



Monique da Silva Vicente

**A interação no contexto da saúde:
um olhar para o estigma em consulta ambulatorial**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Letras/Estudos da Linguagem.

Orientadora: Profa. Liliana Cabral Bastos

Rio de Janeiro
Setembro de 2014



Monique da Silva Vicente

**A interação no contexto da saúde: um olhar
para o estigma em consulta ambulatorial**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Estudos da Linguagem da PUC-Rio.
Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo
assinada.

Profa. Liliana Cabral Bastos

Orientadora
Departamento de Letras – PUC-Rio

Profa. Adriana Nogueira Accioly Nóbrega

Departamento de Letras – PUC-Rio

Profa. Branca Maria Telles Ribeiro

Lesley University, Boston, MASS, USA

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 08 de setembro de 2014.

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

Monique da Silva Vicente

Graduou-se em Letras (Português-Literaturas) na UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) em 2006. Concluiu Pós-Graduação (*lato sensu*) em Língua Portuguesa também na UERJ em 2007.

Ficha catalográfica

Vicente, Monique da Silva

A interação no contexto da saúde: um olhar para o estigma em consulta ambulatorial / Monique da Silva Vicente ; orientadora: Liliana Cabral Bastos. – 2014.

107 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Letras, 2014.

Inclui bibliografia

1. Letras – Teses. 2. Interação. 3. Saúde. 4. Estigma. 5. Identidade. 6. Humanização. 7. Poder. I. Bastos, Liliana Cabral. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Letras. III. Título.

CDD: 400

Ao meu pai, Luiz, que acompanhou com imenso orgulho meu ingresso no curso de Mestrado, mas não pôde presenciar minha conclusão. À Minha filha, Esther, que ainda não chegara à minha vida no início do curso, porém, pôde partilhar, melhor do que ninguém, todo o meu esforço para concluir esta pesquisa.

Agradecimentos

À minha querida orientadora, Liliana Cabral Bastos, por todo incentivo, pelas pacientes leituras e reescrituras, críticas, sugestões e, principalmente, por suas aulas inspiradoras, sem as quais não teria o prazer de realizar essa pesquisa.

À CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos para a realização do curso de Mestrado.

Aos colegas do G-Nit por todas as sugestões de análise de dados e arcabouço teórico.

À querida amiga Luane, também do G-Nit, pelos materiais concedidos e pela atenção aos meus telefonemas nos momentos mais importunos para esclarecer dúvidas.

À professora Inés de Miller, por todo apoio na escolha de orientador e tema de pesquisa.

Às professoras Adriana Nóbrega e Branca Ribeiro, que participaram da Banca Avaliadora.

Aos professores da Puc-Rio, com os quais tive grande satisfação em aprender durante os cursos e também pelos corredores da universidade.

À secretária Francisca (Chiquinha) pela sua presteza e carinho para resolver todas as questões burocráticas de conclusão do curso.

À doutora Olga por toda a paciência enquanto eu buscava um campo de pesquisa e por todo o apoio durante a execução do meu trabalho de campo.

À doutora Carina pela prontidão em ajudar na execução da minha pesquisa.

Ao meu esposo, Frederico, pela partilha de ideias (e também de angústias), pelas sugestões, conselhos e broncas quando eu não estava produzindo.

À minha filhinha Esther, por estar me dando uma gestação muito tranquila, que me possibilitou chegar até aqui.

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio nos momentos de angústia.

Aos amigos Natassia, Ângela e Hector pelas revisões no Inglês.

À grande amiga Elisa, que muito me incentivou a ingressar no curso de Mestrado da Puc-Rio.

Aos meus pais, por tudo que sou e tenho conquistado até agora.

Resumo

Vicente, Monique da Silva; Bastos, Liliana Cabral (orientadora). **A interação no contexto da saúde: um olhar para o estigma em consulta ambulatorial**. Rio de Janeiro, 2014. 107 p. Dissertação de Mestrado – Departamento Letras – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2014.

O presente trabalho trata da construção discursiva em consultas médicas, realizadas em ambulatório de adolescentes, em um hospital público do Rio de Janeiro. Focaliza especificamente a consulta de uma adolescente de 14 anos, com marcas de diversos estigmas, dentre os quais um quadro de deficiência intelectual. Situada na Linguística Aplicada, a pesquisa apoia-se nos estudos da Sociolinguística Interacional, da Análise da Conversa e da Narrativa para examinar a forma com que os participantes da interação (paciente, médica, acompanhante/mãe, residente e pesquisadora) lidam com os estigmas da paciente que se fazem presentes na consulta. Também formam a análise os conceitos de estigma e de desvio. Na interação, observou-se que a médica, no exercício de seu poder na condução da consulta, abre a possibilidade de mãe e paciente contarem histórias e introduzirem seus próprios tópicos e questões de saúde. Observou-se também como a médica lança mão de diversos recursos (repetições, reformulações), tanto para lidar com o déficit cognitivo da menina, como para gerenciar reações a possíveis diferenças (culturais, de classe social) relativas a condutas e normas sociais que paciente e mãe trazem para a consulta. Dentre outras questões delicadas, emergem na consulta a vida sexual da paciente e sua exposição a doenças contagiosas. Nesse contexto, constatou-se, também, que grande parte do trabalho interacional da paciente e sua mãe dirigiu-se à construção de uma imagem favorável de ambas: nas narrativas que elas contam, a paciente emerge como uma adolescente normal e a mãe como pessoa de boa índole e postura moral. Com esse estudo, pretendo oferecer uma contribuição para uma política de humanização do atendimento médico, uma vez que as análises

apontam a possibilidade de haver, na consulta médica, não apenas uma escuta atenciosa do profissional de saúde, como também um espaço para pacientes e familiares apresentarem suas questões.

Palavras-chave

Interação; saúde; estigma; identidade; humanização; poder.

Abstract

Vicente, Monique da Silva; Bastos, Liliana Cabral (Advisor). **Interaction in healthcare contexts: a look at stigma in an outpatient consultation.** Rio de Janeiro, 2014. 107p. MSc. Thesis – Departamento de Letras – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2014.

This paper deals with the discursive construction in medical consultations held in outpatient adolescents in a public hospital in Rio de Janeiro. It specifically focuses on the query of a 14 year old, with various forms of stigma, including a picture of mental retardation. Located in Applied Linguistics, the research is based on studies of Interactional Sociolinguistics and Conversational Analysis of Narrative. It examines the way in which the participants of the interaction (patient, physician, companion / mother, and resident researcher) deal with the stigmas of the patient that are present in the query. The concepts of stigma and deviation are also part of the analysis. During the interaction it was observed that the doctor, in the exercise of her power in the conduction of the session, opens the possibility of having mother and patient tell stories and introduce their own topics and health issues. It was also observed the doctor makes use of various resources (repetitions, reformulations), both to deal with the cognitive deficits and to manage reactions to possible differences (cultural, social class) related to social norms and behaviors that the patient and mother bring to the consultation. Among other sensitive issues that emerge in the consultation is the sexual life of patients and their exposure to contagious diseases. In this context, too, it was found that much of the interactional work of the patient and his mother went to build a favorable image of both: the narratives that tell the patient emerges as a normal teenager and the mother as a person of good character and moral standing. With this study, I intend to provide a contribution to a policy of humanization of health care, since the analyses indicate the possibility of, in medical consultation, not only a careful

listening of the health professional, but also a space for patients and families submit your questions.

Keywords

Interaction; health; stigma; identity; humanization; power.

Sumário

1	Introdução	11
1.1	A humanização da consulta médica.....	12
1.2	A Linguística Aplicada	15
1.3	Organização do trabalho	17
2	Pressupostos teóricos	20
2.1	A Sociolinguística Interacional.....	20
2.2	A Análise da Conversa Etnometodológica	23
2.3	O conceito de identidade	26
2.4	Estudos sobre narrativas	28
2.4.1	As narrativas na consulta médica	30
2.4.2	O modelo laboviano.....	31
3	Metodologia e perspectivas de análise – desvio, estigma e a interação na consulta médica.....	37
3.1	A geração e a seleção dos dados	37
3.2	Desviantes e estigmatizados em contextos sociais	40
3.3	A interação institucional	43
4	Lidando com estigmas na consulta médica	49
4.1	Reorientações na sequência discursiva: gerenciamento da interação com paciente estigmatizado.....	52
4.2	As narrativas: gerenciamento do estigma na fala da mãe.....	61
4.2.1	As narrativas de Sônia em favor da construção da normalidade de Carla. 62	
4.2.2	As narrativas de Sônia na construção da identidade de boa mãe.....	68
4.3	As contribuições de Carla: gerenciamento do estigma como “capa defensiva”	76
4.4	Encerrando: Os participantes da consulta e os estigmas	80
5	Considerações finais	83
	Referências bibliográficas.....	88
	Anexo 1	95
	Anexo 2	96

1 Introdução

O interesse em compreender o que acontece na interação médico-paciente tem crescido ao longo dos últimos 30 anos, paralelamente à atenção que o assunto vem recebendo na formação médica. Alguns pesquisadores (CLARK; MISHLER, 2001; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012; SLADE, 2011) têm demonstrado interesse pela comunicação clínica, bem como pela humanização de tal encontro, que tradicionalmente é estabelecido de maneira mecânica e distanciada, sobretudo nos hospitais públicos. No Brasil, cresce o número de pesquisadores que se voltam para os aspectos comunicacionais no âmbito da relação entre médicos e pacientes. Entretanto, ainda são poucos os trabalhos brasileiros que utilizam dados naturalísticos, examinando gravações em áudio e/ou em vídeo do atendimento de saúde e das negociações entre esses participantes durante os atendimentos.

No presente trabalho, analiso como profissionais de saúde e pacientes lidam com a questão do estigma – conceito que será definido e esclarecido no capítulo 3.2 – em um atendimento ambulatorial. Meu interesse se voltou para essa questão em uma fase inicial da pesquisa, quando, no campo, gravava atendimentos a adolescentes em um hospital público do Rio de Janeiro. Percebi como lidar com questões delicadas (OSTERMANN; ROSA, 2012; ANTAKI; DÍAZ, 2005) exige um grande trabalho interacional para todos os participantes – tanto para profissionais quanto para pacientes e seus responsáveis –, sendo que, esses últimos, por vezes, salientam e, em outros momentos, escondem suas marcas e estigmas.

embora possamos ter uma opinião desfavorável de atores como os vigaristas que propositadamente falseiam todos os fatos relativos à sua vida, podemos ter alguma simpatia por aqueles que possuem apenas algum defeito fatal e tentam esconder (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 62).

O gerenciamento das impressões (GOFFMAN, [1959] 2011) se dá muitas vezes na forma de narrativas, que funcionam como recurso para a construção das identidades. Observo, portanto, no trabalho que se segue, a forma como essas

narrativas são produzidas, sobretudo pela mãe da paciente, e também conarradas pela médica e pela paciente.

Segundo Dillon (2011, p. 212), são crescentes as pesquisas voltadas para o discurso moral em uma variedade de instituições de saúde, visto que estamos sempre relacionando a nossa saúde às definições de caráter moral. Neste trabalho, analiso também a forma como a médica lida com a postura moral da mãe e da filha. Paralelo a essa questão, abordo o conceito de desvio (BECKER, 2008), que será melhor definido no capítulo 3.2, para tratar de preceitos comportamentais entendidos de formas diferentes, de diferentes lugares sociais. Interesse-me também pelos dispositivos discursivos empregados pela paciente e sua mãe para alcançar a identidade social desejada, com base numa realidade moral situada na consulta médica. Para tratar dessas questões, procuro articular o crescente interesse da área da saúde em humanizar o atendimento médico com o da Linguística Aplicada, de estudar a linguagem para favorecer o trabalho dos profissionais de saúde.

1.1 A humanização da consulta médica

“Somos sobretudo participantes de um intenso e intrincado processo de negociação de significados, com direitos e obrigações quanto à produção discursiva pois estamos sempre inseridos em situações de interlocução” (RIBEIRO; PINTO, 2000, p. 7). No contexto médico, não é diferente, pois, através da linguagem, são comunicados e interpretados diferentes sintomas que conduzem o médico ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Em outras palavras, através da linguagem, a polissemia dos sintomas é reduzida à monossemia da doença (SILVA FILHO *apud* RIBEIRO; PINTO, 2000, p. 8).

Consoante este pensamento, Clark & Mishler (2001, p. 35) defendem que “a doença é parte de uma história pessoal e interpessoal”, ou seja, não cabe ao médico apenas examinar fisicamente, mas também ouvir as motivações e os sentimentos que acompanham o doente.

o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro [...]. Isto é,

sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL 2000 *apud* OSTERMANN; MENEGHEL, 2012, p. 15).

A humanização da consulta médica envolve a valorização da capacidade de falar e ouvir, o que implica necessariamente a troca de saberes entre médico e paciente, como um dos caminhos viáveis para solucionar problemas. Consiste também em inserir o paciente no contexto de “letramento em saúde” – como veremos na análise desse trabalho – para que este consiga compreender o médico durante as consultas, a fim de evitar possíveis equívocos que, em alguns casos, chegam a culminar na morte do paciente.

Desde 2004, quatro anos após a implementação do documento inicial do Programa Nacional da Humanização, a Política Nacional de Humanização do SUS aponta para o valor da linguagem, ainda que de forma bastante breve, durante o atendimento médico:

Nesse sentido, a Humanização supõe trocas de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares) [...]. Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (Brasil 2004 *apud* Ostermann & Meneghel, 2012, p. 15).

Embora os problemas do paciente sejam o tópico central dos encontros clínicos, muitas consultas, sobretudo em hospitais públicos, são estruturadas em formatos que limitam as oportunidades de os pacientes estenderem seu turno sobre o histórico da doença, o que pode prejudicar não só o diagnóstico como também o tratamento. De acordo com Clark & Mishler (2001, p. 13), uma consulta típica é iniciada pelo paciente com o objetivo de verbalizar brevemente a sua queixa, cabendo ao médico realizar, logo em seguida, perguntas que esclareçam e especifiquem sintomas, as quais antecedem o exame físico. O encontro é finalizado com a avaliação do médico e seu plano de tratamento.

Muitas vezes, sob a perspectiva do médico, o atendimento constitui-se basicamente de uma entrevista, estruturada na forma de perguntas cujas respostas são basicamente “sim” ou “não”, sempre restritas aos fatos “relevantes” para as tarefas de diagnóstico e planejamento do tratamento. “São ocasionais as perguntas abertas, as quais são rapidamente limitadas por outras perguntas específicas,

sucessivas” (CLARK; MISHLER, 2001, p. 13). Naturalmente, a maior parte da fala dos médicos se dá na forma de perguntas, e quase todas as perguntas são feitas por eles. Além disso, é comum os pacientes serem interrompidos ou terem seus esforços ignorados ou ainda seguidos por ações corretivas como repetições ou reformulações da pergunta original.

