



**Clarissa França Higgins de Carvalho e Souza**

**Escuta narcísica, escuta empática na clínica médica: um  
olhar para o racismo estrutural e a branquitude a partir da  
análise de narrativas aplicada à atenção à saúde de  
mulheres negras**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Letras/ Estudos da Linguagem pelo Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem da PUC-Rio.

Orientadora: Liliana Cabral Bastos

Rio de Janeiro  
Setembro 2022



**Clarissa França Higgins de Carvalho e Souza**

**Escuta narcísica, escuta empática na clínica médica: um  
olhar para o racismo estrutural e a branquitude a partir  
da análise de narrativas aplicada à atenção à saúde de  
mulheres negras**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção  
do grau de Doutora pelo Programa de Pós-graduação  
em Estudos da Linguagem da PUC-Rio. Aprovada pela  
Comissão Examinadora abaixo:

**Liliana Cabral Bastos**

Orientadora

Departamento de Letras – PUC-Rio

**Eloísa Grossman**

UERJ

**Talita de Oliveira**

CEFET/RJ

**Inés Kayon de Miller**

PUC-Rio

**Adriana Nogueira Accioly Nóbrega**

PUC-Rio

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2022.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

### **Clarissa França Higgins de Carvalho e Souza**

Bacharel em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj, 2011). Licenciada em Letras, com habilitação em Língua Portuguesa e Literaturas de Língua Portuguesa, pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2020). Mestre em Letras, na área de concentração dos Estudos da Linguagem, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio, 2018). É professora de Língua Portuguesa, Literatura e Redação desde 2016, e atua nas redes pública e privada.

#### Ficha Catalográfica

França, Clarissa Higgins de Carvalho e Souza

Escuta narcísica, escuta empática na clínica médica: um olhar para o racismo estrutural e a branquitude a partir da análise de narrativas aplicada à atenção à saúde de mulheres negras / Clarissa França Higgins de Carvalho e Souza; orientadora: Liliana Cabral Bastos. – 2022.

236 f.: il. color.; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Letras, 2022.

Inclui bibliografia

1. Letras – Teses. 2. Branquitude. 3. Interações inter-raciais. 4. Letramento racial crítico. 5. Narrativas. 6. Saúde de mulheres negras. I. Bastos, Liliana Cabral. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Letras. III. Título.

CDD: 400

Para todas as pessoas que puderem se beneficiar destas reflexões, em particular as  
mulheres que as possibilitaram.

Para meus queridos pais: Angela e Olney, pelo suporte, respeito e amor.

## Agradecimentos

Um dos aprendizados mais transformadores da minha jornada acadêmica foi a percepção de que não se pode fazer nada sozinha, mas estamos inseridas em redes de realização, toda vez que nos aventuramos em novos projetos. Esta seção de agradecimentos honra este aprendizado-vivência e busca nomear algumas das mãos que participaram desta construção. A todas vocês: minha sincera gratidão!

Agradeço às mulheres que foram nomeadas neste trabalho como: Ana, Carla, Hilda, Marta, Neusa, Paula, Sara, Telma. Cada uma de vocês me ensinou novas formas de ver e experimentar o mundo. Este trabalho, em primeiro lugar, é para vocês.

Agradeço à minha querida professora, orientadora e companheira de jornada acadêmica, Liliana Cabral Bastos, por me inspirar com sua inteligência e humanidade, em suas múltiplas performances de profissional realizada, pesquisadora de referência, mulher estilosa, mãe dedicada, avó coruja, filha fiel, esposa divertida, professora admirada, amiga parceira — e tantos outros pares descritivos que tentem capturar a grandeza e os detalhes dessa potência. Lili, obrigada por abrir esta porta para mim e acreditar que eu poderia levar seu projeto promissor adiante! Obrigada por ter ficado comigo até o fim.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Agradeço à CAPES por financiar esta pesquisa, e à PUC-Rio por prover os meios necessários à sua realização.

Querida Érica Sena de Souza, sem seu apoio, esta pesquisa, simplesmente, não existiria. Obrigada por doar tanto, com tanto empenho, entusiasmo, prontidão, simplicidade. Que seus voos sejam cada vez mais altos e suas conquistas, do tamanho da sua generosidade!

Agradeço às professoras Eloísa Grossman, Talita de Oliveira, Adriana Nóbrega e Inés Miller, e aos professores Daniel Silva e Caio Mira, que aceitaram compor a

banca examinadora, compartilhando conosco seus anos de estudos, pesquisas, práticas acadêmicas e *insights* preciosos. Meu respeito pelo trabalho de vocês.

Agradeço aos queridos professores e professoras que ofereceram preciosas leituras críticas, ao longo da construção deste trabalho: Branca Telles Ribeiro, Fábio Fernando Lima, Marcelo Luciano Vieira, Glenda Cristina Valim de Melo, Diana Pinto, Liana Biar, Sonia Giacomini, Gabriel Banaggia, Maria das Graças Dias Pereira. Cada um à sua maneira, vocês foram importantes.

Agradeço à equipe multidisciplinar do projeto acadêmico-social sobre o qual nos debruçamos, composta por profissionais de medicina, psicologia, nutrição, serviço social, comunicação social e serviços administrativos.

Agradeço às equipes com as quais fiz trabalhos de campo: mulheres participantes do projeto social, profissionais de saúde e grupos de medicina narrativa pelo Brasil e no exterior. Aprendi muito com vocês!

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa Narrativa e Interação Social pelas sessões de análise coletiva, por ouvirem os dados, por lerem as transcrições, por compartilharem suas interpretações e materiais, por ouvirem as minhas ideias. Em particular, pela companhia e pelas trocas, agradeço à Jacqueline Teixeira, à Cleide Mello, à Bárbara Venosa, à Naomi Orton, à Etyelle Araújo e à Viviane Cavalcanti.

Agradeço aos funcionários da secretaria do Departamento de Letras da PUC-Rio, especialmente ao Wellington de Azevedo, pela gentileza e eficiência com que sempre se dispôs a me auxiliar.

Agradeço aos amigos que fiz na PUC, e cruzaram as portas da universidade para a vida: Milena, Luís, Raquel, Jacque e Manju: vocês são especiais.

Agradeço a todas as professoras e a todos os professores, de todas as etapas de formação que atravessei, com os quais construí o caminho que hoje culmina na produção desta tese de doutorado. Meu carinho pela perseverança de vocês.

Agradeço aos colegas do PPGEL por tornarem as aulas ainda mais instigantes, pelas trocas de ideias e risadas. De modo especial, agradeço ao Rony Ron-Rén, ao Eduardo Friedman e à Amanda de Moraes, pelos compartilhamentos, contatos ou materiais cedidos.

Agradeço aos meus avós (*in memorian*), que investiram tempo, recursos humanos e financeiros na educação dos meus pais, tios e tias, irmão, primos e primas, e, claro, na minha própria. Vocês foram o meu maior exemplo de generosidade nesta vida.

Agradeço ao meu pai, Olney Higgins, pelo sonho de ter uma filha “professora doutora”, por ter uma vasta biblioteca em casa e permitir que eu a acessasse desde a infância, por ter investido e acreditado em mim. Continue sonhando!

Agradeço à minha mãe, Ângela Higgins, por me apresentar à poesia da vida por meio da música, do canto, da expressão artística, do humor e da leveza, tão fundamentais para injetar de significado qualquer trabalho. E também por ter acompanhado de perto e continuar acompanhando todas as etapas da minha formação. Obrigada, mãe!

Agradeço ao meu irmão, Lucas Higgins, por me suportar, por aceitar me ajudar muitas vezes, por demonstrar admiração e afeto.

Agradeço aos amigos que são família: João, Ingrid, Karina, Summer, por vibrarem comigo e me permitirem vibrar com vocês. À Summer também agradeço pela gentil revisão de algumas traduções.

Agradeço aos meus familiares, por sinceramente torcerem pela minha felicidade. Em especial às minhas tias Angélica (*in memorian*), Andréa e Aline, meu tio Luiz Paulino, minhas primas Beatriz, Jéssica e Agatha, e meus primos Vinícius, Diogo e Ângelo Gabriel.

Agradeço às leitoras e aos leitores que vierem a acessar este trabalho, pela troca de ideias e reflexões a partir do estudo que compartilhamos nestas páginas.

## Resumo

França, Clarissa; Bastos, Liliana Cabral (orientadora). **Escuta narcísica, escuta empática na clínica médica: um olhar para o racismo estrutural e a branquitude a partir da análise de narrativas aplicada à atenção à saúde de mulheres negras**. Rio de Janeiro, 2022. 236 p. Tese de Doutorado — Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Ao se observar o contexto da atenção à saúde das mulheres negras, percebe-se que ainda predominam profissionais brancos e brancas na medicina, provenientes das elites econômicas, apesar dos avanços nas políticas públicas de inclusão social no Brasil desde os anos 2000. Considerando esse cenário, nesta pesquisa, analisamos narrativas contadas por pacientes negras em consultas com médicas brancas, a fim de gerar inteligibilidades sobre a construção desses eventos sociais, a partir de uma abordagem interseccional. A metodologia analítica empregada é qualitativa e interpretativista. Além disso, o aporte teórico da sociolinguística interacional e da análise de narrativas está em diálogo com os estudos da linguística aplicada, da branquitude crítica e do racismo estrutural “à brasileira” na clínica médica e nas pesquisas acadêmicas. As análises indicam que existem diferentes formas de interagir nos encontros observados, umas mais empáticas que as outras, com dimensões de escuta que vão desde o foco na própria agenda de consulta (em detrimento das queixas narradas pela paciente), até a abertura à consideração de problemas familiares como partes da investigação clínica. A partir disso, é possível observar como o racismo estrutural está presente na organização das interações no contexto brasileiro contemporâneo, mesmo aquelas em que não verificamos a ocorrência de ofensas racistas explícitas. Por meio da análise, é possível perceber, ainda, que o racismo estrutural pode trazer impactos negativos às interações médico-paciente inter-raciais, como a infantilização de pacientes negras e o menosprezo às suas queixas e colocações circunstanciais. Em vista disso, as aplicações da pesquisa têm se direcionado rumo à recomendação de letramento racial crítico para profissionais de saúde, em geral, e da medicina, em particular.

## Palavras-chave

branquitude; interações inter-raciais; letramento racial crítico; narrativas; saúde de mulheres negras.

## Abstract

França, Clarissa; Bastos, Liliana Cabral (Advisor). **Narcissistic listening and empathic listening in medical practice: A look at structural racism and whiteness based on narrative analysis applied to the healthcare of black women.** Rio de Janeiro, 2022. 236 p. Tese de Doutorado — Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

When we observe the context of healthcare for black women, it is clear that white male and white female professionals still predominate in the field of medicine and that the majority of them come from economic elites, despite advances in public policies for social inclusion in Brazil since the early 2000s. In this research we have analyzed narratives told by female black patients in medical appointments with female white doctors, in order to generate intelligibility about the construction of these social events from an intersectional approach. The methodology of the research is qualitative and interpretive. In addition, we mobilize theories of interactional sociolinguistics and narrative analysis in dialogue through the studies of applied linguistics, critical whiteness, and structural Brazilian racism both in medical practice and in academic researches. The analyzes indicate that there are different ways of interacting during the social meetings that we have observed, some more empathetic than others, with listening dimensions that range from focusing on the medical appointment agenda itself—to the detriment of the complaints narrated by the patient—to openness in considering family issues as part of clinical investigation. From this, it is possible to observe how structural racism organizes interactions in the contemporary Brazilian context, even those in which we do not see the occurrence of explicit racist offenses. Through the analysis, it is also possible to perceive that structural racism can have negative impacts on interracial physician-patient interactions, such as the infantilization of black patients and the disregard for their complaints and circumstantial statements. In view of this, we have directed the research applications towards the recommendation of critical racial literacy for health professionals, in general, and medical practitioners, in particular.

## Keywords

black women's healthcare; critical racial literacy; interracial interactions; narratives; whiteness.

## Sumário

Lista de quadros e figura.....	13
Tabela — Convenções de transcrição.....	14
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	15
<b>1 Introdução.....</b>	<b>18</b>
<b>2 Onde mora o texto: notas sobre o contexto macrossocial no qual a pesquisa se situa e sobre a moldura clínico-acadêmica na qual se estabelece .....</b>	<b>24</b>
2.1 As desigualdades raciais no acesso à saúde e a necessidade de racialização das políticas públicas do setor.....	25
2.2 O projeto acadêmico-social de prevenção ao câncer de mama.....	26
<b>3 Nos lugares que ocupamos, nos apagamentos, no tratamento cordial, no modo de fazer pesquisa: alastramentos da branquitude e máscaras do racismo estrutural à brasileira .....</b>	<b>29</b>
3.1 Os “pactos narcísicos da branquitude” e o racismo estrutural.....	33
3.2 Particularidades do “racismo à brasileira” .....	38
3.3 Racismo institucional de jaleco branco: a branquitude das estruturas que organizam o atendimento à saúde no Brasil .....	42
3.4 A culpa é do capitalismo! Uma reflexão sobre como nós, acadêmicos e acadêmicas, temos ocultado as estruturas racistas da sociedade brasileira sob o manto da desigualdade de classe social.....	47
3.5 Interseccionalização como caminho, sem esquecer a centralidade da categoria <i>raça</i> para esta epistemologia.....	50
<b>4 Caminho da pesquisa: uma apresentação da metodologia, do estado da arte e das implicações ético-políticas deste trabalho .....</b>	<b>53</b>
4.1 A construção do objeto de pesquisa .....	56
4.2 Estado da arte .....	59
4.3 Objetivos e perguntas de pesquisa .....	62

4.4	Posicionamento metodológico.....	63
4.5	Caminho da pesquisa.....	65
4.5.1	Transcrição dos dados.....	65
4.5.2	Seleção dos dados .....	66
4.5.3	Categorias analíticas .....	67
4.5.4	Enfoques da análise .....	68
4.6	Participantes das consultas.....	68
4.7	Caracterização geral dos dados.....	70
4.8	Implicações da pesquisa .....	71
4.8.1	Questões éticas .....	71
4.8.2	Questões políticas .....	72
<b>5</b>	<b>Muito além do “era uma vez”: o que dizem as narrativas <i>na e para</i> as interações na clínica .....</b>	<b>74</b>
5.1	O modelo laboviano .....	77
5.2	Ferramentas para a construção de sentidos .....	79
5.3	Breve apresentação dos tipos de narrativa mencionados na pesquisa ...	84
5.4	Narrativa e clínica.....	88
<b>6</b>	<b>Quem e o que fala: narrativas e vozes discursivas no consultório médico.....</b>	<b>93</b>
6.1	Fundamentação teórica e categorias analíticas .....	95
6.2	Parte 1: as consultas conduzidas pela médica Ana .....	100
6.2.1	Consulta 1 – Ana e Neusa .....	101
6.2.2	Consulta 2 – Ana e Carla.....	117
6.2.3	Consulta 3 – Ana e Telma .....	130
6.3	Parte 2: as consultas conduzidas pelas médicas Marta e Paula.....	141
6.3.1	Consulta 4 – Marta e Sara .....	143
6.3.2	Consulta 5 – Paula e Hilda .....	153
6.4	Apanhado analítico.....	165
6.4.1	As narrativas.....	165
6.4.2	As vozes discursivas.....	170
6.4.2.1	Vozes estruturais .....	171
6.4.2.2	Vozes de opressão ou resistência .....	172

6.4.3 Respostas da análise.....	174
6.5 Discussão do apanhado analítico.....	176
6.5.1 A validação de narrativas pessoais na clínica .....	177
6.5.2 O reconhecimento dos efeitos do racismo na saúde das pacientes ...	177
6.5.3 O discurso racista infiltrado no consultório médico .....	178
6.5.4 Observância à diversidade étnico-racial no atendimento médico ...	179
<b>7 Letramento racial crítico para a prática antirracista na atenção à saúde de mulheres negras: uma proposta de aplicação para a análise qualitativa da escuta médica .....</b>	<b>181</b>
7.1 Da escuta narcísica à escuta empática: um espectro de experiências para a clínica médica .....	182
7.2 Letramento racial crítico para a prática antirracista reiterada: superando o imaginário de uma alcançada identidade antirracista .....	188
7.3 Da escuta narcísica à escuta empática na clínica médica: impacto pretendido para a atenção à saúde de mulheres negras .....	192
7.3.1 Releitura da narrativa 2 — O estabelecimento no Rio de Janeiro ..	193
7.3.2 Releitura da narrativa 3 — A dificuldade de lidar com o desejo sexual .....	194
7.3.3 Releitura da narrativa 5 — Trajetória profissional.....	199
7.3.4 Releitura da narrativa 6 — Gastrite e insônia .....	202
7.3.5 Releitura da narrativa 10 — O vizinho que estuprava a própria filha .....	204
7.3.6 Releitura da narrativa 11 — As dificuldades financeiras de uma mãe que é chefe de família.....	206
7.3.7 Releitura da narrativa 15 — A neta “problemática”.....	208
7.3.8 Uma reflexão sobre o reposicionamento trazido pela lente do letramento racial crítico às respostas do capítulo de análise.....	212
<b>8 Palavras finais, <i>por enquanto</i>: sobre as contribuições, a relevância, as limitações e os possíveis desdobramentos desta pesquisa .....</b>	<b>214</b>
<b>9 Referências bibliográficas .....</b>	<b>218</b>

## Lista de quadros e figura

Quadro 1 – Acesso a mamografias por cor ou raça no Brasil em 2014 .....	54
Quadro 2 – Autodeclaração racial dos recém-graduados em medicina no Brasil em 2013, 2016 e 2019 .....	55
Quadro 3 – A construção do objeto de pesquisa — Eventos etnográficos .....	57
Quadro 4 – Caracterização geral dos dados — Consultas Médicas .....	70
Figura – O <i>continuum</i> da escuta narcísica à escuta empática na clínica médica .....	185

## Tabela — Convenções de transcrição

Símbolo	Descrição
...	Pausa não medida
(2)	Pausa medida em segundos
.	Entonação descendente ou final de elocução
?	Entonação de pergunta
,	Entonação de continuidade
-	Parada súbita
=	Eloquções contíguas, enunciadas sem pausa
<u>sublinhado</u>	Ênfase
°palavra°	Fala em voz baixa
>palavra<	Fala mais rápida
>palavra<	Fala mais lenta
: ou :: ou :::	Alongamento
[	Início de sobreposição de falas
]	Fim da sobreposição de falas
( )	Fala não compreendida
((comentário))	Comentários do analista ou descrições (de atividades não verbais ou conteúdos suprimidos)
“fala”	Fala ou pensamento reconstruído
hhh	Risos
↑	Subida de entonação no meio da elocução
↓	Descida de entonação no meio da elocução

Fonte: Dados da pesquisa, com base em: Bastos e Biar (2015); Garcez, Bulla e Loder (2014).

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada para participar de uma pesquisa cujo enfoque é: “**a interação médico-paciente em atendimentos à saúde da mulher**”. Este estudo tem como objetivo avaliar atendimentos a mulheres, a serem realizados no ambulatório da (nome da instituição) e analisar as falas dos profissionais de saúde, pacientes e eventuais acompanhantes. Pretendemos contribuir com um melhor entendimento de como os participantes (médicos, pacientes, acompanhantes) percebem e vivenciam a comunicação estabelecida nos atendimentos, considerando que questões clínicas estão associadas a questões sociais e culturais.

A senhora passará por uma consulta clínica, incluindo: palpação das mamas, verificação de peso, altura, circunferência da cintura e medição da taxa de glicose no sangue. Para este último exame, será feita uma picada no dedo para aplicar uma pequena gota de sangue a uma tira de teste, que será lida por um medidor de glicose. Para que possamos analisar as falas sem perder informações importantes, pedimos sua autorização para gravar a referida consulta em áudio.

Os riscos e inconveniências são mínimos. A senhora poderá se sentir ansiosa ao realizar a consulta. Em alguns casos o dedo furado poderá ficar dolorido, inchado e vermelho. Em caso de qualquer necessidade, a senhora poderá contatar os membros da pesquisa.

Os dados fornecidos serão usados somente para o fim previsto neste projeto de pesquisa. As gravações e informações obtidas serão mantidas em lugar seguro e a identificação dos participantes só poderá ser realizada pelos pesquisadores. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes ou quaisquer outras informações que possam vir a identificá-la. Serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes. Não haverá nenhum custo ao participante em qualquer fase da pesquisa. Do mesmo modo, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

A senhora poderá interromper sua participação neste estudo no momento que desejar, assim como solicitar qualquer esclarecimento antes, durante ou após a autorização. Sua participação é voluntária, e sua negação não vai interferir no seu atendimento, que será feito como habitualmente. Mesmo após sua autorização, a senhora tem o direito de desistir de participar, assim como de ter esclarecida qualquer dúvida sobre a pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso à pesquisadora responsável, a doutoranda Clarissa França Higgins de Carvalho e Souza, que poderá ser contatada através

do e-mail: [clarissafranca@outlook.com.br](mailto:clarissafranca@outlook.com.br), telefone: (restrito). Endereço: (restrito). A senhora será informada sobre os resultados finais da pesquisa.

--

Eu fui completamente orientada pelo/a entrevistador/a (nome completo de quem está aplicando o TCLE) \_\_\_\_\_, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo/a sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, recebi uma via da folha de informações para os participantes, a qual li e compreendi, permitindo-me plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, promovido pela (nome da instituição), e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos para a minha pessoa.

Estou recebendo uma via assinada deste termo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Pesquisadora responsável: Clarissa França Higgins de Carvalho e Souza

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_ (Nome)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Este termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor, uma para o participante da pesquisa e outra para o responsável pela pesquisa.

*Quem inventou a fome são os que comem.*

Carolina Maria de Jesus, *Quarto de Despejo*

*Tá tendo uma mudança na minha vida agora. Eu vou... eu vou...!*

Paciente Neusa, *consulta 1, dados da pesquisa.*

## Introdução

**13 de maio** (...) Hoje é o dia que comemoramos a extinção da escravidão. Se a escravidão não fôsse extinta, eu era escrava, porque sou preta. (...) No Teatro da Escola de Medicina, que hoje comemora-se a data da abolição. Que o espetáculo é representado pelo Teatro Popular Brasileiro, dirigido pelo poeta Solano Trindade. (...) O poeta Solano Trindade, apareceu no palco para falar sobre o preconceito racial na África do Sul, e da condição dos pretos nos Estados Unidos.

Carolina Maria de Jesus, *Casa de Alvenaria: diário de uma ex-favelada*

Passei pela enfermeira, ela falou que meu colesterol tá alto. Mas tem que voltar lá pra falar com a médica. Mas essa confusão na vizinhança não dá pra voltar né? E eles não estão atendendo ainda.

Paciente Carla, *consulta 2, dados da pesquisa*

Ainda que discursos sobre o empoderamento feminino circulem cada vez mais em sociedades ocidentais contemporâneas, haja um esforço evidente de muitas mulheres pela promoção da igualdade de gêneros e valorize-se o princípio da integralidade em saúde<sup>1</sup> — que abrange o bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo —, é possível flagrar, nas interações cotidianas, os efeitos danosos de séculos de repressão e silenciamento desse grupo.

Diferentes combinações de opressões constituem a vida social das mulheres em sociedades (pós-)coloniais. Sendo assim, a fim de observar seus efeitos e desnaturalizar os dispositivos que as sustentam, para, consequentemente, aliviar a desumanização imposta pelas hierarquias em profundo desequilíbrio, tem sido pertinente analisar as interações da vida cotidiana a partir de um prisma interseccional.

Desta maneira, a diversidade de experiências de feminilidade fica mais perceptível, mesmo em contextos em que o sentido de “ser mulher” é recorrentemente esvaziado. Essa privação de acessos e o constante

---

<sup>1</sup> Sobre o princípio da integralidade, é possível verificar a definição adotada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=Integralidade%3A%20este%20princ%C3%ADpio%20considera%20as,o%20tratamento%20e%20a%20reabilita%C3%A7%C3%A3o> .

questionamento da credibilidade feminina foram alvo das reflexões da filósofa feminista María Lugones, que cunhou o termo “colonialidade de gênero”:

A consequência semântica da colonialidade do gênero é que “mulher colonizada” é uma categoria vazia: nenhuma mulher é colonizada; nenhuma fêmea colonizada é mulher. (...) Diferentemente da colonização, a colonialidade do gênero ainda está conosco; é o que permanece na intersecção de gênero/classe/raça como construtos centrais do sistema de poder capitalista mundial (Lugones, 2014, p. 939).

Por outro lado, é preciso atentar para o fato de que, como mecanismos estruturais, o sexismo, o racismo e o classismo estão sujeitos às práticas de resistência. As fraturas ao poder, portanto, podem emergir do uso da lente analítica com vistas a reinvenções, fora dos padrões que estabelecem a inferioridade de alguns grupos em relação a outros, como já disse a socióloga Luiza Bairros (1995, p. 462).

Tendo isso em vista, esta pesquisa se desenvolve como uma das vertentes de um projeto social multidisciplinar pela prevenção ao câncer de mama em uma favela da cidade do Rio de Janeiro, analisando interações inter-raciais entre médicas e pacientes. Para essa empreitada, o principal **procedimento analítico** que mobilizamos é a análise de narrativas, de perspectiva discursiva, interacional e aplicada. Nosso **aporte teórico** encontra fundamentação nas tendências contemporâneas dos estudos de interseccionalidade, branquitude crítica, sociolinguística interacional, linguística aplicada das profissões e letramento racial crítico.

O **tema da pesquisa** — lugares de escuta de profissionais de saúde brancas e brancos — foi definido a partir da identificação de um **problema** no campo estudado: falar em saúde “da mulher”, apenas, não dá conta das experiências plurais de mulheres atravessadas por múltiplos marcadores sociais, como: raça, classe, orientação sexual, entre outros. Além disso, a homogeneização da experiência feminina a partir da categoria gênero pode dar a entender que existe uma compreensão e uma irmandade “naturais” entre quaisquer mulheres, simplesmente por serem mulheres — o que, na prática, é muitas vezes contradito.

Assim, passar da identificação de uma problemática inicial para a construção de um objeto de estudo foi um processo motivado pela percepção de que, nos dados com os quais trabalhamos, a diversidade feminina poderia ser

investigada de modo mais efetivo, se alçássemos o marcador raça ao primeiro plano da pesquisa. Isso porque as consultas médicas que analisaremos aconteceram entre profissionais brancas e pacientes negras. Esse **interesse de pesquisa** possibilitaria, ainda, a geração de entendimentos sobre a desigualdade racial na saúde, contribuindo com novas perspectivas para o campo pesquisado.

Desta forma, elegemos como recorte de investigação o seguinte **objeto de estudo**: os efeitos da diferença racial em atendimentos médicos a mulheres, com foco na escuta das médicas brancas durante consultas com pacientes negras em situação de vulnerabilidade social.

Em nosso entendimento, uma pesquisa talhada assim apresenta a **relevância social** de promover a igualdade racial no acesso à saúde e a elevação da qualidade dos atendimentos médicos no contexto brasileiro. Ademais, como veremos na revisão de literatura, disposta no capítulo que trata do percurso metodológico deste trabalho, há poucas pesquisas qualitativas sobre essa temática no país, produzidas a partir de uma microanálise linguística e com abordagem interseccional<sup>2</sup>.

A partir da **justificativa** do estudo, e também com foco no retorno que o nosso relatório de pesquisa tem o potencial de levar a diferentes meios no contexto da saúde — como, por exemplo, o próprio projeto social no qual a pesquisa se desenvolveu, a equipe de saúde multidisciplinar que participou da coleta dos dados, outros profissionais de saúde interessados na temática e agentes promotores de políticas públicas —, constituímos o seguinte **objetivo geral**: examinar os discursos sobre raça e racismo nas interações entre médicas e pacientes do projeto acadêmico-social que acompanhamos, a fim de contribuir para a melhoria na comunicação das interlocutoras avaliadas, bem como auxiliar na formação de outros profissionais do atendimento à saúde.

Com base nessa investigação, observamos onde se posicionava a escuta das médicas às narrativas pessoais das pacientes, tendo como parâmetro um *continuum* que vai do narcisismo à empatia<sup>3</sup>, construído por nós no capítulo 7.

---

<sup>2</sup> A justificativa deste estudo, aqui apontada, será retomada e desenvolvida no capítulo 2, que trata da contextualização dos dados pesquisados.

<sup>3</sup> Essa formulação, que também consta em relevo no título da tese, tem visível inspiração e busca dialogar com as contribuições de Cida Bento (2002) sobre os “pactos narcísicos” da branquitude, em sua tese de doutorado, conforme desenvolveremos no capítulo 3.

Na sequência, a fim de operacionalizarmos o objetivo mais amplo desta tese, desenvolvemos **objetivos específicos** para a análise, quais sejam:

- 1) investigar, no discurso, a qualidade da escuta e do engajamento interacional das médicas durante as consultas;
- 2) identificar se há marcas de racismo estrutural nas narrativas das pacientes e, em caso afirmativo, de que maneira emergem;
- 3) observar se as médicas enunciam/confrontam macrodiscursos racistas;
- 4) mapear possíveis orientações específicas às pacientes, considerando questões raciais.

A partir disso, foi possível estruturar a pesquisa em **capítulos**, divididos da seguinte maneira:

Introdução – capítulo 1;

Onde mora o texto: notas sobre o contexto macrossocial no qual a pesquisa se situa e sobre a moldura clínico-acadêmica na qual se estabelece – capítulo 2;

Nos lugares que ocupamos, nos apagamentos, no tratamento cordial, no modo de fazer pesquisa: alastramentos da branquitude e máscaras do racismo estrutural à brasileira – capítulo 3;

Caminho da pesquisa: uma apresentação da metodologia, do estado da arte e das implicações ético-políticas deste trabalho – capítulo 4;

Muito além do “era uma vez”: o que dizem as narrativas *na* e *para a* interação clínica – capítulo 5;

Quem e o que fala: narrativas e vozes discursivas no consultório médico – capítulo 6;

Letramento racial crítico para a prática antirracista na atenção à saúde de mulheres negras: uma proposta de aplicação da análise qualitativa da escuta médica – capítulo 7;

Palavras finais, *por enquanto*: sobre as contribuições, a relevância, as limitações e os possíveis desdobramentos desta pesquisa – capítulo 8;

Referências – capítulo 9.

Assim, logo após esta introdução, que busca apresentar o leitor aos pressupostos e à estrutura do trabalho, passaremos à contextualização dos dados que investigamos, relembrando a trajetória do projeto social que culminou nas consultas médicas analisadas.

O capítulo seguinte, sobre branquitude e racismo estrutural, trará as principais definições com as quais operamos neste estudo, a saber: raça, racismo, racismo estrutural, branquitude e interseccionalidade, além de apresentar pesquisadoras e pesquisadores dedicados a essas temáticas e os panoramas sócio-históricos de seus campos de estudo.

Na sequência, a metodologia situa o trabalho como pesquisa qualitativa construcionista e detalha as etapas de produção, como a construção do objeto de estudo, dos objetivos e das perguntas de pesquisa. Além disso, sumariza nossos esforços por revisar a literatura correlata aos nossos interesses de pesquisa — priorizando autoras do sul global nas referências — e contém a descrição das participantes, bem como algumas reflexões éticas e políticas.

Em seguida, a leitora e leitor serão conduzidos ao capítulo sobre nosso campo de estudos: a análise de narrativas. Não é casual o fato de que esse capítulo esteja disposto entre a metodologia e o aporte teórico da pesquisa. Tal desenho deve-se, justamente, ao fato de que a análise de narrativas, nesta pesquisa, informa ambos os domínios: o metodológico e o epistemológico. Portanto, no decorrer do capítulo, destacaremos como o trabalho com narrativas foi útil, tanto para fazermos a seleção dos excertos que comporiam o corpus da tese, quanto em alguns construtos teóricos que fundamentaram as interpretações analíticas, como as noções de ponto, pontos de virada e pontos de sustentação, por exemplo.

O sexto capítulo, além de contar com o aporte teórico da sociolinguística interacional, contém a análise de dados de cinco consultas médicas, das quais foram transcritos 11 excertos. Ao final da análise, os resultados serão sumarizados e apresentados como um relatório de narrativas e vozes discursivas, identificadas ao longo da interpretação. Ademais, o capítulo apresenta as respostas às perguntas que orientaram a análise e discute-as, em sua seção final.

O capítulo 7 constitui-se tanto como uma apresentação teórica do letramento racial crítico, quanto como uma defesa dessa formação para profissionais de saúde. Nesse capítulo, também será formulado o *continuum* de escuta — da narcísica à empática —, que pode ser usado para gerar entendimentos sobre as performances

interacionais de profissionais de saúde no consultório. Por fim, o capítulo trará uma proposta de aplicação do letramento racial crítico a uma seleção de narrativas analisadas no capítulo anterior, revisitando-as e reconstruindo-as.

Logo após, as considerações finais da tese terão a função de recuperar a trajetória da pesquisa, incluindo algumas reflexões, como possibilidades de aprofundamento, limites do trabalho e suas contribuições para os campos de origem e aplicação.

Finalmente, nossas referências bibliográficas conterão os detalhes sobre os trabalhos com os quais dialogamos ao longo da pesquisa.

Também vale destacar, nesta estrutura, que os elementos pré-textuais contêm documentos relevantes em nossa trajetória, como as convenções de transcrição e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é a base ética do trabalho e foi assinado por todas as participantes.

Com essa estrutura, esperamos que a investigação cubra os níveis micro e macro dos encontros sociais que observaremos adiante.

## 2

### **Onde mora o texto: notas sobre o contexto macrossocial no qual a pesquisa se situa e sobre a moldura clínico-acadêmica na qual se estabelece**

O João José veio avisar-me que a perua que dava dinheiro estava chamando para dar mantimentos. (...) O nervoso interior que eu sentia ausentou-se. Aproveitei a minha calma interior para eu ler. Peguei uma revista e sentei no capim, recebendo os raios solar para aquecer-me. Li um conto. Quando iniciei outro surgiu os filhos pedindo pão. Escrevi um bilhete e dei ao meu filho João José para ir ao Arnaldo comprar um sabão, dois melhoraes e o resto pão. Puis agua no fogão para fazer café. O João retornou-se. Disse que havia perdido os melhoraes. Voltei com ele para procurar. Não encontramos.

Carolina Maria de Jesus, *Quarto de despejo*

A senhora faz dieta também por causa do colesterol, né? Ou só usa o remédio e come de tudo?!

Médica Marta, *consulta 4, dados da pesquisa*

Antes mesmo de adentrar os meandros teórico-metodológico-analíticos desta pesquisa, que toma como ponto de partida o mútuo atravessamento das relações raciais e dos cuidados médicos, entendemos que é importante compreender o cenário discursivo que nos autoriza a criar as inteligibilidades que se seguirão ao longo do texto.

Traremos à lupa consultas médicas que transcorreram na cidade do Rio de Janeiro, nos últimos cinco anos, como parte integrante de um projeto acadêmico-social promovido por uma instituição de ensino superior, com o objetivo de prestar assistência a mulheres em situação de vulnerabilidade social, além de diagnosticar precocemente e tratar de modo eficaz possíveis casos de câncer de mama na população participante.

Observado o referido cenário, uma pergunta inicial pode despontar: por que deliberamos olhar para o marcador social raça, se já havia um recorte interseccional pré-estabelecido, levando em conta relações de classe e gênero? Por que arriscar a inserção de mais um tópico no debate, se a análise combinada das categorias deflagradoras do projeto inicial já abriria caminho para um tema de pesquisa promissor? A respeito desse assunto, discorreremos na próxima seção

deste capítulo, na qual desenvolveremos a justificativa do recorte da pesquisa, já mencionada no capítulo introdutório.

## 2.1

### **As desigualdades raciais no acesso à saúde e a necessidade de racialização das políticas públicas do setor**

Para responder as perguntas precedentes e refletir sobre a temática desta seção, vale lembrar algumas características das mulheres que participaram das consultas que investigaremos: pacientes trabalhadoras negras, de um lado, e médicas voluntárias brancas, de outro. Em uma sucessão de eventos que não previu recorte racial nem delimitou características para as participantes, a espontaneidade da divisão racial ocorrida saltou aos nossos olhos, como um dado a ser analisado por si só.

Diante disso, é importante relacionar tal fenômeno aos estudos prévios sobre a saúde da população negra no contexto brasileiro, entre os quais mencionamos o de Fernanda Lopes e Jurema Werneck (2010), no qual as autoras destacaram que, primordialmente, a noção de saúde da população negra está orientada para a análise das desigualdades raciais e para o racismo. Como exemplos de práticas racistas com impactos na saúde, as mesmas autoras citaram o extermínio de crianças e jovens negros por grupos paramilitares e estatais, além do controle de natalidade do povo negro mimetizado como política de saúde e planejamento familiar.

Outro exemplo de desigualdade racial nos cuidados de saúde, pesquisado por Bairros, Meneghel et al. (2011), relaciona-se diretamente com o objeto deste trabalho, na medida em que associa as variáveis câncer de mama e mulheres negras: as desigualdades de acesso a exames de mama e Papanicolau, entre mulheres negras e brancas, mesmo em condições socioeconômicas e faixas etárias semelhantes, foi evidente na amostra estudada.

Sabendo disso, coube a nós contrapor tais estudos aos objetivos centrais do projeto acadêmico-social multidisciplinar que deu origem a esta pesquisa: promover a saúde e o autocuidado das mulheres, gerar dados para pesquisas

acadêmicas nos campos da medicina e da linguagem, e gerar insumos para a formulação e a atualização de políticas públicas de atenção à saúde.

Assim, percebemos o sentido de olharmos, também, para o marcador social raça em nossas análises, mesmo que os marcadores gênero e classe já estivessem contemplados no recorte inicial das participantes cadastradas: as mulheres que apareceram como as mais interessadas no projeto foram as negras. Estamos falando aqui de saúde da população *negra*, especificamente, das *mulheres negras*, e não de “saúde da mulher”, como um todo homogêneo e hipotético.

Como já disseram Lopes e Werneck (2010), urge romper com a naturalização do viés discriminatório das políticas públicas e das ações do Estado, sendo alguns dos mecanismos de operacionalização dessa meta a racialização dessas políticas e a observação interseccional dos problemas sociais.

Portanto, respondemos ao chamado das autoras e decidimos incrementar as pesquisas nos estudos da linguagem que conjuguem raça e interação médico-paciente no contexto brasileiro, a partir de uma abordagem interseccional.

## 2.2

### **O projeto acadêmico-social de prevenção ao câncer de mama**

Promovido com o objetivo de diagnosticar precocemente e fornecer tratamento de qualidade a possíveis casos de câncer de mama em uma favela do Rio de Janeiro, o projeto em questão foi formado por um time multidisciplinar, que envolveu médicas voluntárias, assistentes sociais, profissionais de saúde de diversos ramos (como enfermagem, nutrição, psicologia), além de uma equipe de logística e comunicação, e das lideranças comunitárias locais.

A relevância social do referido projeto multidisciplinar justifica-se pelos dados de atenção à saúde de mulheres, gerados por entidades como o Instituto Nacional do Câncer. De acordo com a estimativa de 2020 feita pelo órgão, mais de 20% dos cânceres que acometem mulheres no Brasil são de mama. E, sendo uma condição que pode levar ao estado terminal, a detecção precoce tende a aumentar a eficácia do tratamento. Além disso, um estudo realizado por Godinho e Koch em 2005, apontou a televisão como o meio mais utilizado para a obtenção

de conhecimentos sobre o câncer da mama. Ainda assim, os pesquisadores calcularam que somente 26% das mulheres obtinham informações por meio desse veículo. Portanto, o projeto se propunha a contribuir para a minimização dessa deficiência, por meio da disseminação de conhecimentos sobre o câncer de mama e os cuidados necessários para preveni-lo, detectá-lo precocemente e tratá-lo.

A primeira etapa foi o cadastramento das 361 participantes elegíveis, em ações de porta em porta (70 cadastros) e com o apoio de instituições culturais e religiosas parceiras (291 cadastros). Em seguida, foi feita uma triagem dos dados, para identificar quais mulheres seriam convidadas a realizar a mamografia gratuitamente. Após a triagem, todas as 361 participantes foram encaminhadas para o grupo de prevenção primária implantado na comunidade. Desse total, 50 foram direcionadas para a fase clínica do projeto, iniciada na segunda etapa, pós-cadastramento e triagem.

O critério estabelecido foi o seguinte: as mulheres acima de 50 anos e as sintomáticas ou com histórico na família, de qualquer idade, receberam uma consulta gratuita no ambulatório da Escola Médica da instituição promotora e realizaram a mamografia no serviço de radiologia do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em transporte particular que saiu de um ponto combinado com as participantes, na entrada da comunidade atendida. Todas as demais participantes foram direcionadas para o grupo de prevenção.

Após o recebimento dos resultados das mamografias, houve uma nova triagem das participantes para a terceira etapa. Aquelas que receberam as notícias mais preocupantes para a equipe médica, como a presença de nódulos nas mamas, histórico de câncer de mama na família ou outros fatores de risco, foram direcionadas para mais uma consulta com as médicas voluntárias do projeto, com o objetivo de receberem, também, um exame clínico e informações sobre prevenção e autocuidado, além de orientação terapêutica e encaminhamento para outro local, onde o diagnóstico pudesse ser feito e o tratamento, continuado. Ao todo, 30 mulheres foram reconduzidas ao ambulatório.

Essas 30 consultas foram distribuídas entre as três médicas voluntárias, que disponibilizaram duas manhãs de sábado para atenderem as 10 pacientes que seriam direcionadas para cada uma delas. Em um desses dois dias de atendimento, as consultas foram gravadas em áudio, com a ciência e o consentimento livre e

esclarecido das pacientes e das médicas<sup>4</sup>. Como primeiro resultado, foi coletado um corpus de 15 consultas médicas, que constitui o conjunto de dados com os quais nossa pesquisa trabalha.

O desenho do projeto previa que, caso fossem detectadas alterações nos exames ou suspeitas de lesões malignas, as pacientes em questão seriam conduzidas à biópsia. Confirmada a lesão, seria realizado o procedimento terapêutico adequado, além da reconstrução mamária, nos casos de mastectomia. Felizmente, essas etapas do projeto não precisaram ser realizadas.

Por fim, é importante destacar que, no decorrer das três etapas do projeto social, a equipe multidisciplinar organizou rodas de conversa periódicas com o grupo de prevenção primária ao câncer de mama, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (Inca). Nessas rodas, as participantes puderam esclarecer suas principais dúvidas, expor reclamações e medos, além de receberem informações qualificadas sobre questões de saúde. O cronograma dessa ação educativa se estendeu até o fim do acompanhamento clínico previsto no escopo inicial do projeto.

Após esse período, intensificou-se o trabalho de pesquisa linguística, a partir dos dados coletados durante as consultas médicas. Com isso, o corpus foi analisado em busca de recorrências e atravessamentos discursivos relevantes para os objetivos da pesquisa. O processamento desse material, que se iniciou na coleta de dados brutos, em áudio, passou pela geração de dados formatados para a análise e se desdobrou na construção do objeto de pesquisa e das categorias analíticas do estudo.

Os detalhes do caminho da pesquisa serão descritos no capítulo 4, dedicado aos procedimentos metodológicos.

---

<sup>4</sup> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está disponível para consulta nos elementos pré-textuais desta tese.

### 3

## **Nos lugares que ocupamos, nos apagamentos, no tratamento cordial, no modo de fazer pesquisa: alastramentos da branquitude e máscaras do racismo estrutural à brasileira**

Esse branco ardido está fadado  
porque não é com lábia de pseudo-oprimido  
que vai aliviar seu passado.

Elisa Lucinda, *Mulata exportação*

Dona Neusa, então, olha... é... Foi muito bom conhecer a senhora, eu acho que a senhora tá de parabéns por tudo isso que a senhora fez, a forma que a senhora tem levado a sua vida e eu acho que sempre é tempo da gente se reinventar...

Médica Ana, *consulta 1, dados da pesquisa*

Imagine conosco a cena de um espaço de atendimento clínico amplo, ajardinado, bem cuidado, equipado com tecnologia de ponta; servido em sua totalidade por empregados com carteira assinada e com tempo disponível para realizarem trabalhos voluntários. Perto dali, outro espaço com residências apertadas para o número de moradores que abrigam, algumas sem acabamento, em ruas estreitas, a ponto de algumas pessoas terem que passar de lado na fresta entre um poste e um muro<sup>5</sup>; menos de 30% dos empregados ali têm a carteira assinada, e relatam falta de tempo para cuidarem de suas próprias famílias, devido à rotina de trabalho extenuante. Há uma distribuição racial evidente de predominância de brancos na primeira locação, e predominância de pretos e pardos na segunda<sup>6</sup>.

Esse cenário não se refere a um local mítico, mas ao contexto de pesquisa desta tese, que demonstra, já em si, o racismo estrutural e a segregação sociorracial no Brasil contemporâneo, a partir da observação que contrasta, de um

---

<sup>5</sup> Notas do caderno de campo da pesquisa, registradas em observações participantes e entrevistas com as pacientes do projeto social em questão.

<sup>6</sup> Dados obtidos com o apoio dos trabalhos: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/papers/es64-Trabalho-e-Condicoes-de-Vida-nas-Favelas-Marcelo-Neri.pdf> e <https://www.ucamcesec.com.br/wp-content/uploads/2016/03/Perfil-sociodemogr%C3%A1fico-dos-moradores-de-favelas-com-UPP.pdf>. Ver também: <https://rioonwatch.Org.br/?p=17005>.

lado, o cotidiano em espaços de prestígio socioeconômico e, de outro, nos espaços de vulnerabilidade das favelas cariocas. Em outras palavras, observar o contexto da pesquisa nos leva à compreensão de que nada precisa *acontecer* para haver racismo; há racismo na *configuração* dos espaços de sociabilidade e na distribuição dos lugares sociais dos participantes diretos e indiretos da pesquisa.

Em vista desse fenômeno, decidimos dar centralidade às questões raciais e ao racismo em nosso trabalho, direcionando o interesse de investigação para as possíveis infiltrações desse cenário estruturalmente racista nas interações que nele se apresentam, a fim de contribuir com a mitigação/eliminação dessas práticas, por meio do letramento antirracista. Afinal, com o trabalho teórico-prático do sociólogo Erving Goffman, já aprendemos que os contextos micro e macrosocial se interpenetram inseparavelmente (1980; 2013a; 2009).

Para tanto, neste capítulo, abordaremos, a partir de uma perspectiva sociodiscursiva — e não biológica —, os conceitos de raça e racismo empregados ao longo de nosso texto, bem como outros conceitos produtivos no trabalho, a saber: branquitude, racismo estrutural, racismo à brasileira, racismo médico/ na saúde, racismo acadêmico e interseccionalidade.

Como já estamos falando de raça e racismo a partir de um ponto de vista sociopolítico, constituído pela linguagem, desde o início do texto, convém expormos primeiramente os sentidos mobilizados por nós neste trabalho, visto que esses são termos polissêmicos, que podem instanciar visões de mundo distintas e até opostas, conforme as afiliações teórico-ideológicas a que se subscrevam.

De antemão, cabe-nos reconhecer, com o jurista e professor da Universidade de Columbia Silvio Almeida, que “não há nada na realidade natural que corresponda ao conceito de raça” (2019, p. 22), mas este é um “construto social”, como já definiu o sociólogo e professor da Universidade de São Paulo Antônio Sérgio Guimarães (1999).

Sendo assim, por “raça”, entendemos:

formas de identidade baseadas numa ideia biológica errônea, mas eficaz socialmente, para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios. Se as raças não existem num sentido estritamente realista de ciência, ou seja, se não são um fato do mundo físico, são, contudo, plenamente existentes no mundo social, produtos de formas de classificar e de identificar que orientam as ações dos seres humanos (Guimarães, 1999, p. 153).

O antropólogo e professor da USP Kabengele Munanga (2004) também corrobora esse ponto de vista, em sua pormenorizada recuperação da etimologia e da trajetória histórica do termo “raça”, desde seu uso associado às relações entre classes sociais na França do século XVI, passando pelos trabalhos então considerados científicos, no campo do Naturalismo dos séculos XVIII e XIX, que classificaram “grupos humanos em função das características físicas” (p. 21). Em culminância, ele assevera que o conceito atual de raça nada tem de biológico, mas se trata de um termo carregado de ideologia, relação de poder e de dominação.

A esse respeito, a psicóloga e professora da Universidade Federal de Santa Catarina Lia Vainer Schucman, relendo Munanga 2004, afirma que:

Neste sentido, é importante explicitar que a categoria de raça que opera no imaginário da população e produz discursos racistas é, ainda, a ideia de raça produzida pela ciência moderna nos séculos XIX e XX. Serve para classificar a diversidade humana em grupos fisicamente contrastados, que têm características fenotípicas comuns tidas como responsáveis pela determinação das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas dos indivíduos dentro destes grupos, situando-se em uma escala de valores desiguais (2014, p. 85).

Esmiuçando-se a ideia de “classificação” explicitada por Munanga (2004) e Schucman (2014), é possível identificar o caráter crucial da linguagem nesse processo, como o veículo performativo e hierarquizante das categorias raciais. Refletindo sobre isso, a linguista e professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Glenda Cristina Valim de Melo destaca que:

Na performatividade racial interseccionada por gênero e sexualidade, a morfologia da raça negra faz com que as pessoas negras sejam identificadas de forma distinta e a linguagem é crucial neste processo de reconhecimento, já que ela também está relacionada ao poder (2022, p. 101).

A partir disso, vemos como a gênese do imaginário popular sobre raças humanas está impregnada pelo desejo de dominação de um grupo social branco e detentor dos meios de produção de conhecimento, sobre grupos sociais não brancos e privados de acesso aos meios de produção e à livre difusão de seus saberes e valores.

Em vista disso, vale destacar algo que vai além do caráter sócio-histórico e hierárquico do termo. O professor Silvio Almeida nos relembra que a ideia de raça é sempre *relacional*, e não uma abstração fantasmagórica. Raça é uma categoria

que aparece na presença da diversidade, nos encontros sociais. Como ele mesmo afirma: “Por trás da *raça* sempre há contingência, conflito, poder e decisão, de tal sorte que se trata de um conceito *relacional e histórico*” (2019, p. 18).

Como observou Munanga (2004), categorizar características fenotípicas ou desenvolver conceitos não empíricos não são atitudes problemáticas em si, e já é sabido que seriam fluidamente superadas pelo avanço da ciência. Entretanto, foram os jogos de poder (Melo, 2022), as hierarquias (Munanga, 2004) e os valores (Schucman, 2014), associados às relações (Almeida, 2019) inter-raciais, que transformaram um fracasso científico do século XIX na produtiva e contemporânea categoria social que ora analisamos: a *raça*.

Embora pareça-nos clara a viabilidade do conceito *raça*, a partir do ponto de vista que temos exposto até aqui, é importante mencionar que essa compreensão não é uma unanimidade entre estudiosos de diferentes áreas.

Alinhados ao entendimento de que o conceito biológico de *raça* está cientificamente ultrapassado, alguns pesquisadores<sup>7</sup> têm alegado que o termo mais adequado para as análises sociais, atualmente, seria “*etnia*”, ou seja, um termo cuja referência focaliza determinado “grupo social cuja identidade se define pela comunidade de língua, cultura, tradições, monumentos históricos e territórios” (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 1998, p. 449).

No entanto, a substituição do termo “*raça*” pelo termo “*etnia*” agora, depois que as bases do que se entende como cultura e identidade nacional já foram construídas a partir da difamação, do silenciamento, da vulnerabilização e do genocídio dos povos negro e indígena, tem sido percebida como inoportuna e como mais um mecanismo de desresponsabilização da branquitude pelos malefícios que operou e continua operando na sociedade.

Como afirmou a pedagoga com doutorado em antropologia e professora da Universidade Federal de Minas Gerais Nilma Lino Gomes:

Quando aplicamos esse tipo de pensamento ao povo negro, estamos, na realidade, reproduzindo o racismo e trabalhando com o conceito biológico de *raça* que a antropologia e a sociologia rejeitam. [...] Por isso é preciso falar sobre a questão racial, desmistificar o racismo, superar a discriminação racial (2012, p. 51).

---

<sup>7</sup> Tais como: Karner (2007); Cashmore (2000); Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998); entre outros.

A partir disso, então, o professor Munanga nos mostra como o conceito socioideológico de “raça” está na base do racismo, como o conhecemos hoje:

Se na cabeça de um geneticista contemporâneo ou de um biólogo molecular a raça não existe, no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas existem ainda raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos. É a partir dessas raças fictícias ou “raças sociais” que se reproduzem e se mantêm os racismos populares (2004, p. 22).

Isso posto, e como “racismo” é outro construto central para nossa tese, passamos à elucidação do termo neste texto:

o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (Almeida, 2019, p. 23).

Tal conceituação, proposta pelo professor Silvio Almeida, é particularmente cara ao nosso trabalho, visto a ressaltar a existência do racismo independentemente da intencionalidade dos indivíduos brancos. Assim, o racismo, como o entendemos neste trabalho, não é (apenas) uma questão de ordem moral e individual, mas uma dinâmica de vantagem/desvantagem social, na qual o grupo social lido como branco se beneficia material e simbolicamente, à custa da vulnerabilização dos grupos sociais lidos como não brancos, de modo geral, e, em particular, das pessoas indígenas e negras, como pontuaremos na análise.

A seguir, o enfoque do capítulo recairá sobre os criadores da ideia de raça e perpetradores do racismo — o grupo social branco — e apresentará em mais detalhes o tipo de racismo operacionalizado em nossa pesquisa: o racismo estrutural.

### 3.1

#### **Os “pactos narcísicos da branquitude” e o racismo estrutural**

Já documentou a psicóloga e diretora do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades Cida Bento, em sua tese de doutorado (2002), que a tradição de pesquisa mais frequente no Brasil, quando o assunto é racialidade, limita-se a tomar a pessoa negra como “objeto” de estudo, “justifica” o racismo

como um “legado histórico” e apaga a agência branca na atualização das práticas segregacionistas desde a época da escravização de pessoas negras e indígenas até a contemporaneidade.

Bento (2002), relendo Fanon (1983), atribui tal comportamento ao “medo branco” de perder vantagens sociais, privilégios materiais e simbólicos, supremacia em espaços de poder. Nas palavras da pesquisadora:

Na verdade, o legado da escravidão para o branco é um assunto que não só os nossos entrevistados evitam, mas o país não quer discutir. Há benefícios concretos e simbólicos em se evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do Brasil. Não se reconhecer como partícipe dessa história é não assumir um legado que acentua o lugar de privilégio que o grupo branco desfruta na atualidade (Bento, 2002, p. 28).

Em decorrência dessa observação seminal de Bento (2002), pode-se considerar que o início do século XXI tem trazido ao palco brasileiro a Virada dos Estudos da Branquitude (Piza, 2000; Carone; Bento, 2002; Sovik, 2005; Silva, 2007; Oliveira, 2007; Sodré, 2010; Cardoso, 2010; Schucman, 2012; Schwarcz, 1998; Santos, 2014; Lopes, 2016; Gonçalves, 2017; Tralci Filho; Santos, 2017; Belizário, 2018; França, 2018; Leão, 2020; Battistelli; Rodrigues; Ferrugem, 2021; Bonfim, 2021, e tantos outros), visto que tem havido um incremento nesse interesse de pesquisa, que também tem alcançado diálogo com campos de saber diversificados.

É nessa raia que situamos nosso trabalho, não são nomeando os responsáveis pela manuten o das práticas e estruturas racistas no Brasil ainda hoje — a branquitude —, como também buscando aplicar os conhecimentos obtidos por meio dos estudos críticos da branquitude na própria constru o desta pesquisa: o foco de nossa análise, como pesquisadoras brancas, estará na constru o da racialidade branca nos encontros sociais inter-raciais que investigaremos. E nossa proposta de aplica o dos resultados da análise se dirige, igualmente, aos indivíduos do grupo social branco, no sentido de propor práticas de letramento racial crítico e antirracista.

Sendo assim, quem é essa “branquitude” e como podemos defini-la?

A origem do termo “branquitude”, empregado como conceito analítico que posteriormente se desdobraria nos Estudos Críticos da Branquitude, remonta aos Estados Unidos da década de 1990. Um dos primeiros pesquisadores a

mobilizar o conceito foi David Roediger (1991), para quem a branquitude “suruiu como uma identidade socialmente construída para os exploradores e colonizadores europeus, quando entraram em contato com outros grupos étnicos, especificamente os africanos e os habitantes indígenas das Américas” (Chen, 2017, p. 15, tradução nossa).

