

“SUA DOR É DE ZERO A QUANTO?”: NARRATIVA, SOFRIMENTO E RESISTÊNCIA EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

“¿CUÁL ES EL GRADO DE SU DOLOR?": NARRATIVA, SUFRIMIENTO Y RESISTENCIA EN
UNA UNIDAD DE ASISTENCIA DE SALUD SUPLEMENTARIA

“HOW MUCH WOULD YOU RATE YOUR PAIN?": NARRATIVE, SUFFERING AND RESISTANCE
IN A HEALTHCARE UNIT

Grasiele Barreto Rangel Monteiro*

Diana de Souza Pinto**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO: Com base em uma entrevista de pesquisa que versa sobre um atendimento ocorrido em uma unidade de saúde suplementar, este estudo investiga como as narrativas do entrevistado sugerem a transformação de suas experiências em meios de resistência a determinados tipos de opressão que rotineiramente integram a prática clínica e gerencial nesse contexto. Com o aporte da abordagem Sociolinguística Interacional para a análise do discurso, as questões que o orientam são: como o entrevistado estrutura a sua narrativa em termos de organização e enunciação das experiências; e quais desdobramentos dessa experiência são discursivizados como modos de resistência. Compreende-se que a análise discursiva acerca da experiência narrada pode cooperar para discussões acerca da vulnerabilidade do Sistema de Saúde, seja no âmbito público ou privado, em busca de um equilíbrio entre um atendimento eficiente, humanizado e justo diante das condições institucionais e mercadológicas a que estão submetidos.

PALAVRAS-CHAVE: Narrativa. Resistência. Discurso Clínico. Sociolinguística Interacional.

RESUMEN: Basándose en una entrevista de pesquisa que habla sobre un cuidado ocurrido en una unidad de salud suplementaria, este estudio investiga como las narrativas del entrevistado sugieren la transformación de sus experiencias por medio de la resistencia a determinados tipos de opresión que a menudo integran la práctica clínica y gerencial en ese contexto. Con el aporte del acercamiento de la Sociolingüística Interaccional para el análisis del discurso, las cuestiones que lo orientan son: como el entrevistado estructura su narrativa en términos de organización y enunciación de las experiencias; y cuales los desdoblamiento de

*Mestre e doutoranda em Memória Social no Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). E-mail: grasielemonteiro@yahoo.com.br.

**Mestre em Linguística Aplicada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutora em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente no Programa em Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). E-mail: diana.pinto@unirio.br.

esa experiencia son discutidos como modos de resistencia. Se comprende que el análisis discursivo sobre la experiencia narrada puede cooperar para discusiones sobre la vulnerabilidad del Sistema de Salud sea en el ámbito público o en el privado buscando equilibrio entre un atendimento eficiente, humanizado y justo delante de las condiciones institucionales y mercantiles a las que están sometidos.

PALABRAS CLAVE: Narrativa. Resistencia. Discurso Clínico. Sociolinguística Interaccional.

ABSTRACT: Based on a research interview that discusses a health care service that took place in a supplementary healthcare unit, this study investigates how the interviewee's narratives suggest the transformation of his experiences in means of resistance to certain types of oppression that routinely constitute clinical and management practices in this context. Grounded on an interactional sociolinguistic approach to discourse analysis, we aim at answering the following questions: how does the interviewee structure his narratives regarding both its organization and enunciation of experiences? and which expansions of this experience are discursively constructed as modes of resistance? It is assumed that discourse analysis of personal experiences' narratives can contribute to discussions about the health system's vulnerability both in the public and private spheres, in searching for balanced, efficient, humanized and quality services in view of institutional and market forces they subscribe to.

KEYWORDS: Narrative. Resistance. Clinical Speech. Interactional Sociolinguistics.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), solicitado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), realizado entre os anos de 2017 e 2018, os erros médicos são uma das principais causas de morte do país (COUTO *et al.*, 2018). Além disso, ocasionam o aumento de gastos de verbas no nosso sistema de saúde que já sofre com a falta de recursos. Dados do Conselho Nacional de Justiça, atualizados em 2019, apontam que, no Brasil, há cerca de dezesseis mil processos de responsabilidade civil (dano moral) tramitando nos tribunais sobre erros médicos (CNJ, 2020), também denominados como “eventos adversos” ou “má prática”. Destaca-se que as diferentes denominações sugerem um embate nas práticas discursivas pois, conforme afirma Bourdieu (2001), os discursos são permeados de interesses e imposições de poder que simbolizam uma determinada intenção. Assim, a eficácia simbólica da comunicação não está na troca de signos, mas na sua produção social.

Makary e Daniel (2016) apontam os erros médicos como a terceira maior causa de morte nos EUA. Observamos que, no Brasil, as discussões sobre o tema são escassas, principalmente aquelas que focam na experiência do paciente. Assim, tornam-se necessárias novas reflexões em diferentes áreas do conhecimento sobre o tema, uma vez que os estudos sobre erros médicos são balizados, principalmente, pelas áreas médica e jurídica.

O corpus que compõe este estudo é proveniente da pesquisa de doutorado em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Memória Social (PPGMS), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e baseia-se em uma entrevista individual de aproximadamente sessenta minutos, realizada no Laboratório de Práticas Sociais e Pesquisas sobre Violência (LPSPV) do Programa de Pós-Graduação em Memória Social (UNIRIO) por ambas as autoras deste artigo. Foi gravada em áudio e transcrita pela primeira autora. O jovem entrevistado Lucas narra a sua experiência de ter perdido a sua noiva Maria Eduarda¹ em virtude de erros médicos em um atendimento em uma unidade de saúde particular. Dentre os principais tópicos abordados pelo entrevistado, encontramos: a manifestação inicial da crise de apendicite da noiva, o modo como a sua noiva fora recebida na unidade de saúde suplementar, os erros nos procedimentos clínicos identificados no prontuário da paciente e a luta por justiça por parte do entrevistado como forma de superar o ocorrido, bem como para ajudar outras pessoas que viveram situação similar.