Vickers et al. (2012, p. 159) apontam que as narrativas aparecem nas consultas médicas, muitas vezes coconstruídas por todos os participantes da interação, i. e., médico, paciente e, em alguns casos, pelo acompanhante deste. No entanto, devido ao poder assimétrico das consultas médicas (cf. capítulo 3.2), as contribuições do médico podem, em alguns casos, ocultar o que o paciente desejava comunicar, já que o narrador (paciente) não tem pulso firme para formar o significado de sua experiência. “Não se trata apenas de uma narrativa, mas de uma vida ou uma história que é construída colaborativamente” (OCHS *apud* VICKERS et al., 2012, p. 159 – tradução de minha responsabilidade)¹. Naturalmente, em muitos casos, a coconstrução por parte da autoridade médica é capaz não só de moldar a narrativa em diagnóstico e tratamento como também contribuir para a vida social e sentimental dos pacientes (VICKERS et al., p. 160). A coconstrução das narrativas no contexto da consulta médica corresponde a uma atividade um tanto quanto melindrosa, pois, se o médico desiste de “controlar” a situação, pode ainda parecer que está se esquivando da responsabilidade de diagnosticar a doença e de contribuir para o seu tratamento (ibidem).

Mishler (*apud* CLARK; MISHLER, 2001, p. 14) faz menção a uma disputa pelo controle do discurso, reconhecendo no encontro clínico um conflito entre a “voz da medicina” – que traça um plano técnico e biomédico – e a “voz do cotidiano” – que corresponde às experiências pessoais do paciente, bem como a contextualização de eventos e problemas de saúde, os quais são expressos através de termos que lhe são familiares. Na maioria das vezes, a “voz da medicina” domina o discurso, mesmo diante de reincidências do conflito ao longo do encontro.

É comum que os pacientes demonstrem disposição para responder perguntas, a fim de cooperar com os médicos na realização do diagnóstico e do tratamento. Não obstante, o objetivo dos pacientes, por vezes persistente, de ir

¹ It is not only a narrative but a life or a history that is collaboratively constructed.

além do que lhes foi solicitado – o que teoricamente ficaria “fora dos limites” da pauta médica – acaba fomentando o “conflito” mencionado acima.

Diante desse contexto, vemos o realinhamento das posições sociais de médico e paciente como um caminho viável, de modo que o primeiro assuma o papel de interlocutor da história enquanto o segundo receba espaço e autoridade para desenvolver argumentos narrativos. Desse modo, o paciente tornar-se-á protagonista dos eventos relacionados a sua saúde ao passo que se engajará em ações responsáveis e motivadas frente a situações complexas. Saliento que, apesar de essas estratégias não serem muito comuns nos atendimentos médicos, vemos que elas são empregadas pela médica ao longo da consulta analisada.

A marca registrada dessa ênfase recente [na humanização da consulta médica], que reflete uma visão de “pacientes como pessoas”, fundamentalmente responsáveis por sua própria saúde, é o argumento de que os médicos precisam dar atenção às preocupações pessoais, interesses e entendimentos dos pacientes com relação às suas experiências com a doença. (CLARK; MISHLER, 2001, p. 12)

Uma vez que o médico se mostre predisposto a ouvir não só as narrativas de problemas como também as tentativas do paciente de dar sentido a fatos “técnicos”, ampliará a oportunidade de reconhecer sintomas e, conseqüentemente, tornar mais eficaz o tratamento das doenças. Por fim, acrescenta que, embora parte da tarefa do paciente ao consultar um médico possa ser a obtenção de ajuda para dar sentido a uma doença problemática, outros “problemas” podem surgir se esse esforço for frustrado (KLEINMAN *apud* CLARK; MISHLER, 2001, p. 40).

1.2 A Linguística Aplicada

De acordo com Atkinson (1999, p. 193), a Linguística Aplicada pode ser definida em dois sentidos: como um empenho transdisciplinar para tentar estudar como a linguagem é usada em sociedade ou como referência à área de estudo dos linguistas aplicados ao trabalho. A presente pesquisa aplica-se à segunda modalidade dessa área de conhecimento, dentro da qual a socialização de médicos tem atraído grande atenção para estudos, mostrando-se em grande crescimento nas últimas décadas.

Alguns trabalhos (CICOUREL, 1992; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012) têm analisado como a linguagem usada por especialistas funciona para coagir ou constranger o paciente. A utilização de termos técnicos na interação com pacientes dificulta a compreensão destes que, por vergonha de demonstrarem ignorância do assunto, não procuram entender melhor o que o médico deseja comunicar e, portanto, continuam desconhecendo o diagnóstico e/ou o tratamento da doença. Outras pesquisas (MAYNARD, 1992; TANNEN, 1993; VICENTE, 2014) tratam da questão do gênero na comunicação médico-paciente ou na categoria médica (médicos e enfermeiras); isto é, como pacientes e/ ou profissionais da saúde constroem sua identidade de gênero (ou a dos outros) no contexto médico.

Segundo McGroarty (2002, p. 272), a Linguística Aplicada tem desenvolvido a compreensão das múltiplas funções da linguagem no trabalho, bem como as conexões em meio às diferentes comunidades linguísticas fora do campo de trabalho. O autor ressalta que os estudos na comunicação médica rotineira devem incluir uma grande atenção para a linguagem não verbal. Ou seja, gestos, olhares e silêncios – tanto por parte do médico quanto do paciente – merecem tanta atenção quanto as palavras enunciadas durante o atendimento clínico. Neste campo da Linguística Aplicada à medicina, Ribeiro (2000) mostra-nos a possibilidade de analisar o discurso de um paciente em crise psicótica através dos enquadres (cf. cap. 2.1) da interação, visto que o discurso desses pacientes é muitas vezes incoerente – o que força seu interlocutor a procurar informações implícitas no discurso. Sendo assim, em cada enquadre, o paciente psiquiátrico pode sinalizar a metagemagem que caracteriza a interação em curso naquele momento.

Outra importante área explorada pela Linguística Aplicada à medicina é o estudo das narrativas (CLARK; MISHLER, 2001), mais precisamente do papel que elas exercem nos diferentes tipos de interação médica, seja para o médico explicar o quadro clínico do paciente, seja para elucidar a interpretação do médico. Outra possibilidade concedida por esse campo de estudo é a análise da identidade construída pelo paciente, como observaremos neste trabalho, ao longo da análise dos dados. Como o estudo da narrativa é de extrema importância para esta pesquisa, versarei mais detalhadamente sobre esse assunto no capítulo 2.4.

No contexto de interface entre a humanização da consulta médica e a Linguística Aplicada à saúde, proponho as perguntas de pesquisa que orientam o seguinte trabalho. Considerando que lidar com estigmas é, em si, uma tarefa delicada, buscamos, com essa pesquisa, entender:

- 1- Como os participantes de uma consulta médica lidam com a presença de estigmas nos pacientes? Como emergem os estigmas na interação? Como se fazem as relações de poder e as diferenças culturais nessas situações?
- 2- Como profissionais de saúde lidam com estigmas de jovens pacientes em consultas médicas? Como abordam questões tradicionalmente estabelecidas como delicadas (sexualidade, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis)? É possível perceber a presença de estratégias discursivas específicas para lidar com essas situações? Como funcionam essas estratégias na interação?
- 3- De que forma os pacientes adolescentes lidam com seus próprios estigmas? É possível perceber algum trabalho identitário “reparador” por parte do estigmatizado? Há alguma relação entre o tipo de estigma e a construção de identidade na consulta?
- 4- Como os responsáveis por pacientes se posicionam frente aos estigmas emergentes na consulta? A natureza do estigma está relacionada com o que acontece na interação e com a conduta dos responsáveis?
- 5- Como a análise a ser desenvolvida, de consulta com paciente estigmatizado, poderá contribuir para uma política de humanização da consulta médica?

Espero, portanto, que este estudo possa contribuir para um melhor entendimento sobre as relações de poder e a construção das identidades nas consultas médicas. Com base nos estudos realizados, desejo trazer reflexões aos profissionais de saúde em formação sobre melhores estratégias de abordagem de pacientes estigmatizados durante os atendimentos médicos.

1.3 Organização do trabalho

A fim de esclarecer ao leitor os conteúdos das diferentes seções deste trabalho, apresento a organização e os assuntos tratados em cada um dos capítulos.

No capítulo 1, exponho, em linhas gerais, o tema abordado pela pesquisa e um pouco de sua aplicabilidade à área da saúde, com foco na comunicação médico-paciente e na humanização da consulta médica (CLARK; MISHLER, 2001; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012; SLADE, 2011).

No capítulo 2, aponto alguns constructos teóricos que me serviram de base para essa pesquisa. A Sociolinguística Interacional (cf. GUMPERZ, 1982; GOFFMAN, 2002 etc.), mencionada primeiramente, auxilia nossa compreensão acerca dos papéis sociais desenvolvidos ao longo das interações institucionais – neste caso, na consulta médica. Em seguida, abordo a Análise da Conversa Etnometodológica (COULON, 1995; OSTERMANN, 2012), cuja base teórica torna possível uma maior aproximação entre analista e participantes de um determinado evento social, possibilitando uma melhor compreensão sobre o funcionamento da realidade institucional. Abordo ainda o conceito de identidade, sob uma visão socioconstrucionista do discurso (MOITA LOPES, 2001), a fim de embasar os estudos sobre a construção das identidades dos participantes da consulta médica, considerando como eles lidam com os estigmas deles e/ou dos outros. Por fim, realizo uma revisão teórica sobre o estudo das narrativas (BASTOS, 2005; THREADGOLD, 2005), a fim de esclarecer como e por que elas emergem no contexto da consulta médica (LINDE, 1993; CLARK; MISHLER, 2001; SARANGI, 2008; OLIVEIRA; BASTOS, 2011; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

No início do capítulo 3, descrevo o modo como se deu toda a minha pesquisa, com informações de base etnográfica. Em seguida, traço algumas definições importantes para a análise dos dados: as noções de desvio (BECKER, [1963] 2008) e estigma (GOFFMAN, [1963] 2004), esclarecendo como essas condições (de desviante e estigmatizado) definem os contatos mistos. Caracterizo ainda a fala institucional (GARCEZ, 2002; DEL CORONA, 2009), a fim de demonstrar suas peculiaridades em comparação à fala cotidiana e de apresentar organização da interação no contexto médico propriamente dito.

No capítulo 4, realizo a análise dos dados, a partir da base teórica mencionada acima. Focarei esse estudo nas estratégias linguístico-discursivas empregadas pela médica, pela mãe e pela paciente para lidar com os estigmas na consulta médica e construir suas identidades naquele contexto interacional.

Por fim, no capítulo 5, retomo as questões de pesquisa e apresento as possíveis contribuições desse trabalho para a área da saúde.

2 Pressupostos teóricos

Tomando o estigma como fio condutor da análise, observarei como a médica, a paciente e a mãe desta lidam com a flagrante presença dos problemas psicossociais que permeiam a vida da adolescente. Para tal, trabalharei com alguns conceitos que visam a esclarecer a forma como estigmatizados e não estigmatizados lidam com esse fenômeno. Paralelo à noção do estigma, explorarei também a noção do desvio, visto que ambos costumam se salientar em encontros mistos, ou seja, encontros entre indivíduos de distintas condições físicas, psíquicas, morais e/ou sociais.

Para tratar do relacionamento entre os participantes da interação, a partir de unidades linguísticas e paralinguísticas, bem como a forma como os indivíduos se apropriam da linguagem para construir e preservar suas identidades, explorarei os legados de Gumperz e Goffman à Sociolinguística Interacional. Em consonância com essa teoria, farei uso da Análise da Conversa Etnometodológica não só para registrar as ênfases de fala e tomadas de turno como também para examinar a construção das identidades sociais dos locutores e interlocutores do discurso no evento consulta médica. Considerando que muito do que acreditamos ser é construído em nossas falas por meio de narrativas, apresentarei estudos dessa modalidade discursiva. Observaremos também a importância das histórias narradas por pacientes, com a colaboração dos médicos, para a humanização da consulta, ou seja, para uma maior aproximação entre ambos, a fim de otimizar diagnóstico e tratamento de doenças, bem como melhorar a vida social dos pacientes.

2.1 A Sociolinguística Interacional

“A vida social se constitui através da linguagem: não a dos gramáticos e dos linguistas [estruturalistas], mas a da vida de todos os dias” (COULON, 1995, p. 32).

A Sociolinguística Interacional é considerada como uma área interdisciplinar, já que se articula com a própria Linguística, com estudos da Sociologia, Antropologia, Filosofia, Psicologia Social, permeando as relações

entre linguagem, sociedade, cultura e indivíduo. Os pressupostos envolvidos nessa abordagem desenvolvem-se, sobretudo, a partir dos estudos de John Gumperz e Erving Goffman.

A relação entre língua e sociedade deve ser estudada através do uso da fala em contextos sociais específicos, podendo tratar-se tanto de conversas espontâneas, entre amigos, quanto de contextos institucionais, como é o caso da consulta médica, abordado nessa pesquisa.

um estudioso interessado nas *propriedades da fala* pode se ver obrigado a olhar para o cenário físico no qual o falante executa seus gestos simplesmente porque não se pode descrever completamente um gesto sem fazer referência ao ambiente extracorpóreo no qual ele ocorre. E alguém interessado nos *correlatos linguísticos* da estrutura social pode acabar descobrindo que precisa se voltar para a ocasião social toda vez que um indivíduo possuidor de certos atributos sociais se fizer presente diante de outros. (grifos meus). (GOFFMAN, [1964] 2002, p. 16).

Os estudos em Sociolinguística Interacional costumam seguir duas tendências: (i) estudar o fenômeno linguístico, como forma de compreender as interações sociais entre falantes de culturas, classes ou papéis sociais diferentes. Nesse sentido, busca-se interpretar como os relacionamentos são estabelecidos e negociados na interação, bem como identificar que tipo de relacionamento é esse e verificar se ocorrem ou não problemas na comunicação. (ii) estudar o funcionamento das unidades linguísticas nas conversas, relacionando, assim, discurso e gramática, seja através de narrativas, da focalização no tópico, na estrutura de participação, nas propriedades da língua oral e escrita, nas estratégias de polidez, nos marcadores discursivos, em expressões referenciais, nas classes gramaticais (PEREIRA, 2002, p. 8). Apesar dessa divisão de cunho teórico, o presente trabalho fará uso das duas tendências supracitadas.

Gumperz estudou a diversidade linguística e cultural presente na comunicação do dia a dia, visando a documentar seu impacto na vida das pessoas. A proposta do autor focaliza tanto a linguagem e diversidade dialetal – voltada para os aspectos sociais e culturais – quanto o uso da linguagem em interação social – com ênfase na expressão individual, a partir de inferências conversacionais nas interações situadas. Em síntese, Gumperz estuda a interação face a face, uma vez que o indivíduo “é concebido como um self que faz

inferências, torna-se envolvido, mas como membro de um grupo social e cultural” (SCHIFFRIN *apud* PEREIRA, 2002, p. 9).