Neste sentido, é importante notar que a colonialidade está presente na gênese do termo branquitude, e dele é inseparável, em virtude do caráter hierarquizante e expropriador intrínseco aos processos de colonização.

No Brasil, o construto alcançou notoriedade e passou a ser produtivo nos espaços acadêmicos a partir da já mencionada tese de doutoramento da pesquisadora Maria Aparecida da Silva Bento: “Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público” (2002), defendida no Instituto de Psicologia da USP.

Em seu trabalho, Bento (2002) destaca como características da branquitude, além do “medo branco” da responsabilização pelas desigualdades sociais, já citado, os privilégios e vantagens estruturais que se obtêm simplesmente por ser lido como “branco” no Brasil; a possibilidade de não se reconhecer como sujeito racializado; o reconhecimento de seu grupo social como o “padrão universal da humanidade”; a busca pelo apagamento e silenciamento do outro e das diferenças culturais; a preservação das hierarquias raciais por meio do “pacto entre iguais”, isto é, da validação e legitimação apenas de pessoas pertencentes ao seu próprio grupo racial — os brancos.

É a partir dessa última constatação que Cida Bento reinterpreta o mito grego de Narciso — tão produtivo nos estudos da psique —, conferindo-lhe também uma conotação *social*, e não apenas *psicológica* — por mais que sua tese tenha sido desenvolvida em um Instituto de Psicologia. Mesmo assim, devido à origem do trabalho, é evidente o diálogo do construto com o “transtorno de personalidade narcisista”, tal como estudado no campo da psicologia.

No entanto, é importante passar o trabalho da autora sob a lupa para perceber que ela não busca diagnósticos de transtornos de personalidade em suas análises, apesar de pontuar que nenhum grupo “de estudiosos apontou deformação na personalidade do escravizador, isto é, do branco” (Bento, 2002, p. 16). Pelo contrário, Cida Bento é adepta da perspectiva social e relacional do termo “raça” (que desenvolvemos anteriormente), a qual origina o racismo como mazela social.

De igual modo, sua teorização sobre os “pactos narcísicos” também segue a linha socioconstrucionista, na medida em que aponta a branquitude como “um lugar de privilégio, de poder, construído historicamente” (Bento, 2002, p. 162) e o narcisismo como um “elemento que trabalha para a preservação do indivíduo e que gera aversões ao que é estranho, diferente” (p. 32, em releitura de Freud, 1996).

Tendo isso em vista, é importante marcar que, em nosso trabalho — alinhado à perspectiva socioconstrucionista da experiência —, não nos apropriamos da conceituação de “pactos narcísicos” pelo viés psicológico, que talvez possa existir em outros estudos, mas recuperamos o caráter sócio-histórico do construto, já presente na abordagem fundadora de Bento (2002).

Desta forma, para nós, a “escuta narcísica” é a escuta padrão da branquitude, isto é, das pessoas brancas que (ainda) não passaram por um letramento racial crítico e antirracista, produtivo em suas práticas cotidianas. E essa escuta narcísica pode se atualizar, em maior ou menor grau, quando essas pessoas brancas estão em relação com pessoas não brancas, não “iguais”. É isso que investigamos em nossa microanálise interacional, a partir de uma perspectiva sociopolítica.

Portanto, a escuta narcísica traz consigo as características da branquitude, a saber: a recusa à responsabilização, um lugar privilegiado na seleção dos tópicos a serem validados na conversa, o viés do outro como menos humano, o apagamento de pontos de vista diversos, a deslegitimação de narrativas não provenientes de seu próprio grupo social.

Ainda nessa temática, o historiador e professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira Lourenço Cardoso destacou o caráter múltiplo e mutável da branquitude (2010, p. 611), que, em sua visão, seria mais precisamente referenciada de modo plural, como diferentes “branquitudes”. Assim sendo, ele distingue duas categorias básicas de branquitudes: a crítica e a acrítica.

A branquitude crítica, para Cardoso (2010), é aquela que desaprova o racismo publicamente (ainda que no espaço privado esse comportamento possa ser desmentido), enquanto a branquitude acrítica não desaprova o racismo e sustenta a supremacia branca (mesmo que não se reconheça como sujeito racista) (Cardoso, 2010).

Neste sentido, aplicando as considerações do professor Lourenço Cardoso à nossa tese, entendemos que analisamos dados de branquitude crítica, com possíveis falhas no letramento antirracista — como a análise elucidará —, mas que podem ser corrigidas e superadas mediante o esforço do letramento racial crítico praticado no dia a dia.

O objetivo de um esforço e uma prática assim, de acordo com a pedagoga e professora da Universidade do Estado da Bahia Ana Célia da Silva, deve ser a autorresponsabilização. Nas palavras da pesquisadora:

Assumir a sua ação nas desigualdades impostas pela discriminação racial não é culpabilizar o seguimento branco pelo passado e presente, mas desenvolver o senso de responsabilidade que tal grupo tem para com a situação do grupo negro, para que participe na promoção de ações responsáveis e políticas de ação afirmativa, para que os direitos e oportunidades prevaleçam independentes das diferenças étnico/raciais, entre outras (Silva, 2007, p. 99).

De maneira análoga, a professora Lia Vainer Schucman defende que investigar o modo como as ideias de raça e racismo operam na construção da identidade racial branca contribui para o avanço da luta antirracista, na medida em que os brancos possam compreender “que a estrutura racista da sociedade também os constitui, gerando privilégios materiais e simbólicos” (Schucman, 2014, p. 85).

Em decorrência desse pensamento, somos levados a mais uma conceituação fundamental em nosso trabalho: a de racismo estrutural.

Para o professor Silvio Almeida, com quem mais uma vez nos alinhamos: “o racismo é parte da ordem social” (2019, p. 32). Esse é o ponto fulcral do que se entende contemporaneamente por racismo estrutural. E, mais uma vez, Almeida (2019) corrobora o ponto que apresentamos anteriormente: para confrontar essa característica intrínseca à organização da sociedade, é preciso empreender o esforço da prática antirracista reiterada.

Nas palavras do autor, sendo o racismo uma característica estrutural:

Nesse caso, as relações do cotidiano no interior das instituições vão reproduzir as práticas sociais corriqueiras, dentre as quais o racismo, na forma de violência explícita ou de microagressões – piadas, silenciamento, isolamento etc. Enfim, sem nada fazer, toda instituição irá se tornar uma correia de transmissão de privilégios e violências racistas e sexistas. De tal modo que, se o racismo é

inerente à ordem social, a única forma de uma instituição combatê-lo é por meio da implementação de práticas antirracistas efetivas (Almeida, 2019, p. 32).

Em nosso capítulo de análise, a estrutura racista da sociedade está evidente na distribuição racial das participantes do projeto social/científico investigado — como já sinalizamos — e também nos silenciamentos, que apontaremos por meio da microanálise interacional.

### 3.2

#### Particularidades do “racismo à brasileira”

Se, para nós, é evidente que há racismo no Brasil e, mais que isso, a sociedade brasileira é tecida pelo racismo, é importante lembrar que essa é uma conquista das lutas políticas dos Movimentos Negros (González, 1984; Schucman, 2014; Gomes, 2012), que têm se dedicado a superar a contradição vigente no senso comum, segundo a qual vivemos em um “paraíso racial”.

Tal pensamento errôneo tem se perpetuado no país e encontrou sistematização na obra “Casa-Grande e Senzala” (1933), do sociólogo brasileiro e professor na Universidade de Stanford Gilberto Freyre. Nela, o autor sistematizou seu pensamento de que o haveria uma “democracia racial” no Brasil e, devido à posição social que ocupava, suas ideias alcançaram notoriedade entre intelectuais brasileiros e estrangeiros da época.

Em releitura do trabalho de Freyre, a professora Nilma Lino Gomes (2012) defende que o autor sistematizou e divulgou a ideia da “democracia racial” ao afirmar que, no Brasil, as três “raças” formadoras da sociedade conviviam, desde a escravidão, de maneira amistosa, quando comparadas a outras sociedades multirraciais de colonização escravista.

A partir disso, coube aos intelectuais negros e negras, como Guerreiro Ramos (1950), Clóvis Moura (1988), Abdias do Nascimento (1978), Neusa Santos Souza (1983), Lélia González (1984), Beatriz Nascimento (1987), entre outros, restabelecer o nexos entre as desigualdades sociais no país e a segregação do povo negro, ressignificando a “democracia racial” freyriana no “mito da democracia racial”.

É graças ao trabalho árduo — e muitas vezes invisibilizado ao longo da história — desses professores e professoras negros e negras que hoje podemos fazer coro a Schucman (2014), atestando: “sim, nós somos racistas”. Segundo a autora, que estudou a branquitude paulistana, o racismo ainda faz parte das práticas sociais, do discurso e dos modos de subjetivação dos indivíduos brancos brasileiros na contemporaneidade, com ideias de superioridade moral e intelectual em relação aos indivíduos não brancos, não podendo ser atribuído apenas a um legado da escravidão (Schucman, 2014).

Outro intelectual que se dedicou a estudar as origens do mito da democracia racial e fixar suas características foi o sociólogo Carlos Hasenbalg. Conforme nos conta a também socióloga e professora do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFRGS Luciana Garcia de Mello, relendo a obra seminal “Discriminação e desigualdades raciais no Brasil” (Hasenbalg, 1979),

A falta de discriminação legal, a presença de alguns não-brancos dentro da elite e a ausência de conflito social declarado contribuíram para sustentar esse mito. A comparação frequente dessa realidade com a de outras sociedades, sobretudo com os Estados Unidos, ajudou a moldar uma autoimagem favorável dos brasileiros no que se refere às relações raciais (Mello, 2018, p. 206).

Juntamente com as denúncias de Hasenbalg (1979) e Mello (2018) acerca do mito propagado pelos intelectuais brancos na primeira metade do século XX<sup>8</sup>, Schucman (2014) relembra um fato histórico que contribuiu para a impregnação do discurso sobre “harmonia racial” no senso comum brasileiro: no país, ao contrário de outras sociedades reconhecidamente racistas, a segregação racial nunca foi legitimada pelo Estado.

Outra falácia que contribui para a disseminação da ideia de que não há racismo no Brasil é a afirmação de que a sociedade brasileira é “miscigenada”. Quanto a isso, é importante recordar que a miscigenação foi inicialmente empreendida como um projeto científico-político de embranquecimento da nação, na primeira década do século XX (Schwarcz, 1998). No entanto, tal projeto fracassou, originando um tom de pele pardo, lido como “impuro” pela branquitude da época. As falhas de tal empreitada genética, então, foram ressignificadas e simbolizadas a partir da ideia do “mestiço”, que deveria tornar-

---

<sup>8</sup> Mencionamos, juntamente com Freyre: Roger Bastide, Arthur Ramos e Donald Pierson.

se o ícone nacional, como “um símbolo de nossa identidade cruzada no sangue, sincrética na cultura” (Schwarcz, 1998, p. 178).

Destarte, a verdade histórica sobre esse falso ideal de integração racial, que os já citados autores brancos tentaram “vender” como uma resultante social “harmônica”, veio à tona a partir da denúncia de intelectuais negros, como Abdias do Nascimento (1978), Lélia González (1984), Beatriz Nascimento (1987) e Kabengele Munanga (1999), e, na mesma esteira, da historiadora e professora nas Universidades de São Paulo e Princeton Lilia Moritz Schwarcz (1998). Esses pesquisadores resgataram a versão factual já comprovada, inclusive, geneticamente<sup>9</sup>: o tom pardo predominante na pele dos brasileiros<sup>10</sup> é fruto do estupro das mulheres negras e indígenas escravizadas pelos “senhores” brancos escravizadores. Eis a “miscigenação” do Brasil — nada mais que outro efeito nefasto do racismo!

Cercado de mitos, de um senso comum alienado da historiografia negra — que por séculos foi marginalizada nos espaços escolar e acadêmico —, e escamoteado por um Estado “igualitário” (no papel), o racismo *à brasileira* (Silva, 1995; Telles, 2003) é de um tipo peculiar: apresenta-se sob a máscara da tolerância e do convívio multirracial no espaço público, mas revela suas ideias de inferiorização de pessoas não brancas nos espaços privados, onde as pessoas brancas estão em “segurança”.

Por isso mesmo, autores como a jornalista Cleusa Turra e o sociólogo e professor da USP Gustavo Venturi chamaram o racismo praticado no Brasil, e organizador das relações sociais no país, de “racismo cordial” (1995).

O professor Silvio Almeida (2019) refere-se a essa perspectiva como “concepção individual do racismo”, que ele entende como frágil e limitada, por reconhecer o racismo unicamente como um problema moral, dissociado de suas consequências sociais. Nas palavras do autor:

É uma concepção que insiste em flutuar sobre uma fraseologia moralista inconsequente — “racismo é errado”, “somos todos humanos”, “como se pode ser racista em pleno século XXI?”, “tenho amigos negros” etc. — e uma obsessão pela legalidade. No fim das contas, quando se limita o olhar sobre o

<sup>9</sup> Ver: <https://www.geledes.Org.br/brasil-e-nacao-construida-em-estupro-de-mulheres-negras-e-indigenas-por-brancos-europeus-aponta-estudo/> .

<sup>10</sup> Ver: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-11/populacao-brasileira-e-formada-basicamente-de-pardos-e-brancos-mostra-ibge> .

racismo a aspectos comportamentais, deixa-se de considerar o fato de que as maiores desgraças produzidas pelo racismo foram feitas sob o abrigo da legalidade e com o apoio moral de líderes políticos, líderes religiosos e dos considerados “homens de bem” (Almeida, 2019, p. 25).

Esse discurso frágil e desinformado, sem necessariamente manifestar aprovação às desigualdades sociais, mas certamente sem associá-las ao racismo estrutural, é um dos que encontramos na análise dos dados deste trabalho, e será discutido adiante, no capítulo teórico-analítico.

Devido às características apresentadas, é relevante destacar, ainda, que entendemos o racismo cordial à brasileira (Silva, 1995; Turra; Venturi, 1995; Telles, 2003) como um dos fatores que cooperam para a normalização do que o filósofo e professor no Instituto Witwatersrand e na Universidade Duke Achille Mbembe (2003) nomeou como “necropolítica” — a licença colonial do Estado para usar a força e aniquilar populações marginalizadas (no caso brasileiro, as populações negra e indígena).

Uma vez que o racismo é visto no senso comum como um problema de outros países, mas não do Brasil, ou unicamente como um problema moral e individual, que só se pode assumir “entre iguais” (Bento, 2002), a branquitude não reconhece como manifestações do racismo político e estrutural as ditas “políticas de segurança pública”, que assolam favelas e áreas vulnerabilizadas com a força policial, já que em tais locais residem majoritariamente as populações não brancas (como já discutimos anteriormente neste capítulo).

E, assim, são também particularidades do racismo à brasileira o fato de a cada 23 minutos um jovem negro morrer no país<sup>11</sup> e o fato de que duas em cada três pessoas encarceradas no país sejam negras<sup>12</sup>, sem que o discurso predominante a respeito dessas atrocidades esteja associado ao racismo.

Lembramos, ainda, a importância dessa visão para o nosso trabalho, já que os dados aqui analisados se referem a narrativas de mulheres negras, mães de jovens negros, cujas famílias residem em uma favela do Rio de Janeiro, que sofre com incursões policiais recorrentes.

---

<sup>11</sup> Ver: <https://sismmac.Org.br/noticias/10/alem-dos-muros-da-escola/8938/a-cada-23-minutos-morre%20um-jovem-negro-no-brasil> .

<sup>12</sup> Ver: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/10/19/em-15-anos-proporcao-de-negros-nas-prisoas-aumenta-14percent-ja-a-de-brancos-diminui-19percent-mostra-anuario-de-seguranca-publica.ghtml> .

Finalmente, cabe-nos destacar nesta breve resenha algumas particularidade do racismo *à brasileira* contra as *mulheres* negras, que são as narradoras ouvidas nesta pesquisa.

Já demonstraram a enfermeira e mestre em enfermagem pela UFBA Emanuelle Goes e a também enfermeira e professora da Universidade Federal da Bahia Enilda Nascimento que as mulheres negras estão em situação de desvantagem em relação às mulheres brancas, quando se analisam indicadores de renda e nível de instrução. Isso aponta para a articulação do racismo e do sexismo, fazendo com que as mulheres negras sofram com uma dupla desigualdade em um mesmo *espaçotempo* (Goes; Nascimento, 2010).

Além disso, de acordo com as pesquisas em Ciências Sociais de Claudete Alves Souza (mestrado, PUC-SP) e Ana Cláudia Lemos Pacheco (doutorado, Unicamp) o grupo social de mulheres negras no Brasil sofre com o preterimento afetivo, levando a um fenômeno que tem sido registrado pelas pesquisadoras como “celibato involuntário”, isto é, a dificuldade de estabelecer trocas afetivas e formar uniões estáveis (Pacheco, 2008; 2013; Souza, 2008). Veremos isso na prática em nossa análise, por meio do relato da experiência de uma das pacientes.

Finalmente, mas sem esgotar o assunto, ressaltamos que as mulheres negras conseguem dedicar menos anos de suas vidas aos estudos, e são as que mais passam pela experiência do desemprego, quando comparadas com as mulheres brancas (Goes; Nascimento, 2010). Ademais, os dados sobre as desigualdades raciais no acesso a bens e serviços de saúde, pela sua relevância e particularidade nesta pesquisa, serão discutidos de modo distinto, na próxima seção.

### 3.3

#### **Racismo institucional de jaleco branco: a branquitude das estruturas que organizam o atendimento à saúde no Brasil**

De acordo com a médica, ativista do movimento de mulheres negras e doutora em Comunicação e Cultura Jurema Werneck, em trabalho com a bióloga, doutora em saúde pública e pesquisadora Fernanda Lopes (2010), o racismo nos países da diáspora africana, incluindo o Brasil, também se manifesta de forma

institucional, seja na forma de exclusão, prioridades ou metas de realização das diversas instituições sociais, nas áreas da educação, do mercado de trabalho, da política, da segurança pública, da esfera privada e, claro, da saúde.

Observando-se mais de perto a questão do racismo na saúde, o documento “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra — uma política do SUS” (2017) corrobora o pensamento de Lopes e Werneck (2010), ao demonstrar que pessoas negras, no Brasil, sofrem diversas discriminações no atendimento à saúde, tais como: menos acesso a serviços, medicamentos, internações e transplantes. Além disso, o relatório trata das acentuadas mortes da juventude negra por causas externas violentas como uma questão de saúde pública<sup>13</sup>, constata que as pessoas negras de ambos os gêneros são as que mais sofrem de hipertensão e dá especial atenção à causa das mulheres negras. Segundo a pesquisa, são elas que sofrem com maiores índices de mortalidade materna e de discriminação em situações de parto e acompanhamento pré-natal, bem como as que têm menos acesso a mamografias.

Goes e Nascimento, em seu estudo (2010), também verificaram dados semelhantes aos apresentados por Lopes e Werneck (2010) e pelo relatório do SUS (2017), acrescentando, ainda, a prevalência de pessoas negras entre os usuários do Sistema Único de Saúde e a de pessoas brancas entre os usuários de planos de saúde privados. As autoras ressaltaram que, apesar de constituírem a minoria entre os usuários do SUS, as pessoas brancas são as que avaliam da melhor forma os atendimentos recebidos no sistema. Além disso, as autoras apontaram que as mulheres negras usuárias do SUS têm menos acesso ao parto cesáreo, recebem menos anestesia durante o parto, relatam mais desconfortos nas consultas de acompanhamento da gestação e são o grupo mais vulnerável à contaminação por HIV<sup>14</sup>.

Outro importante fator que compõe o panorama do racismo institucional da saúde no Brasil contemporâneo é a maior vulnerabilidade psicoemocional a que estão sujeitas as pessoas negras, devido ao menor acesso às terapias psicológica e psiquiátrica. Diversos estudos, como os de: Martins, Lima e Santos (2020); Gouveia e Zanello (2019); Damasceno e Zanello (2018); Smolen e Araújo (2017); Silva (2017); Passos (2017); Mata e Pelisoli (2016), já analisaram esta

---

<sup>13</sup> Ver também: Raimondi; Souza; Moraes et al., 2020.

<sup>14</sup> Ver também: Souzas; Marinho; Melo, 2012.

temática, indicando maior prevalência de depressão e sintomas de depressão em mulheres negras do que em outros grupos raciais/sociais; tendência ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático em decorrência de discriminações racistas; e menores índices de acesso e sustentação de acompanhamentos psicológico e/ou psiquiátrico, quando necessário.

Paralelamente a isso, para colocarmos sob a lupa o racismo institucional na saúde, que acontece no Brasil, é importante racializarmos os/as profissionais brancos/brancas que exercem a medicina no país (Nascimento, 2019). Tal movimento conduz à inferência de que as médicas que atuam no contexto estudado nesta pesquisa demonstram, em uma escala situada, o que o relatório anual “Demografia Médica Brasileira”, produzido em 2018 pela Faculdade de Medicina da USP, traduziu em números: apenas 1,8% dos médicos recém-graduados no Brasil se autodeclararam negros e 16,2%, pardos; enquanto 77, 2% se autodeclararam brancos.

Logo, fica evidente que as estruturas racistas da sociedade brasileira se espraiam também pelo atendimento básico de saúde, visto que as pessoas que mais enfrentam dificuldades, violências e exclusões no referido contexto são as negras, enquanto as que majoritariamente ocupam o topo da hierarquia profissional — a saber, o exercício legal da medicina — são as pessoas brancas, detentoras de privilégios econômicos, epistêmicos, estéticos, afetivos e de direitos básicos de cidadania, tais como saúde, segurança e educação.

De igual modo, é imprescindível pontuar que a disparidade da representatividade racial negra no campo da medicina brasileira, quando comparada com a ocupação de pessoas brancas nesse lócus social, é um dado ainda mais alarmante, visto que se trata de um país de maioria autodeclarada negra (pretos e pardos somam mais de 56% da população, segundo o IBGE<sup>15</sup>).

Diante desse panorama, a perspectiva analítica desta tese se direcionou para a sensibilização da escuta dos profissionais de medicina, ressaltando a importância dos lugares sociais de fala e escuta para médicos e pacientes em interação.

Em se tratando de uma pesquisa da qual participaram pacientes/mulheres/mães/ profissionais negras, vale sublinhar que essa escolha se

---

<sup>15</sup> Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad, IBGE, 2019): <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado> .

coaduna com a recomendação do Ministério da Saúde, no documento “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras”, de 2005. Na seção “Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde”, o relatório adverte sobre a necessidade de:

Inclusão nas capacitações de profissionais da rede básica e dos serviços de referência e das maternidades, de conteúdos sobre diferenciais étnico/raciais nas condições de vida e na saúde da população (p. 16).

Neste sentido, outro documento oficial chama a atenção: as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, lançadas pelo MEC em 2014. O texto aponta para a importância de os profissionais médicos do país serem habilitados à promoção da integralidade na saúde do “ser humano” e reconhecerem sua responsabilidade social, como agentes de transformação social, tendo em vista o pluralismo e a diversidade cultural do Brasil. Também versa, entre outros temas, sobre relevância da boa comunicação com outros profissionais de saúde e com o público, assim como sobre a necessidade de atualização profissional e educação permanente.

As temáticas que acabamos de destacar, presentes no referido documento, relacionam-se diretamente com nosso objeto de investigação, como se pode notar. Contudo, salta aos olhos a ausência de termos especificadores, tais como: “raça”, “etnia”, “gênero”, “desigualdade”, “equidade”, “negros”, “indígenas”, “brancos”, “mulheres”, “homens”, apenas para citar alguns exemplos.

A esse respeito, a médica, pesquisadora e coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do Conselho Nacional de Saúde Jurema Werneck já havia escrito, em 2010, o seguinte manifesto: “Estatuto da Igualdade Racial é uma ameaça à Saúde da População Negra”, no qual ela defendeu que a falta de especificação racial nos atendimentos de saúde é uma manifestação de racismo, que “faz mal para a saúde da população negra, ao Sistema Único de Saúde e à sociedade brasileira” (p. 3).

Portanto, a identificação de narrativas contadas por mulheres negras nas consultas, bem como das estratégias linguístico-discursivas (bem e mal sucedidas) empregadas pelas médicas para encaminharem ou silenciarem os temas levantados pelas pacientes, aparece como uma importante ferramenta no auxílio à promoção

da equidade na atenção à saúde das mulheres negras. Essa perspectivação da pesquisa, que põe em primeiro plano os marcadores sociais raça, classe e gênero, também vai ao encontro do que sugere a filósofa feminista negra Djamila Ribeiro, quando afirma que:

o fundamental é que indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de locus social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar, e como esse lugar impacta diretamente a constituição dos lugares de grupos subalternizados (2019, p. 85).

Sendo assim, neste trabalho, salientamos mais um *modus operandi* do racismo institucional na saúde brasileira: o funcionamento da branquitude como um “filtro de escuta”, que deprecia ou negligencia (ainda que de modo não gerenciado) o valor das experiências narradas por mulheres negras em consultas médicas.

Ainda seguindo o raciocínio de Ribeiro, podemos afirmar que o discurso hegemônico da medicina — que será analisado como “voz da medicina”, no capítulo devido — subentende um “regime de autoridade” (2019, p. 84), visto que se inscreve em um “sistema que invisibiliza narrativas” (p. 85), constituindo-se como um mecanismo do “postulado de silêncio” (p. 88), isto é, do silenciamento, da restrição do direito à voz (p. 43) de grupos historicamente discriminados.

Conseqüentemente, capturar, no consultório médico, a invisibilização de narrativas de mulheres negras e o cerceamento do direito à voz deste grupo social é uma chave necessária para a abertura dos grilhões deste mesmo regime de autoridade.

Como já afirmou o linguista, autor e professor da Universidade Federal do Sul da Bahia Gabriel Nascimento:

Combater o racismo não será possível sem racializar a branquitude enquanto fenômeno que, ao entrar em crise, junto com o próprio neoliberalismo e o capitalismo financeiro, promove uma verdadeira promoção de si ao aprofundar o genocídio, o epistemicídio e o lingüicídio (Alcoff, 2015). (2019, p. 85).

Por conseguinte, se, por um lado, nos alinhamos às políticas públicas de atendimento de saúde especializado às mulheres negras, por outro, também reconhecemos a necessidade fundamental de racializar os profissionais brancos e brancas que exercem esse cuidado, a fim de responsabilizá-los pelo combate ao

racismo. Afinal, como cada vez mais tem se repetido nas discussões sobre questões raciais — e fazemos coro: racismo mata!

### 3.4

#### **A culpa é do capitalismo! Uma reflexão sobre como nós, acadêmicos e acadêmicas, temos ocultado as estruturas racistas da sociedade brasileira sob o manto da desigualdade de classe social**

Antes que este trabalho possa ser acusado de um cunho conservador, é preciso admitir: sim, o capitalismo tem culpa. Todavia, como já disseram o linguista, escritor e professor da Universidade Federal do Sul da Bahia Gabriel Nascimento e o também linguista, pesquisador e professor da Universidade Federal Fluminense Joel Windle (2022): “raça é um elemento central e estruturante das desigualdades sociais” (p. 387).

Os mesmos autores prosseguem em sua reflexão a respeito da sobreposição das opressões racial e econômica, direcionando-a para o cenário das pesquisas acadêmicas contemporâneas. Eles afirmam que “quem chama atenção para raça [em âmbito acadêmico] corre sempre o risco de ter seu enunciado classificado como irrelevante; estranho ao campo científico no estrito senso, ou como algo que é pertencente somente ao mundo da experiência pessoal ou da militância” (2022, p. 414).

É com essa perspectiva que abrimos esta seção do presente capítulo, alinhadas ao pensamento de Nascimento e Windle (2022), que é atual e oportuno, mas não recente. Antes deles, e juntamente com eles, outros intelectuais vêm construindo uma história de denúncias contra o apagamento do marcador social raça e dos efeitos do racismo em pesquisas que tematizam o empobrecimento e a subalternização de camadas da sociedade brasileira.

O economista, dramaturgo e professor na Universidade do Estado de Nova Iorque Abdias do Nascimento, por exemplo, já disse que a discussão sobre raça é “proibida” no Brasil, ao passo que “a raça determina a posição social e econômica na sociedade brasileira” (1978, p. 85).

Semelhante pensamento compõe o legado do sociólogo e professor da USP Florestan Fernandes, que estudou a formação da sociedade paulistana de sua época.

Em seu trabalho, o pesquisador demonstrou que os padrões de relações raciais do período escravagista perpetuaram-se durante a fase de consolidação da ordem social, com consequências econômicas, políticas e sociais nocivas para a população não branca, enquanto mantiveram-se a posição de poder e o estilo de vida da população branca (2008, p. 304). Ele também afirmou que “seria desavisado, indecoroso e temerário debater em público, com franqueza e espírito crítico” a temática racial da população negra na cidade de São Paulo (2008, p. 316).

De forma análoga, a historiadora, professora, ativista pelos direitos das mulheres negras e doutora *honoris causa* pela UFRJ Beatriz Nascimento denunciou o racismo entre intelectuais brancos, exemplificando-o de modo contundente, com a própria história de vida:

O branco brasileiro de um modo geral, e o intelectual em particular, recusam-se a abordar as discussões sobre o negro do ponto de vista da raça. Abominam a realidade racial por comodismo, medo, ou mesmo racismo. Assim perpetuam teorias sem nenhuma ligação com nossa realidade racial. Mais grave ainda, criam novas teorias mistificadoras, distanciadas desta mesma realidade. Um dos fatos que mais marcaram meu período escolar e minha formação posterior foi quando um professor de Geografia, discorrendo sobre a etnia brasileira baseando-se na teoria do luso-tropicalismo de Gilberto Freyre, disse: “O Rio de Janeiro era, no início do século, uma sociedade impossível de se viver, só tinha pretos” (Ratts, 2006, p. 95).

Assim como Fernandes (2008) e Nascimento (1978), ela também declarou que a omissão da questão racial, em pesquisas de cunho social, deve ser entendida como uma demonstração de ignorância, ou mesmo de racismo.

Preferem muitos “teóricos” repetir obviamente que a origem da discriminação está no aspecto socioeconômico que caracteriza a sociedade brasileira. Insistem em não ver o preconceito racial como reflexo de uma sociedade como um todo, ou seja, em todos os seus níveis, pois a ideologia, onde repousa o preconceito, não está dissociada do nível econômico, ou do jurídico-político; não está nem antes nem depois destes dois, também não está em cima ou embaixo. [...] Repetir que o preconceito racial é de origem econômica, ou em decorrência do fenômeno da luta de classes, procurar somente nas fundamentações econômicas explicação para uma situação tão complexa, não esclarece, só contesta, nem promete soluções para os diretamente interessados nela (Ratts, 2006, p. 101).

Mais recentemente, Achille Mbembe escreveu no epílogo “Existe apenas um mundo”, de sua aclamada obra “Crítica da Razão Negra” (2014), que o nascimento da questão racial é indissociável da história do capitalismo, entendido

como um sistema movido por violações, interditos e precarizações sem limites (p. 299). O autor também destacou a centralidade da pessoa negra escravizada como motor dessa violenta conjuntura.

Outra pesquisadora, além de Beatriz Nascimento, que flagrou os desvios da questão racial na formação educacional brasileira, nos níveis básico e superior, foi Nilma Lino Gomes. Nas palavras da professora:

Mesmo que as demandas históricas do Movimento Negro sejam, hoje, comprovadas pelas pesquisas oficiais e acadêmicas, ainda existem docentes na Educação Básica e no Ensino Superior que insistem em afirmar que tal situação é exclusivamente um produto da exploração capitalista. Sequer tocam no fato de que a configuração das classes, no Brasil, tem também como base a exploração racial. Não pontuam que a formação da classe trabalhadora em nosso país, assim como o processo de exclusão social, implantado pelo capitalismo, estão intimamente ligados à escravidão, e nem analisam que a economia brasileira e o enriquecimento das elites se construíram sob a exploração do trabalho escravo (2021, p. 446).

Amparado por esse percurso histórico de vozes lúcidas quanto à imbricação dos marcadores raça e classe social desde a formação da sociedade brasileira até a contemporaneidade, o advogado e professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul Lúcio Almeida tem disseminado o termo “racismo acadêmico” (Almeida, 2022) para se referir ao fenômeno aqui exposto.

Cientes dessa realidade, não poderíamos nos furtar à responsabilidade de olhar para a raça em nossas análises. E, sendo esta uma pesquisa que primeiramente recebeu os recortes de gênero e classe social — por tratar de dados oriundos de um projeto acadêmico-social de prevenção ao câncer de mama, no qual foram cadastradas como participantes mulheres moradoras de áreas vulneráveis de uma favela da cidade do Rio de Janeiro —, fomos conduzidas, conseqüentemente, à abordagem interseccional da investigação. E sobre isso discorreremos na seção seguinte, que finalizará este capítulo.

### 3.5

#### **Interseccionalização como caminho, sem esquecer a centralidade da categoria *raça* para esta epistemologia**

No ano de 1989, a professora nas universidades de Columbia e da Califórnia, em Los Angeles, e estudiosa da teoria racial crítica Kimberlé Crenshaw cunhou o conceito “interseccionalidade”, no campo do direito, a fim de denunciar os apagamentos sofrimentos pelas mulheres negras em algumas pesquisas, quando a política antirracista ou a epistemologia feminista operavam por si sós, visto que essas mulheres acumulam dois marcadores de opressão social: gênero e raça.

De acordo com o argumento de Crenshaw, a experiência das mulheres negras era subsumida pela de homens negros, nas pesquisas com viés racial, e pela das mulheres brancas, em investigações que privilegiavam a perspectiva de gênero. Sendo assim, a base da pirâmide em sociedades que passaram pela colonização — isto é: as mulheres negras — nunca ficava em primeiro plano.

Apesar de, na atualidade, o conceito ser amplamente creditado a Crenshaw (1989), a denúncia da invisibilização das mulheres negras já era uma tônica do movimento feminista negro, e foi reiterada por outras pesquisadoras, tais como: Angela Davis (1981), bell hooks (1981), Audre Lorde (1984), Lélia González (1984), Beatriz Nascimento (1987), Luiza Bairros (1995), Patricia Hill Collins (2000), María Lugones (2008), Grada Kilomba (2019), Carla Akotirene (2019) e Nilma Lino Gomes (2021).

Sendo assim, juntamente com essas autoras, entendemos que é necessário observar o conjunto da experiência de um indivíduo/grupo social, em toda a sua diversidade de raça, classe e gênero, principalmente — e, quando cabível, também outros marcadores, como: sexualidade, nacionalidade, religião, forma corporal, entre outros —, para atingir um resultado que contemple efetivamente o grupo analisado. Essa é a proposta da epistemologia interseccional.

Nas palavras da autora que fixou o conceito:

Como a experiência interseccional é maior do que a soma do racismo e do sexismo, qualquer análise que não leve em conta a interseccionalidade não pode abordar suficientemente a maneira particular pela qual as mulheres negras são subordinadas. Assim, para que a teoria feminista e o discurso político antirracista abracem as experiências e preocupações das mulheres negras, todo o arcabouço que tem sido

usado como base para traduzir a “experiência das mulheres” ou “a experiência negra” em demandas políticas concretas deve ser repensado e reformulado (Crenshaw, 1989, p. 140).

A observação minuciosa de *quem* são as mulheres tolhidas nas interações contemporâneas, e de quais são os marcadores de privilégio que possibilitam o silenciamento delas nos encontros sociais, leva-nos a perceber que não se pode falar em repressão *às mulheres*, como um todo abstrato e homogêneo, visto que é no entrecruzamento de performances identitárias estigmatizadas que as opressões sociais mostram sua face mais cruel.

Por isso, é preciso lançar para *elas* um olhar interseccional, já que o conjunto dessas variáveis representa diferentes experiências de grupos marginalizados socialmente. Como afirmou a antropóloga e professora da Unicamp Adriana Piscitelli,

o conceito de gênero requer pensar não apenas nas distinções entre homens e mulheres, entre masculino e feminino, mas em como as *construções de masculinidade e feminilidade* são criadas na articulação com outras diferenças, de raça, classe social, nacionalidade, idade; e como essas noções se embaralham e misturam no corpo de todas as pessoas (2009, p. 2).

Ainda nesta esteira, é necessário destacar que a interseccionalidade, como matriz de pensamento e conceito acadêmico, emergiu da teoria racial crítica, no interior do Movimento Negro. Sendo assim, é inegável a centralidade da categoria “raça” para as análises interseccionais.

Para Carla Akotirene, pesquisadora, militante negra e doutora em Estudos Feministas pela UFBA,

A interseccionalidade visa a dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cis-heteropatriarcado — produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são, repetidas vezes, atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (Akotirene, 2019, p. 10).

Neste sentido, a abordagem interseccional das pesquisas acadêmicas, dos projetos e movimentos sociais, bem como das políticas públicas, pode ser lida como um mecanismo de luta anticolonial, na medida em que presentifica a

resistência à marginalização social em suas múltiplas vertentes, de modo simultâneo e indivisível.

Em nossa pesquisa, especificamente, aderimos à perspectiva interseccional como estratégia político-acadêmica de descolonização do pensamento científico, da branquitude acadêmica e da branquitude médica, a fim de trazer uma práxis antirracista à análise dos dados gerados. Outro objetivo de trabalharmos com a interseccionalização é propor significados, tanto éticos quanto práticos, à experiência das mulheres (negras e brancas) que participam deste trabalho.

Do mesmo modo, a interseccionalização das análises agrega valor à proposta de constituir uma pesquisa que possa ser tomada como fonte de letramento racial crítico e antirracista, para os leitores e as leitoras que desejarem se aproximar dela dessa forma.

Assim, acreditamos ser possível desnudar, de forma honesta e eficaz, os alastramentos da branquitude e do hétero-racismo estrutural nas interações cotidianas, mesmo aquelas em que não podemos identificar ofensas explícitas.

## 4

### **Caminho da pesquisa: uma apresentação da metodologia, do estado da arte e das implicações ético-políticas deste trabalho**

O Brasil devia ser dirigido por quem passou fome.

Carolina Maria de Jesus, *Quarto de despejo*

O pai dela tá sumido, aí ela acha que a mãe é culpada. E aí fica brigada com a mãe dela, bate à beça nos irmãos dela, que ela tem dois irmãos pequenos. Aí quando a mãe pede pra olhar, ela bate, soca as crianças.

Paciente Hilda, *consulta 5, dados da pesquisa*

A pesquisa qualitativa no campo da linguagem, mais especificamente na área do discurso e da interação, tem se consolidado como mecanismo de detalhamento e compreensão de contextos nos quais os dados macrosociais apontam cenários desafiadores. Por isso, no que tange à saúde de mulheres negras e socialmente vulneráveis no contexto brasileiro — que é o cenário no qual este trabalho se desenvolve —, é enriquecedor pensar como Yazdannik, Mohammadi e Yousefy (2017), que defenderam a importância dos estudos qualitativos e multiperspectivados, desenvolvidos com dados linguísticos, para a pesquisa em atenção à saúde.

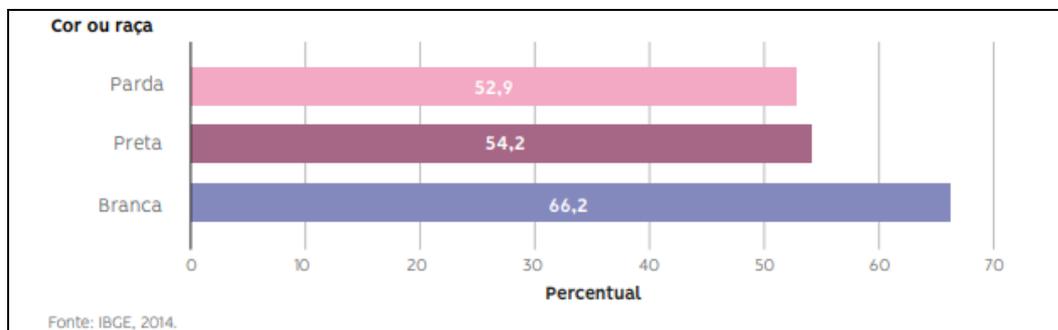
Outra base para o paradigma metodológico aqui privilegiado vem do trabalho do pesquisador Joshua Gamson (2006), que entende a pesquisa qualitativa como um método que muito pode contribuir para a investigação de questões de gênero, raça e classe — que são o foco deste estudo. Deste modo, o presente trabalho vale-se da metodologia de pesquisa qualitativa e interpretativista (Denzin; Lincoln, 2006; Bastos; Biar, 2015) para entender melhor alguns dados, como os menores percentuais de sobrevivência ao câncer de mama para mulheres negras, em comparação com as mulheres brancas<sup>16</sup>; ou o menor acesso a

---

<sup>16</sup> Conforme pesquisa do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFMG, com dados do SUS, para avaliar desigualdade racial na saúde: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/probabilidade-de-sobrevivencia-de-mulheres-negras-e-ate-10-menor-em-casos-de-cancer-de-mama> .

mamografias para mulheres pretas e pardas, em comparação a mulheres brancas, como mostra o quadro a seguir<sup>17</sup>:

**Quadro 1 — Acesso a mamografias por cor ou raça no Brasil em 2014**



Além desses dados, também é pertinente mencionar a maior prevalência de desordens mentais em pessoas não-brancas do que em pessoas brancas, com ênfase na maior prevalência de depressão e seus sintomas entre mulheres negras do que entre mulheres brancas (Smolen; Araújo, 2017; Gouveia; Zanello, 2019).

Outros dados importantes, da Política Nacional para a Saúde Integral da População Negra (2017), elucidados neste estudo, referem-se ao acesso a serviços de saúde: pessoas brancas passam por mais consultas médicas e recebem mais medicamentos do que pessoas negras, e mulheres brancas realizam mais mamografias (em consonância com os dados do Inca) e consultas pré-natais do que mulheres negras. O mesmo relatório também aponta maior prevalência de hipertensão entre pessoas negras, de ambos os gêneros.

Do lado da equipe médica, que será posto em primeiro plano nesta pesquisa, na seção de análise interacional, também podem-se mencionar dados relevantes, produzidos pela Escola Médica da Universidade de São Paulo, por meio do relatório anual “Demografia Médica Brasileira” (2020).

Segundo o documento, apesar de haver uma progressão no percentual de recém-graduados em Medicina autodeclarados pretos e pardos — em 2013 eram 23,6%; em 2016, representavam 26,1%; e, em 2019, eram 27,7% do total (vide

<sup>17</sup> A fonte do gráfico é o relatório do Inca “A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação”, de 2019:

[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf).

quadro abaixo) —, esse número ainda está muito aquém da representatividade da raça branca na profissão.

### Quadro 2 — Autodeclaração racial dos recém-graduados em medicina no Brasil em 2013, 2016 e 2019

<b>Distribuição do percentual dos estudantes concluintes de Medicina que realizaram o Enade segundo cor ou raça autodeclarada – Brasil, 2020</b>			
<b>Cor/raça</b>	<b>2013</b>	<b>2016</b>	<b>2019</b>
Branca	73,6%	68,2%	67,1%
Preta	2,3%	3,0%	3,4%
Amarela	2,3%	2,7%	2,5%
Parda	21,3%	23,1%	24,3%
Indígena	0,4%	0,2%	0,3%
Não quero declarar	–	2,8%	2,4%

**Fontes:** Enade 2013, 2016 e 2019; Scheffer M. *et al.*, *Demografia Médica no Brasil 2020*.

Portanto, a partir do cruzamento desses indicadores sociais com os dados qualitativos do corpus deste estudo, foi possível perceber que há uma tendência à diferença racial nos atendimentos médicos das mulheres negras e socialmente vulneráveis, que são o grupo representado pelas pacientes do projeto acadêmico-social que acompanhamos ao longo da pesquisa. Assim, é comum que, no país, mulheres negras pertençam a classes sociais trabalhadoras e sejam consultadas por médicos e médicas brancas, de classes sociais mais privilegiadas.

Além disso, cabe ressaltar que a diferença racial em questão chama ainda mais atenção se lançarmos luz ao fato de que o Brasil é um país em que a maioria da população se declara negra (pretos e pardos somam mais de 56% da população, de acordo com o IBGE<sup>18</sup>). Logo, sabendo-se que o contexto pós-colonial faz deste um país estruturado sobre o racismo e a opressão da força de trabalho, é evidente que o cenário da presente pesquisa aponta para o privilégio social, de base racial, sobre o acesso a uma das profissões mais prestigiadas do país.

Essa observação, juntamente com o trabalho de campo e a análise preliminar dos dados, foram fatores cruciais para a construção do objeto de pesquisa, que será detalhado a seguir.

<sup>18</sup> Vide dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD): <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>.

## 4.1

### A construção do objeto de pesquisa

De que forma a análise de dados qualitativos de interação médico-paciente pode contribuir para o aprofundamento dos entendimentos sobre a desigualdade racial na saúde?

Essa inquietação inicial emergiu em vista do panorama de defasagem no atendimento à saúde de pacientes negras e predominância racial branca na classe médica, conforme apontam os dados macrossociais. Ela também foi o gatilho para a construção do objeto de estudo da presente pesquisa, a saber: *a investigação dos efeitos da diferença racial em atendimentos médicos a mulheres, focalizando especificamente a escuta das médicas brancas durante atendimentos a pacientes negras em situação de vulnerabilidade social, além da própria vulnerabilidade clínica.*

Para chegar a tal recorte, foi feito o cruzamento dos dados cadastrais das participantes do projeto, coletados pela equipe de serviço social na fase de cadastramento, com os estudos de interseccionalidade (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002), feminismo decolonial (González, 1984; 2020; Lugones, 2008; 2014; Segato, 2012), branquitude crítica (Bento, 2002; Cardoso, 2010; Schucman, 2012; Silva, 2007) e humanização no atendimento médico (Ostermann; Meneghel, 2012). Além disso, a pesquisa de dados macrossociais corrobora esse viés, como já foi desenvolvido na seção anterior deste capítulo.

No entanto, o trabalho de campo, feito pelas pesquisadoras responsáveis por este estudo, em reuniões com profissionais de saúde, serviço social e participantes do projeto, tanto em eventos específicos de cada uma dessas frentes de trabalho, quanto em eventos que congregaram os diferentes grupos, foi o diferencial para a construção do nosso objeto de pesquisa.

Inicialmente, a pesquisa centralizou os indicadores de gênero e opressão sexual como motivadores da microanálise, seguindo o recorte de gênero já proposto no desenho do projeto social. Porém, a observação participante permitiu visualizar as características de cada grupo de maneira muito mais viva e nítida, inclusive em termos de cores e texturas, do que o trabalho abstrato havia possibilitado. A partir daí, ficou evidente a necessidade de se trabalhar também com o recorte racial dos dados, visto que em eventos com equipes médicas era

raro encontrar um profissional que não fosse branco, e nos eventos com as pacientes era raro encontrar uma mulher que não fosse negra.

Desta forma, registramos a descrição dos eventos motivadores da construção do objeto de pesquisa, conforme o quadro a seguir:

**Quadro 3 — A construção do objeto de pesquisa — Eventos etnográficos**

<b>EVENTOS ETNOGRÁFICOS</b>				
<b>Participações</b>	<b>Tipo de evento</b>	<b>Iniciativa</b>	<b>Descrição resumida</b>	<b>Data ou período</b>
1	<b>Reunião presencial com a coordenação do projeto social</b>	Equipe desta pesquisa	Coordenação do projeto apresenta as instalações e a equipe médica à equipe de estudos da linguagem.	nov/2017
3	<b>Reunião presencial com assistentes sociais</b>	Equipe desta pesquisa	Assistentes sociais apresentam as etapas do projeto social à equipe de estudos da linguagem.	nov/2017 dez/2017 mar/2018
1	<b>Roda de conversa presencial sobre saúde das mamas</b>	Escola de Medicina da Universidade promotora	Conversa colaborativa entre equipe multidisciplinar de saúde, mulheres participantes do grupo de prevenção primária ao câncer de mama e equipe de estudos da linguagem.	fev/2018
1	<b>Reunião presencial com participantes da terceira etapa do projeto</b>	Equipe desta pesquisa	Equipe de estudos da linguagem conduz entrevista aberta.	dez/2018
1	<b>Seminário acadêmico sobre Medicina Narrativa voltado a profissionais de saúde</b>	Universidade promotora em parceria com uma universidade internacional	Equipe de estudos da linguagem apresenta resultados preliminares da pesquisa a profissionais de saúde.	abr/2019
2	<b>Formações presenciais em Medicina Narrativa</b>	Universidades nacionais	Equipe de estudos da linguagem participa de imersões no campo da	jun/2019 set/2019

			saúde.	
1	<b>Participação on-line em grupo fechado regional de discussão sobre Medicina Narrativa</b>	Profissionais e acadêmicos do estado do Rio de Janeiro	Equipe de estudos da linguagem participa de redes de contatos e trocas qualificadas de informação no campo da saúde.	desde jun/2019
1	<b>Participação on-line em grupo fechado internacional de discussão sobre Medicina Narrativa</b>	Profissionais e acadêmicos de todo o Brasil e de Portugal	Equipe de estudos da linguagem participa de redes de contatos e trocas qualificadas de informação no campo da saúde.	desde maio/2020
2	<b>Participação on-line em encontro de estudos e discussão sobre Medicina Narrativa</b>	Profissionais e acadêmicos de todo o Brasil e de Portugal	Equipe de estudos da linguagem participa de grupo de estudos sobre Medicina Narrativa com profissionais de saúde.	jun/2020 jul/2020

Fonte: Dados da pesquisa

O quadro categoriza os eventos dos quais nós, pesquisadoras (redatora e orientadora), participamos na fase inicial de nosso trabalho. Na coluna “Participações”, apresentamos a quantidade de vezes que estivemos em eventos de descrição semelhante; em “Tipo de evento”, descrevemos o objetivo do encontro; “Iniciativa” diz respeito ao grupo que organizou o evento em questão; a “Descrição resumida” contém apontamentos sobre a temática e/ou mais detalhes sobre o evento; e em “Data ou período” situamos o evento no tempo.

A respeito do período que permanecemos em campo, em contato direto com a equipe multidisciplinar de saúde do projeto acadêmico-social que acompanhamos, bem como com as pacientes que participaram da iniciativa, é importante destacar a interferência da pandemia de covid-19 em nossas atividades presenciais, que duraram de novembro de 2017 a setembro de 2019 (conforme indicado no quadro anterior).

Os prejuízos causados pela aceleração do contágio por covid nos levaram a finalizar os encontros presenciais em 2020. A partir de então, precisamos concentrar nosso trabalho de campo nos grupos de discussão on-line, dos quais temos participado ativamente até o presente momento.

Sobre os benefícios da imersão no campo para a pesquisa, ressaltamos, ainda, que ela foi fundamental para a percepção de que seria necessário interseccionalizar a análise. Com isso, passamos a investigar recorrências e atravessamentos discursivos sobre o racismo estrutural e o privilégio branco, como agentes de manutenção de exclusões de acesso, representação e distribuição de saberes e riquezas.

Ademais, a opção pela interseccionalização da pesquisa e pelo foco no recorte racial possibilitou às pesquisadoras darem continuidade a entendimentos sobre privilégio branco e racismo estrutural, já iniciados em trabalho anterior<sup>19</sup>, que tratou sobre branquitude, racismo religioso e estigma racial.

Portanto, na presente pesquisa, foi possível aprofundar e desenvolver categorias analíticas e aportes teóricos com os quais já havíamos nos familiarizado, com o objetivo de formular propostas aplicadas, de intervenção e melhoria na comunicação e nas políticas públicas do setor da saúde.

## 4.2

### Estado da arte

Apesar da relevância do objeto de pesquisa para a promoção da igualdade no acesso à saúde e na qualidade dos atendimentos médicos na sociedade brasileira, há poucas pesquisas qualitativas sobre essa temática no país, com dados de linguagem e narrativa, além de uma perspectiva analítica interseccional. No cenário internacional, em contrapartida, é possível destacar o volume “The Routledge Handbook of Language and Health Communication” (Hamilton; Chou, 2014), que contém trabalhos que se valem do recorte racial para a interpretação de dados linguísticos gerados no contexto da saúde.

Outros trabalhos internacionais dialogam com esta pesquisa, mas, simultaneamente, diferem dela, pela ausência de compromisso com a interseccionalização das análises e com o relevo dos lugares de fala e escuta (Ribeiro, 2019; Santos; Teixeira-Filho, 2020; Gorjon; Mezzari; Basoli, 2019; Souza; Silveira, 2019) da branquitude. Ainda assim, como temáticas afins, é

---

<sup>19</sup> ““Eu tinha mó preconceito, né, Exu não!”: narrativas de resistência à estigmatização das práticas religiosas de matriz africana” foi o título da dissertação de mestrado defendida por Clarissa França e orientada por Liliana Cabral Bastos, em 2018, no PPGEL/PUC-Rio.

possível mencionar o treinamento da escuta na área da saúde (Drife, 1998; Donald, 1998); a construção conjunta, entre médicos e pacientes, de agendas de consulta e narrativas clínicas (Clark; Mishler, 2001; Launer, 1998; Elwyn; Gwyn, 1998); além da importância do letramento narrativo para profissionais de saúde (Jones, 1998; Greenhalgh, 1998).

Já no Brasil, a discussão contemporânea mais produtiva, no campo da Linguística Aplicada (Borba, 2011; Ostermann et al., 2013), sobre a saúde “da mulher”, tem girado em torno da humanização nos atendimentos médicos, particularmente nos estudos envolvendo mulheres socialmente vulneráveis.

Duas pesquisadoras que se destacam nessa área são Ana Cristina Ostermann e Stela Nazareth Meneghel, que têm entendido a humanização como um conjunto de práticas interacionais que têm como objetivo a promoção da integralidade na saúde do paciente em atendimento. Isso pressupõe sensibilidade médica às necessidades e expectativas do outro, além de escuta atenta, cuidado, acolhimento, tratamento digno e respeito (2012, p. 13, 14).

No campo da Análise de Narrativas, as pesquisas em contextos de saúde têm privilegiado a identificação de histórias que carregam o discurso médico-científico hegemônico (Bastos, 2008; Favoreto; Cabral, 2009), análises que apresentam a importância das narrativas na prática clínica (Ribeiro, 2001; Pinto, 2001; Leibing; Groisman, 2001), ou a contribuição das histórias para a compreensão do modo como os pacientes lidam com situações de dor, doença e morte (Oliveira; Bastos, 2011).

Ainda sobre o trabalho com narrativas na área da saúde, mas seguindo a tendência de mobilizar as histórias mais pela via da literatura do que pela via do discurso, destacam-se as reflexões produzidas no campo da Medicina Narrativa, que têm florescido em Língua Portuguesa nos últimos anos (com grupos de estudos tanto no Brasil quanto em Portugal). Nesse sentido, um trabalho que pode ser apontado como diferencial, por levar em conta as narrativas dos pacientes sobre suas doenças, é o de Grossman e Cardoso (2014).

As análises interseccionais, por sua vez, têm despontado nos campos das Ciências Sociais e da Saúde. Este último envolve, principalmente, pesquisas nas áreas de Saúde Pública, Enfermagem e Psicologia Social.

Como exemplos dessa tendência, é possível citar os trabalhos de Bairros (2008), em Saúde Coletiva, sobre a desigualdade racial no acesso aos exames de

mama e citopatológico, para mulheres no sul do país; Messias (2008), nas Ciências Sociais, que trata a violência cometida contra mulheres negras pela perspectiva da saúde; Riscado, Oliveira e Brito (2010), multidisciplinar, mas com foco em Saúde Pública, sobre a prevenção ao HIV em comunidades remanescentes de Quilombos no Alagoas; Góes e Nascimento (2010), em Enfermagem, sobre os efeitos do racismo e do sexismo na saúde sexual e reprodutiva; Sacramento e Nascimento (2010), também em Enfermagem, sobre a representatividade racial de pacientes e médicas nas unidades de saúde básica de Salvador (Bahia); e Porto (2006), em Bioética, sobre a qualidade de vida, da saúde e da atenção à saúde de mulheres negras do Distrito Federal.

Ademais, a observação dos efeitos da branquitude na saúde também foi registrada por Nardi, Alves, Silveira e Nunes (2017) e por Campos (2019) em trabalhos recentes da Psicologia Social e da Saúde Coletiva, respectivamente.

