CP, sem incluir outras perguntas e conversas. Em virtude disso, a média de duração das consultas ginecológicas foi de apenas 12 minutos, tempo reduzido se comparado com o dispendido pelas profissionais dos outros dois serviços. Mesmo assim, ainda observou-se na fala da enfermeira um cuidado e preocupação com o conforto das mulheres no momento do exame, a fim de que não sentissem dor – *“Se tu senti(r) alguma coisa, dor muito forte tu me fala”*.

#### 4.7.3 As mulheres participantes da pesquisa

Ao chegar ao serviço de saúde era explicada para cada uma das mulheres a finalidade do estudo e solicitada à autorização escrita das mesmas para realização das observações e gravações das consultas ginecológicas de enfermagem. Inicialmente algumas mulheres mostravam-se um pouco receosas com o estudo, principalmente com a presença da pesquisadora em um momento tão íntimo como a realização do exame citopatológico. Porém, foi explicado a cada uma delas que

nesse momento apenas a enfermeira ficaria em contato com a mulher, e a pesquisadora ficaria atrás do biombo para não visualizar o procedimento. A pesquisadora somente ouviria e gravaria a conversa produzida entre enfermeira e mulher no decorrer do exame.

Após esses esclarecimentos, 26 mulheres que procuraram os três serviços de saúde para realização da consulta ginecológica de enfermagem no período da coleta de dados e que atendiam os critérios de inclusão da pesquisa, concordaram em participar do estudo. Em relação à faixa etária, a idade das mulheres variou de 19 a 70 anos, sendo que seis estavam na faixa dos 19 aos 30 anos; 12 dos 31 aos 50 anos, seis eram maiores de 51 anos e em relação a duas delas não havia informação sobre a idade. Embora a maioria delas estivesse na faixa etária de maior risco e indicada para a realização do exame, cinco delas estavam fora do grupo prioritário: três menores de 25 anos e duas maiores de 65 anos, já que o Ministério da Saúde orienta a realização deste exame apenas em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já iniciaram atividade sexual (BRASIL, 2013a).

Quanto à escolaridade, observou-se que todas as mulheres eram escolarizadas, sendo que 14 tinham ensino fundamental incompleto, sete ensino fundamental completo, duas com ensino médio completo e três possuíam ensino superior incompleto. Em relação ao estado civil, 21 mulheres relataram serem casadas e/ou ter união estável, quatro eram solteiras e apenas uma divorciada. Quanto ao número de filhos, cinco relataram não ter filhos, sete tinham apenas um, seis mulheres tiveram dois filhos e sete mulheres tiveram mais de três filhos. Houve um relato de aborto e, em relação ao parto, oito relataram parto cesáreo, nove parto normal/natural e quatro tiveram ambas as experiências (parto natural e cesáreo).

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, doze mulheres relataram fazer uso de anticoncepcional oral, uma de anticoncepcional injetável, uma de Dispositivo Intra Uterino (DIU), cinco utilizaram métodos contraceptivos definitivos - ligadura de trompas, e apenas uma não fazia uso de nenhum método. Três mulheres relataram estar na menopausa, duas realizaram cirurgia de histerectomia e uma tinha diagnóstico de útero infantil o que a impossibilitou de engravidar.

Quanto à realização do exame preventivo do colo do útero, a maior parte das mulheres já havia realizado o exame entre os anos de 2013 a 2016, somente para duas mulheres era o primeiro exame, e apenas uma única havia realizado o último exame a mais de dez anos (2006). O Ministério da Saúde recomenda a

realização do exame citopatológico a cada três anos, após dois exames consecutivos normais em intervalo anual (BRASIL, 2013).

As informações descritas sobre os dados sociodemográficos e ginecológicos das mulheres que realizaram a consulta de enfermagem encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e ginecológicas das mulheres que realizaram consulta de enfermagem nos serviços de saúde em estudo, 2018.

Enfermeira	Mulher	Idade	Escolaridade	Estado civil	Filhos	Tipo parto	Último CP	Contraceptivo
E1	M1	37	Superior Incompleto	União Estável	1	Cesárea	2014	DIU
E1	M2	19	Fundamental Completo	Casada	Não	-	1º exame	Pílula
E1	M3	41	Fundamental Completo	Casada	3	Cesárea	2014	Ligadura
E1	M4	41	Superior Incompleto	Casada	3	Cesárea	2006	Ligadura
E1	M5	37	Fundamental Completo	Casada	3	2 Normal 1 Cesárea	2014	Pílula
E2	M6	47	Fundamental Incompleto	Casada	2	Normal	2015	Pílula
E2	M7	54	Fundamental Completo	Casada	Não	-	2015	Útero Infantil
E2	M8	44	Fundamental Incompleto	Casada	2	Cesárea	2015	Ligadura
E2	M9	40	Médio Completo	Solteira	3	Cesárea	2014	Ligadura
E2	M10	62	Fundamental Incompleto	Separada	9 + 1 aborto	8 Normal 1 Cesárea	2013	Ligadura
E2	M11	65	Fundamental Incompleto	Casada	2	Normal		Menopausa
E2	M12	53	Fundamental Incompleto	Casada	2	Normal	2014	Menopausa
E2	M13	52	Fundamental Completo	Solteira	1	Cesárea	2014	Menopausa
E3	M14	70	Fundamental Incompleto	-	8	6 Normal 2 Cesárea	2015	Histerectomia
E3	M15	19	Fundamental Completo	União Estável	2	Normal	1º exame	Pílula
E3	M16	36	Fundamental Incompleto	Solteira	1	Normal	2014	Pílula
E3	M17	43	Fundamental Incompleto	Casada	4	Cesárea Normal	2015	Pílula
E3	M18	29	Fundamental Incompleto	União Estável	3	Cesárea	2015	Não faz uso
E3	M19	23	Fundamental Incompleto	União Estável	1	Normal	2014	Pílula
E3	M20	54	Fundamental Incompleto	União Estável	1	Normal	2015	Histerectomia
E3	M21	33	Fundamental	União	Não	-	2014	Pílula

E3	M22	34	Incompleto Fundamental	Estável União	2	Normal	2014	Injetável
E3	M23	30	Incompleto Fundamental	Estável União	Não	-	2015	Pílula
E3	M24	27	Incompleto Fundamental	Estável União	1	Normal	2014	Pílula
E2	M25	41	Completo Médio	Estável Solteira	1	Cesárea	2015	Pílula
E2	M26	31	Completo Superior	Casada	Não	-	2015	Pílula

Fonte: Pesquisa direta com mulheres que realizaram consulta ginecológica de enfermagem nos três serviços de saúde em estudo. Tabela elaborada por Hesler, LZ. Porto Alegre, 2018.

As mulheres que buscaram atendimento ginecológico de enfermagem eram em sua maioria de baixa renda, porém, encontravam-se vestidas adequadamente e em boas condições de higiene.

Na consulta ginecológica além do exame do CP as enfermeiras também realizam a palpação das mamas, por isso havia necessidade das mulheres despirem-se totalmente. Em apenas um serviço de saúde (ESF1) as mulheres podiam despir-se no banheiro da sala de enfermagem e recebiam um avental para ser usado durante o exame de CP. Já nos outros dois serviços de saúde (UBS e ESF2) as mulheres precisavam despir-se atrás do biombo e deixar a sua roupa pendurada sobre ele, pois a sala de enfermagem não possuía banheiro. Nesses dois serviços o corpo das mulheres era coberto com um lençol com o intuito de diminuir a exposição durante a realização dos exames. Porém, a maioria delas mostrou-se preocupada e constrangida em mostrar o corpo desnudo para a enfermeira.

Algumas mulheres mostraram-se bastante comunicativas e conversaram com a enfermeira sobre os mais diferentes assuntos, desde os direcionados aos aspectos ginecológicos aos de ordem pessoal como contas, trabalhos manuais e atividades domésticas. Já outras se mostraram mais quietas, menos falantes e respondiam apenas o que lhes era solicitado.

Observou-se pelas conversas e referências a encontros anteriores, no serviço, na comunidade e mesmo em atividades informais, que a maioria das mulheres já era conhecida das enfermeiras, ou por terem realizado o exame de CP anteriormente com elas, ou por já terem conversado com as mesmas em outras ocasiões no serviço de saúde (sala de espera, sala de vacinas, sala de curativos, dentre outros) em decorrência de seus problemas de saúde e/ou de familiares. Esse fato ocorre em virtude da ESF ter como finalidade o cuidado direcionado as famílias



que pertencem à área adstrita dos serviços de saúde, estimulando a construção de vínculos com os usuários. (SOUZA e HORTA, 2012).

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Este capítulo refere-se à apresentação dos resultados e análise das interações conversacionais que aconteceram em consultas de enfermagem, organizadas de acordo com os três momentos do ato clínico, correspondendo ao acolhimento, à consulta propriamente dita e ao encerramento da consulta ginecológica voltada para o exame citopatológico. Trata-se da análise de interações institucionais, que do ponto de vista interacional, distinguem-se pelo sistema de tomada de turnos, que pode ser mais rígido do que em conversas mundanas, tendendo a ser pré-alocados pelos que possuem direito e/ou obrigação, no caso deste estudo pelas enfermeiras.

Nos cenários institucionais os/as interagentes tendem a estar atentos/as para a pertinência das contribuições oferecidas. Por exemplo, é comum enfermeiras e usuárias tratarem de assuntos de caráter pessoal durante a coleta do CP, porém, o atendimento de saúde constitui-se, em parte, pelas perguntas clínicas dirigidas às usuárias, havendo uma obrigação da paciente em fornecer as informações demandadas pelos profissionais de saúde. Observou-se que as enfermeiras, solicitavam de maneira enfática que as usuárias fornecessem dados com precisão e clareza, nas falas institucionais durante as consultas.

Outro aspecto a ser observado é grau de “formalidade/informalidade” presente na interação, o que pode se constituir pela escolha do pronome de tratamento utilizado por uma das partes em momentos de endereçamento à outra parte (e.g. o senhor, doutor/a, etc.). Também, o uso de jargão técnico por parte de representantes institucionais, geralmente de conhecimento apenas de quem pertence à área, fortalece a assimetria em relação à/ao interlocutor/a dito/a “leigo/a” (ANDRADE; OSTERMANN, 2007).

Na consulta ginecológica há uma formatação prévia das perguntas a serem realizadas, pela disponibilização de protocolos específicos. Além do mais, há uma ordem fixa de perguntas e atividades a serem realizadas, por meio das quais se cumpre o mandato institucional, ou o serviço que deve ser prestado. Na área da saúde são comuns os protocolos clínicos, prontuários formatados e fichas de coleta

de dados havendo situações em que há uma organização macroestrutural altamente rotinizada.

Além disso, no caso de consultas de saúde, o/a representante institucional (e.g., médico/a e enfermeiro/a) tem o direito de fazer a primeira pergunta. O domínio de conhecimento está modulado pelo status dos profissionais que detém o conhecimento específico. A eles cabe a pauta, a condução da interação e a aceitação ou rejeição de contribuições fornecidas pelo usuário. A assimetria da interação aumentará se for usado vocabulário técnico. Quanto ao acesso a rotinas e procedimentos, vale lembrar que o acesso do(a) usuário(a) pode ser o único em sua vida (DEL CORONA, 2009), e que a pessoa, muitas vezes, não tem a menor ideia de como se comportar frente a procedimentos realizados em consultórios, que para ele(a) são desconhecidos e herméticos.

A apresentação das interações observadas neste capítulo se inspira na Análise da Conversa e em alguns elementos linguísticos, sem a pretensão de tratá-los como um linguista o faria ou de esgotar a ferramenta, mas utilizando-a de uma maneira pragmática, principalmente no que se refere a possibilidades de melhorar os aspectos comunicacionais entre profissionais de saúde e usuárias, de estimular a reflexão dos mesmos sobre suas habilidades comunicativas no sentido de evitar asserções que possam gerar algum tipo de mal-estar, incompreensão e constrangimento.

## **5.1 Acolhimento**

Na consulta de enfermagem para a coleta de material para a realização de exame citopatológico as enfermeiras seguem um protocolo definido e validado pelo Ministério da Saúde (INCA, 2011). A consulta de enfermagem constitui uma interação institucional, que pode incluir aspectos de informalidade nas tomadas de turno, mudança de tópico e/ou organização macroestrutural. Em outras palavras, possui aspectos mais fechados, na medida em que há um protocolo contendo questões que precisam ser abordadas, mas possibilita que haja conversas mais informais entre enfermeiras e usuárias, o que permite a interpretação de tais conversas dentro de um gradiente de formalidade; lembrando que, Drew e Heritage (1992) definiram como formais, aquelas interações realizadas em tribunais, salas de aula ou contextos similares e informais aquelas realizadas no dia-a-dia e que

ocorrem em relações sociais e familiares. Nas conversas formais a interação é mais uniforme, havendo mais rigidez na tomada de turnos, restrição de opções e obrigações fixas dos participantes. Nos ambientes informais, geralmente há simetria entre os participantes e possibilidade de negociações, variações e mesmo brincadeiras. Nas instituições de saúde, há uma mescla destes dois tipos de interação, havendo conversas intercaladas entre as perguntas de um protocolo e contribuições de naturezas outras para além do mandato institucional do encontro, havendo como que um *continuum* entre formalidade e informalidade.

Esse tipo de interação formal, porém mesclada com aspectos de informalidade, é a que se observou neste estudo em que algumas profissionais se atêm mais no seguimento do passo a passo descrito no protocolo e outras se portam de modo mais flexível, conversando mais livremente, podendo suprimir algumas perguntas ou formular outras, despendendo mais tempo na escuta e orientações.

Quando existe um script ou um protocolo de atendimento em um serviço, eles configuram segundo Peräkylä e Vehviläinen (2003, p. 730) um “estoque de conhecimento interacional”, que compreende modelos e teorias disponibilizados em textos da área, manuais de treinamento e em instruções escritas e orais disponibilizadas no contexto de treinamento, supervisão e trabalho. Essas prescrições ou recomendações aplicam-se às rotinas do que deve ser feito em contextos institucionais, como no caso da consulta para a coleta de citopatológico. Muitas das perguntas que compõem estes roteiros são polares, significando que a resposta pode ser apenas “sim” ou “não”, o que frequentemente ocasionam respostas mínimas (e.g., mhm) e que podem ser um empecilho para que pacientes expressem queixas, sintomas e sentimentos.

O acolhimento de uma mulher que busca a unidade de saúde para realização do CP consiste em uma conversa que compreende a saudação, a revisão de dados demográficos (idade, endereço, ocupação, etc.), a rememoração da data da última consulta, o questionamento sobre atrasos menstruais, a formulação de perguntas acerca da família, filhos, trabalho e questões referentes à sua vida sexual e reprodutiva, além de queixas relacionadas ao aparelho genital feminino, constituindo uma etapa de preparação para o exame propriamente dito. Neste acolhimento, a formulação de perguntas cabe ao profissional de saúde, que compõe com a usuária do serviço uma díade ou constituem pares relacionais de categorizações de pertencimento. No excerto abaixo, em que E refere-se à

enfermeira e M21 à vigésima primeira (M21) mulher que participou das conversas gravadas em áudio, observa-se como as sequências de perguntas, muitas delas consideradas perguntas de afinamento (SOUZA, 2009), ou seja, indagações que vão focalizando cada vez mais o assunto tratado ou exigindo mais informação acerca de um tema vão sendo produzidas na interação entre enfermeiras e usuárias:

Excerto 1: M1, 33 anos, união estável, sem filhos

- 1 E3: vamo dá uma olhada aqui  
 2 (3.9)  
 3 E3: dois mil e catorze  
 4 (4.4)  
 5 E3: meu deus (isso) faz qua- três anos  
 6 M21: é né (.) vai passando vai passando e até [agora]=  
 7 E3: [é::]  
 8 M21: =também não tinha marcado  
 9 E3: e deu normal aquela vez a?  
 10 (1.0)  
 11 M21: tinha dado uma alteraçãozinha sim mas [daí]=  
 12 E3: [mhm]  
 13 M21: =eu vim como [eu não conseguia]  
 14 E3: [(fizesse com o teu médico)]?  
 15 M21: eu não consegui consultá daí passô daí ele tinha  
 16 me dado uma pomada  
 17 E3: ahã ahã=  
 18 M21: =daí eu usei a pomada=  
 19 E3: =melhorou?  
 20 (.)  
 21 E3: Tá  
 22 (1.2)  
 23 E3: tu usa algum anticoncepcional?  
 24 M21: Sim  
 25 (3.0)  
 26 E3: quando que foi a última menstruação  
 27 (1.7)  
 28 M21: dia dez  
 29 E3: °dez°  
 30 (2.2)  
 31 E3: tem algum sangramento [após]  
 32 M21: [dia dez] de:: fevereiro  
 33 (2.5)  
 34 E3: sim hoje é {{rindo} nove}  
 35 M21: Hhh  
 36 (0.9)  
 37 E3: tem algum sangramento após a relação,  
 38 M21: Não  
 39 E3: dor, na relação

40 M21: não dor não (.) às vezes eu f- depois eu sinto  
 41 uma coceira assim  
 42 (.)  
 43 M21: [tipo]  
 44 E3: [depois] só depois da relação  
 45 M21: é assim não é todo dia  
 46 E3: ah sempre

As perguntas constituem uma ação que, de modo mais ou menos fixo, seguem o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde para ser usado nas consultas e outros eventos institucionais nos quais esta ação é esperada, já que fazem parte da conversa inicial da consulta. Observa-se no início da interação que a enfermeira (linha 5) ao dizer "Meu deus faz qua-três anos", faz uma avaliação entendida por M21 como uma demanda ou um pedido de justificativa (account): (linha 6) "Vai passando e até agora não tinha marcado." Essa avaliação releva a assimetria na interação: quem é que pode avaliar quem e sobre o quê. A hierarquia também aparece na linha 13, em que o turno da enfermeira caracteriza-se como uma interrupção à fala de M21, que ainda não tinha terminado sua explicação ou accountability sobre o porque da demora de três anos para retornar à consulta de coleta do CP.

Stevanovic (2011) assinala que frente às perguntas fechadas constantes de muitos protocolos médicos, os pacientes não se sentem autorizados a manifestar queixas ou outras demandas. As perguntas podem ser formuladas de tal maneira que a resposta pode ser apenas "sim ou não" ou expressões mínimas, como as questões das linhas 23, 26 e 37: "*Tu usa algum anticoncepcional; Quando que foi a última menstruação? Tem algum sangramento depois da relação?*" Porém, embora a maioria dessas perguntas sejam restritivas em termos de preferência por um "não" na resposta, em algumas ocasiões elas estabelecem outra dinâmica comunicacional em que, uma questão pode fazer o paciente se sentir autorizado a participar mais da conversa ou a expressar uma queixa. É o que ocorre na linha 39, em que a pergunta "*dor na relação*", ao invés de produzir uma resposta sim ou não, permitiu M21 começar uma explicação, permeada de pausas, mostrando a dificuldade de falar no assunto: "*não, dor não (.) às vezes eu f-depois eu sinto uma coceira assim (.) tipo*"...

Na relação hierárquica entre médicos-pacientes, cabe ao médico formular as perguntas o que denota uma ação de controle porque o médico neste ato seleciona quem será o próximo a falar e o assunto a ser abordado, corrige ou instiga o

paciente a falar, determina o andamento da consulta e prescreve o tratamento (SILVERMAN, 1987; SEGER, 2007; OSTERMANN; RUY, 2012). Essa relação hierárquica também se estabelece entre relação a outros profissionais de saúde e pacientes, como no caso das enfermeiras. Mas esta hierarquia pode se tornar menos vertical (embora não necessariamente) quando o profissional e o paciente são do mesmo sexo, faixa etária, classe social ou mantêm relações em outros ambientes, tais como bairro, clube, escola dos filhos etc. Neste estudo a dupla é constituída por enfermeiras e usuárias, que vivem em cidades de médio porte, sendo que algumas delas conhecem as pacientes ou seus familiares de longa data. Quando se trata de uma primeira consulta, elas justificam as perguntas que fazem parte do roteiro da entrevista inicial, como a necessidade de conhecerem melhor as usuárias do serviço.

#### Excerto 2: M2, 19 anos, casada, um filho

- 1 E1: tá tomando anticoncepcional,  
 2 M2: ((provavelmente assentiu ou negou com a cabeça))  
 3 (0.6)  
 4 E1: °então tá° a gente sempre faz umas perguntas antes  
 5 tá umas- pergunto [que]=  
 6 M2: [mhm]  
 7 E1: =é até pra mim te conhecê porque eu não te  
 8 conheço ainda (.) conheço a tua família mas *hh*  
 9 M2: °mhm°  
 10 E1: ↑tá  
 11 (12.9)  
 12 E1: tá muito quente aqui dentro preciso xxxxxxxx  
 13 de um climatizador  
 14 M2: <mhm>  
 15 (4.8)  
 16 E1: <dezenove anos> (.) é casada C?