Um dos principais objetivos de Gumperz, e também uma das pedras fundamentais desta pesquisa, foi mostrar como as estruturas macrosociais se mostram presentes nas práticas de fala face a face, criando um espaço interacional em que atuam processos sociolinguísticos de interpretação e inferência.

Gumperz introduziu o conceito de convenções de contextualização – pistas de natureza sociolinguística que utilizamos para sinalizar nossos propósitos comunicativos ou para inferir os propósitos conversacionais do interlocutor (GUMPERZ, [1982] 2002, p. 152) –, as quais podem se manifestar por meio de mudanças de código, dialeto e estilo, entonações, ritmos, escolhas lexicais e sintáticas, expressões pré-formuladas, aberturas e fechamentos conversacionais, estratégias de sequenciamento. Sendo assim, as variáveis sociolinguísticas constituem por si sós uma dada realidade social, podendo guiar e encaminhar a intenção comunicativa. “A habilidade para usar variáveis linguísticas, para alternar códigos ou estilos, para selecionar variáveis fonéticas adequadas, ou opções prosódicas ou formulaicas, deve ser parte integrante da competência comunicativa” (GUMPERZ *apud* PEREIRA, 2002, p. 11).

Os estudos de Erving Goffman antecipam a proposta de Gumperz, contribuindo para a compreensão do modo como as pessoas atribuem valor simbólico ao que é dito e feito nos encontros sociais. Um de seus focos principais foi a situação social engendrada na comunicação face a face: “Eu definiria situação social como um ambiente que proporciona possibilidades mútuas de monitoramento, qualquer lugar em que um indivíduo se encontra acessível aos sentidos nus de todos os outros que estão ‘presentes’, e para quem os outros indivíduos são acessíveis de forma semelhante” (GOFFMAN, [1964] 2002, p. 17). Nesse sentido, durante uma interação social, estamos sempre “nus”, observando e sendo observados de igual forma.

A fala – entendida como um encontro social, no qual se define quem fala para quem e de que forma se utiliza a língua – representa um pequeno sistema de ações face a face que são mutuamente ratificadas e ritualmente governadas. Em consonância com a proposta de Gumperz, Goffman vê a apresentação das elocuições revestida de gestos funcionais já que, ao nos pronunciarmos, propiciamos estados de fala e também políciamos nossos gestos, mantendo a

atividade de fala em funcionamento. “O movimento da língua (em certos níveis de análise) é na verdade apenas uma das partes de um complexo ato humano cujo significado deve também ser buscado no movimento das sobrancelhas e da mão” (GOFFMAN, [1964] 2002, p. 14).

Sob a perspectiva situacional, Goffman desenvolve o termo *enquadre* para fazer referência a uma dada situação comunicativa, em que os indivíduos geralmente se perguntam “o que está se passando por aqui?” e “Qual o significado do que está acontecendo aqui?”. Nesse contexto, as situações de comunicação são definidas e construídas, a partir de nossa participação nos eventos, de acordo com princípios de organização que governam encontros sociais. Junto à noção de *enquadre*, o autor desenvolve também o conceito de *footing* (GOFFMAN [1981] 2002, p. 107-48), que consiste no alinhamento, na postura assumida pelos participantes de uma dada situação interacional. Dessa forma, as mudanças de alinhamento são marcadas por pistas linguísticas e/ ou paralinguísticas.

Goffman legou-nos também as noções de *self* e *face*. A primeira corresponde ao nosso reconhecimento sobre quem somos (ou quem acreditamos ser), a partir de nosso comportamento em encontros, interações e atividades nos quais nos engajamos rotineiramente. Já o segundo diz respeito ao “valor social positivo que a pessoa efetivamente reclama para si mesma através daquilo que os outros presumem ser a linha por ela tomada durante um contato específico” (GOFFMAN *apud* PEREIRA, 2002, p. 16). A *face* é constantemente protegida na interação ou, em situações defensivas, é “salva” (seja a *face* do próprio falante ou a dos outros participantes). De qualquer forma, as instituições são locais em que as questões de *face* estão sempre em jogo. Goffman ([1959] 2011) introduz, sob a perspectiva da psicologia social, a discussão sobre a preocupação dos atores sociais com a *face*, fazendo com que, a partir de então, várias pesquisas passassem a explorar o modo como essa preocupação se concretiza em interações do dia a dia.

2.2 A Análise da Conversa Etnometodológica

A Análise da Conversa teve origem a partir da etnometodologia, uma vertente da sociologia, inaugurada nos anos 60 por Harold Garfinkel com a obra *Studies in Ethnomethodology*. Seu objetivo era inovar os métodos de investigação da organização social e provocar a mudança de “um paradigma normativo para

um paradigma interpretativo” (COULON, 1995, p. 10), baseado na lógica do senso comum.

Segundo o sociólogo francês Alain Coulon (1995, p. 26), a partir dos anos 70, a etnometodologia divide-se em dois grupos: o dos *analistas da conversa*, que procuram um sentido nas reconstruções contextuais das conversas cotidianas, buscando dar-lhes continuidade; e dos *sociólogos*, mais voltados para os campos estudados por sua disciplina, como a educação, a justiça, as organizações, as administrações, a ciência.

Os estudos etnometodológicos contribuem, sobretudo, para aproximar o analista dos participantes de um dado evento social, a fim de entender suas interações e o modo como encaram suas ações e as ações dos outros. “Para a etnometodologia, a organização das ações práticas do dia a dia é uma prática *lógica*, uma organização que é constituída pelos próprios participantes de uma interação, localmente, no ‘aqui e agora’ interacional” (OSTERMANN, 2012, p. 34).

Para Coulon (1995, p. 72), a Análise da Conversa pode ser vista como um dos campos mais desenvolvidos e mais ricos da etnometodologia, podendo ser considerado como um campo autônomo, separado da etnometodologia, uma vez que se afasta da problemática habitual da sociologia; por outro lado, reconhece que ela pode ser considerada como o programa mais completo da etnometodologia. De qualquer forma, “as atividades sociais, enquanto interações, constituem os fatos sociais, que não existem independentemente das práticas que os constituem” (COULON, 1995, p. 123).

Em 1962-1963, Harvey Sacks, pioneiro na investigação de todas as possibilidades analíticas da conversa cotidiana, organiza um grupo – do qual fazia parte Emanuel Schegloff, um dos seus principais colaboradores –, a fim de trabalhar sobre as publicações de Garfinkel. Na segunda metade dos anos 60, Gail Jefferson, que fora aluna de Sacks, passou a contribuir com esses estudos, através de um rico detalhamento nas transcrições. Nos anos 90, Jefferson transforma as pesquisas do mestre, já falecido desde 1975, em uma obra intitulada *Lectures in Conversation*, com texto introdutório de Schegloff, a qual mais tarde foi reconhecida como um dos pilares da Análise da Conversa. Credita-se a Sacks a inauguração dos estudos de fala-em-interação na abordagem da Análise da

conversa, dentro da tradição de se gravar interações em áudio e, mais tarde, em vídeo.

Segundo Ostermann (2012, p. 34), a natureza etnometodológica da Análise da conversa reside na noção de que as *ações sociais* da vida cotidiana são ações *práticas*, que estão disponíveis para serem realizadas como ações práticas contínuas. Para a Análise da Conversa Etnometodológica, a base da sociedade é a fala-em-interação cotidiana ou institucional e seus mecanismos organizadores. Por fins de inteligibilidade, qualquer interação verbal apresenta uma ordem, passível de estudo, não podendo ser considerada como desorganizada ou aleatória.

Se os métodos tradicionais da Sociologia trabalham com conceitos apriorísticos em relação a classes sociais, grupos étnicos, gêneros, poder, dentre outros, os etnometodólogos investigam como, nos eventos de fala-em-interação, as pessoas se organizam de forma a constituir essas identidades (e relações) de maneira que elas sejam relevantes socialmente em contextos situados (SILVA; ANDRADE; OSTERMANN, 2009, p. 3).

O objetivo principal da Análise da Conversa Etnometodológica é identificar como os participantes da interação compreendem e respondem uns aos outros em seus turnos de fala. Para tal, é necessário levar em consideração os procedimentos e a competência sociolinguística subjacente à produção e interpretação da fala em sequências de interação organizadas.

Nos últimos anos, estudiosos dessa área têm relacionado a análise microanalítica – pares adjacentes, organização da preferência, tomada de turno, reparos – à macroanalítica – que aborda questões como identidade, gênero, raça e outros. No presente trabalho, seguirei esses pesquisadores, fazendo uso de ambos os tipos de análise. Segundo o sociólogo Rod Watson (*apud* OSTERMANN, 2012, p. 35),

Ao olhar as pessoas apenas “de cima”, “do alto de uma torre”, e somente por meio de teorizações, [...] não se consegue ver o que e como exatamente as pessoas fazem o que fazem. É preciso “descer da torre” e ver as ações de perto, para entender como as pessoas constituem, de fato, o seu mundo social, e que métodos usam para construir suas ações no mundo e suas vidas propriamente ditas.

Como as interações institucionais possuem uma ritualização maior em relação aos demais eventos de fala, o programa investigativo da Análise da Conversa caracteriza-se como um procedimento chave para compreender o funcionamento das várias realidades institucionais com as quais entramos em

contato e, conseqüentemente, para caracterizar as semelhanças e peculiaridades presentes nas estruturas das interações institucionais. Os principais aspectos da interação institucional serão abordados com maior profundidade no capítulo 3.2.

2.3 O conceito de identidade

De acordo com Giddens, Beck & Lash (*apud* MOITA LOPES, 2001, p. 55), é comum nos dias de hoje questionar a vida social no que tange as noções de gênero, sexualidade, relações familiares, dentre outros, já que se encontram cada vez mais evidentes os diferentes modos de viver o mundo social. Além disso, a questão das identidades sociais tem despertado grande interesse nas Ciências Humanas – sobretudo na Antropologia, Psicologia, Sociologia, História, Literatura, além de algumas vertentes da Linguística, como a Análise da Conversa, Sociolinguística Interacional, Análise da Narrativa e Análise Crítica do Discurso – e nas práticas sociais neste início de século (DE FINA; SCHIFFRIN; BAMBERG, 2006; MOITA LOPES, 2001). Esse tema vem sendo submetido à reflexão pública, sobretudo à acadêmica, quando buscamos um sentido para as mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas.

Quando questionamos por que e como fazer pesquisas sobre identidades sociais, buscamos resposta na visão socioconstrucionista do discurso e das identidades (FAIRCLOUGH, 1989, 1992, 1995; LINDSTROM, 1992; WERTCH, 1991 *apud* MOITA LOPES, 2001), a qual defende que o significado é construído pela ação conjunta dos participantes das práticas discursivas, as quais se encontram situadas na história, na cultura e na instituição. Em outras palavras, estudar o discurso sob a perspectiva socioconstrucionista significa examinar seus efeitos sociais nas práticas discursivas em que agimos e, conseqüentemente, entender como construímos a nós próprios e as identidades sociais de nossos interlocutores.

Uma vez que não há discurso sem contexto social, é necessário compreender as práticas discursivas e os processos de construção de significado com os quais estamos envolvidos através das contingências macrosociais sob as quais se vive: “o microcosmo da vida pessoal está inter-relacionado com o macrocosmo dos problemas globais” (BECK, 1999 *apud* MOITA LOPES, 2001, p. 58).

O discurso representa e constitui a vida social, já que corresponde à ação através da qual “os participantes discursivos se constroem, constroem os outros e, portanto, constituem o mundo social” (MOITA LOPES, 2001, p. 59). Sendo assim, a identidade não é dada nem produzida pelo indivíduo, visto que resulta de um processo de negociação e entextualização (BAUMAN; BRIGGS *apud* DE FINA; SCHIFFRIN; BAMBERG, 2006, p. 2); estamos constantemente extraindo nossos discursos de situações externas ao presente encontro e recontextualizando-os no aqui e agora da interação social.

Naturalmente, o discurso é mediado pelo que os indivíduos acreditam ser e pelo que imaginam que os outros sejam, levando em consideração que ocupamos lugares diferentes na vida social e, conseqüentemente, pelo exercício do poder – o que nos proporciona as assimetrias/ simetrias de poder, as quais podem ser perfeitamente revertidas, já que o discurso se encontra em constante coconstrução. A interação está sempre passível a mal-entendidos, retomadas, *accounts*, reformulações; enfim, os papéis sociais desempenhados pelos participantes da interação são mutáveis, bem como o poder incutido na enunciação de seus discursos.

É importante ressaltar que as identidades sociais são naturalmente fragmentadas e estão em constante fluxo, possibilitando a coexistência de identidades contraditórias no mesmo indivíduo, as quais emergem individualmente, em práticas discursivas distintas. Visto que estamos inseridos em uma sociedade impregnada de crenças, conceitos, pré-conceitos e julgamentos, as identidades sociais relacionam-se simultaneamente com classe social, gênero, sexualidade, raça, etnia etc., praticadas em exercícios de poder – o que as torna mais um produto da diferença e da exclusão do que uma unidade idêntica e naturalmente construída (HALL *apud* MOITA LOPES, 2001, p. 62).

Diante disso, podemos afirmar que a definição de identidade é frequentemente relacionada à definição de categorias para exclusão e inclusão de si e dos outros, além da identificação de atividades típicas e rotineiras, o que define as condições para pertencimento a determinado grupo. “Ser uma determinada espécie de pessoa [...] não consiste meramente em possuir os atributos necessários, mas também em manter os padrões de conduta e aparência que o grupo social do indivíduo associa a ela” (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 74).

De Fina, Schiffrin e Bamberg (2006, p. 2) enfatizam que tanto as práticas sociais quanto as discursivas definem a forma como indivíduos e grupos se apresentam para os outros, negociando papéis e conceituando a si mesmos. Ambas as práticas provocam um olhar mais próximo para as constantes mudanças de identidade e para a forma como novas fronteiras e localizações sociais estabelecem e negociam seus membros, bem como os sistemas impactam o processo de construção da identidade. Dessa forma, a sociedade reprime e molda as identidades.

Autores analisam estratégias de construção, coconstrução e negociação das identidades em diferentes *contextos* – ambiente de trabalho, consultas médicas, grupos focais, contextos educacionais etc. –, diferentes *gêneros* – narrativas, entrevistas, conversas, pedidos de desculpas etc. – e em diversas *comunidades* – imigrantes, pacientes, adolescentes, pais, sobreviventes do Holocausto etc.

As identidades são vistas através de “atos” realizados pelas pessoas, a fim de definir quem são elas; dentre esses “atos”, está a narrativa – vista como um local privilegiado para a negociação das identidades (DE FINA; SCHIFFRIN; BAMBERG, 2006, p. 16).

2.4 Estudos sobre narrativas

Partindo do princípio de que o ato de contar histórias é uma das atividades mais comuns da vida cotidiana (GARCEZ, 2001, p. 190), podemos afirmar que, quando o realizamos, estamos, de certa forma, normalizando uma experiência (SACKS, 1984), que compreende desde a escolha do objeto a ser contado até a forma como desenvolvemos o ato de narrar: gestos, olhares, escolhas lexicais, ênfases ou omissões e outros.