Em sua longa narrativa, esse jovem narra as mudanças que promoveu em sua vida após o trágico incidente que culminou com a perda de sua noiva. De acordo com o narrador, ele transformou suas memórias sobre o ocorrido em ações sociais de apoio a outras

¹ O nome do entrevistado e dos sujeitos por ele mencionados durante a entrevista foram substituídos por pseudônimos, atendendo ao comprometimento de confidencialidade aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa submetido à Plataforma Brasil.

vítimas de erros médicos e aos seus familiares, ajudando-as, nas suas palavras, a “superar” essas experiências e encorajando-as a denunciar os casos que as levaram a complicações de saúde, mutilações, incapacidades motoras ou à perda da vida de um ente querido, culminando com a criação de uma Organização Não-Governamental (ONG) para esse fim em 2016.

O objetivo desse estudo é analisar as narrativas enunciadas na entrevista de pesquisa com o jovem Lucas cuja noiva veio a óbito, segundo ele, em decorrência de um atendimento em uma unidade de emergência de saúde suplementar². A partir do exame das construções discursivas do sofrimento, socialmente situadas na experiência da doença e da perda decorrente, ambicionamos examinar em que medida essas experiências funcionaram como modos de resistência, culminando na criação de uma ONG para auxiliar pessoas em situações similares. As questões que nos orientam são: como o entrevistado estrutura a sua narrativa em termos de organização e enunciação das experiências e quais desdobramentos dessa experiência são discursivizados como modos de resistência.

Nas duas últimas décadas, segundo Mishler (2005), houve uma mudança de paradigma nos estudos da clínica médica, caracterizado como uma “virada narrativa”, cujo foco centra-se, sobretudo, na comunicação paciente/profissional. As narrativas enunciadas pelos pacientes caracterizam, segundo o autor, uma forma de expressar, em linguagem cotidiana ou ordinária, o sentido das experiências, ou, em outros termos, a voz do mundo *versus* a voz da Medicina, na qual a linguagem técnica, associada a roteiros assimetricamente estabelecidos de investigação clínica e discursivamente performatizados pelos representantes do campo da Saúde, chancelados socialmente, resultam em discursos que tomam a voz do mundo como apenas uma fonte de informações. A pergunta que esses estudos visam responder, a partir dessa virada, é: como os pacientes experimentam a doença?

Ribeiro *et al.* (2001) destacam que os relatos, na área clínica, são um campo promissor de investigação para as pesquisas empíricas que versam sobre narrativas do paciente, testemunhos de serviços bons ou ruins, reconstruções de prontuários médicos e etc. Os estudos de Clark e Mishler (2001) ilustram a ênfase na necessidade de considerar os “pacientes como pessoas” cujas preocupações, interesses e entendimentos sobre a doença precisam ser objeto de atenção dos profissionais da saúde. Os autores argumentam que uma das principais críticas relativas à medicina moderna é o fato dela guiar-se por imperativos tecnológicos em detrimento de aspectos terapêuticos importantes do relacionamento clínico, como aponta Foucault (2003) em sua obra “Nascimento da Clínica”, ao destacar o preponderante papel do olhar para a prática clínica.

Importa ressaltar que este estudo se alinha à perspectiva de Mishler (2002), que avalia a narrativa como um dos caminhos para a ordenação e organização de sentidos. Com o intuito de compreendermos a função da narrativa no contexto da saúde, nos remetemos, neste artigo, aos estudos de Clark e Mishler (2001), Oliveira e Bastos (2001), Bastos (2008), Kleinman *et al.* (1997) e Mishler (2005). Para Mishler (2005), as “narrativas de resistência”, conceito já usado no feminismo e no pós-colonialismo, configuram narrativas de experiência marginal. O autor destaca que elas detêm seu valor epistemológico pois não integram a construção hegemônica dos contextos nos quais são gestadas. Assim, apresentam um potencial de desestabilizar verdades cristalizadas sobre práticas e valores e abre vias para as incertezas e complexidades constitutivas de vidas em contextos institucionais.

A análise dos dados pautar-se-á na perspectiva interacional para a análise do discurso (GOFFMAN, 2002; GUMPERZ, 2002). Este arcabouço teórico objetiva construir uma teoria geral da comunicação que integre o que sabemos sobre a língua, a cultura e as convenções interacionais. Em outros termos, esta abordagem promove uma relação entre interações e seus efeitos sócio-históricos (RAMPTON, 2017).

Nesse sentido, a análise empregará os conceitos de enquadre (GOFFMAN, 1974), alinhamento (GOFFMAN, 2002), convenções ou pistas de contextualização (GUMPERZ, 2002) bem como observará o emprego de várias estratégias discursivas de alto envolvimento presente no corpus (TANNEN, 1989). Será incorporada na análise, ainda, a observação de alguns componentes da

² Representa a relação jurídica entre o prestador de serviço privado de saúde e o consumidor por meio de planos de saúde. É regulada pelo poder público, representada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e regida, principalmente, pela Lei 9.961, de 1998 – a qual regulamentou o setor de planos de saúde – e a Lei nº 9.961, de 2000, que criou a ANS e definiu suas atribuições, finalidades, bem como sua vinculação ao Ministério da Saúde.

abordagem estrutural (LABOV, 1972): a orientação, o resumo e a avaliação³.

2 NARRATIVAS, SOFRIMENTO E RESISTÊNCIA NO DISCURSO DA CLÍNICA MÉDICA

Os referenciais teóricos apresentados nesta seção discutem a estrutura singular do discurso clínico, bem como a burocratização no atendimento das unidades de saúde suplementar. Abordam, ainda, que os relatos socialmente situados dos pacientes sobre suas experiências de doença têm como característica o sofrimento. Muitas vezes, esses relatos podem expor ou, até mesmo, funcionar como meios de resistência.