A enfermeira E1, no excerto 2, inicia a conversa guiada pelo protocolo, mas, após a reação da usuária, que provavelmente fez um sinal com a cabeça, inicia uma justificativa acerca das perguntas que fará, nas linhas 4 e 7. Isso mostra que ela se orienta para o fato de que não é em todo contexto que as pessoas podem sair fazendo perguntas sobre menstruação, sexualidade, corrimento vaginal etc. Essa postura evidencia também a orientação da enfermeira para a delicadeza dos tópicos abordados pelas perguntas. Outro fato que se revela é a relação que E1 tem com a

família de M2, e o fato de se conhecerem e terem relações em outros ambientes pode funcionar para desencadear outros problemas interacionais. O turno inicia com volume mais baixo, no qual a profissional explica que “fazer perguntas” é uma prática institucional comum no contexto em pauta: “a gente sempre faz umas perguntas antes”. Essa fala gera inferências analíticas sobre o fato de ter que abordar tópicos “delicados” com M2: a) a primeira pergunta é sobre anticoncepcional; (b) não podemos afirmar qual foi a resposta de M2, mas o tópico anticoncepcional está intrinsecamente relacionado a ter vida sexual ativa e “livre”; (c) em alguns contextos sociais, isso pode se revelar um tabu, (d) o fato de E mencionar a relação que tem com a família sugere que ela atenta para o fato de que ter que escrutinar a vida sexual de M2 pode se revelar uma ação delicada.

Há uma longa pausa depois da resposta de M2 e ocorre uma mudança de tópico realizada pela enfermeira que passa a falar sobre o tempo. Falar sobre o tempo é considerado um tema que constitui uma conversa rápida (*small talk*) ou um assunto para início ou manutenção de um diálogo. *Small talk* é normalmente produzida para lidar com situações de preenchimento de silêncio (COUPLAND, 2010), como se observa na interação em que há uma grande ausência de fala antes e depois da sequência em destaque.

No acolhimento, as enfermeiras querem saber se as usuárias estão cumprindo o cronograma de retorno aprazado, que varia de acordo com a idade e a situação clínica da mulher, sendo anual depois da menopausa. Nesse sentido, pode haver questionamentos por parte da enfermeira em relação ao período transcorrido entre uma consulta e outra, ou referente a não realização de algum tratamento recomendado, ou ainda pela usuária não ter trazido os laudos de exames solicitados anteriormente ou ter referido algum comportamento não esperado. Nessas situações observa-se a recorrência de uso de marcadores temporais nas falas das enfermeiras, conforme discutido no excerto 3 (M4):

Excerto 3: M4, 41 anos, casada, três filhos

- |   |     |  |
|---|-----|--|
| 1 | M4: | agora mesmo eu vinha pen[sando]                  |
| 2 | E1: | [m::]  |
| 3 | M4: | quanto tempo que eu fiz a minha pre[ventiva]     |
| 4 | E1: | [a tua]  |
| 5 |     | preventiva=                                      |
| 6 | M4: | =bati bati bati bati cabeça aqui sentada a (hora |
| 7 |     | que levan-) faz dez anos                         |

8		(0.9)
9	E1:	dez anos?
10	M4:	faz: (que eu tive a gravidez antes)
11		(0.6)
12	M4:	e nunca mais
13		(0.8)
14	E1:	por que tu não fazí↑a (.) esque↑ce::u
15		(0.8)
16	M4:	↑não eu morava em santiago aquela correria a
17		gente sempre se- teve trabalhando sempre
18		trabalhando não liberavam a gente pra ir e os
19		horários que eu ia lá não dava tinha que pegá
20		ficha antes né
21	E1:	Mhm
22	M4:	aí a gente vai dei↑xando né

A fala de M4, na linha 1, parece tratar-se da resposta a uma pergunta feita pela enfermeira anteriormente e demonstra que a usuária orienta-se para "explicar" o tempo de atraso para a realização do exame preventivo. A usuária se orienta para o tempo transcorrido entre o último exame e o de agora como "relatável", possivelmente antevendo-o como problemático e, portanto, passível de solicitação de explicações por parte da enfermeira, ou seja, ela realiza um "account" a um possível questionamento da enfermeira.

Em resposta a questionamentos realizados por profissionais de saúde, é comum observar pacientes demonstrarem que os tomam como pedidos de *accounts*. Percebem-se essas demonstrações em contextos interacionais em que pacientes elaboram ou prestam justificativas e explicações. No excerto em análise, diante da pergunta da enfermeira sobre o motivo da paciente não ter realizado o exame preventivo por um período de dez anos, ouve-se a usuária apresentando várias razões para o fato, a saber: (a) gravidez; (b) local de moradia distante do posto de saúde em questão; (c) excesso de trabalho; (d) dificuldade de obtenção de licença para ausenta-se do trabalho. Tais justificativas são oferecidas de forma que permite à paciente se construir como alguém que não realizou o exame rotineiramente por ser impedida pelas circunstâncias de trabalho, e não alguém que não se importa com a própria saúde.

No acolhimento de M23, no excerto 4, também se observa que a enfermeira insiste em identificar com precisão a data exata em que foi feito o último exame citopatológico, havendo uma discordância em relação à data apresentada pela usuária e a data identificada e lembrada, por meio de referências temporais, pela



enfermeira, que está com o prontuário da paciente aberto em sua frente. A usuária mantém o argumento: “*Mas eu fiz=tava com ele ontem olhando ainda né*” (linhas 20 e 22), turno que é elaborado em uma fala colada com a observação da enfermeira, que finalmente aceita a explicação, chegando a um acordo sobre a data do último exame. A discussão das datas de realização do exame, talvez irrelevante por si só, já que a mulher está realizando o procedimento no momento da conversa, mostra o status da enfermeira como alguém que tem o poder de determinar o que deve ser feito.

#### Excerto 4: M23, 30 anos, união estável, sem filhos

1 E3: o último preventivo foi a↑qui  
 2 (.)  
 3 M23: Foi  
 4 E3: °mhm°  
 5 M23: foi acho que ano passado (°eu acho°) que dois mil  
 6 e quinze  
 7 (2.2)  
 8 M23: °não dois mil- ano passado°  
 9 (.)  
 10 E3: sim mas deixa eu ver  
 11 M23: (°°um tempo atrás°°)  
 12 E3: ano passado eu tava de licença também  
 13 (3.3)  
 14 E3: eu nem trabalhei quase ano passado  
 15 (1.0)  
 16 E3: foi e:m é s- final de dois mil e quinze  
 17 (1.1)  
 18 E3: que aqui daí não teve ninguém que fez  
 19 (1.4)  
 20 M23: mas eu fiz [eu]=  
 21 E3: [é:]  
 22 M23: =tava com ele ontem olhando ainda né  
 23 E3: é porque eu trabalhei (0.6) só janeiro um dia  
 24 depois eu já saí de (.) depois eu voltei só em  
 25 outubro agora  
 26 M23: H  
 27 (1.6)  
 28 M23: dois mil e dezesseis [eu]=  
 29 E3: [é]  
 30 M23: =vi ontem [ainda]  
 31 E3: [deve] ter sido bem no início então  
 32 M23: então deve ter si[do]  
 33 E3: [é]

Algo que transparece no excerto da conversa de M3, no excerto 5 , é "quem pode perguntar o quê" no encontro, ou quem está "autorizada" a indagar sobre a feridinha da outra pessoa. Essa pergunta mostra a identidade profissional da enfermeira ratificada por M3 à medida que M3 responde a pergunta. Ao mesmo tempo, M3 também se constrói como paciente, ao responder as perguntas de E1, ou as identidades de enfermeira e paciente são coconstruídas no momento em que são ratificadas por uma e por outra.

#### Excerto 5: M3, 41 anos, casada, três filhos

1	E1:	e essas feridinha a↑qui
2		(0.8)
3	M3:	pois é não sei (essas coisinha)=
4	E1:	=faz tempo que tu tem is↑so:
5		(1.0)
6	M3:	depois que eu pa- que parou de ficá menstruada
7		me saiu isso [aí]
8	E1:	[↑é]
9		(2.1)
10	M3:	eu tô passando uma pomadinha
11	E1:	tu pa- tá passando alguma coi↑as
12	M3:	°mhm°
13		(12.8)
14	E1:	meu deus que calorão
15		(10.6)
16	E1:	hoje vai ser terrível o dia
17		(1.0)
18	M3:	diz que hoje vai ser bem quente
19		(20.3)
20	E1:	m. tá <u>t</u> udo bem com teu colo
21		(1.3)
22	M3:	É
23	E1:	[↑tá]
24	M3:	[que] bom

Ao elaborar a pergunta dessa forma: “e essas feridinha aqui” (linha 1), a enfermeira não restringe o tópico a ser abordado por M3 no que tange às feridas. A usuária poderia ter realizado uma avaliação sobre as lesões, porém ao produzir a resposta alegando não saber nada sobre “essas coisinha” (linha 3), ela se orienta no sentido de ter que prover justificativas (accounts) sobre as “feridinhas”.

Ainda no mesmo excerto, vê-se que a conversa sobre o tempo ocorre no momento em que provavelmente a enfermeira está realizando o exame, o que corrobora mais uma vez o uso de *small talk* para preencher silêncios

constrangedores (nesse caso, talvez, o constrangimento causado pela própria realização do tipo de exame em curso, já que E1 está examinando a vagina de M3).

Observou-se nas interações, como já pontuado por outros autores em relação às hierarquias de poder entre policiais e mulheres em situação de violência (OSTERMANN, 2006), que os profissionais interrompem os relatos de usuárias para atender telefonemas, responder perguntas de colegas, falar sobre assuntos pessoais ou sobre o tempo. Nestas situações, as mulheres precisam recomeçar seus relatos inúmeras vezes ou acompanhar a mudança de assunto efetuada pelo profissional, como procede M3, ao alinhar-se com a enfermeira e opinar sobre o tempo “diz que hoje vai ser bem quente” (linha 18).

As manifestações de usuárias frente a questionamentos ou asserções colocadas pelos profissionais em encontros clínicos, como na coleta do CP, podem ser de concordância, silêncio ou discordância. Elas podem despende tempo se justificando ou se desculpando por não terem cumprido algum preceito ou norma, mas por outro lado, podem ignorar o que foi colocado, mantendo silêncio, mudando de assunto, ou mesmo contestando ou negando o que foi dito pelo profissional, como nas interações com M9 e M10.

Excerto 6: M10, 62 anos, separada, nove filhos, um aborto espontâneo

1	E2:	não tá grávida né dona l.
2	M10:	<i>Hhhhh</i>
3	E2:	<i>hahaha</i>
4	M10:	não não tenho mais como ficá grá[vida]
5	E2:	[quanto] tempo-
6	M10:	foi tirado fora o <i>hh=</i>
7	E2:	=a senhora fez cirurgia?= =fiz ahã
8	M10:	

Excerto 7: M9, 40 anos, solteira, três filhos

1	M9:	tu viu como é que ficou a minha barriga?
2		(0.5)
3	E2:	não mas tran↑quilo
4	M9:	tranquilo uma titica
5		(.)
6	M9:	olha aqui ó (0.6) ele furou aqui ó onde ficou
7		o dreno aqui dentro ficou um buraco

O formato da pergunta realizada a M10, na linha 1, “*não tá grávida, né, dona?*” é restritivo no sentido de que a resposta preferencial é negativa, mesmo considerando que a usuária tem 62 anos e uma história de dez gestações. A usuária expõe o ar de maneira audível (hhh) e, em resposta, a enfermeira ri. O riso, nas circunstâncias em que não há problema interacional transparente, convida o interlocutor a rir em resposta. Quando apenas uma das partes ri, no caso a enfermeira, há indícios de desalinhamento e de iniquidade na atenção a esta mulher, desconsiderando completamente o aspecto geracional, de uma mulher que biologicamente não poderia mais estar grávida. Nova interrupção e falta de acolhimento, pois a usuária ainda estava formulando sua resposta, de que havia sido “tirado” o útero, quando a enfermeira, já de posse da informação, faz a pergunta sobre a possibilidade de cirurgia (linha 7).

A enfermeira desconsiderou a informação da linha 4: “*não tenho mais como ficá grávida*”, e em falas sobrepostas pergunta, *fica-se sabendo que a paciente, realizou uma histerectomia, ou em suas próprias palavras “tirou fora o”*. Ela não nomeia o útero, mas termina a asserção com uma inspiração profunda (linhas 6)., outra vez, mostrando desconforto.

No excerto 7, pode-se inferir, que quando M9 pede na linha 1: “*tu viu como ficou minha barriga*” refere-se ao “buraco” deixado na parede do abdome, que está visível e que encontra-se no campo de visão da enfermeira. Depois da pergunta, há uma pausa, que pode ser considerada como uma ação despreferida, já que a reclamação feita pela usuária foi ignorada pela enfermeira, que permaneceu em silêncio (0.5).

As marcas corporais inscritas no corpo após a gravidez, parto, aleitamento parecem deixar no corpo das mulheres o registro da função considerada ideal no universo simbólico do feminino, aponta Heloisa Salvatti Paim (1998, p.44). Junto aos relatos é comum as mulheres mostrarem as marcas que ficaram no corpo, como o fez M9, nesta situação. Porém M9 não mostrou a marca como uma conquista, mas como uma denúncia da imperícia do médico que a atendeu. Quando a enfermeira finalmente responde, ela escolhe fazer uma avaliação positiva: “*não mas tranquilo*”. Ao se contrapor a essa avaliação, M9 demonstra que a pergunta, na verdade, foi elaborada como uma reclamação. A micropausa e o fato de que a enfermeira não tomou o turno depois que M9 reage expressando indignação sobre o que aconteceu com sua barriga reforça a inferência de que a enfermeira, deliberadamente, escolhe

não se alinhar com a paciente sobre o aspecto resultante do procedimento realizado “por ele” [o médico] em sua barriga.

No acolhimento, quando são realizadas perguntas que envolvem diagnóstico, uso de medicamentos e anticonceptivos, as enfermeiras recebem demandas e queixas sobre a conduta de outros profissionais, que incluem problemas no diagnóstico e em relação aos efeitos colaterais de medicamentos e anticonceptivos, como os formulados na linha 4 do excerto 8: “*só me faz mal isso daí* (.). *Meu deus do céu*”. Na interação com M24, a enfermeira não opinou em relação aos efeitos colaterais e as trocas com os anticonceptivos receitados, apenas ouviu o relato, usando continuadores “é?” (linha 5 e 8), e silêncio (linhas 3, 7 e 12), mostrando que não houve alinhamento em relação às reclamações expressas por M24.

Excerto 8: M24, 27 anos, união estável, um filho

1	E3:	tá tomando algum anticoncepcional
2	M24:	o leve
3		(1.8)
4	M24:	só me faz mal isso daí (.). meu deus do céu
5	E3:	é?
6	M24	a médica >que eu vou< a l. me trocou já ↑quatro vezes
7		(.)
8	E3:	é?
9	M24:	a última vez ela me deu o elanir o ciclo eu
11		fiquei <u>quatro</u> meses sem menstrua .h meu deus eu fiquei mal
12		(0.6)
13	M24:	coisa ruim

Outro padrão observado nas conversas foi à introdução de temas, opiniões ou vivências de caráter pessoal por parte das enfermeiras, podendo ocorrer quando exemplificavam ou demonstravam entendimento em relação à doença ou ao sintoma descrito pela paciente, como no excerto 9 ( linha 9 ) na afirmação de que “*essa semana também iniciei com uma enxaqueca que*”, à qual a usuária M7, se alinha mostrando afiliação com a enfermeira, sussurrando ao mesmo tempo “*é horrível, né*” (linha 10). Neste caso, em vez de a profissional de saúde alinhar-se à demanda ou queixa da paciente, ocorreu o inverso.

Excerto 9: M7, 54 anos, casada, sem filhos

- 1 E2: =.h mas antes a senhora já tinha enxaqueca antes  
 2 [de entrá na meno- é:]  
 3 M7: [sempre toda a vida]  
 4 E2: depois que a gente entra {{rindo} na menopausa  
 5 piora [né}]  
 6 M7: [pio]ra piora xxxx a vida inteira tomei  
 7 Aspirina  
 8 E2: ahã: eu meu essa semana também iniciei assim com  
 9 uma enxa[queca ↑que]  
 10 M7: [°é horrível né°]  
 11 E2: bah [é complicado]  
 12 M7: [°é (.) é]

Houve conversas em que as enfermeiras introduziram assuntos de suas vidas pessoais, exemplificando problemas de saúde ou tratamentos que elas sofreram, falando de filhos ou família, mas também expondo fatos particulares, sem relação com a classe social, modo de vida ou interesse das usuárias e sem fazer sentido no cenário da consulta.

Excerto 10: M6, 47 anos, casada, dois filhos

- 1 E2: como é que vocês estão.  
 2 M6: °tá tudo bem°  
 3 (1.3)  
 4 M6: tô meio nervosa (um pouco) é tu[do]  
 5 E2: [é:::]  
 6 (0.9)  
 7 M6: ah dos problemas da- dia a dia né  
 8 E2: é de casa (0.6) dos filho  
 9 M6: ô: sim as {{rindo } conta mesmo} [hhh]  
 10 E2: [a:i] agora  
 11 final de ano vem tudo né:  
 12 (0.8)  
 13 E2: até ontem nós tava comentando agora final do ano  
 14 vem- a gente espera o décimo só pra pagá o: a- o  
 15 registro do nosso conselho né e o iptu ipva, e  
 16 assim vai [né meu deus]  
 15 M6: [uhum:]  
 (0.7)  
 16 E2: .h me diz uma coisa dona m quando é que a senhora  
 17 f:ez última vez o preventivo.

Na consulta com M6, no excerto 10, a partir da fala da usuária de que “*tô meio nervosa (um pouco) é tudo ah dos problemas do dia-a-dia*”, a enfermeira afirma (linha 8) “*é de casa, dos filhos*”, trazendo a questão para o âmbito doméstico, ao que

a mulher responde que são *as contas mesmo* (linha 9). A enfermeira toma o turno para falar de suas próprias contas e faz a descrição de uma série de pagamentos específicos – conselho profissional, IPVA, IPTU – (linha 13). O fato de M6 produzir apenas respostas mínimas frente ao trazido pela enfermeira mostra que essa explicação não faz sentido para a mulher, que possui outras demandas e outra situação socioeconômica, indicando a desconsideração à situação de classe da paciente.

Observou-se ainda que muitas conversas foram pontuadas por interjeições de espanto: “*Nossa!*”, “*Meu Deus*”, tanto por parte das profissionais quanto das usuárias, indicando possivelmente elementos culturais da região onde o estudo foi desenvolvido.

A etapa do acolhimento encerra com explicações referentes à realização do exame, que também segue um protocolo envolvendo a preparação da usuária, que precisa desnudar-se e colocar um avental, e o posicionamento da mesma na maca para a coleta do CP e exame de mamas.

O protocolo para a coleta do exame é adaptado de acordo com o “estilo” de cada profissional, que improvisa frases de acolhimento, exemplos e outras demonstrações, fazendo acréscimos e incluindo perguntas sobre outras intercorrências das histórias de vida das mulheres. Em algumas das interações, como no excerto 11 observou-se o uso de diminutivos (pezinho, chinelinho linhas 7, 13, 17) e uso de vocábulos populares ou empregados para crianças (bumbum- linha 20).

O uso dos diminutivos na fala cotidiana cumpre um papel que pode referir-se à redução de tamanho como propriedade inerente (algo pequeno), à afetividade (ser querido por ser pequeno), ao julgamento de desprezo (ser de pouco valor por ser pequeno) ou para demonstrar valores afetivos (ALVES, 2006). Os diminutivos também podem ser usados para ironizar ou marcar assimetrias em uma interação (infantilizando ou menorizando) e ainda para mitigar algo ou ser polido. Ainda, os profissionais de saúde usam diminutivos com os pacientes para sanar dúvidas relacionadas a doenças e/ou procedimentos (GEISEL; OSTERMANN, 2013).