Devido a sua complexidade e abundante presença nos encontros sociais, as narrativas ganham destaque dentre as práticas discursivas mais estudadas em pesquisas sobre a relação entre o discurso e as identidades sociais. Através do estudo das narrativas, é possível compreender como as instituições – família, escola, fábrica/ escritório, amigos, mídia – se reproduzem ou se transformam, assim como certos modos de se viver a vida social são apresentados como legítimos ou não (MOITA LOPES, 2001, p. 64).

Para entender a organização social, é necessário considerar as experiências e ações humanas, muitas vezes organizadas na forma de narrativas – que correspondem a um complexo campo de estudo, porém bastante explorado por sociolinguistas, que tomam por base principal os legados de Labov e Waletzky (1967). Nesse contexto, vemos que contar uma história não corresponde a uma prática despropositada:

Construímos quem somos sinalizando e interpretando tanto afiliações a categorias sociais (classe social, gênero, profissão, religião, etc) e posições na hierarquia da interação (status e papéis), quanto a atribuições de qualidade de qualificação de ordem mais pessoal. Ao contar histórias, situamos os outros e a nós mesmos numa rede de relações sociais, crenças, valores, ou seja, ao contar histórias, estamos construindo identidades. (BASTOS, 2005:81)

É fato que quando contamos algo que aconteceu conosco não estamos apenas informando nosso ouvinte/ leitor de um acontecimento. Segundo Sarangi (2008, p. 271-2), as narrativas exercem papel fundamental na construção de identidade – do narrador, do ouvinte e, se for o caso, dos demais participantes da narrativa. Em outras palavras, é através delas que organizamos nosso pensamento e nosso conhecimento sobre quem somos e quem gostaríamos de ser. É válido ressaltar que as identidades sociais estão em constante processo, ou seja, constroem-se e reconstroem-se a cada interação.

Para Threadgold (2005, p. 276), “elas [as narrativas] realmente assumem a forma como os corpos são projetados e imaginados, como *selves* e identidades são moldados nas interações cotidianas, e como essas interações reproduzem as hegemonias e regulações sociais” (tradução de minha responsabilidade)².

De qualquer forma, ao narrarmos uma história, da qual somos protagonistas, buscamos sempre nos construir favoravelmente:

no final das contas, o falante é uma boa pessoa que se comportou corretamente. Conforme veremos, todas as narrativas pessoais são moldadas numa determinada versão e, além disso, podem ser modificadas de acordo com a visão do falante sobre o que é ser uma

² “They [narratives] do affect the ways bodies are lived and imagined, how selves and identities are crafted in every day interactions, and how those interactions construct and craft in turn the hegemonies and the regulations of the social”.

boa pessoa (LINDE, 1993, p. 31 - tradução de minha responsabilidade)³.

Consideramos, assim, a identidade como um constructo social, que não está pronto na narrativa e nem é produto dela. Obviamente, as diferentes formas linguísticas podem ser usadas para indicar pertencimento ou dissociação de grupo, se analisadas junto a ideologias, atitudes, instâncias e práticas atribuídas a esse grupo. Segundo Moita Lopes (2001), “o discurso é a ação através da qual os participantes discursivos se constroem, constroem os outros e, portanto, constituem o mundo social”.

2.4.1 As narrativas na consulta médica

Segundo Ostermann & Meneghel (2012), há um grupo de autores focados no estudo da linguagem dentro do contexto da saúde que privilegiam as narrativas tanto de médicos, pautadas no discurso médico-científico hegemônico (BASTOS, 2008; FAVORETO, 2009), quanto de pacientes e usuários (ALVES; RABELO, 1999; CAPRARA; VERAS, 2005; RASERA; JAPUR, 2003; MENEGHEL; INIGUEZ, 2007; CEZIMBRA; MENEGHEL, 2009; OLIVEIRA; BASTOS, 2011).

Geralmente os estudos das narrativas dos pacientes se interessam pelos depoimentos de como as pessoas se apropriam de acontecimentos como o adoecimento, a dor e a morte. Essas histórias contribuem para a compreensão de como os pacientes interpretam os episódios de doença em suas vidas (OLIVEIRA; BASTOS, 2011).

Clark & Mishler (2001) avaliam as narrativas pautadas no discurso médico como aquelas que refletem a dominância da voz da medicina, sendo caracterizadas como um gênero clínico cujo único protagonista é o corpo (cf. cap. 3.2). Nesse contexto, a doença se desenrola como um mecanismo biológico, vazio de motivação ou sentimento, a não ser de sensações sintomáticas. “A patologia tem um corpo, mas a narrativa não tem agência” (CLARK; MISHLER, 2001, p. 35).

³ “In the final analysis, the speaker is a good person who behaved correctly. As we will see, all personal narratives are shaped to make some version of this point, and therefore all such narratives must be changed or replaced as the speaker’s understanding of what a good person is changes”.

Trazendo essa reflexão para o contexto da presente pesquisa, nenhuma das narrativas aqui encontradas está diretamente focada na patologia da paciente. Se e de que forma a narrativa é elaborada depende, em parte, da monitoração do narrador em relação ao conhecimento e ao interesse do interlocutor no cenário da história. A produção da narrativa também pode depender de escolhas retóricas que o narrador faz para expressar um argumento ou apresentar a ação e o seu protagonista a partir de um enfoque específico. Desse modo, a predominância da voz da medicina nos encontros clínicos não corresponde a uma regra.

2.4.2 O modelo laboviano

O sociolinguista William Labov define a narrativa como um modo de recapitular experiências passadas, representadas através de orações organizadas com verbos necessariamente no pretérito perfeito. Nesse contexto, a *narrativa mínima* é aquela representada por uma sequência de duas orações independentes, ordenadas temporalmente, já que a alteração na ordem resulta na mudança da sequência temporal, interferindo na interpretação dos acontecimentos.

O estudo laboviano das narrativas tomou como ponto de partida entrevistas que sempre apresentavam o seguinte questionamento: “Você já se sentiu em risco de morrer? Como foi?”. A resposta a essa questão, caso fosse positiva, certamente se apresentaria na forma de um monólogo narrativo.

É possível observar o interesse sintático do pesquisador, que centra sua análise na estrutura das orações que compõem as narrativas, sem preocupação com o porquê de essas histórias serem contadas. No entanto, os elementos da narrativa que ele propôs, apresentados a seguir (BASTOS, 2005), são bastante explorados nos estudos contemporâneos:

- **ponto:** é a razão de ser da narrativa, motivo pelo qual ela é contada. Ele pode estar explícito ou implícito e, portanto, não corresponde a um elemento da narrativa propriamente dito, nem sempre sendo identificado em sua análise.

- **sumário:** corresponde a um resumo inicial, visto ser muito comum (porém não obrigatório) que a narrativa se inicie com enunciados que a sumarizem.

- **ação complicadora:** único elemento obrigatório em uma narrativa, é composta por orações narrativas que, segundo Labov, precisam ser expressas por

meio de verbos no pretérito perfeito. Uma *narrativa mínima* necessita de, ao menos, duas orações narrativas, ordenadas temporalmente.

- **orientação:** corresponde a uma seção introdutória, a fim de deixar o ouvinte a par das circunstâncias que envolvem o evento narrado: tempo, lugar, eventos anteriores, atores.

- **avaliação:** difundida ao longo da narrativa, enfatiza a significância das histórias, uma vez que contém informação sobre a carga dramática ou o clima emocional da narrativa.

- **resolução:** corresponde a uma etapa da finalização dos eventos, indicando o que finalmente aconteceu.

- **coda:** marca o fim da narrativa, reportando narrador e ouvinte para o presente; pode conter comentários morais sobre os efeitos dos eventos no narrador ou sobre o modo como o mundo é ou deveria ser.

Labov defende que uma narrativa completa se inicia por *sumário*, seguido por uma seção de *orientação* (pessoas, lugares, épocas e comportamentos). Depois, inicia-se a história propriamente dita, com o emprego da *ação complicadora*. Algumas narrativas são finalizadas pela *resolução* e, em alguns casos, sem necessariamente excluir a resolução, o narrador pode encerrar a narrativa através do emprego da *coda*, que reporta o ouvinte para o presente momento. Não obstante, constatamos que esse esquema nem sempre é obedecido – o que ocorre frequentemente no presente trabalho. Além disso, para ser considerada como *narrativa mínima*, basta identificar a junção de duas *ações complicadoras*.

Embora meu interesse esteja diretamente relacionado à construção interacional da narrativa, farei uso dos elementos desenvolvidos por esse autor, considerando ainda que as narrativas aqui analisadas nem sempre seguem fidedignamente o modelo laboviano clássico. Sustento a ideia de que a *reportabilidade*, bem como a *orientação* e a *avaliação* marcam aquilo que torna uma história digna de ser contada (BRUNER, 1990; LINDE, 1993). Aquela mostra que as narrativas tornam-se necessárias quando as coisas não são como deveriam ser e, além disso, elas são construídas quando há violação dos esquemas de crenças culturalmente compartilhadas; já as duas últimas comprovam que as informações sobre o contexto podem ser mais importantes que a ação

propriamente dita. Não negligenciamos a importância da *avaliação* para a construção da identidade (BASTOS, 2003), uma vez que o narrador transparece suas emoções ao avaliar os acontecimentos. No entanto, um dos principais objetivos da avaliação é contribuir para a credibilidade da narrativa, já que, quanto mais extraordinário, menos crível será o evento.

Segundo Bastos (2005, p. 80), as narrativas não são mais consideradas como representações diretas e transparentes e eventos passados, mas sim como recontagens seletivas e contextualizadas dos eventos lembrados. Nesse contexto, a autora vê o evento narrativo mais como uma construção social do que como uma representação do que aconteceu, uma vez que construímos as histórias que contamos em função da presente situação de comunicação – quando, onde e para quem contamos –, de filtros afetivos e culturais, além daquilo que estamos fazendo ao contar uma história.

2.4.3. Narrativa e performance

Nenhuma narrativa é natural; escolha e construção estarão sempre acima da sua aparência; narrativa é um discurso, não uma série de eventos. Não existe nenhuma narrativa “adequada” que se oponha a outra “alegórica” (simplesmente porque nela não há um sentido “adequado”); todas as narrativas são alegóricas (TODOROV, 1977, p. 55 *apud* SARANGI, 2008, p. 274 - tradução de minha responsabilidade)⁴.

Sob uma perspectiva etnográfica da linguagem oral, Bauman (1986, p. 2) entende a narrativa oral como uma arte, que implica contar histórias e representar. Dessa forma, a literatura oral está relacionada com a vida social, já que parte da natureza da narrativa está duplamente ancorada em eventos humanos: no *evento narrado*, que corresponde ao conteúdo do relato, e no *evento narrativo*, que diz respeito ao ato de contar a história em si. Esse último agrega a *performance* do narrador, equivalente a sua ação, interpretação e avaliação diante do que é contado.

A *performance*, segundo Bauman (1986), corresponde ao modo como a comunicação é conduzida, estando relacionada à assunção de certa

⁴ “No narrative is natural; a choice and a construction will always preside over its appearance; narrative is a discourse, not a series of events. There exists no ‘proper’ narrative as opposed to ‘figurative’ ones (just as there is no ‘proper’ meaning); all narratives are figurative”.

responsabilidade do enunciador perante a audiência, a fim de exibir sua habilidade comunicativa. Ao estudarmos os eventos performativos, é necessário identificar o contexto em que eles ocorrem: quem são seus participantes, de acordo com suas identidades e papéis; quais significados expressivos são empregados na performance; em qual tipo de interação social se encontram os participantes do evento, baseado em regras e normas, estratégias para performance e critérios para sua interpretação e avaliação; como as sequências de ações constroem o cenário do evento. Ao analisar os dados dessa pesquisa, considerarei esses elementos situacionais, a fim de fornecer uma base de análise consistente no que diz respeito às performances narrativas dos participantes da consulta médica.

No universo das narrativas, “as identidades não são apenas representadas no discurso, mas também performadas, promulgadas e corporificadas através de uma variedade de significados linguísticos e extralinguísticos” (DE FINA; SCHIFFRIN; BAMBERG, 2006, p. 3 - tradução de minha responsabilidade)⁵. Em outras palavras, a elocução é conectada à realidade extralinguística, que fornece índices sobre os papéis e identidades dos falantes, bem como sobre a situação discursiva em que eles se encontram. “Quando um indivíduo se apresenta diante dos outros, consciente ou inconscientemente projeta uma definição da situação, da qual uma parte importante é o conceito de si mesmo” (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 220).

Goffman ([1981] 2002) apresenta uma “desconstrução” da noção de falante, defendendo a necessidade de distinguir diferentes aspectos do *self* na produção discursiva: o *autor* (*author*) é a pessoa que produz a elocução, o *animador* (*animator*) é aquele que realiza a *performance* em si, o *responsável* (*principal*) ocupa-se com o emprego das palavras e a *figura* (*figure*) é personagem na história ou em outro texto. Em outras palavras, os participantes de qualquer interação face a face gerenciam a produção ou a interpretação das elocuções, a fim de sinalizar aspectos pessoais (como uma fala afável ou austera), papéis sociais (como o de um médico durante um atendimento clínico) ou papéis discursivos (como o de um falante que reproduz a fala alheia). Goffman

⁵ “[The] identities are seen not as merely represented in discourse, but rather as performed, enacted and embodied through a variety of linguistic and non-linguistic means”.

denominou *footing* todo o universo relacionado à postura dos participantes da interação em relação ao discurso em construção, ao outro e a si próprio:

Uma história completa requer que o falante se retire, durante a narração, do alinhamento que manteria na troca comum da conversa e, por esse período de narração, mantenha um outro *footing*, o de narrador, cujas ocasionais pausas prolongadas e finalizações de elocuições não devem ser entendidas como sinais de que está na eminência de ceder o turno. [...] Durante a narração de uma história, o contador provavelmente quebrará o enquadre da narrativa em pontos estratégicos: para recapitular para ouvintes recém-chegados; para incentivar os ouvintes a esperarem o desfecho, ou fornecer caracterizações gratuitas de vários protagonistas da história [...] (GOFFMAN, [1981]2012, p. 143).

É importante ressaltar que a construção do *self* é sempre refeita, uma vez que as identidades são constantemente construídas, de acordo com o contexto no qual o enunciador se insere: “Contar histórias diferentes, nesse caso, envolve a aprendizagem de viver diferentes *selves*” (THREADGOLD, 2005, p. 276 - tradução de minha responsabilidade)⁶. Por outro lado, as performances correspondem a uma solicitação para que nossos ouvintes levem a sério o papel que representamos (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 25), i.e., desejamos que acreditem na identidade que está sendo construída naquele momento, seja por uma questão de autodefesa, por um simples desejo de alinhamento com o(s) ouvinte(s) ou pelo bem da comunidade.

