

**COMMUNICATION IN MEDICAL CARE: INTERACTION BETWEEN PRIMARY CARE PHYSICIANS AND PATIENTS.** Heritage J, Maynard DW, editors. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. 488 pp. (Studies in Interactional Sociolinguistics, 20).

ISBN: 0521621232

John Heritage e Douglas W. Maynard unem-se para editar esta obra tão significativa para os estudos de fala-em-interação, composta somente de artigos a respeito da interação entre médicos(as) e pacientes. Estão publicados aqui vários estudos de pesquisadores de excelente reputação no meio acadêmico nas áreas de sociologia, de educação, de tecnologias, de lingüística e de saúde pública. O volume é o vigésimo na já tradicional e conceituada coleção *Studies in Interactional Sociolinguistics*, da Cambridge University Press.

Não há como se começar a falar dos artigos presentes neste livro sem se tratar primeiramente do conceito que o permeia do início ao fim: o conceito de interatividade. Já na introdução, Heritage & Maynard problematizam interatividade como “a capacidade de uma parte influenciar a outra, ou ajustar o seu comportamento em resposta ao outro” (p. 4). E é esse também o princípio da Análise da Conversa, abordagem que serve às pesquisas que desenvolveram os estudos apresentados na presente obra: participantes agem por meio da linguagem/da fala e levam em consideração sempre o que o seu parceiro(a) conversacional produziu como enunciado ou gesto no turno imediatamente anterior, seguindo assim a conversa em uma sucessão de trocas de turnos que são ações no mundo.

Mas é claro que, dando ainda mais vigor e validade a esse trabalho de microanálise que os(as) pesquisadores(as) expõem nesses estudos, há a reflexão sobre características do contexto social dessas interações, para as quais os(as) participantes se orientam, como a institucionalidade da relação médico(a)/paciente, por exemplo, e como ela é construída a cada momento na interação e somente na interação. Heritage & Maynard, na introdução, também lembram da importância de se incluir quando possível, nos estudos microanalíticos, análises quantitativas e ponderações mais genéricas, a fim de que se possa mostrar alguns padrões neste tipo de interação – a consulta médica –, cuja definição é feita por Heritage & Maynard como “ocasião que é, simultaneamente, social e médica” (p. 19).

Jeffrey D. Robinson, no capítulo 2 do livro, trata dos tipos de questões feitas pelos(as) médicos(as) para solicitar o problema que traz o(a) paciente ao consultório e o papel interacional que elas representam, assumindo inicialmente que a discussão vai muito além da dualidade questões abertas/questões fechadas. Robinson afirma que não se trata disso, e sim que cada tipo de consulta (e disso o(a) médico(a) tem conhecimento por meio do histórico que possui sobre o(a) paciente) necessita de um tipo de pergunta, e muitas vezes pro-

blemas interacionais se estabelecem logo no início em função da desatenção a este aspecto.

No capítulo 3, John Heritage & Jeffrey D. Robinson problematizam a respeito do formato das descrições dos(as) pacientes sobre seus problemas médicos na fase da consulta em que os(as) pacientes dão as razões pelas quais procuraram o atendimento. Os autores notaram que as práticas de justificativa variam de acordo com o tipo de consulta, mas são sempre a principal preocupação dos(as) pacientes, mais importante até do que os sintomas propriamente ditos. É a ação de fazer-se “digno” do atendimento médico, que, na verdade, também pode permear toda a consulta e todas as outras ações dos(as) pacientes.

As narrativas dos(as) pacientes sobre como começaram a dar-se conta de que poderiam estar com algum problema de saúde é o assunto do estudo conduzido por Timothy Halkowski, apresentado no capítulo 4 deste livro. Essas narrativas, segundo o autor, têm uma complexa função interacional: ao mesmo tempo, mostram que o problema é passível de preocupação médica e constroem o(a) paciente como alguém que está atento(a) às suas sensações, mas não excessivamente a ponto de usurpar o papel do(a) médico(a). Elas ainda têm outra função: a de mostrar que o(a) paciente somente procurou o atendimento após ter tentado lidar com o problema, ou seja, a consulta pode realmente ser validada como necessária pelo(a) médico(a).