Excerto 11: M7, 54 anos, casada, sem filhos

1	E2:	passa aqui
2		(1.6)

- 3 E2: vai tirá toda a roupa inclusive o sutiã e a  
4 calcinha e vai botar o avental aberto para a  
5 Frente  
6 M7: (°>pode deixá<°)  
7 E2: isso e daí coloca o chineli[nho]=  
8 M7: [tá]  
9 E2: =tá bem fica bem a vontade  
10 (1m38.1)  
11 E2: então vamos passar  
12 (0.6)  
13 E2: a senhora lembra um pouquinho senta na pontinha  
14 M7: Ahã  
15 E2: deita bem para trás assim  
16 (1.0)  
17 E2: vamo abrir a perna (.) bota o pezinho aqui em cima  
18 (.) outro aqui em cima  
19 (1.8)  
20 E2: levanta um pouco o bumbum levantou o bumbum aí  
21 (1.1)  
22 E2: bom assim ó dona s. primeiro eu vou examiná um  
23 pouco por fora  
24 M7: Tá

As enfermeiras, antes de dar início ao exame realizam a preparação do procedimento do exame citopatológico orientando o que deve ser feito em cada etapa (tirar a roupa, colocar o avental e o chinelo, ficar à vontade, sentar na maca, abrir as pernas, levantar o bumbum, colocar o pé no local, etc).

#### Excerto 12: M19, 23 anos, união estável, um filho

- 1 E3: pode passá  
2 (0.9)  
3 E3: tira essa parte de baixo  
4 (15.6)  
5 E3: um espéculo menorzinho  
6 (22.9)  
7 E3: pode sentá ali na pontinha  
8 (3.3)  
9 E3: pode deitá  
10 (4.6)  
11 E3: vou colocá o espéculo qualquer coisa me fala  
12 M19: °tá°  
13 (3.3)  
14 E3: só um pouquinho (.) só um pouquinho foi  
15 M19: Ai  
16 E3: Foi  
17 (2.8)  
18 M19: °ai°  
19 E3: pronto já {{rindo} passou}



20		(10.4)
21	E3:	°só um pouquinho°
22		(1.5)
23	E3:	deixa só eu dá uma mexida aqui pra pegá bem o teu colo tá
24		(3.5)
25	M19:	°°ai°°
26	E3:	°vou mexê um pouquinho°
27		(.)
28	E3:	°°deu°°

No excerto 12, na interação com M19, observa-se que apenas a enfermeira fala na primeira parte do procedimento, quando está acomodando a usuária na mesa de exame (linhas 1 a 14). Após acomodar a mulher na mesa de exame, a enfermeira explica que vai colocar o espéculo, pede tempo “*só um pouquinho, só um pouquinho*” (linha 14) ao que a paciente reclama de dor, por duas vezes: “*ai*”, “*ai*”, (linhas 15 e 18). Quando consegue colocar o espéculo, a enfermeira noticia à M19, rindo consigo mesma: “*pronto*”, porém não houve resposta da paciente.

As enfermeiras vão explicando o que estão fazendo passo a passo (vou examinar por fora, vou colocar o espéculo, vou pegar o colo, etc). A conversa vai acontecendo enquanto o exame é realizado, e elas vão realizando uma formulação, que segundo Heritage e Watson (1978), é um procedimento comunicacional que ocorre quando os falantes vão explicando de modo detalhado o que estão fazendo, garantindo que a conversa (e os procedimentos) sejam autoexplicativos.

## 5.2 A coleta do exame citopatológico

A coleta do exame citopatológico pode ser desenvolvida na consulta médica ou de enfermagem nas unidades de saúde ou através de agendamentos exclusivos para esse procedimento (BRASIL, 2013a). Muitas mulheres, no momento da coleta do exame citopatológico, pedem esclarecimentos para sintomas ou doenças específicas, principalmente relacionadas ao aparelho sexual feminino, incluindo corrimentos, sangramentos e dores, ou procuram resolver dúvidas relacionadas com a atividade sexual, anticoncepção e menopausa. Outras trazem questões referentes à saúde reprodutiva, em um amplo espectro que vai desde o desejo de engravidar, medos e receios, efeitos adversos de medicamentos e anticonceptivos. A consulta ginecológica também pode constituir um espaço para a emergência de relatos de violência doméstica e sexual, já estudados por outros autores (JOB, 2004) em que o

momento de intimidade e o foco na sexualidade é considerado oportuno para fazer confidências, queixas ou denúncias.

Neste subcapítulo trazemos conversas relacionadas aos seguintes temas ou aspectos conversacionais: a coleta do citopatológico como um momento delicado; a sexualidade na fala das mulheres enfermeiras e usuárias; anticoncepção e vida reprodutiva; conversas invisíveis, assuntos falados, mas não ouvidos: violências e medos e por fim, medicalização e prevenção.

### 5.2.1 A coleta do exame citopatológico como um momento delicado

Os tópicos ou temas delicados constituem situações que geram medo, vergonha ou representam tabus presentes na sociedade. Nas interações, as situações delicadas podem ser tópicos ou temas (sexualidade, morte ou aborto) ou ações (acusações, reclamações, desculpas ou insultos). Em estudo realizado por Ostermann e Rosa (2012), as autoras relatam que pacientes frente a dificuldade ou vergonha de nomear determinadas partes de seu corpo, substituem o termo formal por outro de uso comum e aceito popularmente (por exemplo, a palavra *vagina* por *perereca*), assim como podem omitir totalmente o termo em questão, indicando a delicadeza desse momento interacional. Os momentos delicados em consultas podem ser detectados quando há mudanças na orientação da conversa dos participantes, que acontecem por meio de hesitações, atrasos na tomada de turno, evitação, risadas ou substituição de termos. Essas situações são conhecidas como “perturbações” e acontecem quando se trata de assuntos considerados tabus, podendo se tratar de temas delicados ou que geram constrangimentos e dúvidas (SILVERMAN; PERAKILA, 1990). Ainda segundo Ostermann e Rosa (2012) os médicos, com vistas a minimizar possíveis danos e/ou constrangimento às pacientes, podem colaborar com os pacientes verbalizando o termo problemático, ou coconstruindo o tópico que se revela delicado.

As palavras substitutas para a vagina apareceram em várias interações, usadas tanto pelas pacientes quanto pelas profissionais, que partilham corriqueiramente das mesmas denominações das usuárias, sendo que a palavra *perereca* foi a mais referida. Os três excertos que seguem referentes à M9, M6 e M12 mostram o uso da palavra *perereca* nas interações.

No excerto 13, a enfermeira utiliza o pronome possessivo “*nossa*” com o qual indica a condição feminina partilhada com a usuária de ambas possuírem uma mesma genitália, chamada informalmente de “*perereca*”. Nessa conversa a enfermeira formula uma explicação técnica de que é comum haver bactérias e fungos na genitália da mulher: “*nossa perereca sempre vai tá um pouco mais úmida (linha 2) (...) o que faz com que pode crescê bactérias ou fungos*” (linha 9). Frente ao silêncio da usuária (0.5) (linha 3); ela agrega uma explicação acerca das condições individuais e ambientais que podem fazer com que haja proliferação de fungos “*na perereca*”.

No excerto 14 também acontece uma explanação técnica da enfermeira associada aos efeitos da idade, pontuada de pausas: “*que depois que a gente (.) chega nos (0.5) quarenta a nossa perereca já fica mais seca*” (linhas 5 e 6). A enfermeira complementa a explicação com a oferta do gel “*que daí já ajuda*” (linhas 1 e 2), reforçando no fechamento da conversa, que a gente tem que usar um *gelzinho*” (linha 9). Não houve afiliação da usuária à preleção da enfermeira, que apenas respondeu com continuadores (ahã). A indicação do uso do gel foi uma prescrição bastante comum, associada tanto “*à perereca seca*”, quanto, mais sub-repticiamente, à ausência de prazer na relação sexual ou o “*sexo por obrigação*” de que falaremos mais tarde.

#### Excerto 13: M9, 40 anos, solteira, três filhos

- |   |     |  |
|---|-----|--|
| 1 | E2: | só que como nossos hormônios estão lá em cima a            |
| 2 |     | nossa perereca sempre vai tá um pouco mais úmida           |
| 3 |     | (0.5)  |
| 4 | E2: | tá:: (.) ã:: (.) com isso (0.5) às vezes a gente           |
| 5 |     | fica muito tempo sem poder tomá banho, por exemplo         |
| 6 |     | >a gente< f- trabalha o dia inteiro às vezes de calça dins |
| 7 | M9: | mm:  |
| 8 | E2: | aquilo fica um ambiente bem apertado bem ã úmido           |
| 9 |     | (0.8) ã:: faz com que pode crescê bactérias ou fungos      |

#### Excerto 14: M6, 47 anos, casada, dois filhos

- |   |     |   |
|---|-----|---|
| 1 | E2: | ahã daí tu pode ped- pegá a↑qui (.) o gel t- te dá            |
| 2 |     | que daí já (.) já ajuda                                       |
| 3 |     | (0.6)   |
| 4 | M6: | m:  |
| 5 | E2: | que depois que a gente (.) chega nos (0.5)                    |
| 6 |     | <qua:renta> nos enta (0.5) a nossa perereca já fica mais seca |
| 7 | M6: | [ahã]   |

8 E2: [e daí] a gente tem que usá um gelzinho

Excerto 15: M12, 53 anos, casada, dois filhos

1 E2: e depois que menstruou diminuiu um pouquinho os  
 2 corrimentos sente que ela tá mais seca a perereca?  
 3 (0.5)  
 4 M12: não >>agora depois<< não  
 5 (.)  
 6 E2: Não  
 7 M12: não >>ainda<< tá ↑tudo normal=  
 8 E2: =ainda tá tudo normal  
 9 M12: tudo normal não [tem]=  
 10 E2: [tá]  
 11 M12: =nada de perereca {{rindo} seca} nada

No excerto 15, a enfermeira pergunta “*sente que ela tá mais seca, a perereca?*” (linha 2) e duas vezes a resposta é negativa: “*não ainda tá tudo normal*” (linhas 4 e 7), com ênfase na palavra tudo. A enfermeira repete em confirmação “*ainda tá tudo normal*”. A palavra “*normal*” é usada corriqueiramente para explicar diagnósticos, problemas de saúde, comportamentos, embora nem sempre fique claro a que “normal” cada falante está se referindo quando utiliza a expressão (SEGER, 2007). No turno final há um riso da usuária, que parece decorrer da constatação de que “*a perereca [ainda] não está seca*” ou “*nada de perereca [riso] seca*”.

O riso assim como o humor, é situado, e depende do contexto e do compartilhamento entre os participantes do enquadre comunicacional. O riso numa interação funciona como estímulo para a construção de alianças entre os participantes e para a criação de laços de cumplicidade, variando de acordo com a cultura em que está inserido e podendo expressar sarcasmo e a ironia (CRAWFORD, 2003; COATES, 2007). Embora o riso produza um efeito de compartilhamento, neste caso não houve e a usuária riu sozinha ao afirmar que sua perereca não está seca.

O excerto 16 mostra que M16 aproveitou o momento da consulta de enfermagem para esclarecer dúvidas acerca de um sintoma clínico que a preocupava. Isso pode acontecer pela dificuldade de conseguir consulta específica com ginecologista na atenção básica, ou mesmo porque a coleta de CP não deixa de ser uma consulta ginecológica. Também pode acontecer pelo fato de que muitas

mulheres não são ouvidas nas consultas médicas, ou se ouvidas, não são levadas a sério (SACAVONE, 1991).

A usuária começa se assegurando, ela mesma, que “*tipo assim ai eu não posso eu não preciso ter vergonha, né*” (linhas 7 e 8), uma indicação que tocará em um tema delicado. O fato de se tratar de um tema delicado é reforçado pela dificuldade para elaborar a explanação, que vai sendo construída e permeada de hesitações, pausas, diminuição no tom de voz, e marcadores temporais para indicar um processo gradativo, com reparos e sinalizações: “*tipo assim, ó*”, ou: “*eu faz uns dois meses que ando notando algo diferente em mim*” (linhas 2 e 5). Frente à perturbação de M16 a enfermeira nos seus turnos de fala, usa continuadores ou fica em silêncio, não manifestando empatia, acolhimento ou equanimidade, no sentido de dar uma resposta ao pedido da usuária, formulado na conversa (linhas 4,6,12,14) E3 mantém esta postura (linhas 17, 19, 21, 23) mesmo quando M16 busca ajustar sua fala à da enfermeira (linha 15), ao se referir à posição anatômica de uma episiotomia, e perguntando/sugerindo se a enfermeira já havia feito, ou se possuía a experiência prévia de ter tido um bebê. Essa construção termina com a formulação do sinal/queixa, que gerou o constrangimento “*tipo, me saiu uma bolinha*” [no ladinho da perereca] (linha 24), ao que a enfermeira, assente que compreendeu: “*tá*”.

Excerto 16: M16, 36 anos, solteira, um filho

1	E3:	tudo [bem?]
2	M16:	[a:h] eu eu tô tipo assim ó (1.2) como é que
3		eu vou te dizê (.) eu faz:: (1.1)
4	E3:	°m:°
5	M16:	um: (.) uns dois mês que eu ando notando algo diferente em mim
6	E3:	mh↑m
7	M16:	tipo assim °ai° eu não posso- eu não >preciso<
8		ter vergonha né [hh]
9	E3:	[nã:o] capaz
10		(.)
11	M16:	tipo assim ó
12	E3:	Ã
13	M16:	aqui é a parereca da gente né=
14	E3:	=tá
15	M16:	daí <u>be::m</u> do ladinho não sei se tu já fez
16		(0.6)
17	E3:	°m°
18	M16:	hã: (1.8) é bem do ladinho do cor[te]=
19	E3:	[m:]
20	M16:	=que a gente tem [que]
21	E3:	[mhm]

22 M16: que ganhá nenê  
 23 E3: Mhm  
 24 M16: tipo me saiu uma bolinha  
 25 (.)  
 26 E3: Tá

Houve consultas em que as mulheres não verbalizaram a denominação da parte anatômica referente ao aparelho genital, nem com o uso de metáforas ou palavras de cunho popular, ficando apenas uma alusão ao sistema genital feminino, como no excerto 17, em que a usuária ao responder “*aonde?*”, na linha 3, demora um tempo e diz, possivelmente mostrando o lugar, “*assim n...*” e faz outra pausa (.) (linha 5). A enfermeira mudou de assunto e não complementou o termo solicitado, ignorando a perturbação da usuária manifesta pela hesitação em indicar o local anatômico onde havia uma possível alergia e passou para o outro tópico: “*tá, vamo ver se dá pra coletá*” (linha 7).

Excerto 17: M13, 52 anos, solteira, um filho

1 E2: a senhora tá com alguma alergia?  
 2 M13: tô com alergia  
 3 E2: Aonde  
 4 (0.5)  
 5 M13: assim na (.) mas a doutora disse que é do calor  
 6 (0.8)  
 7 E2: tá vamo vê se dá pra coletá

Excerto 18: M21, 33 anos, união estável, sem filhos

1 E3: e corrimento alguma coisa?  
 2 M21: [tem]=  
 3 E3: [isso aí?]  
 4 M21: = >>alguma coisa<< às vezes não é sempre mas  
 5 [às]=  
 6 E3: [é?]  
 7 M21: =vezes tem  
 8 E3: e tem cheiro?  
 9 (0.5)  
 10 M21: tem (.) chei[ro]  
 11 E3: [é]  
 12 M21: às vezes eu me incomodo com o cheiro [sabe]  
 13 E3: [mhm]  
 14 M21: e daí tipo assim: eu tenho: eu não sei eu  
 15 E3: [m]  
 16 M21: [ta]va achando até falei pra mãe >>que a gente

17		conversa com a mãe [né<<]
18	E3:	[sim] sim
19	M21:	que e:u tenho: infecção urinária eu acho por
20		causa que [eu]=
21	E3:	[m:]
22	M21:	=tenho uma coceira assim na- ali na: aonde que faz xixi
23	E3:	mhm=
24	M21:	=não ã-
25	E3:	Sim
26	M21:	mais [pra baixo]
27	E3:	[não na vagina]

No excerto 18, em relação à pergunta da enfermeira “*e tem cheiro?*” (linha 8), referindo-se ao corrimento, cuja resposta poderia ser apenas sim ou não, a usuária manifestou uma atribuição causal, que havia construído com a mãe, de um possível diagnóstico de infecção urinária. A explicação foi permeada de hesitações, falas coladas e no final, frente à perturbação da usuária em identificar o local onde havia coceira, “*=tenho uma coceira assim na- ali na: aonde que faz xixi*” (linha 22), houve auxílio da profissional na identificação da palavra, contribuindo na coconstrução do termo. M21, possivelmente mostrou o local, o que se percebe quando ela indica “*mais pra baixo*” (linha 26). Neste caso, a enfermeira não usa o termo infantil “perereca” e verbaliza: “*não na vagina*” (linha 27), nomeando apropriadamente o local anatómico.

#### Excerto 19: M17, 43 anos, casada, quatro filhos

1	E3:	a mamografia quando que tu fez a última vez e? (1.7)
2	M17:	°a:i°
3	E3:	[não lem↑bra]
4	M17:	[acho que ou]tra vez quando fiz o preventivo acho que foi que fiz=
5	E3:	=tá (1.5)
6	E3:	(°isso no biquinho isso é teu?°°)
7	M17:	no caso é as bolinha [que tem]
8	E3:	[m: é] (.)
9	E3:	tu já tinha essas- essas boli[nha]
10	M17:	[sim] já (0.9)
11	E3:	e aí o que que deu aquela vez (0.5)
12	M17:	pois eu não me lembro eu sei que eu [trouxe pro médico]
13	E3:	[ah não lembra} trouxe
14	M17:	eu tenho [em casa lá]
15	E3:	[deixa eu] olhá aqui e vê se o doutor colocou alguma coisa (7.9)
16	E3:	tu trouxe pra ele né
17	M17:	sim eu trouxe (1.1)
18	E3:	°vamo vê:° (0.9)
19	M17:	ah eu acho que eu já tava grávida que acho- um

20                   mês dois mês quando fiz o preventivo aquela vez  
21                   E3: m::::  
22                   M17: porque daí eu (.) fiz o exame daí apareceu e eu recém  
23                   recém tinha feito o preventivo  
24                   E3: mh↑m: (2.8) °aqui° (13.5) (profissional parece ler o exame)  
24                   e lá quando tu fez a mamografia eles não falaram nada tu não lembra  
25                   M17: não lembro (0.8) mas eu tenho em casa guardado  
26                   E3: mhm:  
27                   M17: (°eu guardo todos os exames°) (.)  
28                   E3: se tivesse dado alguma coisa teria te te falado  
29                   tam[bém]  
30                   M17: [é] ele tinha- marcado aí né °já° (5.6)  
31                   E3: m: não tem nada (1.5)  
32                   M17: uma:: (0.8) vizinha minha (da rua da pipa) uns dez anos atrás (0.6)  
33                   E3: m?  
34                   M17: ela fazia fazia e tinha umas bolinha que nem eu ti[nha]  
35                   E3: [m]  
36                   M17: não mar[cava]=  
37                   E3: [mhm:]  
38                   M17: =nada não marcava nada (0.7)  
39                   M17: pois agora marcou câncer (1.8)  
40                   E3: ↑é  
41                   M17: tiraram as bolinha  
42                   E3: mhm::  
43                   M17: ela tá fazendo quimioterapia=  
44                   E3: =esse é o pedido tá (.) o que tu se não der nada se tu quiser (0.9) por  
45                   por dúvidas fazê outro exame tem a ecografia da mama (.)  
46                   M17: [mhm]  
47                   E3: [que] dá quando tem dúvida o doutor pede também  
48                   M17: ah tá

O excerto 19 mostra que ao perguntar quando foi que fez a última mamografia, a usuária em vez de dizer uma data, que seria a resposta preferencial, responde baixinho com uma manifestação de dor (linha 2), ao que a enfermeira atribui o sentido de esquecimento. M17 realiza um account para explicar à enfermeira que a última mamografia foi realizada porque ela tinha umas “*bolinha no peito*”. A enfermeira vai fazendo perguntas para averiguar se havia alguma alteração na mamografia anterior, usando marcadores temporais, para ajudar na rememoração das datas: “*Lá, quando tu fez a mamografia eles não te falaram nada tu não lembra?*” (linha 24). Como a paciente não lembra, a enfermeira responde, orientando-a para um estado de tranquilidade, “*Mas se tivesse dado alguma coisa ele [o médico] teria te falado*” (linha 28). Ela vai formulando as questões e olhando no prontuário, para finalmente concluir: “*Não tem nada*” (ao ler a anotação) (linha



31). A paciente continua o assunto e fala do temor de que seja câncer, baseada em uma conhecida que tinha “*as bolinha*” e agora “*marcou*” câncer. A enfermeira responde com continuadores os turnos da conversa sobre o câncer da vizinha da usuária, explica o pedido de exame que está solicitando (linhas 44 e 45) e esclarece que ela pode pedir uma ecografia para tirar as dúvidas, remetendo-a para o “*Doutor*” e ressaltando o status epistêmico do mesmo e a capacidade deôntica de ambos (médico e enfermeira), pois quando ele tem dúvida também pede uma ecografia.