Conforme aponta Langellier (2001, p. 150), ao contar uma história, o indivíduo privilegia inevitavelmente certos interesses – como opiniões e identidades – de maneira que suas “subjetividades são construídas por uma simbiose da história performada e das relações sociais nas quais ela é encaixada”. Desse modo, o narrador, embutido de suas crenças e valores culturais, permite que sua subjetividade influencie o evento narrativo, através da seleção de um modo particular de contar a história. Tal fato nos leva à reflexão de que a performance é uma escolha motivada pelo interesse do indivíduo em ser reconhecido pelo público desse ou daquele modo e, portanto, a construção da identidade não é uma função da narrativa, mas sim um resultado dela.

A *performance* discursiva já foi abordada no contexto da saúde por estudiosos como Ostermann & Meneghel (2012), Clark & Mishler (2001) e Bastos (2008). Os dois primeiros observaram que determinadas estruturas

⁶ “Telling stories differently in this case involved learning to live the self differently”.

discursivas podem facilitar ou impedir a expressão das histórias dos pacientes – fator importante para o tratamento destes –, conforme será visto no capítulo 3.3. A última analisou narrativas em que os profissionais de saúde falavam dos dramas vividos pelos pacientes. De acordo com Clark & Mishler (2001, p. 20), a forma eventual de uma história reflete a ação recíproca entre a pauta do médico, que compreende reunir fatos clínicos relevantes, e os esforços do paciente para oferecer um relato coerente da sua experiência. Nesse contexto, é importante que compreendamos como os pacientes não só atribuem causas aos episódios de doenças em suas vidas como também dão sentido a eles.

A narrativa representa o esforço conjunto do paciente e do médico para fazer sentido coerente de um problema dentro de um contexto de ações e resultados construído conjuntamente. [...] Dar atenção à autoria do paciente em relação à sua história ressalta as vicissitudes da autoridade em encontros clínicos e a transformação social da doença nas relações clínicas. (CLARK; MISHLER, 2001, p. 41)

3 Metodologia e perspectivas de análise – desvio, estigma e a interação na consulta médica

3.1 A geração e a seleção dos dados

A pesquisa se desenvolve no contexto do projeto “Atendimento à saúde – a interação médico/paciente em um ambulatório de adolescentes”, coordenado pelas pesquisadoras Liliana Cabral Bastos (PUC-Rio) e Olga Maria Bastos (IFF/Fiocruz), e integrado por mim, autora deste trabalho. De março a agosto de 2013, visitei um ambulatório especializado em pediatria de adolescentes, localizado em um hospital público da Zona Sul do Rio de Janeiro, que funciona como instituto de assistência, pesquisa e ensino. Esse departamento atende em média 280 pacientes por mês, de 12 a 20 anos, com os mais diversos problemas de saúde – desde acne a distúrbios mentais.

Todas as consultas são previamente agendadas, seja por vontade própria do paciente ou da sua família, seja por encaminhamento de outros setores da rede pública ou setores do próprio hospital. Os adolescentes são atendidos por ordem de chegada e, quando menores de idade, devem comparecer ao ambulatório acompanhados por um responsável. Duas médicas revezam os atendimentos ao longo da semana e, em um dia específico, realizam-nos conjuntamente.

Quase todas as consultas, independente da médica, seguem a mesma rotina: primeiramente, o adolescente entra no ambulatório sozinho; assim, ele pode se sentir à vontade para abordar qualquer assunto delicado, que normalmente não falaria se estivesse perante o responsável. Em seguida, antes de examinar o paciente, a médica solicita que o responsável entre e, assim, relata a ele questões fundamentais para a manutenção da saúde e do bem-estar do paciente. O sigilo das informações fornecidas é garantido pelo ECA e pelo Código de Ética Médica; no entanto, se o profissional de saúde e/ou a equipe avaliar que as ações do adolescente estão colocando em risco sua integridade física e moral, esse sigilo pode ser quebrado.

Enquanto observei os atendimentos, estive sempre junto às pediatras, presenciando todos os procedimentos da consulta. O único momento em que eu não observava, mas só ouvia e gravava a interação, era o do exame, quando o adolescente se deitava no leito que ficava atrás de um biombo e, a fim de evitar qualquer constrangimento, eu permanecia em meu assento, posicionado entre a cadeira da médica e o biombo.

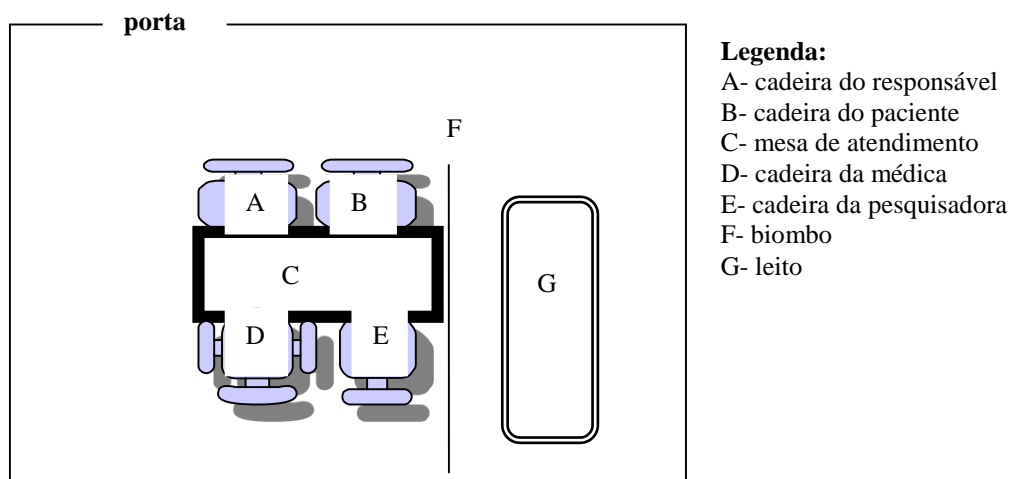


Figura 1 – esquema da sala de atendimento

Antes de iniciar o procedimento de exame, o paciente era medido e pesado em minha presença e de seu responsável, uma vez que o estadiômetro e a balança se encontravam próximos à porta. Atendendo ao pedido da médica, alguns deles vestiam, para o exame, um roupão hospitalar, fora da presença de qualquer pessoa, situados atrás do biombo.

Nas primeiras visitas que fiz ao ambulatório, antes de iniciar as gravações, o paciente e seu responsável só tomavam conhecimento da minha presença quando estes adentravam a sala; na ocasião, eu era apresentada pela médica como pesquisadora e estudante da Puc, sem muitos detalhes sobre minha presença naquele local. Por essa razão, muitos deles achavam que eu atuava na área de saúde e, desse modo, convidavam-me a participar da interação através de perguntas sobre a saúde do paciente ou até mesmo da leitura de laudos de exames anteriores.

Antes de iniciar as gravações, realizei cinco visitas ao ambulatório, sendo a primeira para conversar com a pediatra que me auxiliou na pesquisa e as demais para observar as interações médico-paciente, realizando sempre minhas notas de

campo. Em cada uma dessas visitas eu presenciei aproximadamente cinco atendimentos, que correspondem ao número de pacientes marcados por turno. A fim de adequar meus horários aos da médica, eu comparecia ao hospital nas manhãs de sexta-feira, sempre comunicando minha presença pelo menos um dia antes.

Quando obtive a autorização para gravar as consultas, modifiquei minha estratégia de abordagem dos adolescentes e responsáveis. Antes de minha entrada na sala de atendimento, eu me apresentava aos pacientes – individualmente ou em grupo, dependendo da disposição em que se encontravam na sala de espera. Muitos deles viam em mim uma espécie de porta-voz para fazerem suas reclamações sobre o hospital ou sobre a saúde pública em geral. No momento da abordagem, alguns responsáveis demonstravam-se ressabiados em relação à minha presença durante as consultas, perguntando se eu realizaria gravações em vídeo ou quem teria acesso aos dados da pesquisa. Mas, curiosamente, quando eu falava que retornaria ao hospital com minha pesquisa, a fim de contribuir para possíveis melhorias no atendimento, eles logo se mostravam solícitos e prontos para colaborar com o meu trabalho. Obviamente, esse tipo de postura não foi unânime: uma mãe, já conhecida pela médica como extremamente problemática, falou-me que permitiria a gravação, mas, posteriormente, mudou de ideia e, por essa razão, eu permaneci na sala de espera enquanto a consulta da menina era realizada.

Ao todo, observei quatorze consultas enquanto aguardava a autorização pela Plataforma Brasil⁷, um dos pré-requisitos necessários à execução do projeto “Atendimento à saúde – a interação médico/paciente em um ambulatório de adolescentes”, e, após obter permissão, gravei quinze atendimentos. A ideia inicial era descrever os procedimentos das consultas e observar como se dava, de modo geral, a interação médico-paciente quando viessem à tona assuntos delicados, tais como o uso de drogas, a prática de relações sexuais na adolescência ou a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). No entanto, no segundo dia de gravações, um atendimento chamou-me a atenção: uma paciente de quatorze anos, com retardo mental, porém sexualmente ativa desde os treze – a quem darei o nome de Carla –, compareceu ao ambulatório com a mãe para uma

⁷ A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, conforme processo de número CAAE15865613, através da Plataforma Brasil, em julho de 2013.

consulta de rotina, já que a menina é acompanhada no hospital desde bebê. Embora muitos pacientes do ambulatório também tivessem algum tipo de retardo mental, a consulta com essa adolescente chamou minha atenção de maneira especial. Talvez pelos vários estigmas que carregava: além do retardo mental, era negra e moradora de comunidade. Talvez pelos tópicos sobre os quais se falou na consulta: vida sexual, doenças de pele e contagiosas, que são tipicamente assuntos muito delicados. A negociação que se instaurou na consulta tornou evidente também que as participantes estavam não apenas em posições hierárquicas diferentes (médicas x paciente e responsável), mas também que adivinham de lugares sociais e culturais muito estanques. Acredito que, nesse primeiro momento, tenha sido principalmente esse contraste cultural que me mobilizou.

Depois desse dia, voltei ao hospital por mais algumas vezes, realizando a gravação de todas as consultas autorizadas. A partir de então, deparei-me com a emergência de temas delicados em duas consultas seguintes e cheguei a transcrever boa parte delas. Entretanto, em reunião com o grupo de pesquisa coordenado pela minha orientadora, diversas contribuições acerca de estigma, das estratégias de abordagem da médica, além das narrativas coconstruídas ao longo da consulta de Carla foram trazidas pelos integrantes do grupo. Diante de tamanha riqueza de dados, optamos por analisar na presente pesquisa apenas essa consulta.

Para transcrever os dados, empreguei as convenções de transcrição desenvolvidas nos estudos de Análise da conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), conforme anexo 1.

3.2 Desviantes e estigmatizados em contextos sociais

Diante da situação sociocultural em que se encontrava Carla – deficiente mental sexualmente ativa desde os treze anos, moradora de comunidade, negra –, bem como a forma com a qual mãe e filha tratam (ou tentam tratar) essas condições, julgamos (em reunião do grupo de pesquisa de minha orientadora) que seria interessante abordar os conceitos de desvio e estigma na análise da referida interação.

De acordo com Becker ([1963]2008), o interesse de sociólogos e cientistas sociais em estudar os desvios cresceu notavelmente no início dos anos 60. Para

definir esse conceito, os pesquisadores atrelavam-no a diferentes categorias de estudo: a *estatística*, que tratava o desvio como aquilo que varia excessivamente em relação à média; a *patologia*, que o relacionava a um órgão ou função em desajuste; ou a *sociologia*, que o apontava como uma falha em obedecer a regras do grupo. No entanto, ao longo das últimas décadas, tais definições não satisfizeram a necessidade de compreensão do conceito para os diferentes campos de estudo.

Na sociologia – área mais próxima de Becker e também desta pesquisa –, observou-se que seria inviável definir o desvio como infração de regras de um grupo se, na verdade, uma sociedade possui várias comunidades de prática e, desse modo, um único indivíduo pertence, simultaneamente, a várias delas. Sendo assim, “uma pessoa pode infringir as regras de um grupo pelo próprio fato de ater-se às regras de outro” (BECKER, [1963]2008, p. 21). É exatamente esse aspecto que veremos mais adiante, ao longo da análise dos dados.

Diante de tamanha complexidade para a definição de desvio, Becker opta por desenvolver esse estudo com base em algumas regras que são geralmente aceitas por todos. Destarte, extrai um fato central acerca do desvio: por ser um conceito criado pela sociedade, ele não corresponde a uma qualidade do ato cometido, mas sim a uma consequência de sanções e regras aplicadas por outros a um infrator, ou seja, está relacionado ao modo como os outros reagem diante do ato de uma pessoa.

Resta-nos, portanto, uma questão: quem impõe as regras e quem deve obedecê-las? Sendo a imposição das normas uma questão de poder político e econômico, aqueles grupos cuja imposição social lhes dá armas e poder são mais capazes de impor suas diretrizes. Em síntese, “distinções de idade, sexo, etnicidade e classe estão todas relacionadas a diferenças em poder, o que explica diferenças no grau em que grupos assim distinguidos podem fazer regras para outros” (BECKER, [1963] 2008, p. 30). Consoante a isso, muitas vezes as classes sociais mais abastadas impõem suas normas de conduta às classes mais baixas, bem como os mais velhos criam parâmetros que devem ser seguidos pelos mais jovens, que não são considerados sensatos nem responsáveis o bastante para traçar regras adequadas para si mesmos.

Embora esse processo de criação e obediência de normas pareça simples, na prática não é universalmente aceito, tornando-se não só objeto de conflito e divergência como também parte do processo político da sociedade.

Outro conceito também importante para o presente quadro de análise é o de *estigma*, o qual foi relacionado à noção de *desvio* por Erving Goffman ([1981] 2004). Nesse contexto, o primeiro é definido a partir dos ambientes sociais, que estabelecem as categorias de pessoas com maior probabilidade de neles serem encontradas – sendo considerados *desviantes* aqueles que se distanciam dessas categorias.

Segundo Goffman ([1981] 2004, p. 7), há três tipos de estigma, nitidamente diferentes: as *abominações do corpo*, que correspondem às várias deformidades físicas; as *culpas de caráter individual*, que dizem respeito à conduta comportamental do indivíduo como, por exemplo, distúrbios mentais, vícios, práticas criminosas, tentativas de suicídio, desemprego, prisão; por fim, os *estigmas tribais de raça, nação e religião*, que podem ser transmitidos através de linhagem e se expandir por todos os membros de uma família. Diante disso, os estigmatizados podem desenvolver uma das seguintes posturas: a de *desacreditado*, que assume a evidência e o consequente conhecimento de todos sobre sua característica distintiva; ou a de *desacreditável*, que age como se ela não fosse conhecida nem perceptível pelos presentes.