2.1 ESTRUTURA DO DISCURSO CLÍNICO, BUROCRACIA E DRAMA NO ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE

Clark e Mishler (2001) observam que, embora seja o paciente que procura o atendimento, sendo os seus problemas o tópico central de interesse, são os profissionais da saúde que controlam esse processo, conforme protocolos de atendimento pré-estabelecidos de diagnóstico e tratamento. Nessa perspectiva, geralmente, o médico ou outro profissional da saúde responsável pelo primeiro atendimento conduz uma entrevista estruturada, com a maioria das perguntas fechadas. Para esses profissionais, tal prática seria suficiente para especificar os sintomas, seguido de um exame físico. As respostas dos pacientes são direcionadas para os fatos considerados por eles como relevantes para o diagnóstico e para o plano de tratamento, em geral de forma rápida e pontual. Ou seja, em consonância com uma agenda determinada pelo saber médico (RIBEIRO; PINTO, 2005). As perguntas abertas são ocasionais e comumente seguidas por outras perguntas que exigem respostas curtas e sucessivas. As interrupções do paciente são muito comuns, assim como correções e repetições das perguntas iniciais para a retomada da pauta de origem. O controle dessa disputa é denominado por Mishler (1984) de “voz da Medicina” *versus* “voz do cotidiano”; uma reflete o conhecimento técnico biomédico, e a outra, as experiências pessoais dos eventos e dos problemas do paciente. Os pressupostos do autor estão baseados não apenas na necessidade do paciente de contar suas histórias, como também na importância desses relatos para uma investigação clínica mais efetiva. Muitas vezes, essas histórias são suprimidas, seja devido à agenda tópica do discurso clínico ou em decorrência do uso de aparelhos e técnicas de triagem, conforme ilustra a análise do Excerto 2.

As mudanças na sociedade também refletem grandes desafios nas interações humanas, e uma delas é “o processo de burocratização das relações interpessoais” (OLIVEIRA; BASTOS, 2001, p. 161). A relação entre a empresa que presta serviços de saúde e o paciente é um exemplo dessa relação complexa. Eventos dramáticos protagonizados por pacientes e seus familiares, cônjuges e amigos emergem em diversas narrativas de sofrimento e reivindicação por um tratamento justo, como ocorre na entrevista a ser analisada.

Oliveira e Bastos (2001) apontam que as representações do que seja saúde são conflitantes entre os clientes e as empresas, a exemplo das que fornecem serviços de saúde suplementar. Para o cliente, a comparação da saúde a outros serviços como luz e gás, por exemplo, é inadmissível, já que se trata de uma necessidade, um direito constitucional de todos. Além disso, Oliveira e Bastos (2001) apresentam algumas formas de avaliação do cliente em relação ao atendimento nas unidades de saúde como, por exemplo, os procedimentos burocráticos que inviabilizam o atendimento, tornando o cliente impotente diante da situação sobre a qual ele não tem nenhum controle; a rigidez excessiva no contrato de prestação de serviços, impedindo qualquer exceção à regra; ou a indiferença dos profissionais da saúde em relação ao caráter humano – ou, nas palavras de Mishler (2005), a ética do cuidado humano – da necessidade referente à saúde do paciente, temática a ser explorada na análise do Excerto 3.

2.2 SOFRIMENTO, NARRATIVA E RESISTÊNCIA

De acordo com Kleinman *et al.* (1997), apesar do sofrimento ser uma temática inerentemente humana, novas configurações sociais, econômicas e políticas potencialmente favorecem situações de precariedade e vulnerabilidade, decorrentes da constante transformação nos modos de vida e nas relações de trabalho. Expressar a dor pode ser considerado um meio de resistir ao

³ Para a crítica ao estudo de Labov (1972), ver Schegloff (1997).

sofrimento. Segundo os autores, o sofrimento social resulta de ações políticas, econômicas e de poder institucional. Os autores apontam que o sofrimento social inclui condições que podem envolver questões de saúde, religião, ética, direito, etc. e, tradicionalmente, são tratadas em áreas diferentes. O sofrimento, nessa perspectiva, não deve ser essencializado, ou seja, mesmo que a experiência que leva ao sofrimento seja compartilhada, cada um sofre de modo diferente. Ainda segundo os autores, enquanto algumas experiências de dor e luto são silenciadas, outras conseguem ser expressadas. Assim, podemos considerar que proporcionar uma escuta qualificada das histórias contadas pelos envolvidos em situações de sofrimento é facultar-lhes o exercício do direito de resistência. Essas narrativas configuram-se enquanto histórias sociais e políticas de transgressão de arranjos subjetivos e de concepções de *self* que atuam como críticas a categorias consolidadas sobre o que é ser doente, quais os sintomas expressar e quais silenciar, e quais práticas clínicas e terapêuticas devem ser acatadas.

Quanto ao conceito de narrativa, conforme apontamos, este estudo alinha-se à proposta de Mishler (2002). Segundo ele, a narrativa também permite a expressão das percepções sociais. O autor considera que o passado é constantemente reenquadrado por nós. Para ele, os significados dos eventos e das experiências são reconstruídos de acordo com os contextos de nossas vidas correntes. Sendo assim, as pesquisas relacionadas a narrativas devem propor novas perguntas, novos métodos e conceitos para estudar cada vida em seu contexto. Em tais pesquisas, o autor nos orienta que é preciso atentar, principalmente, para funções culturais, psicológicas e sociais, e observar o modo como a história é contada e como o narrador seleciona e organiza experiências e acontecimentos, além do motivo pelo qual a história está sendo contada e em que contexto.

A análise holística proposta por Mishler (2002) destaca os efeitos de fatores socioculturais e da experiência de vida nas narrativas. Nesse sentido, a história pode cumprir diferentes finalidades e, inclusive, agir de modo terapêutico. Usar a narrativa como método para a compreensão da experiência de pacientes e profissionais da saúde, segundo Mishler (2002), pode trazer potenciais benefícios nas políticas e práticas de cuidados com a vida. Seu objetivo é propor uma discussão crítica entre pesquisadores, profissionais da saúde e pacientes e, principalmente, incentivar a escuta e o exame dos relatos socialmente situados dos pacientes sobre suas experiências de doença, os quais podem representar e funcionar como "narrativas de resistência".