### 5.2.2 A Sexualidade na fala das mulheres enfermeiras e usuárias

Um conceito importante na análise de padrões interacionais generificados é o de categorias identitárias, conceito criado a partir de estudos da etnometodologia desenvolvidos por Oliver Sacks (LODER; YOUNG, 2009; SELL; OSTERMANN, 2009). Na observação das consultas, percebemos o uso de categorias identitárias ligadas a gênero nas falas das mulheres que fizeram parte da observação, enfermeiras e usuárias, que partilharam a mesma gramática generificada. Essa gramática permite que se coloquem nas respectivas categorias identitárias de “mulher, esposa, mãe” e nas díades complementares de enfermeiras e usuárias, descrevendo as características que julgam adequadas para cada situação, assim como os comportamentos esperados.

As características atribuídas ao feminino estiveram presentes tanto nas falas das profissionais quanto na das usuárias (M15, M6, M22). “*Fica tranquila, é tudo mulher aqui*” (Excerto 20, linha 13) ou “*toda a mulher é assim*” (excerto 22, linha 9) apareceram como generalizações de um feminino pouco valorizado em que umas não fazem [exame ginecológico] porque tem vergonha (excerto 21, linha 4) ou porque “*infelizmente isso é normal*” (excerto 22, linha 6). “*Mulher né, é um saco, a gente tem que passa por isso*” (excerto 23, linha1), indica a aceitação do inaceitável.

No excerto 20, linha 13, a enfermeira tenta tranquilizar a mulher usando a formulação de um feminino universal e coletivo: “*fica tranquila que é tudo mulher aqui*”, mas o que deveria servir ou ser suficiente para amenizar não procede frente a indicação da usuária trazendo a dimensão individual, de que nem sempre adianta saber que as mulheres são iguais, porque a gente (ou o “eu” individual) fica meio assim.

Excerto 20: M15, 19 anos, união estável, dois filhos

- 1 E3: aí assim b. tu vai pass- >>tu pode<< passá aqui  
 2 comigo (0.5) aqui atrás aí tu vai tirá a parte de baixo  
 4 (0.5)  
 5 E3: conforme eu fazê o exame eu vou te explicando mas é bem tranquilo  
 7 M15: Tá  
 8 E3: é bem (.) tranquilo  
 9 M15: é né *hhh*  
 10 (20.9)  
 11 E3: senta bem aqui na pontinha e tira a calcinha (0.7)  
 13 fica tranquila que é tudo mulher aqui (0.6) *hhh*  
 16 M15: ah mas a gente fica meio assim

Excerto 21: M6, 47 anos, casada, dois filhos

- 1 E2: tu consegue abrir bem a tuas pernas isso, fica bem relaxada  
 3 (1.6)  
 4 M6: tem umas mulher que não fazem de vergonha né  
 5 E2: é: mas eu sempre falo eu sempre brinco eu tenho perereca eu tenho  
 6 seio eu tenho (.) eu sou igual a vocês não tenho nada de mais

Excerto 22: M6, 47 anos, casada, dois filhos

- 1 M6: ficou menor que o outro  
 2 E2: é assim ó o:: é (0.6) infelizmente a estimulação a [gente] =  
 4 M6: [mhm]  
 5 E2: =perde assim os seios já ficam mais flácidos depois que a gente  
 6 amamenta (0.6) mas infelizmente isso (.) é normal  
 8 M6: [mhm]  
 9 E2: [toda] mulher é assim (.) tu não te preocupa

Excerto 23: M22, 34 anos, união estável, dois filhos

- 1 E3: mulher né (0.5) é um saco a gente tem que passá por isso  
 3 (0.7)  
 4 E3: pode ir pra trás  
 5 (1.6)  
 6 E3: se tu conseguir ir um pouquinho isso assim pra baixo tá bom  
 8 (.)  
 9 E3: tem que passá por isso não tem  
 10 (.)  
 11 M22: tem que fazê não adianta

Quando temas como os relacionados à sexualidade são referidos de forma vaga ou hesitante, pode ser que as pacientes estejam protegendo a face, expressão usada por Goffman (1955) para a imagem pública negociada e mutuamente garantida pelos participantes num evento comunicativo. Essa proteção significa usar subterfúgios para evitar julgamentos morais a comportamentos considerados

inadequados ou de risco. Uma das enfermeiras, ao abordar questões acerca da sexualidade, a conversa sempre era precedida de pedido de permissão: *“deixa eu te perguntar”*. A vida sexual pode ser escrutinada no consultório, mas é um domínio em que é preciso ter licença para mexer: *“deixa eu te perguntar”*.

Assim, no excerto 24, a resposta de que são ativos, sem que se saiba o que cada uma pode entender por “ativo” e de que está tudo ok, encerra a questão e a enfermeira aceita a resposta de “tudo ok”, sem questionamentos. Mesmo assim, o excerto pode ser considerado um exemplo de delicadeza e equidade, desde o pedido da enfermeira para abordar um tema delicado ou falar sobre a sexualidade, assim como a pausa longa (0.9), indicando que a usuária assim o percebeu.

Excerto 24: M1, 37 anos, união estável, um filho

1	E1:	deixa eu te perguntá uma coisa (.) como é que tá a tua relação
2		sexual assim com teu esposo (0.9)
4	M1:	bem (.)
5	M1:	[mhm]
6	E1:	[vocês] são ativos,=
7	M1:	=sim sim [mhm]
8	E1:	[tá] tudo ok=
9	M1:	=tá tudo ok

O turno de fala *“Deixa eu te perguntá uma coisa”* opera como um “preâmbulo” para a produção de uma pergunta, nesse caso, um pedido de informação. O fato da pergunta ter sido produzida dessa forma sinaliza que a participante que a produziu se orientou para a questão como sendo delicada. Os estudos mostram que respostas preferidas são produzidas sem atraso (fala colada ou pequena sobreposição de fala). Pausas entre perguntas e respostas sempre indicam sinal de problema com a pergunta. Nesse caso, especificamente, a orientação para a pergunta como envolvendo tópico delicado é evidente, tanto por parte da enfermeira, como da paciente, que respondeu após uma pausa longa. É interessante notar que a primeira pergunta da enfermeira é feita em formato aparentemente aberto: *“Como é que tá tua relação sexual assim com teu esposo?”* (linhas 1 e 2), mas na prática, as respostas normativamente esperadas são “bem ou mal”, diferente de *“me fala sobre tua vida sexual”*, cuja resposta esperada é abrangente.

A categoria “mãe” faz parte da categoria de pertença “mulher”. A ênfase no papel feminino ligado à maternidade está presente no excerto 25 referida na hora de se colocar na mesa para a realização do exame, na posição ginecológica clássica, “a senhora lembra a posição de ganha nenê?”, (linhas 9 e 10). A posição que não dá para ser esquecida porque remonta ao sofrimento e dor do parto, reafirmada por ambas: “essa aí não dá pra esquecer”, e repetida no final: “não dá pra esquecer” (linhas 14 e 15).

Excerto 25: M10, 62 anos, separada, nove filhos e um aborto espontâneo

1	E2:	pode vi:m >aqui< dona l.
2		(.)
3	E2:	já tô lhe esperando
4	M10:	Mhm (0.5) aberto pra trás né
5		(.)
6	E2:	aberto na frente eu tenho que olhá as teta
7	M10:	ah tá
8		(22.8)
9	E2:	i:sso (.) vamo subi a↑qui (.) a senhora ↑lembra a posição do-de
10		a posição do- de ganhá nenê?
11	M10:	(sim)
12	E2:	é a mesma né
13	M10:	Ahã
14	E2:	essa aí não dá pra esquecer [né]
15	M10:	[não] dá pra esquecer

A repetição, na perspectiva da AC (SOUZA, 2009), serve como a confirmação de entendimento entre os falantes, indicando que eles chegaram à compreensão mútua. Também pode significar a participação do ouvinte, ou uma maneira de mostrar que ele ouviu a afirmação anterior, compartilha a asserção e concorda com ela, alinhando-se ao que foi dito. A repetição também pode ser realizada para checar o entendimento do interlocutor, como no excerto 24: “tudo ok?”, “tá tudo ok” (linha 8 e 9), havendo uma repetição, mudando apenas a entonação, indicando que houve entendimento e concordância.

Nas conversas sobre sexo, foi usual perguntarem sobre o ressecamento de mucosas, principalmente para mulheres que estavam na menopausa e se precisavam de lubrificação. As enfermeiras oferecem gel lubrificante, com um propósito medicalizador, como se houvesse necessidade de hidratação exógena para evitar o ressecamento vaginal, que acontece quando as mulheres referem dor, por exemplo. A dor pode ocorrer quando não há desejo sexual por parte da mulher,

quando ela está preocupada ou muito cansada, ou mesmo por questões biológicas, menopausa, envelhecimento ou alguma patologia.

Excerto 26: M23, 30 anos, união estável, sem filhos

1 E3: sentiu muita dor? (1.7)  
 3 M23: é mhm (.)  
 4 E3: >>por que será que<< tá tão ressecado sempre foi  
 4 as↑sim (.)  
 6 M23: tá- na relação eu também tenho dor (2.6)  
 7 E3: tem que comprá um gelzinho (.) nas farmácia tem os gelzinho  
 8 lubrificante vaginal pede (0.5) é ↑bem barato (.) que ajuda sabe  
 9 M23: Mhm (.)  
 10 E3: porque tá bem ressecado na parede da vagina ali  
 11 bem ressecadinho (3.1) pode te vestir

No excerto 26, M23 frente à pergunta se sentiu muita dor no exame ginecológico, aproveitou a deixa para dizer “que na relação ela também tem dor” (linha 6). A enfermeira poderia perguntar o porquê da dor e ouvir respostas que poderiam ser desde o cansaço, a presença de corrimento, sexo sem vontade, até a presença de violência na vida do casal. Porém ela não pergunta e oferece o gel – gratuito ou comprado na farmácia “onde é bem barato” (linha 8), com ênfase no qualificativo “bem”. A oferta de gel apareceu em muitas interações e atende aos propósitos de medicalização de situações sociais. Deste modo, a dor na relação sexual nem sempre gerou a investigação que deveria ser realizada, e a ação frente ao problema se restringiu à oferta de gel lubrificante (linhas 07 e 08).

Enfermeira e usuária, no excerto 27, compartilharam a ideia de que “o homem está sempre pronto para o sexo e que para ele é mais fácil”. A colocação foi feita por E1.

Excerto 27: M1, 37 anos, união estável, um filho

1 E1: tá e deixa eu te perguntá uma coisa tu tem  
 2 vontade de ter relação  
 3 (0.6)  
 4 E1: >>porque<< tem muito essa questão assim a  
 5 lubrifica[ção]  
 6 M1: [não] eu sei [eu sei]  
 7 E1: [tu tem] a vontade  
 8 (.)  
 9 M1: eu tenho  
 10 E1: Tem  
 11 M1: Ahã

12 (.)

13 M1: às vezes eu [não]=

14 E1: [tá]

15 M1: =tô com muita vontade daí eu viro de ladinho

16 e a gente faz de ladinho mas é mas sempre é

17 lubrificado

18 (.)

19 M1: Sempre

20 (1.0)

21 E1: °tá°

22 M1: (eu fico mole sabe)

23 (1.0)

24 E1: porque um pouco é da s-

25 M1: é nã- não é que eu não esteja com vontade de (.)

26 de ter (.) eu não tô com vontade de chegá aos

27 finalmente (.) entendeu

28 E1: Sim

29 M1: e daí [se eu tô]

30 E1: [sim]

31 M1: preocupada com alguma coisa eu [sei]=

32 E1: [tá]

33 M1: =que [não vou funcioná]

34 E1: [e aí tu tem que achá] uma forma de tu:

35 relaxá

36 (0.6)

37 E1: é di↑fícil porque às vezes tá com a cabeça

38 [cheia de coisa né]

39 M1: [é é (apavorada)]

40 (0.6)

41 E1: pro homem geralmente é mais fácil eles com[seguem

42 lidá com esses xxxxxx assim]

43 M1: [pois é

44 eu acho engraçado porque] ele trabalha o dia

45 inteiro corrido no pesado e tudo

46 E1: Sim

47 M1: mas ele (.) sempre ↑que:r

48 E1: sim tudo tem que ser prazeroza pra ti e pra ele

49 °assim° pros dois

50 (1.0)

51 M1: tá mas o prazer mas o- mas o a- a parte do

52 [prazer eu vou quer dizê que eu]=

53 E1: [de repente porque tu faz xxxxxxx]

54 M1: =vou ter que chegá no fi↑nal

55 (0.8)

56 E1: ↑não ↑não se ele- pra ele é tranquilo vocês tem

57 que ter um diálogo [vocês dois]=

58 M1: [sim]

59 E1: =entende

60 M1: °sim°

61 E1: mas assim essa questão da dor >de repente< um

62 pouco o medo de sentir dor

A interação 27 inicia com a pergunta da enfermeira com um pedido de informação: *"tu tem vontade de ter relação?"* (linha 1) que pode ter como resposta sim ou não. A ausência de fala em resposta por parte de M1 mobiliza E1 para prover um account atrelando a informação sobre o desejo sexual com a lubrificação da vagina, relação desejo/lubrificação/ardência/dor, sobre a qual M1 se mostra conhecedora. M1 afirma sentir vontade, mas sua hesitação em responder parece deixar transparecer/justificar que ela recua e admite não sentir vontade "às vezes". M1 explica que *"virar de ladinho quando está sem vontade"* e "ficar mole" são estratégias que usa, demonstrando que ela não problematiza a questão, mas toma como algo natural. Essa atitude pode ser entendida via naturalização do "papel da mulher". A enfermeira problematiza a informação recebida, havendo micropausas e pausa nessa sequência nos turnos. Além disso, quando ela registra o recebimento da informação oferecida por M1, ela o faz em volume mais baixo (marcação do *tá* na linha 21). Apesar de E1 demonstrar certa despreferência interacional a partir da informação contida no turno do *"virar de ladinho"*, mais adiante ela corrobora a naturalização da mulher com obrigações matrimoniais, *"mas ele sempre quer"* (linha 47).

A enfermeira topicaliza o ato sexual como algo que deve ser fonte de prazer para ambos, o que é problematizado por M1 *"tá, mas o prazer, a parte do prazer, eu vou quer dizer que eu vou ter que chegar lá no final"* (linhas 51, 52 e 54), tomando a asserção de E1 como uma "cobrança", já que a prosódia mostra a produção da palavra final em tom ascendente. M1, escolhendo as palavras e o modo de dizê-las, questiona a obrigatoriedade do orgasmo feminino: *"a parte do prazer tem que chegar ao final?"* (linhas 51 a 54), mesmo quando está com a cabeça em outro lugar *"e daí se eu tô preocupada com alguma coisa eu sei que não vai funcionar"* (linhas 29 a 33) ela sabe e afirma que não vai alcançar este prazer. A enfermeira parece ter apenas frases feitas para estas questões: *"á tu tem que achar uma forma de tu relaxar"* (linhas 34 e 35) ou ainda reforçar: *"pro homem geralmente é mais fácil"* (linha 41).

Ainda, a enfermeira não consegue indicar o como fazer, implícita na sugestão: *"se para homem é tranquilo, vocês tem que ter um diálogo vocês dois"* (linhas 56 e 57), ou como isso se produziria, na medida em que há uma naturalização da sexualidade masculina e uma posição de aceitação por parte da

mulher ou independentemente de como o sexo é para a mulher, pode-se considerar que está tudo bem para o marido.

Em relação à atribuição causal expressa pela enfermeira para a dor na relação, a asserção de que “*mas assim essa questão da dor >de repente< um pouco o medo de sentir dor*” (linhas 61 e 62) configura o problema no âmbito do individual e do emocional, deixando a resolução com a mulher, já que seria ela (de repente, pronunciado em tom mais baixo) que tem medo de sentir dor. Nesse sentido, E1 desconsidera os determinantes sociais do problema ou “*se eu tô preocupada com alguma coisa*”, (recursos financeiros, trabalho, etc.) como possíveis empecilhos para a expressão da libido.

Essa desconsideração dos problemas de ordem social, econômica ou interpessoal na atribuição da dor na relação sexual aos sentimentos da mulher, leva a responsabilizar a mulher pela sua satisfação sexual, ignorando a complexidade da questão. De qualquer maneira não se pode deixar de enfatizar a importância da pergunta que iniciou a conversa, poucas vezes formulada nos serviços de saúde ou “*tu tem vontade de ter relação?*”.

Em várias consultas as mulheres falaram no sexo acompanhado de dor ou desconforto, disseram que não sentem prazer ao fazer sexo porque estão com “*a cabeça em outro lugar, cheias de preocupação*”, que há “*dias que é desconfortável*”, “*às vezes insuportável*”. Profissionais e usuárias compartilham ideias de que a sexualidade dos homens é irreprimível.

Excerto 28: M5, 37 anos, casada, três filhos

1	E1:	tu me falou dos sintomas que tu tá e que tu tem- tu tem dor né
3	M5:	[tenho]
4	E1:	[dor] durante a relação
5	M5:	é não é sempre eu não sei como é que é isso assim
6		é parece que tem dias que é uma coisa que (.)
7		tudo bem (0.5) mas tem dia assim que parece que n:
8		é uma coisa desconfortável assim não não::
9		(6.8)
10	E1:	é durante e depois ou só duran[te]
11	M5:	[sim] e aí depois eu não sei porque o doutor falou
12		que eu tinha a minha bexiga caída
14		(0.7)
15	E1:	Mhm
16		(.)
17	M5:	depois não depois fica nor↑mal
18		(2.1)



19 E1: mas mesmo [com dor tu tem: relação]=  
20 M5: [só tem xxxxxxx (pra mim)]  
21 E1: =sexu↑al  
22 M5: às vezes é não é sempre mas [sim]=  
23 E1: [tá]  
24 M5: =porque não é toda vez mas eu tenho um  
25 desconforto assim que não  
26 E1: e tu te sente lubrificada assim pra ter relação  
27 (0.6)  
28 E1: tu tem lubrificação?  
29 (.)  
30 M5: como [assim]  
31 E1: [assim] digamos: (0.5) °como é que eu posso  
32 te explicá° vontade no caso de ter relação  
33 M5: não (.) é às vezes (.) não é sempre (.) parece  
34 como eu te disse tem dias parece que eu tô (0.8)  
35 mas não é:: sabe [uma coisa]=  
36 E1: [mhm:]  
37 M5: =assim sempre  
38 (.)  
39 E1: Mhm  
40 M5: é não até eu tinha pensado isso aí por causa que  
41 E1: [mhm]  
42 M5: [ >>não<<] sabia se era normal ou não assim  
43 (.)  
44 E1: mhm:  
45 (0.5)  
46 M5: >>porque<< às vezes a gente acaba fazendo por  
47 a:: obrigação mas=  
48 E1: =sim  
49 M5: m:  
50 E1: porque o homem eles estão pron[tos]=  
51 M5: [é]  
52 E1: =a qualquer momento

No excerto 28, como já identificado no acolhimento das mulheres, as perguntas seguem uma ordem e um script, correspondendo a uma sequência em que a enfermeira faz a pergunta e a usuária responde. Esta etapa corresponde à identificação de sinais, sintomas ou algum problema específico que esteja ocorrendo com a usuária e podem ser consideradas perguntas de afunilamento (SOUZA; OSTERMANN; BORGES, 2015). A pergunta ou pedido de informação da linha 4, “tu tem dor na relação?” pede uma resposta do tipo sim ou não, contudo, M5 produz uma resposta justificativa alongada. A dor, o desconforto, a falta de libido são relatadas em uma construção mitigada (com muita carga interacional). Além disso, há atribuição a uma causa físico-anatômica, assim, o motivo da dor e "a sua culpa"

são deslocados da relação sexual em si e para mais distante de algo que possa ser atribuído ao companheiro. M5 traz a voz de autoridade (doutor) para fazer a atribuição causal, ou seja, pode ser a “bexiga caída” e justifica ainda que depois da relação, não há dor, “fica normal” (linha 17).

As atribuições consistem na exposição por parte de uma paciente (ou usuária) de uma hipótese causal acerca de um problema, sintoma ou doença. Os pacientes ao fazerem suas atribuições procuram não perturbar os médicos, evitando interrompê-los, ofertando mais informação do que foi solicitada, não pressionando e nem fazendo perguntas diretas, procedendo como se quisessem dar ‘pistas’ aos médicos. Estes, geralmente tendem a demorar em dar uma resposta, podendo interrompê-los, fazer reparos ao que foi dito, ou ainda, aceitar e validar as percepções acerca do problema (OSTERMANN; SOUZA, 2012).