Como já se sabe, neste trabalho, trataremos de um único caso, no qual se encontram estigmas de caráter individual e tribal: a adolescente Carla, com quadro de retardo mental, procura o ambulatório médico para uma consulta de rotina, durante a qual sua mãe demonstra interesse em tratar de piolhos e micoses da menina – problemas de saúde gerados por falta de cuidado com a higiene pessoal. Além disso, a menina é integrante de classe social popular, moradora de comunidade e negra. Outro fato evidente é que a adolescência por si só já corresponde a um período em que a identidade se encontra em transformação, gerando insegurança diante de um novo conhecido, por não saber se ele será receptivo ou não, até que se estabeleça o contato (GOFFMAN, [1981] 2004, p. 15). Sintetizando o conceito de estigma,

um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se (sic) impor a atenção e

afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus (GOFFMAN, [1981] 2004, p. 7).

O estigma de uma criança pode ser encoberto de uma maneira especial, já que seus pais e/ou pessoas mais próximas podem encapsulá-la na aceitação doméstica, servindo como um círculo protetor; conseqüentemente, ela se julga mais aceita do que é na realidade. Ademais, se ela for mantida por muito tempo na ignorância, poderá ser informada sobre a sua condição por estranhos que talvez não tenham nenhum motivo para usar o cuidado e o tempo necessários para lhe apresentar os fatos de uma forma construtiva e confiante.

É importante salientar que, para Goffman ([1981] 1988, p. 117), o “normal” e o “estigmatizado” não são pessoas, e sim perspectivas geradas em situações sociais durante os contatos mistos – momentos em que estigmatizados e normais encontram-se na mesma situação social. É o caso da consulta em questão, na qual a médica, a residente e a pesquisadora podem ser consideradas pessoas “normais”, enquanto a paciente e sua mãe são vistas como “estigmatizadas”.

3.3 A interação institucional

Algumas interações, quando comparadas a outras, apresentam uma organização sequencial particular, seja em relação à tomada de turnos, à organização da preferência e/ ou à ocorrência de reparos. Além disso, essas interações estão muitas vezes relacionadas à realização de atividades rotineiras de instituições, como veremos no presente trabalho, em que se estuda a fala no contexto da consulta médica. Dessa forma, podemos afirmar que esta pesquisa se faz no âmbito da fala-em-interação institucional, já que o atendimento médico contém orientações para metas (GARCEZ, 2002, p. 57), de caráter convencional relativamente restrito: anamnese, diagnose e tratamento. Naturalmente, muitas consultas médicas são focadas em outro propósito como, por exemplo, a revisão ou o tratamento propriamente dito.

Segundo Goffman ([1964] 2002), as metas não são postulados universais em termos de uso da linguagem, mas sim orientações compartilhadas entre os interlocutores, que julgam os comportamentos e ações uns dos outros como apropriados ou não, relevantes ou não à atividade realizada naquele momento. Sendo assim, as práticas desenvolvidas ao longo do atendimento médico são

coconstruídas e, portanto, todos os participantes da interação dão sentido a este acontecimento.

É importante ressaltar que o que define uma interação como institucional não é o contexto físico no qual ela ocorre (DREW; HERITAGE *apud* DEL CORONA, 2009, p. 16), já que é possível realizar uma consulta médica em casa ou em qualquer ambiente extra-hospitalar. Logo, o que confere caráter institucional à fala é a coconstrução das atividades dos participantes na condição de representante e cliente da instituição. Obviamente, o contexto e a identidade dos participantes são dinâmicos e, portanto, dependentes das ações que os interlocutores coconstroem a cada momento.

Drew & Heritage (*apud* DEL CORONA, 2009) apontam três características principais da fala institucional:

- i) orientação para o cumprimento do mandato institucional;
- ii) restrições às contribuições aceitas;
- iii) associação a arcabouços e procedimentos específicos.

No contexto médico, a principal tarefa institucional é fazer diagnósticos e prescrever tratamentos. Quanto às restrições às contribuições aceitas, podemos afirmar que, na consulta médica, na maioria das vezes, as sequências de fala tendem a ser menos restritas do que em outras instituições, como nos tribunais, por exemplo. No entanto, há uma notável assimetria na relação médico-paciente, conforme será apontado logo a seguir. Por fim, a fala institucional se faz em consideração a determinados procedimentos e enquadres específicos. No caso da consulta médica, vários procedimentos são realizados: o paciente só entra no consultório após ser chamado pelo médico; antes de ser examinado, é necessário relatar como se encontra seu estado de saúde; o médico deve procurar sanar as dúvidas do paciente, entre outros. Há também diferentes enquadres: perguntas do médico ao paciente para anamnese ou simples preenchimento do prontuário; perguntas do paciente direcionadas ao médico para esclarecer quaisquer dúvidas ou diagnosticar problemas de saúde; narrativas com finalidade específica ou como comentários extraordinários, que podem emergir de ambas as partes etc.

Devemos reconhecer também que a conduta interacional em contextos institucionais é marcada por alguns aspectos, apontados por Drew & Heritage (*apud* DEL CORONA, 2009) como produtivos na análise: (i) escolha lexical; (ii)

construção dos turnos; (iii) organização de sequências; (iv) organização macroestrutural; (v) epistemologia social e relações sociais.

A escolha lexical (i) pode definir o nível de formalidade do encontro institucional. Na interação médico-paciente, o uso de jargão técnico da área por parte do paciente pode demonstrar familiaridade com o assunto tratado, diminuindo a assimetria com o profissional de saúde; porém, se partir do médico, corrobora o distanciamento do cliente, ao passo que reforça seu status de detentor do conhecimento. Segundo Maynard (*apud* OSTERMANN; RUY, 2012, p. 68), as estruturas comunicacionais podem corresponder a um tipo de assimetria médico-paciente, na medida em que o médico faz uso de jargões, interrompe o paciente ou controla os assuntos tratados durante a consulta. “Segundo Maynard, essas estruturas podem resultar em problemas na comunicação de tal ordem que podem vir até mesmo a interferir no processo adequado de tratamentos e de sua consequente adesão pelos pacientes” (OSTERMANN; RUY, 2012, p. 68-9).

Na construção dos turnos (ii), o caráter institucional da interação fica evidente pelo tipo de ação realizada pelo turno – cumprimentar, perguntar, responder, ordenar, solicitar – e pelos componentes de sua construção – falas breves ou longas, diretas ou indiretas, assertivas ou indagativas. Trazendo essas informações para o contexto aqui estudado, esses turnos podem ser introduzidos na forma de perguntas – que, normalmente, originarão o par adjacente “pergunta-resposta” –, através de narrativas, de avaliações ou observações. Como existem diferentes enquadres ao longo da consulta médica, bem como inúmeras formas de se construir um turno, essa abordagem ficará mais clara ao longo da análise dos dados.

Para a organização das sequências (iii), os participantes adaptam os mecanismos disponíveis na conversa cotidiana – reparos, trocas de tópico, tomadas de turno etc. – para construírem suas ações nos cenários institucionais em que estão inseridos. O fato é que a alocação de turnos tende a ficar a critério do representante da instituição e sua ocorrência depende do grau de formalidade do evento em questão. Segundo Ostermann & Ruy (2012, p. 69), a consulta médica muitas vezes se assemelha a uma sala de aula tradicional, em que a sequência IRA (iniciação – resposta – avaliação) é composta por perguntas feitas pelo professor, que pedem uma resposta cujo conteúdo já é sabido por ele, com o objetivo de testar o conhecimento e o entendimento dos alunos. Dessa forma, o médico faz

uma pergunta para a qual normalmente já sabe a resposta (iniciação), o paciente fornece uma resposta (resposta), que é então avaliada pelo médico em seu próximo turno (avaliação). Naturalmente, não é sempre que os turnos se organizam dessa forma; no entanto, na maioria das vezes, é o médico quem domina os turnos de fala, concedendo-os ao paciente apenas quando quer ouvir uma resposta. Frenkel (*apud* DEL CORONA, 2009, p. 31), constatou que, nas consultas médicas, os pacientes se auto-selecionam em menos de um por cento dos casos. De acordo com Ostermann & Ruy (2012, p. 67), “na relação assimétrica médico-paciente, é o médico que faz o maior número de perguntas, estabelece e muda o assunto da conversa, determina a pauta da consulta (abertura, histórico médico, exame físico e fechamento)”. Fairclough (*apud* OSTERMANN; RUY, p. 67) exemplifica algumas práticas de poder, como a interrupção da fala do paciente pelo médico, dizendo o que ele deve fazer e quando deve falar, avaliando suas ações e/ou constringendo-o através de perguntas embaraçosas.

No que diz respeito à organização macroestrutural (iv), os participantes da interação institucional se orientam para uma ordem preestabelecida de atividades – o que não ocorre na conversa cotidiana –, cujas organizações sequenciais pré-determinadas são apenas a abertura e o fechamento. É interessante observar que, enquanto o profissional da instituição – no caso, o médico – pode participar do mesmo tipo de interação várias vezes ao dia, para o cliente – o paciente –, aquela pode ser a sua primeira e única participação naquele tipo de atividade. Por essa razão, o profissional desenvolve sua própria rotina na composição do evento e, dessa forma, guia o cliente através dela. No atendimento médico, alguns eventos são relativos ao profissional; outros são pré-determinados e aplicados à instituição em questão, não havendo, portanto, negociação quanto à sua ordem de execução. Quando observei as consultas das duas pediatras (atendendo separadamente), verifiquei que uma delas lê o prontuário antes da entrada do paciente, ao passo que a outra opta por fazer isso na presença dele; uma prefere fazer perguntas diretas (“fumo, bebida, alguma droga?”) e a outra o faz na expectativa da emergência de narrativas (“me conta uma coisa, você já usou drogas?”). De imediato, podemos afirmar que o modo de iniciar os turnos não interfere diretamente no progresso da interação institucional; são apenas formas diferentes de atingir o mesmo fim. Já a prática de ler o prontuário antes de examinar o paciente (na sua presença ou ausência), por exemplo, está prevista pelo código de

ética médica; assim como ouvir primeiro o adolescente para depois chamar o seu responsável para participar da consulta é também um procedimento padrão, previsto pelo ECA.

No que tange à epistemologia social e relações sociais (v) é geralmente o profissional da instituição que detém a pauta do encontro, sabe das etapas anteriores e seguintes àquela interação e, portanto, é ele quem a conduz. Segundo Del Corona (2009, p. 38), o profissional pode recusar qualquer contribuição do cliente que julgar desnecessária ou inapropriada para o cumprimento do mandato institucional. Além disso, ele é visto como o detentor do conhecimento sobre os procedimentos da instituição e, portanto, poderá se arrogar o direito de avaliar as contribuições do cliente como certas ou erradas. No entanto, uma das questões enfocadas pelos estudiosos da interação institucional – e, portanto, também pertinentes a este trabalho – é a assimetria entre os participantes – o que não significa que não possa haver também assimetrias na conversa cotidiana. Entretanto, quando se visa a humanização da consulta médica, a assimetria torna-se um importante foco de estudo:

Em interações no âmbito dos atendimentos à saúde, em particular, destacam-se como práticas de exercício de poder as interrupções da fala do outro (BILMES 2001; Li et al. 2004; WEST; ZIMMERMAN 1983; WILEY; WOOLLEY 1988), o controle dos assuntos a serem tratados (AINSWORTH-VAUGHN, 1998) e o domínio do campo de perguntas, ou seja, a distribuição desigual de quem tem o direito de perguntar e quem tem o dever de responder (FAIRCLOUGH 1989; HAK 1994; AINSWORTH-VAUGHN 1998 *apud* OSTERMANN & RUY, 2012, p. 65).

De acordo com Del Corona (2009, p. 38), ao compararmos a interação cotidiana com a institucional, observamos que a assimetria entre os participantes das interações cotidianas é sempre provisória e tende a sofrer modificações à medida que a conversa avança. Já nas interações institucionais, embora as assimetrias sejam também coconstruídas pelos participantes a cada momento, parecem estar mais atreladas às identidades de profissional e cliente da instituição, bem como às limitações vinculadas a cada uma dessas posições interacionais. Não obstante, quando a saúde do paciente está em jogo, faz-se necessário atentar para a transformação social da doença nas relações clínicas. “A experiência do paciente é reconhecida ou reduzida à medida que os alinhamentos sociais são desempenhados” (CLARK; MISHLER, 2001).

Alguns analistas da conversa demonstram ceticismo sobre a importância da distinção entre a fala institucional e a conversa cotidiana (POMERANTZ, comunicação pessoal *apud* GARCEZ, 2002, p. 57). No presente trabalho, reconheço as peculiaridades da interação médica e acredito que seus participantes tenham auxiliado bastante na análise dos dados de pesquisa. Além disso, ressalto que “a identidade institucional ou profissional dos participantes de alguma forma se faz relevante para as atividades de trabalho nas quais eles estão engajados” (DREW; HERITAGE *apud* GARCEZ, 2002, p. 57).

4 Lidando com estigmas na consulta médica

“se um estigma fosse sempre aparente de imediato, o interesse por ele também seria limitado” (GOFFMAN, [1963] 2004, p. 65).

Dentre todas as consultas que presenciei e gravei, uma chamou-me atenção: o atendimento de Carla, uma paciente de quatorze anos, sexualmente ativa desde os treze, deficiente mental, negra, moradora do morro, que compareceu ao ambulatório médico para uma consulta de rotina, durante a qual a mãe aproveitou para solicitar tratamento para problemas de pele e de couro cabeludo. Desde pequena, a menina sempre demonstrou atraso no seu desenvolvimento psicocognitivo, sobretudo no que diz respeito à fala e à escrita, sendo, portanto, acompanhada por neurologistas e fonoaudiólogos do próprio hospital. Além da presença desses estigmas, chamou minha atenção nesse atendimento a forma especial com que a médica, a mãe e a menina lidam com eles ao longo da interação.

Por uma questão ética, preservei as identidades das participantes, através do emprego de nomes fictícios, mantendo apenas o meu nome verdadeiro. Sendo assim, participam da interação Ana (pediatra de adolescentes), Lia (médica residente), Carla (paciente), Sônia (mãe de Carla) e Monique (pesquisadora).

No início da consulta (cf. cap. 3.1), a médica atende apenas a paciente, enquanto a mãe permanece na sala de espera. Ao longo dessa interação, Ana demonstra surpresa diante da assunção da menina como sexualmente ativa, bem como do seu cuidado com a prevenção de DSTs e gravidez. Por essa razão, a médica reorienta a sequência discursiva, cumpridora do protocolo de atendimento. As recolocações da pediatra estão presentes durante longa parte de sua interação com Carla, não só quando aquela se surpreende com as respostas desta, como também em momentos nos quais a menina demonstra dificuldade em responder o que lhe foi perguntado. Analiso (capítulo 4.1), portanto, num primeiro momento, as estratégias discursivas empregadas por Ana para gerenciar suas surpresas diante das respostas inesperadas e, num segundo momento, as recolocações de

suas perguntas, feitas pacientemente, nos momentos em que as respostas da menina não eram as preferidas. Essa análise da interação da médica com a adolescente visa a demonstrar o esforço de Ana para humanizar o atendimento, mesmo encontrando nos estigmas da paciente uma barreira comunicativa e também moral.