3 CONSTRUTOS ANALÍTICOS

De acordo com Bastos (2005), as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que utilizam narrativas se ancoram em diferentes tradições no âmbito da Linguística, que podem ser sustentadas pela visão das narrativas segundo uma abordagem estrutural ou pela visão da narrativa como uma prática social. Insere-se na última perspectiva a abordagem da Sociolinguística Interacional (GUMPERZ, 2002), segundo a qual o discurso é o resultado do esforço conjunto entre os participantes da interação. Assim, as narrativas são coconstruídas, cabendo aos participantes interpretar uma dada elocução de acordo com as suas definições sobre o que está acontecendo no momento da interação. As convenções de contextualização, categoria fundamental para as análises aqui empreendidas, são "[...] pistas de natureza sociolinguística que utilizamos para sinalizar os nossos propósitos comunicativos ou inferir os propósitos conversacionais do interlocutor" (GUMPERZ, 1982, p. 149). Segundo Goffman (1974), as pessoas definem a interação em termos de um enquadre ou esquema identificável e familiar. Algumas pistas de contextualização (GUMPERZ, 2002), tais como o silêncio, as hesitações, o choro e os risos, são recursos que integram a comunicação humana e são de crucial importância para a análise de dados, pois possibilitam observar os enquadres na interação, que podem ser, por exemplo, de brincadeira, de cooperação, de solidariedade, etc. Erving Goffman, em 1974, propõe o termo enquadre, o qual "[...] situa a metagem contida em todo enunciado, sinalizando o que dizemos ou o que fazemos, ou como interpretamos o que é dito e feito" (GOFFMAN, 2002, p. 107). Em qualquer encontro face a face, os participantes estão permanentemente propondo ou mantendo enquadres, que organizam e orientam o discurso em relação à situação interacional. Posteriormente, em 1979, como um desdobramento do conceito de enquadre no discurso, Goffman introduziu o conceito de *footing*, passando a caracterizar o aspecto dinâmico do enquadre. O "[...] footing representa o alinhamento, a postura, a posição, a projeção do "eu" de um participante na sua relação com o outro, consigo próprio ou com o discurso em construção" (GOFFMAN, 2002, p. 107). São sinalizados através do modo como os participantes gerenciam a produção e a recepção das elocuições e podem indicar aspectos pessoais e sociais. Durante a interação, os *footings* são introduzidos, negociados, ratificados (ou não), mantidos e modificados. Tais mudanças são inerentes à fala natural e implicam, segundo Goffman (2002), uma mudança no alinhamento que assumimos para nós e para os outros participantes,

expressando o modo como conduzimos a produção ou a recepção de uma elocução.

As histórias são capazes de estabelecer conexões afetivas entre o narrador e o interlocutor por meio de algumas estratégias, chamadas por Tannen (1989) de envolvimento. As estratégias de envolvimento podem criar coerência e envolvimento interpessoal no discurso. As repetições em suas diferentes formas e o alongamento de vogais são, por exemplo, algumas das estratégias discursivas que, segundo a autora, integram a natureza dialógica da linguagem. Some-se a isso o fato de que a construção da fala por meio de diálogos se caracteriza como uma estratégia discursiva que pode criar maior envolvimento entre os participantes da interação e tornar a comunicação mais afetiva.

Este estudo também emprega Labov (1972) para a análise da estrutura das narrativas, sobretudo no que tange ao componente da avaliação. Na abordagem estrutural, a narrativa é “[...] um método de recapitular as experiências através da combinação de uma sequência verbal de sentenças com a sequência de eventos que (infere-se) ocorreram de fato” (LABOV, 1972, p. 359-360). Nesse caso, a narrativa é estruturada em uma sequência temporal, tem um ponto e é contável. O ponto é a razão de ser da narrativa, ou seja, o motivo pelo qual a narrativa está sendo contada. A abordagem estruturalista de Labov (1972) traz componentes optativos e obrigatórios, que podem ser diferenciados a partir das informações que apresentam. Apesar de não ser obrigatório, é muito comum que as narrativas se iniciem com enunciados que as resumizam, o chamado resumo. O resumo informa o interlocutor sobre o que será a história. Outro elemento é a orientação, que contextualiza o evento a ser contado, podendo indicar o lugar, o tempo, as pessoas e as circunstâncias. Entretanto, o elemento mais complexo e mais fascinante da estrutura narrativa, de acordo com Bastos (2005), é a avaliação, que traz informações sobre a carga dramática ou o clima emocional da narrativa, também usada para indicar o seu ponto. A avaliação pode ser externa ou explícita, quando o narrador suspende o fluxo da narrativa para expressar algum comentário pessoal sobre o evento, ou encaixada ou implícita, quando o narrador comunica se os eventos foram tristes, perigosos, divertidos etc., sem interromper o fluxo narrativo.

4 ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Lucas é um narrador muito bem articulado e organiza suas várias narrativas, muitas vezes, com riqueza de detalhes. O entrevistado constrói suas narrativas com várias hesitações, alongamentos e pausas, exemplos de estratégias de envolvimento (TANNEN, 1989) cujo efeito no interlocutor é de grande impacto emocional e de forte empatia.

A entrevista começou com uma pergunta aberta sobre como foi a experiência do entrevistado de ter perdido a sua noiva vítima de um erro médico: “A gente queria saber a princípio de você como foi essa experiência que você viveu é, de ter sido, é de ter tido a sua noiva vítima de um erro médico? E... como foi para você viver isso, essa situação, assim de modo geral, assim...”. Lucas começa a sua resposta expressando que foi pego de surpresa e, ao se alinhar como um cidadão de classe média, detentor de plano de saúde privado, afirma que nunca pensou que fosse passar pela experiência que narrou e que será analisada nos excertos a seguir.

Excerto 1 – “e eis que ela foi acometida por algo que todos nós estamos sujei↑tos”: O que aconteceu?