De volta ao cenário internacional, com foco na realidade da América Latina, a mesma dupla temática-contexto teve papel central em pesquisas da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2018<sup>20</sup>) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (IDB, 2007<sup>21</sup>).

De igual modo, o repertório norte-americano de publicações na área da Saúde também segue a linha da interseccionalização na análise dos dados, como pode ser visto, em particular, no relatório “Unequal Treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care” (2003), editado por Brian D. Smedley, Adrienne Y. Stith e Alan R. Nelson, integrantes do Comitê de Compreensão e Eliminação de Disparidades Étnico-raciais na Assistência à Saúde.

Diante desse panorama, uma das propostas da presente pesquisa é constituir-se, ela mesma, como um material de letramento racial crítico (Ferreira, 2014; Borret et al., 2020; Martins; Lima; Santos, 2020), e também como insumo para o letramento de profissionais de saúde no contexto brasileiro. Assim, um dos resultados que esperamos viabilizar com este estudo é a *sensibilização da escuta* de médicas brancas, ressaltando a importância dos lugares sociais de fala e escuta para médicas e pacientes em interação.

---

<sup>20</sup> Ver: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/44412-panorama-social-america-latina-2018-documento-informativo> .

<sup>21</sup> Ver: <https://publications.iadb.org/en/publication/inter-american-development-bank-annual-report-2007> .

Essa escolha se coaduna, ainda, com a recomendação do Ministério da Saúde no documento “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras”, de 2005, que, na seção “Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde”, adverte sobre a necessidade de:

Inclusão nas capacitações de profissionais da rede básica e dos serviços de referência e das maternidades, de conteúdos sobre diferenciais étnico/raciais nas condições de vida e na saúde da população (p. 16).

### 4.3

#### **Objetivos e perguntas de pesquisa**

Dada a centralidade da temática racial para este trabalho, somada ao recorte do objeto de pesquisa, que se debruça sobre os lugares de fala e escuta da branquitude — isto é, enfatiza as performances da raça branca nos atendimentos médicos sob a lupa —, os objetivos da seção de análise seguem esse direcionamento e também focalizam a atuação das médicas nas interações com as pacientes. Assim sendo, busca-se:

- 1) investigar, no discurso, a qualidade da escuta e do engajamento interacional das médicas durante as consultas;
- 2) identificar se há marcas de racismo estrutural nas narrativas das pacientes e, em caso afirmativo, de que maneira emergem;
- 3) observar se as médicas enunciam/confrontam macrodiscursos racistas;
- 4) mapear possíveis orientações específicas às pacientes, considerando questões raciais.

A partir dos objetivos, foram formuladas quatro perguntas de pesquisa, que orientam a análise do corpus:

- 1) quais narrativas são consideradas pelas médicas como dados clínicos relevantes e quais são tratadas como anedotas pessoais sem valor clínico?;
- 2) existem configurações de racismo estrutural nas narrativas das pacientes? Em caso afirmativo, há reconhecimento/ resposta das médicas?;
- 3) em suas falas, as médicas reproduzem discursos racistas? Confrontamos? Quais desses discursos aparecem na interação?;
- 4) há ocorrências de orientações de saúde que considerem e mencionem as especificidades raciais das pacientes negras?

Portanto, é sobre essas bases que a análise e as propostas aplicadas da pesquisa serão construídas, a fim de contribuir com a disseminação da abordagem interseccional e racialmente informada no contexto da saúde.

#### 4.4

#### **Posicionamento metodológico**

Além da opção pela metodologia qualitativa e interpretativista, já fundamentada no início deste capítulo (Denzin; Lincoln, 2006; Bastos; Biar, 2015), é importante afiliar a abordagem analítica interseccional aqui defendida aos trabalhos de Akotirene (2019) e Crenshaw (2002; 1989). Ambas as autoras alertam sobre o perigo da invisibilidade do grupo social das mulheres negras, visto que não são as primeiras contempladas em análises cujo recorte é apenas racial (a especificidade de suas experiências fica mascarada pelos números dos homens negros), nem nas análises que priorizam gênero (quando são engolfadas pelas agendas das mulheres brancas).

Neste sentido, em se tratando de um corpus gerado a partir de um projeto social cujo público-alvo foi segmentado, primordialmente, levando-se em consideração os marcadores de gênero e classe social, ressalta-se a contribuição desta pesquisa para sua própria fonte, ao incluir e centralizar o marcador raça nas reflexões sobre a prática médica.

De igual modo, cumpre destacar a abordagem construcionista moderada para as interpretações das falas (Denzin; Lincoln, 2006; Schwandt, 2006), na medida em que as interações são entendidas como campo de manifestação das estruturas ordenadoras do contexto macrosocial.

Assim, a interpretação construcionista dos dados realizou-se consoante a perspectiva dialética de análise, que conjuga as abordagens êmica e ética (Pike, 1954; Garcez; Bulla; Loder, 2014), isto é, considera os sentidos compartilhados pelos participantes durante a interação, mas não se limita a estes sentidos. Isso se dá em virtude de as participantes não serem entendidas, neste trabalho, como “objetos” da pesquisa — o “outro” da construção do conhecimento teórico —, mas como coconstrutoras de significados que podem extrapolar os efeitos imediatos da interação em que originalmente se desenvolveram (Curiel, 2020).

Ainda nesta perspectiva, e considerando os lugares de fala aqui representados — das pesquisadoras/brancas; das médicas/brancas; das pacientes/negras — nossas escolhas metodológicas vão ao encontro do que sugere a filósofa feminista negra Djamila Ribeiro, quando afirma que é fundamental para o *locus* social privilegiado “enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar, e como esse lugar impacta diretamente a constituição dos lugares de grupos subalternizados” (2019, p. 85).

Desta forma, esta pesquisa alinha-se à busca de outros modos de *ser branco* no Brasil, que não passem pelo postulado do privilégio e dos benefícios mantidos à custa da violência racial. Por isso, assume o esforço de analisar os efeitos *da branquitude* na promoção da saúde de mulheres negras e periféricas.

Além disso, faz parte de nosso posicionamento metodológico priorizar, sempre que possível, as autoras do sul global em nossas referências, uma vez que buscamos inscrever este trabalho como uma pesquisa decolonial (Santos, 2019). E reconhecemos, de modo autocrítico, as tradições europeia e estadunidense de alguns conceitos que operacionalizamos (Curiel, 2020).

Por conseguinte, se não aprofundamos o diálogo com disciplinas próximas no conteúdo temático, mas distantes quanto à observação dos lugares de fala dos participantes, isso se dá em virtude do posicionamento metodológico adotado no presente trabalho<sup>22</sup>.

## 4.5

### Caminho da pesquisa

Como já foi desenvolvido no capítulo de contextualização, esta pesquisa foi construída como uma das vertentes<sup>23</sup> do projeto acadêmico-social em prol da prevenção do câncer de mama em uma favela da cidade do Rio de Janeiro, promovido pela Escola de Medicina de uma universidade, entre os anos de 2014 e 2018.

A partir de 2018, de posse de um conjunto de dados brutos — constituído pelos cadastros das participantes do projeto e pelos dados de áudio coletados durante as consultas — as pesquisadoras começaram a gerar os dados, referentes a este trabalho, sobre os quais se debruçariam nos anos seguintes.

Esse processo de geração de dados seguiu as etapas de transcrição, seleção de excertos, escolha de categorias analíticas e segmentação da análise, que serão descritas nas subseções seguintes.

#### 4.5.1

##### Transcrição dos dados

A fase de oitiva e transcrição das gravações das consultas médicas deu início à etapa analítica de nossa pesquisa. Como, na transcrição, já começam a constar, por exemplo, interpretações quanto à entonação, às ênfases e às hesitações enunciadas pelos falantes, é comum que pesquisadores da linguagem,

---

<sup>22</sup> Citamos, como exemplos, a Antropologia Médica e as escolas clássicas de Análise do Discurso, que são tradições de conhecimento do norte global e importantes áreas do saber para nossos estudos.

<sup>23</sup> A nossa vertente parte de dados e análises discursivas; a vertente médica enfatiza a prevenção e a promoção da saúde.

da narrativa e do discurso compreendam esta primeira abordagem dos dados como o início do processo analítico (Bastos; Biar, 2015).

A partir desse entendimento, as transcrições dos dados foram realizadas levando-se em conta o material relevante para o objeto da pesquisa. Ademais, os dados foram gerados com o apoio de convenções de transcrição, que se baseiam nos trabalhos de Garcez, Bulla e Loder (2014) e Bastos e Biar (2015). Nos elementos pré-textuais da pesquisa, encontra-se uma tabela detalhada, com os símbolos e significados referentes às convenções de transcrição aqui empregadas.

#### 4.5.2

##### **Seleção dos dados**

Para chegarmos à escolha dos excertos que seriam interpretados na tese, entre todo o corpus que havia sido transcrito, decidimos que a análise se voltaria para os momentos de relatos de narrativas das pacientes, em coconstrução com as médicas, bem como para as falas das médicas motivadas por essas narrativas. Assim, nos excertos, busca-se apresentar as construções identitárias das mulheres negras/pacientes no contexto de uma consulta médica, para que se possa avaliar como as mulheres brancas/médicas estão escutando e compreendendo as questões de saúde desse grupo social.

Em capítulo posterior, descreveremos a importância da Análise de Narrativas (Labov; Waletzky, 1967; Labov, 1972; Mishler, 2002; 2005; Bastos, 2005; 2008; Silva, 2021; Shell-Weiss, 2019; Hamdan, 2009; Riessman, 1993; 2008; Goffman, 1974) para a presente pesquisa, destacando sua dupla pertença como recurso metodológico e epistêmico.

Após a transcrição feita em observância ao objeto, e a seleção de narrativas, entendemos que tínhamos um volume suficiente de dados, que possibilitariam a apresentação de recorrências no corpus, além da investigação dos objetivos da pesquisa.

### 4.5.3

#### Categorias analíticas

Neste trabalho, as categorias analíticas relevantes para a produção de respostas às perguntas de pesquisa foram sendo construídas ao longo da análise discursiva, a partir dos próprios dados. As recorrências nos dados foram lidas à luz de teorias produtivas à análise, com a finalidade de sistematizar as interpretações. Sendo assim, apresentaremos a seguir o método que empregamos para construir as categorias adotadas na análise.

Foi oportuno observar, por um lado, os momentos em que as médicas colaboram na construção das narrativas — fazendo perguntas, pedindo explicações, reformulando as falas das pacientes; e, por outro lado, os momentos em que as narrativas não fluem, já que as médicas mudam de assunto. Esse contraste foi categorizado como **aprofundamento** e **silenciamento**, com base nas reflexões do texto “Questioning in Medicine” (Heritage, 2009).

Outra observação produtiva à análise refere-se aos relatos de mudanças de comportamento linguístico e transformações pessoais, em contraposição às reiteraões (quer no plano suprasegmental<sup>24</sup>, quer nas escolhas lexicais) que marcam a coerência interna do discurso e a construção das identidades das falantes. O referido par, que diz respeito aos movimentos de mudança e continuidade nas narrativas, foi operacionalizado a partir das categorias **pontos de virada** (Mishler, 2002) e **pontos de sustentação** (França, 2018).

Por fim, identificamos instanciações da ordem social nas interações por meio dos atravessamentos discursivos nas falas das participantes, afiliados a diferentes compreensões macrossociais. Desse modo, apontamos os **enquadres sociais** (Goffman, 1974; Clark; Mishler, 2001) tais como compreendidos durante os diferentes momentos das consultas, e sinalizamos as diferentes **vozes discursivas** (Bakhtin, 2013; Mishler, 1984; Foucault, 1999; Gee, 2015) que perpassam as falas situadas.

---

<sup>24</sup> Isto é: alongamentos, entonações enfáticas, prosódias que comunicam, em si mesmas, certas mensagens.

#### 4.5.4

##### **Enfoques da análise**

Quando as nossas interpretações começaram a ser formalizadas nesta análise, por meio das categorias analíticas, percebemos que estava se desdobrando, conjuntamente, uma segmentação da análise em duas partes, a saber: a primeira, dedicada a três consultas conduzidas pela mesma médica, mas com pacientes diferentes — e nosso foco recaiu sobre a diferença das performances dessa médica nas referidas consultas; e a segunda, contendo consultas conduzidas pelas duas outras médicas participantes da pesquisa, com foco na análise comparativa desta parte com a primeira.

Com essa divisão, foi possível captar tanto os fatores que moldaram as diferentes intervenções de uma mesma profissional, quanto as diferenças em performances de profissionais distintas, a fim de produzir conhecimento sobre a escuta qualificada de narrativas de pacientes negras na clínica.

#### 4.6

##### **Participantes das consultas**

Participam das interações aqui analisadas oito mulheres, sendo três médicas e cinco pacientes. É preciso lembrar, entretanto, que este grupo foi selecionado a partir de uma base de dados com mais de 300 mulheres, entre pacientes e profissionais de saúde, que participaram do projeto social promovido por uma universidade do Rio de Janeiro.

Visto que um dos cuidados éticos desta pesquisa é não causar constrangimento a nenhuma participante nem expor as identidades sociais dessas mulheres, assumimos o compromisso, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>25</sup>, de não divulgar seus nomes. Apesar disso, reconhecemos a dificuldade de anonimizar as participantes, sem causar ambiguidades em relação ao conjunto de mais de 300 integrantes do projeto social. Assim, optamos por atribuir a elas, bem como às pessoas às quais se referem em suas narrativas,

---

<sup>25</sup> O TCLE está disponível para consulta nos elementos pré-textuais.

nomes comuns em várias camadas sociais brasileiras, compostos por vocábulos simples, de duas sílabas.

A seguir, disponibilizamos uma breve descrição de cada participante, listando-as em ordem alfabética. As descrições foram feitas com base na leitura social e na autodeclaração das participantes em suas fichas cadastrais. De igual modo, os atributos foram selecionados conforme a relevância para a seção analítica, enfatizando aspectos como raça, faixa etária e profissão.

**Ana** é médica clínica geral, estava na faixa etária entre 40 e 50 anos na época das gravações, é branca. Atuou como voluntária no ambulatório médico, compondo a equipe multidisciplinar de saúde do projeto social em questão.

**Carla** é empregada doméstica, estava com 62 anos na época das gravações, é negra. Trabalhou durante mais de 20 anos com a mesma família e já planejava a aposentadoria, quando participou desta pesquisa.

**Hilda** é empregada doméstica, estava com 52 anos na época das gravações, é negra. Demonstrou desânimo e estava com o semblante caído no decorrer da consulta, devido a preocupações com a filha e a neta.

**Marta** é médica clínica geral, estava na faixa etária entre 40 e 50 anos na época das gravações, é branca. Atuou como voluntária no ambulatório médico, compondo a equipe multidisciplinar de saúde do projeto social em questão.

**Neusa** é empregada doméstica, estava com 51 anos na época das gravações, é negra. Criou o filho sozinha e estava em busca de uma nova companhia, devido à sensação de “ninho vazio”.

**Paula** é médica clínica geral, estava na faixa etária entre 65 e 75 anos na época das gravações, é branca. Atuou como voluntária no ambulatório da médico, compondo a equipe multidisciplinar de saúde do projeto social em questão.

**Sara** é empregada doméstica aposentada, estava com 69 anos na época das gravações, é negra. Viúva há mais de 20 anos, relatou as dificuldades para sustentar a casa e os filhos durante a internação do marido, por tuberculose.

**Telma** é dona de casa, estava com 56 anos na época das gravações, é negra. Atua como liderança comunitária na favela onde reside e foi uma das responsáveis por captar participantes para o projeto social.

Além da nomeação das oito mulheres que participam diretamente dos excertos analisados, reconhecemos o apoio recebido por todas as mulheres participantes das duas linhas de pesquisa do projeto social, além da importância do suporte das equipes de serviço social, de saúde multidisciplinar e das redes de apoio comunitário na favela que sediou a iniciativa da universidade parceira.

#### 4.7

#### Caracterização geral dos dados

No quadro a seguir, constam informações específicas sobre o corpus, composto por excertos de cinco consultas médicas, sendo três conduzidas pela médica Ana e duas, pelas médicas Marta e Paula. Ao todo, os dados que compõem a base da pesquisa somam mais de 2 horas de duração, com gravações que variam entre 20 e 30 minutos (em média), ou 1.084 linhas de transcrição. Disponibilizamos a apresentação visual das informações com o intuito de contribuir com um primeiro acesso ao material que será analisado adiante.

**Quadro 4 — Caracterização geral dos dados — Consultas Médicas**

CONSULTAS MÉDICAS				
Médica	Paciente	Duração	Linhas transcritas	Temas de saúde
Ana	Neusa	29'23"	251	Médica encoraja a paciente a se reinventar e investir em autocuidado. <b>Saúde emocional.</b>
Ana	Carla	21'54"	124	Médica se engaja em uma narrativa de valorização da profissão da

				paciente. <b>Saúde social.</b>
<b>Ana</b>	<b>Telma</b>	22'36"	245	Médica pergunta se as medicações para insônia e ansiedade têm melhorado a qualidade de vida da paciente. <b>Saúde emocional e saúde social.</b>
<b>Marta</b>	<b>Sara</b>	19'46"	207	Médica questiona sobre o estilo de alimentação da paciente e sobre seu estado emocional, além dos aspectos físicos. <b>Saúde alimentar e saúde emocional.</b>
<b>Paula</b>	<b>Hilda</b>	31'26"	257	Médica investiga a razão de a paciente apresentar um tom de voz desanimado e um semblante aparentemente caído. <b>Saúde emocional.</b>

Fonte: Dados da pesquisa

## 4.8

### Implicações da pesquisa

Pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, sobretudo aquelas que se engajam em projetos teórico-metodológicos que apresentam compromisso ético e visão de construção social, geralmente contêm implicações éticas e políticas. Cientes dessa situação, listamos, a seguir, as questões que identificamos durante o período de produção do trabalho.

#### 4.8.1

##### Questões éticas

A primeira questão ética que envolve este trabalho parte da ponderação de que a pesquisa tem como objetivo contribuir criticamente para a melhoria de um projeto acadêmico-social que valorizamos e respeitamos, tanto como pesquisadoras, quanto pela humanidade e responsabilidade com que entendemos ter sido conduzido pela equipe médica.

Nesse sentido, para nós, a própria premissa já contém, em si, um contraponto, na medida em que uma iniciativa intelectual humana e

responsável inclui a abertura ao diálogo, às revisões construtivas e à troca de aprendizados com diferentes esferas do conhecimento.

Ainda no âmbito da relação do estudo com o projeto acadêmico-social e as participantes que constituem sua origem, ressaltamos nosso alinhamento com o entendimento corrente na Linguística Aplicada (Moita Lopes, 2006), segundo o qual a pesquisa ética é aquela que se propõe a contribuir com o campo em que se realiza; é aquela que atua em cooperação com os participantes.

A esse respeito, discorrendo sobre pesquisas com enfoque interseccional de raça, gênero e classe social, semelhante ao nosso, o linguista Fábio Fernando Lima também afirma:

Em verdade, o rótulo de “superioridade” reivindicado pelo patriarcado branco é uma das estratégias de manutenção hegemônica de sua superioridade social, ao pressupor o não-branco/não-homem como inferior, imprimindo, assim, marcas na autoimagem destes últimos, enfraquecendo-os e os desarmando, o que contribui para a sua dominação. Por isso mesmo, *pesquisas sob este enfoque “quebram” o pacto de silêncio e problematizam a sistemática das relações raciais no nosso país* (Lima, 2022, p. 181, grifo nosso).

Por fim, colocamos nossa própria perspectiva de interpretação em xeque, ao nos propormos a avaliar as performances da branquitude, a partir do lugar social da branquitude — já que somos pesquisadoras brancas.

Quanto a isso, reconhecemos as limitações de leitura às quais estamos circunscritas, devido ao nosso próprio lugar social. Entendemos, também, que o compartilhamento das transcrições, além das interpretações analíticas, abre possibilidades para que diferentes perfis de leitores coconstruam o conhecimento conosco, trazendo outras interpretações válidas às situações sob a lupa, a partir de diferentes lugares de fala e escuta.

## 4.8.2

### Questões políticas

Além das questões éticas, este trabalho apresenta implicações políticas, em virtude de seu caráter aplicado e da proposta de contribuir com a instrumentalização de profissionais de saúde, por meio de letramento racial crítico.

Deste modo, constitui-se como um material que pode servir de base a políticas públicas de formação de profissionais de saúde, ou mesmo como evidência para a composição de ementas institucionais públicas e privadas.

Também entendemos que uma importante frente política de pesquisas como esta é a valorização do SUS e seus princípios, tais como o da integralidade e o do matriciamento, em um momento em que a saúde pública está tão ameaçada no país.

Outra questão política diretamente implicada neste texto é a clara tomada de posição favorável aos discursos de atenção aos efeitos do racismo estrutural no contexto brasileiro, em vista do embate entre essa compreensão e a visão que se apoia no discurso meritocrático — em alinhamento a Almeida (2019) e outros autores contemporâneos.

Como estamos cientes de que esses discursos competem no cenário político do Brasil contemporâneo, explicitamos, também, que esta é uma pesquisa ideologicamente posicionada, além de ser sustentada por dados de pesquisas quantitativas<sup>26</sup> do contexto macrossocial em que nos inserimos.

Assim, a presente pesquisa pode se inserir no debate político atual, quer seja pela característica de uma produção de conhecimento que capacite cidadãos em suas tomadas de decisão política, quer seja como premissa a ser controvertida por argumentações contrárias à visão ética que filtra nossas interpretações e análises.

---

<sup>26</sup> Já apresentados no capítulo 2, que contém a contextualização histórica da pesquisa.

## 5

### Muito além do “era uma vez”: o que dizem as narrativas *na e para* as interações na clínica

E quando estou na favela, tenho a impressão que sou um objeto fora de uso, digno de estar num quarto de despejo.

Carolina Maria de Jesus, *Quarto de despejo*

Eu tava aqui agora ligando pro meu filho, que eu saí tava tudo calmo, agora teve tiroteio lá e o meu filho sozinho. Eu mandei o outro pegar ele dentro de casa. Aí eu fico nessa angústia.

Paciente Telma, *consulta 3, dados da pesquisa*

Um trabalho de linguagem e narrativa aplicado à área da saúde, que converse com outros campos de estudo e transite por veios onde seu referencial epistemológico tende a ser pouco conhecido pode ser tomado, *a priori*, como uma investigação literária, do tipo que recorre ao ficcional para trazer humanização ao atendimento médico.

E não é para menos: o *close reading*, por exemplo, é uma técnica criada pela Dra. Rita Charon (2006), no âmbito da medicina narrativa — campo que ela mesma fundou, a partir de seus estudos e práticas como médica e acadêmica de literatura —, que toma a poesia e a ficção como uma espécie de material de treinamento, no qual o profissional de medicina exercita a capacidade de apreender os detalhes de uma história, a fim de que saiba o que fazer com as histórias dos pacientes em seus atendimentos cotidianos.

A criatividade acadêmica da Dra. Charon é tão pulsante e produtiva, que o campo da medicina narrativa tem ganhado adeptos em diferentes partes do mundo<sup>27</sup>, como um modelo teórico complementar à medicina baseada em

---

<sup>27</sup> Alguns exemplos da difusão dos estudos de Medicina Narrativa no mundo, para além da *Columbia University* (local de trabalho da Dra. Rita Charon), são: <https://narrativebasedmedicine.ca/certificate-program/> (Toronto, CA); <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/ias/workshops/2013/narrative-techniques-in-clinical-research-education-and-therapy.aspx> (Birmingham, UK); <https://www.durham.ac.uk/research/institutes-and-centres/medical-humanities/> (Durham, UK); <https://www.medicine.lu.se/research-and-research-studies/departments-specialised-centres/birgit-rausing-centre-medical-humanities/events> (Lund, SWE); <https://www.bioetica.porto.ucp.pt/pt/central-oferta-formativa/curso-intensivo-medicina-narrativa->

evidências. A própria narradora desta tese ficou tentada a inscrever a pesquisa no campo, dadas as evidentes tangências processuais e, especialmente, a similaridade dos objetivos de uma análise de narrativas aplicada ao campo da saúde e de uma análise *close reading* da medicina narrativa. Afinal, ambas as epistemologias, trabalhando em conjunto, poderiam trazer contribuições e novos pontos de interesse uma à outra.

Como se verá adiante, ainda neste capítulo, essa incursão trouxe contribuições importantes à presente investigação, como o intercâmbio de fontes e conceitos da medicina narrativa: por exemplo, as “anedotas pessoais” (Macnaughton, 1998), que aparecerão em primeiro plano na análise. Mas, quanto mais participava de eventos e grupos de medicina narrativa, mas se descortinava para a narradora da pesquisa a força da diferença entre esse e o campo da análise de narrativas (Labov; Waletzky, 1967; Labov, 1972; Mishler, 2002; Bastos, 2005, entre outros): o inegociável interesse no discurso situado (Goffman, 2009).

Assim, nesta episteme, além de “ler de perto” as histórias ouvidas e entendê-las conforme a compreensão atingida pelos participantes da situação analisada, é também necessário “lê-las de longe”, considerando enquadres sócio-histórico-culturais e ideopolíticos, em movimentos que chamamos de conjugação das perspectivas analíticas êmica e ética (Pike, 1954; Berry, 1990; Martin; Nakayama, 2007) e explicitação das interpenetrações dos contextos micro e macrossocial (Goffman, 2009).

Inaugurado por William Labov, com a colaboração de Joshua Waletzky (1967), o campo autônomo da análise de narrativas, inicialmente, tinha como objetivo identificar a estrutura das recapitulações linguísticas de ações temporalmente ordenadas, com foco em estudos de variação da linguagem. Como destaca a pesquisadora Liliana Cabral Bastos (2008), nessa tradição, o critério mínimo necessário para que se tome um determinado segmento de fala como uma narrativa é a presença de, pelo menos, dois eventos dispostos em uma sequência temporal, não necessariamente por meio de verbos no passado (p. 78).

Nesses primeiros trabalhos, o Pai da Análise de Narrativas propôs um modelo de análise que ficou conhecido como narrativa canônica ou laboviana

---

3Ed (Porto, PT); <http://narrativaemedicina.letras.ulisboa.pt/> (Lisboa, PT); <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46328> (Rio de Janeiro, BR); <https://www.unifesp.br/reitoria/dci/eventos-anteriores/item/4951-medicina-narrativa-processo-interdisciplinar-no-cuidado-a-saude> (São Paulo, BR).

(Bastos; Biar, 2015) e ressaltou algumas características das histórias que contamos, como a presença de um ponto e a reportabilidade. No entanto, autores como Jerome Bruner (1997), Elliot Mishler (2002), Anna de Fina (2009), entre outros, expandiram a visão orientadora do campo para além dos aspectos estruturais, enfatizando as narrativas como práticas discursivas e, como tais, situadas no *espaçotempo*, na cultura e nas dinâmicas interacionais pelas quais se atualizam.

Tais teóricos contribuíram para o desenvolvimento e a consolidação do campo, com *insights* como a relação direta entre a construção de identidades e a narração (Linde, 1993; Riessman, 1993; Bastos, 2005), além de conceituações sobre tipos recorrentes de narrativa, como as histórias de vida (Linde, 1993) e as narrativas de experiência vicária (Norrick, 2013).

A partir disso, ficou claro que o campo seria versátil apenas o suficiente para figurar como ferramental teórico-metodológico nos estudos da linguagem, como a Sociolinguística Interacional (Ribeiro; Garcez, 2013; Gumperz, 2013; Goffman, 2009) e a Linguística Aplicada (Moita Lopes, 2021) — ambas mobilizadas nesta pesquisa<sup>28</sup> —, sem que pudesse, contudo, ser confundido com uma prática da Literatura, centrada em categorias como enredo e foco narrativo, por exemplo.

Em vista dessa introdução à análise de narrativas como uma área do conhecimento nos estudos da linguagem, com metodologias e construtos teóricos próprios, que se realiza em dados de fala-em-interação (Tannen; Wallat, 2013; Garcez, 2006), com objetivos aplicados e descritivos, passaremos a discutir alguns dos aspectos do campo que foram operacionalizados no decorrer da pesquisa.

Visto que o método de seleção empregado no recorte do corpus levou em conta a presença de narrativas e que, coincidentemente, todas elas foram canônicas, procuraremos, em um primeiro momento, apresentar mais detalhes da obra de Labov.

Na sequência, traremos mais informações sobre os trabalhos dos autores que se empenharam em investigar as narrativas como performances geradoras de identidades e reprodutoras de discursos, além de alguns exemplos de trabalhos

---

<sup>28</sup> Vale observar que este modelo de pesquisa é habitualmente empregado em trabalhos e relatórios acadêmicos de integrantes do grupo de pesquisa Narrativa e Medicina, o NAVIS, do qual fazemos parte (ver: Biar; Orton; Bastos, 2021).

do campo aplicados ao contexto da saúde, na medida em que essas fontes sejam produtivas para as categorias analíticas e as interpretações formuladas no presente trabalho.

## 5.1

### O modelo laboviano

Na condição de campo de estudos originado no seio do estruturalismo, a análise de narrativas é herdeira de uma visão fractal, segundo a qual partes que se repetem sistematicamente sinalizam a recorrência de determinadas interpretações, formando binômios forma-função na materialidade da linguagem. Em decorrência disso, as primeiras análises foram organizadas a partir da segmentação das narrativas em seis partes, sendo uma fundamental e cinco acessórias.

Conforme enfatizaram Bastos e Biar (2015), desde Labov e Waletzky (1967), já se entende que as narrativas podem ser mais ou menos canônicas, isto é, podem conter todas as categorias estruturais ou apenas uma seleção delas, desde que se fundem em uma sucessão de eventos. Sendo assim, é importante conhecer as categorias fixadas por Labov (1972), a fim de organizar estruturalmente uma interpretação narrativa.

**Sumário:** é o resumo da história. Costuma ser a primeira parte da narrativa e, quando anunciado, tem como objetivo capturar a atenção do ouvinte durante um turno de fala mais longo.

**Orientação:** é a ambientação da história. Pode conter a apresentação do lugar onde as ações aconteceram, dos personagens envolvidos, do tempo e de outros fatores contextuais.

**Ações complicadoras:** também chamadas apenas de ações ou de complicação, esta é a categoria indispensável para que um segmento de fala seja considerado narrativo. É constituída por uma sequência de orações narrativas, que contêm os acontecimentos da história. No entendimento clássico laboviano, essa sequência é temporalmente organizada.

**Avaliação:** apesar de descrevê-la como uma categoria acessória, Labov destaca a importância das avaliações na medida em que indicam o ponto da narrativa — sua razão de ser — e justificam sua reportabilidade — a capacidade de uma história despertar interesse e ser contável. Nesta categoria, constroem-se o clima emocional da história e a atitude do narrador em relação à narrativa. O autor distingue, ainda, dois tipos de avaliação: as explícitas, nas quais o narrador interrompe o fluxo da narrativa para avaliar a experiência que conta e expressar seus sentimentos; e as encaixadas, que expressam as emoções do narrador por meio de traços suprasegmentais ou recursos de dramaticidade, tais como: mudanças na entonação, pausas no fluxo de fala, ênfases, alterações no volume da voz ou no ritmo da enunciação, características do timbre, presença de falas reportadas, além de gestos e expressões faciais.

**Resolução:** é o desfecho da história; o resultado da sequência complicadora.

**Coda:** mecanismo de retorno do tempo da narrativa ao tempo presente, que, em geral, realiza-se como uma reflexão do narrador (comentário avaliativo), na qual é possível observar sua perspectiva sobre o sentido da história, como um todo.

Como já adiantamos na apresentação da categoria avaliação, Labov (1972) também cunhou as noções de **ponto** e **reportabilidade**, isto é: o motivo pelo qual uma história merece ser contada e ouvida; e o diferencial das ações narradas, que faz com que certos acontecimentos sejam contáveis.

A seguir, apresentaremos alguns aprofundamentos desse modelo, bem como categorias pensadas por outros autores da tradição de análise de narrativas, que também cooperaram para a construção desta pesquisa.

## 5.2

### Ferramentas para a construção de sentidos

Após os estudos seminais de William Labov e Joshua Waletzky, uma das intelectuais que contribuíram para o desenvolvimento dos pressupostos teóricos do campo da análise de narrativas foi Charlotte Linde, quando se debruçou sobre os mecanismos da construção da coerência nas narrativas interacionais, olhando particularmente para as histórias de vida (Linde, 1993).

A partir da noção de **temporalidade** presente no pensamento laboviano, Linde desenvolveu a categoria **sequencialidade**, que aponta para a relevância da ordem dos eventos narrados — como relações de desencadeamento —, para que o resultado final seja construído de modo harmônico no discurso, isto é, faça sentido.

Essa mesma ideia também origina a categoria **causalidade**, que anda lado a lado com a anterior, assinalando que as narrativas apresentam uma sucessão de relações lógicas internas, de causa-consequência, até chegarem à resolução.

O salto do interesse na temporalidade para o interesse na sequencialidade e na causalidade além de abrir mais o leque do tipo de construção discursiva que pode ser considerado narrativo — já que, em Labov, a seleção se restringia ao critério cronológico —, também ressalta a possibilidade de interpretação das narrativas, visto a alçá-las à condição de dados organizados logicamente.

Com isso em vista, as pesquisas do campo começaram a florescer na investigação dos microprocessos de construção, performance e negociação de **identidades**, visto a ser uma “abordagem que confere notoriedade à agência e à imaginação humanas” (Riessman, 1993, p. 5).

Assim, para os pensadores e pensadoras da área, a projeção do “eu” nos grupos sociais não é dada *a priori* nem é fixa e estável, mas é uma construção interacional, dada pela reiteração de performances discursivas; portanto, identidades são moldáveis e situadas (Linde, 1993; Riessman, 1993; Bastos, 2005; Nóbrega; Abreu, 2021).

Na mesma esteira dos interesses de pesquisa em análise de narrativas, e considerando a **situacionalidade** das interações, diversos autores (Bruner, 1997; Mishler, 2002; Bastos, 2008; De Fina, 2009) destacaram que as narrativas interacionais podem, portanto, apontar para significados sociais, culturais e

convencionais. Esses significados foram identificados por Bruner como um “instrumento formal de análise lógica” (1997, p. 58).

### 5.2.1

#### O legado de Elliot G. Mishler

Diante desse amplo panorama, muitas outras categorias analíticas foram cunhadas e mobilizadas, para além da observação dos aspectos estruturais envolvidos no ato de contar histórias. Nesse âmbito, o trabalho do psicólogo social Elliot Mishler é particularmente produtivo para esta pesquisa e, por isso, será destacado a seguir. O diálogo que procuramos estabelecer com a obra de Mishler deve-se tanto à perspectiva interacional e discursiva priorizada pelo autor em seus trabalhos, como também ao contexto da saúde, no qual ele se aplicou.

Primeiramente, vale destacar que vem de Mishler (2002) a noção de **pontos de virada**, que discutiremos nas análises e que também deu origem à categoria **pontos de sustentação** (França, 2018), como uma espécie de caminho complementar. Sendo assim, entendemos que o conceito “pontos de virada” foi cunhado para fazer referência aos acontecimentos inesperados em uma narrativa, que levam o narrador a dar uma guinada no rumo de sua narração.

Por meio dos pontos de virada, o falante demonstra que passou a se perceber de outro modo, a partir de algum evento passado, enxergando um novo lugar para si mesmo no mundo e, simultaneamente, buscando alcançar ou estabilizar uma nova identidade (Mishler, 2002, p. 107-108).

A partir das reflexões e exemplificações deixadas pelo idealizador do conceito, entendemos que a análise dos pontos de virada pode ser útil para perceber, entre outras questões, a hierarquização dos acontecimentos e dos episódios narrados. Deste modo, os fatos que levaram o narrador a modificar sua própria identidade, sua visão de mundo, ou que o levaram a revisar seus comportamentos podem ser mais relevantes para a compreensão de suas performances sociais atuais, em comparação com outros episódios de sua história, cujos efeitos constitutivos sejam menos evidentes em seu discurso.

Em outras palavras, pontos de virada funcionam como impulsos para as mudanças de comportamento e posicionamento dos narradores ao longo do tempo, como veremos no capítulo analítico deste trabalho.

Partindo dessa compreensão, podemos abordar a segunda contribuição de Elliot Mishler a esta tese, por meio da dissertação de França (2018), que mobilizou o conceito “pontos de sustentação” (desenvolvido em contraposição aos pontos de virada mishlerianos) como uma categoria de representação das reiteraões, quer de fatos, quer de ambiências, com o objetivo de tornar as histórias críveis e ancorá-las ao repertório que está sendo construído e compartilhado pelos participantes de dada interação.

Desta forma, entendemos que a principal razão para se lançar mão dos pontos de sustentação é elucidar, em uma interpretação analítica, os acontecimentos que corroboram o ponto de uma narrativa longa, conferindo-lhe coerência interna.

Como veremos, os pontos de sustentação podem concatenar a credibilidade da história, mesmo diante das imprevisibilidades que se traduzem nos pontos de virada. Além disso, são as recorrências que desenham o terreno no qual poderá aparecer um acidente, ou seja, um fato surpreendente, visto que, se um ouvinte não pudesse identificar um padrão de eventos na história que apreendesse, também não poderia perceber que algo saiu do lugar em determinado momento.

Ademais, como as performances identitárias são alcançadas por meio de práticas sociais reiteradas, os pontos de sustentação ressaltam as identidades que se destacam nas narrativas. Em suma, o conceito pode ser comparado às colunas centrais de uma construção, já que reforça, periodicamente, o ponto evidenciado pelo falante.

Na sequência, a terceira vez que bebemos das fontes de Mishler neste trabalho foi durante a seleção do termo **vozes discursivas** para expressar a polifonia (Bakhtin, 2013) característica da fala, isto é, as atualizações de macrodiscursos que acontecem, comumente, nas interações.

Nossa compreensão deriva dos textos “The discourse of medicine: the dialectics of medical interviews” (1984) e “Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica” (com Clark, 2001). Em ambos, os autores colocam em perspectiva vivências na clínica médica, que, não

coincidentalmente, assemelham-se ao presente trabalho, no que tange à ambientação e aos procedimentos analíticos.

Esses textos também organizam e retomam o par opositivo *voz da medicina x voz do cotidiano*, sendo a voz da medicina um plano de referência técnico e biomédico, que tende a dominar o discurso de um profissional na clínica; e a voz do cotidiano, um reflexo das experiências pessoais dos pacientes, expressas em uma terminologia não necessariamente comprometida com o rigor técnico-científico.

Adiante, em nossa análise, a voz do cotidiano será observada também a partir das reflexões da médica e pesquisadora de Humanidades Médicas Jane Macnaughton (1998), que chamou os relatos de experiências pessoais de pacientes de **anedotas pessoais** (que também foi o nome da nossa categoria)<sup>29</sup>. Como a Dra. Macnaughton desenvolveu um trabalho que nos inspirou a pensar sobre a importância dessas anedotas nos atendimentos clínicos, bem como nos efeitos de se negligenciá-los ou considerá-los nas consultas médicas, incluímos o termo “anedota” ao lado da, e em contraposição à voz da medicina mishleriana. Abordaremos de forma mais pontual as anedotas pessoais como um tipo de narrativa na próxima seção deste capítulo.

Além da voz da medicina e da voz do cotidiano/anedotas pessoais, identificaremos outras vozes (Bakhtin, 2013; Mishler, 1984; Foucault, 1999; Gee, 2015; Clark; Mishler, 2001) na análise interpretativa, como a **voz da meritocracia**, também em parceria com estudos de outros pensadores e pensadoras, no caso, Jo Littler (2018). Para efeito de elucidação do exemplo anterior, trazemos para nosso texto a compreensão da autora de que existem, ao menos, duas perspectivas, quando se observa o fenômeno da meritocracia: uma a serviço de grupos sociais hegemônicos, outra a serviço de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Finalmente, sublinhamos a contribuição de Mishler para este trabalho, na aproximação dos campos da análise de narrativas e da atenção à saúde (2002; 2001, com Clark; 1984), abrindo caminho para a compreensão da relevância dos estudos da fala-em-interação para os atendimentos de saúde, em geral, e para a

---

<sup>29</sup> Reflexão semelhante foi desenvolvida por Riessman (2004).

clínica médica, em particular. A esse respeito, voltaremos a dialogar na última seção deste mesmo capítulo.

### 5.2.2

#### **Análise de narrativas como ferramenta da Linguística Aplicada**

A construção de sentidos deste trabalho a partir da análise de narrativas não só se vale de conceitos e categorias analíticas, como também da perspectiva segundo a qual a análise de narrativas pode figurar como construto teórico-metodológico que possibilita a geração de dados nas investigações em Linguística Aplicada (Moita Lopes, 2021).

A linguista e professora do Programa de Pós-graduação em Relações Étnico-raciais do Cefet/RJ Talita de Oliveira também corroborou este ponto de vista em trabalho recente, ao afirmar que a pesquisa em Linguística Aplicada pode operar “na interface entre a análise de narrativas orais de experiência pessoal, o audiovisual e o campo das relações étnico-raciais” (2022, p. 110).

Além disso, assim como Marques e Bastos (2012), entendemos que esta pesquisa se insere na área da Linguística Aplicada das Profissões (Sarangi, 2006; 1998; Linell, 1998), já que tem a prática profissional médica como foco de atenção. Portanto, juntamente com o linguista e professor do Programa Interdisciplinar de Pós-graduação em Linguística Aplicada da UFRJ Rodrigo Borba, compreendemos que o estudo de Linguística Aplicada às narrativas da clínica médica deve investigar como cuidadores e seus interlocutores confeccionam relações *por meio da* e *na* linguagem, e como essas relações engendram processos de (des)empoderamento de pessoas que (ainda) se encontram às margens da vida social (2011, p. 1390).

Ainda de acordo com Borba, ressaltamos o interesse da Linguística Aplicada em produzir conhecimento socialmente responsável, o que se coaduna com a visão dos projetos de atenção integral à saúde, que visam a atingir de forma efetiva o comportamento das pessoas às quais se dirigem (2011, p. 1392).

Deste modo, situamo-nos na zona de interface entre a linguística e a medicina, na qual a análise de narrativas visa a contribuir para propor ou encaminhar reflexões relativas à prática médica.

### 5.3

#### Breve apresentação dos tipos de narrativa mencionados na pesquisa

Em nossas análises e discussões, será frequente a referência a modelos narrativos já categorizados na tradição de nosso campo de estudos. Sendo assim, nesta sessão, apresentaremos os tipos de narrativa que mobilizaremos adiante, buscando elucidar o percurso que os trouxe até o presente trabalho.

#### 5.3.1

##### Histórias de vida

A teorização sobre as histórias de vida vem da pesquisa de Charlotte Linde (1993), para quem as identidades sociais de alguém são alcançadas por meio de relatos com reportabilidade estendida, isto é, histórias contadas e recontadas por um longo período, ao longo da vida; e cuja avaliação primária recai sobre o próprio falante e seu caráter (p. 22).

Em nossas análises, perceberemos que as histórias de vida são de vital importância para que as pacientes se apresentem para as médicas de um modo que julguem adequado, de acordo com seu contexto histórico-cultural, para receberem, igualmente, orientações compatíveis com o que são/sentem/se identificam.

Outra importante noção de Linde (1993) para nossas investigações é que os narradores remodelam suas histórias a cada situação interacional, na dependência de quem são os interlocutores, selecionando os pontos pertinentes a cada evento e o que querem enfatizar sobre si mesmos em dada situação.

Isso nos leva a entender que não é casual contar determinadas histórias *para uma médica, em uma situação de consulta clínica*, ainda que o teor da narrativa pareça distante do tópico que estava sendo elencado anteriormente, a partir da ficha de prontuário.

Por fim, relembramos que as categorias analíticas *causalidade* e *sequencialidade*, já desenvolvidas neste capítulo, na seção em que comentamos a produtividade da análise de narrativas para a construção dos sentidos desta pesquisa, também foram detalhadas por Linde em seu estudo das histórias de

vida, quando a pesquisadora se debruçou sobre a construção da coerência nesse tipo de narrativa.

### 5.3.2

#### **Narrativas de experiência vicária**

Um dos traços em comum nos relatos das diversas mulheres que participaram de nosso estudo foi a construção da identidade familiar em primeiro plano, destacando papéis sociais de cuidadoras, como, por exemplo, a identidade de mãe ou de avó. Tomando por base essa observação, podemos afirmar que um aspecto vital da investigação analítica são as histórias que elas contam tendo como protagonistas seus entes queridos.

Assim, são marcantes as histórias de Neusa sobre a adolescência do filho único; de Carla sobre as viagens da filha dos patrões; de Sara sobre o adoecimento do marido; de Hilda sobre a fase conturbada pela qual passa a neta adolescente.

De acordo com o linguista Neal Norrick (2013), essas são narrativas vicárias, isto é, relatos sobre outrem, enunciados em terceira pessoa, nos quais o/a narrador/a até pode ter participação, mas não aparece como a figura principal. O autor também afirma que essas histórias podem ilustrar pontos específicos de uma argumentação, ou compartilhar informações relevantes — o que faz todo o sentido para nossa perspectiva analítica, se as contextualizarmos em entrevistas médicas.

Outra contribuição de Norrick para este trabalho diz respeito ao seu estudo das narrativas de experiência vicária de familiares, que, para o autor, têm uma natureza peculiar. Isso se dá em decorrência da reivindicação de autoridade do narrador, em virtude de ser um membro da família, ainda que não tenha sequer participado como testemunha no quadro que relata (pode alegar, por exemplo, ter ouvido a história diretamente de quem a vivenciou). Nesse caso, a narrativa de experiência indireta ganha um contorno característico de histórias pessoais, como avaliações e reconstruções de diálogos, apesar de, *a priori*, ser um tipo com menor potencial de reportabilidade, em comparação com as narrativas de primeira pessoa.

Por conseguinte, podemos entender que as narrativas vicárias, em nossa pesquisa, assumem o papel de realçar a autoridade dessas

mães/avós/esposas/cuidadoras em encontros sociais com profundas assimetrias interacionais, como as consultas médicas oferecidas em um ambulatório universitário de alto padrão a mulheres negras em situação de vulnerabilidade social.

### 5.3.3

#### **Anedotas**

Como este é um trabalho de Linguística Aplicada das Profissões, desenvolvido no contexto da atenção à saúde, olhamos para as narrativas a partir de uma confluência de significados pertinentes à área da linguagem e à área médica. Situada neste entendimento, a pesquisa percorreu fontes da Medicina Narrativa e encontrou no trabalho da médica Jane Macnaughton (1998) inspiração e respaldo teórico para o uso do termo “anedota” como um dos tipos de narrativas constantes no corpus.

Em seu artigo “A anedota na prática clínica”, a autora destaca dois significados basais para o foco da reflexão: o termo anedota pode indicar uma história que se presta a ilustrar de modo dramático um ponto do discurso ou pode apontar para uma *mera* história, em oposição à *evidência* de algum fato. Trabalhando com os dois conceitos paralelamente, Macnaughton busca romper a fronteira entre as narrativas e as evidências clínicas, argumentando em favor das narrativas como fontes de conhecimento para a educação médica, para a formulação de diagnósticos e para a catalogação de doenças e protocolos de tratamento. Desta forma, o trabalho da autora encontra ainda outra convergência com o texto desta tese: a partir da observação das narrativas que emergem na clínica, pode-se propor letramentos específicos para os profissionais de saúde.

Além desse olhar técnico para a importância das narrativas, ela também destaca diversas características do que denomina “usos não médicos das anedotas” (p. 203), como: ilustrações de teor moral, educacional, sobre o caráter de um indivíduo, ou sobre aspectos compartilhados da experiência cultural cotidiana. Em decorrência de tais características, a autora destaca, ainda, que esse tipo de anedota goza de credibilidade limitada em círculos científicos.

Como já mencionamos na seção em que apresentamos as contribuições do psicólogo social e estudioso da análise de narrativas Elliot G. Mishler, em

nossa pesquisa, traçamos um paralelo entre a **voz do cotidiano** (de Mishler) e as **anedotas não médicas** (de Macnaughton) e buscamos entendimentos para esse tipo de narrativa recorrente no corpus a partir das obras desses dois autores, denominando-o **anedota pessoal**.

Logo, nas análises interpretativas, quando nos referirmos às “anedotas pessoais”, estaremos trazendo a carga semântica da experiência cotidiana desvinculada de termos técnicos, por isso mesmo alvo de descrédito no meio médico-científico, mas que, com o olhar apurado, poderia ser fonte de conhecimento e letramento profissional. Isso porque, nas palavras de Jane Macnaughton, as anedotas:

desempenham muitos papéis nesses contextos, mas o importante é que, por serem dramáticas, curtas e, portanto, memoráveis, têm impacto na formação dos médicos, na compreensão dos problemas dos pacientes e até, ocasionalmente, nas decisões políticas (1998, p. 210).

#### 5.3.4

##### Relatos clínicos

Continuando nossa expedição no artigo de Macnaughton (1998), encontramos, além das anedotas não médicas, aquelas que a autora chama de “anedotas de pacientes”, “anedotas usadas por pacientes”, “anedotas na consulta” ou, ainda, “roteiros de doenças”. Na opinião dela, esse é um tipo tão importante de relato, que chega a originar o que denomina “medicina baseada em anedotas” — e é aqui, efetivamente, que ela propõe a extinção das barreiras entre *evidência* e *narrativa* (p. 204).

Recuperando a distinção mishleriana entre a *voz da medicina* (centrada em jargões e resultados de pesquisas científicas) e a *voz do cotidiano* (que compreende os relatos das experiências vividas pelos pacientes, em linguagem informal), entendemos que os “roteiros de doenças”, tal como descritos por Macnaughton, situam-se entre esses dois extremos, visto que não chegam a reproduzir um linguajar técnico e profissional, mas também não fogem aos tópicos de interesse em prontuários médicos comuns, como, por exemplo, histórias de cirurgias, exames ou investigação dos motivos para uma alta na taxa

de colesterol no sangue. Sendo assim, como também encontramos esse tipo de narrativa em nosso corpus, optamos por identificá-lo como **relato clínico**.

Portanto, quando nos referirmos a relatos clínicos em nossas interpretações, estaremos incorporando sentidos, como: “forma de explicar os motivos pelos quais se comparece a uma consulta” (1998, p. 207) e formas de “ilustrar como sintomas particulares têm afetado a rotina” (p. 208), entre outros tópicos correlatos a estes.

## 5.4

### Narrativa e clínica

Temos sublinhado ao longo de todo este capítulo a pertença in(ter)disciplinar da pesquisa, situada na tradição dos estudos da análise de narrativas *aplicada* ao contexto da saúde. De igual modo, quando nos dedicamos a honrar o legado de Mishler, adiantamos que retornaríamos ao tema na seção que agora se inicia.

Adiante, abordaremos também outros importantes trabalhos que pavimentaram nossa estrada em solo brasileiro, como os conduzidos por Branca Telles Ribeiro, Diana Pinto, Liliana Cabral Bastos, Ana Mallet, Eloísa Grossman, Fátima Geovanini, Annette Leibing com Daniel Groisman, além de artigos internacionais da Medicina Narrativa, que dialogam com nossa perspectiva, como os de John Launer, James Owen Drife, Glyn Elwyn com Richard Gwyn, sem falar no já amplamente discutido trabalho de Jane Macnaughton.

#### 5.4.1

### Narrativa e clínica no Brasil

Em nosso país, uma das pesquisadoras com obra mais extensa na interface entre saúde e análise de narrativas é a professora Branca Telles Ribeiro, que atuou nos departamentos de linguística da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Lesley University, nos Estados Unidos.

Ribeiro organizou, juntamente com Cristina Costa Lima e Maria Tereza Lopes Dantas, o volume “Narrativa, Identidade e Clínica” (2001), que é uma das inspirações seminais para esta tese. Na referida coleção, destacamos de modo particular seu trabalho “Por que ouvir estórias na entrevista psiquiátrica? De quem e do que estamos falando”, de onde aprendemos sobre a importância de se considerar “o papel do ouvinte como coconstrutor” (p. 77), já que observamos as narrativas a partir do modelo interacional do discurso, que “trabalha na interdependência das atividades de fala e de escuta (de produção e de interpretação)” (p. 76).

A partir desse entendimento, Ribeiro ressalta que o espaço para a coconstrução de narrativas requer flexibilidade do interlocutor, o que acontece a partir de demonstrações de empatia e envolvimento (2001, p. 77, 78, 89).

Outros trabalhos da referida coleção que inspiram as reflexões de nossa pesquisa são: “As estórias de Larissa: o processo de construção da referência e as múltiplas ‘projeções do eu’ em narrativas em uma entrevista psiquiátrica” (Pinto, 2001) e “Tão alto quanto o morro — identidades localizadas de mulheres hipertensas na favela da Mangueira” (Leibing; Groisman, 2001).

Em ambos, vemos a importância das narrativas para a construção da identidade dos pacientes e para a construção do saber médico sobre *quem são* as pessoas que atendem. Em Pinto (2001), vemos, ainda, a importância das categorias interacionais para a elucidação dessas identidades nas narrativas, além de compreendermos a importância da “narrativa *solicitada*” (p. 138) pelo profissional de medicina, bem como dos pedidos médicos de ampliação de tópicos de natureza pessoal (p. 138), nos casos em que o/a paciente tem dificuldade de expressar suas queixas e angústias. Uma atitude semelhante à destacada pela professora Diana Pinto se apresentou em nosso corpus, como se verá no capítulo de análise, na Consulta 5, conduzida pela médica Paula.

Já de Leibing e Groisman, trouxemos para a tese conhecimentos sobre as identidades de mulheres moradoras de favelas que constituíram um grupo para receberem atendimento de saúde na cidade do Rio de Janeiro. É a partir desse trabalho que entendemos a relevância do tratamento da hipertensão para as participantes de nosso estudo, e também com base nele que falamos sobre a relação entre a saúde emocional e a física. Nas palavras dos autores: “a relação

entre a pressão e o estresse psicológico é interessante, pois, de certa forma, parece ‘quantificar’ o estado emocional do indivíduo” (2001, p. 269).

Outro tema de vital importância nesta pesquisa são as narrativas de sofrimento, estudadas por Liliana Cabral Bastos, tanto a partir da perspectiva dos profissionais de saúde (2008), vistos de modo humanizado e sujeitos a conflitos e incertezas, quanto da perspectiva de pacientes que precisam discursivizar suas dores, em trabalho com a fonoaudióloga Lívia Miranda de Oliveira (Oliveira; Bastos, 2011), e também a partir da ótica do controle social exercido sobre o corpo feminino, com base na pesquisa da linguista Raquel Freire (Freire; Bastos, 2020).

As três abordagens conversam com este trabalho, que discute a necessidade de letramento racial para profissionais de saúde, particularmente os brancos, vendo-os além da posição de autoridade e prestígio social (como em Bastos, 2008); mas também enfatiza a agência das pacientes na projeção de suas identidades, e a função de envolvimento e dramaticidade das histórias, que criam vínculos importantes para o trabalho com cuidados de saúde (como em Oliveira; Bastos, 2011).

Ademais, interessa-nos olhar para a percepção do sofrimento socialmente construído, como um dos mecanismos da opressão de gênero centrada no controle corporal. Nesse panorama, é evidente a importância das narrativas contadas por mulheres em situação de vulnerabilidade social e clínica, para trazerem à tona suas angústias e, ao mesmo tempo, ressignificá-las (como em Freire; Bastos, 2020).

Enfim, no âmbito das Humanidades Médicas, cabe destacar o trabalho das médicas e professoras Ana Mallet e Eloísa Grossman, além do trabalho da psicóloga e professora Fátima Geovanini. Elas atuam na interface entre saúde, educação médica, literatura e comunicação médico-paciente, com pautas que se coadunam com o impacto social pretendido pela presente pesquisa.

Ana Mallet et al. (2016) traçaram um importante paralelo entre a reflexão sobre “o perigo de uma história única”<sup>30</sup>, da renomada autora Chimamanda Adichie, e a função de letramento crítico que pode ser exercida por meio do estudo e da prática da Medicina Narrativa. Já Eloísa Grossman, em companhia de

---

<sup>30</sup> Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=D9Ihs241zeg> .

Mariana Bteshe e outros autores alinhados à perspectiva da Dra. Rita Charon (já discutida neste capítulo) analisaram o conteúdo de narrativas produzidas por estudantes de medicina, para advogarem quanto à necessidade de incorporação de “valores humanísticos” (2021, p. 1) no currículo acadêmico em questão, visando ao fortalecimento da empatia dos futuros profissionais. Fátima Geovanini (com outros autores, 2021), por sua vez, discutiu como o formato atual da anamnese pode ser um limitador da expressão correta do paciente e como a ênfase na escuta constitui-se em diferencial na formação médica, diante de tal quadro.