A usuária M5 justifica o fato de ter relação mesmo com dor porque não é sempre que sente desconforto. A pausa depois do pedido de informação sobre sentir-se lubrificada (linhas 26 e 28) é interacionalmente significativa, tanto que E1 refaz o pedido de informação. Esse pedido de informação causa problema interacional, já que a mulher solicita mais detalhes, perguntando: “*como assim*” (linha 30), ao que a enfermeira repara, baixando o tom de voz, indicando a dificuldade de tratar o tema delicado: “*assim digamos, faz uma pausa e segue, como é que eu posso te explica*” (linhas 31 e 32). Não ter lubrificação/vontade é novamente tratado como problemático por M5, que precisa realizar todo um trabalho interacional (linhas 33 -35) com recomeços, micropausas e pausa intraturno, hesitação. Ambas M5 e E1 tratam a ausência de libido como uma questão unilateral - o que vem à tona explicitamente no turno da enfermeira “*os homens estão prontos para o sexo*” (linha 50-52) em coconstrução com a fala de M5 (Linhas 46 e 47) “*às vezes a gente faz sexo por obrigação*” que recebe a concordância de E1 (linha 48).

Excerto 29: M9, 40 anos, solteira, três filhos

- |   |     |  |
|---|-----|--|
| 1 | M9: | então eu não sei mais o que que é viver sem dor  |
| 2 |     | tipo até de ↑noite quando eu viro na cama e vou  |
| 3 |     | virá de um lado pro outro >parece< que rasga por |
| 4 |     | dentro [assim sabe]                              |
| 5 | E2: | [dói]  |
| 6 | M9: | Mhm  |
| 7 |     | (0.8)  |
| 8 | M9: | e a relação também não tem como eu acho que deve |

9                                   ter ficado tudo né  
 10    E2:                           mas é m:uito desconforto ou é um desconforto  
 11                                   tolerável assim  
 12                                   (1.0)  
 13    E2:                           na relação sexual  
 14                                   (1.5)  
 15    M9:                           tem dias que não dá né que é insuportável e tem  
 16                                   outros que é menos tem dias que não dói (.)  
 17                                   entendeu é uma coisa as[sim]  
 18    E2:   [é]

No excerto 29 e na interação entre E2 e M9, a dor genérica relatada pela mulher (linhas 1 a 4), que acontece de noite na cama, a dor que rasga por dentro, segue no segundo turno fazendo menção à relação, como que um indício de relação sexual: “*e a relação também não tem como eu acho que deve ter ficado tudo né*”. A enfermeira realiza então um trabalho de afunilamento, entremeado de pausas: “*Mas é muito desconforto ou é um desconforto tolerável*” e após a pausa, indica o cenário onde ocorre o desconforto: “*na relação sexual*”, acentuando a sílaba final. A usuária após uma pausa maior (1.5), afirma que “*tem dias que é insuportável [fazer sexo]*”.

No espaço protegido do exame citopatológico, mulheres reafirmam dor e desconforto na relação sexual e falta de libido. Por outro lado, quando as enfermeiras dizem que as mulheres “*têm direito a ter prazer sexual*” e introduzem a possibilidade de que haja protagonismo das mulheres na relação sexual.

### 5.2.3 Anticoncepção e vida reprodutiva

A responsabilidade feminina pela anticoncepção é um tema que tem sido discutido, incluindo estudos que mostram a queda da fecundidade da população brasileira, por meio da esterilização de mulheres na década de noventa. A disponibilização em massa de anticonceptivos hormonais, sem o devido acompanhamento médico, acarretando um percentual elevado de efeitos adversos fez com que muitas optassem pela laqueadura tubária e houvesse um impacto no perfil demográfico da população, com acentuado declínio na fecundidade das mulheres brasileiras (GIFFIN, 2002). Mesmo que os movimentos de mulheres tenham obtido algumas conquistas, a responsabilidade pela anticoncepção continua sendo uma atribuição delegada para as mulheres (TRAVASSOS, 2015).

Excerto 30: M22, 34 anos, união estável, dois filhos

- 1 M22: daí ele (o médico) disse não tu tem que tomá injeção  
 2 E3: [mhm]  
 3 M22: [daí] todo mundo fala que a injeção ah porque é  
 4 perigoso porque não menstrua porque pode dá câncer  
 5 [no útero porque não sei que]  
 6 E3: [não (.) não]  
 7 M22: eu disse não eu já fiz os outros exames nunca deu  
 8 ↑na[da tudo]=  
 9 E3: [ahã]  
 10 M22: =tranquilo né  
 11 E3: Mhm  
 12 M22: mas então isso não é um m-  
 13 E3: não nada a ver ↑é (.) na verda[de]  
 14 M22: [é] um mito das  
 15 [pessoas]  
 16 E3: [é um mito] das pessoas né  
 17 (0.7)  
 18 E3: ela é bem se↑gura  
 19 (0.8)  
 20 E3: e é e é- e é bem assim é >quando< tem muita gente  
 21 que tem reação do da pílula via oral mesmo de  
 22 tomá a pílula então a única saída s- ↑é a injeção  
 23 M22: Sim

Neste estudo, a anticoncepção foi um tema abordado em muitas consultas, mesmo pelas mulheres que já haviam entrado na menopausa ou realizado procedimento de esterilização, mas que ainda assim se preocupavam com a vida sexual e reprodutiva de suas filhas jovens. Houve queixas de mal-estar e efeitos colaterais dos anticoncepcionais, principalmente os injetáveis, e algumas manifestaram a ideia e o temor de que eles tenham efeitos cancerígenos, como M22 no excerto 30, “*daí todo mundo fala que a injeção ah porque é perigoso porque não menstrua porque pode dar câncer no útero*” (linhas 4 a 6). A enfermeira nega várias vezes e usando o status epistêmico que lhe confere, afirma que [a injeção ou o anticoncepcional injetável] é um procedimento seguro, embora no final constate acentuando o tom de voz, que para quem não pode tomar anticoncepcionais orais “*a única saída é a injeção*”.

A pílula anticoncepcional continua sendo no Brasil o método mais utilizado pelas mulheres e, geralmente, o primeiro a ser experimentado. Muitas tentativas de fazer a anticoncepção correta se traduzem em mudar de anticoncepcional, frente aos efeitos indesejáveis da pílula, pouca confiabilidade nos parceiros para métodos

que requerem sua participação, custo elevado e baixa oferta de anticoncepcionais nos serviços públicos, além de restrições devido à idade e desconhecimento ou falta de acesso a outras alternativas (CÍTELI; SOUZA; PORTELLA, 1998).

Excerto 31: M24, 27 anos, união estável, um filho

- 1 E3: qual é o comprimido >>que tu<< tá usando?  
 2 M24: o leve  
 3 E3: e por que tu tá usando ele que por que que ela  
 4 (0.8)  
 5 M24: ela me deu primeiro o diane trinta e cinco=  
 6 E3: =mhm  
 7 M24: depois eu tava usando o ciclo vinte e um  
 8 E3: Mhm  
 9 M24: daí ela mudou pra esse  
 10 E3: [m:]  
 11 M24: [o:] le- é aquele o diane  
 12 E3: [o diane]  
 13 M24: [e depois] do diane ela m- trocou po:r  
 14 E3: Mhm  
 15 M24: elanir e agora ela me ela me deu [esse]  
 16 E3: [mas] por que  
 17 ela te disse por que °assim°  
 18 M24: ah o dia- aqueele: o elanir (ciclo) porque me  
 19 apareceu um s- a >>como um<< um quisto né que  
 20 [fala]  
 21 E3: [m:]  
 22 M24: no: no ovário né  
 23 E3: Tá  
 24 M24: daí ela disse que era pra mim tomá aquele pra  
 25 desmanchá mas não (.) des- [vinha a menstruação]  
 26 E3: [não desmanchou]  
 27 M24: não vinha menstruação  
 28 E3: m:  
 29 M24: daí eu acabei indo no hospital daí me deram  
 30 uma injeção, (.) pra mim descê porque eu não  
 31 tava grávida fiz o exame [fiz tudo e não tinha  
 32 nada]  
 33 E3: [sim sim sim]  
 34 M24: daí o médico falou não eu vou lhe dá uma injeção  
 35 e se tu não tiver grávida mesmo (.) em dois dias  
 36 desce tua menstruação e como aconteceu não me  
 37 deu cólica não me deu nada daí a- daí eu fui de  
 38 novo xxxxxxxx daí ela me mandou pra esse  
 39 E3: Mhm  
 40 M24: Daí  
 41 (.)  
 42 M24: daí ela disse agora vamos ver tu vai fazê um  
 43 preventivo fazê um outro exa[me]  
 44 E3: [mhm]

45 M24: e daí vamos ver como vai ser agora  
46 E3: e esse tá te dando ânsia de vômito [assim]  
47 M24: [ahã] todo  
48 eles me dá  
49 (0.7)  
50 M24: todo eles  
51 (.)  
52 E3: então tu nem pode tomá anticoncepcional  
53 M24: é eu queria fazê ligamento quando eu ganhei a  
54 Última  
55 (.)  
56 E3: melhor era ele fazê o teu marido  
57 M24: é eu queria fazê quando eu ganhei a última ele  
58 não deixou eu fazê  
59 (.)  
60 M24: e aí ele ficou [com medo]  
61 E3: [é que pra] ti (.) a laqueadura  
62 na mulher é bem mais compli[cada que no homem]  
63 M24: [°mhm° sim]  
64 (0.6)  
65 M24: [sim]  
66 E3: [nem] que tu pague pra fazê a: (0.5) né (.) a  
67 vasectomia porque ela é bem mais ↑fácil é um  
68 procedimento que ele faz no mesmo dia ele sai  
69 em↑bora vai em↑[bora]  
70 M24: [sim] eu sei eu sei

A partir da pergunta inicial sobre qual o anticoncepcional que a usuária estava usando, no excerto 31, a enfermeira, como de praxe, faz uma série de perguntas delimitadoras de assunto ou perguntas de afunilamento (SOUZA, 2009; SOUZA; OSTERMANN; BORGES, 2015). À pergunta de porque a médica receitou um determinado anticoncepcional (linha 1), a usuária inicia um relato sobre os vários anticoncepcionais que lhe foram receitados, a situação de pressão alta, a supressão da menstruação, a suspeita médica de que poderia estar grávida, o cisto no ovário e a indicação de fazer o exame preventivo para averiguar como está a situação atual (linhas 1 a 43). A enfermeira apenas emite continuadores ou repetições (linhas 6, 8, 10, 14, 21,28, 39, 44), mostrando que está acompanhando o relato. E3 questiona então um dos efeitos adversos dos anticoncepcionais: “e esse tá dando ânsia de vômito?”, referindo-se ao anticonceptivo em uso no momento da consulta e a usuária confirma em fala colada com a enfermeira: “*aham todo eles me dá*” (linhas 47, 48 e 50). Diante da resposta de que todos causam mal-estar, a enfermeira, faz uma afirmação que na hierarquia médico-enfermeira não lhe caberia fazer: “*Então, tu nem pode tomar anticoncepcional*” (linha 52). Em resposta, M24

realiza um account, explicando que queria ter feito ligadura tubária no último parto, mas que o marido não deixou fazer. Após uma pausa, M24 justifica a atitude do marido: “*aí, ele ficou com medo*” (linha 60). Aqui o marido decide unilateralmente sobre a vida reprodutiva da mulher, mesmo quando há risco de vida, restrição ao uso de anticoncepcionais ou dificuldades econômicas para mais uma gestação.

A indicação da vasectomia que já havia aparecido na indicação da enfermeira: “*que coisa (.) melhor era ele fazer o teu marido*” [a vasectomia] (linha 56) é reforçada no final: “*nem que tu pague pra fazê (0,5) né (.) a vasectomia porque ela é bem mais fácil*” (linhas 66 a 69). Mesmo explicitando a eficiência do procedimento, a indicação é entremeada de pausas, algumas longas, indicando a delicadeza do tema da esterilização masculina em uma sociedade machista onde os homens não deixam as mulheres fazerem nem mesmo a ligadura tubária, como já relatado por autores (CÍTELI; SOUZA; PORTELLA, 1998), quanto mais realizarem a esterilização eles mesmos ou compartilharem a responsabilidade quanto à anticoncepção.

A menopausa é uma etapa do ciclo vital feminino pouco visibilizada. Historicamente, a ciência médica preocupou-se em relacionar as etapas do ciclo reprodutivo feminino (menarca, menstruação, gravidez, parto e mesmo a menopausa) com “perturbações” físicas e mentais ou mesmo com atividades religiosas ou interdições sócias, como a proibição de ter relações sexuais na menstruação, considerada impureza ou sujeira. Do diagnóstico de “histeria” prevalente no século XIX às depressões do contemporâneo há uma tendência da medicina de patologizar o corpo feminino. A menopausa, porém só começou a despertar o interesse da medicina, no início do século XX, atestando, o quanto a valorização da mulher se dá quase que exclusivamente pelo seu potencial reprodutivo (ROHDEN, 2001).

Excerto 32: M7, 54 anos, casada, sem filhos

- |    |     |                                   |
|----|-----|-----------------------------------|
| 1  | M7: | tô tomando remédio pra menopausa, |
| 2  | E2: | é tá tomando?                     |
| 3  | M7: | [tô]                              |
| 4  | E2: | [qual] que a senhora [tá tomando] |
| 5  | M7: | [é: tibiloma] tibilona            |
| 6  |     | (.)                               |
| 7  | E2: | co↑mo                             |
| 8  | M7: | tib- tibilona                     |
| 9  |     | (.)                               |
| 10 | E2: | °tibilona° e tá ajudan↑do         |

11 (.)  
 12 M7: tá esse tá ajudando bastante  
 13 (0.9)  
 14 M7: eu tinha muita dor de cabeça quando e: (.) eu  
 15 entrei na menopausa  
 16 E2: é::  
 17 M7: e os calorões então assim  
 18 (0.5)  
 19 E2: é:  
 20 M7: é que agora com o tempo foi passando a idade já passou um pouco  
 21 E2: já passou e a [senhora ainda-]  
 22 M7: [°não°] (.) ainda tem um pouco  
 23 [mas]=  
 24 E2: [é]  
 25 M7: =tô tomando ainda

No excerto 32, a conversa começa com a usuária M7 dizendo que está tomando remédio para a menopausa, à enfermeira pergunta quais os medicamentos, naturalizando a medicação nesta etapa do ciclo vital. A paciente refere à Tibolona, uma suplementação hormonal para “devolver a libido” às mulheres, mostrando que a medicalização do corpo feminino segue presente mesmo após o término da vida reprodutiva. M7 mesmo afirmou que os sintomas da menopausa foram desaparecendo com a idade (linha 20), ainda segue usando o medicamento “mas tô tomado ainda” (linhas 23 a 25).

Excerto 33: M11, 65 anos, casada, dois filhos

1 E2: e:: depois do tratamento teve alguma vez relação  
 2 [sexual]  
 3 M11: [não não]  
 4 E2: não te[ve]  
 5 M11: [não] [hhh]  
 6 [tá]  
 7 (.)  
 8 E2: ficou com medo?  
 9 M11: fiquei com medo [vamo se cuidá]  
 10 E2: [tá tá] nã:o °então tá° não tem  
 11 problema não  
 12 (.)  
 13 M11: depois dessa idade vai acalmando tudo [hahahah]  
 14 E2: [hhhhhh]  
 15 M11: chega o tempo de vocês=  
 16 E2: =chega né  
 17 M11: tanto do homem quanto da mu[lher]  
 18 E2: [é é] vai sossegando  
 19 vai virando mari-



20	M11:	vai sosse↑gando
21	E2:	vai virando amigo de novo
22	M11:	só amizade só companheirismo
23	E2:	i:sso [né]
24	M11:	[com]panheirismo

Na conversa com M11, excerto 33, a enfermeira pergunta se depois do tratamento para infecção vaginal ela teve relação, a usuária apressa-se a negar, em fala colada à da enfermeira “*não, não*” (linha 3), a qual repete a frase “*não teve relação*”, como se certificando disso (linha 4). Outra vez, M11 nega ter tido relação, suspirando. Ocorre uma pausa e a enfermeira ainda insiste: *ficou com medo* (linha 8) e M11 repete que sim “*fiquei com medo vamo se cuidá*” (linha 9). A enfermeira a libera da obrigação feminina de fazer sexo: “*então tá, diz baixinho, “não tem problema não*” (linhas 10 e 11), parecendo permitir que a mulher se furte a ter relações nesta idade e circunstâncias. A usuária, rindo e suspirando, afirma que: “*depois dessa idade vai acalmando*” (linha 13). Assim, apenas na menopausa tem permissão para que o sexo “*vá se acalmando e marido e mulher vão virando amigo de novo*”.

Enfim, a categoria identitária “mulher” compartilhada nestas interações diz de uma pessoa que precisa se esforçar para ter desejo sexual, que se preocupa com a anticoncepção sua e das filhas, e finalmente, que sente alívio por não precisar mais fazer sexo quando entra na menopausa.

#### 5.2.4 Conversas invisíveis, assuntos falados, mas não ouvidos: violências e medos

Uma das hipóteses aventadas ao iniciar este trabalho era de que a consulta de enfermagem constitui um espaço protegido onde os relatos de violências sexuais e mesmo conjugais poderiam aparecer, na medida em que as mulheres se sentissem à vontade para narrar estas situações (JOB, 2004). Embora a frequência destes relatos tenha sido pequena e um estudo qualitativo não tem por objetivo averiguar a incidência de um evento, a violência esteve presente em algumas conversas de forma clara, mas também havia alusões a algum fato que poderia ser mais esclarecido ou investigado, e que poderia ser uma indicação de que estava havendo violência ou algo que estive afetando o bem-estar da mulher e nestas situações, as enfermeiras pela exiguidade de tempo da consulta, pelo fato da

consulta ter por objetivo a coleta do exame ou por não se dar conta de que estava havendo um “pedido de ajuda”, não exploraram a situação ou aprofundaram a conversa.

Excerto 34: M10, 62 anos, separada, nove filhos e um aborto espontâneo

- 1 M10: só tem nove né *hh*  
 2 E2: é:  
 3 M10: e daí (.) depois del- depois que eu ganhei ela  
 4 fiz cesária né que eu quase morri (.) quase morri  
 5 E2: por que?  
 6 M10: porque assim ó eu fiquei doente a: gravidez inteira  
 7 (.) eu sofria muito com o meu (.) ex-marido  
 8 E2: Sim  
 9 M10: sofria muito com ele  
 10 E2: °ahã°=  
 11 M10: =ele era muito mau né  
 12 E2: ahã::  
 13 M10: daí a gravidez inteira eu fiquei  
 14 E2: Ruim  
 15 M10: Ruim

No excerto 34, M10 começa afirmando que “depois que teve ela, quase morri”, mas para responde a pergunta da enfermeira, cuja temporalidade estaria em falar sobre o parto, ela retorna à gravidez e diz que “sofria muito com o ex-marido, sofria muito com ele, ela era muito mau” (linhas 7 a 11). Essa descrição pode ser uma sinalização de que houve algum tipo de violência na relação conjugal, já que estudos mostram que ela ocorre em altos percentuais na gravidez e que maridos e companheiros geralmente são os agressores (OLIVEIRA, 2015; DURAND; SCHRAIBER, 2007), porem a enfermeira apenas assentiu (*ahã*) em tom baixo, perdendo, no ponto de vista dos serviços, a oportunidade de perguntar mais e identificar uma situação de violência.