15 Lucas e eis que ela foi acometida por algo que todos nós estamos sujei↑tos, né::
 16 que:: é uma ↑CRISE de apendicite (0.3) e:: desde o primeiro momento::
 17 (0.2) eu acompanhei ela de perto né, desde=o(.) desde=a apresentação dos
 18 sintomas até o desfecho .hh e >eu tava super tranquilo< né:: eu tava
 19 super<tranquilo> na verdade a gente tava assistindo aula juntos. né, que a
 20 gente faz uma pós-graduação <juntos> e ela começou a passar mal durante a
 21 aula(.) e eu=a encaminhei pro- para a unidade de atendimento conveniado ao
 22 plano dela (.) que tivesse mais próximo de onde a gente tava-|e a levei::hh⁴

Ao começar a narrar os eventos, Lucas enquadra a experiência como uma situação comum, como é possível observar nas linhas 15 e 16, momento em que o entrevistado faz um resumo do que será relatado, como uma introdução ao que irá explorar durante a narrativa: “e eis que ela foi acometida por algo que todos nós estamos sujei↑tos, né:: que:: é uma ↑CRISE de apendicite (0.3)”. O

entrevistado avalia a situação que ele viveu como sendo algo a que “todos nós estamos sujei↑tos”, uma estratégia de envolvimento que aponta para o compartilhamento potencial daquela experiência com o interlocutor.

Em seguida, nas linhas 17 e 18 (“e:: desde o primeiro momento:: (0.2) eu acompanhei ela de perto né, desde=o(.) desde=a apresentação dos sintomas até o desfecho .hh”), observamos a sequência de enunciados que visam expressar o que estava acontecendo, os momentos de tensão. Nas linhas 18 e 19 (“e >eu tava super tranquilo< né:: eu tava super <tranquilo>”), o narrador traz algumas avaliações do que ele estava sentindo, de modo a expressar a carga emocional que ele experimentava naquele momento. As repetições entre ambas as elocuições, associadas às mudanças de ritmo, expressas pelas convenções > < e < >, parecem reforçar tais aspectos avaliativos, bem como ratificam o enquadre proposto no início do excerto de uma situação corriqueira, que inicialmente não lhe oferecera grandes preocupações.

Lucas traz algumas informações de orientação nas linhas 19 e 20 (“na verdade a gente tava assistindo aula juntos. né, que a gente faz uma pós-graduação <juntos>”) que nos auxiliam a compreender como as personagens se relacionavam, enfatizando que estudavam juntos, eram noivos e possuíam também afinidades profissionais. Acrescenta-se a esse argumento o fato de que eles tinham a mesma profissão, estudavam e trabalhavam no mesmo local. É intrigante também observar na elocução “que a gente faz uma pós-graduação <juntos>” o uso do verbo “faz” conjugado no presente. A presentificação do verbo indicia que a perda da sua noiva ainda era, naquele momento da narrativa, uma experiência de dor e sofrimento.

Lucas narra, então, o momento em que sua noiva começa a sentir-se mal “e ela começou a passar mal durante a aula(.)” (linha 20 e 21). Em seguida, identifica aspectos como o local e algumas atividades: “e eu=a encaminhei pro- para a unidade de atendimento conveniado ao plano dela (.) que tivesse mais próximo de onde a gente tava- e a levei:: .hh e::” (linhas 21 e 22). Na sequência, Lucas narra como foi sua chegada e de Maria Eduarda na unidade de atendimento, conforme o próximo excerto.

Excerto 2 – “eu acho que, aquilo parecia qualquer coisa menos uma unidade de saúde”: A recepção da paciente na unidade de atendimento

- 28 Lucas E ai foi muito ENGRAÇADO porque quando eu entrei nessa unidade:: eu
 29 acho que, aquilo parecia qualquer coisa menos uma unidade de saúde.
 30 Primeiro que quando você entra, na sua frente tem um:: um terminal, um
 31 computador, onde você tem que ir lá (.) e clicar em alguns <BOTÕES> uma
 32 espécie de filtro que eles fazem, se é atendimento prioritário:: idoso:: então
 33 isso me assemelhou a um:: banco né:: que quando você entra numa agência
 34 bancária você já tem que ir a um terminal dizer o que que é para te darem
 35 um- um tíquete. hh. Aí eu ganhei esse ticket e tive que ficar <sentado,
 36 esperando alguém do administrativo nos chamar> né:: (.) então:: ela
 37 morrendo de dor, eu tive-tivemos que ficar u-um certo tempo esperando até
 38 um, um agente administrativo <nos chamar>. E aí nós fomos ↑chamados, e
 39 eu a deixei ↑deitada no ↑banco porque ela mal se ↑aguentava e fui lá:: com
 40 a carteirinha dela:: dizer:: (.) e aí, e aí você percebe que é tudo muito
 41 ROBOTIZADO, né... é:: falta- o que eu percebo é isso falta aquele=
 42 Diana =cuidado
 43 Lucas falta aquele cuidado, aquele olhar humano, tudo máquina, sabe...

Ao narrar sua indignação com relação ao local de atendimento, Lucas usa de ironia ao enquadrar a situação como brincadeira, apresentando o evento como “muito ENGRAÇADO”. O vocábulo “engraçado” foi enunciado com um aumento no tom de voz, destacando, por meio dessa avaliação, os aspectos inusitados e incomuns acerca do que se espera de um contexto de atendimento hospitalar (“aquilo parecia qualquer coisa menos uma unidade de saúde” (linha 29)). Essa seleção vocabular funciona como um preâmbulo para a descrição minuciosa que se segue e imprime uma carga dramática à narrativa, uma vez que o entrevistado oferece um enquadre totalmente distinto do esperado para a experiência que ele anunciara.

Em seguida, apresenta vários elementos e práticas para consubstanciar a analogia entre a unidade de saúde e o serviço de atendimento bancário: o computador com BOTÕES, ou seja, uma máquina que emite um “ticket”, destacando, assim, a impessoalidade no atendimento, que é supostamente rompida pelo meio de um “agente administrativo”, e não por um profissional de saúde: “primeiro que quando você entra, na sua frente tem um:: um terminal, um computador, onde você tem que ir lá (.) e clicar em alguns <BOTÕES> uma espécie de filtro que eles fazem, se é atendimento prioritário:: idoso:: então isso me assemelhou a um:: banco né:: que quando você entra numa agência bancária você tem que ir a um terminal dizer o que que é para te darem um- um tíquete” (linhas 30-35). Cabe destacar que as questões abordadas por Lucas nesse excerto trazem à tona as discussões sobre a burocratização dos processos nas unidades de saúde, problemática que conforme vimos é abordada por diversos autores (BASTOS, 2008; CLARK; MISHLER, 2001; MISHLER, 2005; OLIVEIRA; BASTOS, 2001; PINTO, 2001), os quais chamam a atenção para a necessidade de se investir em um olhar mais humanizado para tais questões.