Dando continuidade ao atendimento, e também à análise, a médica recebe no ambulatório a responsável pela menina – a mãe. Ao longo dessa interação, Sônia traz à tona outros estigmas da adolescente, até então não mencionados na consulta: as micoses e a reincidência dos piolhos em Carla. Consonante a isso, a mulher demonstra ainda naturalidade diante da atividade sexual da filha deficiente mental, ao passo que se constrói como uma mãe zelosa e preocupada com o bem-estar de seus filhos. Dividirei, portanto, a análise da fala da mãe em dois segmentos: o primeiro conterá excertos, sobretudo narrativos, em que ela busca apagar a deficiência de Carla, insistindo em construir a filha como uma adolescente “normal”⁸ (capítulo 4.2.1); já no segundo momento, insiro excertos em que Sônia, também por meio de narrativas, trabalha a sua identidade de boa mãe, sempre muito cuidadosa com os filhos (capítulo 4.2.2).

A terceira e última parte da análise (capítulo 4.3) apresentará pequenas, porém enriquecedoras contribuições de Carla, que funcionam como estratégias de manutenção de sua imagem positiva. Visto que a exclusão e a estigmatização dos *outsiders* são armas poderosas para que o grupo estabelecido afirme sua superioridade (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 22), Carla não só traz à tona como também enfatiza os aspectos negativos da conduta de uma vizinha que não cuida adequadamente da saúde e da segurança de seus filhos. Desse modo, a menina se empenha, ao longo de seus turnos de fala, em omitir ou enfraquecer seus próprios estigmas, construindo-se como uma pessoa “normal”, ao passo que enfatiza os estigmas da vizinha, corroborando ainda o discurso de Sônia.

A médica iniciou a consulta falando sobre o frio que fazia naqueles dias, talvez por a menina adentrar o ambulatório com os braços cruzados e encolhidos, mesmo trajando agasalhos. Ao longo das dezenas de consultas que observei, pude constatar que a abordagem inicial de assuntos aleatórios constitui-se como uma

⁸ Goffman ([1963] 2004) emprega a nomenclatura “normal” em oposição ao “estigmatizado”, declarando que a noção de “ser humano normal” pode ter sua origem na abordagem médica da humanidade.

prática corriqueira para a doutora Ana – que faz do bate-papo informal o enquadre inicial da consulta. Nesse contexto, a médica comentou com Carla como fazia frio naquela localidade e perguntou se a menina também morava na Zona Sul, região onde se localiza o hospital, e, após a resposta negativa, a adolescente declarou com naturalidade que morava “no morro”. Esse esclarecimento demonstra a presença de mais um estigma, além da deficiência intelectual, já registrado no prontuário médico (cf. cap. 3.1).

Como de costume, a pediatra relembra, a seguir, por meio de uma narrativa, o encontro anterior com a paciente, a fim de orientar a consulta. Com base no prontuário, Ana relata que Carla tinha dores de cabeça, piolhos e corrimento; em seguida, questiona se tais problemas ainda persistem, obtendo resposta afirmativa apenas para o último item. Apesar do progresso na amenização dos sintomas, Carla confessa não ter realizado os exames de sangue solicitados pela médica um ano e meio antes.

Esquadrinhando a consulta, mostra-se marcante a condição estigmatizada da paciente, bem como a conduta moral da mãe, vista pela classe média como desviante – que trata com naturalidade o namoro e a atividade sexual da filha de 14 anos, mesmo na condição de deficiente mental, além de permitir o contato constante de Carla com os piolhos. A partir de então, decidi eleger como fio condutor de minha análise o tratamento dado ao estigma pelas três principais participantes da interação: médica, mãe e paciente. De qualquer maneira, a consulta médica é um caso particular de visibilidade do estigma, porque além de trazer à tona a vida social do paciente, o médico também é o único profissional capaz de decodificar sintomas responsáveis pelos estigmas patológicos (GOFFMAN, [1963] 2004, p. 46). Na interação analisada, a pediatra precisa enfatizar a condição de saúde da paciente, já que esta é a razão da consulta: a mãe da menina traz para o atendimento médico mais um assunto delicado (além da sexualidade precoce e da deficiência intelectual da menina): a presença de micoses e piolhos em Carla. Ademais, ao iniciar o atendimento, a médica retoma o histórico patológico da menina: corrimento, dores de cabeça, piolhos.

Segundo GOFFMAN ([1963] 2004, p. 19), “Tratamos o estigmatizado como alguém melhor do que achamos que ele seja, ou alguém pior do que achamos que ele provavelmente é”. É o que ocorre nos tratamentos da mãe da menina e da médica, respectivamente, em relação à paciente. Diante desse

contexto, percebo que Ana inicialmente reforça os estigmas de Carla, o que faz parte do protocolo de atendimento médico, ao passo que Sônia, em consonância com Carla, neutraliza-os.

4.1 Reorientações na sequência discursiva: gerenciamento da interação com paciente estigmatizado

Na interação médico-paciente, é comum ocorrerem mudanças na orientação dos participantes, marcadas por hesitações, atrasos na produção de fala, evitação de alguns termos. Isso é muito recorrente quando se abordam assuntos como o estilo de vida do paciente e o exercício da sexualidade ou quando se avalia a personalidade ou o caráter das pessoas (OSTERMANN; ROSA, 2012, p. 47-8). No primeiro momento da consulta, quando a médica atende a paciente na ausência da mãe, as reorientações são bastante comuns na fala de Ana, seja pela delicadeza do assunto tratado – sexualidade da adolescente com deficiência intelectual –, seja pela dificuldade que a menina encontra em responder adequadamente o que lhe é perguntado.

Segundo Goffman ([1959] 2011, p. 22), são constantemente empregadas práticas preventivas para evitar embaraços e rupturas na definição dos atores sociais. Dessa forma, elas servem para compensar as ocorrências desabonadoras que não tenham sido evitadas com sucesso, já que nenhuma impressão cultivada sobreviveria se práticas defensivas não fossem empregadas. Sob a perspectiva do poder assimétrico do atendimento médico, é previsível que Ana, a detentora do discurso e do poder, busque recursos discursivos para dar continuidade ao atendimento, ainda que se encontre diante de alguma situação delicada.

Ao introduzir o tema da sexualidade, a médica procura alguma aproximação com a adolescente, a fim de aconselhá-la sobre gravidez e DSTs. Segundo Heritage e Lindström (*apud* DILLON, 2011, p. 211), a interação médico-paciente está sempre repleta de implícitos, julgamentos morais, reivindicações e obrigações – o que vemos ocorrer ao longo das falas de Ana, tanto em sua interação com Carla quanto em sua conversa com Sônia. Quando necessário, Ana realiza reformulações de falas anteriores, que representavam suas expectativas preliminares sobre o comportamento da paciente:

Excerto 1: “tá pensando em transar?”

10	Ana	°tá pensando em transar com o namorado?°
11	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
12	Ana	tá? °tá pensando em transar?°
13	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
14	Ana	tá. e o que que você vai fazer pra- você tá pensando em
15		ter filho, agora?
16	Carla	não.
17	Ana	não. e nem quer pegar nenhuma doença, °né°?
18	Carla	não.

Vemos no excerto acima uma sequência IRA (iniciação – resposta – avaliação), em que a médica realiza uma série de perguntas que, após respondidas, são analisadas por ela (OSTERAMNN; RUY, 2012, p. 69).

Inicialmente, a pediatra pergunta à menina se está “pensando em transar” e, ao obter uma afirmação gestual como resposta, Ana repete a pergunta, deixando transparecer sua surpresa diante da afirmação de Carla: “tá? tá pensando em transar?” (linha 12). Depois da segunda resposta afirmativa, a médica inicia um questionamento à paciente sobre contracepção, porém, logo em seguida, reformula a pergunta: “você tá pensando em ter filho, agora?”. A introdução do tópico contracepção pode ser decorrente da familiaridade da médica com a gravidez na adolescência e, especificamente, nas classes populares, já que inúmeros casos são registrados regularmente no hospital em que a pesquisa foi realizada. Tal reformulação (linha 14) pode ser justificada por pesquisas divulgadas e trabalhos veiculados pela mídia, seja através do cinema – com dados apontados por Sandra Werneck, diretora do documentário *Meninas* (2006) –, da televisão – como mostrou entrevista realizada pelo programa Profissão repórter, exibido em 22/11/2011, com a médica Ione Brum (UFAM) –, ou de produções acadêmicas (DADOORIAN, 1994), que apontam grande incidência de gravidez desejada dentre adolescentes de classes mais populares. Coincidentemente, tanto a produção midiática quanto as pesquisas apontam para uma mesma conclusão: a maternidade precoce é uma maneira de alcançar uma “ascensão social” que, ao contrário do esperado, não se dá pelo trabalho nem pelo o estudo, mas sim pelo papel de mãe. No caso específico de Carla, cabe ressaltar que a pessoa com deficiência precisa justificar constantemente sua existência, mostrando-se capaz de viver os mesmos papéis exercidos pelos demais membros da sociedade

(THOMAS, 1966; TAUB; FANFLIK, 2000 *apud* PEREZ, 2012, p. 889) – dentre os quais destaco o possível papel de mãe.

Trazendo esse conflito para o terreno do desvio, Becker ([1963]2008, p. 29) mostra-nos que a imposição de regras é uma questão de poder político e econômico. “A classe média traça regras que a classe baixa deve obedecer”. Ana deixa escapar, através do questionamento sobre contracepção – “e o que que você vai fazer pra-” (linha 14) –, as expectativas da classe média em relação à gravidez na adolescência – fato corroborado por Dadoorian (1994, p. 89): “os enfoques tradicionais até aqui utilizados tratam esse tema [gravidez na adolescência] a partir de um referencial idealizado de classe média, pressupondo que a gravidez na adolescência é frequentemente indesejada”.

Para tornar mais clara a reformulação da pergunta realizada por Ana, observemos que uma determinada conduta é rotulada como desviante quando diverge das regras sociais estabelecidas por aqueles que a condenam; porém, por serem bastante vagos e gerais os valores que nos cercam, um único indivíduo pode demonstrar simultaneamente valores conflitantes. De acordo com Becker ([1963] 2008, p. 192), “regras sociais, longe de serem fixas e imutáveis, são continuamente reconstruídas em cada situação, para que se ajustem à conveniência, à vontade e à posição de poder de vários participantes”. É o que se nota no discurso da médica, que, ao mesmo tempo em que introduz o assunto da prática sexual, certamente cumprindo seu protocolo de atendimento, mostra surpresa diante da resposta positiva da paciente, explicitada através da repetição do questionamento (linha 12). Mesmo assim, Ana não explicita verbalmente qualquer julgamento moral em relação ao comportamento da adolescente, iniciando, em seguida, o que parece ser uma sequência de turnos retoricamente planejada para introduzir orientações sobre a contracepção e os cuidados na prevenção de DSTs. No seu papel de médica, ela deve estar aberta para aconselhar Carla tanto sobre a contracepção quanto sobre os cuidados com a saúde durante a gravidez, no caso de um possível desejo de ser mãe na adolescência.

Há também reformulações da fala de Ana em outros momentos, especialmente quando as respostas de Carla parecem não ser as esperadas pela médica e, dessa forma, provocam algum desconcerto nesta:

Excerto 2: “vai transar ou já transou?”

19	Ana	e o que que você tá pensando em fazer pra evitar, isso?
20		(4.0)
21	Carla	((movimenta os ombros para cima e para baixo))
22	Ana	‘o que é isso assim° ((repete o movimento feito por
23		carla))?
24	Carla	não sei.
25	Ana	não sabe? você quer uma orientação, pra isso? sua mãe
26		sabe que você vai transar com ele?
27	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
28	Ana	sabe? tá.
29	Moniqu	vai transar ou já transou?
30	Carla	‘já°.
31	Ana	JÁ transou. hu::m. °muito bem°. E o q- você não usou nada,
32		camisi::nha [nem-]
33	Carla	[cami]sinha eu usei
34	Ana	usou camisinha. e voc- ele ou você? porque tem
35		cami[sinha] feminina
36	Carla	[ele]
37	Ana	ele usou. tá. e já transou mais do que uma vez?
38	Carla	JÁ
39	Ana	e foi bem?

O excerto 2 corresponde à continuidade das perguntas “você tá pensando em ter filho agora?” (linhas 14 e 15, do excerto 1) e “e nem quer pegar nenhuma doença, né?” (linha 17, do excerto 1). Observo que este último questionamento é formulado de maneira a não permitir uma resposta afirmativa (ninguém quer pegar doença). No entanto, quando recebe o primeiro questionamento do excerto 2 (“e o que que você tá pensando em fazer pra evitar isso?”), que também possui função protocolar de introduzir o tópico preservativo, a menina parece não saber o que responder. Ao longo das dezenas de consultas que presenciei, esse tópico sempre surgia, mesmo que o paciente respondesse negativamente à pergunta “você está pensando em transar?”. Ainda que o adolescente fosse muito jovem e/ou não estivesse cogitando sua iniciação sexual, na maioria das vezes, respondia de imediato que deveria usar preservativo. No entanto, no caso de Carla, possivelmente por conta de sua deficiência intelectual, é demonstrada, inicialmente, total ignorância sobre a forma de se evitar gravidez e DSTs (linhas 21 e 24).

Dando continuidade ao cumprimento da rotina de aconselhamento e, ao mesmo tempo, reforçando a assimetria de poder da consulta médica, Ana lança mão de três questionamentos consecutivos – “não sabe?”, “você quer uma

orientação pra isso?”, “sua mãe sabe que você vai transar com ele?” –, dentre os quais a menina só responde o último e, mesmo assim, a médica mostra-se satisfeita com a única resposta.

Diante da naturalidade com que a menina tratava sua futura iniciação sexual, inferi que ela não falava como quem ainda estava pensando em transar, mas sim como alguém que já mantinha relações sexuais, porém não encontrava oportunidade na interação para falar sobre isso. Talvez a dificuldade de Carla em informar que já se relacionava sexualmente com o namorado resida na forma como a pergunta lhe foi dirigida – “tá pensando em transar com o namorado?” (linha 10, excerto 1), o que pressupõe que ela não se relacione sexualmente. Possivelmente, Carla não se sentiu à vontade para dizer à médica que não estava pensando em transar porque já mantinha relações sexuais desde os 13 anos. Nesse contexto, decidi fazer a seguinte pergunta: “vai transar ou já transou?” (linha 29), para a qual foi dada resposta afirmativa.

A declaração de Carla de que já transou gera um desconforto, visto que a médica até então conduzia a consulta a partir da resposta dada à pergunta “tá pensando em transar com o namorado?”. Ao saber que a menina já teve relações sexuais, a médica gerencia sua surpresa com um prolongamento – “hu::m” – e uma avaliação – “muito bem” – (linha 31), demonstrando naturalidade ao receber essa informação de uma deficiente mental de 14 anos. De acordo com Vickers et al. (2012, p. 159), em muitos encontros clínicos, torna-se necessário que o médico renuncie o controle sobre o paciente a fim de permitir-lhe articular seus relatos e questionamentos sobre sua saúde.