#### 5.4.2

##### **Narrativa e clínica no exterior**

Já tivemos a oportunidade, neste capítulo, de falar sobre nossa pesquisa na obra de Mishler a respeito do intercâmbio entre a análise de narrativas e a atenção à saúde (2002; 2001, com Clark; 1984). Destarte, agora expandiremos o tema, tecendo comentários sobre o trabalho do autor publicado em 2005: “Histórias de pacientes, narrativas de resistência e a ética do cuidado humano: em busca do tempo perdido” (*“Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care: a la recherche du temps perdu”*).

Nessas páginas, Mishler denuncia que o largo interesse de pesquisa na comunicação médico-paciente esconde a esmirrada agenda sobre o impacto da desigualdade social e econômica nos índices de enfermidade, mortalidade e acesso aos cuidados terapêuticos (2005, p. 432). Tendo isso em vista, é na sua visão de que a microética do cuidado humano está embrenhada na macroética da justiça social (p. 432-433) que nos apoiamos para elucidar as vozes (Mishler, 1984; Clark; Mishler, 2001) que sustentam ou se contrapõem a essa importante dimensão da atenção à saúde.

No entanto, não nos limitamos à análise de fatores socioeconômicos neste trabalho, já que, no contexto de países que passaram pela colonização, como o Brasil, não se pode falar de desigualdade social sem que se fale do racismo como força estruturante desse processo (Nascimento, 1978). Por isso, optamos pelo prisma analítico interseccional (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002), como já foi abordado em capítulos anteriores.

Além da obra de Mishler, no cenário internacional, a coletânea de artigos “Medicina Baseada em Narrativas: diálogo e discurso na prática clínica” (*Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice*), organizada pelos médicos e professores Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz, em 1998, trouxe importantes contribuições no percurso de nosso trabalho.

A primeira e já mencionada aqui foi a de Jane Macnaughton, em suas reflexões sobre a importância de se considerar as anedotas pessoais dos pacientes como evidências clínicas e como material para a educação médica.

Na sequência, cabe mencionar, também, os artigos de John Launer, James Owen Drife e Glyn Elwyn com Richard Gwyn.

O primeiro versa sobre a importância de se ouvir as histórias dos pacientes para fechar diagnósticos de ansiedade e depressão, além de pontuar algumas reflexões similares às que fazemos em nossa pesquisa, como a percepção de que as histórias são moldadas por forças sociais, econômicas e “outras” (p. 99). Vale destacar que é na lacuna dessas forças “ocultas” para o autor que podemos situar o racismo estrutural.

Ademais, ele defende a importância da contribuição do médico na narrativa do paciente, de acordo com a ótica do paciente, e não apenas para satisfazer as perguntas de um prontuário pré-estabelecido — tópico que nós chamamos de *coconstrução*, na linguagem técnica da análise de narrativas.

Prosseguindo, James Owen Drife discorre sobre a importância de se ouvir as narrativas dos pacientes para fazer recomendações de tratamentos adequados às suas particularidades, como indivíduos (p. 115). E Glyn Elwyn e Richard Gwyn salientam que é importante para os médicos adquirirem conhecimento discursivo, a fim de serem assertivos nas interações com os pacientes. Nas palavras dos autores, “aqueles que se interessam por este campo precisam de métodos que deem significado aos pensamentos, desacordos, angústias e indecisões” aparentes nas interações clínicas (p. 173).

Em conclusão, Elwyn e Gwyn fazem questão de lembrar que “para inúmeros pacientes, é o fato de contarem suas histórias que os ajuda a se sentirem melhores” (1998, p. 174). E nós, como pesquisadoras das narrativas de mulheres com vivências tão ricas e pulsantes, esperamos que as histórias ora analisadas tenham contribuído para trazer alívio às angústias de Neusa, Carla, Telma, Sara e Hilda.

## 6

### Quem e o que fala: narrativas e vozes discursivas no consultório médico

Posicionou a flauta transversal dourada, soprou de manso, realizando o aquecimento com as notas longas. Deixou-se levar pela magia do som. Imaginava dialogar em dueto com o bisavô, improvisou uma melodia. A sonoridade a fazia lembrar os relatos que Maria Dorotéia Nunes dos Santos, chamada carinhosamente de vó Déia, transmitia à neta, detalhes sobre sua ascendência, para que a memória não esmaecesse na bruma branca do esquecimento.

Miriam Alves, *Maréia*

Aí ele botava os filhos pra fora — “ah, vamos brincar!”. A menina já era grandinha, ela já pulava pela janela porque sabia que ele ia pegar ela, tá? Essa menina ficou doente da cabeça.

Paciente Sara, *consulta 4, dados da pesquisa*

Neste capítulo, apresentamos os dados gerados ao longo de nossa investigação, juntamente com as interpretações analíticas que construímos, com base no escopo teórico do trabalho. A análise foi guiada pelas perguntas de pesquisa já apresentadas na metodologia, mas recuperadas a seguir, para facilitar o processo de leitura. Assim, interessa-nos observar:

- 1) quais narrativas são consideradas pelas médicas como dados clínicos relevantes e quais são tratadas como anedotas pessoais sem valor clínico?;
- 2) existem configurações de racismo estrutural nas narrativas das pacientes? Em caso afirmativo, há reconhecimento/ resposta das médicas?;
- 3) em suas falas, as médicas reproduzem discursos racistas? Confrontamos? Quais desses discursos aparecem na interação?;
- 4) há ocorrências de orientações de saúde que considerem e mencionem as especificidades raciais das pacientes negras?

Além das questões que conduzem a interpretação analítica, reapresentamos, também, a estruturação do capítulo. Na parte 1, analisaremos excertos selecionados de três consultas médicas conduzidas pela mesma profissional, aqui denominada Ana.

Na primeira consulta, com Neusa, o ponto focal da interpretação será uma narrativa de sofrimento da paciente, na qual a médica participa com avaliações positivas; na segunda consulta, com Carla, a narrativa central tematiza as funções profissionais e a carreira da paciente; na terceira, com Telma, as narrativas da paciente — sobre o contexto de violência urbana no qual está inserida — justificam suas queixas de saúde, como insônia, picos de hipertensão, ansiedade e gastrite.

Da primeira consulta médica incluída na primeira parte deste capítulo foram selecionados três excertos, e das duas consultas que a seguem foram selecionados dois excertos, constituindo um corpus de sete excertos, predominantemente narrativos.

Na segunda parte do capítulo, analisaremos mais duas consultas médicas, conduzidas pelas médicas Marta e Paula. De cada uma dessas duas consultas foram selecionados dois excertos, predominantemente narrativos, constituindo-se, assim, um corpus de quatro excertos. Logo, ao todo, teremos acesso a onze excertos e suas respectivas análises.

Nas transcrições da primeira consulta da parte 2, da qual participaram Marta e Sara, enfatizamos duas narrativas: a primeira, sobre a morte do marido da paciente, e a segunda, contendo sua justificativa para ter escolhido não se casar novamente após esse episódio. Já nos excertos da última consulta do capítulo, Paula percebe alguma dificuldade emocional não narrada, e incentiva Hilda a construir essa insatisfação em forma de narrativa.

Com essa diversidade de performances, temáticas e participantes, entendemos que as interpretações aqui construídas podem trazer perspectivas complementares sobre os diferentes modos de enunciação e coconstrução de discursos e narrativas no consultório médico.

Portanto, para ancorar nossas observações, entreteçemos, juntamente com elas, um aparato teórico de base sócio-linguístico-antropológica, que permite identificar nossas categorias de análise, como se verá na próxima seção deste capítulo.

## 6.1

### Fundamentação teórica e categorias analíticas

Antes de passarmos para as análises, propriamente ditas, é oportuno discorrer sobre os construtos teóricos que as sustentam e que também são o ponto de apoio para as categorias analíticas que operacionalizamos em nossas interpretações.

É importante lembrar que algumas dessas categorias já foram desenvolvidas no capítulo anterior, quando tratamos da análise de narrativas como base epistemológica e metodológica para este estudo. Assim, retomaremos na interpretação dos excertos os conceitos que expusemos sobre **pontos de virada/pontos de sustentação**, **ponto** da narrativa e **anedotas pessoais**, além dos elementos constituintes da narrativa canônica, conhecida como modelo laboviano de narrativas, os quais serão sinalizados eventualmente, de acordo com a necessidade analítica de cada excerto. São eles: o **sumário**, a **orientação**, a sequência de **ações**, as **avaliações**, a **resolução** e a **coda**.

Feita esta recapitulação, apresentamos mais quatro categorias que compõem o instrumental com o qual trabalharemos adiante: aprofundamento/silenciamento, enquadres sociais e vozes discursivas.

Ao observarmos a perspectiva do sociólogo John Heritage, no texto “Questioning in Medicine” (2009), sobre os efeitos da agência de médicos e pacientes nas consultas, e também sobre os significados do que ele chama de agendamentos, isto é, a introdução de tópicos na entrevista médica e nas narrativas pessoais contadas na clínica, percebemos que não é casual a ação de propor uma temática na consulta: ela metacomunica a necessidade de discussão de um problema percebido por quem o propõe.

Deste modo, entendemos, com o autor, que a agenda de um atendimento médico abrange tanto o tipo de ação que é exigido de um respondente, quanto o conteúdo tópico ao qual essa ação deve ser dirigida (2009, p. 44). Isso nos leva a inferir o modelo segundo o qual um assunto levantado na entrevista clínica deve gerar discussão entre paciente e médico, e deve, por fim, levar a uma ação deste último.

Por exemplo, na Consulta 5, que analisaremos neste capítulo, esse modelo se realiza com a médica levantando a hipótese de que o mal estar

relatado pela paciente tenha fundo emocional. Em seguida, a paciente narra suas preocupações com o comportamento disruptivo da neta. Finalmente, a médica oferece outra perspectiva para a paciente e sugere que ela receba, também, acompanhamento terapêutico.

Neste sentido, é importante ressaltar que a resposta satisfatória é aquela que reconhece a legitimidade da temática agendada pelo paciente no decorrer da conversa, ainda que proponha outras visões e outros modos de lidar com o problema. Assim, entre as ações específicas requeridas do profissional que conduz o atendimento, podemos mencionar: escutar atentamente, acolher as necessidades e expectativas expostas, interrogar detalhes sobre a questão, dar respostas especializadas.

A esse respeito, ainda com Heritage (2009), destacamos a importância das perguntas do profissional durante a entrevista médica como o ponto fulcral para o agendamento temático, dadas a hierarquia do evento comunicativo e sua estrutura, que compreende sequências de perguntas e respostas, podendo ser facilmente direcionada para o aprofundamento de algum tópico que surge na conversa, ou prosseguir para outro assunto, sem maiores desdobramentos.

Tendo em vista esse cenário, as análises deste capítulo operarão com a categoria **aprofundamento**, para sinalizar momentos em que um ouvinte participa ativamente na proposição do conteúdo temático de um relato, quer fazendo perguntas, pedindo explicações ou oferecendo reformulações ao falante principal; e também com a categoria **silenciamento**, que indicará os momentos de mudança de assunto ou engajamento parcial em algum tópico da conversa, omitindo outro(s).

Ainda na esteira das metacomunicações que acontecem durante o encontro médico, relembramos os trabalhos dos antropólogos Gregory Bateson (2013) e Erving Goffman (1974, 2013b), e da linguista Deborah Tannen com a psicóloga social Cynthia Wallat (2013), que falaram sobre a organização das situações sociais em termos de **enquadre** — e essa é a terceira categoria analítica que apresentamos nesta seção.

Conceito cunhado por Bateson com inspiração na descrição do trabalho cognitivo de interpretação de mensagens tal qual formulada pela psicologia gestalt, o enquadre diz respeito à orientação quanto ao modo de compreender uma

mensagem: o que deve ser realçado numa relação “figura e fundo”; o que é relevante e o que pode ser ignorado em uma comunicação; sobre o que ela versa.

Retomando e expandindo o trabalho de Bateson, Goffman sintetizou o enquadre na célebre pergunta: “O que está acontecendo aqui?” (1974), que nem sempre é feita de modo explícito, mas que funciona como um guia para as interações sociais. Assim, as interpretações de enquadre não se limitam ao que se diz, literalmente, mas indicam o tipo de interação que acontece, tanto de modo amplo, quanto *momento a momento*, em decorrência das dinâmicas de disputa de poder e alinhamentos dos interactantes (Goffman, 2013b; Tannen; Wallat, 2013; Ribeiro, 2001).

Como se realizam no processo da fala, os enquadres são fluidos e instáveis, na medida em que se rearranjam conforme emergem estruturas e processos sociais no discurso. Goffman tratou desse tema no trabalho “*Footing*” (2013b), mostrando a utilidade do conceito para a análise social (macro) por meio das situações (micro), que foram o objeto de estudo que o autor elegeu e defendeu em sua extensa obra.

No texto, ele abriu caminho para a observação das mudanças dinâmicas de enquadre e alinhamentos (às quais ele denominou *footings*) como fenômenos que apontam para os “determinantes sociais do comportamento linguístico” (2013a), ao associar uma mudança de enquadre à coerção do sexismo e da autoridade política sobre o comportamento não mais de uma jornalista desempenhando sua função profissional, mas de uma mulher respondendo a comandos de um homem que ostentava sua posição social (2013b).

Tannen e Wallat, por sua vez, retomaram o enquadre como a percepção de qual atividade está sendo encenada, de que sentido os falantes dão ao que dizem, e chamaram-no de *enquadre interativo* (2013). É importante destacar a contribuição de Deborah Tannen, que é uma linguista, para a presente teorização, ao associar as mudanças de enquadre a mudanças de registro, permitindo, assim, a observação concreta da referida dinâmica, na materialidade do discurso.

Em nossa análise, é relevante observar os enquadres que se manifestam dentro do amplo enquadre consulta médica: enquadres simultâneos, múltiplos e, algumas vezes, conflitantes, pois eles indicam diferentes compreensões sobre a práxis médica.

Para exemplificar, podemos pensar que dentro do amplo enquadre “consulta médica” podem emergir outros enquadres, tais como: “conversa informal” e “pedido de informações” (Goffman, 1974; Clark; Mishler, 2001). E, ainda, podemos pensar que, enquanto um participante interpreta um agendamento temático no enquadre “pedido de orientação especializada”, o outro pode entendê-lo como “conversa informal”, gerando mal estar interacional e ineficiência no atendimento de saúde, conforme veremos na Consulta 1.

Na sequência, a próxima categoria analítica que apresentaremos aqui e será mobilizada neste capítulo refere-se às atualizações de macrodiscursos na interação, à polifonia característica da fala (Bakhtin, 2013), aos atravessamentos de grandes temas da vida social que acontecem, comumente, em qualquer conversa, seja cotidiana ou ritualizada.

Sobre esta temática, o psicólogo social e um dos nomes fundadores no campo da análise de narrativas Elliot Mishler referiu-se aos significados subjacentes à fala como *vozes* e, visto que sua pesquisa estava inserida no contexto clínico do qual também fazia parte como praticante, ele cunhou a distinção *voz da medicina* x *voz do cotidiano* (1984), para chamar a atenção para os agendamentos no âmbito da saúde e além dela, comuns em atendimentos médicos e terapêuticos, de modo geral.

Nossa análise vale-se dessa noção mishleriana para empregar **VOZ** discursiva (Bakhtin, 2013; Mishler, 1984; Foucault, 1999; Gee, 2015) como uma das categorias centrais, sendo que a *voz da medicina*, nas palavras do autor em trabalho conjunto ao sociólogo médico Jack A. Clark, expressa um plano de referência técnico e biomédico, que tende a dominar o discurso (2001). É a essa concepção que nos referimos, quando ressaltamos a presença da “voz da medicina” em nosso trabalho.

Já o conteúdo que Mishler (1984) e Clark e Mishler (2001) chamaram de “voz do cotidiano”, no sentido de refletir as experiências pessoais dos pacientes, expressas em uma terminologia não necessariamente comprometida com o rigor técnico-científico, será, em nossa análise, focalizado a partir dessa lente, juntamente com a reflexão da médica e pesquisadora de Humanidades Médicas Jane Macnaughton (1998), que chama tais relatos de **anedotas pessoais** (categoria que já foi desenvolvida no capítulo 5, sobre análise de narrativas).

Além desses dois ecos, característicos da polifonia nas entrevistas clínicas e consultas médicas, retomamos, também, Goffman (2013a), para identificar outras vozes, muitas vezes negligenciadas nesse tipo de situação social. Para tanto, observaremos as mudanças nos comportamentos linguísticos das falantes e na organização das interações (enquadres), a fim de identificar quais atributos sociais (e discursos a eles associados) são instanciados nas falas em questão.

Um exemplo das outras vozes que identificaremos no decorrer deste capítulo é a *voz da meritocracia* (Littler, 2018), que nos apresentará duas de suas faces na Consulta 4: a primeira, a serviço de grupos sociais hegemônicos, na qual a construção do mérito está alicerçada unicamente nas qualidades de um indivíduo, sem que se considerem as oportunidades (ou a falta delas) na estrutura socioeconômica que este indivíduo integra; a segunda, a serviço de pessoas oprimidas por estruturas socioeconômicas marginalizantes, que subvertem criativamente o discurso opressor para se apresentarem de modo heroico, potencializando seus atributos pessoais e conquistas.

Finalmente, completada a etapa analítica, propriamente dita, na qual essas categorias serão empregadas, passaremos à terceira parte do capítulo. Nela, sintetizaremos os achados da análise, respondendo diretamente, com eles, as perguntas de pesquisa. O enfoque desta seção estará nas narrativas e vozes discursivas examinadas, como sugere o título do capítulo.

Em conclusão, a quarta e última seção trará uma proposta de discussão dos entendimentos sumarizados na Parte 3, a fim de preparar o terreno para o capítulo seguinte, em que a análise desloca-se da instância de enunciação para a de recepção, buscando compreender os significados socioculturais dos modos como as médicas brancas escutaram as narrativas das pacientes negras no consultório.

Apresentado o capítulo, passemos à sua parte prática, na qual investigaremos cada excerto do corpus à luz das categorias analíticas já desenvolvidas e também com o suporte de construtos teóricos, que serão desenvolvidos conjuntamente com as interpretações dos excertos.

## 6.2

### Parte 1: as consultas conduzidas pela médica Ana

Entre as três médicas que participam de nossa pesquisa, Ana parece seguir um ritual de interação mais pormenorizado, com etapas bem definidas.

Ela inicia as consultas com uma autoapresentação cordial, questiona se a paciente conhece o projeto social do qual está participando e segue para a anamnese, com foco no preenchimento da ficha cadastral. Questões recorrentes em todas as consultas que conduz, durante a anamnese, referem-se ao histórico médico familiar, alguma “queixa principal”, a realizações de cirurgias e à quantidade de gestações pelas quais a paciente já passou, entre outras.

Terminada a anamnese, ela convida a paciente para um exame físico (avaliação das mucosas, ausculta de pulmões e coração, aferição da pressão arterial) e anuncia que o exame terminará com a palpação das mamas. Durante a etapa de exames clínicos, Ana, por vezes, “puxa assunto” com as pacientes e se engaja em histórias pessoais.

Ao final dos exames, ela passa à fase de conclusão da consulta, que inclui: diagnósticos, orientações sobre prevenção a problemas de saúde e acompanhamentos, além da despedida.

Nos diagnósticos, Ana dá respostas diretamente relacionadas à ficha médica da anamnese, tais como: resultados da aferição da pressão arterial, da verificação do nível de glicose no sangue, da ausculta de pulmões e coração. Em seguida, nas orientações finais, ela fala sobre como prevenir o câncer de mama e outras questões que identificou como possíveis problemas de saúde física no decorrer da consulta. E na despedida, ela costuma retomar alguma questão geral, do cotidiano da paciente, que possa ter sido comentada casualmente, durante o momento de descontração no exame clínico.

O tempo médio de atendimento da médica, nas consultas gravadas, foi de 25 minutos e ela se mostrou bastante amigável e polida nas interações. Um diferencial que identificamos em seu estilo de atendimento foi não deixar “vácuos” interacionais. Ana se engajou nas histórias, sempre dando suporte às pacientes e, muitas vezes, entremeou posicionamentos ideológicos em suas falas.

Além disso, outra marca de sua atuação profissional neste projeto, que será mostrada nas análises seguintes, foi a busca pela separação entre o que são temas

de saúde e o que são temas da vida cotidiana. Agindo assim, ela obteve o efeito de focalizar sua prática profissional nas questões que identificou como sendo de saúde física, e não em assuntos paralelos.

Em suma, uma profissional acolhedora, disposta a escutar, com prosódia amigável e comprometida com uma agenda de trabalho clara e específica. Vamos, agora, conhecer mais sobre o trabalho de Ana pelas suas próprias palavras, em suas interações com Neusa, Carla e Telma.

### 6.2.1

#### Consulta 1 – Ana e Neusa

Excerto 1 - Anamnese (1'06" a 3'31")

No primeiro segmento desta consulta, que observaremos a seguir, a paciente, Neusa, conta para a médica, Ana, que, quando pratica exercícios físicos, sua qualidade de vida melhora. Na visão da médica, entretanto, essa questão parece fugir ao seu escopo profissional.

01	Ana	como a senhora está passando? (1) tem alguma
02		queixa alguma coisa que tá lhe incomodando?
03		(2)
04	Neusa	assim, o que eu sei que me incomoda é... é...
05		é assim, o cansaço essas coisas, mas... mas
06		eu imagino que seja falta de exercício
07		também, que um tempo eu fique:i... eu fiz
08		exercício físico e, e eu melhorei mu:ito. eu
09		sempre sinto dor de cabeça, tensã:o
10		[muscular...]
11	Ana	[de uma:...] isso de uma forma geral=
12	Neusa	=é
13	Ana	a senhora tem alguma coisa queixa mé:dica?
14		alguma coisa que a senhora tá sentindo? "ah,
15		eu tô com dor de cabeça", "tô com falta de
16		ar", alguma [coisa] assim, objetiva?

17	Neusa	[não] dor de
18		cabeça eu sempre tô sentindo mas... eu também
19		acho que é por falta de exercício porque uma
20		época que eu fiz exercício eu não senti dor
21		de cabeça
22	Ana	então o que tá incomodando a senhora é
23		cansaço e dor de cabeça
24	Neusa	uhum
25	Ana	(4) e... começou mais ou menos desde quando
26		que a senhora tá se sentindo assim dessa
27		forma como a senhora colocou?
28	Neusa	ah, tem... assim... tem muito tempo, mas aí é
29		muito::... já tem anos. eu fiquei um tempo
30		muito:: sentia muita dor de cabe:ça muito
31		cansaço mas o meu trabalho também é na
32		cozinha né, é cansativo
33	Ana	ah: tá:
34	Neusa	aí por isso o médico pediu pra eu fazer
35		exercício, aí eu fiz um tempo nem... eu vivia
36		me empanturrando de remédio pra dor de
37		cabeça. aí eu fique:i... mais de ano que eu
38		fiquei fazendo exercí:cio eu não sentia...
39		não tomei remédio nenhum, não sentia dor de
40		cabeça nenhuma. como já tem quase um ano que
41		eu deixei aí já tô começando...=
42	Ana	=quais foram os remédios que o médico passou
43		pra senhora?
44	Neusa	não, eu que... eu tomo por mim hhh
45	Ana	um analgésico- um remédio pra dor [comum],
46		assim=
47	Neusa	[é...]
48	Ana	=[novalgi::na?]....
49	Neusa	[não], sempre é dorflex que eu
50		tomo
51	Ana	melhorava mas depois logo voltava né?
52	Neusa	é, é (3) mas eu vou- eu vou, eu... tá tendo
53		uma mudança na minha vida agora, eu vo:u...
54		eu vo:u... me esforçar pra eu ir pra- pra eu
55		fazer algum exercício
56	Ana	e como é que é a saúde da senhora, de uma
57		forma geral dona neusa? ((Prosódia de mudança
58		de assunto.))
59	Neusa	é... é... assim...=
60	Ana	=a senhora tem algum problema de <u>saúde</u> ?
61		pressão alta colesterol diabetes?
62	Neusa	<u>não</u> . não.

No início da anamnese, na consulta com Neusa, é possível perceber um embate entre duas compreensões diferentes sobre o que é ou não uma questão da alçada médica. Em um primeiro momento, a paciente narrou, por três vezes seguidas, sua experiência positiva com a prática continuada de exercícios físicos, como se pode ver a seguir:

*1ª narrativa*

assim, o que eu sei que me incomoda é... é... é assim, o cansaço essas coisas, mas... mas eu imagino que seja falta de exercício também, que um tempo eu fique:i... eu fiz exercício físico e, e eu melhorei muito. eu sempre sinto dor de cabeça, tensão muscular... (linhas 04-10).

*2ª narrativa*

eu fiz exercício eu não senti dor de cabeça (linhas 20-21).

*3ª narrativa*

aí por isso o médico pediu pra eu fazer exercício, aí eu fiz um tempo nem... eu vivia me empanturrando de remédio pra dor de cabeça. aí eu fique:i... mais de ano que eu fiquei fazendo exercício eu não sentia... não tomei remédio nenhum, não sentia dor de cabeça nenhuma. como já tem quase um ano que eu deixei aí já tô começando... (linhas 34-41).

Enquanto a paciente construiu três relatos cujo **ponto** parece ser a apresentação da eficácia da prática de exercícios físicos para o seu bem estar, a médica tentou redirecionar o rumo da conversa para o que entendia como questões

“objetivas” de saúde, como se pode depreender de sua prosódia com um toque de impaciência (linhas 56-58).

A respeito da importância dos exercícios físicos na experiência de Neusa, podemos destacar que ela repetiu o vocábulo *exercício* ou a expressão *exercício físico*, como um **ponto de sustentação**, sete vezes nos três primeiros minutos da anamnese (linhas 6, 8, 19, 20, 35, 38, 55); ao passo que a médica não reiterou a escolha vocabular em nenhum de seus turnos.

Além da repetição dos termos, Neusa trouxe para a sua fala a **voz** da medicina, por meio da justificativa: *por isso o médico pediu pra eu fazer exercício* (linhas 34-35), a fim de fundamentar sua fala com uma figura de autoridade para o contexto em análise.

Ainda nessa linha de raciocínio, é possível sublinhar o fato de que a paciente centralizou a prática de exercícios físicos como um **ponto de virada** em seu estilo de vida por três vezes em sua narração. A primeira vez aconteceu nas linhas 7-8: *eu fiz exercício físico e, e eu melhorei muito; a segunda, nas linhas 37-40: mais de ano que eu fiquei fazendo exercício eu não sentia... não tomei remédio nenhum, não sentia dor de cabeça nenhuma; a terceira, nas linhas 52-55: mas eu vou- eu vou, eu... tá tendo uma mudança na minha vida agora, eu vo:u... eu vo:u... me esforçar pra eu ir pra- pra eu fazer algum exercício.*

A falta de **sustentação** da médica ao tema central da narrativa, na ótica da paciente, pode conduzir à compreensão de que há **silenciamento** de uma questão que esta tenta tornar relevante ao se expressar sobre sua saúde. Ademais, o fato de a médica reconhecer o relato de uma forma geral (linha 11), mas não como queixa médica (linha 13, com ênfase e alongamento na reformulação), nem como problema de saúde (linha 60, novamente com ênfase), também permite a interpretação de que o **enquadre** anamnese foi compreendido de formas distintas pelas duas participantes da interação.

Se, por um lado, a médica validou para esse momento da consulta reportes sobre dor de cabeça (linha 15), falta de ar (linha 15-16), pressão alta, colesterol, diabetes (linha 61, com ênfase), além dos remédios que o médico passou (linha 42); por outro, a paciente

parece não ter se engajado nos temas propostos, na medida em que preferiu construir queixas sobre cansaço (linha 5), dor de cabeça (linha 9) e tensão: o muscular... (linhas 9-10, com alongamento).

Ela também associou a melhora ou piora dos sintomas descritos à continuidade ou à interrupção da prática de exercícios físicos, sinalizando, assim, uma compreensão abrangente de saúde, que envolve estilo de vida e práticas sociais. Para defender seu ponto de vista, a paciente vinculou sua experiência a uma figura de autoridade: o médico pediu pra eu fazer exercício (linhas 34-35).

Em contrapartida, ao buscar relatos “médicos”, “objetivos” e sobre o uso de medicamentos, a profissional de saúde, em um primeiro momento, parece não aplicar à sua prática os pressupostos da integralidade em saúde, mas focar-se apenas na parte biológica do atendimento. Essa interpretação pode ser confrontada, no entanto, com o padrão das orientações finais de Ana, que recomendou em todas as consultas avaliadas a prática de exercícios físicos para a prevenção ao câncer de mama — inclusive nesta, com Neusa. Sendo assim, a forma como ela conduziu esse conflito de percepções parece-nos estar relacionada à sua forma de organizar o ritual da interação, já que é uma profissional que demonstrou o compromisso com o preenchimento da ficha cadastral das pacientes do projeto.

Para finalizar esta primeira análise, cabe ressaltar a performance agentiva da paciente, que se construiu como responsável por seu bem estar e por suas queixas de saúde ao longo de todo o excerto. Ao mesmo tempo em que esta visão introduziu na conversa a **voz** do autocuidado, como não foi acompanhada de ponderações sobre a inserção desse indivíduo em um sistema social, também fez ecoar a **voz** da meritocracia, a qual **silenciou** os efeitos do racismo estrutural e dos privilégios de classe e gênero, por exemplo, no que tange à integralidade da saúde de Neusa.

Essa interpretação pode ser elucidada a partir da compreensão de que a paciente, sozinha, mesmo com todo o “esforço” possível (linha 54), está inserida em um sistema racista, que não compartilha com seu grupo social de mulheres negras os privilégios de raça, classe e gênero necessários para a manutenção de uma rotina equilibrada entre o autocuidado, a vida familiar e o desenvolvimento profissional.

## Excerto 2 - Anamnese (7'56" a 8'05")

A seguir, observaremos a narrativa de Neusa sobre seu estabelecimento no Rio de Janeiro. Um fator de interesse para a seleção deste segmento no corpus é o fato de a médica ter se engajado em uma história pessoal, em um momento “descontraído” da consulta, fora da pesquisa clínica. Isso nos levará a entender, como veremos adiante, que a *temática* tem influência no desenvolvimento ou na evitação de algum tópico narrado, e não, necessariamente, o *momento* da consulta em que a narrativa começa a ser contada.

01	Neusa	[tem] vinte e seis anos que eu moro aqui=
02	Ana	[e a senhora...]
03		=ah, vinte e seis anos né... e veio pra cá
04		pra trabalha:r?
05	Neusa	é eu vim ficar um tempo com a minha irmã e
06		acabei fican:do...
07	Ana	hhh

Esta curta narrativa coconstruída durante a anamnese comparece em nossa análise com o objetivo principal de apontar o fato de que Ana **aprofundou** uma história pessoal em um momento diferente do exame físico — quando as conversas fluem mais livremente em seus atendimentos. Assim, descartamos a interpretação segundo a qual esta médica não estaria interessada em falar sobre assuntos variados durante a consulta.

Além disso, os risos (linha 7), a **sustentação** (“vinte e seis anos né”, linha 3) e a prosódia indicam que a médica estava confortável neste momento da interação, ao contrário do que vimos na análise anterior, quando ela não desenvolveu a linha de raciocínio proposta por Neusa, no que tange à centralidade dos exercícios físicos e do estilo de vida para seu quadro atual de saúde. Semelhante indício de desconforto será observado, igualmente, no próximo excerto.

Isso nos leva a entender que, apesar do ritual de interação manter estabilidade, ela se permite engajar em algumas narrativas, mas não em outras, particularmente quando entende que o **enquadre** em jogo não é de consulta médica, mas de conversa informal. Consequentemente, ela não se reporta a essas

narrativas como partes dos dados da consulta, mas como **anedotas pessoais** sem valor clínico, isto é, meros recursos para manter a cooperação na interação.

Ademais, por meio da pergunta que investiga se a paciente veio pra cá pra trabalha:r? (linhas 3-4), é possível identificar a **voz** do racismo estrutural, que compreende as mulheres negras e pobres como limitadas ao papel social de trabalhadoras braçais, visto que a médica já sabia que a paciente trabalhava como empregada doméstica (o meu trabalho também é na cozinha né, é cansativo, Excerto 1, linhas 31-32). Desta forma, deixa-se de reconhecer a complexidade e de valorizar a variedade de performances identitárias desse grupo social.

### Excerto 3 - Diagnóstico (20'09" a 29'01")

O próximo segmento nos põe em contato com a narrativa de Neusa sobre a dificuldade de lidar com a solidão e o desejo sexual reprimido. Novamente, estaremos diante de uma divergência de compreensões: para a paciente, o desânimo e o isolamento prejudicam sua saúde; para a médica, essa questão de saúde sócio-afetiva-sexual foge ao seu escopo profissional.

01	Neusa	assim, eu fiquei minha vida to:da sozinha
02		desde que eu tive o meu filho
03	Ana	hum
04	Neusa	nunca tive:... nenhum homem, assim só tive
05		um- um parceiro minha vida toda
06	Ana	ah: é::?
07	Neusa	aí... eu falava que eu não queria ninguém:m
08	Ana	uhum
09	Neusa	e eu ficava- criei meu filho sozinha e meu
10		tempo- eu sei que depende de cada um
11	Ana	hum
12	Neusa	mas é o meu jeito né
13	Ana	claro, cada um é de uma forma né?
14	Neusa	aí... eu falava que eu não queria ninguém,
15		que eu num... que meu tempo era só pra
16		cuidar dele... graças a deus não me
17		arrependo, porque tá aí um... um menino
18		responsável, trabalhador

19	Ana	graças a deus, né
((O trecho suprimido contém a narração de histórias da adolescência do filho.))		
20 21 22 23 24	Neusa	e:: assim aí agora depois que ele ficou adu:lto e eu fico mais <u>sozinha</u> ... aí- eu- logo quando ele começou a sair que ele trabalha desde os quinze anos quinze e pouco trabalhava como menor aprendiz
25	Ana	ah:: [se:i]
26 27 28	Neusa	[aí ele:]... e aí de- dezessete anos acho ele já começou a namorar namora há- namora há três anos e pouco
29	Ana	com a mesma pessoa? o:lha ↑que bacana
30 31 32 33 34 35	Neusa	aí ele... eu ficava sozi:nha, eu fiquei numa situação que eu não sabia o que fazer da minha vida... ficava só sentada lá não fazia... nem as coisas em casa quando eu tava só não saía porque eu não sou muito de sair não
36	Ana	uhum
37 38 39 40 41 42 43 44 45 46	Neusa	eu sei que isso é uma- uma falha minha, os médicos sempre tão falando pra eu sai:r mas eu num... aí, eu fiquei sem saber o que fazer e depois ele fica conversando comigo "mãe não fica a vida toda só, você tá sozinha até agora por causa de mim?" fica assim... eu "não..." só que a- assim de uns dois anos pra cá aí- aí me despertou, agora eu quero::... só que eu também saio pouco [só vou] na igre:ja...
47	Ana	[ahan]
48 49 50	Neusa	às vezes eu fico evitando até as festas da igreja de ir mas agora eu sempre tô indo já tô [me esforçando]
51	Ana	[ah viu?]
52 53	Neusa	e eu... agora assim meu corpo tá sentindo falta né, agora eu quero [hhh]
54	Ana	[hhh]
55 56 57 58 59 60 61 62 63	Neusa	e assim né o <u>corpo</u> também mas... assim eu- eu quero também uma companhia e o corpo também tá gritando mas aí eu já fui, já- o meu médico fa- lá na clínica da família ele, "não dona neusa é normal" só que não- eu sei que não é fácil porque: eu não- eu não sou muito de sair e também pra mim não adianta: qualquer pessoa nem de qualquer jeito entã:o eu tenho que esperar

64	Ana	[hhh]
65	Neusa	[hhh]
66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78	Ana	dona neusa então olha... é::: foi muito bom conhecer a senhora, eu acho que a senhora tá de parabéns por tudo isso que a senhora fez, a forma que a senhora tem levado a sua vida e eu acho que sempre é tempo da gente se, reinventar, né quer dizer veio seguindo dessa forma, a senhora viu o seu filho cria:do né, agora tá aí um homem de bem né responsável, na luta pela vida então a senhora tá agora colhendo os frutos do- do- da dedicação que a senhora teve e agora mais do que nunca tá na hora da senhora se dedicar à <u>senhora</u> mesma não é verdade?
79	Neusa	é
80 81 82	Ana	então graças a deus olha a sua saúde tá boa... pressão, a pressão deu um <u>tiquinho</u> mais acima do normal, tá? deu catorze
83	Neusa	mas é <u>sempre</u> assim
84	Ana	uhum
85	Neusa	quando eu vou no médico
86	Ana	<u>é</u> ((Entonação de corte.))
87	Neusa	há décadas [é sempre catorze]
88 89	Ana	[dá aquela subidinha, tá] ((Entonação de corte.))
90 91	Neusa	até a doutora joice da clínica da família falava que era alta. aí mandava eu fazer...
92	Ana	ficar medindo... ((Entonação de corte.))
93 94	Neusa	é... quando eu media todo dia dava menos um pouco, doze
95 96	Ana	é, porque nessa situação aqui sempre é uma situação de emoção né?
97	Neusa	uhum
98	Ana	a pressão costuma subir sim
99	Neusa	mas isso há muito tempo=
100 101 102 103 104	Ana	=tá. ((Entonação de corte.)) então a senhora só fica de olho, a senhora já tem esse alerta né? então a senhora só fica de olho. por que eu estou falando isso? porque a senhora tem uma história na família
105	Neusa	uhum
106 107	Ana	então a senhora tem uma chance maior dessa pressão vir a se tornar mais alta

108	Neusa	uhum
109 110 111 112	Ana	então como a senhora já está fazendo esse contro:le vai observando direitinho... realmente encontrando o médico ela sobe me:smo, que a gente sabe né?
113	Neusa	uhum
114 115 116	Ana	tem essa parte da afliçã:o de estar na consulta, a ansiedade... então a senhora continua de olho nisso
117 118 119		((A médica prossegue com orientações sobre a prevenção ao câncer de mama por 02'02", enquanto a paciente a escuta.))
120 121	Ana	e parabéns aí tá pelo seu filho. ↑tudo de bom. ((Este é o encerramento da consulta.))

Ao começar a contar um episódio marcante em sua história de vida, não relacionado, diretamente, à saúde das mamas ou a um histórico de doenças em sua família, Neusa agendou uma nova temática na consulta médica, que não havia sido prevista, inicialmente, nem pela médica, nem no escopo do projeto social que originou o atendimento. Ela falou sobre sua sexualidade, e demonstrou estar à vontade com Ana para expor questões íntimas, como o fato de ter tido apenas um parceiro sexual durante a vida, e a opção de ter sacrificado a afetividade e a sexualidade para cuidar do filho único.

Neste terceiro excerto da consulta, central para nosso capítulo analítico, é importante destacar que Ana cedeu espaço para que Neusa se colocasse como narradora, visto que se dispôs a escutá-la atentamente. Essa interpretação pode ser amparada pelo longo período (aproximadamente 9 minutos) no qual a médica escutou e incentivou a narração, com risos e interjeições (avaliações positivas), o que permitiu a fluidez da história, sem interrupções (apesar de algumas tentativas de corte, como veremos adiante).

Ademais, nota-se que a médica concordou com o modo como Neusa construiu sua identidade de mãe, sempre dedicada ao filho e abdicando de outros interesses. Essa observação pode ser captada, entre outros momentos da consulta, pela **sustentação** no seguinte par adjacente:

Neusa: eu falava que eu não queria ninguém, que eu num... que meu tempo era só pra cuidar dele... graças a

deus não me arrependo, porque tá aí um... um menino responsável, trabalhador (linhas 14-18).

Ana: graças a deus, né (linha 19).

De igual modo, percebemos as **vozes** do heteropatriarcado e da moralidade hegemônica, por meio da supervalorização do relacionamento estável, heterossexual e monogâmico na conversa entre elas (Neusa: namora há três anos e pouco, linha 28; Ana: com a mesma pessoa? o:lha ↑que bacana, linha 29), o que pode ser tomado como uma estratégia de proteção da autoimagem da paciente, necessária devido ao receio de passar por um julgamento crítico diante da médica. Essa leitura pode se ancorar no fato de que Neusa começou falando do *corpo* (linhas 52 e 55), e inseriu o *afeto* na narração depois (linhas 56 e 61-63), como um **aprofundamento** do tópico, para justificá-lo.

Assim, Ana forneceu um ambiente seguro para que Neusa apresentasse um drama pessoal, que estava causando impactos negativos em sua qualidade de vida, como, por exemplo, sensação de solidão extrema (linhas 30-35), dificuldade de socialização e inabilidade para lidar com as demandas sexuais do próprio corpo físico (linhas 37-46).

Aliás, este parece ser o **ponto** da narrativa de Neusa, já que o sofrimento foi construído diante da médica e a partir de um sofisticado raciocínio lógico, que remontou às escolhas de vida durante a infância do filho, mas que sugeriu uma revisão de comportamentos, numa fase diferente de sua experiência como mãe e mulher. Portanto, ela construiu juntamente com Ana uma história pessoal com elementos que infringem sua saúde, nos âmbitos emocional, social e físico.

Corroborando com essa leitura o fato de ela trazer para a narrativa a **voz** da medicina, por meio dos termos *meu médico* e *clínica da família* (linha 58), além de um discurso construído como a fala do referido médico (“*não dona neusa é normal*”, linha 59). Por sinal, esse mesmo recurso persuasivo já foi apontado na análise do Excerto 1 desta consulta, quando Neusa justificou a insistência na topicalização dos exercícios físicos por meio da enunciação de um pedido médico a esse respeito.

Retornando ao **ponto** da narrativa — que indica uma propensão à revisão de comportamentos que estavam prejudicando a integralidade de sua saúde —, é

importante destacar, também, que a narradora construiu suas mudanças pessoais como **pontos de virada** ao longo da história, o que conferiu a este tópico relevância estrutural e semântica ainda maior.

Neusa se colocou como alguém que estava disposta a modificar sua escolha de solidão em prol da maternidade, já que o filho estava criado; alguém que estava aberta a participar de eventos sociais, diferentemente do antigo hábito de permanecer sozinha em casa; e alguém em busca de uma nova parceria íntima, após mais de 20 anos solteira. Vejamos, pontualmente, esses excertos e os tópicos insólitos que trazem à narração:

#### *Solidão afetiva e social*

Neusa: meu tempo era só pra cuidar dele... graças a deus não me arrependo (linhas 16-18, construção utópica).

Neusa: eu fiquei numa situação que eu não sabia o que fazer da minha vida... (linhas 30-32, construção distópica).

#### *Entrosamento social*

Neusa: às vezes eu fico evitando até as festas da igreja de ir (linhas 48-49, hábito passado).

Neusa: mas agora eu sempre tô indo já tô me esforçando (linhas 49-50, novo comportamento).

#### *Parceria íntima*

Neusa: só tive um- um parceiro minha vida toda; eu falava que eu não queria ninguém:m (linhas 4-5; 7, desejo inicial).

Neusa: e eu... agora assim meu corpo tá sentindo falta né, agora eu quero [hhh] (linhas 52-53, novo desejo).

Observando esses **pontos de virada**, podemos apontar como subtexto para os três pares destacados a solidão de Neusa. Assim, na primeira virada, ela passou

de uma avaliação positiva da dedicação exclusiva à maternidade para uma construção de sofrimento diante do “ninho vazio”, quando o filho ao qual ela se dedicou durante toda a vida cresceu e passou a ter a própria rotina, com atividades que não a envolviam, como trabalho e namoro.

Na segunda virada, ela trouxe à tona a questão do entrosamento social, por meio da participação em eventos religiosos. Se, antigamente, ela se recusava a frequentar até as festas da igreja, agora, ela enfatizava o novo comportamento ao dizer que sempre (linha 49) estava indo e que estava se esforçando (linha 50) para criar novos vínculos afetivos.

Igualmente, na terceira virada, Neusa ressaltou sua mudança de atitude em relação à procura por uma parceria íntima. Se, antes, ela não se interessava pelo assunto, agora, seu desejo estava, mais uma vez, aceso.

Desta forma, vemos que foi sobre a temática da solidão que ela construiu a coerência da narrativa, como um **ponto de sustentação**, já que abordou o tópico por diferentes ângulos, mantendo-o como o “fio da meada” durante todo o relato. Embasa essa leitura o fato de a paciente ter repetido os vocábulos *só* e *sozinha* sete vezes ao longo de sua fala (linhas 1, 9, 21, 30, 34, 41 e 42).

Por outro lado, se pontuarmos os momentos da interação em que a médica **sustentou** as construções da coerência da paciente, veremos que a solidão não aparece em relevo.

A concordância das interactantes quanto às noções de maternidade e relacionamentos heterossexuais monogâmicos já foi assinalada no início desta análise, e a esses tópicos podemos somar a aprovação de Ana às construções de identidade pessoal (Neusa: *mas é o meu jeito né; Ana: claro, cada um é de uma forma né?*, linhas 12 e 13) e esforço para modificar hábitos enraizados (Neusa: *mas agora eu sempre tô indo já tô [me esforçando]; Ana: [ah viu?]*, linhas 49-50 e 51, com sobreposição colaborativa) de Neusa. No entanto, o **ponto** da narrativa — os impactos negativos, no corpo e na mente, do sofrimento provocado pela solidão afetiva, sexual e social da paciente — não foi **sustentado** pela médica.

Se investigarmos essa interpretação por outro ângulo, podemos dizer, também, que não houve **aprofundamento** da questão central da narrativa, a qual foi **silenciada** no momento final da consulta, quando a médica deu o diagnóstico

do problema que identificou — no caso, só a pressão alta —, seguido das orientações sobre como prevenir problemas de saúde (com foco no câncer de mama, como convinha à temática do projeto social). O turno de Ana nas linhas 80-82 ilustra esse ponto de vista:

então graças a deus olha a sua saúde tá boa...  
pressão, a pressão deu um tiquinho mais acima do  
normal, tá? deu catorze

Para construirmos uma compreensão sobre o motivo que levou a esse choque de percepções sobre o que é uma “saúde boa”, podemos recorrer à fala da própria médica, quando respondeu à paciente, após o término da narrativa: foi muito bom conhecer a senhora (linhas 66-67). Essa resposta dá a ver um conflito nas interpretações do **enquadre** da situação, uma vez que a médica se colocou como quem participava de uma conversa informal, ouvindo uma **anedota pessoal** sem valor clínico. Logo, não aderiu ao **ponto** construído pela paciente.

Mais uma vez, ouvimos a **voz** da medicina por meio dessa atitude, indicando que quem tem autoridade para reconhecer ou não os problemas de saúde que devem ser compartilhados no consultório médico é a profissional, e não a paciente. Semelhante interpretação também pode ser aplicada à análise do primeiro excerto desta consulta, quando a paciente tentou, sem sucesso, encaminhar a anamnese no rumo de sua **tensã: o muscular** (Excerto 1, linhas 9-10).

A esse respeito, ainda que o movimento de humanização na medicina esteja em alta na contemporaneidade, como uma questão largamente discutida, inclusive durante a formação dos futuros profissionais, é possível perceber que, na prática, essa temática ainda pode gerar dificuldades nos atendimentos.

Além do mais, para se interpretarem os **silenciamentos** deste excerto à luz do panorama atual, é importante trazer à memória a longa tradição alopática do contexto analisado. Assim, como apontaram Ostermann e Meneghel (2012), é possível que, ao observarmos esta interação, sejamos confrontados com reminiscências da prática focada em doenças, e não no doente; da compartimentalização das especialidades médicas (ao contrário da visão de integralidade em saúde); dos binarismos corpo/mente, genética/sociedade. Deste

modo, nem a **voz** da medicina, tal como instanciada pela paciente, nem a descrição de sintomas de depressão, nem a centralidade da narração do “corpo que grita” foram índices suficientes para que a médica interpretasse a narrativa no **enquadre** consulta.

O olhar da linguista Deborah Cameron e do antropólogo Don Kulick, em trabalho conjunto sobre linguagem e desejo (2003), também contribui com a análise da construção discursiva e social do desejo sexual na história de Neusa, na medida em que os autores chamam atenção para o fato de que a codificação do desejo por meio de silêncios pode representar tanto a fantasia quanto a repressão (p. 108), apontando para discursos tabus, interditados socialmente, ou negados, quer pela falante, quer pela ouvinte.

Com Cameron e Kulick, também entendemos que

Embora possamos experimentar nossos desejos sexuais como exclusivamente pessoais e intensamente privados, sua forma é moldada pela interação social e verbal — incluindo, como ilustramos, os silêncios, as proibições explícitas e tácitas que fazem parte dessa interação. É no mundo social que aprendemos o que é desejável, quais desejos são apropriados para quais tipos de pessoas e quais desejos são proibidos (2003, p. 131).

Sendo assim, a falta de perguntas que mantenham e aprofundem o tema selecionado pela paciente pode ser interpretada como um **silenciamento** (gerenciado ou não) do discurso sobre o desejo sexual, proveniente da atualização da **voz** da masculinidade hegemônica.

Outra **voz** que compareceu nesta interação inter-racial foi a do racismo estrutural, já que estamos diante da narrativa de uma mulher negra, que construiu sua dificuldade em encontrar um par para formar uma união estável, além de sintomas de depressão e dificuldades de interação social. Essa interpretação encontra respaldo teórico na pesquisa “A solidão da mulher negra — sua subjetividade e seu preterimento pelo homem negro na cidade de São Paulo”, de Claudete Souza (2008), e também no trabalho “Mulher negra: afetividade e solidão”, de Ana Cláudia Pacheco (2013), decorrente de sua pesquisa de doutorado (2008).

As duas autoras, em seus textos, captaram experiências comuns ao grupo social de mulheres negras no Brasil contemporâneo, no que diz respeito à dificuldade de encontrar parceria afetiva-social duradoura e chamam esse

fenômeno de “celibato” definitivo e involuntário, decorrente das dinâmicas racistas de preterimento e desvalorização do corpo e dos traços negros (Souza, 2008; Pacheco, 2008; 2013).

Portanto, este não é um relato isolado na história atual de Neusa. Assim, ressaltamos o fato de a médica, que é branca, não ter tornado essas questões relevantes na interação (**silenciamento**), já que são fatores que prejudicam a saúde emocional e social de todo um grupo e, em particular, deste indivíduo que as exprimiu.

Por fim, cabe retomar uma reflexão que já apresentamos na análise do Excerto 1, quando ressaltamos que a ênfase na autorresponsabilização da paciente por seu bem estar **silenciou** questões estruturais de falta de acesso a cuidados de saúde. Do mesmo modo, neste excerto, também houve a ocorrência paralela das **vozes** da meritocracia e do autocuidado, quando — sem a enunciação de discursos complementares — Neusa se colocou como responsável por reverter o quadro de seus sintomas de depressão, isolamento social e necessidade sexual:

eu sei que isso é uma- uma falha minha (linha 37);

tô me esforçando (linha 50);

eu tenho que esperar (linha 63).

Ao final da narrativa, para ratificar essa visão, Ana corroborou a responsabilização da paciente, trazendo ao discurso, também, a **voz** da meritocracia: agora mais do que nunca tá na hora da senhora se dedicar à senhora mesma não é verdade? (coda, linhas 76-78).

Logo, a médica contribuiu para o **silenciamento** dos privilégios de raça e classe, quando o assunto foi o exercício do autocuidado assistido por profissionais especializados.

## 6.2.2

## Consulta 2 – Ana e Carla

Excerto 1 - Anamnese (3'13" a 3'51")

Veremos, a seguir, a narrativa da paciente Carla sobre seu colesterol alto, na qual ela e a médica, Ana, concordaram quanto à visão da autoridade do profissional de medicina, quando o assunto é a saúde física.

01	Ana	a senhora usa alguma outra medicação? tem
02		algum outro problema de saúde além da pressão
03		alta?
04	Carla	<u>nã:o</u>
05	Ana	a senhora falou alguma coisa do coleste <u>ro:l</u> ?
06	Carla	°o colesterol tá alto°
07	Ana	↑então a senhora também tem o [colesterol]
08		alto <u>né</u> ?
09	Carla	[tenho]
10		eu fiz os exames aqui na clínica da
11		família, tem o quê?= [ah entendi]
12	Ana	=hã?= [ah entendi]
13	Carla	=tem um mês e pouco <ainda não consegui:::>
14		entregar na médica. [eu passei pela
15		enfermeira]=
16	Ana	[ah entendi]
17	Carla	=passei pela enfermeira, ela falou que meu
18		colesterol tá alto mas tem que voltar lá pra
19		falar com a médica. mas essa confusão na
20		vizinhança não dá pra voltar né? e eles não
21		estão atendendo ainda
22	Ana	entendi. não deu ainda nenhuma medicação né?
23	Carla	não. ela mandou eu fazer um exercício, fazer
24		umas caminhadas, eu já estou <u>caminhando</u> ...
25	Ana	↑ótimo.

Na anamnese da segunda consulta que observamos neste trabalho, podemos retomar uma temática já apontada na análise do primeiro excerto da consulta anterior: as “questões objetivas de saúde”, perseguidas pela médica. Aqui, fica evidente o foco do seu interesse de investigação profissional na

medicação (linhas 1 e 22) administrada à paciente, já que esta aparece diretamente relacionada à sua compreensão sobre o que é um problema de saúde (linha 2).

Ana parece empenhada em descobrir se a paciente esqueceu-se de mencionar que toma remédios para controlar os níveis de colesterol no sangue (linhas 5, com prolongamento, e 7) e, sendo assim, este é o seu **ponto** no segmento. Esse empenho, então, foi construído na forma de seis perguntas de **aprofundamento** da temática central, quais sejam:

a senhora usa alguma outra medicação? (linha 1);

tem algum outro problema de saúde além da pressão alta? (linhas 1-3);

a senhora falou alguma coisa do colester:1? (linha 5);

↑então a senhora também tem o colesterol alto né? (linhas 7-8, entonação de “descoberta”, confronto);

=hã?=( linha 12);

não deu ainda nenhuma medicação né? (linha 22).

A médica construiu uma **voz** para a medicina centrada na prescrição de remédios, no desequilíbrio das funções físicas e na distinção das atribuições das diferentes carreiras de saúde, no caso, entre a função de médicas e enfermeiras. A paciente, por sua vez, compreendeu facilmente o discurso da médica, o que aponta para sua recorrência.

Este fato pode ser elucidado pelas prontas **sustentações** de Carla à **voz** da medicina instanciada por Ana. Por exemplo, na linha 4, ela respondeu enfaticamente que nã:o tinha nenhum outro problema de saúde, *mesmo sabendo* que estava com o colesterol alto, porque ainda não havia conseguido retornar ao consultório da médica da família levando os exames — eles *só* haviam sido analisados pela enfermeira (linhas 14-15; 17) —, e também porque não estava tomando remédios para controlar o colesterol, mas *fazia apenas* exercícios físicos e caminhadas (linhas 23-24).

Nisso, vemos que a **voz** da integralidade foi trazida pela paciente no lócus da enfermagem, com um juízo de menor valor em relação à **voz** da medicina convencional, o que também foi **sustentado** pela médica (↑ótimo, linha 25).

Mais uma interpretação possível neste dado é a associação da **voz** da desigualdade social à modalização da violência urbana, que é referida por Carla como uma “confusão na vizinhança” (linhas 19-20)<sup>31</sup>.

Finalmente, neste primeiro excerto da Consulta 2, cabe assinalar que nenhuma das duas interactantes apresentou dificuldades para ler o **enquadre** da interação como consulta médica, em decorrência de seu **ponto** e dos **aprofundamentos/ sustentações** centrados na **voz** da medicina convencional.

Logo após a anamnese, ambas prosseguiram para o exame clínico, que começou com a aferição da pressão sanguínea da paciente e se desenvolveu conforme acompanharemos na próxima transcrição.

#### Excerto 2 - Exame clínico e Diagnóstico (17'10" a 22'34")

Na sequência, Carla discorre sobre sua atividade profissional, construindo-se como uma funcionária comprometida e confiável. Aqui também poderemos ver que Ana se interessou pela história pessoal da paciente em um momento “descontraído” da consulta, fora da pesquisa clínica.