Logo na sequência da entrevista, Lucas repete que teve que ficar aguardando ser chamado mesmo diante das fortes dores de sua noiva (“então:: ela morrendo de dor eu tive-tivemos que ficar u- um certo tempo esperando até um, um agente administrativo <nos chamar>” (linhas 36-38)). As repetições, em sua narrativa, evidenciam a espera na unidade de saúde como um dos grandes problemas enfrentados nesse atendimento. Ele expõe que foram chamados: “e aí nós fomos ↑chamados, e eu a deixei ↑deitada no ↑banco porque ela mal se ↑aguentava” (linhas 38-39). Em toda essa sequência, observamos um conjunto de convenções de contextualização que destaca o intenso sofrimento de sua noiva: as seleções lexicais “morrendo de dor” e “ela mal se aguentava”, o alongamento de vogal (então::), e o tom mais agudo, sinalizado pela convenção ↑.

Na elocução “fui lá:: com a carteirinha dela:: dizer::”, observamos vários alongamentos vocais (::). Tais alongamentos sinalizam um certo enfado, além do descontentamento com a burocracia no atendimento daquela unidade. Na sequência, Lucas faz um comentário avaliativo sobre o que ele observou da experiência: “e aí, e aí você percebe que é tudo muito ROBOTIZADO, né... é:: falta- o que eu percebo é isso falta aquele” (linhas 40-41). E Diana continua com uma elocução contígua, “cuidado” (linha 42), sobre a qual Lucas finaliza: “falta aquele cuidado, aquele olhar humano, tudo máquina, sabe...” (linha 43). Diana e Lucas constroem juntos uma moral para o evento narrado, destacando o aspecto da desumanização na comunicação entre supostos agentes de saúde, que têm a função precípua do cuidado com o paciente. Esse tema é frequentemente abordado por Lucas ao longo de sua narrativa, muitas vezes por meio do emprego das expressões “robotizado” e “robótico”. Aqui, o vocábulo “ROBÓTICO” é acompanhado por uma grande ênfase, marcada pelas letras maiúsculas na transcrição.

Excerto 3 – “sua dor é de zero a quanto?": O sofrimento negligenciado

61 Lucas enfim:: também um péssimo atendimento prestado pela profissional (0.3) e
 62 com perguntas do tipo, sua dor é de zero a quanto? de zero a dez a dor é qual
 63 intensidade? Hh sabe? sabe, perguntas assim completamente:: às vezes a
 64 impressão que eu tenho é que as pessoas que organi↑zam esses processos de
 65 atendimen↑to, sabe, essas questões de dar os protocolos, eu acredito que
 66 essas pessoas nunca passaram por esses protocolos que elas planejam.
 67 Porque como uma pessoa que mal consegue falar, ainda vai ter que dizer, de
 68 zero a dez, qual é a escala de dor? >Naturalmente ela vai falar, sei lá, dez,
 69 onze< A impressão que eu tive é que aquela profissional ROBÓTICA..., ela
 70 não:: ela não deu a devida atenção à Maria Eduarda.

Nesse excerto, destaca-se o conflito recorrente entre a “voz da Medicina” e a “voz do cotidiano”, conforme discutido anteriormente. Há um objetivo por parte do paciente que, muitas vezes, é negligenciado devido às práticas impostas pela agenda institucional. E, em tempos nos quais a saúde transformou-se em mais uma mercadoria de um capitalismo que segue nos preceitos do neoliberalismo, todo um aparato tecnocrata, que visa à maximização do lucro e integra a rede de dispositivos que usa a tecnologia com vistas à otimização dos gastos. Nesse contexto, o emprego de escalas para avaliação, formuladas com perguntas fechadas, parametrizadas para que seus resultados possam ser comparados em larga escala e, portanto, calcadas na quantificação da experiência, integram protocolos que ambicionam uma gestão eficiente. O olhar e a escuta atenta ao paciente, fundamentos de uma clínica baseada na ética do cuidado, uma experiência eminentemente humana, parecem perder cada vez mais sua centralidade.

Lucas inicia sua estória, mais uma vez, enquadrando-a de forma irônica ao narrar o atendimento da profissional que, por meio de uma escala, ambiciona medir o sofrimento de sua noiva. Destaca sua perplexidade face ao absurdo de uma profissional esperar que alguém, nas condições de Maria Eduarda, (“uma pessoa que mal consegue falar” (linha 67)), seja capaz de respondê-la. E conclui o excerto qualificando a profissional de maneira enfática (“ROBOTICA” (linha 69)), como uma máquina, destituindo-a, portanto, da capacidade de desenvolver empatia. E conclui sublinhando a desatenção à qual sua noiva foi submetida (“ela não deu a devida atenção” (linhas 69 e 70)). Assim, constrói discursivamente a profissional como robótica, protocolar e desatenta.

Excerto 4 – “quando eu recebi o <prontuário>, e vi na mi::nha ca::ra o que tinha acontecido, eu falei “NÃO, NÃO DÁ””: Solidariedade e justiça como forma de resistência

238 Diana quando foi que você resolveu é::<que você ia transformar essa dor, em:: ação>?
 239 Ir na delegacia é uma ação
 240 Lucas Não... é quando:: é, foram etapas, né:: primeiro -e:: foi o fato do que eu vivi
 241 outras pessoas também vivenciaram e até em DOSES PIORES segundo a
 242 minha interpretação. E eu via aquele relato daquelas pessoas, sabe:: e todas
 243 elas <denuncia::ndo esse forte corporativi::smo e que o caso delas não deram
 244 em na::da, sabe:: eu vi que “não gente, não é possível, eu tenho que tentar::
 245 tenho que correr atrás dos meus direitos” e quando eu recebi o <prontuário>, e
 246 vi na mi::nha ca::ra o que tinha acontecido, eu falei “NÃO, NÃO DÁ”.