Virginia Teas Gill & Douglas W. Maynard, conduzem o capítulo 5, que trata das explicações que os(as) pacientes fazem sobre as possíveis causas de seus problemas de saúde e como os(as) médicos(as) respondem ou tratam estas explicações. O estudo evidencia, basicamente, que pode haver um conflito entre aquilo que os(as) pacientes têm como preocupações e conhecimentos provenientes da vida mundana, da vida diária, e aquilo que os(as) médicos(as) julgam importante quando estão investigando a saúde do(a) paciente (sua agenda e seu modelo biomédico).

No capítulo 6, Elizabeth Boyd & John Heritage apresentam um estudo sobre algumas dimensões dos questionamentos e das respostas durante o momento de coleta de informações sobre a história do(a) paciente. Os autores focalizaram sua análise no conteúdo de pressuposição e na estrutura de preferência dessas perguntas, também ampliando o espectro questões abertas/questões fechadas aos(as) pacientes. O interessante foi a problematização encontrada na conclusão, na qual os autores ponderam que as características descritas por eles na análise não são exclusivas desse contexto, mas que podem ser encontradas em todos os ambientes de questionamentos e respostas, inclusive nas conversas mundanas.

A realização do exame físico é o tema do estudo de Christian Heath, no capítulo 7. O autor discute o fato de o exame físico requerer a produção de uma série de ações que estão “de acordo com a convenção e a prática médicas” (p. 208). O(a) paciente também precisa dispo-

nibilizar-se como “corpo” – lugar e objeto da atividade clínica – e ele(ela) está ciente deste papel e o cumpre. Contudo, não é apenas esse papel que ele(ela) assume: espera-se, igualmente, que o(a) paciente disponibilize suas sensações ao ser tocado de forma que ajude o(a) médico(a) na constituição do diagnóstico. O autor lembra que essas ponderações sobre o momento do exame físico (que lida com o que é empírico) também servem como um contraste para as fases mais discursivas da consulta médica (que lidam com o descrito e o reportado).

Anssi Peräkylä, no capítulo 8, trata da comunicação de um diagnóstico e da resposta que o(a) paciente pode oferecer neste momento, desconstruindo a dita autoridade médica e afirmando, já no início, que esse momento deveria ser constituído por uma negociação entre as duas partes na interação. O autor deixa claro, baseando-se na sua análise, que esses modelos de atendimento centrados no(a) paciente ainda estão longe de ser a realidade. O que se vê na discussão é que os(as) médicos(as) ainda possuem uma postura de autoridade e detenção do conhecimento e que os(as) pacientes acabam validando esta autoridade, talvez por uma falta de reflexão e de tentativa de subversão destes papéis culturalmente preestabelecidos, creio eu.

No capítulo 9, Douglas W. Maynard & Richard M. Frankel contribuem com seu trabalho sobre a entrega e o recebimento de diagnóstico (que pode ser bom ou ruim). Os autores evidenciam em sua análise que, quando o diagnóstico é bom, a entrega é racional e feita ainda antes do problema do resíduo de sintoma emergir na fala do(a) paciente. Quando o diagnóstico é ruim, os dois participantes parecem estar no limite da racionalidade. O diagnóstico ruim evoca no(a) paciente emoções, mas estas são interacionalmente desencorajadas de antemão pelo(a) médico(a) pela maneira como ele(ela) começa a expor este tipo de diagnóstico, prática que vem a reforçar sua autoridade.