01	Ana	agora vamos deitar um pouquinho? (5) eu tô
02		examinando a senhora e ao mesmo [tempo]
03		fazendo um exame...
04	Carla	[uhum]
05	Ana	vou terminar fazendo o exame da mama tá bom?
06	Carla	uhum
07	Ana	(3) a senhora, o fun- o intestino funciona
08		normalmente?
09	Carla	normal
10	Ana	(4) deixa eu ver aqui o olhinho? pode
11		levantar um pouquinho os olhos? (3) ↑ótimo.
12		pode colocar. isso... a perna da senhora

<sup>31</sup> Sobre a relação entre a desigualdade social e a violência urbana, ver: <https://jornal.usp.br/atualidades/populacao-paulistana-sente-medo-com-aumento-da-criminalidade-e-da-violencia-na-cidade/> e <https://www.fearp.usp.br/institucional/item/8353-estudo-aponta-relacao-entre-desigualdade-e-criminalidade.html>.

13		costuma inchar?
14	Carla	às vezes sim
15	Ana	é:?
16	Carla	é, eu trabalho também oito horas de serviço
17		né?
18	Ana	hum, a senhora fica mais em [pé] ou mais
19		sentada?=[fi:co]
20	Carla	[fi:co]
21		=fico mais em pé
22	Ana	com o que a senhora trabalha?
23	Carla	°eu trabalho em casa de família°
24	Ana	hum, aí fica pra lá e pra cá né?
25	Carla	eu trabalho há vinte e cinco anos
26	Ana	ah: é:? com a mesma família?
27	Carla	<u>sim</u> , já vou me aposentar
28	Ana	o:lha, ↑que maravilha. mas vai continuar
29		depois de aposentar com e:les?
30	Carla	eu queria sair, mas eles não querem que eu
31		saia ((Fala lisonjeada.))
32	Ana	hhh
33	Carla	eu criei <praticamente> a sandra
34	Ana	é:?
35	Carla	a filha mais nova
36	Ana	a filha mais nova?
37	Carla	tá viajando...
38	Ana	é:? (1) ah, a senhora é parte da família né?
39	Carla	é. ela tá viajando, tava nos estados unidos
40		ela me mandou uma mensagem "↑ai tô com
41		saudade do feijão"
42	Ana	hhh ela tá morando fo:ra? tá estudan:do?
43	Carla	não, ela viaja muito que ela é advogada ela
44		viaja
45	Ana	ah: se:i... (1) entendi.
46	Carla	(1) ela gosta de feijão e de arroz
47	Ana	ah: é:? hhh
48	Carla	uhum
49	Ana	(6) não tem nada como uma comidinha de casa
50		né?

51	Carla	<u>não</u>
52	Ana	(1) °ela tá onde agora?°
53	Carla	ela tá na França
54	Ana	°ah: si:m°
55	Carla	foi com o irmão, que o irmão é médico aí ela
56		foi com ele
57	Ana	e vão ficar muito tempo?
58	Carla	já estão há quase um mês lá, vão voltar dia
59		treze de dezembro
60	Ana	ainda volta a tempo do natal né?
61	Carla	aí chega e já vai viajar de novo com os pais
62	Ana	↑ <u>meu de::us</u>
63	Carla	ela vai ficar acho que uns dez dias aqui no
64		rio só
65	Ana	(3) tá ótimo. ↑vamos sentar? pode colocar a
66		sua roupinha. (1) seu exame físico tá todo
67		normal viu?
68	Carla	tá
69	Ana	(1) pulmão, coração... [só a pressão]...
70	Carla	[eu não fumo, eu não bebo]
71	Ana	isso, isso é muito bom
72	Carla	então pra mim [é... não é difícil]
73	Ana	[é, é verdade] (15)
74		↑perfeito. (10) tá tudo direitinho no exame,
75		só a pressão que deu um pouquinho alterada
76		<mas:>... <u>né?</u>
77	Carla	uhum
78		((Nos próximos 02'38", a médica prossegue com
79		orientações sobre a prevenção ao câncer de
80		mama: como fazer o autoexame das mamas,
81		cuidados com a alimentação, importância dos
82		exercícios físicos, benefícios de se evitar o
83		consumo de álcool e fumo, importância da
84		mamografia anual. Acrescenta, antes da
85		despedida, que a paciente deve continuar
86		acompanhando sua pressão arterial e verificar
87		o resultado do exame de colesterol, para
88		saber se será necessário administrar
89		medicação.))

Neste segmento interacional, temos acesso a mais uma **anedota pessoal**, sobre a vida de Carla como empregada doméstica, que pode ser observada em paralelo à narrativa pessoal de Neusa, sobre solidão e sexualidade (que já analisamos na Consulta 1, Excerto 3), a fim de buscarmos as semelhanças e as diferenças no comportamento da médica em ambos os casos.

Tal interesse analítico se mostra relevante em virtude de, ao que nos parece, Ana ter oferecido uma escuta mais empática a esta narrativa, de Carla, em comparação à análise da narrativa anterior, de Neusa, mesmo que, do ponto de vista clínico, a narrativa de Neusa seja mais relevante que a de Carla.

Diante disso, uma pergunta inicial se impôs a nós: por que isso aconteceu?

A fim de elucidar essa questão, procederemos à análise deste excerto percorrendo sobre as semelhanças e as diferenças entre as duas interações (Consulta 1, Excerto 3 e Consulta 2, Excerto 2).

Quanto às similaridades, as narrativas pessoais de ambas as consultas emergem logo antes do diagnóstico, no mesmo momento do **ritual de interação**, ou seja, após o exame clínico e antes das orientações e da despedida. A médica dá espaço e participa da construção dos excertos (**coconstrução**<sup>32</sup>), que são centrados em episódios da vida particular das narradoras (**anedotas pessoais**). Apesar de atender à demanda das pacientes por narrarem suas histórias, Ana não interpreta nenhuma das duas narrativas como relatos de saúde (mantém o **enquadre** conversa informal), na medida em que não oferece orientações de saúde nem respostas especializadas às colocações das pacientes.

Além disso, tanto na fala de Neusa quanto na de Carla a questão da negritude e do gênero dessas mulheres está em relevo, visto que estabelecem uma combinação das **voces** do racismo estrutural e do heteropatriarcado. Na narrativa de Neusa, isso se dá no discurso sobre a solidão involuntária de uma mulher negra; e na de Carla, aparece na performance de uma mulher negra objetificada, que mistura a própria identidade com a função de empregada doméstica (linhas 40-41: ela me mandou uma mensagem “↑ai tô com saudade do feijão”).

---

<sup>32</sup> Há coconstrução em ambas as narrativas, embora com Neusa a participação da médica seja mais leve, apenas sinalizando que está ouvindo (com marcadores de *feedback*); já com Carla, a coconstrução é mais efetiva, com perguntas que contribuem para o desenrolar da narrativa. Essa observação será apresentada e discutida adiante, no capítulo 7.

Finalmente, em ambas as narrativas em questão, a **voz** da meritocracia é atualizada na condição de fator explicativo para dificuldades/exclusões. Assim, a falta de mérito aparece como causa para que Neusa seja responsabilizada (como indivíduo isolado) pelos seus problemas de saúde sociopsicofísicos; e, na narrativa de Carla, o exercício de uma ocupação obtida a partir do curso do nível superior é a única justificativa fornecida para que alguém possa desfrutar de viagens internacionais (linhas 43-44: ela viaja muito que ela é advogada ela viaja).

Em contrapartida, no que tange às diferenças, destacamos desde o **ponto** de cada narrativa, pois, como já vimos, na Consulta 1, apenas a paciente propõe o ponto da narrativa (um relato sobre sua solidão), ao passo que, na Consulta 2, a médica e a paciente cooperam na proposição do ponto (um relato sobre a vida profissional de Carla).

Ademais, outras categorias analíticas operam de modo distinto nas consultas em análise, tais como: o par silenciamento/aprofundamento; a disposição da narrativa pessoal como orientação (ambientação) para eventos de saúde ou o contrário: os eventos de saúde como orientação para a narrativa pessoal; a projeção do eu que as falantes constroem; o par pontos de virada/pontos de sustentação; as vozes discursivas. Apresentaremos essas diferenças a seguir, por meio de citações dos excertos.

#### *Silenciamento/ aprofundamento*

- Consulta 1 - no meio da narrativa, Ana começa a fazer entonações de corte, tentando **silenciar a história** (Excerto 3: graças a deus, né, linha 19, e ah viu?, linha 51).
- Consulta 2 - no meio da narrativa, Ana prolonga o assunto, tentando **aprofundá-lo** (Excerto 2: °ela tá onde agora?°, linha 52, e e vão ficar muito tempo?, linha 57).

#### *Orientação/ ações*

- Consulta 1 - a história pessoal (sobre criar o filho sozinha) serve como pano de fundo para **orientar** a construção de problemas de

saúde (necessidade sexual física, depressão e dificuldade de interação social), em **primeiro plano** (Excerto 3).

- Consulta 2 - os problemas de saúde (Excerto 2: inchaço nas pernas e cansaço, linhas 14 e 16-17) servem como pano de fundo para **orientar** a construção de uma relação profissional (Excerto 2: °eu trabalho em casa de família°, linha 23), em **primeiro plano**.

#### *Projeção do eu* (Goffman, 2013b; Ribeiro, 2001)

- Consulta 1 - a personagem principal da história constrói-se, predominantemente, de modo **subjetivado** (como se exemplifica no Excerto 3: agora eu quero, linhas 44-45 e 53).
- Consulta 2 - a personagem principal da história constrói-se, predominantemente, de modo **objetificado** (como se exemplifica no Excerto 2: ela gosta de feijão e de arroz, linha 46).

#### *Virada/ sustentação*

- Consulta 1 - a personagem principal da história constrói **pontos de virada** e busca legitimação para alcançar **novas identidades** (Excerto 1: eu fiz exercício físico e, e eu melhorei muito, linhas 7-8).
- Consulta 2 - a personagem principal da história **sustenta** sua narrativa e mostra **satisfação com a identidade** construída ao longo da interação (Excerto 2: eu queria sair, mas eles não querem que eu saia, linhas 30-31, em tom lisonjeado).

#### *Vozes*

- Consulta 1 - a médica valida apenas a **voz da medicina** convencional (Excerto 1: =quais foram os remédios que o médico passou pra senhora?, linhas 42-43).
- Consulta 2 - a médica valida **vozes da medicina convencional e da integralidade em saúde** (Excerto 1: ↑ótimo, linha 25).

A observação dos contrastes e das aproximações acima nos indica uma resposta possível à pergunta orientadora da análise deste excerto: por que a escuta de Ana foi mais empática na interação com Carla do que na interação com Neusa, se a narrativa pessoal de Neusa tinha mais valor clínico que a de Carla?

A resposta que encontramos na teoria e desenvolvemos nesta interpretação está ancorada nas performances sociorraciais das participantes, visto que uma identidade hegemônica associada a uma mulher branca, médica é a da patroa que faz viagens internacionais, ao passo que uma identidade hegemônica associada a uma mulher negra, empregada doméstica e a da servente que se anula em prol dos patrões e seus filhos.

Nesta ótica excludente, uma mulher negra, empregada doméstica, que busca maneiras alternativas de cuidar da saúde, preocupa-se com a saúde mental, constrói-se com a subjetividade de quem quer experimentar parceria e prazer na vida foge à norma social e desafia o equilíbrio interacional comum.

No microcontexto que temos sob a lupa, Neusa encenou a ruptura com a ordem social, enquanto Ana e Carla pareceram adequar-se perfeitamente a ela. Daí compreende-se a fluidez sem obstáculos do presente excerto, contrastada com o mal estar interacional anteriormente observado.

Além disso, desde o início, em ambas as consultas, podemos perceber diferentes alinhamentos pessoais (Goffman, 2013b; Tannen, 2013; Ribeiro, 2001), bem demarcados, para as duas pacientes. Se Neusa tomou as rédeas do próprio bem estar e chegou a contra-argumentar com Ana em defesa da **voz** da integralidade, quando insistiu na importância dos exercícios físicos, por exemplo (Consulta 1, Excerto 1), Carla, por sua vez, demonstrou uma perspectiva de saúde mais próxima à da médica e sustentou a **voz** da medicina convencional, colocando-se, de forma passiva, como uma cumpridora de recomendações (Consulta 2, Excerto 1).

Em consequência, essa noção de alinhamento pessoal no que concerne ao autocuidado, extrapolou para a agência na construção da própria história de vida, como também para o agendamento na consulta médica (Duranti, 2004; Heritage, 2009) e, de modo decisivo, para a ruptura/ adequação aos papéis raciais e de gênero hegemônicos, propostos na ordem social para as duas mulheres pacientes.

A seguir, observaremos de modo mais detalhado os efeitos da agentividade na ordem interacional, comparando as performances das duas pacientes.

*Agência/ passividade na construção da história de vida*

É flagrante a diferença de tipologia narrativa na autoconstrução das duas mulheres. Enquanto Neusa contou de si em uma *história de vida*, colocando-se como protagonista de sua história, Carla valeu-se de uma *narrativa vicária*, centrada na filha caçula dos patrões, para falar de si, ou melhor, de sua função social.

Além da diferença de narração, é marcante a diferença de identificação das duas mulheres. Neusa demonstrou sua subjetividade por meio de construções de autoconhecimento, autorreflexão, capacidade de escolha, avaliação das próprias escolhas, autonomia, desejos, sonhos. Observamos isso nos seguintes trechos do Excerto 3, Consulta 1:

não me arrependo (linhas 16-17)

eu sei que isso é uma- uma falha minha (linha 37)

agora eu quero::... (linhas 44-45)

Por outro lado, na presente transcrição, Carla identificou-se com o “arroz e o feijão” desejados pela patroa (linha 40-41, 46) que ela “praticamente criou” (linha 33) e também se construiu como o objeto da vontade e dos planos dos patrões (eles não querem que eu saia, linhas 30-31). Em arremate, concordou com a afirmação de Ana: via-se como parte da família (linha 39), que nem era a sua própria família, e não como um indivíduo autônomo ou como uma cidadã detentora de direitos trabalhistas; deixou-se colocar (conforme a imagem que circula predominantemente na ordem social) como uma mulher (particularmente, uma mulher *negra*) incapaz de responder por si mesma.

A ativista e autora negra Winnie Bueno, relendo as “imagens de controle” de Patricia Hill Collins (2000) no campo do Direito e no contexto brasileiro, escreveu sobre este tema com as seguintes palavras:

Sempre existe um outro sujeito, com maior autoridade, para falar sobre as experiências de mulheres negras no lugar das mulheres negras. O saber das mulheres negras, suas próprias experiências, os sentidos que suas vivências adquirem na particularidade e na vida coletiva não é suficiente para que possam nomear a própria história (2019, p. 74).

Portanto, vemos no discurso de Carla os efeitos da combinação opressora das **vozes** do racismo estrutural e do heteropatriarcado. Em consequência disso, Ana dedicou-lhe um tratamento bem diferente daquele dispensado a Neusa, como observaremos no decorrer deste texto.

Não podemos deixar de destacar, ainda, a reprodução da **voz** racista por parte da médica branca, neste excerto. Quando Ana disse que Carla, a empregada, era parte da família (linha 38), ela reproduziu o discurso do racismo estrutural, **voz** essa que explora a mão de obra de mulheres negras trabalhadoras, nega-lhes direitos trabalhistas e legitimidade profissional, além de ignorar as complexidades de suas identidades, como, por exemplo, o fato de terem *suas próprias famílias*, redes de afeto e necessidades pessoais, além daquelas relacionadas ao mundo do trabalho<sup>33</sup>.

#### *Agência/ passividade nos agendamentos clínicos*

Desde o primeiro excerto analisado na Consulta 1, percebemos a presença marcante de Neusa na proposição de temáticas para a entrevista médica. Podemos dizer que ela buscou o estatuto de corregência da interação, ao agendar os tópicos cansaço, dor de cabeça, tensão muscular, prática regular de exercícios físicos. De igual modo, no terceiro excerto daquela consulta, a paciente narrou uma longa história de vida como argumento para seu **ponto**: sua dificuldade de interação social e o humor depressivo já haviam ultrapassado os limites da psique e agora se instalavam no corpo denso, como um problema de saúde física (eu quero também uma companhia e o corpo também tá gritando, linhas 57-57, Excerto 3, Consulta 1).

De sua parte, Carla, no Excerto 1, respondeu perguntas, disse que cumpria as recomendações da enfermeira, demonstrou-se submissa à autoridade médica a

---

<sup>33</sup> Vale destacar que González (1984) já discutiu a visão racista e sexista das mulheres negras como “mulatas”, “domésticas” e “mães pretas”.

ponto de não contar nem sobre o colesterol alto (que ainda não havia sido lido por um profissional de medicina). No presente excerto, observamos que essa passividade também se externalizou na interação de outro modo: a médica passou a infantilizá-la com diminutivos, tratamento que não foi observado em todas as consultas de Ana, mas que apareceu como característico desse tipo de interação, no qual a paciente construiu uma autoimagem de boazinha, de quem precisa agradecer. Acompanhem os exemplos (destaques nossos):

agora vamos deitar um *pouquinho*? (linha 1)

deixa eu ver aqui o *olhinho*? pode levantar um *pouquinho* os olhos? (linhas 10-11)

não tem nada como uma *comidinha* de casa né? (linhas 49-50)

pode colocar a sua *roupinha*. (linhas 65-66)

tá tudo *direitinho* no exame, só a pressão que deu um *pouquinho* alterada <mas:>... né? (linhas 74-76)

Assim, vimos que o comportamento responsivo de Carla contrastou com a autorresponsabilidade construída por Neusa também no que tange ao agendamento de temáticas para a consulta médica. Esse contraponto se refletiu, inclusive, nas formas de tratamento que ocorreram nessas interações médica-paciente.

*Agência/ passividade como ruptura/ adequação a performances raciais hegemônicas*

Como já mencionamos no início desta reflexão, nas duas interações que estamos analisando comparativamente, a de Ana e Neusa e a de Ana e Carla, somente Neusa, uma mulher negra, moradora de uma favela do Rio de Janeiro, mãe solo, que é a paciente diante de uma médica, parece desafiar as performances

sociorraciais esperadas de si, uma pessoa vulnerabilizada pela ordem social racista, classista, sexista, etarista. Apesar de sofrer com o “celibato” involuntário, ela não se resigna a essa situação, mas se narra como alguém capaz de mudar e escolher um novo destino, e busca ajuda para sua reformulação de si.

Já Ana e Carla representam a manutenção do *status quo*: o diálogo delas parece revisitar aos papéis sociais de sinhá e mucama do século XIX, reproduzindo, no micro, a estrutura racista da sociedade brasileira, legado da escravização de pessoas negras por pessoas brancas.

A esse respeito, é importante reconhecer que Ana não se construiu ativamente na identidade da patroa, mas demonstrou fascínio pelos assuntos da “casa grande”, como profissões de elite, viagens, intercâmbios culturais. E Carla, na interação analisada, pareceu encampada pelo discurso racista, pois construiu-se como a reprodução do estereótipo subumano que controla identidades de mulheres negras, quando, por exemplo, sentiu-se elogiada porque a filha da patroa demonstrou ter saudades *do feijão*, ou sentiu-se querida porque a “patroinha” gosta de *feijão e arroz*, ou mesmo porque sentiu seu valor assentido pela médica que disse não haver nada melhor que uma *comidinha de casa* (linha 49, Excerto 2).

Portanto, é possível entender que, numa ordem social que oprime e controla as performances identitárias de mulheres negras, mas que também orienta os objetos de desejo, os valores e o consumo de mulheres brancas, as mulheres negras que se assujeitam (Lepsch, 2018; Block, 2012) e as mulheres brancas dotadas de poder de consumo desempenham as funções sociais esperadas e, assim, conseguem interagir sem obstáculos. Já mulheres negras que contrariam a norma e portam-se como senhoras de si mesmas poderão passar por perturbações interacionais ou terem seus objetivos frustrados, como foi o caso de Neusa, na consulta com Ana.

Cabe destacar, ainda, que nem a alta reportabilidade de uma história de vida (como a narrada por Neusa), em contraste com a menor reportabilidade de uma narrativa vicária (a de Carla), foi uma estratégia interacional eficaz para romper com a força do racismo estrutural nessas interações. Nosso argumento, em vista disso, é o caráter crucial do letramento racial, que permite o gerenciamento crítico das interações, para que haja efetiva ruptura com as práticas racistas de

segregação social. Mas esta reflexão, aqui apenas apontada, será desenvolvida adiante, no próximo capítulo deste trabalho, quando discutiremos algumas propostas de aplicação para as análises.

### 6.2.3

#### Consulta 3 – Ana e Telma

Nesta terceira consulta de Ana que passaremos a observar, e que também contém os dados de encerramento da primeira parte do capítulo de análise, comparecem recorrências de tópicos, que corroboram interpretações já formuladas nas interações com Neusa e Carla, mas também podemos acessar uma nova performance da médica, que se mostrou sensível a problemas de saúde decorrentes de mazelas sociais.

Esse dado, inédito até aqui, permitirá a sofisticação das interpretações anteriores e contribuirá para elucidarmos a camuflagem de problemáticas racistas sob a bandeira da desigualdade social, assim como os efeitos do tipo de racismo mais frequente no Brasil, o racismo *à brasileira* (Silva, 1995; Telles, 2003), ou racismo cordial (Turra; Venturi, 1995).

Excerto 1 - Anamnese (2'04" a 04'44")

A seguir, conheceremos uma parte da história de Telma, por meio de uma narrativa sobre problemas de saúde, como gastrite e insônia, na qual a paciente demonstra cuidar-se bem, indo regularmente ao médico e seguindo as prescrições.

01	Ana	então a senhora tem esse probleminha do
02		estômago há três meses, e aí procurou o
03		médico [né]?...
04	Telma	[é]
05	Ana	fez exames, e vem se tratando né?
06	Telma	vem se tra- me tratando <agora tô> bem
07		melhor graças a deus

08	Ana	(14) ((Durante a pausa, a médica registra o histórico na ficha da paciente.)) a senhora sente mais alguma coisa, além desse probleminha que a senhora tem... é... no estômago né? que é uma v- que é uma gastrite...
14	Telma	°essa aqui que eu tomo ó° ((Paciente mostra a caixa do medicamento para a médica.))
16	Ana	°tá. aí a senhora tá usando essa medicação né?°
18	Telma	°é. durante um mês.° <↑e ela> passou também um remédio homeopata, da homeopatia por quê? porque como tá essa agitação na vizinhança [e tal], aí atacou meu estômago=
22	Ana	[°↑hum...°]
23	Telma	=<mas o estômago> foi mais por causa disso...
25	Ana	ainda [piora] né? essa parte da ansiedade né?...
27	Telma	[↑piora] é, e na minha porta... aí eu fico... eu tava aqui agora ligando pro meu filho que eu saí tava tudo calmo agora teve tiroteio lá e o meu filho sozinho, eu mandei o outro pegar ele dentro de casa. aí eu fico nessa angústia.
34	Ana	é, aí não tem estômago que resista né? (4) °entendi°. é... não é fácil né, dona telma, [a gente tem que] ir levando né?...
37	Telma	[°não é, não°] justamente...
39	Ana	mas a senhora tá se sentindo melhor?= =↑não, tô...=
41	Ana	=dentro do possível? tá. tá sentindo também, com todas essas conturbações que têm, que não é só aqui na vizinhança não, é em todos os lugares né?
45	Telma	°uhum°
46	Ana	e... aqui claro que é um foco, que a senhora tá dentro né? infelizmente... mas a senhora, com essas medicações a senhora consegue levar isso de uma forma [melhor?...] tá se sentindo mais...?= [°levo, levo°] =que ela me deu o remédio, acho que esse remédio da homeopatia deve ser pra <porque eu contei a ela> deve ser pra dormir porque eu não estava conseguindo dormir de <u>noite</u>

56 57	Ana	(3) °e a senhora agora tá?°= ((Tom sentido na fala da médica.))
58	Telma	=°tô°=
59 60 61 62 63 64 65 66 67	Ana	=°°tá°° ((Pronúncia aspirada, como um suspiro de alívio.)) (9) dona telma, me fala sobre a sua saúde, a senhora tem algum problema de saú:de, alguma coisa assim que faça a senhora tomar uma medicação, fora esse que a senhora tá tratando a gastrite né? <que apareceu no exame...> pressão, colesterol, diabetes... a senhora tem algum problema de saúde?= =não, quem tem é minha mãe- a única coisa foi que eu tirei a vesícula né? operei
68 69	Telma	
70 71	Ana	ah: tá, tá... (1) e faz quanto tempo mais ou menos?
72	Telma	↑ih, já tem: dois anos e pouco...
73	Ana	dois anos?
74	Telma	°°é°°
75	Ana	e a senhora tá <u>bem</u> , depois disso?= =↑não, dois anos não, foi em 2012, desculpa...
76 77	Telma	
78 79	Ana	tá. a senhora tá bem em relação a isso? <o-> a alimento...? a senhora tem <u>diarreia</u> ?= =não.=
80	Telma	
81 82 83 84	Ana	=↑já equilibrou i- essa parte alimentar? (4) mais nada... ((A médica prossegue a anamnese com perguntas sobre histórias de doenças na família da paciente.))

Assim como nas consultas anteriores, é possível notar que a entrevista clínica que Ana conduziu com Telma estava direcionada ao preenchimento de um cadastro focado em queixas fisiológicas e administração de medicamentos (a senhora tem algum problema de saú:de, alguma coisa assim que faça a senhora tomar uma medicação, linhas 61-63).

Na presente interação, a médica tornou relevantes, por meio de **sustentações** e **aprofundamentos**, os problemas de estômago (linhas 1-2), a insônia (linha 56), um relato de cirurgia (linhas 70-71), diarreia (linha 81) e uso de remédios (linhas 48 e 63). Ela também **aprofundou** a questão da ansiedade, ainda que a tenha construído como um fator agravante do “problema de saúde”, que

seria a gastrite (ainda piora né? essa parte da ansiedade né?... , linhas 25-26).

Contudo, o que há de peculiar, em nossa visão, nesta anamnese, é a sensibilidade médica de Ana aos entremeios da narrativa pessoal de Telma, cujo **ponto** foi fornecer uma causa socioemocional para a gastrite e a insônia que relatou, a partir da descrição do contexto de violência urbana em sua vizinhança (= <mas o estômago> foi mais por causa disso... , linhas 23-24; acho que esse remédio da homeopatia deve ser pra <porque eu contei a ela> deve ser pra dormir porque eu não estava conseguindo dormir de noite, linhas 52-55).

Neste caso, a médica entendeu a narrativa no **enquadre** consulta e reconheceu o impacto negativo de questões de ordem social ao bem estar individual da paciente. Assim, Ana adotou um paradigma mais holístico de saúde, um pouco mais próximo da **voz** da integralidade, referencial que temos discutido ao longo deste trabalho.

Podemos verificar isso em falas da profissional listadas a seguir, que contêm **sustentações** e **aprofundamentos** do **ponto** da narrativa, o qual estabelece uma relação entre os remédios que a paciente tomava para equilibrar os problema no estômago e de insônia com a tensão nervosa a que se encontrava submetida desde a ocupação policial na localidade onde residia.

*Sustentação e aprofundamento de Ana à causa socioemocional da gastrite, construída por Telma:*

é, aí não tem estômago que resista né? (linha 34)

é... não é fácil né, dona telma, a gente tem que ir levando né?... (linhas 35-36)

=dentro do possível? tá. tá sentindo também, com todas essas conturbações que têm, que não é só aqui na vizinhança não, é em todos os lugares né? (linhas 41-44)

mas a senhora, com essas medicações a senhora consegue levar isso de uma forma melhor?... tá se sentindo mais...?=(linhas 47-50)

*Sustentação e aprofundamento de Ana à causa socioemocional da insônia, construída por Telma:*

°e a senhora agora tá?°=(refere-se à insônia da paciente com comoção, linha 56)

É importante ressaltar que, embora o **enquadre** consulta médica tenha sido mantido pelas participantes o tempo todo, contrariando as consultas que analisamos anteriormente, naquele momento, havia elementos dissonantes, relacionados à **voz** da medicina, que podem contribuir para elucidar essa divergência de interpretação êmica. Isso porque a médica, apesar de ter demonstrado compreensão quando a paciente falou sobre os prejuízos dos conflitos urbanos à sua saúde, só se mostrou propensa a atuar profissionalmente (com orientações, recomendações de tratamento, encaminhamentos) em face das temáticas remédios e intervenções cirúrgicas (os **aprofundamentos** giraram em torno de remédios para insônia e gastrite, como já vimos, e de uma cirurgia para a remoção da vesícula biliar: e faz quanto tempo mais ou menos?, linhas 70-71; e a senhora tá bem, depois disso?, linha 75; tá. a senhora tá bem em relação a isso? <o-> a alimento...? a senhora tem diarreia?, linhas 78-79; ↑já equilibrou i- essa parte alimentar?, linha 81).

Além disso, perseguindo a interpretação segundo a qual os **silenciamentos** de narrativas pessoais com a introdução de componentes clínicos — como aconteceu com Neusa (Consulta 1, Excerto 3) — é também um dos efeitos segregadores do racismo que estrutura a sociedade e as relações interpessoais, podemos buscar a razão ou as razões pela(s) qual(is) aquela narrativa seria menos aceita e válida do que esta.

Como adiantamos na introdução desta seção, a nova performance de Ana, mais empática com o **ponto** construído por Telma, pode ser associada ao racismo

cordial à brasileira, que tende a se mostrar mais no âmbito domiciliar e privado, ao passo que se mascara na forma de tolerância e repúdio à desigualdade social, no espaço público (Silva, 1995; Turra; Venturi, 1995; Telles, 2003).

Logo, no excerto em análise, ficou evidente para a médica (ou, pelo menos, chegou à sua possibilidade de gerenciamento interacional) a **voz** da desigualdade social, construída pela paciente. No entanto, não há indícios (tanto pelo desenrolar desta interação, quanto por todas as consultas analisadas ao longo da pesquisa) de que tenha havido uma compreensão profunda do problema macrosocial interseccional, com recortes de raça, gênero e classe social em primeiro plano, mas envolvendo também distribuição geográfica, crenças e idade, por exemplo, em segundo plano.

Tal análise encontra respaldo no fato de que há muito mais espaço para a discussão, no espaço público (noticiários televisivos, senso comum, mídias sociais...), sobre a temática da guerra urbana em favelas — ainda que muitas opiniões sobre o assunto estejam longe da empatia com o sofrimento de moradores de comunidades —, em relação aos debates sobre o “celibato” involuntário de mulheres negras ou a objetificação de trabalhadoras domiciliares.

E uma das diferenças de teor que podem justificar a maior distribuição discursiva da guerra urbana é o fato de ela ganhar visibilidade no espaço público como um *problema social*, na maioria das vezes não *racializado*, mesmo que, nas favelas, essa realidade se estenda também para o espaço privado, e muitos moradores tenham suas casas invadidas, tanto por policiais quanto por pessoas se escondendo deles, durante situações de tiroteio<sup>34</sup>.

Já a vida afetiva e a sexualidade das mulheres negras é uma temática mais que particular, é uma questão *íntima*; e a situação de mulheres negras que trabalham limpando casas de famílias brancas, fazendo comida para elas e cuidando de suas crianças em rotinas extenuantes, como se estivessem *no seu devido lugar*, sem tempo de qualidade e oportunidade para exercer outros papéis sociais, como o cuidado com sua própria família e suas relações afetivas, é um dos resquícios do período escravagista brasileiro, camuflado no persistente mito da democracia racial (Fernandes, 2008; Moura, 1988). Winnie Bueno também reflete

---

<sup>34</sup> Conforme me confidenciaram duas pacientes da pesquisa, durante as entrevistas de campo.

sobre essa mesma temática, ressaltando os *privilégios de acesso* da branquitude (2019, p. 66).

Portanto, apesar de ter havido um avanço nos debates públicos sobre os direitos trabalhistas de empregadas domésticas — alavancado, principalmente, pela sanção da Lei Complementar 150/2015, que regulamentou o emprego doméstico no Brasil e ampliou os direitos da classe —, ainda assim, essa temática é predominantemente tratada em âmbito privado no país, como bem retratou o filme nacional “Que horas ela volta?”<sup>35</sup>, lançado no mesmo ano da referida lei.

Outro aspecto da conversa respaldou a interpretação de que houve o reconhecimento da **voz** da desigualdade social no cenário em análise pelas interlocutoras. Trata-se da mitigação da violência urbana nas falas do excerto, assim como já havíamos observado no primeiro excerto da consulta de Ana e Carla (Consulta 2). Desta vez, as referências foram a “conturbações” (Ana, linha 42) e “agitação” (Telma, linha 20).

A respeito da mitigação das referências da violência na saúde, e do **silenciamento** da associação da violência às desigualdades sociais, pode-se mencionar o relatório “Violência: uma epidemia silenciosa”, produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que já apontou ocorrências parecidas com a que analisamos e recomenda, na esteira que seguimos:

Os estudos devem incorporar a perspectiva de gênero, raça e etnia assim como as diferenças e desigualdades regionais e sociais. Importante salientar que a maioria das ações de prevenção e enfrentamento da violência dar-se-á no âmbito local, daí a necessidade de priorizar a produção de conhecimento sobre essa realidade em toda sua complexidade (2008, p. 45).

Além disso, o mesmo documento cita as palavras do médico sanitário e então ministro da saúde José Gomes Temporão, sobre a importância de se discutir abertamente esta questão: “Precisamos estabelecer uma estratégia que não seja silenciosa para o enfrentamento da violência, uma estratégia aberta, corajosa e transparente” (2008, p. 59).

Neste sentido, é premente enfatizar a presença da **voz** do racismo estrutural na passagem, embutida na preocupação da paciente quanto a uma abordagem

---

<sup>35</sup> “Que horas ela volta” (2015) é um longa-metragem do gênero drama, protagonizado por Regina Casé, escrito e dirigido por Anna Muylaert. O enredo apresenta os conflitos entre Val, uma empregada doméstica, e seus patrões de classe média alta, a fim de criticar as desigualdades socioeconômicas no Brasil.

violenta ao filho negro, que está sozinho em casa durante uma incursão policial na comunidade onde ela e sua família residem (linhas 28-33). Winnie Bueno falou sobre este tema da seguinte forma:

Segundo Patricia Hill Collins [2000], o empoderamento político de mulheres negras jamais será possível em um contexto em que os homens negros estejam sendo prejudicados, como é o caso do número de assassinatos de jovens negros no Brasil. Da mesma forma, não há possibilidade de autonomia para os homens negros se as mulheres não puderem exercer plenamente suas capacidades. Considerando que o racismo também é um fenômeno que se especifica através do gênero, as políticas antirracistas que não atentem para essa questão de forma comprometida já nascem fracassadas (2019, p. 116).

Sendo assim, se observarmos o teor do referido segmento à luz da articulação que fazemos nesta pesquisa, entre racismo e saúde, veremos claramente os impactos negativos do racismo na saúde da paciente, que passou a tomar duas medicações e a sofrer com picos de pressão alta devido às dinâmicas do que o cientista político Achille Mbembe chamou de necropolítica (2003).

Como afirmou Bueno:

O estereótipo de ameaça que é mobilizado aos corpos negros é justificado também a partir da ideia de que a maternidade negra é irresponsável e narcísica. Esses padrões, da ameaça e da inexistência da família, são utilizados para justificar a ação das polícias. São frequentes os casos de jovens negros brasileiros atingidos por balas disparadas por policiais militares (2019, p. 118).

Portanto, é possível perceber que o contexto sócio-econômico-geográfico no qual Telma está inserida (e, no conjunto, todas as pacientes que participaram desta pesquisa) é marcado pelo racismo estrutural, que a coloca, recorrentemente, em estado de ameaça à vida e à integridade.

Excerto 2 - Orientações sobre prevenção (19'41" a 21'26")

Agora, Telma falará sobre um tratamento ortopédico que realizou anteriormente e Ana dará orientações especializadas para seu problema clínico.

01	Ana	em relação à prevenção da mama, é muito
02		importante a senhora fazer o exame da mama
03		todo mês. então a senhora escolhe um dia do
04		mês, por exemplo, todo dia primeiro, pra

05		ficar mais fácil. a senhora va:i, de frente
06		pro espelho, movimenta os braços, pra poder
07		ver se tem alguma diferença no formato da
08		mama quando o braço mexe, fica paradinha, vê
09		se um lado tá igual ao outro, depois a
10		senhora deita e apalpa to:da a mama, toda
11		ela, pra ver se a senhora encontra alguma
12		coisa. isso é um exame, um autoexame né, a
13		senhora fazendo na senhora mesma todo mês. a
14		outra forma de prevenir é todo ano fazendo a
15		mamografia, foi esse exame que a senhora
16		fez. eu acho que já foi orientado à senhora
17		que a senhora tem que ter um acompanhamento
18		né?
19	Telma	°uhum°
20	Ana	que apareceu esse nodulozinho, que graças a
21		deus não é nada, mas a gente tem que tá
22		sempre acompanhando
23	Telma	é
24	Ana	↑não é? uma outra forma da gente tá
25		prevenindo é... evitando álcool, não sei se
26		a senhora bebe...
27	Telma	não bebo
28	Ana	não bebe, então pronto. a senhora não fuma?
29	Telma	não
30	Ana	então já é uma forma da gente tá prevenindo.
31		então são essas coisas... e, se a senhora
32		puder, a senhora tava agora com um
33		probleminha de artrose, de joe:lho...
34	Telma	tava, tava... foi- o médico-, eu tô me
35		tratando com ortopedi:sta...
36	Ana	i:sso
37	Telma	ele também faz trabalho voluntário aqui na
38		vizinhança, ele dá aula em universidade, é
39		professor, e ↑opera e tudo.
40	Ana	↑olha... ↑que maravilha.
41	Telma	é o doutor josé
42	Ana	↑ah, que ótimo
43	Telma	ele deu aplicação no meu joelho, tem <u>dois</u>
44		<u>anos e pouco</u> , eu fiquei bem melhor, ↑eu não
45		conseguia nem andar
46	Ana	↑ah, que bom. é, porque uma outra forma da
47		gente tá ajudando, também nesse sentido de
48		prevenir, é a atividade física regular.
49	Telma	foi o que ele falou pra mim
50	Ana	é, uma forma também de prevenir, então
51		assi:m, vamos melhorar desse joelho e ver
52		que forma que a gente pode dar, pra poder

53		continuar se tratando e poder ter uma saúde
54		melhor. ↑tá bom?
55	Telma	tá

Este último excerto do conjunto de dados que centralizam a performance interacional de Ana confirma sua habilidade em fornecer orientações profissionais entrelaçadas às respostas das pacientes sobre estilo de vida e hábitos de saúde, coconstruindo ativamente as narrativas, com **aprofundamentos** especializados, conforme analisaremos a seguir. Uma razão para isso, como já vimos, foi a manutenção do **enquadre** consulta médica ao longo do excerto, ancorado no **ponto** da narrativa pessoal: mostrar a eficácia do tratamento ortopédico para a melhora do joelho.

Diferentemente das narrativas pessoais de sofrimento que compareceram nas consultas anteriores (necessidade sexual física; cansaço e inchaço nas pernas), e que foram construídas a partir de problemas de saúde *ainda não resolvidos*, esta narrativa validada pela médica centrou-se na construção do sucesso conjunto da **voz** da medicina com a paciente — o que talvez possa indicar alguma defesa ou resistência da médica em relação ao conteúdo crítico/queixoso dos **pontos** narrados pelas pacientes anteriores.

Além do mais, é importante notar que foi Ana quem iniciou esta narrativa, enunciando seu sumário (a senhora tava agora com um probleminha de artrose, de joelho..., linhas 32-33), ao contrário do que aconteceu nas narrativas de Neusa (assim, eu fiquei minha vida toda sozinha desde que eu tive o meu filho, Consulta 1, Excerto 3, linhas 1-2) e Carla (trabalho há vinte e cinco anos, Consulta 2, Excerto 2, linha 25). Esse fato também pode conduzir à interpretação de que, na perspectiva de Ana, a médica tem autoridade para agendar tópicos em consultas, ao contrário das pacientes.

Neste caso, ao narrar, a paciente estaria **aprofundando** o ponto *da médica*, por meio dos **pontos de virada** que conduziram ao seu sucesso pessoal e das orientações que caracterizaram de maneira positiva a **voz** da medicina, representada pela figura do médico ortopedista e pela concordância das orientações do especialista com as da clínica geral, Ana. Vejamos esses movimentos na narrativa coconstruída.

*Aprofundamentos narrativos de Telma ao sumário de Ana:*

tava, tava... foi- o médico-, eu tô me tratando com ortopedi:sta... (ações: tinha um problema de saúde; estou em tratamento ortopédico, linhas 34-35)

ele também faz trabalho voluntário aqui na vizinhança, ele dá aula em universidade, é professor, e ↑opera e tudo. [...] é o doutor José (orientação: descrição do médico ortopedista, linhas 37-39, 41)

ele deu aplicação no meu joelho, tem dois anos e pouco, eu fiquei bem melhor, ↑eu não conseguia nem andar (ações: não andava; recebi tratamento; melhorei, linhas 43-45)

foi o que ele falou pra mim (resolução, linha 49)

*Pontos de virada construídos por Telma:*

Eu estava doente, mas agora estou me tratando com ortopedista. (linhas 34-35)

Eu não conseguia andar, recebi tratamento e melhorei. (linhas 43-45)

*Aprofundamentos especializados de Ana aos tópicos que Telma inseriu na narração:*

↑ah, que bom. é, porque uma outra forma da gente tá ajudando, também nesse sentido de prevenir, é a atividade física regular. (linhas 46-48)

é, uma forma também de prevenir, então assi:m, vamos melhorar desse joelho e ver que forma que a gente pode dar, pra poder continuar se tratando e poder ter uma saúde melhor. ↑tá bom? (linhas 50-54)

Essa análise narrativa indica que Ana demonstrou respeito pelo conteúdo compartilhado por Telma e validou as respostas/ histórias da paciente, por meio da escuta que promove espaço para a enunciação, das avaliações positivas (i:sso, linha 36; ↑olha... ↑que maravilha, linha 40; ↑ah, que ótimo, linha 42; ↑ah, que bom, linha 46) e, como já demonstramos, dos **aprofundamentos** especializados, bem como da manutenção do **enquadre** consulta médica durante a narração coconstruída.

Além disso, na primeira parte do excerto (linhas 1 a 31), que compreende as orientações sobre a prevenção do câncer de mama, vale destacar que Ana adotou um paradigma um pouco mais abrangente de saúde, aproximando-se, mais uma vez, da **voz** da integralidade, quando recomendou o autoexame das mamas e hábitos saudáveis de vida (não beber, não fumar), além do acompanhamento médico. No final da conversa, ela voltou a se aproximar da **voz** da integralidade, ao recomendar atividade física regular (linha 48).

Por conseguinte, podemos perceber que a médica tem a habilidade de portar-se com empatia e apresenta disponibilidade para ouvir as pacientes, mesmo que algumas vezes não consiga atender suas expectativas. Também vale o destaque positivo de que *nem sempre*, na prática de Ana, há uma resistência à **voz** da integralidade em saúde, apesar de ela aparentar desconforto com esse princípio em *alguns* momentos, em configurações específicas das interações, e na presença de formações discursivas particulares, como já pontuamos anteriormente. Tal observação, aliás, foi o fator que nos permitiu refletir sobre os efeitos das estruturas sociais em seu comportamento linguístico e nas interações clínicas que conduziu, entre a seleção de segmentos deste corpus.

### 6.3

#### Parte 2: as consultas conduzidas pelas médicas Marta e Paula

Nesta segunda parte do capítulo de análise, agora que já fomos apresentados ao modo de trabalho, às performances interacionais e às vozes que atravessam as narrativas coconstruídas no consultório de Ana, conheceremos

melhor as demais médicas participantes do projeto acadêmico-social que estamos acompanhando.

Aqui denominadas Marta e Paula, em nossa leitura, as performances dessas profissionais oferecem importantes bases de comparação em relação à primeira parte do capítulo, ora com perspectivas complementares, ora com perspectivas antagônicas. Assim, se apresentamos Ana, anteriormente, como uma médica que atuou seguindo à risca um ritual de interação detalhado, neste momento, podemos dizer que Marta organizou um ritual de interação mais direto e econômico, ao passo que, em Paula, o ritual em questão foi flexibilizado em prol da coconstrução da agenda clínica.

Examinando as consultas conduzidas por Marta, destacamos que seu tempo médio de atendimento foi de 20 minutos, e que suas interações podem ser segmentadas em quatro etapas, bastante semelhantes à prática das demais médicas: abertura, anamnese, exame físico e encerramento.

Na abertura das consultas, ela checa o nome completo da paciente, apresenta-se com a fórmula “doutora + prenome”, pergunta a idade da paciente e deixa uma questão deflagradora para a anamnese: “qual é a sua queixa de saúde?”.

Em seguida, durante a entrevista clínica, seu foco está na pesquisa de informações — de modo semelhante ao que aconteceu nos atendimentos de Ana, cujo foco foi o preenchimento da ficha da paciente. Deste modo, as perguntas de ambas as médicas, nessa etapa do ritual, são semelhantes.

Após a anamnese, ambas as participantes da consulta seguem para a maca, a fim de que a médica proceda ao exame clínico da paciente. Na sequência, elas retornam para as suas cadeiras, para a etapa final da consulta, que consiste em: diagnósticos, orientações de acompanhamento e prevenção, despedida.

Apesar do estilo objetivo, o diferencial no atendimento de Marta foi a validação das narrativas pessoais das pacientes durante a entrevista clínica e os diagnósticos finais. Ela também fez perguntas específicas, a fim de expandir essas narrativas.

Já Paula, a médica que, em nossa leitura, mais se apropriou do caráter de humanização do projeto social, construiu uma agenda clínica pontual para cada consulta e apresentou tempo médio de atendimento de 30 minutos.

Mesmo com a verificação de algumas rupturas metodológicas, podemos identificar que as etapas das interações que ela conduziu são muito semelhantes às

dos rituais de interação de Ana e Marta. As consultas começaram com uma apresentação cordial, seguiram para a anamnese e a investigação de questões de saúde, passaram para o exame físico, diagnósticos, orientações sobre prevenção e acompanhamentos de saúde, e encerraram-se com uma despedida.

No entanto, a estrutura similar não impediu que houvesse diferenciais pragmáticos. A entrevista clínica, por exemplo, foi totalmente focada no relato individual da paciente, buscando investigar e expandir as questões que vinham à tona durante a interação — e não respostas para o preenchimento de uma ficha cadastral.

De igual modo, os diagnósticos e as orientações finais centraram-se em responder diretamente às demandas pontuadas nas narrativas coconstruídas durante a interação, demonstrando que houve interpretação desses relatos no enquadre consulta médica, e não como conversas informais, por exemplo.

Em resumo, esta parte do capítulo nos colocará diante de outras formas de lidar com as narrativas pessoais das pacientes na clínica, fornecendo exemplos de aprofundamento, coconstrução ativa e compartilhamento de agenda. Passemos, então, à análise das interações de Marta e Sara; Paula e Hilda.

### 6.3.1

#### Consulta 4 – Marta e Sara

Excerto 1 - Anamnese (10'08" a 14'10")

No próximo segmento, teremos acesso a uma sucessão de narrativas contadas pela paciente Sara. Ela falará sobre seu casamento e sobre como ficou viúva, contará a história de um vizinho que estuprava a própria filha e discorrerá sobre as dificuldades financeiras que passou com as filhas após a morte do marido. A médica, Marta, se mostrará uma boa ouvinte para os relatos da paciente.

01	Marta	e a senhora ainda é casada?
02	Sara	sou viúva

03	Marta	viúva há [quanto tempo?]
04	Sara	[há vinte e oito anos] mas eu não
05		fiquei com pensão do meu marido não por isso
06		que a minha pensão é pouca é um salário só
07		que é a mi:nha. a dele sumiu os documentos e
08		eu solteira- ↑casada <casada> que eu arrumei
09		ele aqui fomos casar na paraíba, que existem
10		peessoas na paraíba que tinham a boca grande
11		e diziam "↑ah por que esse casamento?" "↑ah
12		mas por que que vai casar?" não pude casar
13		lá. mas depois, ele trabalhou em obra,
14		construção civil aí ele teve tuberculo:se
15		e::: o doutor até disse que era do cimento e
16		disse "não se preocupe, não vai passar pra
17		você que o dele é de cimento", não era de
18		família. mas mesmo assim ele fez exame ainda
19		em todo mundo, cuidou de tudo, ninguém teve,
20		aí:
21	Marta	então ele faleceu de tuberculose?
22	Sara	não. ele faleceu porque ele quis se matar.
23	Marta	↑quis se matar?
24	Sara	falar a verdade é verdade. porque é assim,
25		você tem um problema o doutor manda você se
26		cuidar, "você se cuida, se você fizer isso
27		vai passar mal e vai..." aí, porque ele
28		nesse tratamento ele levou seis meses no
29		hospital, aí depois ele ficou outros seis
30		meses em casa né pra fazer o tratamento de
31		casa ele passou a beber, que ele bebia mas
32		não era assim no::ssa ele trabalhava normal,
33		mas aí ele não tinha nada pra faze:r, aí fui
34		morar perto de uma vizinha que também
35		bebi:a, aí os dois se acharam lá numa::...
36		como- como diz a faca e o queijo né que eu
37		trabalhando eu sempre trabalhei.
38	Marta	uhum
39	Sara	e bebia e bebia e passava mal e ia no médico
40		o doutor "você bebe? diga. então pare de
41		beber porque você não sei o que" "tá", o
42		doutor foi lá ((incompreensível)), não se
43		cuidou né?
44	Marta	não
45	Sara	se se cuida, tava vivo. eu não tô viva até
46		hoje? graças a deus. então eu acho- <u>eu</u> acho
47		né, não sei né. mas pra mim eu acho <u>cedo</u> , se
48		não tivesse bebido, se tivesse <u>seguido</u> o
49		conselho do médico <u>direitinho</u> ...

50	Marta	tava bem
51	Sara	tava bem
52	Marta	mas ele hoje teria quantos anos?
53	Sara	ele hoje:... ele era:... ele teria setenta
54		anos e seis meses, que ele era mais velho
55		que eu um ano só hhh. eu vou fazer setenta
56		em maio ele faria em janeiro setenta e um.
57	Marta	e a senhora não casou de novo?
58	Sara	não
59	Marta	não? não quis casar?
60	Sara	quis não filha sabe por quê? eu vi um pai
61		estuprando seus filhos- suas filhas, eu
62		morava perto dum vizinho que ele já tá com
63		deus >ma:::s< a esposa dele é viva, e ela
64		foi trabalhar aqui pra baixo e ele de vez em
65		quando a filha tinha que sair correndo
66		quando ele começava porque tinha muito filho
67		ele, aí ele botava os filhos pra fora "ah,
68		vamos brincar" a menina já era grandinha ela
69		já pulava pela janela porque sabia que ele
70		ia ↑pegar ela tá? essa menina ficou doente
71		da cabeça, ela mora lá pro lado de minas a
72		mãe mudou pra lá, que a mãe tinha muito
73		filho coisa e outra aquela coisa da favela
74		essa coisa que vai tomando: esse lado ruim,
75		ela " <u>eu</u> vou embora com meus filhos daqui",
76		foi isso- hhh foi isso que a tirou de lá. e
77		essa menina ficou doen:te da cabeça,=
78	Marta	=e a s-= ((Tenta tomar o turno.))
79	Sara	=pera aí, ((Recusa a interrupção da
80		médica.)) os pais estão estuprando os filhos
81		↑ <u>eu vou arrumar</u> marido pra botar pra
82		estuprar as minhas filhas? ↑não, deixa as
83		minhas filhas aqui. aí eu cuidei delas,
84		trabalhando eu na casa da madame, passando
85		aperto que tinha dia que não tinha dinheiro
86		pra comprar pão pras minhas filhas, não
87		tinha não vou dizer que tinha porque também
88		quando o homem adoeceu, ficou mais no
89		hospital e tinha que levar <u>até</u> dipirona pro
90		hospital porque lá não tinha.
91	Marta	uhum
92	Sara	e era lá em santa maria, ele adoeceu pra lá
93		mas morreu no miguel couto. aí:: as crianças
94		tinham que passar fome né porque ou cuidava
95		do homem ou cuidava das crianças que tavam
96		bem. vivas com saúde e ele tava doente então

97		tinha que levar as coisas to:das, agora eu
98		não entro mais em hospital mas na época dele
99		eu entrava levava muita fruta muita coisa,
100		porque: a comida lá no hospital não era
101		essas coisas não- é o <u>gove:rno</u> não é mau de
102		<u>hoje</u> . a pessoa fala "↑ah mas é fulano de
103		tal" não o governo não é mau de hoje não,
104		porque eu sou viúva há vinte e oito anos. e
105		antes eu já levava coisa pro meu marido.

Nesta entrevista clínica de Marta e Sara, observa-se a importante função exercida pelas narrativas, estimuladas pela médica e fornecidas de modo abrangente e detalhado pela paciente, para a montagem, o compartilhamento e a compreensão de seu histórico de saúde, como um amplo panorama que faz sentido em meio à sua experiência de vida. Dessa maneira, Sara encontrou espaço, em 4 minutos de conversa, para contar quatro relatos: duas histórias de vida e duas narrativas vicárias, a fim de construir um senso lógico para os eventos de sua vida e suas escolhas.

Na primeira história, o **ponto** sobre o qual a paciente versou foi o caráter ambíguo de seu estado civil (linhas 4-20); na segunda, seu **ponto** foi dar detalhes sobre a morte do marido (linhas 24-56); em seguida, ela narrou um episódio de abuso sexual infantil que testemunhou, com o **ponto** de justificar sua escolha de levar a vida sem uma nova parceria afetiva (linhas 60-83); e, na narrativa final, seu **ponto** foi contar sobre o “aperto” financeiro (linha 85) que enfrentou, tanto em decorrência do período de internação do marido, antes de seu falecimento, quanto da escolha de criar as filhas sozinha, após a viuvez (linhas 83-105).

Além do espaço cedido para a narração, é importante destacar que Marta coconstruiu ativamente essas narrativas, quando **aprofundou** as questões trazidas pela paciente, **sustentou** suas perspectivas, manifestou avaliações positivas e consentiu que ela gerenciasse a interação em determinados momentos, distanciando-se do papel de única agendadora válida na consulta. Tendo isso em vista, observaremos as atitudes discursivas da médica em cada uma das quatro narrativas apontadas.

**Narrativa 1, história de vida** – viúva há quanto tempo? (fala deflagrada de Marta, na linha 3)

*Sustentação*

Sara: aí ele teve *tuberculo:se* (linha 14, destaque nosso)

Marta: então ele faleceu de *tuberculose*? (linha 21, destaque nosso)

*Aprofundamento*

então ele faleceu de *tuberculose*? (Marta, linha 21, pergunta)

**Narrativa 2, vicária** – ele faleceu porque ele quis se matar. (fala deflagradora de Sara, nas linha 22)

*Sustentação*

Sara: *não* se cuidou né? (linhas 42-43, destaque nosso)

Marta: *não* (linha 44, destaque nosso)

*Aprofundamento*

mas ele hoje teria quantos anos? (Marta, linha 52, pergunta)

*Avaliação explícita*

uhum (Marta, linha 38)

**Narrativa 3, vicária** – não quis casar? (fala deflagradora de Marta, na linha 59)

*Momento em que Sara negocia o gerenciamento da interação*

Marta: =e a s-= ((Tenta tomar o turno.)) (linha 78)

Sara: =pera aí, ((Recusa a interrupção da médica.)) (linhas 79-80)

**Narrativa 4, história de vida** – aí eu cuidei delas, trabalhando eu na casa da madame (fala deflagrada de Sara, nas linhas 83-84)

*Avaliação explícita*

uhum (Marta, linha 91)

Outro fator relevante para a presente análise, além da abertura da médica para o diálogo, mantendo o **enquadre** clínico, é a observação das **vozes** que foram instanciadas na interação.

As participantes recriaram a **voz** da moralidade hegemônica em sua conversa, quando se referiram negativamente ao hábito de consumir bebidas alcoólicas (narrativa 2, linhas 39-51), quando falaram sobre maternidade (narrativa 3, *a mãe deve se anular em prol dos filhos*, subtexto esse que pode ser lido em paralelo à narrativa pessoal de Neusa, para que se reconheçam as interseções nas experiências de indivíduos do mesmo grupo social) e, também, por meio da noção de “culpa” pessoal (narrativa 2, *o marido foi culpado da própria morte*).