No Excerto 4, ocorrido na segunda metade da entrevista, Lucas constrói discursivamente a sua revolta ao ver o que tinha acontecido com a sua noiva e ao reconhecer que não somente ela, como outras pessoas também haviam vivenciado situação similares à dela e, segundo ele, até piores.

Neste excerto, Diana solicita a Lucas algumas orientações temporais (linhas 238 e 239) sobre o momento em que ele começou a implementar ações para buscar a justiça no caso de Maria Eduarda. Ele responde: “é, foram etapas, né:” (linha 240), sugerindo que houve um processo que culminou na ação de ir na delegacia, transformando, assim, sua indignação em resistência. Ao mesmo tempo, ele sumariza os enunciados que se seguirão na narrativa e provoca o interesse do interlocutor, criando expectativa ao dizer que não foi apenas um momento que o impulsionou, e sim etapas. A partir daí, Lucas fornece a orientação de ordem temporal, indicando pessoas e circunstâncias como motivadoras de iniciativas, como a investigação do caso, a luta por justiça e as medidas de apoio a outras vítimas, fatos que, embora não estejam presentes no excerto, serão narrados ao longo da sua entrevista: “primeiro -e:: foi o fato do que eu vivi outras pessoas também vivenciaram e até em DOSES PIORES segundo a minha interpretação”. Ele, então, expõe a denúncia do forte corporativismo, destacado pelo uso do alongamento da vogal e da ênfase, sublinhando o fato de que outros passaram por situação semelhante: “e eu via aquele relato daquelas pessoas, sabe:: e todas elas <denuncia::ndo esse forte corporativi::smo” (linhas 242 e 243). Acrescenta, ainda, o aspecto da impunidade: “e que o caso delas não deram em na::da, sabe::” (linhas 243 e 244).

O ponto de virada (MISHLER, 2002), segundo a narrativa de Lucas, ocorre quando ele recebe o prontuário: “e quando eu recebi o <prontuário>, e vi na mi::nha ca::ra o que tinha acontecido, eu falei “NÃO, NÃO DÁ””. (linhas 245 e 246). Aqui, deparamo-nos com várias pistas de contextualização que operam conjuntamente para ressaltar o caráter inusitado da experiência de Lucas: o documento prontuário atestava indubitavelmente (“na mi::nha ca::ra”) o descaso para com a vida de sua noiva. Os alongamentos das vogais corroboram paralinguisticamente os sentimentos de indignação e de sofrimento, que culminam com o narrador Lucas trazendo à estória as elocuições proferidas por Lucas, o personagem: “NÃO, NÃO DÁ”, marcando, assim, a passagem da dor à resistência operada por meio da procura “de seus direitos”, projetando-se, discursivamente, como um cidadão.

Segundo Ewick e Silbey (2003), a solidariedade dos movimentos sociais organizados também pode ser considerada como uma forma de resistência. As autoras consideram essa solidariedade como sendo fundamental para se provocar o poder institucional. Analisando essa afirmação e a narrativa do entrevistado, podemos compreender que a aposta na solidariedade social proposta nas organizações sociais representa uma importante alternativa de resistência para aqueles acometidos por situação de sofrimento. Como relatamos na introdução deste trabalho, o entrevistado narrou que a sua experiência trágica culminou na criação de uma

ONG para apoiar outras vítimas, o que, conforme vimos, pode ser considerado como uma forma de resistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as narrativas contidas na entrevista à luz do arcabouço teórico-metodológico selecionado, observamos que a construção discursiva do entrevistado pode atuar como um meio de resistência a determinados tipos de opressão. Consonante ao que alguns autores apresentados discutem, o entrevistado narra algumas peculiaridades que integram a estrutura do discurso da prática clínica. Ao apontar que não esperava viver a situação na qual, segundo ele, sua noiva teve sua dor negligenciada, o entrevistado relata que, tomar conhecimento do que lhe havia acontecido e de situações similares que acometeram outras pessoas, o motiva a lutar por justiça e a criar uma ONG de apoio a situações de vulnerabilidade no sistema de saúde do país nas diversas esferas.

Nos excertos apresentados, o entrevistado constrói discursivamente a manifestação inicial da doença de sua noiva, narra a recepção na unidade de saúde, expressa o sofrimento negligenciado no seu atendimento e aponta alguns fatores que o impulsionaram a promover algumas ações de solidariedade e de luta por justiça. Nessas projeções discursivas, é possível identificar, por exemplo, que o entrevistado constrói a doença de sua noiva como algo comum da vida humana, apresenta elementos complicadores em relação ao atendimento na unidade de saúde, como comunicação e protocolos ineficientes e, assim, aponta o sofrimento e a negligência como impulsionadores das ações de resistência.