Excerto 35: M15, 19 anos, união estável, dois filhos

- 1 E3: eu sei que é difícil *hã hã hã*  
 2 M15: °h°  
 3 E3: ainda mais no primeiro ó eu vou colocá o espécuro. tá  
 4 M15: Tá. (.)  
 5 E3: vem um pouquinho mais pra pontinha (.) isso (0.5)  
 6 se tu sentir alguma coisa dor muito forte tu me fala tá (.)  
 7 E3: °isso é um pouquinho° [normal]  
 8 M15: [eu tô com medo *hh*]=  
 9 E3: =ca:lma respira ↑fundo

10 (0.7)  
 11 E3: >bem tranquilo< vai ver que não é tudo isso  
 12 (1.5)  
 13 E3: quem que te assustou dessa forma  
 14 (0.5)  
 15 M15: ↑ai q- hh=  
 16 E3: =hhh  
 17 (10.9)  
 18 E3: não tá doendo muito né?  
 19 (0.5)  
 20 M15: ai um pouqui[nho]  
 21 E3: [um] desconforto (2.0) já vou coletá.  
 22 E3: vamo olhá atua mama tam[bém]  
 23 M15: [a:h] ((expira após exame))  
 24 E3: Respira  
 25 M15: olhá o quê?  
 26 (0.5)  
 27 E3: a mama  
 28 M15: ai não precisa  
 29 E3: preci:[sa]  
 30 M15: [ai] não quero  
 31 (.)  
 32 M15: eu tenho vergonha *h*  
 33 (0.5)  
 34 E3: já [tá aqui]  
 35 M15: [nã:o]  
 36 (.)  
 37 M15: não quero  
 38 (0.8)  
 39 E3: já tá aqui ó tem q- a gente tem que palpá pra ver se não tem uma  
 40 uma alteração pra ver se não tem nenhum nódulo  
 41 M15: nã:o  
 42 E3: então tu palpa em casa bem

No excerto 35, a usuária M15, uma jovem de 19 anos, afirma no início da consulta estar sentindo medo e a enfermeira pergunta “*quem te assustou desta forma?*” (linha 13), demonstrando uma percepção de que há um comportamento diferente do habitual, talvez excessivo, o qual pode ser causado por violência sexual. A resposta da usuária para esta pergunta parece uma sinalização da dificuldade de falar no assunto “*ai q*” seguido de forte inspiração (linha 15). No próximo turno de fala, a enfermeira muda de assunto e pergunta de modo invertido se não está doendo muito, cuja resposta preferencial seria a concordância de que não está doendo muito e não fala mais sobre o “*medo*” que sai do foco.

Na segunda etapa do procedimento, que corresponde ao exame das mamas, a usuária se nega a fazer. O medo acentuado em relação ao contato físico

(palpação da mama) ou no exame ginecológico levanta a possibilidade de estresse pós-traumático, o qual pode ser desencadeado por uma violência sexual. Nestas situações, as vítimas não toleram o contato físico, que lhe causa medo e repugnância (MENEGHEL, 2015; ROMITO, TURAN, DE MARCHI, 2005). A enfermeira tem uma atitude respeitosa, não força a realização do procedimento, apenas pede que ela faça o autoexame em casa. Porém se havia uma situação de gravidade, o problema ficou invisibilizado.

Excerto 36: M5, 37 anos, casada, três filhos

- 1 E1: eu vou fazê assim ó (1.2) eu vou pedir uma mamografia pra ti  
 2 (.)  
 3 M5: Mhm  
 4 E1: e amanhã tu vem de manhã eu vou conversá com o  
 5 ((nome do profissional omitido)) pra ele olhá tua axila  
 6 (.)  
 7 M5: Tá  
 8 E1: ↑tá. pra ele te pedir um:: novamente e tu vai fa[↑zê  
 9 esse exame vou ficá na tua cola agora]  
 10 M5: [tá vou ahã]  
 11 (2.2)  
 12 E1: que é pra gente ver o que que é  
 13 M5: [mhm]  
 14 E1: [↑tá]  
 15 (1.5)  
 16 E1: porque eu fiquei bem preocupada com esses teus  
 17 nódulos [e às vezes]=  
 18 M5: [pois é e dói]  
 19 E1: =pode ser (0.5) porque aqui tá tudo ligado é uma [rede]  
 20 M5: [mhm]  
 21 E1: enten[de]=  
 22 M5: [sim]  
 23 E1: =vai drenando  
 24 M5: [ahã:]  
 25 E1: [então] tá tudo interligado se tem uma alteração aqui (.) também vai  
 26 doer aqui ou se tem aqui vai doer aq- sa↑be (.) então a gente tem  
 que ver o que é isso né  
 27 M5: Ahã  
 28 E1: °pode tirá isso°  
 29 (2.9)  
 30 E1: >>porque<< não adianta sabe ((nome da paciente))  
 31 hã:: (1.2) porque tu ai ai eu não quero sabe mas °assim ↑ó° (.)  
 32 M5: [sim eu tenho medo eu sou medrosa]  
 33 E1: [tu tem (medo pelo sintoma) tu tem] que ter medo  
 34 ↑de ter alguma coisa mais séria e::  
 35 M5: Sim  
 36 E1: °vou pegá aqui o xxxxx aqui°  
 37 (6.2)

- 38 E1: eu entendo o teu receio=  
 39 M5: =ahã:  
 40 E1: Sabe  
 41 M5: eu tenho medo de ter al[guma coisa]  
 42 E1: [mas assim] (0.9) hoje em dia tem tanta tecnologia tanta coisa sabe  
 43 (2.2)  
 44 E1: que pode te ajudá né se tiver uma alteração  
 45 M5: Ahã

A conversa relatada no excerto 36 se refere a uma mulher que estava com dois grandes nódulos na axila, dolorosas à palpação. A enfermeira ficou preocupada e pediu para ela voltar no dia seguinte para fazer uma consulta com o médico. No transcurso da interação, a enfermeira se constrói como alguém com autoridade para dizer/demandar da paciente “*tu vai fazê esse exame*” e fiscalizar “*vou ficá na tua cola agora*” (linhas 08 e 09). O uso da expressão “a gente”, “*pra gente ve o que é que é*” (linha 12), remete a questão: quem é a gente? Os trabalhadores de saúde? No desenrolar da interação, percebe-se que “a gente” não inclui a paciente, por exemplo, pelo uso de primeira pessoa (eu) no momento em que a preocupação com os nódulos vem à tona “*EU fiquei preocupada com os TEUS nódulos*” (linhas 16 e 17). M5 se alivia com a preocupação por meio da expressão “pois é”, expressão utilizada para concordar ou discordar do que foi dito anteriormente. Nesse caso, a prosódia e o conteúdo (*e dói*) sugerem afiliação, entendida como a circunstância que o participante toma para si e concorda com a interlocutora (ANDRADE, 2016).

A enfermeira segue explicando como funciona anatomicamente a mama, indicando que “*aqui, está tudo interligado*” (linhas 25 e 26), mas vê-se que M5 registra a informação recebida (*ahã*) e não a problematiza. O turno da linha 31 a enfermeira utiliza de discurso reportado direto (fala com a “voz”, como se fosse M5) de modo a problematizar o fato de M5 não querer fazer o exame (chama a atenção o uso de onomatopeia - ai ai). Essa construção de turno antecede a expressão adversativa “*mas assim ó*”, indicando que E1 está iniciando um contraponto, que, nesse caso, realiza-se por meio da “equação” medo de ver em relação ao fato de ter uma coisa mais séria. Essa equação é trazida à tona em contraste com o uso da tecnologia.

Frente ao temor da paciente de que seja algo grave, a enfermeira concorda que o sentimento de medo que ela sente é legítimo: “*tu tem que ter medo de ter*

*alguma coisa mais séria*”, “*eu entendo o teu receio*” (linhas 33, 34 e 38) e finaliza citando o discurso da prevenção de que atualmente há muitos recursos e tecnologia.

Nas consultas algumas questões e sinais não foram “ouvidos” (M10, M15), porém outros o foram, como na consulta de M5, em que a enfermeira identificou e se preocupou com o problema – os nódulos de mama – e tomou a iniciativa de agendar exames e consulta do médico. Estas atitudes diversas podem dever-se ao fato de que algumas situações envolvem problemas considerados de responsabilidade dos serviços, tais como a presença de sinais e sintomas que remetem ao aparelho sexual feminino e podem ser indicativos de patologias como o câncer, para as quais o serviço é referência, enquanto outras, como as violências, embora constituam um problema de saúde pública, ainda não são percebidas e consideradas uma questão a ser tratada pelos serviços de saúde, que não dispõe de tecnologia de cuidado apropriadas (D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

#### 5.2.5 Medicalização e prevenção

Nestas consultas observadas nas ESFs de um município de médio porte do sul do Brasil, as mulheres que ouvimos realizavam o exame citopatológico periodicamente. Várias, criticaram o atendimento médico e o fluxo da atenção seguido nas unidades, em que há demora na marcação da consulta e após um tempo longo de espera até chegarem os resultados dos exames.

O discurso da prevenção formulado pelas enfermeiras nas consultas fundamenta-se no risco elevado da patologia nesta população e na possibilidade de prevenção de uma doença grave e estigmatizada como o câncer (SONTAG, 1984), que requer premência no diagnóstico e instauração do tratamento. Além disso, a medicalização é uma constante nas interações entre mulheres e enfermeiras, expressa na elevada frequência de pedidos de medicamentos, dispensação, uso e referências a efeitos adversos partilhadas nas conversas.

No Brasil cerca de 70% das mulheres utilizam métodos anticoncepcionais, sendo que os anticoncepcionais orais (ACO) e a esterilização feminina são os métodos mais comuns (23%) de controle da natalidade (PERPÉTUO, 2009). Em estudo pautado em dados de notificação, 20% de mulheres brasileiras apresentaram alguma condição que contraindica o uso de ACO: as principais foram a hipertensão arterial sistêmica e idade maior que 35 anos concomitante ao tabagismo (CORRÊA

et al., 2017). Por outro lado, inquérito online realizado em oito países, mostrou taxa de descontinuação do uso do método de anticoncepção oral de 81%, a maioria devido aos efeitos adversos do medicamento (57%) (HOOPER, 2010). Sabe-se, então, que as prescrições de anticoncepcionais hormonais são elevadas no Brasil e no momento das consultas, foram formuladas muitas queixas em relação a eles. Algumas mulheres que tiveram efeitos indesejáveis relataram que as prescrições foram ajustadas e/ou modificadas e quando havia dificuldade de adesão, a via parenteral foi recomendada, em um *continuum* de eventos adversos, queixas e mal-estar.

Outro fato que chamou atenção, relacionado à vida sexual das mulheres foi a alta frequência de perguntas e indicações de lubrificantes para o ressecamento vaginal, mesmo quando elas diziam não ter necessidade. O uso de lubrificantes objetiva “melhorar o desempenho sexual”, situação que tem dois aspectos: a melhora do desempenho sexual para elas atingirem o orgasmo, mas também diminuir o atrito e dor na mucosa vaginal quando o sexo é exercido sem vontade, a força ou por obrigação.

O uso de antidepressivos em mulheres em situação de violência ou para amenizar dificuldades existenciais, econômicas e sociais tem sido relatado de longa data (BOLTANSKI, 2004; BIGLIA; SAN MARTIN, 2007). Observou-se que os antidepressivos estão presentes na carta de ofertas das UBS havendo usuárias (M9) que afirmaram que sem eles ela “não pode” [passar]. Eles foram indicados para a menopausa, para doenças físicas, como para M8 que referia um problema na tireóide. As enfermeiras, usando seu status epistêmico, validam o uso de antidepressivos: “*mas a doutora já entrou com algum tratamento para ti*” (Excerto 37, linhas 5 e 6); “*mas é a doutora já te deu a fluoxetina?* (linhas 13) ou, “*ah daí a doutora te prescreveu*” [antidepressivo] (Excerto 38, linha 5).

Os posicionamentos das mulheres frente à medicalização ou aos efeitos indesejáveis dos medicamentos estiveram mais presentes em relação aos anticoncepcionais. Em relação aos antidepressivos, as mulheres afirmaram a necessidade que sentem deles. No excerto 38, frente à afirmação de M9 que não se sentia bem sem os antidepressivos, a enfermeira pergunta: “*daí a doutora prescreveu? e agora tá legal?*” (linhas 5 e 7) e após uma pequena pausa, abre apenas uma pequena possibilidade de que a resposta seja negativa: “*ou não?*” (linha

9). *E a mulher responde: “Você para de toma o remédio e você vê que você não pode” (linha 15)*

Excerto 37: M8, 44 anos, casada, dois filhos

- 1 M8: então eu ↑tô:: (1.1) como- como se diz o certo tô que é um caco  
 2 (0.6)  
 3 E2: tá que é um caco:  
 4 (.)  
 5 E2: mas tu já a doutora já entrou com al↑gu:m (.)  
 6 trata[mento pra ti]  
 7 M8: [°já (.) °já°]  
 8 E2: Tá  
 9 (1.9)  
 [linhas suprimidas]  
 10 M8: =e eu digo eu tenho que fazê alguma coisa pra:: [me]=  
 11 E2: [é]  
 12 M8: =ajudá né [(fazê o retorno)]  
 13 E2: [é: e a- é: e a] doutora já te deu fluoxetina né  
 14 M8: Sim

Excerto 38: M9, 40 anos, solteira, três filhos

- 1 E2: não tava se sentindo muito bem?  
 2 (1.3)  
 3 M9: não eu não estava me sentindo bem mas é que eu  
 4 tava sem meus antidepressivos  
 5 E2: a::h daí a doutora lhe prescreveu?  
 6 M9: mhm=  
 7 E2: =e agora tá legal?  
 8 (.)  
 9 E2: [ou não.]  
 10 M9: [sim]  
 11 (0.5)  
 12 M9: eu não posso ficá sem é que a gente s- vai indo  
 13 numa caminhada e acha bom agora eu posso (.) (vou so[zinha])  
 14 E2: [ahã]  
 15 M9: você para de tomá o remédio e você vê que você não pode

A medicalização é um processo social cada vez mais entranhado nas práticas e nos serviços de saúde, que produz uma demanda por procedimentos complexos e, em vez de promover a autonomia e o autocuidado do paciente, gera submissão, dependência e compulsão ao consumo de medicamentos como resposta para problemas de outras esferas: “*tô que é um caco*” (Excerto 37, linha 1); “*eu não tava me sentido bem mas é que eu tava sem meus antidepressivos*” (Excerto 38, linhas 3 e 4) (TESSER, 2006). A dispensação de medicamentos está presente nas



consultas focadas na prevenção como é a coleta do exame citopatológico, atestando a penetração desta prática mesmo nas ações de promoção da saúde. Frente a este quadro, se poderia perguntar o quanto o projeto medicalizador está subsumido no projeto da promoção da saúde, ou ainda o quando o projeto da promoção abriga ou inclui a medicalização?

O discurso da prevenção apareceu em todas as interações entre enfermeiras e usuárias, quer seja no acolhimento, no transcurso da realização do exame ou no encerramento. As enfermeiras faziam longas explanações sobre o câncer, suas causas, grupos e situações de risco, prevalência, incidência familiar, necessidade de monitoramento, alternando com outras recomendações e conselhos sobre a vida sexual, alimentação, atividade física, trabalho e cuidado com a família e com a saúde.

A legitimidade das ações educativas e de prevenção nos serviços de saúde pauta-se na capacidade de reconhecer o conhecimento que o outro possui a respeito de um tema ou tópico, de maneira tal que o domínio epistêmico é uma precondição da interação social (HERITAGE, 2012a). Neste sentido o modelo preventivista do qual o exame citopatológico faz parte está legitimado pelas usuárias, assim como o posicionamento deontológico da enfermeira que detém o conhecimento do assunto e faz previsões para o futuro, alertando para o que pode ocorrer se a mulher não se previne. A posição dos falantes em relação a um domínio do conhecimento determina o seu status epistêmico, esse status é reconhecido socialmente como um direito e uma obrigação, como no caso do conhecimento técnico da enfermeira. Já o posicionamento epistêmico é variável e pode ser compartilhado em situações interacionais, podendo ser discutido por enfermeira e usuária, como no caso de um exame, que a usuária mesmo sem ter o status da enfermeira pode ouvir a informação, manifestar-se, opinar e inclusive usar o jargão técnico. Por exemplo, na conversa sobre o DIU, no excerto 39, a enfermeira indaga sobre o tipo de DIU e a usuária disponibiliza a “bula” do mesmo, se houver necessidade. A enfermeira responde citando o DIU que ela mesma usa, compartilhando o posicionamento epistêmico na conversa sobre as experiências de ambas sobre o uso do dispositivo: “*qual que é o teu?*” (linha 13) pergunta a enfermeira, “*o meu é de cobre, caso tu precisa eu tenho em casa tudo guardado a embalagem*” (linhas 14 a 18). “*não, sim, sim, sim eu tinha o Mirena*” (linha 19), explica a enfermeira, ajustando-se à sua interlocutora.

Excerto 39: M1, 37 anos, união estável, um filho

- 1 E1: >viu< quanto tempo faz que tu tem o diu?  
2 (0.5)
- 3 M1: ã::: (0.8) seis anos  
4 (0.9)
- 5 E1: te adaptou bem com ele  
6 (0.9)
- 7 M1: no início ↑não no início foi mui↑to (0.8) >doeu<  
8 muito foi horrível foi (.) bah
- 9 E1: do↑eu
- 10 M1: mas ↑deus o livre  
11 (1.0)
- 12 M1: [eu falei pra ela:]
- 13 E1: [qual que é o teu]
- 14 M1: ã o meu é de cobre  
15 (1.5)
- 16 E1: °°mhm°°=
- 17 M1: =no caso se tu precisá eu tenho em casa guardado  
18 tudo a [embalagem tudo né (°deus o livre né°)]
- 19 E1: [não sim sim sim eu tinha o mirena]  
20 (0.6)
- 21 M1: é o nome eu não
- 22 E1: É
- 23 M1: [é]
- 24 E1: [o] (produto) é bem tranquilo assim mas claro  
25 [depende de de repente de (quem vai usá né)]
- 26 M1: [não pra dor eu sou muito sensível por isso] que eu te disse
- 27 E1: Sim

Ainda no excerto 39, evidencia-se assimetria na interação pelo fato de que a enfermeira E1 é a participante autorizada a fazer perguntas (linhas 1, 5, 9,13). Além disso, M1 (linhas 17 e 18) se orienta para prestar contas, justificando sua conduta (COULON, 1995; LODER; JUNG 2008). Sobre a conservação da embalagem do DIU, sua fala (incluindo a expressão "deus o livre") evidencia que M1 está engajada em um encontro institucional em que ela é a participante que pode ser chamada a dar explicações e sobre o "estado de coisas" relativo aos tópicos possíveis de serem abordados no evento em que ela se encontra. Por outro lado, E1 voluntaria informação sobre si (o uso do Mirena), o que extrapola, em certa medida, o caráter institucional do encontro.

M1 se mostra posicionada com grau menor de conhecimento (linha 21) em relação ao nome do dispositivo anticoncepcional, o que, ao que parece (pela pausa) ela mesma toma como interacionalmente despreferido. Mesmo que ela não tenha

obrigação de saber (HERITAGE, 2012a), isso parece evidenciar que não ter conhecimento sobre algo, embora nem sempre inesperado ou digno de provimento de justificativa, é algo normativamente não desejável. A despreferência do "não saber" aparece na fala (hesitação, atrasos etc).

Excerto 40: M4, 41 anos, casada, três filhos

1	E1:	e o importante é que assim ó <u>todo</u> o mês tu faça
2		o autoexame em casa (.) tá pode ser na frente
3		do chuveiro (como tá aí no material) ou fazer
4		deitada (.) porque daí a gente vai se conhecendo
5		[sabe]=
6	M4:	[sim]
7	E1:	=o teu corpo e aí (.) sente quando tem uma
8		coisa diferente (.) é importante tu ir atrás
9	M4:	°sim°
10	E1:	porque daí se tivé alguma alteração tu pode fazê
11		teu tratamento fazê tua cirurgia enfim né tu não
12		pode ter medo de descobrir as coisas sa↑be

O excerto 40 mostra o discurso da prevenção referente à educação e motivação para o exame CP formulado pela enfermeira E1. Na preleção E1 salienta a importância do tratamento precoce, mas também o autoconhecimento, a autonomia e o empoderamento feminino, estimulando que as mulheres realizem a palpação e o autocuidado, como uma forma de conhecer melhor o próprio corpo.

No excerto acima se percebe E1 construindo sua fala como alguém que está em posição de quem sabe o que deve ser feito por M4 (o preventivo/o exame de mama), de que maneira (deitada ou conforme folheto) e com que frequência (todo mês/ todo ano), o que demonstra sua identidade profissional. Além disso, ela se coloca em posição de quem pode/tem obrigação de ensinar e cobrar das mulheres que o façam conforme suas recomendações.

Em outros momentos (M4) a enfermeira assume uma fala técnica, podendo para isso usar da autoridade e imposição, escolhendo uma sintaxe imperativa, como os médicos costumam fazer. “*É importante que tu faça, não pode ter medo de descobrir as coisas*” (linhas 1 a 5) tom mitigado pelo “sabe?” interrogativo e ascendente, que busca a confirmação da usuária.