Neste momento da análise, é importante destacarmos que há uma causa comum para o “celibato” de Neusa (Consulta 1, Excerto 3) e Sara no período de maternagem solo, a saber, a crença compartilhada de que era seu dever dedicar-se exclusivamente à performance identitária de mãe, protegendo, assim, os filhos de eventuais perigos. No caso de Neusa, mãe de menino, os perigos enunciados foram a adição a substâncias que podem alterar o funcionamento da mente e a prática de atividades criminosas; no caso de Sara, que descreveu sua experiência como mãe de meninas, os temores foram o estupro (linha 82) e a fome (linha 94).

A importância dessa observação reside na identificação das **vozes** do heteropatriarcado e do racismo estrutural, combinadas e em mútuo reforço, por trás dos medos e das privações experimentadas por essas duas mulheres negras. Mais uma vez, vemos como essas **vozes** exploram a mão de obra de mulheres negras trabalhadoras, e limitam suas identidades afetiva, sexual e materna.

Neste recorte da interação, também foi validada a **voz** da medicina convencional, como a autoridade máxima em questão de saúde e bem estar (Sara: se tivesse seguido o conselho do médico direitinho.../ Marta: tava bem/ Sara: tava bem, linhas 48-51).

E no encerramento, a paciente construiu uma oposição entre duas **vozes** ideopolíticas, que podem ser denominadas como “projeto de governo” (medidas imediatistas e eleitoreiras) e “projeto de país” (transformações sociais de longo prazo), especialmente quando disse que o gove:rno não é mau de hoje (linhas 101-102). Relembremos suas palavras:

levava muita fruta muita coisa, porque: a comida lá no hospital não era essas coisas não- é o gove:rno não é mau de hoje. a pessoa fala “↑ah mas é fulano de tal” não o governo não é mau de hoje não, porque eu sou viúva há vinte e oito anos. e antes eu já levava coisa pro meu marido. (linhas 99-105, final da narrativa 4)

Nesta mesma esteira, observar a articulação que Sara estabeleceu entre sua experiência pessoal (levava muita fruta, linha 99) e a ordem social (o gove:rno não é mau de hoje, linhas 101-102), mostra-nos que a paciente construiu, igualmente, a **voz** da desigualdade social em seu discurso. Portanto, em certa medida, há uma crítica implícita à **voz** da meritocracia em sua narrativa.

Excerto 2 - Anamnese (15’36” a 19’25”)

A seguir, observaremos mais um segmento com uma sequência de narrativas. Desta vez, Sara falará sobre sua relação harmoniosa com os filhos e sobre como é diligente em seu tratamento de hipertensão. Marta demonstrará interesse tanto na saúde física, quanto na saúde emocional da paciente, e facilitará a construção das narrativas com perguntas de aprofundamento.

01	Marta	e como é que a senhora se sente
02		emocionalmente? a senhora se sente be:m,

03		feli:z? tem alguma queixa dessa parte
04		emocional:? como é que é?
05	Sara	nã::o eu tô <u>bem</u> , meus filhos são lega::is
06		meus filhos são <u>ótimos</u> , minha filha vai
07		fazer igual eu faço, meus filhos são ótimos
08		↑só falta me carregar no colo tá?
09	Marta	<u>uhum</u> , ↑isso é uma maravilha
10	Sara	olha eles passaram muito aperto comigo e é
11		isso que eu falo "se a mãe quer ter bom
12		filho saiba cuidar né, dê amor pros seus
13		filhos". eles passaram muito aperto comigo
14		<não vou dizer que não> mas quando você dá
15		tudo que seu filho quer, tudo que quer ele
16		agradece, quando você passa luta com ele
17		<u>jun::to</u> , ele te agradece mais. ((A paciente
18		segue exemplificando a bondade dos filhos.
19		Diz que ligam para ela diariamente, que se
20		importam com seu bem estar e que, ao menor
21		sinal de dificuldade, estão prontos para
22		apoiá-la.))
23	Marta	a senhora faz exames de sangue todo ano?
24	Sara	faço
25	Marta	todos os exames normais? <u>glico:se</u> ,
26		<u>colesterol:l...?</u>
27	Sara	bom, se a médica não estiver me enganando
28		ela disse que estão normais né?
29	Marta	hhh (2) a senhora falou que é hipertensa. há
30		muitos anos?
31	Sara	↑muito. eu não me lembro mais não mas... (2)
32		tem::: muito mais de dez anos. que eu fui
33		parar no miguel couto ↑tá? eu caí durinha
34		ali na rua um e fui parar lá no miguel couto
35		fiquei catorze dias internada. pode ver
36		minha rotina... minha rotina toda pra cá.
37	Marta	e a senhora toma que medicamento hoje em dia
38		pra pressão?
39	Sara	eu tomo hidroclorotiazida...
40	Marta	hum...
41	Sara	eu tomo enalapri:l...
42	Marta	hum...
43	Sara	aí eu tomo também cilistatina que é pra...
44		colesterol.
45	Marta	cilastatina? ((Médica verifica a pronúncia
46		do nome do medicamento.))
47	Sara	é...
48	Marta	(4) ↑a senhora faz dieta também por causa do

49 50		colesterol né, ou só usa o remédio e ↑come de tudo?
51 52	Sara	nã:::o filha, como não <minha comida> é sem gordura...
53 54 55	Marta	a nutricionista indica pra senhora direitinho o que a senhora pode comer? a nutricionista...
56 57	Sara	ahan, eu só como sem gordura, como mais folhas e [frutas...] e legumes.
58	Marta	[uhum]
59 60 61	Sara	((Segue contando detalhes da alimentação, da família e das recomendações da nutricionista, enquanto a médica a escuta.))

Na continuação da anamnese, na consulta médica de Marta e Sara, houve outro trecho que selecionamos para análise, devido ao fato de a profissional apresentar uma perspectiva ampla de saúde, que abarca aspectos emocionais, alimentares e físicos, aproximando-se da **voz** da integralidade.

A esse respeito, destacamos que a médica fez recomendações à paciente quanto à necessidade de acompanhamento com outro profissional de saúde (no caso, a nutricionista, linhas 53 e 55) e também que ela reiterou a importância de se desenvolver hábitos saudáveis, além do uso de medicamentos (↑a senhora faz dieta também por causa do colesterol né, ou só usa o remédio e ↑come de tudo?, linhas 48-50).

Além disso, a série de questionamentos iniciais deste excerto — e como é que a senhora se sente emocionalmente? a senhora se sente be:m, feli:z? tem alguma queixa dessa parte emocional:~? como é que é? — contrasta com o foco de Ana em questões “objetivas”, de saúde *física* e em *remédios*, deixando ver que isso não seria uma orientação do projeto social, por exemplo, nem um consenso entre o grupo de médicas voluntárias, nem uma defasagem teórica entre médicas formadas em gerações muito distantes no espaço-tempo, visto que ambas, Ana e Marta, tinham contextos sociais e faixas etárias próximas. Mas, ao que tudo indica, a divergência pode estar fundamentada em visões distintas do que é o trabalho do médico, do que compete a esse profissional assistir durante um atendimento de saúde.

Por fim, interessa-nos ressaltar os dois trechos narrativos que a paciente enunciou nesta parte da consulta.

No primeiro (linhas 10-17), Sara construiu a dedicação à maternidade como um valor moral e um atributo virtuoso de sua identidade, enfatizando essa performance como uma responsabilidade individual e exclusiva. O **ponto** de seu relato, aqui, foi a importância das privações para a boa criação e a formação do caráter dos filhos.

Dessa maneira, pode-se apontar uma oposição, implícita no discurso: de um lado, está a combinação, que já verificamos em análises anteriores, das **vozes** do heteropatriarcado e do racismo estrutural; de outro, está a **voz** da meritocracia. Isso acontece em vista da percepção de valor próprio estar centrada no mérito individual e na sensação de dever cumprido, sem um contraponto reflexivo sobre as dinâmicas sociais que obrigaram Sara a passar muito aperto (linhas 10 e 13) com os filhos, e sozinha (eu cuidei delas, trabalhando eu na casa da madame, Excerto 1, linhas 83-84).

Já na segunda narrativa do excerto (linhas 31-36), o **ponto** de Sara foi mostrar à médica que tinha adquirido experiência com os anos de tratamento da hipertensão e, agora, sabia se cuidar. Para falar sobre isso, ela fez o seguinte **ponto de virada**: pode ver minha rotina... minha rotina toda pra cá (linhas 35-36). Este, por sua vez, foi validado e incluído como dado clínico pela médica, que prosseguiu a conversa **aprofundando** o tópico: e a senhora toma que medicamento hoje em dia pra pressão? (linhas 37-38).

Portanto, está implícita no questionamento a seguinte inferência: *se a senhora sabe cuidar da hipertensão crônica, isso significa que toma remédios diariamente*. Assim, podemos destacar também a presença da **voz** da medicina convencional nesta fala de Marta, combinada com a **voz** da integralidade, que evidenciamos anteriormente. E essa **voz** médica foi, de igual modo, corroborada por Sara em sua resposta, quando disse: eu tomo hidroclorotiazida... (linha 39).

## 6.3.2

## Consulta 5 – Paula e Hilda

Excerto 1 - Anamnese (02'29" a 09'47")

O próximo segmento começa com uma narrativa em que a paciente, Hilda, conta à médica, Paula, que tem sentido tonteados e enjoos recorrentes, sem causa aparente. Inicia-se, então, uma pesquisa da causa de tais sintomas. Por meio da coconstrução ativa e intensa, a médica conduz a paciente a considerar novas possibilidades de coerência para seus problemas de saúde, particularmente, as questões emocionais envolvendo problemas familiares. A partir disso, Hilda conta uma segunda narrativa, sobre o mau comportamento de sua neta mais velha.

01	Paula	então a sua preocupação no momento é
02		pressão?
03	Hilda	é... agora nesse momento, eu fui também lá,
04		que eu ando sentindo assim umas tonteados e
05		enjoo. tem vezes que dá uns enjoos fortes
06		assim, e tonteada
07	Paula	isso tem sido frequente ô:... hilda?
08	Hilda	começou agora, um mês atrás
09	Paula	e depois que começou a sentir isso você já
10		procurou o seu médico ou teve aquele
11		problema da [gre::ve]?=
12	Hilda	[é]
13	Paula	=você não procurou médico nenhum?
14	Hilda	não. aí quando eu fui agora que:: tá em
15		greve né, aí a moça falou, a enfermeira
16		falou, "ah, agora a gente só tá atendendo
17		quem tá marcado", mas aí ela deixou marcado
18		pra mim só dia doze de dezembro.
19	Paula	certo. e essa tonteada e enjoo é <u>todo</u> dia?
20	Hilda	não. de vez em quando. tem vezes que eu
21		acordo até de madrugada com enjoo.
22	Paula	às vezes <u>acorda</u> com enjoo?
23	Hilda	uhum
24	Paula	(3) e começou de repente?
25	Hilda	de repente.

26 27	Paula	(4) não foi uma coisa que vinha vin:do e depois <u>piorou</u> ?
28	Hilda	é
29	Paula	foi de repente, assim?
30	Hilda	foi de repente.
31 32 33	Paula	(4) e geralmente você tem enjoo depois que você come, ou quando tá com o estômago vazio muito tem::po? como é que é?
34	Hilda	com o estômago cheio...
35	Paula	e vazio também?
36 37 38	Hilda	eu não sei, sabe por quê? eu tenho problema de mioma né? e tem um tempão que eu não vou...
39	Paula	fazer...
40	Hilda	é, ao ginecologista
41	Paula	você chegou a fazer ultrassom?
42	Hilda	não
43	Paula	não tem feito preventivo?
44	Hilda	não
45 46 47	Paula	tá. é... e você, em relação a esse enjoo, propriamente dito, às vezes você chega a vomitar, ou só fica enjoada?
48 49 50	Hilda	só enjoada. (2) e também eu não sei se eu entrei na menopausa, ↑também não sei. eu sinto um calor também forte.
51 52	Paula	e quando te dá tonteira é que te dá o enjoo ou mesmo sem ter tonteira tem enjoo?
53	Hilda	sempre tonteira com enjoo
54 55 56	Paula	sempre a tonteira acompanhada do enjoo... (4) nessa tonteira você vê as coisas rodando ou é como se você tivesse meio flutuan:do?
57 58	Hilda	é, parece que fico meio flutuando assim, como se fosse cair
59	Paula	isso é <u>todo</u> dia, ou é de vez em quando?
60	Hilda	não, de vez em quando.
61	Paula	(2) tanto o enjoo como a tonteira?
62	Hilda	uhum
63	Paula	(6) certo... (2) nunca chegou a vomitar?
64	Hilda	não
65	Paula	nem a cair?
66	Hilda	não

67	Paula	não né... e você me falou que tem um mês que
68		você sente isso, né? você relaciona isso a
69		alguma coisa <u>diferente</u> na sua vida? o que
70		que mudou na sua vida de um mês pra cá,
71		alguma coisa?
72	Hilda	não
73	Paula	nada?
74	Hilda	nada.
75	Paula	não teve nenhuma <u>gri:pe</u> , assim, ou teve
76		algum <u>aborrecime:nto</u> , ou alguma coisa que
77		preocupasse ma:is?
78	Hilda	tem sempre preocupação né?
79	Paula	mas não teve piora de um mês...
80	Hilda	não
81	Paula	tá. a sua preocupação é basicamente com o
82		quê? com a sua saú::de, com alguma outra
83		coisa?
84	Hilda	tenho filho né?
85	Paula	você tem um filho só?
86	Hilda	não, são quatro
87	Paula	quatro filhos?
88	Hilda	só o mais novo é que mora comigo, há dezoito
89		anos. as outras são casadas.
90	Paula	os outros são casados. mas assim mesmo você
91		tem preocupação?
92	Hilda	tenho preocupação, é.
93	Paula	e essa preocupação não foi pior? aconteceu
94		alguma coisa, de um mês pra cá? não né? ou
95		você acha que teve alguma preocupação maior
96		nesse período, de um mês pra cá?
97	Hilda	não... eu me preocupo, assim... eu tenho uma
98		neta que ela é, ela é, assim, adolescente,
99		tem dezessete anos
100	Paula	hum...
101	Hilda	ái ela não se dá, assim, muito com a mãe
102		dela
103	Paula	tá...
104	Hilda	ái:: briga sempre com a mãe, não quer ajudar
105		a mãe...
106	Paula	hum...
107	Hilda	ái não quer, abandonou a escola... aí o pai
108		dela sumiu, ela acha que a mãe dela que é a
109		culpada... e a mãe dela não mora com o pai
110		dela não. a mãe dela tem outro marido, são

111		separados. só que:... o pai dela é casado
112		com outra esposa, o pai dela tá sumido aí
113		ela acha que a mãe é culpada. e aí fica
114		brigada com a mãe de:la bate à beça nos
115		irmãos dela, que ela tem dois irmãos
116		pequenos, aí quando a mãe pede pra olhar ela
117		bate, soca as crianças.
118	Paula	ela tem um [comportamento] mais agressivo?=-
119	Hilda	[é]
120		=tem que tá tirando as crianças dela pra não
121		[judiar]=
122	Paula	[uhum]
123	Hilda	=que ela pega as crianças é pra <u>bater</u>
124		↑mesmo.
125	Paula	certo...
126	Hilda	bate como se estivesse batendo num adulto.
127		(1) aí eu tenho que... uma vez ela deixou as
128		crianças tava eu com ela em casa até a mãe
129		voltar. aí ela foi lá e tava dando só socão
130		na menina, a menina tem seis anos. e ela tem
131		um pequenininho também de dois anos. aí eu
132		fui falar com ela "não é assim, dora, você
133		vai ter filho ainda, você tem que tratar bem
134		dos seus irmãos pra sua mãe, °se alguém vier
135		olhar vai meter a mão em você". mas só
136		menina levada, danada, não estuda...°
137	Paula	e ela tem dezessete anos... estuda?
138	Hilda	não, ↑largou a escola.
139	Paula	e ela tá com <u>responsabilida:de</u> sobre os
140		irmãos?
141	Hilda	é. ela, agora a mãe dela deixa e pede pra
142		ela olhar, mas a gente tem que ficar de
143		olho, porque <u>do nada</u> ela... pega as crianças
144		e arrebenta as crianças no pau.
145	Paula	é, tem que ver que ela é uma: adolescente
146		né?...
147	Hilda	verdade...
148	Paula	com uma responsabilidade gran:de é... e tem
149		que haver uma forma de entender também...
150	Hilda	[é verdade]
151	Paula	[<o lado dela>]. e o que que você acha
152		disso? não é?
153	Hilda	é...
154	Paula	é uma situação complicada né?
155	Hilda	eu falo pra ela assim "↑vai estudar", ela
156		diz "vó, eu quero trabalhar", "mas como é

157		que você vai trabalhar se você largou os
158		estu:dos? a maioria dos trabalhos agora
159		estão pedindo escolaridade ↑e você não tem
160		nada".
161	Paula	é...
162	Hilda	aí fica aí em cima do tempo, só dormindo, e
163		quando pede pra olhar as crianças não olha
164		não, quando não quer não olha não, sai até
165		na frente pra não olhar as crianças.
166	Paula	°entendi...°
167	Hilda	é isso, eu estando em casa, eu ainda olho,
168		porque agora eu estive de férias quinze
169		dias, vinte dias, mas já voltei a trabalhar.
170		eu até falei com a minha filha, eu tava em
171		casa eu dava uma olhada neles, ago:ra...
172	Paula	tem que conversar com ela né? [porque] ela
173		tá=
174	Hilda	[tem]
175	Paula	=deixando de ter a vida dela pra [cuidar]
176		dos irmãos...
177	Hilda	[é]
178	Paula	e isso é [difícil] pra ela também não é?
179	Hilda	[é difícil] ela
180		fala "↑eu não tenho filho, ↑o filho é da
181		minha mãe", "mas é da sua mãe, mas são seus
182		irmãos, são seu sangue"
183	Paula	complicado né, hilda?
184	Hilda	é.
185	Paula	bom... é... alguma outra coisa que você
186		queira me referir, de senti:r, algum outro
187		sintoma que você te:nha? [alguma] outra
188		que:ixa?
189	Hilda	[não, eu tô s...]
190		é um <u>calor</u> que eu sinto
191	Paula	é calor né? depois da menopausa?
192	Hilda	é.

Neste excerto de entrevista clínica, é lícito eleger a coconstrução ativa, que aconteceu por meio de perguntas de **aprofundamento** feitas pela médica, como a tônica da análise. Desde o início da consulta, Hilda vinha apresentando aspecto e tom de voz abatidos. Apesar de responder as perguntas de Paula, ela o fazia com aparente desânimo (verificado pela prosódia da paciente), proferindo narrativas breves (por exemplo: aí quando eu fui agora que:: tá em greve

né, aí a moça falou, a enfermeira falou, “ah, agora a gente só tá atendendo quem tá marcado”, mas aí ela deixou marcado pra mim só dia doze de dezembro, linhas 14-18), frases curtas (por exemplo: não. de vez em quando. tem vezes que eu acordo até de madrugada com enjoo, linhas 20-21), ou palavras soltas (por exemplo: de repente, linha 25), mas sem a construção de relatos que levassem a inferências de causa-consequência para suas queixas atuais de saúde.

Atenta a essa característica, a profissional começou a abrir espaço para que a paciente expusesse seu contexto de vida, a fim de que pudessem refletir, juntas, sobre os motivos pelos quais ela vinha apresentando enjoos e ânsias de vômito. No turno que compreende as linhas 67-71, Paula ofereceu três perguntas seguidas a Hilda, que, além da ênfase conseguida pela sequência investigativa, foram reforçadas pela entonação enfática da palavra “diferente”, como se pode observar a seguir:

e você me falou que tem um mês que você sente isso, né? você relaciona isso a alguma coisa diferente na sua vida? o que que mudou na sua vida de um mês pra cá, alguma coisa?

A partir daí, encadeou-se outra sequência de perguntas de **aprofundamento** (entre as linhas 75 e 96), que culminaram, enfim, na narrativa pessoal cujo **ponto** foram as preocupações de Hilda (linhas 97-184). Na visão da médica, essas preocupações poderiam ser um índice para a compreensão do mal estar da paciente (você acha que teve alguma preocupação maior nesse período, de um mês pra cá?, linhas 95-96), o que atualiza a **voz** integralidade, isto é, um paradigma de saúde que inclui aspectos físicos, emocionais e sociais, ao contrário do que se verificou em análises de excertos anteriores (especialmente, nas consultas 1 e 2).

Outra evidência para a abertura de Paula à **voz** integralidade em sua prática médica é o fato de ela empregar estrutura de paralelismo sintático, ou seja, colocar em “pé de igualdade”, uma gri:pe (linha 75), um aborrecime:nto (linha

76) e uma possível preocupação (alguma coisa que preocupasse mais, linhas 76-77), além de, explicitamente, deixar a paciente à vontade para falar sobre saúde (linha 82) ou alguma outra coisa (linhas 82-83).

Nos trechos citados, verifica-se, ainda, a ocorrência de prolongamentos e ênfases na entonação de “gripe”, “aborrecimento” e “saúde”, o que pode ser interpretado como um paralelismo suprasegmental desses domínios semânticos. Desta forma, a médica estaria aderindo à perspectiva segundo a qual tanto problemas físicos, quanto emocionais e outros podem prejudicar o bem estar de um indivíduo e devem, portanto, ser avaliados em um atendimento de saúde.

Foram essas táticas de acolhimento interacional<sup>36</sup>, por assim dizer, o ambiente propício para a narração de Hilda, a qual construiu seu sofrimento em torno de preocupações familiares, centradas, principalmente, na figura da neta adolescente. Entre essas táticas, além do já mencionado **aprofundamento**, podemos destacar os **pontos de sustentação**, que possibilitaram a cocriação da coerência narrativa. Os destaques nos segmentos a seguir são nossos:

#### *Agressividade da neta*

Hilda: *bate à beça nos irmãos dela, que ela tem dois irmãos pequenos, aí quando a mãe pede pra olhar ela bate, soca as crianças (linhas 114-117).*

Paula: *ela tem um comportamento mais agressivo? (linha 118).*

#### *Idade da neta*

Hilda: *tem dezessete anos (linha 99).*

Paula: *e ela tem dezessete anos... estuda? (linha 137).*

<sup>36</sup> Na análise desta consulta, é importante ressaltar que oferecemos uma interpretação válida, mas não inquestionável. O que identificamos como um movimento de empatia por parte da médica Paula, por meio do encorajamento narrativo — já que também tivemos acesso à sua prosódia —, pode ser interpretado, de modo divergente, como um desvio do foco proposto pela paciente (seus enjos e tonteiras) para o foco da médica (questões emocionais). Pensando por esse lado, a investigação clínica poderia trazer à tona diversas possibilidades, como: verminose, protozoose, vício de refração, impossibilidade de fazer exame oftalmológico, entre outras. Para sustentar essa visão, é importante lembrar os conceitos de “injustiça epistêmica” (Fricker, 2007; 2017) e “humildade narrativa” (Dasgupta, 2008). Agradecemos esta reflexão à professora e médica Eloísa Grossman.

Hilda: eu tenho uma neta que ela é, ela é, assim, *adolescente* (linhas 97-98).

Paula: é, tem que ver que ela é uma: *adolescente* né?... (linhas 145-146).

#### *Atribuições da neta*

Hilda: ela tem dois irmãos pequenos, aí quando a mãe *pede pra olhar* ela bate (linhas 115-117).

Paula: e ela tá com responsabilida:de sobre os irmãos? (linhas 139-140).

Hilda: °não *estuda*...° (linha 136, volume de voz baixo).

Paula: *estuda?* (linha 137).

#### *Avaliação explícita da situação*

Hilda: eu *me preocupo*, assim... (linha 97).

Paula: é uma *situação complicada* né? (linha 154); *complicado* né, Hilda? (linha 183).

Como vimos, as **sustentações** e os **aprofundamentos** possibilitaram a enunciação da narrativa de sofrimento. Ademais, como todos os **pontos de sustentação** foram marcados pela construção com perguntas, a médica manteve o mesmo padrão interacional que vinha desenvolvendo com a paciente antes da narrativa, o que permite interpretar que o **enquadre** de consulta médica não foi alterado durante o relato pessoal. Logo, esse fato também pode ter contribuído para que a paciente — que, inicialmente, demonstrara resistência para se engajar em narrativas — contasse suas aflições.

Mais um aspecto a ser destacado neste excerto é o fato de que a coconstrução de Paula foi, de tal modo, ativa, que ela apresentou novas perspectivas para Hilda, compartilhando sua própria interpretação do que estava ouvindo. Quanto a esse tópico, cabe ressaltar que ela teve o cuidado de se

certificar a respeito do sentido que suas falas faziam (ou não) para a interlocutora. Assim, conforme foi recebendo anuência e validação da narradora principal, prosseguiu oferecendo outros ângulos para as situações que ouvia, em busca de trazer caminhos de alívio para as preocupações da paciente.

A esse respeito, é possível listar os turnos nos quais a médica lançou diferentes interpretações para as situações que estavam sendo narradas pela paciente, juntamente com suas verificações quanto à concordância da narradora:

*Deslizamento: da identidade (ser) para a performance (fazer) da neta.*

Paula: ela tem um comportamento mais agressivo? (linha 118).

*Deslizamento: da adolescente rebelde que não cuida bem dos irmãos para a adolescente que foi incumbida de responsabilidade sobre os irmãos menores.*

Paula: e ela tá com responsabilida:de sobre os irmãos? (linhas 139-140).

*Deslizamento: da menina levada, danada, que não estuda, não obedece a mãe e não olha os irmãos para a adolescente que está com uma grande responsabilidade e precisa de compreensão.*

Paula: é, tem que ver que ela é uma: adolescente né?... (linhas 145-146); com uma responsabilidade gran:de é... e tem que haver uma forma de entender também... (linhas 148-149).

*Deslizamento: do apoio ao comportamento da filha e repúdio ao comportamento da neta para a compreensão da complexidade da situação na perspectiva da neta.*

Paula: tem que conversar com ela né? porque ela tá [...] deixando de ter a vida dela pra cuidar dos

irmãos... [...] e isso é difícil pra ela também não é?  
(linhas 172-173; 175-176; 178).

Ainda observando as diferentes perspectivas trazidas pela paciente e pela médica sobre a história em questão, vale ressaltar que a interpretação da condição de “adolescente” se configurou de formas diferentes nas falas de Hilda e Paula.

Se, para a primeira, a adolescente estava apta a responder pelos cuidados dos irmãos mais novos, e podia ser cobrada por suas atitudes a esse respeito, para a segunda, a mesma condição a colocava numa posição de quem não deveria ser incumbida de grandes responsabilidades, além de estudar e cuidar de si mesma. Vemos nesse embate discursivo um conflito de **vozes** de duas classes sociais distintas: a “moral dos pobres” e a “moral da classe média” (Sarti, 1996; Souza, 2018).

Na **voz** da classe baixa, que pode ser associada ao discurso de Hilda, os filhos têm o compromisso de retribuir a alimentação e o abrigo que recebem dos pais, além de serem ensinados, por meio do trabalho — e, no caso específico das filhas, das tarefas domésticas —, a trilharem caminhos distintos da criminalidade e do uso de substâncias intoxicantes. Desta maneira, o mundo do trabalho não é visto como oposto à escola, mas como complementar a ela (Sarti, 1996).

Na **voz** da classe média, relacionada ao discurso de Paula, desponta a noção do menor de idade, não totalmente formado e emancipado, portanto, incapaz de responder plenamente por si mesmo e seus atos. De igual modo, vemos a valorização das necessidades psíquicas, o individualismo ético, a busca pelo trabalho *certo*, útil como uma virtude cuja recompensa é a manutenção e o incremento do patrimônio privado (Souza, 2018).

Finalmente, sublinhamos o fato de que Paula fez de tudo para que Hilda desabafasse no consultório, inclusive **silenciando** um assunto paralelo, que poderia interromper o fluxo da pesquisa dos sintomas que a paciente tornou mais relevantes em seu relato. Isso aconteceu no seguinte par adjacente:

Hilda: e também eu não sei se eu entrei na menopausa, ↑também não sei. eu sinto um calor também forte. (linhas 48-50).

Paula: e quando te dá tonteira é que te dá o enjoo ou mesmo sem ter tonteira tem enjoo? (linhas 51-52).

Focalizando esses turnos, percebemos que a médica **silenciou** os tópicos “calor” e “menopausa”, a fim de continuar o **aprofundamento** dos sintomas “tonteira” e “enjoo”. É necessário, contudo, prosseguir com a observação do excerto até o fim, para que se note que o **silenciamento** foi apenas temporário, visto que a médica reabriu o espaço para que a paciente colocasse outras queixas ao final da narrativa (linhas 185-188), e ela pôde, então, retomar a questão da sensação de calor, que foi prontamente **aprofundada** (linha 191).

Excerto 2 - Diagnóstico (29’04” a 31’17”)

O próximo segmento apresenta as orientações, os encaminhamentos e as sugestões de Paula para Hilda, após o exame clínico e a pesquisa narrativa.

01	Paula	((Retorno do exame clínico.)) (10) o que
02		que eu estou vendo em relação a você,
03		hilda? tô achando que você está deprimida,
04		né, é lógico que além disso pode ser que
05		tenha que verificar ou:tras coisas,
06		através de exames, complementar a consulta
07		de hoje. pra isso, você vai ter que
08		procurar um médico, de repente a nossa
09		equipe pode te orientar, pra você dar
10		prosseguimento. isso é uma consulta
11		inicial, mas você tem que ter o médico te
12		acompanhando com a parte ginecológica,
13		ginecologista, pra que você possa levar a
14		mamografia, fazer o preventivo etecétera.
15		do ponto de vista, assim, geral, o que
16		mais me preocupou foi justamente o seu
17		humor, que tá deprimi:do, isso aí vai ter
18		que... é... avaliar, numa consulta, e se o
19		clínico que for te acompanhar achar
20		necessário, <eu por exemplo acharia>, te
21		encaminhar pro ambulatório de psicologia
22		também. aí você teria tanto uma consulta
23		com médico clínico, quanto com psicólogo.
24	Hilda	uhum, tá bom.
25	Paula	tá bom? você quer alguma... orientação
26		mais, quer falar mais alguma coisa? alguma

27		dúvida?
28	Hilda	não
29 30 31	Paula	não? então, pode ir lá, se informa sobre essa questão do seu acompanhamento, que você tá com dificuldade
32	Hilda	tá bom
33	Paula	tá bom? alguma coisa mais?
34	Hilda	não.
35 36	Paula	então terminamos a nossa consulta, tá certo?
37 38	Hilda	↑tá bom ((Despedem-se e encerra-se a consulta.))

O último excerto deste capítulo analítico contém um diagnóstico que demonstra a qualidade da escuta profissional de Paula durante o atendimento a Hilda. Aqui, confirmam-se as interpretações que apontaram para a manutenção do **enquadre** consulta médica ao longo de toda a interação, sem que fossem descartadas as narrativas pessoais, como se fossem **anedotas** sem valor clínico.

Esse fato pode ser demonstrado pela retomada de todas as questões que foram construídas com relevância pela paciente, acrescidas das devidas orientações de acompanhamento profissional e encaminhamentos, como se observa nas escolhas vocabulares a seguir: deprimida (linha 3), verificar ou:tras coisas, através de exames, complementar a consulta de hoje. pra isso, você vai ter que procurar um médico (linhas 5-8), você tem que ter o médico te acompanhando com a parte ginecológica (linhas 11-12), humor, que tá deprimi:do (linha 17), psicólogo (linha 23). Assim, entende-se que a médica ouviu e **aprofundou** as questões, em vez de concluir a consulta sem fornecer respostas ao que escutou.

Ainda na esteira da abertura ao diálogo e da disponibilidade ao **aprofundamento** de questões, verifica-se que Paula ofereceu mais três oportunidades para que Hilda expusesse alguma outra queixa, antes de encerrar efetivamente o atendimento (linhas 25-27; 33; 35-36).

Diante do exposto, é possível entender que a performance da médica, nesta consulta, instanciou a **voz** integralidade em saúde, pois, além de recomendar o acompanhamento da paciente pelo ginecologista (linha 13) e pelo médico

clínico (linha 23), ela também referenciou o acompanhamento psicológico (ambulatório de psicologia, linha 21; psicólogo, linha 23) e o serviço social (nossa equipe, linhas 8-9; pode ir lá, se informa sobre essa questão do seu acompanhamento, que você tá com dificuldade, linhas 29-31) nas orientações finais.

Logo, Paula demonstrou uma visão de equipe de saúde multidisciplinar, em prol do atendimento humanizado de um indivíduo com múltiplas camadas de bem estar.

## 6.4

### Apanhado analítico

Agora, que já tivemos contato com as narrativas e as vozes discursivas presentes no corpus, faremos uma apresentação condensada desses achados, uma vez que serão retomados no próximo capítulo, quando faremos o exercício de revisar tais resultados, a fim de aplicar as teorias de letramento racial crítico a eles.

Nas seções seguintes, também ofereceremos respostas às nossas perguntas de pesquisa, visando a abrir caminhos para que se possam empreender práticas explicitamente antirracistas em atendimentos de saúde.

#### 6.4.1

##### As narrativas

###### Narrativa 1 – A importância dos exercícios físicos (Neusa)

- História de vida (Consulta 1, Excerto 1).
- Ponto: a prática regular de exercícios físicos é eficaz para o meu bem estar.
- Alguns entendimentos: na ótica da paciente, quando ela pratica exercícios físicos, sua qualidade de vida melhora (ponto de virada); na visão da médica, essa questão foge ao seu escopo profissional (silenciamento).

### Narrativa 2 – O estabelecimento no Rio de Janeiro (Neusa)

- História de vida (Consulta 1, Excerto 2).
- Ponto: vim para o Rio de Janeiro por motivos pessoais, relacionados à minha família, e não ao trabalho.
- Alguns entendimentos: a médica se interessou pela história pessoal da paciente em um momento “descontraído” da consulta, fora da pesquisa clínica (aprofundamento/anedota pessoal).

### Narrativa 3 – A dificuldade de lidar com o desejo sexual (Neusa)

- História de vida (Consulta 1, Excerto 3).
- Ponto: não consigo satisfazer meu desejo sexual e isso está abalando minha saúde.
- Alguns entendimentos: para a paciente, o desejo sexual reprimido está prejudicando sua saúde (sintomas de depressão, ansiedade, isolamento; necessidades físicas) e isso precisa ser revertido (ponto de virada); para a médica, essa questão de saúde sócio-afetiva-sexual foge ao seu escopo profissional (silenciamento/anedota pessoal).

### Narrativa 4 – Colesterol alto (Carla)

- Relato clínico (Consulta 2, Excerto 1).
- Ponto: não posso dizer que o colesterol alto é um problema de saúde porque meus exames ainda não foram avaliados pela médica.
- Alguns entendimentos: paciente e médica concordaram quanto à visão da autoridade inquestionável do profissional de medicina, quando o assunto é a saúde física.

### Narrativa 5 – Trajetória profissional (Carla)

- História de vida (Consulta 2, Excerto 2).

- Ponto: eu não fico ‘pra lá e pra cá’, sou uma profissional comprometida e confiável.
- Alguns entendimentos: a médica se interessou pela história pessoal da paciente em um momento “descontraído” da consulta, fora da pesquisa clínica (aprofundamento/anedota pessoal).

#### Narrativa 6 – Gastrite, insônia e cirurgia (Telma)

- Relato clínico (Consulta 3, Excerto 1).
- Ponto: eu cuido bem da minha saúde: vou ao médico e sigo as prescrições.
- Alguns entendimentos: a médica se interessou pela história pessoal da paciente, visto que foi contada para justificar o uso de medicamentos e a realização de um procedimento cirúrgico (aprofundamento/relato clínico).

#### Narrativa 7 – Tratamento ortopédico (Telma)

- Relato clínico (Consulta 3, Excerto 2).
- Ponto: eu cuido bem da minha saúde: vou ao médico e sigo as prescrições.
- Alguns entendimentos: a médica coconstruiu a narrativa com orientações especializadas, quando se tratou de um problema clínico já em tratamento (aprofundamento/relato clínico).

#### Narrativa 8 – Estado civil oficial (Sara)

- História de vida (Consulta 4, Excerto 1).
- Ponto: eu fui casada legalmente, mas não consegui comprovar isso após a morte do meu marido.
- Alguns entendimentos: a médica coconstruiu a narrativa pessoal na anamnese, aprofundando-a (aprofundamento/história de vida), para contextualizar a pesquisa clínica.

#### Narrativa 9 – As circunstâncias da morte do marido (Sara)

- Narrativa vicária (Consulta 4, Excerto 1).
- Ponto: a real causa da morte do meu marido foi não ter seguido as recomendações do médico, e não a tuberculose.
- Alguns entendimentos: a médica coconstruiu a narrativa pessoal na anamnese, aprofundando-a (aprofundamento/história de vida), para contextualizar a pesquisa clínica.

#### Narrativa 10 – O vizinho que estuprava a própria filha (Sara)

- Narrativa vicária (Consulta 4, Excerto 1).
- Ponto: quando fiquei viúva, eu não quis me casar novamente porque isso poderia colocar minhas filhas em risco de violência sexual doméstica.
- Alguns entendimentos: a médica demonstrou flexibilidade quando a paciente negociou o gerenciamento da interação.

#### Narrativa 11 – As dificuldades financeiras de uma mãe que é chefe de família (Sara)

- História de vida (Consulta 4, Excerto 1).
- Ponto: minha família enfrentou dificuldades materiais porque eu era a única que trabalhava e o retorno financeiro do meu trabalho era pequeno.
- Alguns entendimentos: a postura da médica facilitou a construção da coerência pessoal na anamnese, já que ela praticou a escuta atenta (com avaliação explícita) à narrativa da paciente.

#### Narrativa 12 – A relação harmoniosa com os filhos (Sara)

- História de vida (Consulta 4, Excerto 2).
- Ponto: eu eduquei bem os meus filhos e hoje eles retribuem o meu esforço.
- Alguns entendimentos: a médica demonstrou interesse, em pé de igualdade, na parte emocional, nos exames de sangue, nos níveis de colesterol e glicose, e na hipertensão da paciente (agendamento clínico).

## Narrativa 13 – Hipertensão (Sara)

- História de vida (Consulta 4, Excerto 2).
- Ponto: eu tenho conhecimento sobre os cuidados com a hipertensão, devido à gravidade da minha experiência e aos longos anos de tratamento.
- Alguns entendimentos: a postura da médica facilitou a construção da coerência pessoal na anamnese, já que ela praticou a escuta atenta (com perguntas de aprofundamento) à narrativa da paciente.

## Narrativa 14 – Tonteira e enjoo (Hilda)

- Relato clínico (Consulta 5, Excerto 1).
- Ponto: não vejo nenhuma causa aparente para as tonteiras e os enjoos sistemáticos que eu sinto.
- Alguns entendimentos: por meio da coconstrução ativa e intensa (sustentação e aprofundamento/relato clínico), a médica conduziu a paciente a considerar novas possibilidades de coerência para seus problemas de saúde, particularmente, as questões emocionais.

## Narrativa 15 – A neta “problemática” (Hilda)

- Narrativa vicária (Consulta 5, Excerto 1).
- Ponto: fico deprimida porque tenho uma neta ruim, de má índole.
- Alguns entendimentos: por meio da coconstrução ativa e intensa (sustentação e aprofundamento/narrativa pessoal vicária), a médica conduziu a paciente a considerar novas possibilidades de coerência para seus problemas de saúde, particularmente, as questões emocionais.

## 6.4.2

### As vozes discursivas

As vozes discursivas que mencionamos nas análises anteriores serão categorizadas nesta seção de duas formas distintas: como vozes estruturais ou vozes que podem adquirir diferentes funções discursivas, tal como a de oprimir e subalternizar, ou a de resistir às exclusões e marginalizações sociais.

As vozes que denominamos *estruturais* organizam as instituições e a convivência em sociedade, a experiência de vida, as interações. As demais, podem ser *opressoras* ou de *resistência* às opressões, conforme os modos como se atualizarem nos encontros sociais.

Logo, a segmentação das vozes nos permitirá perceber novamente a importância da perspectiva interseccional (Crenshaw, 2002; Akotirene, 2019) nesta pesquisa.

### 6.4.2.1

#### Vozes estruturais

##### Voz 1 – Racismo estrutural

- Presente nas falas de: Ana, Neusa, Carla, Telma, Sara.
- Discurso: diversas configurações sociais que oprimem as identidades e restringem as oportunidades das pessoas não brancas, como, por exemplo: “mulher negra não serve para casar”; “o lugar social da mulher negra é desempenhar trabalho braçal”; “mulheres negras não precisam de direitos trabalhistas”; “pessoas pretas vendem drogas e são criminosas”.
- Alguns entendimentos: como há apenas uma atualização explícita da voz do racismo estrutural no corpus (na interação de Ana e Carla, quando ambas concordam com a ideia, enunciada pela médica, de que a empregada seria “parte da família” empregadora), pode-se depreender que é mais fácil identificá-la em temáticas do espaço

público (onde está imiscuída com a desigualdade social), do que em assuntos da esfera privada.

### Voz 2 – Heteropatriarcado

- Presente nas falas de: Ana, Neusa, Carla e Sara.
- Discurso: elogio à união estável, monogâmica, heterossexual e duradoura; assujeitamento e desacreditação da capacidade feminina; a mulher é a “culpada” por sofrer/“provocar” violência sexual.
- Alguns entendimentos: o discurso opressor ao gênero feminino é tão naturalizado que transcende barreiras de classe e raça, por exemplo. Muitas mulheres chegam a pautar seus comportamentos por esse discurso, e sequer percebem que estão sendo vítimas de violência social.

### Voz 3 – Desigualdade social

- Presente nas falas de: Ana e Sara.
- Discurso: o indivíduo não pode ser responsabilizado, exclusivamente, pelas adversidades e privações que enfrenta. Existem dinâmicas sociais segregadoras e opressoras, que devem ser consideradas.
- Alguns entendimentos: a voz da desigualdade social complementa a/compete com a voz do racismo estrutural para explicar as dinâmicas de opressão às quais os indivíduos estão sujeitos. Por exemplo, Ana não reconhece as dinâmicas opressoras do racismo estrutural, mas percebe e demonstra explicitamente seu repúdio às segregações sociais narradas em suas consultas.

#### 6.4.2.2

#### Vozes de opressão ou resistência

##### Voz 1 – Medicina convencional

- Presente nas falas de: Ana, Neusa, Carla, Telma, Marta e Sara.
- Discurso: autoridade médica inquestionável; a responsabilidade médica é prescrever medicamentos para controlar desequilíbrios do corpo físico; hierarquia entre carreiras da saúde; histórias pessoais atrapalham a interação na clínica (mudança de foco).
- Alguns entendimentos: esta voz não é consensual, mas ainda aparece, em maior ou menor grau, na maior parte dos atendimentos analisados, tanto na fala das médicas, quanto na das pacientes.

##### Voz 2 – Integralidade em saúde

- Presente na fala de todas as participantes.
- Discurso: o bem estar do indivíduo deve ser entendido de maneira global, e não apenas física, considerando aspectos sociais, familiares e emocionais.
- Alguns entendimentos: apesar de, em algum momento, todas as participantes terem se demonstrado favoráveis a esse discurso, aconteceram muitas incongruências nas interações, particularmente nas falas de Ana.

##### Voz 3 – Autocuidado

- Presente nas falas de: Ana, Neusa, Telma, Sara, Paula.
- Discurso: a paciente também é responsável, tem o direito e a possibilidade de cuidar de si mesma.
- Alguns entendimentos: essa voz pode ser empoderadora ou opressora, conforme o momento e a intensidade com que é aplicada. Por exemplo, para uma paciente fragilizada e que pede ajuda profissional, a voz do autocuidado pode ser destrutiva; já para uma paciente que busca

autonomia e autodeterminação, a voz do autocuidado pode ser uma legitimação e até uma libertação de crenças limitantes.

#### Voz 4 – Meritocracia

- Presente nas falas de: Ana, Neusa, Carla, Sara.
- Discurso: o indivíduo é o único responsável por seu bem-estar e pelas oportunidades que encontra na vida.
- Alguns entendimentos: por um lado, o discurso do mérito individual traz consigo a noção de “culpa”, muito característica da moralidade ocidental hegemônica, e a naturalização dos privilégios, como se fossem virtudes “específicas” e/ou “direitos” de apenas alguns recortes sociais de gênero, raça e classe. Por outro lado, é importante observar que pessoas oprimidas também podem se valer da voz da meritocracia para construir valor próprio e potencializar suas virtudes e conquistas.

#### Voz 5 – Moralidade hegemônica

- Presente nas falas de: Ana e Neusa, Marta e Sara.
- Discurso: atualização dos valores judaico-cristãos de certo/errado.
- Alguns entendimentos: o sentido de moralidade opera, no discurso das pacientes, como um dos fatores de coerção da liberdade e da realização pessoal.

#### Voz 6 – Projeto de país x Projeto de governo

- Presente da fala de Sara.
- Discurso: é comum que governantes priorizem medidas populistas, vistas ou imediatistas, em vez de traçarem um plano de longo prazo para o desenvolvimento socioeconômico do país.
- Alguns entendimentos: a paciente consegue articular sua experiência pessoal com as dinâmicas ideopolíticas da ordem social, construindo um sentido de alívio para as próprias dificuldades.

### Voz 7 – Classe baixa

- Presente da fala de Hilda.
- Discurso: os filhos devem retribuir aos pais o investimento que receberam para sua subsistência.
- Alguns entendimentos: crianças/adolescentes desviantes podem ser lidos como perversos e portadores de desvios de caráter. O peso maior da cobrança está nas atitudes das novas gerações.

### Voz 8 – Classe média

- Presente da fala de Paula.
- Discurso: o dever da criança e do adolescente é estudar e ter um comportamento dócil.
- Alguns entendimentos: adultos que exigem demais dos menores podem ser lidos como exploradores e maus cuidadores. O peso maior da cobrança está nas atitudes das gerações antigas.

#### 6.4.3

#### Respostas da análise

Neste momento, é importante retomarmos e respondermos diretamente as perguntas de pesquisa que orientaram nossas lentes analíticas até aqui, visto que as respostas a essas perguntas serão o fio condutor de nosso próximo capítulo.

Tendo isso em vista, passemos às perguntas de pesquisa, juntamente com suas respectivas respostas.

**1) Quais narrativas são consideradas pelas médicas como dados clínicos relevantes e quais são tratadas como anedotas pessoais sem valor clínico?**

Ana considerou relevantes para as consultas apenas os relatos clínicos. Narrativas pessoais, vicárias e histórias de vida foram tratadas como anedotas informais.

Marta e Paula consideraram todas as narrativas, tanto os relatos clínicos, quanto as histórias pessoais, histórias de vida e narrativas vicárias como relevantes para as consultas.

**2) Existem configurações de racismo estrutural nas narrativas das pacientes? Em caso afirmativo, há reconhecimento/ resposta das médicas?**

A voz do racismo estrutural atualizou-se em consultas conduzidas por Ana e Marta, no corpus analisado nesta pesquisa.

Nas consultas de Ana e Neusa, Ana e Carla, e Marta e Sara, o racismo, apesar de estar na base de vários problemas descritos pelas pacientes, não foi reconhecido como tal. Logo, não houve respostas das médicas à voz do racismo estrutural.

Na consulta de Ana e Telma, os efeitos violentos do racismo estrutural na vida da paciente e de sua família foram explicitamente pontuados, mas foram reconhecidos como problemas sociais, de modo geral, sem que o marcador raça fosse evidenciado.

**3) Em suas falas, as médicas reproduzem discursos racistas? Confrontamos? Quais desses discursos aparecem na interação?**

Nenhuma das três médicas confrontou discursos racistas nos dados analisados, mas uma médica, Ana, reproduziu o discurso racista que opõe os direitos trabalhistas às trabalhadoras negras, recriando o cenário escravagista da oposição casa-grande/senzala, no qual atuaram as personagens sinhá/mucama. Em leitura alternativa, pode-se também dizer que a

performance identitária de Carla foi construída conforme os papéis sociais de “doméstica” e “mãe preta”, na mesma interação.

Além deste, os discursos do “celibato” forçado, *locus social devido* em funções braçais e servis, assujeitamento e necropolítica apareceram nas interações, associados às mulheres negras e suas narrativas de maternidade.

#### **4) Há ocorrências de orientações de saúde que considerem e mencionem as especificidades raciais das pacientes negras?**

Em nenhuma consulta transcrita neste relatório de pesquisa e também em nenhuma das 15 consultas ouvidas e analisadas ao longo da pesquisa foram feitas orientações de saúde, bem estar e prevenção de doenças e sintomas com foco nas ou menção às especificidades raciais das pacientes negras.

## **6.5**

### **Discussão do apanhado analítico**

Para finalizar nosso capítulo de análise, é importante fazer o encaminhamento dos entendimentos obtidos por meio da análise qualitativa-interpretativista dos dados gerados. Assim, nesta seção, cada pergunta de pesquisa dará origem a um subtítulo, sob o qual discutiremos o apanhado analítico, à luz do escopo teórico que orienta o presente trabalho.

Dessa forma, continuaremos a preparação do terreno para o capítulo seguinte, de aplicação dos resultados da análise, buscando compreender os significados socioculturais dos modos como as médicas brancas escutaram as narrativas das pacientes negras no projeto acadêmico-social em questão.

### 6.5.1

#### A validação de narrativas pessoais na clínica

Não nos parece eventual o fato de que a única demanda das pacientes que não foi atendida, no corpus analisado, esteja atrelada à não validação de narrativas pessoais como parte integrante da consulta médica. Isso aconteceu durante o atendimento que Ana prestou a Neusa, no qual os relatos desta sobre a prática regular de exercícios físicos e, especialmente, sobre as necessidades de um corpo que sofre com o desejo sexual não concretizado foram ignorados do ponto de vista médico e respondidos de modo casual.

Consequentemente, em nosso entendimento, esta resposta da pesquisa sublinha a importância da validação clínica das narrativas pessoais, para que haja um atendimento médico eficaz. A esse respeito, trazemos novamente a voz da médica e pesquisadora Jane Macnaughton, para quem as “anedotas” na clínica são relatos à espera de uma reinterpretação médica. A autora também afirma:

Faz parte da arte da medicina ser capaz de levar em conta todas as fontes de informação, explorar muitas fontes evidentes e, por meio da arte do julgamento clínico, decidir o que é mais relevante para o caso em questão. A medicina clínica lida com indivíduos e a anedota médica insiste que a atenção se concentre na experiência da pessoa doente (1998, p. 210).

### 6.5.2

#### O reconhecimento dos efeitos do racismo na saúde das pacientes

Esta não é uma pesquisa da área médica nem de base estatística, apesar da notória interdisciplinaridade e do potencial de entendimento das relações sociais que engendra. Portanto, não estamos aptas a formar ou questionar diagnósticos, nem a fazer certos tipos de generalização neste texto. Ainda assim, gostaríamos de deixar uma provocação, que talvez possa motivar a reflexão e a investigação de profissionais de outras áreas do conhecimento.

Não nos parece “coincidência” o fato de *todas* as participantes negras, moradoras de uma favela carioca que é palco de recorrentes conflitos armados, apresentarem hipertensão nos exames clínicos. Além da observação empírica,

trazemos para a cena o estudo de Leibing e Groisman (2001), que já assinalou a relação entre a tensão social e a sanguínea, ao estudar a saúde e as identidades de mulheres hipertensas moradoras da favela da Mangueira — um contexto socio-econômico-geográfico que apresenta diversos pontos de contato com o deste trabalho.

De modo semelhante, não nos parece aleatória a prevalência de sintomas graves de depressão e ansiedade no grupo atendido. Citamos outro trabalho, que nos leva a tal suspeita: “Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática” (Smolen; Araújo, 2017). Nessa pesquisa, as autoras identificaram, apesar da dificuldade de analisar “amostras homogêneas em termos de raça” (p. 4026), a maior tendência a transtornos mentais na população negra do que na população branca.

Em conclusão, e a partir dos aprendizados proporcionados pelo estudo do *race-based traumatic stress* (Carter et al., 2013), ou estresse traumático de base racial, em tradução livre, temos entendido que os efeitos do racismo estrutural têm o potencial de violar a saúde psicofísica das pessoas negras (também em Martins; Lima; Santos, 2020), além dos transtornos sociais mais comumente evidenciados. Sendo assim, os dados desta pesquisa sugerem que as pacientes poderiam ter se beneficiado de propostas de tratamento/acompanhamento mais precisas, se as médicas brancas tivessem trazido para a sua prática informações sobre os efeitos do racismo na saúde física e emocional.

### 6.5.3

#### **O discurso racista infiltrado no consultório médico**

Dada a gravidade da reprodução de estereótipos raciais, que se prestam ao controle de expressões individuais, durante sessões de atendimento à saúde — como aconteceu em uma consulta do corpus —, ressaltamos a importância do letramento racial crítico (Ferreira, 2014; Borret et al., 2020) para profissionais de saúde e da medicina, em particular. Esse ponto será retomado e aprofundado no capítulo de aplicação, que se segue a este, no qual o letramento será elevado ao centro da discussão.

E, vale lembrar, não só a reprodução explícita do discurso racista deve ser abolida da clínica, mas também o silêncio diante de problemas de saúde que podem ser causados ou agravados por contextos racistas. Neste caso, todo o corpus ilustra o ponto, visto que nenhuma das três médicas reconheceu, nem demonstrou suspeita, de que as experiências de opressão e segregação racial estavam presentes nas narrativas das pacientes.

Como afirmou a filósofa negra Djamila Ribeiro, refletindo sobre os prejuízos do silêncio e do silenciamento do racismo: “o objetivo principal ao confrontarmos a norma não é meramente falar de identidades, mas desvelar o uso que as instituições fazem das identidades para oprimir ou privilegiar” (2019, p. 30-31). E, como vimos na seção anterior, essas opressões e privilégios também se refletem, em nível individual, na saúde e no bem estar das pessoas negras, particularmente as mulheres negras.

#### **6.5.4**

##### **Observância à diversidade étnico-racial no atendimento médico**

Já vimos nas análises e nos resultados que não há menção no corpus, em nenhuma orientação ou investigação de saúde, às especificidades raciais das pacientes negras. No entanto, essa observação contraria a política pública de Atenção à Saúde de Mulheres Negras, segundo a qual é importante que os/as profissionais do ramo tragam para a prática conhecimentos sobre os diferenciais étnico/raciais nas condições de vida e na saúde dessa população (2005, p. 16). Outro documento importante, que corrobora esta visão, é o das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina (DCN 2014), onde se lê no artigo 29, inciso IV, que a formação institucional do médico profissional brasileiro deve “promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais”.

De acordo com a psiquiatra e pesquisadora negra Neusa Santos Souza, validar a identidade negra é assegurar o respeito às diferenças e reafirmar uma

dignidade alheia à exploração; “ser negro não é uma condição dada, a priori. É um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro” (1983, p. 77). Pelo que temos entendido na presente pesquisa, esse “vir a ser” acontece na interação e no reconhecimento do outro, trazendo à tona significados maiores para a doença e a dor, juntamente com estratégias de cura e tratamento ampliadas.

Pelo exposto, entendemos que a falta de observância à diversidade étnico-racial, tanto nos atendimentos médicos, quanto no projeto acadêmico-social em questão, gerou uma lacuna. Assim, oferecemos, como contribuição/sugestão desta pesquisa para iniciativas semelhantes à que estudamos, a percepção da necessidade do olhar específico para a saúde das mulheres negras brasileiras, considerando médicas e pacientes como sujeitos racializados<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> A respeito da “racialização” da população negra em atendimentos médicos, vale também acessar a importante discussão, do termo e da temática, proposta por Fátima Oliveira (2009) em: <https://www.geledes.Org.br/afinal-o-que-os-letrados-chamam-de-qracializacao/>.

## 7

### Letramento racial crítico para a prática antirracista na atenção à saúde de mulheres negras: uma proposta de aplicação para a análise qualitativa da escuta médica

Não vou mais lavar os pratos  
Nem vou limpar a poeira dos móveis  
Sinto muito  
Comecei a ler

Cristiane Sobral, *Não vou mais lavar os pratos*

A senhora é parte da família, né?