Abordar os erros ou as situações adversas no contexto da área da saúde, tanto no âmbito público como no privado, é mergulhar numa onda um tanto quanto fria e desconfortável, visto que nos aproxima da constatação sobre o quanto todos estamos submetidos a uma crescente vulnerabilidade face a esse sistema. Contudo, acreditamos que discutir e investigar essa temática pode conduzir-nos a caminhos de constante busca por práticas mais seguras no atendimento a pacientes nas unidades de saúde e a despertar para a importância de um atendimento mais humanizado nas relações entre aquele que cuida e aquele que precisa de cuidados. Conforme apresentamos, alguns autores abordam as mudanças de paradigma nos estudos da clínica médica, os quais apontam para a necessidade da comunicação entre paciente e profissional centrar-se, sobretudo, nas narrativas produzidas pelos pacientes como forma de expressar suas experiências da doença e, com isso, conduzir o tratamento para além dos roteiros técnicos e dos instrumentos tecnológicos, já que os discursos cotidianos desses pacientes podem oferecer subsídios terapêuticos importantes ao relacionamento clínico. Esse estudo reconhece, assim, que, por meio das narrativas, é possível compreender não apenas aspectos das experiências dos pacientes, mas elas se constituem, em certo sentido, como uma opção terapêutica para os pacientes ao possibilitar a organização de sentidos dessas experiências. Conforme discutido, os discursos de pacientes, muitas vezes, têm como característica o sofrimento e podem ter a função de propor meios de resistência a situações de dor e vulnerabilidade diversas, principalmente decorrentes das mudanças na oferta dos serviços de saúde, as quais afetam diretamente as relações de trabalho. Desse modo, embora não seja o escopo principal desse estudo, há de se mencionar, e até mesmo incitar, estudos que se dediquem a discutir também a vulnerabilidade dos profissionais de saúde em sua luta diária para equilibrar um atendimento eficiente, humanizado e justo diante das relações institucionais e mercadológicas a que estão submetidos.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, L. C. Contando histórias em contextos espontâneos e institucionais: uma introdução ao estudo da narrativa. *Calidoscópico*, S. Leopoldo, v. 3, n. 2, p.74-87, 2005.
- BASTOS, L. C. Diante do sofrimento do outro: narrativas de profissionais de saúde em reuniões de trabalho. *Calidoscópico*, S. Leopoldo, v. 6, n. 2, p. 76-85, 2008.
- BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: BOURDIEU, P. *Usos e abusos da história oral*. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p. 183-191.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Justiça em números*. Disponível em: <https://paineis.cnj.jus.br/index.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

CLARK, J. A.; MISHLER, E. G. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. *In*: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (org.). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p. 11-53.

COUTO, R. C. *et al.* *II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil*. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.

EWICK, P.; SILBEY, S. Narrating Social Structures: stories of resistance to Legal Authority. *American Journal of Sociology*, v. 108, p. 1328-372, maio 2003.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GOFFMAN, E. Footing. Trad. Beatriz Fontana. *In*: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (org.). *Sociolinguística interacional*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 107-148.

GOFFMAN, E. The frame analysis of talk. *In*: GOFFMAN, E. *Frame analysis*. New York: Harper and How, 1974. p. 496-559.

GUMPERZ, J. J. Convenções de contextualização. Tradução de José Luiz Meurer e Viviane Heberle. *In*: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (org.). *Sociolinguística interacional*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 149-182.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. Introduction. *In*: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 9-27.

LABOV, W. The transformation of experience in narrative syntax. *In*: LABOV, W. *Language in the inner city*. Philadelphia: University of Philadelphia Press, 1972. p. 354-395.

LODER, L. L. O modelo de Jefferson de transcrição: convenções e debates. *In*: LODER, L. L.; JUNG, N. M. (org.). *Fala em interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica*. Campinas: Mercado de Letras, 2008. p. 127-161.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* (Online), v. 353, maio 2016. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MISHLER, E. G. *The discourse of medicine: dialectics of Medical Interviews*. New Jersey: Ablex Pub. Corp., 1984.

MISHLER, E. G. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. *In*: MOITA LOPES, L. P. da; BASTOS, L. C. (org.). *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras, 2002. p. 97-119.

MISHLER, E. G. Patient stories, narratives of resistance, and the ethics of human care: a la recherche du temps perdu. *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, v. 9, n. 4, p. 431-541, 2005.

OLIVEIRA, M. D. C. L. D.; BASTOS, L. C. Saúde, doença e burocracia pessoais e dramas no atendimento de um seguro saúde. *In*: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (org.). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p. 161-187.

PINTO, D. D. S. As estórias de Larissa: o processo de construção da referência e as múltiplas “projeções do eu” em narrativas em uma entrevista psiquiátrica. *In*: RIBEIRO, B. M. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (org.). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p. 121-141.

RAMPTON, B. *Interactional Sociolinguistics*. London: Centre for Language Discourse and Communication, King's College London
The Routledge Handbook of Linguistic Ethnography (in preparation), 2017.

RIBEIRO, B. M. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (org.). Apresentação. In: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (org.). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p. 7-10.

RIBEIRO, B. M. T.; PINTO, D. S. Medical Discourse, Psychiatric Interview. In: BROWN, K. (ed.). *Encyclopedia of Language and Linguistics*. 2. ed. Oxford: Elsevier, v. 7, 2005. p. 1-7.

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. A.; JEFFERSON, G. Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa. *Veredas: Revista de Estudos Linguísticos*, Juiz de Fora, v. 7, n. 1-2, p. 9-73, jan./dez., 2003. Tradução de: A simplest systematics for the organization for turn taking for conversation. *Language*, Baltimore, v. 50, n. 4, p. 696-735, 1974.

SCHEGLOFF, E. "Narrative analysis" thirty years later. *Journal of Narrative and Life History*, v. 7, n. 1-4, p. 97-106, jan. 1997.

TANNEN, Deborah. *Talking voices: repetition, dialogue, and imagery in conversational discourse*. New York: Press Syndicate of the University of Cambridge, 1989.



Recebido em 17/07/2020. Aceito em 08/12/2020.

ANEXO A – CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO

SÍMBOLO	ESPECIFICAÇÃO
...	pausa não medida
(2.3)	pausa medida
(.)	pausa de menos de dois décimos segundos
.	entonação descendente
?	entonação ascendente
,	entonação intermediária, de continuidade
-	parada súbita
<u>Sublinhado</u>	ênfase no som
MAIÚSCULA	fala em voz alta ou muita ênfase
°palavra°	fala em voz baixa
>palavra<	fala em voz rápida
<palavra>	fala mais lenta
:ou::	alongamentos
[]	fala sobreposta
↑	som mais agudo do que os do entorno
↓	som mais grave do que os do entorno
Hh	aspiração ou riso
.hh	inspiração audível
=	elocuições contíguas, enunciadas sem pausa entre elas
()	fala não compreendida
(palavra)	fala duvidosa
(())	comentário do analista, descrição de atividade não vocal
“palavra”	fala relatada

Fonte: Convenções adaptadas de estudos da Análise da Conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), com incorporações de Loder (2008)