Recapitulando acerca de quem possui o direito ao conhecimento, três categorias estão relacionadas a esta questão: o status epistêmico que corresponde ao domínio sobre um determinado conhecimento reconhecido socialmente, o

posicionamento epistêmico que é um estado variável e se refere ao grau de conhecimento explicitado em uma conversa e o status deôntico que corresponde ao direito primário ao conhecimento ou informação e a quem pertence o direito de dizer ou decidir o que pode (e não pode ser feito) (STEVANOVIC, 2011; ANDRADE, 2016).

Excerto 41: M8, 44 anos, casada, dois filhos

1 E2: tá: tem que apertá  
 2 (0.7)  
 3 E2: tá: >principalmente< te- coloca assim depois que  
 4 tu menstruou parou a tua menstruação tu faz o exame.  
 5 (0.9)  
 6 E2: porque assim ó até:: dum mês pro outro a gente  
 7 pode sentir alguma coisa  
 8 (0.9)  
 9 E2: e o câncer não tá escolhendo faixa etária tem  
 10 menina nova, menina um pouco mais expe[riente,]  
 11 M8: [mhm:]  
 12 (0.9)  
 13 E2: todas >todas< é parelho o câncer hoje [em dia]  
 14 M8: [eu tenho medo](0.9) de me passa e acha alguma coisa  
 15 (.)  
 16 E2: mas assim ó dona i. pense assim comigo (.) quanto mais cedo  
 17 M8: °é°  
 18 eu descobro uma coisa (.) ↑mais fácil (.) é de tratá  
 19 (.)  
 20 E2: a senhora não concorda?  
 21 M8: Sim

Nestas conversas durante a coleta do CP, como a do excerto 41, as enfermeiras de posse do status e epistêmico e deôntico, enfatizam a importância de que as mulheres voltem com a regularidade e a pontualidade necessária, para dar seguimento ao monitoramento. Em alguns dos turnos de fala prevalece a atemorização, como na conversa com M8, por meio do argumento de que a incidência do câncer está aumentando “e o câncer não tá escolhendo faixa etária tem menina nova ... todas todas é parelho hoje em dia” (linhas 9 a 14). Isso significa que todas estamos em risco, ao que a usuária responde sobrepondo a fala e dizendo que está muito assustada: “eu tenho medo de me passá e achar alguma coisa” (linha 14). A enfermeira volta ao tema dizendo que a possibilidade de fazer o diagnóstico precoce “pense assim comigo (.) quanto mais cedo eu descobro”, melhor o prognóstico ou “mais fácil é de tratá” (linhas 16 a 18). Ela busca a adesão e

afiliação da usuária ao procedimento e à conversa, formulando a questão: “A senhora não concorda?” (linha 20), pergunta em que torna mais fácil para a respondente assentir, do que resistir e negar.

Excerto 42: M13, 52 anos, solteira, um filho

- 1 E2: a senhora tem alguém na família com câncer de mama oi colo d-  
 2 M13: a minha irmã faleceu uma (.) câncer de mama  
 3 E2: então vamo fazê ↑tá: porque assim como a senhora teve:  
 4 M13: de de- caso de famí[lia]  
 5 E2: [é] caso na família a gente [tem que]  
 6 M13: [ahã:]  
 7 E2: ficá com o olho um pouco aberto [tá]=  
 8 M13: [sim]  
 9 E2: =não [é:: quer dizê que a senhora]  
 10 M13: [ahã sim que eu vou ter né]  
 11 E2: vai ter=  
 12 M13: =sei  
 13 E2: mas a gente tem que prevenir  
 14 M13: [mhm]  
 15 E2: [tá:] a melhor coisa que a gente faz é a prevenção  
 16 (.)  
 17 M13: [ahã]  
 18 E2: [tan]to do exame que a senhora vai fazê hoje como  
 19 a mamografia  
 20 M13: Mhm

O discurso preventivista apareceu em vários momentos da consulta, incluindo a questão sobre a incidência familiar que caracteriza a identificação dos grupos de risco. Nesse caso, que ocorre no excerto 42 em relação a M13, embora haja um risco maior “*assim como à senhora teve caso na família a gente tem que ficar com o olho um pouco aberto*” (linhas 3 a 7), a enfermeira amenizou a ameaça, ou seja, “*o olho tem que ficar um pouco aberto*”, não significando necessariamente que a mulher em risco irá adquirir a doença, que aparece na fala coconstruída pelas duas: “*não qué dizê*” e M13 complementa: “*aham sim que eu vou tê né*” (linhas 9 e 10). Após a concordância, segue a orientação para a evitação do perigo: “*mas a gente tem que prevenir. tá: a melhor coisa que a gente faz é a prevenção*” (linhas 13 e 15).

Há situações sociais, atitudes, comportamentos e mesmo crenças, em que os membros do grupo ou de comunidades de pertença precisam mostrar, afirmar, construir ou performatizar uma “verdade” constantemente, sob o risco de que outras versões sobre o fato prevaleçam. Conforme mostraram Sell e Ostermann (2009) em

um estudo sobre identidades masculinas hegemônicas, essas identidades precisam “se provar” a todo o momento, sem mostrar dúvidas, incertezas ou ambiguidades.

Embora em uma situação aparentemente diversa, essa necessidade de “se provar” parece estar presente no discurso formulado pelas enfermeiras acerca da prevenção, em que certos procedimentos como a detecção precoce de uma doença grave como câncer pode ser uma prioridade dos serviços, mas nem sempre ou necessariamente é das mulheres. Assim, as enfermeiras não perdiam oportunidade de fazer, refazer e frisar este discurso, mesmo quando as usuárias, evidenciavam pouca adesão e afiliação ao discurso e respondiam apenas com monossílabos, sons de acompanhamento e polidez ou mesmo com o silêncio.

#### Excerto 43: M6, 47 anos, casada, dois filhos

- 1 E2: assim ó tem alguém na família com câncer de mama ou colo de útero  
 2 (0.7)  
 3 E2: assim mãe, tia, primas,  
 4 (0.6)  
 5 E2: ninguém?  
 6 (.)  
 7 E2: e tu a↑perta o teu sei↑o tu faz aquele examezi↑nho  
 8 (.)  
 9 E2: embaixo do chuveiro aque↑le  
 10 (0.7)  
 11 E2: tu sabe fazê?  
 12 M6: s:ei mas (.) quase nunca faço eu fiz uma mamografia acho que foi  
 13 ano passa[do]  
 14 E2: [foi] ano passado as- e deu tudo nor↑mal  
 15 (0.9)  
 16 E2: ou-  
 17 M6: não sei eu nem trouxe pra doutora  
 18 E2: nem trouxe? ah (.) daí fica difícil né  
 19 M6: {{rindo} só eu li}  
 20 E2: *hhh* é: de- e lá dizia que tava tudo bem? (.)  
 21 tá então assim ó (1.4) anualmente é a partir  
 22 dos sessenta anos a mamografia (.) tá: pra quem  
 23 não tem histórico na família assim de câncer né  
 24 e: quando a mulher não sente nada (1.1) daí tu  
 25 faz ano passado esse ano tu não faz ano que vem  
 26 tu faz é um ano sim um ano não (.) até completa  
 27 sessenta anos >>depois dos<< sessenta anos (0.9)  
 28 é (.) todo ano (.) tá tem que ter capricho  
 29 M6: Mhm  
 30 E2: né: >>assim<< o câncer de mama é um câncer que  
 31 tá:: vindo cada vez mais (0.6) em pessoas jovens  
 32 não tem faixa etária .h (.) e quanto mais cedo se  
 33 descobre que a gente sente (.) mais fácil é de tratá

34 (.)  
35 M6: [°mhm°]  
36 E2: [tá] o que que não é normal .h é uma bolinha (.)  
37 dura (0.6) que n: a g- não mexe assim ela é bem ela parada (.) e dói  
38 (0.5)  
39 M6: °mhm°  
40 E2: isso não é normal (.) quando a senhora por acaso sentir isso no seu  
41 seio (.) a senhora vem e me mostra  
42 (0.5)  
43 E2: tá:: (0.5) o porq- ã:: quando a gente tem que fazê o exame (.) da:  
44 mama te quem ser todo o mês depois que a gente menstrua  
45 (1.2)  
45\6 E2: e porque depois que a gente menstrua porque daí  
47 os nossos hormônios já tão mais bai↑xinhos [o seio]  
48 M6: [°mhm°]  
49 E2: já (.) .h não tá mais inchado que quando a gente  
50 ↑vai pra menstrua ↑meu ↑deus né  
51 M6: ah eu me dói eu fico- com dor de cabeça, [tudo]  
52 E2: [é::]  
53 M6: depois que eu fiz quarenta daí piorou [tudo]  
54 E2: [piorou] né  
55 Ahã

Em relação à hierarquia de poder profissional-paciente e ao desempenho esperado de papéis, observa-se na conversa descrita no excerto 43, o quanto o fato da paciente M6 não ter levado o exame para o médico interpretar, gerou a admoestação da enfermeira: *“nem trouxe ah, (pausa) daí fica difícil”* (linha 18), podendo significar que não se pode fazer nada por uma paciente se as regras não forem seguidas. A paciente afirma que não levou o exame para o médico e que *“só eu li”*, assumindo uma identidade inversa, pois quem lê e interpreta exames é o profissional de saúde. Na sequência de turnos, em resposta a esta transgressão, a enfermeira formula um longo discurso de prevenção, explicando dados, evidências, periodicidade do controle, prevalências, grupos de risco, etc. A fala da enfermeira é entremeada de pausas, dando mais ênfase a certas partes da argumentação preventivista (linhas 21 a 55) e a usuária limitando-se a ouvir, assentir com continuadores (três vezes) ou a silenciar (duas vezes).

A organização estrutural de um evento discursivo orienta a tomada de turnos e no caso de uma conversa institucional, como a que estamos analisando, é comum haver uma ordem pré-estabelecida. No trabalho de Andrade (2016) ao analisar as interações que aconteceram em um programa educativo realizado para pacientes cardiopatas internados em um hospital a autora verificou que nem sempre havia

ajuste da fala ao interlocutor, ou seja, quando o falante se limita a descrever o que deve ser feito de modo impessoal não se cria um ambiente favorável e só resta ao ouvinte o uso de respostas mínimas de retorno.

Na situação de M6, a enfermeira se valeu do seu status epistêmico para formular um discurso, em resposta à paciente que não havia realizado “sua” obrigação de levar o exame para o médico avaliar. A enfermeira, frente à insubordinação da usuária, formula ponto a ponto a periodicidade do exame e o porquê do seguimento do cronograma, culminando com a exclamação “*Meu Deus*” que produziu na usuária a necessidade de se justificar, explicando “*que [o exame] ah eu me dói eu fico com dor de cabeça*”. A preleção da enfermeira, portanto, assegura o seu status deôntico, frente a uma paciente que “resiste” às regras do serviço.

### 5.3 O fechamento da consulta

No fechamento da consulta são dadas informações sobre o exame, data de retorno do resultado, indicação de exames complementares, retorno para consulta com o médico e as enfermeiras falam outra vez da necessidade do seguimento periódico e da importância do retorno, às vezes de modo brincalhão, associando com o calendário de festas e feriados. São expressos agradecimentos e despedidas e agendamentos são informados, quando necessários.

Excerto 44: M4, 41 anos, casada, três filhos

- |   |     |  |
|---|-----|--|
| 1 | E1: | eu só tenho uma:: recomendação pra te dá assim |
| 2 |     | [bem séria]                                    |
| 3 | M4: | [°°ahã°°]                                      |
| 4 | E1: | tu me {{rindo}} faz o preventivo todo o ano}   |
| 5 | M4: | {{rindo}} pode deixá} brigada                  |

Esse turno formulado por E1 (linha 4) é interessante porque o início é produzido em formato de um comando disfarçado de solicitação de favor (“tu me faz”). A mitigação de pedidos de favor no português brasileiro é algo que está mais na prosódia do que no formato. Nesse caso, a força (deôntica) do comando é minimizada pela produção do turno interpolado com riso. M4 responde com



produção de fala interpolada com riso, o que sugere que M4 compartilha "brincadeira" e elas riem juntas.

Excerto 45: M4, 41 anos, casada, três filhos

1	E1:	ag <u>o</u> ra a senhora me <u>ven</u> ha ↑todo a↑no se[não eu]=
2	M4:	[não xxxxxx]
3	E1:	=vou atrás eu vou ir atrás
4		(1.0)
5	M4:	°não (.) tá bom°
6	E1:	é tu tem que (0.8) quando tu- tu vê o papai noel
7		tu te [lembra que tem que fazê o teu preventivo]
8	M4:	[eu tenho que fa- tenho que voltá lá volta]
9		lá fazê o preventivo [lá]
10	E1:	[é]

O excerto 45 é semelhante ao anterior no sentido do "comando" dado por E1, mas difere em relação ao riso. A recomendação comando também vem produzida em tom de ameaça ("se você não vier, irei atrás buscá-la"). Também chama a atenção o dispositivo que E1 seleciona para fazer M4 lembrar-se de fazer o exame (papai noel). M4, no entanto, "acata" a recomendação de E1 sem problematizar e de maneira preferida. Vejam-se as sobreposições de fala em momentos em que os conteúdos dos turnos de E1 estão completos para propósitos de entendimento; as sobreposições operam como coconstrução das identidades de E1 como profissional com autoridade para cobrar da paciente o que fazer e de M4 como paciente da qual é esperada determinada atitude (cuidar-se observando a frequência do exame).

O autocuidado com a saúde que inclui, além da manutenção de hábitos saudáveis, a realização de exames periódicos e a adesão aos tratamentos, tem sido considerado cada vez mais uma obrigação das pessoas. Em relação a este tema, a Organização Mundial da Saúde recomenda que se estimule às pessoas a realizarem a autogestão do cuidado e a comprometerem-se com ações de prevenção e promoção da saúde (WHO, 2003). Em relação a programas educativos, Andrade (2015) observou que a maioria dos pacientes confere apenas ao médico a autoridade epistêmica para indicar as medidas de autocuidado que eles devem adotar, fazendo com que outros profissionais do campo da saúde busquem apoio na autoridade do médico para reforçar ou mesmo fazer as recomendações educativas, fato que também se observou neste estudo.

Consideramos que esta pesquisa auxiliou a visibilização das desigualdades e iniquidades em relação às mulheres, produzidas e mantidas nos serviços de saúde, como um problema social e de saúde pública. Além do mais, acreditamos que os resultados da investigação contribuam para melhorar a equidade na atenção à saúde das mulheres no interior dos serviços, em especial os de atenção básica, assim como, qualificar processos de trabalho em saúde que culminem em práticas sociais mais justas para as mulheres.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho, que constituiu o desafio de utilizar um recurso metodológico potente - a Análise da Conversa ou análise da fala-em-interação - ainda pouco usado no campo da saúde, consideramos que todos objetivos propostos foram atingidos, ao analisar as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante a consulta de enfermagem ginecológica na Atenção Básica em Saúde. Também consideramos que os dados empíricos e a análise efetuada responderam às questões de pesquisa, permitindo perceber o quanto o espaço da consulta de enfermagem ginecológica propicia uma conversa íntima, embora esta escuta nem sempre seja sensível, havendo invisibilidades e silenciamentos, além de inequidades em relação ao acolhimento, aos procedimentos e/ou às demandas das mulheres, que nem sempre são ouvidas, suas queixas valorizadas e suas demandas atendidas.

Foram analisadas 26 interações que ocorreram em consultas ginecológicas de enfermagem, das quais participaram três enfermeiras e 26 mulheres de um município de médio porte do interior do Rio Grande do Sul. As mulheres constituíram uma amostra intencional, com idades entre 19 a 70 anos, a maioria possuía o ensino fundamental, 21 eram casadas e/ou em união estável, cinco não tinham filhos. A maior parte já havia realizado o exame citopatológico, somente duas realizaram o primeiro exame, e muitas eram usuárias habituais das unidades de saúde.

A análise foi realizada segundo os três momentos que configuram as consultas: acolhimento, coleta do exame e fechamento. Dentre os elementos que emergiram nas conversas destacamos o uso de palavras populares para designar o aparelho sexual feminino, as atribuições causais dadas pelas usuárias para os sintomas e queixas, as formulações realizadas pelas enfermeiras, os temas delicados que atravessam as consultas, principalmente em relação à sexualidade. Observou-se o uso de categorias de pertença generificadas referentes à identidade “mulher”, ou seja, durante as consultas as mulheres foram tratadas como “mães” e “esposas”, nas quais as mulheres assumem papéis tradicionais de cuidadoras. Percebeu-se nas interações o viés medicalizador que atravessa os serviços de saúde, havendo muitas prescrições (hormônios, antidepressivos, anticoncepcionais), inclusive na atenção básica. Houve sinais que não foram “ouvidos”, como os possíveis indícios de violência e que não foram investigados.

O discurso da prevenção apareceu nas interações entre enfermeiras e usuárias, quer seja no acolhimento, no transcurso da realização do exame ou no encerramento. A legitimidade das ações educativas e de prevenção nos serviços de saúde pauta-se na capacidade de reconhecer o conhecimento que o outro possui a respeito de um tema ou tópico ou o status epistêmico dos profissionais de saúde.

O modelo preventivista, que inclui ações de diagnóstico precoce como o exame citopatológico, está legitimado pelas usuárias e pelas enfermeiras. As enfermeiras, como detentoras do conhecimento, reproduzem o discurso preventivista, alertando para o que pode ocorrer se a mulher não se previne. Frente a este discurso as mulheres calaram-se, apenas concordando com monossílabos. No fechamento das consultas, houve despedidas informais e risos, mas também a recomendação de que as mulheres não se esquecessem do retorno.

Ficou evidente a inequidade na atenção a estas mulheres nas consultas de enfermagem para a coleta de citopatológico. Houve infantilização das mulheres, com o uso de termos populares ou restritos às crianças, como elevada frequência de emprego de diminutivos (pezinho, calcinha, perninha), e palavras como “perereca” e bumbum, ao invés do nome científico da região anatômica. Muitas obtiveram apenas silêncio frente às suas demandas ou foi-lhes oferecido medicamentos em face de problemas da ordem psicossocial. Sinais de violência não foram investigados e para as várias queixas de dor na relação sexual, a oferta é de gel lubrificante, que pode ser comprado na farmácia por preço acessível.

Embora as interações entre elas parecessem, em vários momentos, pautadas na cordialidade e na conversa informal, a desigualdade de poder na relação enfermeira-usuária apareceu sempre que alguma norma não foi cumprida, como atraso na marcação da consulta, a não entrega de exames ou outro comportamento considerado inadequado, pretexto para longas preleções com advertências sobre os riscos e perigos de não se cuidar adequadamente. Em algumas conversas houve ironia ou brincadeiras inadequadas como as risadas após perguntar para uma mulher idosa se estava grávida e, em vários momentos não houve alinhamento de uma ou de outra parte, mesmo das usuárias, menos empoderadas nesta relação.

A pesquisa ampliou o conhecimento de como as mulheres são acolhidas e atendidas na consulta de enfermagem ginecológica e como os recursos comunicacionais oriundos da Análise da Conversa são usados corriqueiramente nas

conversas entre elas. Este estudo se inspirou na Análise da Conversa e em alguns elementos linguísticos, porém, como já mencionado, não teve a pretensão de tratar as interações como um linguista o faria, mas percebendo-a de uma maneira pragmática, principalmente no que se refere a possibilidades de melhorar os aspectos comunicacionais entre profissionais de saúde e usuárias dos serviços de saúde. Neste sentido, não se esgotou a análise das interações, sendo esta uma limitação deste trabalho.

Entendemos que a difusão destes achados junto aos profissionais de enfermagem pode ser de valia no sentido de estimular a reflexão dos mesmos sobre suas habilidades comunicativas: o que dizer, como dizer e como tornar mais efetivo o seu trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES E. O diminutivo no português do Brasil: funcionalidade e tipologia. **Estudos Linguísticos XXXV**, p. 694-701, 2006.

ALVES, P. C.; RABELO, M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ANDRADE, D. N. P. **Recomendações prescrições para o cuidado de saúde no pós-alta**: investigação de um programa educativo a pacientes cardiopatas sob uma perspectiva interacional. 2016. 253f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2016.

ANDRADE, D. P.; OSTERMANN, A. C. O interrogatório policial no Brasil: a fala institucional permeada por marcas de conversa espontânea. **Calidoscópio**, São Leopoldo, v. 5, n. 2, p. 92-104, 2007.

ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. 182p.

ARAÚJO, L. M.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. A consulta de enfermagem Ginecológica e a redução da Violência de gênero. **Rev. Enferm UERJ**, v. 12, p. 328-31, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

\_\_\_\_\_. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

\_\_\_\_\_. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

BAIRROS, F. S. et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, 2011.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2000.