Médica Ana, *consulta 2, dados da pesquisa*

Ao longo deste texto, temos insistido em um ponto de contribuição social da presente pesquisa: apontar a necessidade de letramento racial crítico para profissionais de saúde/medicina, com base na análise de interações entre médicas e pacientes no consultório. Além disso, temos sinalizado que a própria pesquisa pode ser abordada a partir da busca por uma prática profissional antirracista, como fonte de letramento.

Neste capítulo, discutiremos os resultados da análise empreendida no capítulo anterior, a partir de um olhar aplicado. Desta forma, procuraremos elucidar os modos pelos quais os entendimentos aqui compartilhados podem trazer consciência crítica, para pessoas brancas, sobre o marcador social raça e os efeitos nocivos do racismo para a saúde de mulheres negras.

Tendo isso em vista, primeiramente, refletiremos sobre o par de opostos que intitula este trabalho: a escuta narcísica<sup>38</sup> e a escuta empática<sup>39</sup>, a fim de apresentá-los como um *continuum* da experiência profissional na clínica médica, e não como duas realidades estanques e dissociadas. Em seguida, passaremos às definições de letramento e letramento racial crítico, à discussão sobre o que temos

---

<sup>38</sup> Vale lembrar que nos referimos à escuta “narcísica” a partir de uma perspectiva socioconstrucionista, e não biopsicológica, do trabalho de Cida Bento (2002), sobre as características da branquitude. Ver: capítulo 3, seção 3.1.

<sup>39</sup> Para desenvolvermos o conceito de “escuta empática”, lemos os trabalhos de Oliveira, Jesus, Junqueira, Uchôa-Figueiredo (2016) e Araújo Ferreira (2014).

entendido como *prática antirracista reiterada* e à aplicação das definições propostas ao contexto da pesquisa, a saber, a atenção à saúde de mulheres negras.

## 7.1

### **Da escuta narcísica à escuta empática: um espectro de experiências para a clínica médica**

Para desenvolver esta seção do capítulo, refletiremos sobre alguns achados da análise, dispostos no capítulo anterior a este, a saber: a validação de narrativas pessoais na clínica médica (Macnaughton, 1998; Oliveira et al., 2016), o reconhecimento dos efeitos nocivos do racismo para a saúde das mulheres negras (Martins; Lima; Santos, 2020), as maneiras pelas quais o discurso racista pode se atualizar no consultório médico (Schucman; Gonçalves, 2020), a importância de se considerarem as diversidades raciais nos atendimentos médicos de mulheres negras (Werneck, 2010; Carneiro, 2003)<sup>40</sup>.

A partir disso, entendemos que o ponto de partida para a reflexão crítica de médicos/as brancos/as deve ser a tomada de consciência acerca da diversidade racial e das experiências adversas, inclusive para a saúde, que o racismo pode acarretar (Martins; Lima; Santos, 2020). Então, compreendemos que deve haver um esforço desses profissionais durante as interações com pacientes negras para identificar e neutralizar discursos racistas nas consultas, elucidar problemas que possam estar relacionados à vivência das pacientes em uma sociedade racista, bem como validar clinicamente as histórias pessoais trazidas pelas pacientes.

Como afirmaram a psicóloga especialista em saúde da mulher Suzy Anne Lopes de Souza e a também psicóloga e graduada em Letras Lia Márcia Cruz da Silveira, que é mestre em Tecnologia Educacional em Saúde, relatando falas de médicos recém-formados, participantes de sua pesquisa, “a formação ainda é pautada no Modelo Biomédico e, por isso, não privilegia a prevenção de doenças nem a *escuta*, por exemplo” (Souza; Silveira, 2019, p. 35, grifo nosso).

---

<sup>40</sup> É importante mencionar que, em decorrência dos estudos que fizemos para a redação desta pesquisa, consideramos válida a observação das especificidades raciais para o atendimento não só de mulheres negras, mas de pessoas negras, indígenas, brancas, ou de qualquer gênero/raça. No entanto, como este trabalho parte da investigação de consultas cujas pacientes são mulheres negras e, tendo em vista a necessidade de especificação racial defendida pelo próprio movimento negro feminista (como apresentamos no capítulo 3), citamos apenas e especialmente o grupo social estudado.

Neste sentido, para vislumbrar um caminho alinhado à proposta de equidade, presente nos postulados da integralidade em saúde, é preciso que se direcione a escuta de profissionais brancos e brancas, partindo do autocentramento, que é o padrão da branquitude<sup>41</sup>, para a escuta empática, centrada nas necessidades do outro, característica de um letramento racial bem sucedido.

Tais reflexões estão embasadas pelo trabalho da médica Ermelinda Maria Araújo Ferreira, que é doutora em Letras e professora da Universidade Federal de Pernambuco. Em um estudo de caso sobre a história do morrer de um paciente, ela afirma que:

A escuta é, hoje, um aspecto dos mais valorizados nas teorias da narrativa. Escutar relaciona-se com a capacidade de perceber o outro e o que ele diz, habilidade pouco exercitada num cotidiano que estimula a virtualização e a mediação tecnológica das relações humanas, e a espetacularização ou a fantasmagorização dos eventos. Também está diretamente ligada a uma concepção de leitura que não se limita à decodificação dos signos, e estende-se à habilidade de interpretar, de produzir – e não meramente de reproduzir – sentidos a partir de um texto (Araújo Ferreira, 2014, p. 79).

De igual modo, o trabalho de pesquisadores da saúde locados na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e na Universidade Portucalense Infante D. Henrique também inspira nossa proposta de aplicação, na medida em que eles afirmam:

Estudos mostram como a coconstrução de narrativas biográficas, de teor psicossomático e psicossocial, coloca a vivência singular e o contexto único da experiência no centro do cuidar, contribuindo para o tratamento de pacientes, a partir da interpretação partilhada do processo subjetivo de adoecimento, de adaptação à enfermidade, de ressonância emocional e das múltiplas transformações trazidas pelo adoecimento não apenas para aqueles que o vivenciam, mas também para os que constituem as redes informais/afetivas de apoio da pessoa adoecida. Tais estudos têm revelado também que as narrativas colaboram para o desenvolvimento da empatia dos profissionais, da confiança do paciente, da compaixão pela dor e pelo sofrimento daquele que requer cuidado (Oliveira; Jesus; Junqueira; Uchôa-Figueiredo, 2016, p. 977-978).

Além do mais, vale lembrar que, ao falarmos sobre a escuta médica, estamos tratando de um tipo de escuta profissional — campo já estudado por

---

<sup>41</sup> Conforme desenvolvido no capítulo 3.

outros autores nos estudos da fala-em-interação, como a linguista e professora da Universidade da Califórnia em Santa Barbara Mary Bucholtz.

Citando trabalhos anteriores, de Ashmore et al. (2004) e Goodwin (1994), Bucholtz (2009) lembra que “o conceito de escuta profissional chama a atenção para os modos como as instituições adotam maneiras distintas de atribuir sentido à linguagem” (p. 503-504, tradução nossa). Na sequência de seu raciocínio, a autora também afirma que:

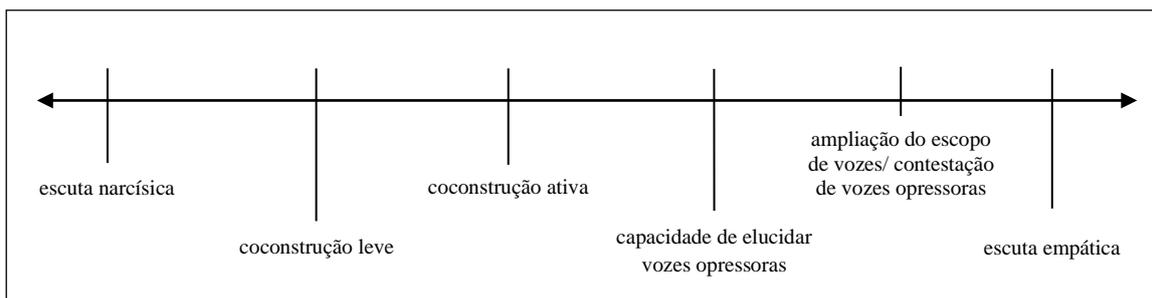
A escuta profissional faz parte do que significa participar das atividades de uma instituição; a linguística, por exemplo, tem uma gama de técnicas bem desenvolvidas de escuta profissional, que permitem que os analistas percebam e examinem aspectos da linguagem que um ouvinte leigo pode deixar passar ou interpretar mal. Enquanto práticas profissionais de ver e ouvir são cruciais para viabilizar atividades institucionais, elas também moldam como essas atividades são desempenhadas (Bucholtz, 2009, p. 504, tradução nossa).

Em vista disso, e a partir da perspectiva analítica que desenvolvemos nesta pesquisa, temos entendido que a escuta médica tem um caráter decisivo na qualidade dos atendimentos de saúde e, mais que isso, pode se realizar como um *continuum* de possibilidades, que vão desde o narcisismo — aqui tratado como a atitude do profissional que se recusa a ceder espaço para as contribuições espontâneas do paciente durante a consulta — até a empatia — desenvolvida nesta tese como uma rede de atitudes que viabilizam a coconstrução de narrativas, a fim de promover orientações específicas para as necessidades compartilhadas pelo paciente, de acordo com seus marcadores sociais.

A respeito dessa proposta de aplicação da pesquisa, cabe lembrar o que o professor Srikant Sarangi, da escola de Humanidades e Medicina da Universidade de Aalborg, na Dinamarca, afirmou sobre o trabalho dos linguistas aplicados: “como profissionais, linguistas aplicados e analistas do discurso também seguem as práticas de categorização de codificar, destacar e articular representações, ao mesmo tempo que admitem as diferenças” (Sarangi, 2012, p. 11, em releitura de trabalho prévio com o linguista Christopher Candlin, 2011).

Sendo assim, dispomos nossa categorização a seguir, por meio de um diagrama, que facilita a observação do *continuum* de escuta que estamos propondo:

**Figura — O *continuum* da escuta narcísica à escuta empática na clínica médica**



Fonte: Dados da pesquisa

A fim de elucidar o que cada estação desse *continuum* compreende, na sequência, trataremos de cada uma delas, em particular.

- **Escuta narcísica** – a primeira instância do diagrama diz respeito à escuta totalmente autocentrada, que não permite (nem muito menos solicita) a colaboração ou a livre narração do interlocutor. Na escuta narcísica, o paciente deve apenas responder as perguntas feitas pelo médico e se tenta tomar a palavra, é interrompido. Felizmente, em nossa análise não aparece nenhum caso de escuta narcísica.

No entanto, essa realidade está longe de ser rara. Uma amiga próxima, por exemplo, recentemente passou por uma experiência de consulta médica na qual não pode desenvolver nenhuma de suas queixas, além de responder pontualmente as perguntas do prontuário de atendimento. Ao final da consulta, como se não bastasse o desconforto de uma interação sem qualquer liberdade e interesse em ouvi-la, o médico ligou para o marido da paciente, em sua frente, e explicou para *ele* o diagnóstico e a receita com os medicamentos prescritos. Após isso, apenas despediu-se da paciente, sem dar-lhe nenhuma orientação de saúde. Entendemos esse caso como um exemplo de escuta absolutamente narcísica (e misógina!).

- **Coconstrução leve** – nesta segunda etapa do *continuum*, as narrativas dos pacientes são permitidas ou até mesmo solicitadas em alguns casos específicos, mas o médico apenas reage a elas com avaliações sociais e alinhamentos positivos, isto é, com risos e manifestações educadas de

concordância e compreensão, mas sem apresentar suas reflexões sobre o tema narrado ou aprofundar os tópicos selecionados pelo paciente.

Em nossa análise, a coconstrução leve predominou nas Consultas 1 (Excertos 1 e 3) e 4 (Excerto 1), quando as médicas Ana e Marta apenas ouviram cordialmente os relatos das pacientes, sempre remetendo as perguntas novamente ao prontuário de atendimento, sem se aprofundarem nos temas ouvidos.

- **Coconstrução ativa** – o diferencial trazido pelo terceiro marco do *continuum* de escuta profissional para atendimentos de saúde que estamos construindo é a solicitação mais frequente de narrativas e o aprofundamento dos tópicos narrados, por meio de questionamentos e paráfrases de checagem. Neste caso, o médico não se limita a ouvir e assentir ou sorrir para o paciente, e depois voltar para o preenchimento de sua ficha. Pelo contrário, demonstra interesse no que está ouvindo e molda a entrevista médica de acordo com as colocações do paciente.

No capítulo de análise, vimos a ocorrência de coconstrução ativa nas consultas 1 (Excerto 2), 2 (Excertos 1 e 2), 3 (Excerto 2) e 4 (Excerto 2). As médicas Ana e Marta, nas referidas interações, ouviram os relatos das pacientes e participaram ativamente das narrativas, coconstruindo-as com questionamentos e acréscimos de informações específicas sobre as temáticas em questão.

- **Capacidade de elucidar vozes opressoras** – no próximo estágio do *continuum* rumo à escuta empática, o profissional de saúde não só solicita e coconstrói narrativas, como também é capaz de perceber e discursivizar, no calor da interação, a ocorrência de fatores sociais (externos) que oprimem o paciente e participam das causas de suas queixas de saúde. O diferencial dessa coconstrução está em tirar o peso da culpa individual, que, muitas vezes, o paciente carrega em seu relato e que também se constitui em motivo de sofrimento.

Na análise, vimos um exemplo de elucidação de vozes opressoras na Consulta 3 (Excerto 1), quando a médica Ana falou para a paciente Telma que seus relatos de ansiedade e dificuldade para conciliar o sono eram compreensíveis, dadas as “conturbações” que vinham acontecendo no local de residência da paciente.

- **Ampliação do escopo de vozes/ contestação de vozes opressoras**

– a habilidade adquirida pelo profissional de saúde nesta posição avançada do *continuum* de escuta vai além de perceber a ocorrência de fatores externos na construção do sofrimento do paciente. Aqui, o médico também é capaz de trazer à tona outras visões de mundo, outras versões da história, novos símbolos e significados, que, ao mesmo tempo, respeitem a cultura/ a moral/ a história do paciente e o auxiliem a compreender sua dor de outra maneira e buscar novos caminhos para seu alívio.

O Excerto 1 da Consulta 5 exemplifica a amplificação do escopo de vozes discursivas na interação e a contestação de vozes opressoras, na medida em que a médica Paula percebe um fundo emocional nas queixas da paciente, coconstrói a narrativa de insatisfação com o comportamento da neta, elucida o sentimento de impotência da paciente diante do que ela vinha interpretando como rebeldia e violência praticadas pela neta adolescente para com a mãe e os irmãos mais novos e, finalmente, oferta à paciente uma nova imagem da situação: sua neta adolescente estava com “responsabilidades” demais, das quais não estava dando conta naquele momento da vida.

- **Escuta empática** – o ápice desta jornada é atingido quando o profissional manifesta a habilidade de oferecer orientações de saúde específicas, talhadas de acordo com a escuta refinada que praticou ao longo da interação, considerando os fatores sociais, emocionais, físicos, morais, raciais, de gênero, sexualidade e quaisquer outros que sejam pertinentes para a questão a ser tratada.

No Excerto 2 da Consulta 5, temos um exemplo de escuta empática, já que a médica Paula, após constatar na investigação clínica que o maior problema de saúde da sua paciente era de base socioemocional, encaminha-a para outras especialidades da equipe multidisciplinar de atendimento: o serviço social e o ambulatório de psicologia.

Em virtude do exposto e comentado nesta seção, vale destacar que o caminho rumo à escuta empática pode ser entendido como uma *decisão* pela escuta de qualidade, mediante o *esforço* de aplicar na interação os conhecimentos adquiridos *previamente*, a partir de letramentos críticos. Entre tais letramentos, é

proeminente para a nossa pesquisa o letramento racial crítico — conceito que desenvolveremos e definiremos na próxima seção deste capítulo.

## 7.2

### **Letramento racial crítico para a prática antirracista reiterada: superando o imaginário de uma alcançada identidade antirracista**

O início dos estudos de letramentos remontam ao campo da educação, mais especificamente à prática da alfabetização, desde os trabalhos desenvolvidos pela antropóloga linguista Shirley Brice Heath (1982; 1983) e pelo também antropólogo Brian Street (1984), que pensaram sobre o ensino da leitura e os modelos educacionais vigentes em sua época.

Na década seguinte, de 1990, após o período inicial de teorização e difusão do termo, pesquisadores da educação apropriaram-se da ideia de letramento para questionar modelos de ensino padronizantes, que insistiam em desenvolver um mesmo e limitado conjunto de habilidades em todos os diferentes estudantes que seriam formados. Deste modo, começaram a pensar em *multiletramentos*.

A professora do Instituto Federal de Alagoas Selma Silva Bezerra, que é doutora em linguística e integrante do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros e Indígenas da mesma instituição, relendo um trabalho da professora Roxane Rojo (2012), linguista aplicada, docente da Unicamp e uma das mais produtivas pesquisadoras em letramentos no país, afirma que:

os multiletramentos preveem alunos que vivam os processos de ensino/aprendizagem de forma intensa, como críticos que ajam e atuem em sociedades, conscientes dos seus papéis, ressignificando os textos e os discursos. O ensino poderia ser pautado em alguns movimentos, a saber: prática situada, instrução aberta, enquadramento crítico e prática transformada. Esses pilares não representam uma sequência pronta, mas dialogam com outras perspectivas de ensino que tornam a pedagogia dos multiletramentos algo real e possível nas aulas de línguas (Bezerra, 2017, p. 134).

Por meio desse trecho, percebemos o quanto os conceitos de letramentos/multiletramentos ainda estavam ligados às reflexões sobre ensino-aprendizagem, atribuição de sentidos, aulas de línguas (materna ou estrangeira). No entanto, já é possível vislumbrar que houve uma abertura do termo, quando passou a se dirigir

a alunos “críticos”, fez menção à vida social e aos papéis sociais que desempenhamos, bem como aos “discursos” que devem ser ressignificados no cotidiano. De igual modo, as concepções de leitura e escrita, nos multiletramentos, não se restringem mais aos textos verbais, mas também abarcam os imagéticos, multimodais, gestuais, entre outros.

A partir disso, nos anos 2000, particularmente com o trabalho da professora Hilary Janks (2010; 2012; 2013; 2016), que atuou na Escola de Educação da Universidade de Wits, na África do Sul, passou-se a falar mais em *letramentos críticos*, num intercâmbio entre as noções iniciais de letramentos e multiletramentos, e as fontes da análise crítica do discurso, de onde a autora bebeu.

Para Bezerra (2017), os letramentos críticos referem-se a “um círculo de produção, construção, desconstrução e reconstrução de sentidos linguísticos, políticos, sociais e culturais da língua a ser estudada” (p. 137). Isto é, o foco deixa de estar na aprendizagem e na proficiência de um código de comunicação e recai sobre os efeitos pragmáticos da linguagem na experiência cotidiana dos usuários, buscando “novos olhares para os temas que circulam em nossa vida” (Bezerra, 2017, p. 137).

Neste sentido, podemos elencar uma variedade de temas elegíveis para o despertar da criticidade ante a própria experiência como indivíduo integrante de instituições e de um corpo social. Esses temas são vivenciados como marcadores de diferenças sociais, tais como: gênero, classe social, nacionalidade, origem, faixa etária, escolaridade, orientação sexual, formato corporal, religião. No entanto, entre os marcadores possíveis, sem dúvida, aquele que apresenta mais afinidade com nosso objeto de pesquisa é o marcador social raça.

Portanto, passaremos a discorrer mais detidamente sobre o que tem sido chamado nas pesquisas contemporâneas de *letramento racial* (Borret et al., 2020; Twine, 1997) ou *letramento racial crítico* (Ferreira, 2014; Mosley, 2010).

Para desenvolver o conceito de letramento racial crítico, a linguista aplicada, pesquisadora e escritora Aparecida de Jesus Ferreira, que é professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa, aprofundou-se nos campos do letramento crítico, da análise crítica do discurso, da pedagogia crítica, dos estudos críticos da branquitude e, em especial, debruçou-se sobre a Teoria Racial Crítica (Ladson-Billings, 1998) e a Pedagogia do Letramento Racial Crítico (Mosley, 2010),

tomando como corpus de pesquisa narrativas autobiográficas de raça e racismo, como ela mesma conta (Ferreira, 2014).

A partir disso, a autora definiu o conceito como a reflexão crítica sobre a raça e o racismo, por meio da compreensão de sentidos atribuídos às identidades raciais de negros e brancos. Ela ainda destacou que este é um trabalho que deve ser empreendido por brancos e negros, a fim de se gerar justiça social e igualdade (Ferreira, 2014, p. 250). Na sequência, a professora Aparecida Ferreira discorreu sobre a centralidade da educação escolar e dos estudos da linguagem, para que o processo de letramento racial crítico dê a ver os modos “como o racismo está estruturado na sociedade” (p. 250).

A esses entendimentos, somam-se os da médica de família e comunidade Rita Helena Borret, que é professora da Universidade Estácio de Sá e coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Juntamente com um grupo de pesquisadores movidos por interesses comuns e inspirados pela pesquisa da socióloga France Winddance Twine (1997), Borret defende que o letramento racial deve ser incluído nas escolas médicas do país, como um caminho para promover o ambiente educacional antirracista. Os autores justificam esse posicionamento, visto que:

O despreparo da formação e a reprodução do racismo interpessoal implicam hipóteses diagnósticas equivocadas, negligência e iatrogenias no enfrentamento da doença, com desfechos desfavoráveis para a população negra (Borret et al., 2020, p. 5).

Os autores ainda advogam que:

Para promover um ambiente educacional e um processo de ensino-aprendizagem pautado na integralidade do cuidado e na equidade racial, é preciso reconhecer o racismo como fator que atravessa a construção de subjetividade de toda a população brasileira (Borret et al., 2020, p. 5).

Sendo assim, entendemos, juntamente com os referidos autores, que o letramento racial, ou letramento racial crítico, é um recurso essencial para a prática antirracista, de modo geral, e para a prática antirracista na saúde/medicina, em particular. Cotejando tal entendimento com o *continuum* de escuta que desenvolvemos na seção anterior deste capítulo, podemos inferir que o resultado

do letramento racial crítico de profissionais médicos consiste na configuração de interações mais empáticas e eficientes no consultório.

Além disso, antes da finalização deste tópico, vale lembrar um ponto que vem sendo reforçado pela linguista e professora Glenda Melo (UniRio) em seus estudos sobre raça, racismo e interseccionalidade em contexto brasileiro: raça é um processo performativo. De acordo com essa compreensão, “raça é uma construção social, discursiva e performativa, (...) institucionalizada pelo corpo” (Melo; Moita Lopes, 2013, p. 243-244).

Se entendemos, com os autores citados, que a raça é uma performance identitária, construída pela repetição de discursos sobre determinados corpos e características físicas, precisamos estender essa compreensão também para o ideal *antirracista*, que deve deixar de ser entendido como uma identidade a ser alcançada pelo sujeito branco, para ser vivenciado como prática a ser reiterada nos diversos encontros sociais de que participa, momento a momento.

Ainda seguindo o raciocínio de Melo e Moita Lopes:

A linguagem, entendida como ação, é relevante nesta discussão, porque é por meio dela que os corpos são constituídos nas práticas sociais, ou seja, o discurso é central na reinvenção do outro e de nós mesmos. Por meio da linguagem, compreendida como ação no mundo (performance), agimos nas práticas sociais e podemos nos reinventar (Pennycook, 2007). (2013, p. 241).

Por conseguinte, um dos tipos de *ação* que permitem a nossa reinvenção como pessoas brancas é a *ação antirracista*, nas diversas práticas sociais, visando a resultados institucionais e políticos de inclusão, presença e liderança de pessoas negras (Schucman, 2014).

Trazendo, mais uma vez, a discussão para nosso campo de pesquisa e aplicação, não se pode pensar na escuta empática como um *atributo* essencial de certos profissionais de saúde/medicina. É preciso tomá-la como uma *prática*, a ser exercitada nos diversos jogos interacionais dos quais esses profissionais participam. Por isso, nesta pesquisa, tratamos o confronto ao racismo como uma performance identitária (Nóbrega; Abreu, 2021), e jamais como identidade alcançada.

Isso posto, passaremos agora à exemplificação dos efeitos do letramento racial crítico para a prática médica antirracista, partindo da teorização mobilizada e dos dados analisados nesta pesquisa.

### 7.3

#### **Da escuta narcísica à escuta empática na clínica médica: impacto pretendido para a atenção à saúde de mulheres negras**

Para o desenvolvimento desta seção de aplicação, partiremos dos resultados da análise, sumarizados no capítulo anterior, seção 6.3 (“Apanhado analítico”), e discutidos na seção seguinte (6.4, “Discussão do apanhado analítico”).

Nosso trabalho aqui será o de lançar novos olhares e propor novas oportunidades de abordagem para sete narrativas analisadas nesta pesquisa (6.3.1, “As narrativas”), priorizando a seleção de, ao menos, uma narrativa para cada consulta médica selecionada no corpus. Além disso, as narrativas desta seção trazem oportunidades para a discussão de questões raciais.

O procedimento metodológico será o de observar as falas das médicas brancas e das pacientes negras, em conjunto, aprender com elas e participar de sua (re)formulação. Como ensina o antropólogo e professor da Universidade de Aberdeen Tim Ingold, “a observação participante é uma forma de estudar *com* as pessoas” (2019, p. 13). Para ele, a observação participante é, ainda, um “compromisso de aprender fazendo”, que se atualiza no momento em que nos permitimos “ser *educados*” por ela (p. 13).

Assim, nesta seção, colocaremos em diálogo algumas das fontes das quais bebemos até aqui: as narrativas (co)construídas nos atendimentos médicos que analisamos, juntamente com os estudos do letramento racial crítico, a fim de sugerir cortes (apresentados **assim** nos excertos — em cor verde e fonte tachada) e acréscimos (dispostos no texto **desta forma** — em azul), que terão o objetivo de confrontar a voz do racismo estrutural, identificada na análise (6.3.2, “As vozes discursivas”). Portanto, enfatizamos que os excertos a seguir são *recriações* do corpus gerado na pesquisa, para fins de letramento, não se constituindo como dados de fala orgânicos.

Semelhantemente, frisamos que os acréscimos e apagamentos propostos nas transcrições são possibilidades, formulações possíveis, orientadas por reflexões antirracistas. São *exercícios* de letramento. Sabemos que, para cada uma das formulações propostas, há outras formulações possíveis, que também poderiam conduzir as interações a um alinhamento com políticas antirracistas. Além disso, é importante reconhecer que a substituição de perguntas, respostas e

comentários traria um rearranjo a toda a interação, afetando sua sequência de um modo que foge às nossas possibilidades de previsão e ajuste. Portanto, sabemos que as interferências a seguir são apenas *uma* escolha entre as alternativas cabíveis para a reconstrução dos segmentos que discutiremos, assim como vislumbres incompletos de conversas reconfiguradas.

Ademais, vale destacar que esses exercícios de letramento antirracista podem funcionar, também, como insumos para as próprias pacientes, a fim de se apoderarem de práticas de resistência às violências com as quais lidam no cotidiano. Ainda assim, vale observar que a atuação no microcosmo interacional, em si, não é suficiente para fraturar os efeitos do racismo estrutural, sem o acompanhamento da luta institucional e política, em nível macrosocial (Schucman, 2014).

Na sequência, após revisitarmos as narrativas selecionadas, poderemos atualizar as respostas às perguntas de pesquisa 2, 3 e 4 (6.3.3, “Respostas da análise”), a partir de uma perspectiva criticamente letrada quanto ao marcador social raça e aos efeitos do racismo estrutural para a saúde de mulheres negras em situação de vulnerabilidade social — como foi proposto na seção de discussão dos resultados da análise (6.4).

Desta forma, exemplificaremos alguns efeitos benéficos do letramento racial crítico nos atendimentos de saúde prestados a esse público-alvo, compondo esta seção da pesquisa como uma fonte de letramento para aqueles profissionais que assim desejarem se aproximar dela.

### 7.3.1

#### Releitura da Narrativa 2 — O estabelecimento no Rio de Janeiro

Relembrando a análise dessa narrativa e seus pontos críticos para racismo estrutural (Excerto 2, Consulta 1), sabemos que a pergunta da médica Ana (*veio pra cá pra trabalha:r?*, linhas 3-4) para a paciente Neusa pode ser interpretada como uma atualização do discurso racista segundo o qual “o lugar social da mulher negra é desempenhar trabalho braçal” (voz do racismo estrutural, 6.3.2).

Uma nova possibilidade de aprofundamento para esta narrativa, que considerasse a diversidade de performances identitárias e funções profissionais que mulheres negras podem exercer, seria uma pergunta aberta, que permitisse a livre expressão dos planos e metas de vida paciente, vista como um indivíduo complexo e autodeterminado. A título de exemplo, tal pergunta poderia ser: e por que a senhora decidiu se mudar pra cá? , como observamos no esquema a seguir:

#### Consulta 1, Excerto 2 - Anamnese (aplicação de letramento racial crítico)

01	Neusa	[tem] vinte e seis anos que eu moro aqui=
02	Ana	[e a senhora...]
03		=ah, vinte e seis anos né... <del>e veio pra cá</del>
04		<del>pra trabalha:r?</del> e por que a senhora decidiu
05		se mudar pra cá?
06	Neusa	é eu vim ficar um tempo com a minha irmã e
07		acabei fican:do...
08	Ana	hhh

Neste exercício, fizemos a reformulação de uma pergunta fechada, que trazia um conteúdo subentendido sobre a história de vida da paciente — no caso, a imigração forçada, por falta de emprego em sua cidade natal —, para uma pergunta aberta, que é cooperativa com o livre direcionamento que a narradora-paciente pode dar à sua história e à sua identidade na interação.

### 7.3.2

#### Releitura da Narrativa 3 — A dificuldade de lidar com o desejo sexual

Na segunda parte do Excerto 3, da Consulta 1, a paciente Neusa conta para a médica Ana uma longa narrativa sobre o desejo sexual reprimido, o comportamento depressivo, a dedicação à criação do único filho e a dificuldade de encontrar um par romântico.

No que tange ao racismo estrutural, é possível identificar os efeitos violentos do discurso “mulher preta não serve para casar”<sup>42</sup> na experiência dela. Tais efeitos são compartilhados, inclusive, como a causa para o desenvolvimento de ansiedade, isolamento social e depressão, como conta a própria paciente.

A partir desse entendimento, estruturalmente, essa narrativa poderia ter sido coconstruída com perguntas de aprofundamento, além de abrir espaço para: a explicitação de causas externas que prejudicam a saúde da paciente, o confronto dessas vozes opressoras e a transmissão de orientações de saúde específicas. Esse movimento conduziria a interação de uma coconstrução leve para um nível de empatia, conforme o *continuum* que dispomos anteriormente.

Mesmo que as diretrizes aqui sugeridas para essa interação possam se atualizar de inúmeras maneiras, constituindo-se como uma proposta aberta, apresentaremos uma opção de releitura do excerto, a fim de permitir a visualização da proposta.

#### Consulta 1, Excerto 3, parte 2 - Diagnóstico (aplicação de letramento racial crítico)

20	Neusa	e:: assim aí agora depois que ele ficou
21		adu:lto e eu fico mais sozinha... aí- eu-
22		logo quando ele começou a sair que ele
23		trabalha desde os quinze anos quinze e
24		pouco trabalhava como menor aprendiz
25	Ana	ah:: [se:i]
26	Neusa	[aí ele:]... e aí de- dezessete anos
27		acho ele já começou a namorar namora há-
28		namora há três anos e pouco
29	Ana	com a mesma pessoa? o:lha ↑que bacana
30	Neusa	aí ele... eu ficava sozi:nha, eu fiquei
31		numa situação que eu não sabia o que fazer
32		da minha vida... ficava só sentada lá não
33		fazia... nem as coisas em casa quando eu
34		tava só não saía porque eu não sou muito de
35		sair não
36	Ana	uhum e a senhora foi sempre assim?

<sup>42</sup> Conforme desenvolvido no capítulo 6 (6.4.2 “As vozes discursivas”), na apresentação sobre a voz do racismo estrutural.

37	Neusa	eu sei que isso é uma- uma falha minha, os
38		médicos sempre tão falando pra eu sai:r mas
39		eu num... aí, eu fiquei sem saber o que
40		fazer e depois ele fica conversando comigo
41		"mãe não fica a vida toda só, você tá
42		sozinha até agora por causa de mim?" fica
43		assim... eu "não..." só que a- assim de uns
44		dois anos pra cá aí- aí me despertou, agora
45		eu quero::... só que eu também saio pouco
46		[só vou] na igre:ja...
47	Ana	<del>[ahan]</del> eu entendo que a senhora queira
48		mudar de atitude e isso é super válido, mas
49		talvez não se trate apenas de uma falha da
50		senhora, né? existem muitos preconceitos na
51		sociedade, especialmente contra mães que
52		criam os filhos sozinhas e mulheres negras
53		trabalhadoras, como é o caso da senhora.
54	Neusa	às vezes eu fico evitando até as festas da
55		igreja de ir mas agora eu sempre tô indo já
56		tô [me esforçando]
57	Ana	<del>[ah-viu?]</del> é importante se esforçar,
58		mas no seu caso também seria importante
59		buscar ajuda, já que não se trata de um
60		problema isolado, mas de uma conjuntura
61		social que vem afetando seu emocional.
62	Neusa	e eu... agora assim meu corpo tá sentindo
63		falta né, agora eu quero [hhh]
64	Ana	[hhh]
65	Neusa	e assim né o <u>corpo</u> também mas... assim eu-
66		eu quero também uma companhia e o corpo
67		também tá gritando mas aí eu já fui, já- o
68		meu médico fa- lá na clínica da família
69		ele, "não dona neusa é normal" só que não-
70		eu sei que não é fácil porque: eu não- eu
71		não sou muito de sair e também pra mim não
72		adianta: qualquer pessoa nem de qualquer
73		jeito entã:o eu tenho que esperar
74	Ana	[hhh]
75	Neusa	[hhh]
76	Ana	<del>dona neusa então olha... é::: foi muito bom</del>
77		<del>conhecer a senhora, eu acho que a senhora</del>
78		<del>tá de parabéns por tudo isso que a senhora</del>
79		<del>fez, a forma que a senhora tem levado a sua</del>
80		<del>vida e eu acho que sempre é tempo da gente</del>
81		<del>se, reinventar, né quer dizer veio seguindo</del>
82		<del>dessa forma, a senhora viu o seu filho</del>
83		<del>eria:do né, agora tá aí um homem de bem né</del>
84		<del>responsável, na luta pela vida então a</del>
85		<del>senhora tá agora colhendo os frutos do-do-</del>

86		<del>da dedicação que a senhora teve e agora</del>
87		<del>mais do que nunca tá na hora da senhora se</del>
88		<del>dedicar à senhora mesma não é verdade?</del>
89		((Validar a narrativa como um relato de
90		saúde e fornecer encaminhamento psicológico
91		à paciente.))
92	Neusa	é
93	Ana	então graças a deus olha <del>a sua saúde tá</del>
94		<del>boa... pressão, a pressão deu um tiquinho</del>
95		<del>mais acima do normal, tá? deu catorze com</del>
96		essa mudança de hábitos que a senhora disse
97		que quer fazer, e a ajuda profissional, sua
98		saúde pode se restabelecer. mas também é
99		importante observar atentamente a pressão
100		arterial, pois ela deu um pouco acima do
101		normal, tá? deu catorze
102	Neusa	mas é <u>sempre</u> assim
103	Ana	uhum
104	Neusa	quando eu vou no médico
105	Ana	<del>é ((Entonação de corte.))</del>
106	Neusa	há décadas [é sempre catorze]
107	Ana	<del>{dá aquela subidinha, tá}</del>
108		<del>((Entonação de corte.))</del>
109	Neusa	até a doutora joice da clínica da família
110		falava que era alta. aí mandava eu fazer...
111	Ana	<del>ficar medindo... ((Entonação de corte.))</del>
112	Neusa	é... quando eu media todo dia dava menos um
113		pouco, doze
114	Ana	é, porque nessa situação aqui sempre é uma
115		situação de emoção né?
116	Neusa	uhum
117	Ana	a pressão costuma subir sim
118	Neusa	mas isso há muito tempo=
119	Ana	=tá. ((Entonação de corte.)) então a
120		senhora só fica de olho, a senhora já tem
121		esse alerta né? então a senhora só fica de
122		olho. por que eu estou falando isso? porque
123		a senhora tem uma história na família e
124		porque há uma <u>tendência maior para a</u>
125		<u>pressão alta em mulheres negras</u>
126	Neusa	uhum
127	Ana	então a senhora tem uma chance maior dessa
128		pressão vir a se tornar mais alta
129	Neusa	uhum

130	Ana	então como a senhora já está fazendo esse
131		contro:le vai observando direitinho...
132		realmente encontrando o médico ela sobe
133		me:smo, que a gente sabe né?
134	Neusa	uhum
135	Ana	tem essa parte da afliçã:o de estar na
136		consulta, a ansiedade... então a senhora
137		continua de olho nisso
138		((A médica prossegue com orientações sobre
139		a prevenção ao câncer de mama por 02'02",
140		enquanto a paciente a escuta.))
141	Ana	e parabéns aí tá pelo seu filho. ↑tudo de
142		bom. ((Este é o encerramento da consulta.))

O segundo exercício nos trouxe oportunidades de avançar no *continuum* de empatia, de uma coconstrução leve para a escuta empática. Primeiramente, retiramos as interrupções de falas sobre sexualidade; em seguida, elucidamos vozes opressoras sobre a conduta a ser adotada pela mulher que se torna mãe e o comportamento esperado de mulheres negras trabalhadoras. Além de elucidar tais vozes, as confrontamos, tirando a carga *individual* desses problemas e situando-os em uma conjuntura *social*.

Depois disso, por meio de respostas específicas para os problemas relatados pela paciente e de sugestões de condutas de saúde, bem como pela consideração às suas identidades sociais, demonstramos um dos modos pelos quais a escuta empática poderia ser evidenciada na coconstrução da narrativa.

No encerramento, retiramos as interrupções de falas sobre a hipertensão e demos mais ênfase às recomendações de atenção a essa característica, em virtude da recorrência discursivizada e enfatizada pela própria paciente (mas é sempre assim, linha 102) e dos estudos que indicam que este não é um caso isolado, mas reflete a experiência de um grupo social<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Conforme já discutimos no capítulo anterior, na seção 6.5.2 (“O reconhecimento dos efeitos do racismo na saúde das pacientes”).

## 7.3.3

## Releitura da Narrativa 5 — Trajetória profissional

Diferentemente da última releitura que apresentamos, nesta interação (Consulta 2, Excerto 2), com a paciente Carla, a médica Ana participou mais ativamente da construção das narrativas e demonstrou interesse e engajamento em diversos tópicos selecionados, como a rotina de trabalho da paciente, a família com a qual ela trabalha, as viagens dos seus patrões.

É crucial lembrar, ainda, que nesta interação foi enunciada a frase a senhora é parte da família né? (Consulta 2, Excerto 2, linha 38), que interpretamos na análise como uma manifestação explícita da voz do racismo estrutural, por meio do discurso “mulheres negras não precisam de direitos trabalhistas”.

Desta forma, aplicando uma lente de letramento racial crítico à interação, apresentamos a seguinte sugestão de desdobramento:

## Consulta 2, Excerto 2 - Exame clínico e Diagnóstico (aplicação de letramento racial crítico)

01	Ana	agora vamos deitar um <del>pouquinho</del> pouco? (5) eu
02		tô examinando a senhora e ao mesmo [tempo]
03		fazendo um exame...
04	Carla	[uhum]
05	Ana	vou terminar fazendo o exame da mama tá bom?
06	Carla	uhum
07	Ana	(3) a senhora, o fun- o intestino funciona
08		normalmente?
09	Carla	normal
10	Ana	(4) <del>deixa eu ver aqui o olhinho?</del> pode
11		levantar um <del>pouquinho</del> pouco os olhos? (3)
12		↑ó:timo. pode colocar. isso... a perna da
13		senhora costuma inchar?
14	Carla	às vezes sim
15	Ana	é:?
16	Carla	é, eu trabalho também oito horas de serviço
17		né?
18	Ana	hum, a senhora fica mais em [pé] ou mais
19		sentada?=-
20	Carla	[fi:co]
21		=fico mais em pé

22	Ana	com o que a senhora trabalha?
23	Carla	°eu trabalho em casa de família°
24	Ana	hum, aí <del>fica pra lá e pra cá né?</del> tem que
25		ficar em pé e fazendo esforço a maior parte
26		do dia né?
27	Carla	eu trabalho há vinte e cinco anos
28	Ana	<u>ah:</u> é:~? com a mesma família?
29	Carla	<u>sim</u> , já vou me aposentar
30	Ana	o:~lha, ↑que maravilha. mas vai continuar
31		depois de aposentar com e:les?
32	Carla	eu queria sair, mas eles não querem que eu
33		saia ((Fala lisonjeada.))
34	Ana	hhh mas é bom lembrar dos seus direitos
35		profissionais e cuidar da vida pessoal também
36		não é?
37	Carla	eu criei <praticamente> a sandra
38	Ana	é:~?
39	Carla	a filha mais nova
40	Ana	a filha mais nova?
41	Carla	tá viajando...
42	Ana	é:~? <del>(1) ah, a senhora é parte da família né?</del>
43	Carla	é. ela tá viajando, tava nos estados unidos
44		ela me mandou uma mensagem "↑ai tô com
45		saudade do feijão"
46	Ana	hhh ela tá morando fo:ra? tá estudan:do?
47	Carla	<u>não</u> , ela viaja muito que ela é advogada ela
48		viaja
49	Ana	ah: se:i... (1) entendi.
50	Carla	(1) ela gosta de feijão e de arroz
51	Ana	ah: é:~? hhh
52	Carla	uhum
53	Ana	(6) não tem nada como uma comidinha de casa
54		né?
55	Carla	<u>não</u>
56	Ana	(1) °ela tá onde agora?°
57	Carla	ela tá na frança
58	Ana	°ah: si:m°
59	Carla	foi com o irmão, que o irmão é médico aí ela
60		foi com ele

61	Ana	e vão ficar muito tempo?
62	Carla	já estão há quase um mês lá, vão voltar dia
63		treze de dezembro
64	Ana	ainda volta a tempo do natal né?
65	Carla	aí chega e já vai viajar de novo com os pais
66	Ana	↑ <u>meu de::us</u>
67	Carla	ela vai ficar acho que uns dez dias aqui no
68		rio só
69	Ana	(3) tá ótimo. ↑vamos sentar? pode colocar a
70		sua <del>roupinha</del> roupa. (1) seu exame físico tá
71		<u>quase</u> todo normal viu?
72	Carla	tá
73	Ana	(1) pulmão, coração... [só a pressão]...
74	Carla	[eu não fumo, eu não bebo]
75	Ana	isso, isso é muito bom
76	Carla	então pra mim [é... não é difícil]
77	Ana	[é, é verdade] (15)
78		↑perfeito. (10) tá tudo direitinho no exame,
79		só a pressão que deu um pouquinho alterada
80		<del>&lt;mas:&gt;... né?</del> e é importante acompanhar
81	Carla	uhum
82		((Nos próximos 02'38", a médica prossegue com
83		orientações sobre a prevenção ao câncer de
84		mama: como fazer o autoexame das mamas,
85		cuidados com a alimentação, importância dos
86		exercícios físicos, benefícios de se evitar o
87		consumo de álcool e fumo, importância da
88		mamografia anual. Acrescenta, antes da
89		despedida, que a paciente deve continuar
90		acompanhando sua pressão arterial e verificar
91		o resultado do exame de colesterol, para
92		saber se será necessário administrar
93		medicação.))

O exercício de participar da coconstrução dessa narrativa, juntamente como Carla e Ana, nos levou a retirar diminutivos (que podem ser interpretados como uma infantilização da paciente), uma ambiguidade (que pode ser interpretada de forma ofensiva/invasiva) e uma infiltração do discurso racista na interação (sobre a performance da “mãe preta”).

Ademais, ampliamos o escopo de vozes na conversa, trazendo informações sobre os *direitos* trabalhistas da paciente e sobre sua *subjetividade*; e também enfatizamos, como na releitura anterior, a recomendação de atenção à hipertensão.

### 7.3.4

#### Releitura da Narrativa 6 — Gastrite e insônia

Prosseguindo num movimento crescente de demonstração de empatia pela médica Ana, agora, nesta interação com a paciente Telma (Consulta 3, Excerto 1), vimos que ela foi capaz de reconhecer fatores externos, de cunho social, que estavam afetando a qualidade de vida e a saúde da paciente.

Ainda assim, é possível acrescentar à coconstrução da narrativa o reconhecimento da especificidade da experiência sociorracial de Telma e sua família, formada por mãe, pai e filhos negros, moradores de uma comunidade que sofre com constantes incursões policiais violentas<sup>44</sup>. Ademais, na base da fala da paciente, nas linhas 28-33, está o discurso racista segundo o qual “pessoas pretas vendem drogas e são criminosas, portanto, devem ser perseguidas, presas e mortas pela polícia”:

eu tava aqui agora ligando pro meu filho que eu saí  
tava tudo calmo agora teve tiroteio lá e o meu filho  
sozinho, eu mandei o outro pegar ele dentro de casa.  
aí eu fico nessa angústia.

A angústia de Telma foi explicada em outras partes da geração de dados: deve-se ao medo de o filho menor de idade, estudante e negro ser encontrado pela polícia sozinho em casa, durante uma “operação policial”, ser confundido com um traficante de drogas e, na melhor das hipóteses, levado para uma delegacia ou, como infelizmente é comum nesse contexto social, assassinado injustamente.

Com essas informações em vista, vamos para a releitura da narrativa:

---

<sup>44</sup> Informações registradas nas notas de campo da pesquisa.

## Consulta 3, Excerto 1, parte 1 - Anamnese (aplicação de letramento racial crítico)

01	Ana	então a senhora tem esse probleminha do
02		estômago há três meses, e aí procurou o
03		médico [né]?...
04	Telma	[é]
05	Ana	fez exames, e vem se tratando né?
06	Telma	vem se tra- me tratando <agora tô> bem
07		melhor graças a deus
08	Ana	(14) ((Durante a pausa, a médica registra o
09		histórico na ficha da paciente.)) a senhora
10		sente mais alguma coisa, além desse
11		probleminha que a senhora tem... é... no
12		estômago né? que é uma v- que é uma
13		gastrite...
14	Telma	°essa aqui que eu tomo ó° ((Paciente mostra
15		a caixa do medicamento para a médica.))
16	Ana	°tá. aí a senhora tá usando essa medicação
17		né?°
18	Telma	°é. durante um mês.° <↑e ela> passou também
19		um remédio homeopata, da homeopatia <u>por quê?</u>
20		porque como tá essa agitação na vizinhança
21		[e tal], aí atacou meu estômago=
22	Ana	[°↑hum...°]
23	Telma	=<mas o estômago> foi mais por causa
24		disso...
25	Ana	ainda [piora] né? essa parte da ansiedade
26		né?...
27	Telma	[↑piora]
28		é, e na minha <u>porta</u> ... aí eu fico... eu tava
29		aqui agora ligando pro meu filho que eu saí
30		tava tudo calmo agora teve tiroteio lá e o
31		meu filho sozinho, eu mandei o outro pegar
32		ele dentro de casa. aí eu fico nessa
33		angústia.
34	Ana	é, aí não tem estômago que resista né? (4)
35		°entendi°. é... não é fácil né, dona telma,
36		<del>[a gente tem que] ir levando né?...</del>
37		[ser perseguido] por causa da cor da pele...
38	Telma	[°não é, não°]
39		justamente...
40	Ana	mas a senhora tá se sentindo melhor?= =↑não, tô...=
41	Telma	=↑não, tô...=
42	Ana	=dentro do possível? tá. tá sentindo também,
43		com todas essas conturbações que têm, <del>que</del>
44		<del>não é só aqui na vizinhança não, é em todos</del>
45		<del>os lugares né?</del> em muitos lugares, mas perto
46		da casa da senhora acontecem de forma tão

47		intensa né?
48	Telma	°uhum°
49 50 51 52 53	Ana	e... aqui claro que é um foco, que a senhora tá dentro né? infelizmente... mas a senhora, com essas medicações a senhora consegue levar isso de uma forma [melhor?...] tá se sentindo mais...? =
54 55 56 57 58	Telma	[°levo, levo°] =que ela me deu o remédio, acho que esse remédio da homeopatia deve ser pra <porque eu contei a ela> deve ser pra dormir porque eu não estava conseguindo dormir de <u>noite</u>
59 60	Ana	(3) °e a senhora agora tá?° = ((Tom sentido na fala da médica.))
61	Telma	=°tô° =
62 63 64 65 66	Ana	=°°tá°° ((Pronúncia aspirada, como um suspiro de alívio.)) ((A médica prossegue a anamnese com perguntas sobre medicações, cirurgias e histórias de doenças na família da paciente.))

Desta feita, nosso exercício busca desnaturalizar a violência estatal de base racista, que subjaz à narrativa da paciente, além de reconhecer que as diferenças sociorraciais geram privilégios para uns e expropriação de direitos básicos de cidadania para outros.

### 7.3.5

#### Releitura da Narrativa 10 — O vizinho que estuprava a própria filha

Nesta seção, passaremos para a consulta da paciente Sara, conduzida pela médica Marta. Abordaremos a parte 2, do Excerto 1, da Consulta 4, na qual a paciente conta para a médica o motivo pelo qual não quis se casar novamente, após ter ficado viúva. Antes disso, já havia contado a história de adoecimento e morte do marido, e depois, ainda contou sobre o esforço que fez para criar as filhas sozinha.

Essa narrativa, de acordo com nosso *continuum* de escuta, foi classificada como uma coconstrução leve, na qual a médica apenas acenou gentilmente para as colocações da paciente. Quanto a isso, nesta consulta, destacamos o papel de “boa

ouvinte” de Marta para as narrativas pessoais de Sara, que muitas vezes eram apenas contextualizações de sua experiência, sem representar queixas ou quadros de saúde.

Portanto, apesar de a coconstrução leve, em casos como este, não ser uma atitude reprovável, apresentaremos, na sequência, uma proposta de enriquecimento da interação por meio de falas informadas pelo letramento racial crítico. Isso porque o que a paciente descreveu como uma mera “escolha” de vida pode ser lido como um efeito conjunto do racismo e do heteropatriarcado na experiência de mulheres negras, que são vítimas de 73% dos casos de violência sexual no Brasil, segundo um estudo feito na UFBA, com dados de 2017<sup>45</sup>.

Assim, segue a proposta de releitura:

Consulta 4, Excerto 1, parte 2 - Anamnese (aplicação de letramento racial crítico)

57	Marta	e a senhora não casou de novo?
58	Sara	não
59	Marta	não? não quis casar?
60	Sara	quis não filha sabe por quê? eu vi um pai estuprando seus filhos- suas filhas, eu morava perto dum vizinho que ele já tá com deus >ma:::s< a esposa dele é viva, e ela foi trabalhar aqui pra baixo e ele de vez em quando a filha tinha que sair correndo quando ele começava porque tinha muito filho ele, aí ele botava os filhos pra fora “ah, vamos brincar” a menina já era grandinha ela já pulava pela janela porque sabia que ele ia ↑pegar ela tá? essa menina ficou doente da cabeça, ela mora lá pro lado de minas a mãe mudou pra lá, que a mãe tinha muito filho coisa e outra aquela coisa da favela essa coisa que vai tomando: esse lado ruim, ela “eu vou embora com meus filhos daqui”, foi isso- hhh foi isso que a tirou de lá. e essa menina ficou doen:te da cabeça,=
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78	Marta	<del>=e a s=</del> ((Tenta tomar o turno.))
79	Sara	=pera aí, ((Recusa a interrupção da médica.)) os pais estão estuprando os filhos ↑eu vou arrumar marido pra botar pra estuprar as minhas filhas? ↑não, deixa as
80		
81		
82		

<sup>45</sup> Ver: <https://atarde.com.br/bahia/a-cor-da-violencia-mulheres-negras-sofreram-73-dos-casos-de-violencia-sexual-no-brasil-em-2017-diz-estudo-1112099> .

83		minhas filhas aqui.
84	Marta	entendo. essa situação é lamentável, mas o
85		relato da senhora faz todo o sentido porque
86		as mulheres negras são as maiores vítimas de
87		violência sexual no brasil. felizmente
88		existem exceções, mulheres negras que formam
89		famílias estruturadas, mas essa não é a
90		regra em nosso país.

Neste exercício, retiramos a interrupção à narrativa da paciente e acrescentamos marcas de compreensão e validação pessoal ao discurso da médica. Também propusemos uma ampliação do escopo de vozes trazidas à tona, ao situarmos a experiência relatada pela paciente nos dados referentes ao seu grupo social, e oferecemos um olhar de resistência à norma, mostrando que essa voz opressora pode ser contestada pela experiência de outras mulheres negras.

### 7.3.6

#### **Releitura da Narrativa 11 — As dificuldades financeiras de uma mãe que é chefe de família**

A narrativa a seguir foi originalmente contada logo após a narrativa que acabamos de revisitar: é a parte 3, do Excerto 1, da Consulta 4, da qual participaram a paciente Sara e a médica Marta.

Assim como na narrativa em que Sara contou por que não se casou novamente após a morte do marido, agora, ao falar sobre as dificuldades materiais enfrentadas pela família naquela fase da vida, entendemos que houve uma coconstrução leve na interação. A médica portou-se como uma boa ouvinte, com uma postura cordial e acolhedora, mas sem contribuir diretamente com a formulação das ideias apresentadas.

Como Sara nos relatou, a partir do momento em que o marido adoeceu, e depois, quando ela se tornou uma mulher viúva, o trabalho dela era a única fonte de sustento da casa e o retorno financeiro que recebia era pequeno, perto do esforço empreendido. Logo, continuaremos nossa proposta de enriquecimento da interação por meio de inserções informadas pelo letramento racial crítico, visto

que não é casual uma mulher negra, chefe de família ser mal paga pelo seu trabalho no contexto social da narradora<sup>46</sup>.

Destarte, vamos à reconstrução do excerto:

Consulta 4, Excerto 1, parte 3 - Anamnese (aplicação de letramento racial crítico)

83	Sara	aí eu cuidei delas, trabalhando eu na casa
84		da madame, passando aperto que tinha dia que
85		não tinha dinheiro pra comprar pão pras
86		minhas filhas, não tinha não vou dizer que
87		tinha porque também quando o homem adoeceu,
88		ficou mais no hospital e tinha que levar até
89		dipirona pro hospital porque lá não tinha.
90	Marta	uhum pois é, uma situação tão difícil, que
91		deve ser ainda mais desafiadora num país que
92		paga menos para mulheres negras e discrimina
93		mulheres que são chefes de família.
94	Sara	e era lá em santa maria, ele adoeceu pra lá
95		mas morreu no miguel couto. aí:: as crianças
96		tinham que passar fome né porque ou cuidava
97		do homem ou cuidava das crianças que tavam
98		bem. vivas com saúde e ele tava doente então
99		tinha que levar as coisas to:das, agora eu
100		não entro mais em hospital mas na época dele
101		eu entrava levava muita fruta muita coisa,
102		porque: a comida lá no hospital não era
103		essas coisas não- é o gove:rno não é mau de
104		hoje. a pessoa fala "↑ah mas é fulano de
105		tal" não o governo não é mau de hoje não,
106		porque eu sou viúva há vinte e oito anos. e
107		antes eu já levava coisa pro meu marido.
108	Marta	uma luta muito solitária, com pouco apoio,
109		né dona sara?

No sexto exercício de letramento racial crítico que nos propusemos a fazer, passamos o excerto de uma coconstrução leve para uma coconstrução ativa, com o reconhecimento de vozes opressoras na narrativa da paciente e com a ampliação do escopo de vozes evidenciadas, avançando, assim, no *continuum* de escuta empática.

Em primeiro lugar, validamos o discurso distópico de Sara; logo após, contextualizamos sua experiência como um fato comum a outras mulheres negras

<sup>46</sup> Ver:

[https://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com\\_acymailing&ctrl=archive&task=view&listid=10](https://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com_acymailing&ctrl=archive&task=view&listid=10) e <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-03/negros-e-mulheres-chefes-de-familia-sao-maiores-vitimas-da-pandemia> .

e chefes de família; finalmente, ampliamos as possibilidades de leitura dos eventos narrados, ao trazermos para a cena a necessidade de políticas públicas (“apoio”) que deem suporte a mulheres em situações semelhantes à apresentada pela paciente.