Tanya Stivers expõe, no capítulo 10, um estudo sobre as decisões de tratamento de crianças e como elas são negociadas com os pais e as mães, cuja participação, como a autora observa em sua análise, requer-se deles, pois sua passividade pode demonstrar a possibilidade de uma não-aderência ao tratamento. A problematização se encontra na discussão das evidências dos dados de que há alguns problemas nessa participação quando há uma pressão dos pais e das mães por um medicamento, por exemplo, em detrimento das necessidades reais da criança, e como o(a) médico(a) tratará então a participação da família nesta decisão. A autora observa que há estudos sobre os benefícios da participação dos(as) pacientes nesse tipo de decisão, mas há quase nenhum que mostra o quão arriscado isto pode ser se o(a) médico(a) não souber lidar com algumas pressões dos(as) pacientes.

No capítulo 11, David Greatbatch apresenta uma discussão sobre a entrega de informações relacionadas à prescrição aos(às) pacientes. Ao fazê-la, os(as) médicos(as) procuram assegurar-se de que o(a) paciente entendeu o regime de tratamento. Em sua análise, o autor explica que os(as) médicos(as) do local pesquisado costumam dar as informações de prescrição aos(às) pacientes enquanto estão no computador registrando-as para seus dados. Conforme discutido, isso implica problemas interacionais em um momento fundamental da consulta médica e que pode influenciar todo o tratamento.

Marja-Leena Sorjonen, Liisa Raevaara, Markku Haakana, Tuuka Tammi & Anssi Peräkylä unem-se em um estudo sobre as discussões de estilo de vida nas consultas médicas e constituem o capítulo 12 deste livro. Os autores focam na cultura dos países nórdicos e mostram que os(as) médicos(as) de lá tendem a deixar para os(as) pacientes decidirem se é preciso realmente uma mudança em seu estilo de vida. Mais precisamente, eles mostram, por meio da análise, a maneira pela qual os(as) participantes de uma interação se constroem – ou constroem seus(suas) pacientes – como tendo um estilo de vida problemático ou não.

No capítulo 13, Candace West apresenta sua pesquisa sobre os encerramentos de consultas médicas, notando que são os(as) médicos(as) que os iniciam e que raramente os(as) pacientes apresentam um novo problema nesta fase. A autora focaliza no fato de os(as) médicos(as) abrirem seqüências de fechamento de consultas topicalizando novamente as combinações feitas com o(a) paciente durante a consulta, e isto a intriga por ser uma constante em seus dados. Ela atribui o fato a uma possível necessidade que os(as) médicos(as) têm de garantir uma continuidade nos cuidados, implicando o(a) paciente neste processo.

No último capítulo do livro, Paul Drew expõe a questão dos desalinhamentos entre as percepções dos(as) médicos(as) sobre a urgência nos problemas relatados pelos(as) pacientes que ligam em horários muitas vezes não muito “sociais” e as próprias percepções dos(as) pacientes. Esses desalinhamentos nas percepções trazem também à discussão conceitos como normalidade e anormalidade dos problemas de saúde, que permeiam essas interações.

Parto da visão de Heritage & Maynard, explicitada no capítulo introdutório, para tentar resumir o propósito da obra lida e mostrar o porquê de se usar a abordagem da Análise da Conversa para investigar as interações entre médicos(as) e pacientes: é na organização seqüencial que “*os enunciados alcançam seu sentido, e é onde as identidades interacionais e os papéis e as identidades mais sociais e institucionais são estabelecidas, mantidas e manipuladas*” (p. 16). Ainda conforme os autores, no passado foram feitas pesquisas que colocaram seu foco na conduta dos(as) médicos(as), ou na conduta dos(as) pacientes. Contudo, o fato de os participantes se orientarem para as ações uns dos outros na interação e praticarem suas ações sempre com base na ação do outro evidencia que a interação é uma ação conjunta. Assim, faz-se necessário verificar como são negociados os limites das ações de cada um e como as identidades e papéis emergentes na interação afetam a negociação destas condutas, o que foi feito de forma muito clara, e ainda assim aprofundada, neste livro.

Joseane de Souza  
Mestrado em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.  
josouza22@yahoo.com.br