BEZERRA, J. R. B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, A. N. S.; PITANGUY, J. (orgs.). **Saúde, corpo, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 91-110.

BIGLIA, B.; SAN MARTÍN, C. (coords.). **Estado de wonderbra**. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona: Virus Editorial, 2007.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

BORGES, S. M. N. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 284-289, 1991.

BRAGA, A.; GASTALDO, E.; GUIMARÃES, J. D. A. Análise de categorizações de pertencimento nos estudos de comunicação: um ensaio de metodologia aplicada. **Brazilian Journalist Research**, v. 12, n. 2, p. 212-227, 2016.

BRASIL. **Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007**. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CANESQUI, A. M. A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate**, v. 15, n. 16, p. 29-36, 1984.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.; MONTENEGRO, B. J. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. **Congress Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems**: Innovations by Educational Institutions, Health Professions and Health Services, Londrina. 2001.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, p. 139-46, 2004.

CITELI, M. T.; SOUZA, C. M.; PORTELLA, A. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: DUARTE, L. F. D. (org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 57-77.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 131-146, 2005.

CLAVREUL, J. A. **A ordem médica**: pode e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COATES, J. Talk in a play frame: More on laughter and intimacy. **Journal of Pragmatics**, v. 39, p. 29-49, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF: 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 544/2017**. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Brasília-DF: 2017.

CONILL, E. M. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? **Cienc. Saúde coletiva**, v. 7, n. 3, p. 421-3, 2002.



CORRÊA, D. A. S. et al. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 1, Jan. 2017.

COULON, A. **Etnometodologia**. Petrópolis: Vozes, 1995.

COUPLAND, J. Small Talk: Social Functions. **Research on Language and Social Interaction**, v. 36, n. 1, p. 1-6, 2010.

CRAWFORD, M. Gender and humor in social context. **Journal of Pragmatics**, v. 35, p. 1413-1430, 2003.

DANTAS, C. N.; ENDERS, B. C.; SALVADOR, P. T. C. O. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 646-660, 2011.

DANTAS, C. N. et al. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciaram. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 591-600, 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev Med.**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-40, 2013.

DEL CORONA, M. Fala-em-interação cotidiana e fala-em-interação institucional: uma análise de audiências criminais. In: LODER, L. L.; JUNG, N. M. (orgs.). **Análises de fala-em-interação institucional – a perspectiva da análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado de Letras, 2009. p. 13-44.

DEL CORONA, M.; OSTERMANN, A. C. Formulação de lugar, intersubjetividade e categorias de pertença em chamadas de emergência para o 190. VEREDAS ONLINE. **Revista de Estudos Linguísticos**, v. 16, n. 1, p. 112-129, 2012.

DIÓGENES, M. A. R.; LINARD, A. G.; TEIXEIRA, C. A. B. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 38-46, out./dez. 2010.

DREW, P.; HERITAGE, J. **Talk and work: interaction institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol**, v. 10, n. 3, p. 210-322, 2007.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013.

FACCHINI L. Luiz Facchini fala sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. 2017. In: <http://rededepesquisaaps.org.br/2017/08/02/luiz-facchini-fala-sobre-a-reformulacao-da-pnab-politica-nacional-de-atencao-basica/>

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 378-84, abr-jun. 2009.

FISHER, S. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. **Sociology of Health and Illness**, v. 6, n. 1, p. 1-29, 1984.

FRANKEL, R. M. Clinical care and conversational contingencies: the role of patients' self diagnosis in medical encounters. **Text**, v. 21, p. 83-1, 2001.

FREITAS, A. L. P.; MACHADO, Z. F. Noções Fundamentais: a tomada de turnos na fala-em-interação. In: LODER, L. L.; JUNG, N. M. (Orgs.). **Fala em interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado das Letras, 2008. p. 59-94.

FREZZA, M.; OSTERMANN, A. C. Categorias de pertença em ligações para o disque saúde. **Anais Eletrônicos do IX Congresso Brasileiro de Linguística Aplicada**, 2011.

GARCEZ, P. A organização da fala-em-interação na sala de aula: controle social, reprodução de conhecimento, construção conjunta de conhecimento. **Calidoscópio**, v. 4, n. 1, p. 46-60, 2006.

GARFINKEL, H.; SACKS, H. On formal structures of practical actions. In: MCKINNEY, J. C.; TERYAKIAN, E. A. **Theoretical Sociology**. New York: Appleton Century Crofts, 1970.

GEISEL, T.; OSTERMANN, A. C. O uso de diminutivos em momentos interacionais entre médicos/as e pacientes em consultas da saúde da mulher. In: **XIV Salão Iniciação Científica da PUCRS**. PUCRS: Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/SIC/XIV/XIV/824.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002.

GOFFMAN, E. On face-work: na analysis of ritual elements in social interation. **Psychiatry: Journal for the study of interpersonal process**, v. 18, p. 213-231, 1955.

GOMIDE, M. F. S. et al. Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 1, p. 29-38, 2017.

HELMAN, C. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

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

HERITAGE, J. Epistemic in action: action formation and territories of knowledge. **Research on language and social interactions**, v. 45, n. 1, p. 1-29, 2012a.

\_\_\_\_\_. The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge. **Research on language and social interaction**, v. 45, n. 1, p. 30–52, 2012b.

HOOPER, D. J. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. **Clin Drug Investig.**, v. 30, n. 11, p. 749-63, 2010.

HOUSLEY, W.; FITZGERALD, R. Membership categorization, culture and norms in action. **Discourse Society**, v. 20, p. 345-362, 2009.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/90B>>. Acesso em: 20 out. 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p.

JAYYUSI, L. **Categorisation and Moral Order**. London: Routledge and Kegan Paul, 1984.

JOB, K. **Coleta de exame citopatológico: espaço de estudo das queixas sexuais**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva). Universidade do Vale do Rio dos Sinos: São Leopoldo, 2004.

LÍCIO, F. C.; ZUFFI, F. B.; FERREIRA, L. A. Concepção de enfermeiros de saúde da família sobre a consulta de enfermagem ginecológica. **J. res.: fundam. care**, v. 5, n. 4, p. 566-73, out./dez. 2013.

LODER, L.; SALIMEN, P. G.; MÜLLER, M. Noções Fundamentais: sequencialidade, adjacência e preferência. In: LODER, L. L.; JUNG, N. M. (Orgs.). **Fala em interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado das Letras, 2008. p. 39-58.

LODER, L. L.; JUNG, N. M. (Orgs.). **Fala em interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado das Letras, 2008. p. 39-58.

LODER, L. L.; JUNG, N. M. (orgs.). **Análises de fala-em-interação institucional – a perspectiva da análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

LUZ, M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MADUREIRA, P. R.; CAPITANI, E. M. Qualidade da atenção em rede hierarquizada: a interface serviço/paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 158-174, 1990.

MANDÚ, E. N. T. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6 p.729-732, nov/dez. 2004.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001.

MAYNARD, D. W. Interaction and asymmetry in clinical discourse. **The American Journal of Sociology**, v. 97, n. 2, p. 448-495, 1991.

MENDONÇA, F. A. C. et al. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 57-64, jan/mar. 2011.

MENEGHEL, S. N. Efeitos emocionais das violências de gênero. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (orgs). **Dicionário feminino da infâmia. Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 115-117.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011.

MENEGHEL, S. N. **Equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na Atenção Básica**. (Projeto de Pesquisa). 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R, (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

METELSKI, F. K.; WINCKLER, S. T.; DALMOLIN, B. M. Ações de prevenção e tratamento da neoplasia maligna do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 3, p. 434-442, Jul/Set. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MULLER, C. J. **Coleta de exame citopatológico**: espaço de estudo das queixas sexuais. 2004. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS, 2004.

NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 557-564, jul/set., 2014.

OLIVEIRA, C. V. **Prática policial e ordem moral**: um estudo da relação moradores polícia em uma comunidade em processo de pacificação. 2016. 80f. Dissertação (Mestrado em Letras/Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, D. L. L. C.; FERLA, A. A. **Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica**: análise de cenários em relação à consulta ginecológica. Projeto de Pesquisa. Brasil. 2013.

OLIVEIRA, S. F. Violência na gravidez. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (orgs). **Dicionário feminino da infâmia. Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 380-382.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Salud en las Américas**. Washington: OPAS; 2007. Publicación Científica n. 622.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998.

OSTERMANN, A. C. Comunidades de prática: gênero, trabalho e face. In: HEBERLE, V. M.; OSTERMANN, A. C.; FIGUEIREDO, D. C (orgs). **Linguagem e gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

\_\_\_\_\_. Análise da conversa: o estudo da fala-em-interação. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Orgs). **Humanização, gênero, poder**. Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Mercado de letras, Fiocruz, 2012.

OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. **Humanização, gênero, poder**. Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Mercado de letras, Fiocruz, 2012.

OSTERMANN, A. C.; ROSA, D. R. Do que não se fala: assuntos tabus e momentos delicados em consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (orgs.). **Humanização Gênero Poder**: contribuições dos estudos da fala-em-interação para a atenção em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Mercado de Letras, 2012. p. 47-64.

OSTERMANN, A. C.; RUY, R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (orgs.). **Humanização Gênero Poder**: contribuições dos estudos da fala-em-interação para a atenção em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Mercado de Letras, 2012. p. 65-84.

OSTERMANN, A. C.; SILVA, C. R. A Formulação em consultas médicas: para além da compreensão mútua entre os interagentes. **Calidoscópico**, São Leopoldo, v. 7, n. 2, p. 97-111, 2009.

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

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. As explicações feitas pelas pacientes para as causas de seus problemas de saúde: como os médicos lidam com isso. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (orgs.). **Humanização Gênero Poder**: contribuições dos estudos da fala-em-interação para a atenção em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Mercado de Letras, 2012. p.85-98.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D. (org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-48.

PERÄKYLÄ, A.; VEHVILÄINEN, S. Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. **Discourse & Society**., v. 14, n. 6, p. 727-750, 2003.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde**: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109p.

PERPÉTUO, M. H. O.; WONG, L. L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base na PNDS 1996 a 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Cap. 5.

PLASTINO, C. A. Mal-estar em medicina. In: BASTOS, L. A. M. **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 9-21.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMERANTZ, A.; MANDELBAUM, J. Conversation Analytic Approaches to the Relevance and Uses of Relationship Categories in Interaction. In: FITCH, K. L.; SANDERS, R. E. (eds). **Handbook of Language and Social Interaction**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 149-171.

RESSEL, L. B. et al. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. **Avances En Enfermería**, v. 31, n. 2, p. 65-73, 2013.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROMITO, P.; MOLZAN TURAN, J.; DE MARCHI, M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. **Soc Sci Med.**, v. 60, n. 8, p. 1717-27, 2005.

RUSSO, J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, A. N. S.; PITANGUY, J. (orgs.). **Saúde, corpo, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p.183-194.

SACAVONE, L. Dar a vida e cuidar da vida: sobre maternidade e saúde. **Cadernos da REDEH**, v. 2, p. 127-186, 1991.

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

SACKS, H. **Lectures on Conversation**. Oxford: Blackwell Publishers, 1992.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, Jan-Mar. 2008.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização do serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SCHNACK, C. M.; PISONI, T. D.; OSTERMANN, A. C. Transcrição de fala: Do evento real à representação escrita. *Entrelinhas*, 2(2). **Retrieved November**, v. 24, 2006.

SCHRAIBER, L. B. **O Médico e seu Trabalho Limites da Liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SEGER, K. A construção da normalidade em consultas pediátricas. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo - RS, 2007.

SELL, M.; OSTERMANN, A. C. Análise de categorias de pertença (ACP) em estudos de linguagem e gênero: a (des)construção discursiva do homogêneo masculino. **Alfa**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 11-34, 2009.

SELL, M.; OSTERMANN, A. C. Tensionando identidades de gênero e de sexualidade na fala em interação: o colapso discursivo da masculinidade hegemônica. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (orgs.). **Humanização Gênero Poder**: contribuições dos estudos da fala-em-interação para a atenção em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Mercado de Letras, 2012. p. 133-149.

SELL, M. **Significando o abuso sexual infantil na fala em interação**: estratégias interacionais acionadas por conselheiros tutelares e crianças na reconstrução da narrativa do abuso. 2012. 195f. Tese (Doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS, 2012.

SILVA, C. R.; ANDRADE, D. N. P.; OSTERMANN, A. C. Análise da Conversa: uma breve introdução. **ReVEL**, v. 7, n. 13, 2009.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SILVA, M. M.; GITSOS, J.; SANTOS, N. L. P. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, esp.1, p. 631-6, dez. 2013.

SILVERMAN, D. **Interpreting Qualitative Data**: methods for analyzing talk, text and interaction. London: Sage, 2001.

\_\_\_\_\_. **Communication and medical practice**: social relation in the clinics. London: Sage, 1987.

SILVERMAN, D.; PERAKILA, A. AIDS counseling: the interactional organization of talk about “delicate” issues. **Sociology of Health and Illness**, v. 12, n. 3, p. 293-318, 1990.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUZA, J. **Do prescrito ao realizado**: as demandas interacionais das ligações para o Disque Saúde Mulher e sua relação com as instancias de prescrição do trabalho de atender. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS, 2009.

SOUZA, J.; OSTERMANN, A. C.; BORGES, M. L. Controlando o incontrolável: a aplicação das regras de atendimento na construção da compreensão mútua entre clientes e atendentes em um call center. **Linguagem em (Dis)curso – LemD**, Tubarão, v. 15, n. 1, p. 13-32, 2015.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

STEVANOVIC, M. Participants deontic rights and action formation: the case of declarative requests for Action. **InliSt**, v. 52, 2011.

TEIXEIRA, C. A. B. et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 16-28, 2009.



TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.18, p.61-76, jan/jun. 2006.

THUM, M. et al. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 4, p. 509-516, Out/Dez. 2008.

TRAVASSOS, E. Mito do amor romântico. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (orgs). **Dicionário feminino da infâmia. Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 225-227.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

WATSON, R.; GASTALDO, E. **Etnometodologia e análise da conversa**. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio, Ed. Vozes, 2015.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, 22 (3): 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneve: WHO, 2003.

WÜNSCH, S. et al. Coleta de citopatológico de colo uterino: saberes e percepções de mulheres que realizam o exame. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 3, p. 360-368, Set/Dez. 2011.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada, como voluntária a participar da pesquisa: Conversa de enfermeiras e usuárias em consultas ginecológicas de enfermagem: uma questão de equidade?”, que tem como objetivo analisar as conversas produzidas entre enfermeiras e usuárias durante a coleta do exame citopatológico (CP) na Atenção Básica em Saúde, sob a perspectiva da equidade. Essa pesquisa faz parte de um estudo intitulado “Equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na Atenção Básica”. Os dados serão coletados por meio da observação e gravação de conversas realizadas entre enfermeira e usuária durante o procedimento de coleta do exame citopatológico em Unidades Básicas e Saúde (UBS).

A sua participação nesse estudo, a princípio, não representará risco de ordem física, mas poderá causar desconforto em virtude da presença do pesquisador no momento da coleta do exame citopatológico. O benefício implica em contribuir para melhora da atenção prestada as mulheres durante a coleta do exame citopatológico.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não terá nenhuma compensação financeira adicional.

### DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Fui informada de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Declaro que concordo em participar desse estudo, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

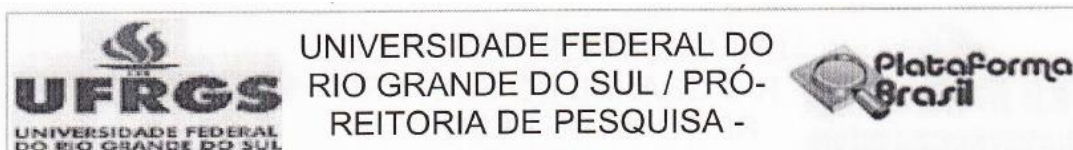
\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo estudo

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Em caso de dúvida ou novas perguntas contatar a pesquisadora Lilian Zielke Hesler, telefone (55) 96861688, e-mail: [lilianhesler@yahoo.com.br](mailto:lilianhesler@yahoo.com.br), endereço: Rua Universidade das Missões, 464, Santo Ângelo - RS. Se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS. Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317, Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 Contato: Fone: +55 51 3308 3738. E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br).

## ANEXO A – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EQUIDADE DE GÊNERO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO UM MARCADOR DE INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** STELA NAZARETH MENEGHEL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 09303712.7.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 188.515

**Data da Relatoria:** 06/12/2012

#### Apresentação do Projeto:

Este é um estudo qualitativo, tipo de casos múltiplos, que será realizado em serviços básicos de saúde localizados no Brasil, Haiti, Costa Rica e Itália. O projeto apresenta cronograma físico e executivo financeiro em conformidade com o orçamento detalhado cujos itens elencados são referentes à solicitação ao Edital Universal e relativos à contrapartida da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS/Ministério da Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da investigação é estudar a equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na atenção primária. Pela análise dos discursos de profissionais, de usuárias e diálogos entre ambos, essa pesquisa busca identificar a presença de marcadores discursivos e/ou conteúdos que indiquem tanto a equidade quanto a iniquidade de gênero, potencializada pelas inserções de raça/etnia e orientação/identidade sexual.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Assumidos e discutidos de forma adequada. TCLE correto.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicadores de equidade de gênero incluirão dados sobre os seguintes temas: acolhimento, ações preventivas/educativas e atenção clínico-ginecológica isentos de discriminação; planejamento

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



familiar; atenção a mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais e em situação de violência ou outras vulnerabilidades; encaminhamento efetivo e existência de redes de apoio.

Serão realizadas entrevistas em profundidade,, com gravação de falas, com cinco profissionais de saúde que atendem mulheres em cada uma das 10 unidades de saúde selecionadas. Serão convidadas 10 mulheres atendidas em cada um dos serviços há pelo menos um ano para participar de grupos de discussão. Também serão observadas as interações naturalísticas em encontros de profissionais e com usuárias nos serviços de saúde. As informações geradas serão analisadas sob a perspectiva da Análise da Conversa. (Ostermann e Meneghel, 2012; Merhy, 2007).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto conta com as cartas de anuência do Directora de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica e do Directeur do Laboratoire National de Santé Publique, Haiti. O processo também inclui aprovação em parecer circunstanciado pela Comissão de Pesquisa de Compesq.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está bem elaborado teoricamente e tecnicamente.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

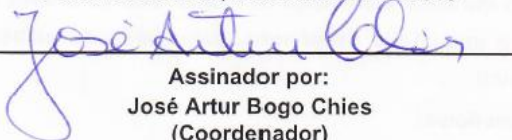
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 24 de Janeiro de 2013

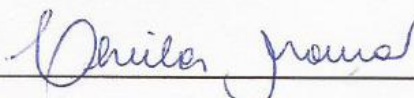


Assinador por:  
José Artur Bogo Chies  
(Coordenador)



**ANEXO B - DECLARAÇÃO DA(S) INSTITUIÇÃO (ÕES) COPARTICIPANTE(S)****ANEXO II - DECLARAÇÃO DA(S) INSTITUIÇÃO (ÕES) COPARTICIPANTE(S)**

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético de número 188.515 emitido pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS em relação ao estudo multicêntrico intitulado “Equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na Atenção Básica”, ao qual essa pesquisa faz parte, e conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa intitulado “Equidade de gênero: uma análise da conversa produzida entre enfermeira e usuária durante a coleta do exame citopatológico”, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Cheila Maria de Moura da Silva  
Secretária Mun. da Saúde  
064653

Santo Angelo - RS  
Matr. 064653

## ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E PUBLICAÇÃO DOS DADOS

**Título do projeto:** “Conversa de enfermeiras e usuárias em consultas ginecológicas de enfermagem: uma questão de equidade?”

**Pesquisador responsável:** Lilian Zielke Hesler

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS - Escola de Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 96861688

**Local da coleta de dados:** Unidades Básicas de Saúde (UBS)

O pesquisador do presente projeto se compromete em adotar todos os procedimentos éticos para preservar a privacidade das pessoas cujas informações pessoais e endereços serão coletados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santo Ângelo, Estado do Rio Grande do Sul.

O pesquisador afirma que estas informações serão utilizadas apenas para propósitos acadêmicos, objetivando aprofundar o conhecimento sobre este tema com objetivo de propor medidas de prevenção e intervenções nos serviços de saúde.

As publicações em revistas científicas da área que serão realizadas a partir desta pesquisa, sob nenhuma hipótese irão divulgar nomes das pessoas, familiares ou de instituições e/ou profissionais que forneceram informações. Será mantido o anonimato e a confidencialidade de todas as informações, preservando a identificação das pessoas.



---

Lilian Zielke Hesler  
Responsável pelo Estudo