### 7.3.7

#### Releitura da Narrativa 15 — A neta “problemática”

Chegamos à última narrativa desta seção de releituras, que faz parte da última consulta selecionada no corpus de nosso capítulo de análise, que contou com a participação da paciente Hilda e da médica Paula (Consulta 5, Excerto 1).

Nesta consulta, em que identificamos fortes marcas de empatia na coconstrução da narrativa empreendida por Paula, Hilda desabafou que vinha se sentindo deprimida, porque achava que sua neta tinha má índole, já que a adolescente costumava bater violentamente nos irmãos menores, além de rebelar-se contra a mãe e ter largado a escola.

Seguindo o movimento iniciado e mantido nas duas narrativas anteriores, na proposição a seguir, não temos uma crítica direta à condução de Paula, mas entendemos ser possível guarnecer ainda mais a interação, por meio do acréscimo de uma visão de *solidariedade* à experiência de Hilda. Ela não é a única mulher negra no país a relatar dificuldades na criação dos filhos/netos devido à falta de aparato estatal que dê suporte adequado às famílias monoparentais<sup>47</sup>.

Logo, vejamos uma possível forma de revisitar a referida interação:

#### Consulta 5, Excerto 1 - Anamnese (aplicação de letramento racial crítico)

81	Paula	tá. a sua preocupação é basicamente com o
82		quê? com a sua saú::de, com alguma outra
83		coisa?
84	Hilda	tenho filho né?
85	Paula	você tem um filho só?

<sup>47</sup> Ver: <https://anpocs.com/index.php/encontros/papers/34-encontro-anual-da-anpocs/st-8/st06-7/1383-ser-mulher-chefe-de-familia-monoparental-sob-os-constrangimentos-de-raca-e-etnia-classe-e-idade-relatos-singulares-experiencias-compartilhadas-entre-as-mulheres-no-brasil-na-franca-e-no-japao/file> .

86	Hilda	não, são quatro
87	Paula	quatro filhos?
88 89	Hilda	só o mais novo é que mora comigo, há dezoito anos. as outras são casadas.
90 91	Paula	os outros são casados. mas assim mesmo você tem preocupação?
92	Hilda	tenho preocupação, é.
93 94 95 96	Paula	e essa preocupação não foi pior? aconteceu alguma coisa, de um mês pra cá? não né? ou você acha que teve alguma preocupação maior nesse período, de um mês pra cá?
97 98 99	Hilda	não... eu me preocupo, assim... eu tenho uma neta que ela é, ela é, assim, adolescente, tem dezessete anos
100	Paula	hum...
101 102	Hilda	aí ela não se dá, assim, muito com a mãe dela
103	Paula	tá...
104 105	Hilda	aí:: briga sempre com a mãe, não quer ajudar a mãe...
106	Paula	hum...
107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117	Hilda	aí não quer, abandonou a escola... aí o pai dela sumiu, ela acha que a mãe dela que é a culpada... e a mãe dela não mora com o pai dela não. a mãe dela tem outro marido, são separados. só que:... o pai dela é casado com outra esposa, o pai dela tá sumido aí ela acha que a mãe é culpada. e aí fica brigada com a mãe de:la bate à beça nos irmãos dela, que ela tem dois irmãos pequenos, aí quando a mãe pede pra olhar ela bate, soca as crianças.
118	Paula	ela tem um [comportamento] mais agressivo?= [é]
119 120 121	Hilda	=tem que tá tirando as crianças dela pra não [judiar]=
122	Paula	[uhum]
123 124	Hilda	=que ela pega as crianças é pra <u>bater</u> ↑mesmo.
125	Paula	certo...
126 127 128 129 130 131	Hilda	bate como se estivesse batendo num adulto. (1) aí eu tenho que... uma vez ela deixou as crianças tava eu com ela em casa até a mãe voltar. aí ela foi lá e tava dando só socão na menina, a menina tem seis anos. e ela tem um pequenininho também de dois anos. aí eu

132		fui falar com ela "não é assim, dora, você
133		vai ter filho ainda, você tem que tratar bem
134		dos seus irmãos pra sua mãe, °se alguém vier
135		olhar vai meter a mão em você". mas só
136		menina levada, danada, não estuda...°
137	Paula	e ela tem dezessete anos... estuda?
138	Hilda	não, ↑largou a escola.
139	Paula	e ela tá com <u>responsabilida:de</u> sobre os
140		irmãos?
141	Hilda	é. ela, agora a mãe dela deixa e pede pra
142		ela olhar, mas a gente tem que ficar de
143		olho, porque <u>do nada</u> ela... pega as crianças
144		e arrebenta as crianças no pau.
145	Paula	é, tem que ver que ela é uma: adolescente
146		né?...
147	Hilda	verdade...
148	Paula	com uma responsabilidade gran:de é... e tem
149		que haver uma forma de entender também...
150	Hilda	[é verdade]
151	Paula	[<o lado dela>]. e o que que você acha
152		disso? não é?
153	Hilda	é...
154	Paula	é uma situação complicada né?
155	Hilda	eu falo pra ela assim "↑vai estudar", ela
156		diz "vó, eu quero trabalhar", "mas como é
157		que você vai trabalhar se você largou os
158		estu:dos? a maioria dos trabalhos agora
159		estão pedindo escolaridade ↑e você não tem
160		nada".
161	Paula	é...
162	Hilda	aí fica aí em cima do tempo, só dormindo, e
163		quando pede pra olhar as crianças não olha
164		não, quando não quer não olha não, sai até
165		na frente pra não olhar as crianças.
166	Paula	°entendi...°
167	Hilda	é isso, eu estando em casa, eu ainda olho,
168		porque agora eu estive de férias quinze
169		dias, vinte dias, mas já voltei a trabalhar.
170		eu até falei com a minha filha, eu tava em
171		casa eu dava uma olhada neles, ago:ra...
172	Paula	tem que conversar com ela né? [porque] ela
173		tá=
174	Hilda	[tem]
175	Paula	=deixando de ter a vida dela pra [cuidar]
176		dos irmãos...
177	Hilda	[é]

178	Paula	e isso é [difícil] pra ela também não é?
179	Hilda	[é difícil] ela
180		fala "↑eu não tenho filho, ↑o filho é da
181		minha mãe", "mas é da sua mãe, mas são seus
182		irmãos, são seu sangue"
183	Paula	complicado né, hilda? no nosso país mulheres
184		negras chefes de família já têm que fazer um
185		esforço enorme para criar os filhos, ainda
186		mais sem o apoio de creches...
187	Hilda	é.
188	Paula	bom... é... preciso observar com atenção
189		esse seu humor deprimido, hilda, porque
190		mulheres negras têm mais tendência a
191		depressão. alguma outra coisa que você
192		queira me referir, de senti:r, algum outro
193		sintoma que você te:nha? [alguma] outra
194		que:ixa?
195	Hilda	[não, eu tô s...]
196		é um calor que eu sinto
197	Paula	é calor né? depois da menopausa?
198	Hilda	é.

No último exercício de aplicação das propostas da pesquisa que empreendemos neste capítulo, ressaltamos que a disponibilização de uma narrativa longa, coconstruída e quase sem intervenções fala por si só, mostrando que é possível escutar e interagir com empatia no consultório médico.

Ainda assim, nossos acréscimos visaram à ênfase do sentido de solidariedade e coletividade, como já mencionamos na apresentação do excerto. Procuramos contextualizar as experiências de Hilda como as de mulheres negras, chefes de família, pertencentes a um grupo social com mais tendência a desenvolver hipertensão, além de mostrar a falta de políticas públicas que deem suporte às necessidades realçadas pela paciente.

Dessa maneira, acreditamos que a carga emocional negativa de suas preocupações individuais possa ser, pelo menos um pouco, aliviada e contestada.

### 7.3.8

#### **Uma reflexão sobre o reposicionamento trazido pela lente do letramento racial crítico às respostas do capítulo de análise**

Para finalizar esta proposta de aplicação da pesquisa, atualizaremos as respostas às perguntas de pesquisa **2, 3 e 4** (6.3.3, “Respostas da análise”), que dizem respeito ao marcador social raça e ao racismo, levando em consideração as modificações que realizamos nas narrativas anteriores. O objetivo dessa prática será expor os benefícios que o letramento racial crítico pode trazer à saúde das mulheres negras em situação de vulnerabilidade social.

Vale lembrar, ainda, que a seção de discussão dos resultados da análise (6.4) lançou novos olhares e provocações a respeito das respostas da pesquisa. Nesta seção, portanto, apresentaremos reflexões afins à discussão dos resultados, feita no capítulo anterior a este.

#### **2) Existem configurações de racismo estrutural nas narrativas das pacientes? Em caso afirmativo, há reconhecimento/ resposta das médicas?**

A voz do racismo estrutural atualizou-se em consultas conduzidas por Ana e Marta, no corpus analisado nesta pesquisa. A partir da aplicação da lente do letramento racial crítico nas narrativas, verificamos que não só é possível reconhecer essa voz e responder a ela nas consultas em que ela aparece vividamente, como também é possível enriquecer narrativas em que a voz do racismo estrutural aparece de modo indireto, como no caso da narrativa vicária da neta de Hilda (Consulta 5).

Esse reconhecimento auxilia no alívio da noção de culpa individual que as pacientes possam ter em relação às suas queixas de saúde, coloca em jogo a falta de políticas públicas que as amparem e também as insere em uma rede social de pessoas com questões similares às suas, construindo um sentido de solidariedade.

**3) Em suas falas, as médicas reproduzem discursos racistas? Confrontam-nos? Quais desses discursos aparecem na interação?**

O olhar do letramento racial crítico permitiu o combate aos discursos racistas infiltrados nas interações em análise e impediu a reprodução de discursos com esse teor, como o da negação de direitos trabalhistas às trabalhadoras negras, o do “celibato” forçado das mulheres negras, o do *locus social devido* em funções braçais e servis e o da culpa individual de mulheres chefes de famílias monoparentais que não têm acesso a creches e instituições públicas de apoio à criação dos filhos.

**4) Há ocorrências de orientações de saúde que considerem e mencionem as especificidades raciais das pacientes negras?**

Vimos nas seções anteriores que, a partir do letramento racial crítico, seria possível informar às pacientes Neusa e Hilda que as mulheres negras têm maior probabilidade de apresentarem hipertensão e transtornos psicológicos, respectivamente. Essa informação poderia conduzir as pacientes a um estado de maior alerta quanto à necessidade de cuidado e acompanhamento especializado para suas queixas de saúde e bem estar, minimizando o risco de crises.

Em vista de tais observações, percebemos os benefícios à saúde que o letramento racial crítico de profissionais de saúde/medicina pode trazer às mulheres negras, particularmente àquelas em situação de vulnerabilidade, como o grupo social participante desta pesquisa. Ademais, é por meio desse tipo de letramento que os profissionais em questão podem engajar-se, efetivamente, em uma prática antirracista no atendimento ao paciente, adotando a escuta qualificada e fornecendo respostas enriquecedoras e informadas, também, pela perspectiva sociorracial.

## 8

### **Palavras finais, *por enquanto*: sobre as contribuições, a relevância, as limitações e os possíveis desdobramentos desta pesquisa**

Todos eram parentes por ali. Desde que os negros haviam ganho aquelas terras, ninguém tinha chegado e eles se casavam entre si. Eram parentes, talvez, desde sempre, desde lá de onde tinham saído. Ela decidiu, então, que iria rever os outros, aqueles que também eram os seus.

Conceição Evaristo, *Ponciá Vicêncio*

A sua preocupação é basicamente com o quê? Com a sua saúde, com alguma outra coisa?

Médica Paula, *consulta 5, dados da pesquisa*

O presente trabalho integra a frente de pesquisa linguística, juntamente com frentes de medicina, serviço social e outras especialidades da saúde, em um projeto acadêmico-social empreendido por pesquisadoras e pesquisadores de uma universidade carioca. O objetivo primário do projeto foi promover a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama em comunidades do Rio de Janeiro, contribuindo, também, para a acessibilidade aos exames clínicos, laboratoriais e de imagem por parte de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Tomando o referido projeto como ponto de partida, nesta pesquisa, nos propusemos a trazer a variável *raça* para o debate, que já contava com reflexões a respeito de desigualdades sociais e de gênero, além de uma ampla circulação de discursos sobre humanização nos atendimentos de saúde (Ostermann; Meneghel, 2012). Aqui, cabe dizer que a centralização da raça na pesquisa apenas segue o padrão que verificamos nas características do grupo social participante do projeto: as mulheres que buscaram a ajuda médica e o apoio social oferecidos eram majoritariamente negras e as médicas que se voluntariaram a atendê-las eram, em sua totalidade, brancas.

Deste modo, nosso objetivo geral foi contribuir para a melhoria na comunicação médico(a)-paciente, a partir da observação de discursos sobre

raça e racismo nas interações que acompanhamos e analisamos ao longo de nosso trabalho.

A partir desse objetivo mais amplo, elegemos as narrativas como dado de interesse, devido ao seu caráter organizador do discurso e da experiência, permitindo a observação, simultaneamente, de aspectos da vida social e da performance identitária dos interlocutores (Bastos, 2005; 2008; Nóbrega; Abreu, 2021). Assim, investigamos a qualidade da escuta/recepção (Bucholtz, 2009; Araújo Ferreira, 2014) das médicas brancas, quando em contato com as narrativas pessoais contadas pelas pacientes negras, visto que a branquitude (Bento, 2002) pode funcionar como um filtro de atenção que promove a seleção de temas autocentrados e exclui as diversidades, invisibilizando ou emoldurando de forma depreciativa as experiências de pessoas não brancas.

A partir dessa base, procedemos à análise qualitativa e interpretativista do corpus (Denzin; Lincoln, 2006), avaliando a disposição das médicas em escutarem narrativas pessoais, bem como os tipos de respostas que deram às pacientes: mais ou menos reflexivas, mais ou menos especializadas, mais ou menos engajadas com sua realidade social. Na maioria dos casos, a coconstrução (Launer, 1998; Ribeiro, 2001) foi um indício de empatia (Oliveira; Jesus; Junqueira; Uchôa-Figueiredo, 2016) na escuta e, conseqüentemente, na interlocução da médica. E quanto mais empáticas as performances das profissionais, verificamos que mais precisas e específicas as orientações de tratamento se mostraram.

Na sequência, apresentamos a importância do letramento racial crítico (Borret et al., 2020; Ferreira, 2014) para que profissionais brancos e brancas sejam capazes de gerenciar adequadamente as interações inter-raciais na área da atenção à saúde. Assim, pudemos passar para a proposta de aplicação da pesquisa (Borba, 2011; Moita Lopes, 2021): realizamos intervenções, com foco no marcador social raça e nos discursos do racismo estrutural (Almeida, 2019), em um recorte das narrativas analisadas, com vistas à indicação de caminhos possíveis para o enriquecimento da escuta empática, tanto entre as profissionais participantes da pesquisa, quanto entre os profissionais de saúde e medicina que desejarem se aproximar deste texto com tal finalidade.

Assim, entendemos que a pesquisa pode contribuir com a formação de profissionais de saúde comprometidos com a prática profissional antirracista, o

que pode gerar reflexos, inclusive, nas políticas públicas do setor, no que tange ao atendimento especializado e racializado das mulheres negras (Werneck, 2010).

Além disso, a centralização da branquitude na discussão sobre raça também tem o potencial de contribuir criticamente para a exposição e o questionamento dos lugares sociais ocupados pelas mulheres brancas e as mulheres negras na promoção da saúde, evidenciando a atualidade e a pertinência das políticas de inclusão acadêmica e profissional, que têm sido ameaçadas contemporaneamente por governos conservadores e pelo discurso da meritocracia (Littler, 2018).

Finalmente, vale destacar a contribuição da pesquisa para seu campo de origem — a análise de narrativas (Labov, 1972; Riessman, 1993; Mishler, 2002; Bastos, 2005) —, ampliando os modos de investigar a *recepção* nas narrativas interacionais, por meio do **continuum de escuta** (da escuta narcísica à escuta empática) que apresentamos no capítulo 7.

A esse respeito, ressaltamos, ainda, que esta tese promove o deslocamento do interesse investigativo da mulher negra, costumeiramente superexposta em pesquisas acadêmicas e ocupante do lugar de “objeto da pesquisa”, para a mulher branca, cuja branquitude muitas vezes é ocultada nas pesquisas, visto a ocupar frequentemente o lugar da “pesquisadora responsável pelo estudo”. Tal movimento alinha-se às reflexões de Cida Bento (2002) e Gabriel Nascimento com Joel Windle (2022), entre outros autores, sobre os privilégios da branquitude na academia. Desta forma, o presente trabalho busca constituir-se como uma prática decolonial (González, 1984; 2020; Lugones, 2008; 2014; Segato, 2012) na análise de narrativas.

Portanto, dadas as contribuições trazidas pela pesquisa, reiteramos sua relevância social para a igualdade e a justiça racial, já que enfatiza a **prática antirracista reiterada** (conforme desenvolvemos no capítulo 7) na atenção à saúde e na investigação acadêmica.

Finalmente, é importante mencionar que as características metodológicas deste estudo inscrevem-no como um trabalho situado e qualitativo, que não se presta a generalizações. Ademais, destacamos que nossa proposta de aplicação (desenvolvida no capítulo 7) foi formulada a partir de referenciais teóricos, como, por exemplo, o embasamento conceitual do letramento racial crítico. Sendo assim, uma das limitações da pesquisa foi a impossibilidade de concluirmos os exercícios

práticos, que incluíam a presença de médicas e pacientes no trabalho de reconstituição dos excertos analisados.

A esse respeito, vale lembrar que a pesquisa transcorreu durante a pandemia de covid-19 e foi afetada pelas ações de isolamento social, adotadas pelo bem da saúde coletiva. Logo, reconhecemos que nossas propostas de letramento poderão ser aprimoradas em trabalhos futuros interdisciplinares e exploratórios, desenvolvidos com o objetivo de revisitar possíveis incompletudes.

Desta forma, entendemos que os dados publicados nesta tese têm o potencial de inseminar outras pesquisas, que contribuam para o avanço das práticas de comunicação na clínica médica e que promovam a valorização do SUS e de seus princípios no atendimento aos pacientes.

## Referências bibliográficas

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019, 152 p.

ALCOFF, Linda Martín. **The future of whiteness**. Polity Press, 2005. 200p.

ALMEIDA, Lúcio. **Racismo acadêmico no Brasil: desafios para um Direito antidiscriminatório**. Porto Alegre: Faculdade de Direito da UFRGS, 2022. 276 p. ISBN: 9786500392166.

ALMEIDA, Silvio de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019, 264 p.

ARAÚJO FERREIRA, Ermelinda Maria. **A escuta sensível das narrativas médicas**. Intersemiose — Revista Digital, a. 3, n. 5, p. 78-98, jan./jun. 2014. ISSN 2316-316X.

ASHMORE, Malcolm; MACMILLAN, Katie; BROWN, Steven D. **It's a scream: Professional hearing and tape fetishism**. Journal of Pragmatics, 36, p. 349-374, 2004.

BAIROS, Fernanda Souza de. **Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 17(2):123-153, 2008.

\_\_\_\_\_; MENEGHEL, Stela Nazareth; DIAS-DA-COSTA, JS; BASSANI, DG; MENEZES, AMB; GIGANTE, DP; OLINTO, MTA. **Racial inequalities in access to women's health care in Southern Brazil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, 2011.

BAIROS, Luiza. **Nossos feminismos revisitados**. Revista Estudos Feministas, v. 3, n. 2, p. 458-463, 1995.

BAKHTIN, Mikhail M. **Problemas da poética de Dostoiévski**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

BASTOS, Liliana Cabral. **Contando histórias em contextos espontâneos e institucionais: uma introdução ao estudo da narrativa**. Calidoscópico, v. 3, n. 2, p. 74-87, mai./ago. 2005.

\_\_\_\_\_. **Diante do sofrimento do outro: narrativas de profissionais de saúde em reuniões de trabalho**. Caleidoscópico, v. 6, n. 2, p. 76-85, 2008.

\_\_\_\_\_; BIAR, Liana de Andrade. **Análise de Narrativa e práticas de entendimento da vida social**. Delta, v. 31, p. 97-126, 2015.

BATESON, Gregory. Uma teoria sobre brincadeira e fantasia. In: Ribeiro, Branca Telles; Garcez, Pedro M. (Orgs.). **Sociolinguística interacional**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

BATTISTELLI, Bruna Moraes; RODRIGUES, Luciana; FERRUGEM, Daniela. **Branquitude e racismo na universidade**: analisando a relação entre práticas de cuidado e práticas de apaziguamento. *Abatirá - Revista de Ciências Humanas e Linguagens*, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), v. 2, n. 4, p. 549-566, jul./dez. 2021. ISSN 2675-6781.

BELIZÁRIO, Luís Vinícius. **Categorias da branquitude**: uma análise das publicações do blog do Reinaldo de Azevedo de 2006 a 2016 sobre as cotas raciais. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais), Universidade Federal do ABC, São Paulo, 2018.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Pactos narcísicos no racismo**: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BERRY, John W. Imposed etics, emies and derived emics: their conceptual and operational status in cross-cultural psychology. In: HEADLAND, Thomas; HARRIS, Marvin (Orgs.). **Emics and etics**: the insider-outsider debate. Newbury Park: Sage, 1990, p. 484-489.

BEZERRA, Selma Silva. **Letramentos em questão**: um resgate histórico. *Linguagem em Foco — Temática: Novas Tecnologias e Ensino de Línguas*, v. 9, n. 1, p. 131-139, 2017.

BLOCK, David. Unpicking agency in sociolinguistic research with migrants. In: GARDNER, Sheena; MARTIN JONES, Marilyn. **Multilingualism, discourse, and ethnography**. Nova Iorque; Londres: Routledge, p. p.47-59, 2012.

BUCHOLTZ, Mary. *Captured on tape: Professional hearing and competing entextualizations in the criminal justice system*. *Text & Talk - An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies*, v. 29, n. 5, p. 503-523, 2009. DOI: 10.1515/TEXT.2009.027.

BIAR, Liana de Andrade; ORTON, Naomi; BASTOS, Liliana Cabral. **A pesquisa brasileira em análise de narrativa em tempos de “pós-verdade”**. *Linguagem em (Dis)curso*, Tubarão, v. 21, n. 2, p. 231-251, maio/ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-210205-2920>.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Vol. 1. 11 ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998.

BONFIM, Marco Antonio Lima do. **Por uma Linguística Aplicada antirracista, descolonial e militante**: racismo e branquitude e seus efeitos sociais. *Língu@Nostr@*, Vitória da Conquista, v. 8, n. 1, p. 157-178, jan/jul. 2021.

BORBA, Rodrigo. **Interconexões entre Linguística Aplicada e práticas de atenção à saúde**: linguagem e identidades na prevenção de DSTs/Aids entre travestis profissionais do sexo. *Physis — Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1369-1400, 2011.

BORRET, Rita Helena; ARAUJO, Dagles Henrique Sartori de; BELFORD, Pollyanna Silva; OLIVEIRA, Denize Ornelas Pereira Salvador de; VIEIRA, Renata Carneiro; TEIXEIRA, Débora Silva. **Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 1, e. 0148, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200405>.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência**: uma epidemia silenciosa. Brasília: CONASS, 2008. 86 p. ISBN 978-85-89545-53-2.

BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Medicina (DCN 2014)**.

Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: atenção à saúde das mulheres negras. 1 ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2005. ISBN 85-334-0884-6.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3 ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2017. ISBN 978-85-334-2515-6.

BRASIL, Presidência da República. **Lei Complementar 150/2015**.

Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp150.htm#:~:text=LEI%20COMPLEMENTAR%20N%C2%BA%20150%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JUNHO%20DE%202015&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20contrato%20de,mar%C3%A7o%20de%201990%2C%20o%20art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm#:~:text=LEI%20COMPLEMENTAR%20N%C2%BA%20150%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JUNHO%20DE%202015&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20contrato%20de,mar%C3%A7o%20de%201990%2C%20o%20art.)>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRUNER, Jerome. **Atos de significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 [1990].

BUENO, Winnie de Campos. **Processos de resistência e construção de subjetividades no pensamento feminista negro**: uma possibilidade de leitura da obra *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2009) a partir do conceito de imagens de controle. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2019.

CAMERON, Deborah; KULICK, Don. **Language and Sexuality**. Cambridge University Press, 2003.

CAMPOS, Marcelo dos Santos. **“Hoje é Dia de Branco”**: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado à saúde. Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, João Pessoa. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2019. Disponível em:

<<https://proceedings.science/8o-cbeshs/papers/---hoje-e-dia-de-branco-----a-branquitude-de-medicos-de-familia-de-juiz-de-fora-mg-e-a-equidade-racial-no-cuidado-a-saud>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CARDOSO, Lourenço. **Branquitude acrítica e crítica: a supremacia racial e o branco anti-racista**. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8(1): 607-630, 2010. Disponível em: <<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html2010>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento**. Estudos Avançados, 17(49), p. 117-132, 2003.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida (Orgs.). **Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CARTER, Robert T.; HALL, Schekeva P.; MAZZULA, Silvia L.; SANTI-BARKET, Sinéad et al. **Initial Development of the Race-Based Traumatic Stress Symptom Scale: Assessing the Emotional Impact of Racism**. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2013. DOI: 10.1037/a0025911.

CASHMORE, Ellis. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. São Paulo: Selo Negro, 2000.

CEPAL, ONU. **Panorama Social da América Latina** (on-line), 2018. Disponível em: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44412/S1801085\\_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44412/S1801085_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 01 set. 2022.

CHARON, Rita. **Narrative medicine: honoring the stories of illness**. New York: Oxford University Press, 2006.

CHEN, Jun Mian. **The contentious field of whiteness studies**. Journal for Social Thought, 2(1), dez. 2017.

CLARK, Jack; MISHLER, Elliot. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, Branca Telles; LIMA, Cristina Costa; DANTAS, Maria Tereza Lopes (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001.

COLLINS, Patricia Hill. **Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment**. 2 ed. Nova Iorque: Routledge, 2000. ISBN: 0-203-90005-7.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics**. University of Chicago Legal Forum: v. 1989, n. 1, article 8. p. 139-167, 1989. Disponível em:

<<http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>>. Acesso em: 01 set. 2022.

\_\_\_\_\_. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Estudos Feministas, ano 10, p. 171-188, 1º sem. 2002.

CURIEL, Ochy. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. 384 p. ISBN 978-85-69924-78-4

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. **Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, jul./set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-37030003262017>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932018000300450&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000300450&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 set. 2022.

DASGUPTA, Sayantani. **Narrative humility**. The Lancet, Perspectives — The art of medicine, v. 371, issue 9617, p. 980-981, mar. 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60440-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60440-7). Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60440-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60440-7/fulltext)>. Acesso em: 28 ago. 2022.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016[1981]. ISBN: 978-85-7559-508-4 (recurso eletrônico).

DE FINA, Anna. **Narratives in interview — the case of accounts**: For an interactional approach to narrative genres. Narrative Inquiry, v. 19, n. 2, p. 233-258, 2009. DOI: 10.1075/ni.19.2.03def.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

DONALD, Anna. The words we live in. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice**. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 2. ISBN: 0-7279-1223-2.

DRIFE, James Owen. Narrative in surgery. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice**. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 12. ISBN: 0-7279-1223-2.

DURANTI, Alessandro. Agency in language. In: \_\_\_\_ (Org.). **A companion to linguistic anthropology**. Malden: Blackwell, p. 451-473, 2004.

ELWYN, Glyn; GWYN, Richard. Stories we hear and stories we tell... analysing talk in clinical practice. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice**. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 17. ISBN: 0-7279-1223-2.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Rio de Janeiro: Fator, 1983.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; CABRAL, Cristiane Coelho. **Narrativas sobre o processo saúde-doença**: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**: o legado da “raça branca”. v. 1. 5 ed. São Paulo: Globo, 2008.

FERREIRA, Aparecida de Jesus. **Teoria racial crítica e letramento racial crítico**: narrativas e contranarrativas de identidade racial de professores de línguas. *Revista da ABPN*, v. 6, n. 14, jul./out. 2014, p. 236-263, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1999[1970].

FRANÇA, Clarissa. **“Eu tinha mó preconceito, né, Exu não!”**: narrativas de resistência à estigmatização das práticas religiosas de matriz africana. Dissertação (Mestrado em Letras/Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FREIRE, Raquel; BASTOS, Liliana Cabral. A construção do sofrimento em narrativas cíclicas sobre dieta. In: PRADO, Shirley Donizete; BARCELLOS, Daniela Menezes Neiva; AMARO, Fausto; FREITAS, Ricardo Ferreira (Orgs.). **Consumos alimentares em cenários urbanos — múltiplos olhares**. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2020, capítulo 18. 468 p.

DOI: <https://doi.org/10.7476/9786588808092>.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**: psicologia de grupos e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1920].

FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. Rio de Janeiro, Maia & Schmidt, 1933.

FRICKER, Miranda. **Epistemic injustice**: Power and the ethics of knowing. New York: Oxford University Press, 2007.

\_\_\_\_\_. Evolving concepts of epistemic injustice. In: KIDD, Ian et al. (Orgs.). **The Routledge Handbook of Epistemic Injustice**. New York: Routledge, 2017.

GAMSON, Joshua. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In: Denzin, Norman K.; Lincoln, Yvonna S. (Eds.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre, Artmed Bookman: 345-362, 2006.

GARCEZ, Pedro M. **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. 66-80, jan./abr. 2006.

\_\_\_\_\_; BULLA, G. S. e LODER, L. L. **Práticas de pesquisa microetnográfica: geração, segmentação e transcrição de dados audiovisuais como procedimentos analíticos plenos.** Delta, v. 30, n. 2, p. 257-288, 2014.

GEE, James Paul. **Discourse, Small d, Big D** (on-line version), 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118611463.wbielsi016>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118611463.wbielsi016>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

GEOVANINI, Fátima Cristina Melo; LOPES, Gabriela Carreiro Kubitschek; GEBRAN, Flávia; ABREU, Juliana; OTERO, Luiza; AMORIM, Yohana; MALLET, Ana. **Riscando os excessos: o registro do que nos contam os doentes pela semiologia e pela medicina narrativa.** Diversitates International Journal, v. 13, n. 2, p. D01-D10, jul./dez. 2021. ISSN: 1984-5073. DOI: 1053357/DKBC4956. Disponível em: <http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/395/Riscando%20os%20excessos>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. **Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama.** Radiologia Brasileira, 38(3):169-73, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842005000300004>.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.** Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Delocamentos. Universidade Federal de Santa Catarina. Anais eletrônicos, 2010. ISSN 2179-510X. Disponível em: [http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279228\\_ARQUIVO\\_INTERSECCAODORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASA\\_UDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf](http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAODORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASA_UDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2021.

GOFFMAN, Erving. **Frame analysis: an essay on the organization of experience.** Boston: Harvard University Press, 1974.

\_\_\_\_\_. A elaboração da face: uma análise dos elementos rituais na interação social. In: FIGUEIRA, Sérgio Augusto (Org.). **Psicanálise e ciências sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

\_\_\_\_\_. A situação negligenciada. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). **Sociolinguística interacional.** 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013a.

\_\_\_\_\_. Footing. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). **Sociolinguística interacional.** 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013b.

\_\_\_\_\_. **A representação do eu na vida cotidiana.** Petrópolis: Vozes, 2009.

GOMES, Nilma Lino. **Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão.** 2012. Disponível em:

<<https://www.geledes.Org.br/wp-content/uploads/2017/03/Alguns-termos-e-conceitos-presentes-no-debate-sobre-Rela%C3%A7%C3%B5es-Raciais-no-Brasil-uma-breve-discuss%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. **O combate ao racismo e a descolonização das práticas educativas e acadêmicas.** Revista de Filosofia, Aurora, Curitiba, v. 33, n. 59, p. 435-454, mai./ago. 2021.

GONÇALVES, Mônica Mendes. **Raça e saúde:** concepções, antítese e antinomia na atenção básica. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira.** Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, p. 223-244, 1984.

\_\_\_\_\_. **Por um feminismo afro-latino-americano:** ensaios, intervenções e diálogos. Organização: Flavia Rios, Márcia Lima. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. ISBN 978-85-378-1889-3.

GOODWIN, Charles. **Professional vision.** American Anthropologist, v. 96, n. 3, p. 606-633, 1994.

GORJON, Melina Garcia; MEZZARI, Danielly Christina de Souza; BASOLI, Laura Pampana. **Ensaando lugares de escuta:** diálogos entre a psicologia e o conceito de lugar de fala. Quaderns de Psicologia, v. 21, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1455>. ISSN: 0211-3481.

GOUVEIA, Marizete; ZANELLO, Valeska. **Psicoterapia, Raça e Racismo no Contexto Brasileiro:** experiências e percepções de mulheres negras. Psicologia em Estudo, 24(e42738), 2019. DOI: 10.4025/psicoestud.v24i0.42738.

GREENHALGH, Trisha. Narrative based medicine in an evidence based world. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine:** dialogue and discourse in clinical practice. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 24. ISBN: 0-7279-1223-2.

\_\_\_\_\_; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine:** dialogue and discourse in clinical practice. Londres: BMJ Books, 1998. ISBN: 0-7279-1223-2.

GROSSMAN, Eloísa; BTESHE, Mariana; MONTOVANI, Elisa Hypólito; NOGUEIRA, Alexandra Candido Rosa; Santos, Willian Alves dos. **Análise de narrativas produzidas por estudantes de Medicina por meio da distribuição de pílulas literárias em uma sala de espera.** Interface, Botucatu, 25: e210419, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210419>.

GROSSMAN, Eloisa; CARDOSO, Maria Helena C. A. **A narrativa como ferramenta na educação médica.** Revista HUPE, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 32-38, 2014. DOI: 10.12957/rhupe.2014.13945.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Raça e os estudos de relações raciais no Brasil**. Novos Estudos, CEBRAP, n. 54, p. 147-156, jul./1999.

GUMPERZ, John J. Convenções de contextualização. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). **Sociolinguística interacional**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

HAMDAN, Amani K. **Narrative Inquiry as a Decolonising Methodology**. InterActions: UCLA Journal of Education and Information Studies, v. 5, n. 2, 2009. ISSN: 1548-3320. Disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/6mt5893k>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

HAMILTON, Heidi E.; CHOU, Wen-ying Sylvia. **The Routledge Handbook of Language and Health Communication**. 1 ed. Routledge, 2014. ISBN 9781138284487.

HASENBALG, Carlos. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HEATH, Shirley Brice. What no bedtime story means: narrative skills at home and school. **Language and society** (Capítulo 2), p. 49-76, 1982.

\_\_\_\_\_. **Ways with words: language, life, and work in communities and classrooms**. Nova Iorque, Cambridge University Press, 1983.

HERITAGE, John. Questioning in Medicine. In: FREED, Alice; EHRLICH, Susan (Orgs.). **“Why do you ask?”: the function of questions in institutional discourse**. Nova Iorque: edição on-line, 2009.

DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195306897.003.0003>.

hooks, bell. **E eu não sou uma mulher?: mulheres negras e o feminismo**. Tradução: Bhuvli Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019[1981].

INGOLD, Tim. **Antropologia: para que serve**. Tradução: Beatriz Silveira Castro Filgueiras. Petrópolis: Vozes, 2019.

INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK. **IDB Annual Report** (on-line), 2007. Disponível em:

<<https://publications.iadb.org/publications/english/document/Inter-American-Development-Bank-Annual-Report-2007.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2022.

JANKS, Hilary. **Literacy and power**. Nova Iorque: Routledge, 2010.

\_\_\_\_\_. The importance of critical literacy. In: \_\_\_\_\_. **English Teaching: practice and critique**, v. 11, n. 1, p. 150-163, mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Critical literacy in teaching and researching. In: \_\_\_\_\_. **Education Inquiry**, v. 4, n. 2, p. 225-242, jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Panorama sobre letramento crítico. In: JESUS, Dánie Marcelo de; CARBONIERI, Divanize (Orgs.). **Práticas de multiletramentos e letramento crítico: outros sentidos para a sala de aula de línguas**. Campinas: Pontes Editores, p. 21-39, 2016.

JONES, Anne Hudson. Narrative in medical ethics. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice**. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 21. ISBN: 0-7279-1223-2.

KARNER, Christian. **Ethnicity and everyday life**. Londres: Routledge, 2007.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução: Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019 [2008].

LABOV, William; WALETZKY, Joshua. **Narrative analysis: oral versions of personal experience**. June Helm: essays on the verbal and visual arts. Seattle: University of Washington Press, 1967.

LABOV, William. The transformation of experience in narrative syntax. In: \_\_\_\_\_. **Language in the inner city**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972, p. 354-392 (capítulo 9).

LADSON-BILLINGS, Gloria. **Just what is critical race theory and what's it doing in a nice field like education?:** Qualitative Studies in Education, v. 11, n. 1, p. 7-24, 1998.

LAUNER, John. Narrative and mental health in primary care. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice**. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 10. ISBN: 0-7279-1223-2.

LEÃO, Cléber Teixeira. **Entre o visível e o invisível: a branquitude e as relações raciais nos conteúdos curriculares de Ensino de História**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de História), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

LEIBING, Annette; GROISMAN, Daniel. Tão alto quanto o morro — identidades localizadas de mulheres hipertensas na favela da Mangueira. In: RIBEIRO, Branca Telles; LIMA, Cristina Costa; DANTAS, Maria Tereza Lopes (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001.

LEPSCH, Milena. **“Eis você”**: a astrologia como sistema de coerência na construção de pequenas e grandes narrativas. Dissertação (Mestrado em Letras/Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

LIMA, Fábio Fernando. **O branqueamento enquanto projeto brasileiro de nação e seus reflexos em narrativas de mulheres negras subalternizadas**. Trabalhos em Linguística Aplicada, Campinas, n(61.1), p. 180-196, jan./abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/010318131178591620220210>.

LINDE, Charlotte. **Life Stories**: the creation of coherence. Nova Iorque: Oxford University Press, 1993.

LINELL, Per. **Discourse across boundaries**: on recontextualizations and the blending of voices in professional discourse. *Text — Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, Nova Iorque, v. 18, n. 2, p. 143-157, 1998.

LITTLER, Jo. **Against meritocracy**: Culture, power, and myths of mobility. London; New York: Routledge, 2018.

LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, Jurema (Org.). **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola e Fundação Heinrich Böll, p. 5-23, 2010.

LOPES, Joyce Souza. **Lugar de branca/o e a/o “branca/o fora do lugar”**: representações sobre a branquitude e suas possibilidades de antirracismo entre negra/os e branca/os do/no Movimento Negro em Salvador-BA. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

LORDE, Audre. Age, race, class, and sex: women redefining difference. **Sister outsider**: essays and speeches. Berkeley: Crossing Press, p. 114-123, 1984.

LUGONES, María. **Colonialidade e gênero**. *Tabula Rasa*, Bogotá, Colombia, n. 9, p. 73-101, jul./dez. 2008. ISSN 1794-2489.

LUGONES, María. **Rumo a um feminismo descolonial**. *Revista Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

MACNAUGHTON, Jane. Anecdote in clinical practice. In: GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian (Orgs.). **Narrative Based Medicine**: Dialogue and discourse in clinical practice. Londres: BMJ Books, 1998, capítulo 20. ISBN: 0-7279-1223-2.

MALLET, Ana Luísa Rocha; ANDRADE, Luciana; GEOVANINI, Fátima; CARVALHO, Silvia Barbosa de. **Medicina Narrativa**: para além de uma história única. *International Journal of Cardiovascular Sciences (Impresso)*, 29(3):233-235, mai./jun. 2016.

Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831791>>.

Acesso em: 28 ago. 2022.

MARQUES, Débora; BASTOS, Liliana Cabral. **Construindo a culpa em interrogatórios policiais**: recontextualizações e formulações de perguntas nas falas de um inspetor. *Veredas On-line: Temática (Linguística Aplicada das Profissões)*, Juiz de Fora, UFJF, v. 16, n. 1, p. 130-148, 2012. ISSN: 1982-2243.

MARTIN, Judith N.; NAKAYAMA, Thomas K. **Intercultural communication in contexts**. Boston: McGraw-Hill, 2007.

MARTINS, Tafnes Varela; LIMA, Tiago Jessé Souza de; SANTOS, Walberto Silva. **O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 7, p. 2793-2802, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020257.29182018.

MATA, Valdisia Pereira da; PELISOLI, Catula Luz. **Expressões do racismo como fator desencadeante de estresse agudo e pós-traumático.** *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 3, n. 1, Salvador, p. 126-140, 2016. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7019465/mod\\_resource/content/1/1841-465-PB%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7019465/mod_resource/content/1/1841-465-PB%20%281%29.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolitics.** *Public Culture*, v. 15, n. 1, p. 11-40, jan. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>.

\_\_\_\_\_. Existe apenas um mundo. **Crítica da razão negra.** Lisboa: Editora Antígona, p. 299-306, 2014, epílogo.

MELO, Glenda Cristina Valim de. Roda de conversa entre mulheres negras: performatividade de raça, gênero e sexualidade. In: MELO, G. C. V. de; JESUS, D. M. **Linguística aplicada, raça e interseccionalidade na contemporaneidade** (Portuguese Edition), 2022.

\_\_\_\_\_; MOITA LOPES, Luiz Paulo. **As performances discursivo-identitárias de mulheres negras em uma comunidade para negros no Orkut.** *Delta*, São Paulo, v. 29, p. 237-265, 2013.

MELLO, Luciana Garcia de. **O mito da democracia racial e a relação entre raça e política no Brasil:** reflexões a partir de Carlos Hasenbalg. *Argumentos*, Unimontes, v. 15, n. 2, p. 197-221, jul./dez. 2018. ISSN: 2527-2551 (on-line). DOI: <https://doi.org/10.32887/issn.2527-2551v15n2p.197-221>.

MESSIAS, Ana Elisa Araújo. **A saúde da mulher:** a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. *Revista África e Africanidades*, 1(2), 2008. ISSN 1983-2354.

MISHLER, Elliot G. Mishler. **The discourse of medicine:** the dialectics of medical interviews. Norwood: Ablex, 1984. 211p.

\_\_\_\_\_. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. In: MOITA LOPES, Luiz Paulo da; BASTOS, Liliana Cabral (Orgs.). **Identidades:** recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado de Letras, 2002. p. 97-119.

\_\_\_\_\_. **Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care:** a la recherche du temps perdu. *Health — an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. London, Thousand Oaks, New Delhi, v. 9, n. 4, p. 431–451, 2005. DOI: 10.1177/1363459305056412.

MOITA LOPES, Luiz Paulo. Linguística aplicada e vida contemporânea: problematização dos construtos que têm orientado a pesquisa. In: \_\_\_\_\_ (Org.).

**Por uma Linguística Aplicada indisciplinar.** São Paulo: Parábola, 2006, p. 85-108. 279 p.

\_\_\_\_\_. **Os espaçotempos da narrativa como construto teórico-metodológico na investigação em Linguística Aplicada.** Caderno de Letras, Pelotas, n. 40, p. 11-33, maio/ago. 2021. ISSN: 2358-1409.

MOSLEY, Melissa. **‘That really hit me hard’:** Moving beyond passive anti-racism to engage with critical race literacy pedagogy. *Race, Ethnicity, and Education*, v. 13, n. 4, p. 449-471, 2010.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro.** São Paulo: Ática, 1988.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil:** identidade nacional versus identidade negra. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.** Cadernos PENESB, Niterói, EdUFF, p.17-34, 2004.

NARDI, H. C.; ALVES, M. C.; SILVEIRA, R. S.; NUNES, S. G. **Reflexões no campo da saúde sobre racismo e branquitude.** Anais do 19º Encontro Nacional Abrapso, Uberlândia: 254, 2017. Disponível em: [http://www.encontro2017.abrapso.Org.br/trabalho/view?ID\\_TRABALHO=1891](http://www.encontro2017.abrapso.Org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=1891) . Acesso em: 11 ago. 2021.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NASCIMENTO, Beatriz. Introdução ao conceito de Quilombo. In: \_\_\_\_\_. **Beatriz Nascimento, quilombola e intelectual:** possibilidades nos dias da destruição. Diáspora Africana: Editora Filhos da África, 2018 [1987].

NASCIMENTO, Gabriel. **Racismo linguístico:** os subterrâneos da linguagem e do racismo. Belo Horizonte: Letramento, 2019. 124 p. ISBN: 978-85-9530-300-3.

\_\_\_\_\_; WINDLE, Joel. A (des)racialização de pesquisadores como estratégia de luta: rumo a uma Linguística Aplicada antirracista. In: MELO, G. C. V. de; JESUS, D. M. **Linguística aplicada, raça e interseccionalidade na contemporaneidade** (Portuguese Edition), 2022.

NÓBREGA, Adriana Nogueira A.; ABREU, Adriana Rodrigues de. **Avaliação, identidades e gênero:** análise de narrativas de violência doméstica em uma interação entre mulheres. *Alfa*, São Paulo, v. 65, 13172, p. 1-24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5794-13172>.

NORRICK, Neal R. **Narratives of vicarious experience in conversation.** *Language in Society*. Cambridge University Press, v. 42, n. 4, p. 385-406, 2013.

OLIVEIRA, Cláudia de; JESUS, Paulo; JUNQUEIRA, Virgínia; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha. **Histórias de vida e compreensão empática:**

uma pesquisa qualitativa sobre a estimulação da competência narrativa em estudantes de saúde. *Revista Ciência e Educação*, Bauru, UNESP, v. 22, n. 4, p. 975-991, 2016. DOI: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-731320160040009>.

OLIVEIRA, Lívia Miranda de; BASTOS, Liliana Cabral. **Uma história de AVC**: a construção do sofrimento por uma pessoa com afasia. *Veredas*, v. 15, n. 1, p. 120-135, 2011.

OLIVEIRA, Lúcio Otávio Alves. **Expressões de vivência da dimensão racial de pessoas brancas**: representações de branquitude entre indivíduos brancos. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

OLIVEIRA, Talita de. “Aí a pessoa foi fechando o portão e eu fui morrendo por dentro”: dor, desproteção, paralisia e inexistência em narrativas de racismo. In: MELO, G. C. V. de; JESUS, D. M. **Linguística aplicada, raça e interseccionalidade na contemporaneidade** (Portuguese Edition), 2022.

OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth (Orgs.). **Humanização, gênero, poder**: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Campinas: Mercado de Letras, 2012.

OSTERMANN, Ana Cristina; ANDRADE, Daniela Negraes Pinheiro; SILVA, Juliana. **Análise da Conversa Aplicada em interações entre médicos e pacientes**. *Veredas On-Line: Atemática, Juiz de Fora*, v. 2, p. 114-135, 2013. ISSN: 1982-2243.

PACHECO, Ana Cláudia Lemos. **“Branca para casar, mulata para “F” e negra para trabalhar”**: escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008.

\_\_\_\_\_. **Mulher negra**: afetividade e solidão. Salvador: EdUFBA, 2013, 382 p.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“De escravas a cuidadoras”**: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *O Social em Questão*, a. 20, n. 38, p. 77-94, maio/ago. 2017. ISSN: 2238-9091 (on-line).

PENNYCOOK, Alastair. Performance and performativity. **Global Englishes and transcultural flows**. New York: Routledge, 2007.

PIKE, Kenneth L. **Emic and etic standpoints for the description of behaviour**. Glendale: Summer Institute of Linguistics, 1954.

PINTO, Diana. As estórias de Larissa: o processo de construção da referência e as múltiplas “projeções do eu” em narrativas em uma entrevista psiquiátrica. In: RIBEIRO, Branca Telles; LIMA, Cristina Costa; DANTAS, Maria Tereza Lopes (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001.

PISCITELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José (Orgs.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, p. 116-150, 2009.

PIZA, Edith. Branco no Brasil? Ninguém sabe, ninguém viu... In: HUNTLEY, Lynn; GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo (Orgs.). **Tirando a máscara: ensaio sobre o racismo no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PORTO, Dora. **Bioética e qualidade de vida: as bases da pirâmide social no coração do Brasil**. Um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde de mulheres negras do Distrito Federal. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde/Bioética). Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

RAMOS, Alberto Guerreiro. **Os estudos sobre o negro brasileiro**. A Manhã, Rio de Janeiro, p. 1-2, 10 dez. 1950.

RATTS, Alex. **Eu sou atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2006. Disponível em: <https://www.imprensaoficial.com.br/downloads/pdf/projetossociais/eusouatlantica.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

RIBEIRO, Branca Telles. Por que ouvir estórias na entrevista psiquiátrica? De quem e do que estamos falando. In: RIBEIRO, Branca Telles; LIMA, Cristina Costa; DANTAS, Maria Tereza Lopes (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001.

\_\_\_\_\_; LIMA, Cristina Costa; DANTAS, Maria Tereza Lopes (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB - CUCA, 2001.

\_\_\_\_\_; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). **Sociolinguística interacional**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

RIBEIRO, Djamila. **Lugar de fala**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019, 112 p.

RIESSMAN, Catherine K. **Narrative Analysis**. Newbury Park: Sage, 1993.

\_\_\_\_\_. Um conto três vezes contado: novas leituras de uma velha história. In: HURWITZ, Brian; GREENHALGH, Trisha; SKULTANS, Vieda. **Pesquisa Narrativa em Saúde e Doença** (Capítulo 18), BMA, 2004.

\_\_\_\_\_. **Narrative Methods for the Human Sciences**. Los Angeles: Sage, 2008.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B. B. **Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 96-108, 2010.

ROEDIGER, David. **The wages of whiteness: Race and the making of the American working class**. New York; London: Verso, 1991. 191 p.

ROJO, Roxane. Pedagogia dos multiletramentos. In: \_\_\_\_\_; MOURA, Eduardo (Orgs.). **Multiletramentos na escola**. São Paulo: Parábola Editorial, p. 11-34, 2012.

SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do (2010). **Racismo e saúde**: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2010.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a16.pdf>>.

Acesso em: 11 ago. 2021.

SANTOS, Boaventura de Souza. **O fim do império cognitivo**: a afirmação das epistemologias do Sul. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos; TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva. **A clínica e a construção dos lugares de fala e de escuta**. Cadernos de Subjetividade, PUC-SP, 2020. Disponível em <<https://docplayer.com.br/202232870-A-clinica-e-a-construcao-dos-lugares-de-fala-e-de-escuta.html>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

SANTOS, Tatiana Nascimento dos. **Letramento e tradução no espelho de Oxum**: teoria lésbica negra em auto/re/conhecimentos. Tese (Doutorado em Estudos da Tradução), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SARANGI, Srikant. **Rethinking recontextualization in professional discourse studies**: an epilogue. Text — Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse. Nova Iorque, v. 18, n. 2, p. 301-318, 1998.

\_\_\_\_\_. The conditions and consequences of professional discourse studies. In: KIELY, R.; REA-DICKINS, P.; WOODFIELD, H.; CLIBBON, G. (Orgs.). **Language, culture, and identity in Applied Linguistics**. London: Equinox, p. 199-220, 2006.

\_\_\_\_\_. **Applied Linguistics and professional discourse studies**. Veredas Online: Temática (Linguística Aplicada das Profissões), Juiz de Fora, UFJF, v. 16, n. 1, p. 1-18, 2012. ISSN: 1982-2243.

\_\_\_\_\_; CANDLIN, Christopher. Professional and organisational practice: A discourse/communication perspective. In: CANDLIN, Christopher; SARANGI, Srikant (Orgs.). **Handbook of communication in organisations and professions**. Berlin: Mouton de Gruyter, p. 3-60, 2011.

SARTI, Cynthia. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCHEFFER, Mário et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)>. Acesso em: 29 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf). Acesso em: 29 ago. 2022.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

\_\_\_\_\_. **Sim, nós somos racistas**: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 83-94, 2014.

\_\_\_\_\_; GONÇALVES, Monica Mendes. **Raça e subjetividade**: do campo social ao clínico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 72, p. 109-123, 2020. DOI: 10.36482/1809-5267.ARBP2020v72s1p.109-123.

SCHWANDT, Thomas. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 193-217.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Nem preto, nem branco, muito pelo contrário; cor e raça na intimidade. In: NOVAES, Fernando (Org.). **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Cia de Letras, 1998, p. 177-184.

SEGATO, Rita Laura. **Gênero e colonialidade**: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. *E-cadernos CES*, 18: 106-131, 2012.

SHELL-WEISS, Melanie. The Power of Narrative: a practical guide to creating decolonial, community-based projects. In: NCHINDILA, Bernard; CORRIGAN, Trudy (Orgs.). **The essence of academic performance**. IntechOpen, 2019, capítulo 3. DOI: 10.5772/intechopen.77736. ISBN: 978-1-78984-855-7.

SILVA, Ana Célia da. Branqueamento e branquitude: conceitos básicos na formação para a alteridade. In: NASCIMENTO, Antônio Dias; HETKOWSKI, Tânia Maria (Orgs.). **Memória e Formação de Professores** [on-line]. Salvador: EdUFBA, p. 87-101, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f5jk5/pdf/nascimento-9788523209186.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2018.

SILVA, Caroline Dias de Oliveira. **Narrativa em primeira pessoa na prática performativa de mulheres marginalizadas e produção de conhecimento decolonial**. *Revista Brasileira de Estudos da Presença*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-266094925>. E-ISSN 2237-2660.

SILVA, Martiniano J. **Racismo à brasileira**: raízes históricas. São Paulo: Anita Garibaldi, 1995.

SILVA, Rafael Pereira da. **Trauma cultural e sofrimento social**: do banzo às consequências psíquicas do racismo para o negro. XXIX Simpósio Nacional de

História — Contra os preconceitos: história e democracia, Brasília: ANPUH, 2017. Disponível em:

<[https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1488493521\\_ARQUIVO\\_Traumasocialesofreimentocultural.pdf](https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1488493521_ARQUIVO_Traumasocialesofreimentocultural.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2022.

SMEDLEY, Brian D.; STITH, Adrienne Y.; NELSON, Alan R. (Eds.). (2003). **Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care**. Washington, D.C., The National Academies Press, 2003. ISBN 978-0-309-08532-8.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. **Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12):4021-4030, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.19782016.

SODRÉ, Muniz. **Sobre a identidade brasileira**. *Revista Científica de Información y Comunicación*, v. 7, p. 321-330, 2010.

SOUZA, Claudete Alves da Silva. **A solidão da mulher negra: sua subjetividade e seu preterimento pelo homem negro na cidade de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA, Jessé. **A classe média no espelho: sua história, seus sonhos e ilusões, sua realidade**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2018, 288 p.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990[1983].

SOUZA, Suzy Anne Lopes de; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. **(Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher**. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 1, jan./abr. 2019, p. 19-42, 2019. ISSN: 2177-093X. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.571>.

SOVIK, Liv. **Por que tenho razão: branquitude, Estudos Culturais e a vontade de verdade acadêmica**. *Contemporânea*, v. 3, n. 2, p. 159-180, jul./dez. 2005.

STREET, Brian V. **Literacy in theory and practice**. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

TANNEN, Deborah; WALLAT, Cynthia. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). **Sociolinguística interacional**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

TELLES, Edward. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fundação Ford, 2003. 347 p.

TRALCI FILHO, Marcio Antonio; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. **O discurso da supremacia branca e o esporte: um estudo a partir de textos e comentários na internet**. *Movimento*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 229-248, jan./mar. 2017.

TURRA, Cleusa; VENTURI, Gustavo. **Racismo cordial**: a mais completa análise sobre o preconceito de cor no Brasil. São Paulo: Editora Ática, 1995.

TWINE, France Winddance. **Racism in a racial democracy**: the maintenance of white supremacy in Brazil. New Jersey: Rutgers University Press, 1997.

WERNECK, Jurema. **Estatuto da Igualdade Racial é uma ameaça à Saúde da População Negra**. Universidade Livre Feminista (recurso on-line), 2010. Disponível em: <<https://feminismo.Org.br/estatuto-da-igualdade-racial-e-uma-ameaca-a-saude-da-populacao-negra/1569/>>. Acesso em: 01 set. 2022.

YAZDANNIK, Ahmadreza; YOUSEFY, Alireza; MOHAMMADI, Sepideh. **Discourse analysis**: A useful methodology for healthcare system researches. Journal of Education and Health Promotion, 2017. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_124\_15. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/321460578\\_Discourse\\_analysis\\_A\\_useful\\_methodology\\_for\\_health-care\\_system\\_researches](https://www.researchgate.net/publication/321460578_Discourse_analysis_A_useful_methodology_for_health-care_system_researches)>. Acesso em: 11 ago. 2021.