Ainda nesse mesmo turno (linhas 31 e 32), depois de expressar e gerenciar sua surpresa, Ana parte do princípio de que Carla não se protegeu contra a gravidez indesejada ou doenças sexualmente transmissíveis, visto que nos turnos anteriores (linhas 21 e 24) ela demonstra ignorância dos métodos contraceptivos e preventivos de DSTs. No entanto, a menina lança mão de mais uma resposta inesperada: “camisinha eu usei” (linha 33), mesmo parecendo não conhecer a finalidade da camisinha. Diante dessa informação, a médica parece desconcertada, refazendo a pergunta que iniciava na linha 34: “e voc- ele ou você?”, dando ênfase a quem usou camisinha – se Carla ou o namorado –, fato certamente irrelevante no momento da interação. Em seguida, só resta à pediatra perguntar se “foi bom”, mas, talvez por conta do desconcerto, ela pergunta primeiro se “foi bem”. O

questionamento sobre o sucesso na atividade sexual também parece ser uma forma de Ana gerenciar sua surpresa diante da conduta sexual da menina estigmatizada, agindo como se ela fosse uma paciente “normal” que demonstrou de imediato conhecimento sobre a utilidade da camisinha.

a interação social [...] pode chegar a uma parada embaraçosa e confusa. A situação pode deixar de ser definida, as posições anteriores tornarem-se insustentáveis e os participantes encontrarem-se sem uma linha de ação estabelecida. Tipicamente, os participantes sentem uma nota falsa na situação e vêm a se sentir embaraçados, perturbados e, literalmente, desconcertados. (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 220).

Em contrapartida, Moita Lopes (2001, p. 59) ressalta que somos capazes de “atuar como agentes, através de contra-discursos, e reverter os processos discursivos que constroem nossas identidades sociais em uma direção ou outra, e construí-las, portanto, em outras bases”. É o que faz a pediatra, responsável por sustentar a interação, ao longo da conversa com a paciente toda vez que a resposta dada por esta não corresponde à esperada por aquela.

Ainda no que diz respeito à construção dos turnos de fala da médica, notamos que ao mesmo tempo em que eles colaboram para a manutenção da assimetria de poder – por meio de perguntas sucessivas sem margem de tempo para resposta, realização do roteiro “IRA”, além de quase todas as perguntas serem feitas por Ana (exceto a que eu faço) –, funcionam na humanização da consulta – através de perguntas com interesse de aconselhar a paciente sobre gravidez e DSTs (“o que você tá pensando em fazer pra evitar isso?”, “sua mãe sabe que você vai transar com ele?”) e privação de julgamento moral sobre a conduta da menina (“muito bem”, “e já transou mais do que uma vez?”, “e foi bom?”).

Observemos também que as reformulações não ocorrem apenas em situações de desconcerto. É comum, no contexto médico, a reformulação de instruções ou perguntas que, por alguma razão, o médico entenda que não tenham ficado claras para o interlocutor.

Excerto 3: “tá tomando o que de medicamento?”

54	Ana	eu vou encaminhar você pra ginecologista daqui. até lá
55		você transar com o namorado, usa camisinha, que é o

56		MELHOR método pra você porque você tá tomando o que de
57		medicamento?
58	Carla	‘o quê?’
59	Ana	o que você toma de medicação?
60	Carla	<a minha mãe passou no hospital pra poder ver se::> tomo
61		injeção.
62	Ana	não, querida, não é isso não. qual medicação que você
63		toma? o frisium e o depakene, é isso?= =ah::=
64	Carla	= pra neuro?
65	Ana	= pra neuro?
66	Carla	é.=
67	Ana	=eu tomo o <frisium>. e o depakene.
68	Carla	(5.0)
69		
70	Ana	eu vou encaminhar você pra ginecologista daqui pra ver o
71		melhor método pra você, tá? porque como você toma os
72		remédios, não vai tomar pela boca porque pode diminuir o
73		efeito do remédio. aí ela va::i ficar- ((olhando para a
74		residente, que acena positivamente com a cabeça))

Como a médica abordava o tema contracepção – uso da camisinha – e, em seguida pergunta à paciente qual medicamento ela estava tomando, mesclando, ainda, pergunta (“você tá tomando o que de medicamento?”) e explicação (“que é o melhor método pra você porque”), a menina imediatamente atribui o questionamento a algum método contraceptivo. Diante do mal-entendido, a médica se vê obrigada a reformular a pergunta (linhas 62 e 63), a fim de esclarecer a qual medicamento ela se referira anteriormente. A preocupação de Ana se dá pelo fato de os medicamentos mencionados, de efeito tranquilizante e anticonvulsivo, respectivamente, poderem diminuir o efeito dos contraceptivos hormonais, sendo, portanto, aconselhável o uso da camisinha. No entanto, possivelmente pela condição de deficiente mental da paciente, a pediatra realiza essa explicação para a médica residente, com efeito didático (linhas 72 a 74). Tal fato fica evidenciado pelo emprego do pronome pessoal de terceira pessoa (“ela vai ficar”) e por Ana realizar tal explicação olhando para a residente, interrompendo sua fala quando percebe que Lia já entendeu o que fora explicado.

Nesse excerto, ressalto ainda a paciência da médica em repetir a pergunta quando a resposta não foi a esperada. Mesmo tendo em mãos o prontuário da paciente, no qual já constava a informação sobre os medicamentos usados por ela, a pediatra solicita que a resposta venha de Carla, possibilitando, assim, a humanização da consulta médica.

Outro caso de reformulação da pergunta, em coexistência com a tolerância da médica, pode ser visto a seguir, quando a resposta dada pela menina não é vista como preferida.

Excerto 4: “Não, mas agora esse mês. Tá atrasado ou ainda vem?”

75	Ana	quando foi sua última menstruação?
76	Carla	minha última menstruação, <↓já passou>
77	Ana	já pa-, mas passou quando? [foi em julho?]
78	Carla	[mas eu mar-] <eu marquei>
79	Ana	você em julho você ficou?
80	Carla	foi em junho.
81	Ana	junho. você não se lembra o dia.
82	Carla	°não°.
83	Ana	°tá°. você tá com <u>atraso</u> na menstruação?
84	Carla	tá vindo forte.
85	Ana	não, >mas agora, esse mês<. tá <u>atrasado</u> ou não, ainda
86		vem?
87	Carla	não, ainda vai vir.

Na linha 75, a médica introduz um questionamento com o advérbio “quando”, do qual se espera uma resposta com localização temporal precisa. No entanto, a menina interpreta como se a médica quisesse saber se a paciente está ou não menstruada na ocasião da consulta: “minha última menstruação já passou”. Ana, então, reformula a questão, introduzindo mais uma vez o advérbio temporal “quando” (“mas passou quando? Foi em julho?”); não obstante, novamente, a resposta de Carla não é a preferida (“mas eu mar- eu marquei”), cuja ênfase foi dada ao fato de ela controlar ou não a data do seu período menstrual. Desse modo, na linha 79, a médica torna a reformular a pergunta: “você em julho você ficou?”, para a qual obtém resposta, porém, de conteúdo ainda vago: “foi em junho”. Posteriormente, a médica, que desejava saber a data específica da última menstruação, formula a pergunta de outra maneira: “você tá com atraso na menstruação?”, enfatizando a prosódia da palavra “atraso” para deixar clara a intenção do questionamento. Mais uma vez, recebe uma resposta não preferida: “tá vindo forte”. Em seguida, Ana reconstrói a pergunta: “Não, mas agora, esse mês. Tá atrasado ou não, ainda vem?” e, finalmente, obtém a resposta desejada desde o início: “não, ainda vai vir”.

As quatro reformulações apresentadas para a pontual pergunta “quando foi sua última menstruação?” demonstram, mais uma vez, a tolerância da médica

diante da demora da menina em oferecer a resposta esperada – fatos talvez decorrentes do déficit cognitivo da paciente. Carla, por sua vez, demonstra interesse em cooperar com a investigação da médica, realizando diversas tentativas de acerto para a resposta. Segundo Goffman ([1959] 2011, p. 89), nas grandes instituições sociais, onde prevalecem níveis de condições sociais diferentes, verificamos que, para alguma interação durar, espera-se tipicamente que os participantes das diferentes condições se alinhem temporariamente. Em outras palavras, espera-se que os papéis sociais dos participantes estejam claros uns para os outros, a fim de que a interação transcorra cooperativamente ao longo dos turnos de fala. A interação pode, então, ser “analisada em termos do esforço cooperativo de todos os participantes para manter uma uniformidade funcional de opinião” (GOFFMAN, [1959]2011, p. 89).

Enquanto chama a mãe de Carla para acompanhar o atendimento da filha, Ana solicita à médica residente, Lia, que examine a paciente, a fim de registrar peso, altura, pressão arterial e quaisquer alterações fisiológicas observadas (cf. capítulo 3.1). Ao dirigir-se à mãe da adolescente, a médica logo fala sobre o namoro.

Excerto 5: “arrumou um namorado, né?”

122	Ana	MUITO BEM, essa moça tá na escola, <agora ela não tá
123		faltando muita aula não>, sônia?
124	Sônia	não. ela tá indo certinho.
125	Ana	arrumou um namora::do, né?= =arrumou.
126	Sônia	i::sso, ela me falou que tá transando com o
127	Ana	namora::do= =é::=
128	Sônia	=mas com responsabilidade, [o]lha que bacana. usou
129	Ana	[é::]
130	Sônia	camisinha ()
131	Ana	
132		

Segundo Clark & Mishler (2001, p. 21), a reafirmação do que o paciente já relatou – “essa moça tá na escola”, “arrumou um namorado”, “falou que tá transando com o namorado” – são reformulações de tópico que tendem a provocar respostas afirmativas e mais conversa, funcionando tipicamente como convites para contar histórias. Dessa forma, a pediatra parece esperar ouvir a opinião de Sônia em relação às afirmações feitas ao passo que colabora para a humanização

da consulta. Ressalto ainda que, nas linhas 130 e 132, Ana dá continuidade ao gerenciamento de sua surpresa, demonstrando à mãe uma visão natural acerca da atividade sexual de Carla, através de uma avaliação positiva – “mas com responsabilidade, olha que bacana. Usou camisinha”.

4.2 As narrativas: gerenciamento do estigma na fala da mãe

Conforme já apontei anteriormente, a família ou a comunidade local se constitui numa cápsula protetora para o seu jovem membro estigmatizado, fazendo com que este se considere um ser humano inteiramente qualificado (GOFFMAN, 1963[2004], p. 31). Além disso, “nós, normais, tentamos suavizar e melhorar nossas atitudes diante dos estigmatizados” (GOFFMAN, 1963[2004], p. 111), já que normalmente esses indivíduos costumam se sentir inferiorizados e inseguros perante os demais, devido aos constantes desrespeitos praticados pela sociedade.

Já que os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de nele serem encontradas, quando contamos histórias, estamos dizendo que tipo de pessoas somos e marcando existência em um mundo social de acordo com critérios de propriedade e aceitação cultural desse ambiente social (LINDE, 1993, p. 31). É o que acontece em grande parte das narrativas de Sônia, em que ela tenta se construir como boa mãe, que concede uma educação adequada à filha, além de construir a filha como uma adolescente “normal” perante a médica.

Não é provavelmente um mero acidente histórico que a palavra “pessoa”, em sua acepção primeira, queira dizer máscara. [...] na medida em que esta máscara representa a concepção que formamos de nós mesmos – o papel que nos esforçamos para chegar a viver –, esta máscara é o nosso mais verdadeiro eu, aquilo que gostaríamos de ser. [...] Entramos no mundo como indivíduos, adquirimos um caráter e nos tornamos pessoas. (PARK *apud* GOFFMAN, [1959] 2011, p. 27).

As palavras de Park exprimem a impressão demonstrada ao longo da fala de Sônia, sempre empenhada em incorporar valores reconhecidos não só pela sociedade como um todo, mas, sobretudo, pela médica. Nossas histórias costumam ser condizentes com as expectativas e normas de vida da sociedade, em geral, e dos interlocutores, em particular (LINDE, 1993, p. 49).

Com o objetivo de tornar mais didática a análise das narrativas da mãe, dividi-la-ei em dois momentos: primeiramente, abordarei os excertos em que Sônia procura construir Carla como uma adolescente normal (cap. 4.2.1) e, num segundo momento, observarei as narrativas nas quais Sônia visa a construir sua identidade de boa mãe (cap. 4.2.2). Esclareço ainda que uma única narrativa pode apresentar os dois movimentos de Sônia – o que não deixarei de apontar ao longo da análise.

4.2.1 As narrativas de Sônia em favor da construção da normalidade de Carla

Na continuação do tópico “namoro”, Carla diz à médica que já está namorando há um ano e meio e, em seguida, Sônia narra como foi o início desse relacionamento, que começou escondido, como acontece com grande parte das adolescentes ditas “normais”.

Excerto 6: “começou escondido na escola”

202	Sônia	[começou
203		escondi]do na escola eu tive pobrema por causa
204		disso. fui ser chamada no- no::-=
205	Ana	=ué, problema por quê? >não pode namorar<?=-
206	Sônia	=ai, como é que se fala?
207	Ana	no conselho? no conselho [foi porque] ela faltAVA
208		Aula
209	Sônia	[conselho] u- ela faltava,
210		ela saía, [já tava lá den]tro
211	Ana	[pra namorar?]
212	Sônia	já tava lá dentro, que sete horas ela fazia um
213		curso. aí dali, já ficava já pra estudar. ela não.
214		ela SAÍÁ. ia namorar. aí eu sem saber tudo que ela
215		tava no curso, ali dentro mesmo ela já fica, mas
216		não, podia SAIR. ela saía. dali ficava lá olhando e
217		a di- é- a diretora ficava olhando lá da janela ela
218		chamava e ela falava “não” e ficava namorando em
219		frente à porta da escola, depois sumia. só aparecia
220		em casa no horário da escola dela=-
221	Ana	= mas o namorado amansou ela, porque ela era brava,
222		[dis]se que
223	Sônia	[°é°]
224	Ana	brigava com as amigas

Sônia introduz a narrativa com orientação – “começou escondido na escola” – e uma avaliação – “eu tive pobrema por causa disso” – antes de

apresentar a oração narrativa – “fui ser chamada no- no::”. Em seguida, a médica realiza um questionamento com tom avaliativo: “ué, problema por quê? não pode namorar?”. Ana também participa do ato de narrar quando relembra o nome e a função do conselho tutelar: “no conselho foi porque ela faltava aula”. O reconhecimento por parte dos ouvintes marca não só uma orientação compartilhada sobre o cenário, mas também indica que eles estão assumindo seu papel como interlocutores da história: “Os interlocutores do evento narrativo podem ocupar posições dominantes ao assumirem papéis de conarradores ou avaliadores das histórias contadas por outros⁹” (GEORGAKOPOULOU *apud* DE FINA; SCHIFFRIN; BAMBERG, 2006, p. 10 - tradução de minha responsabilidade) – é o que veremos ao longo das conarrações da médica durante sua interação com a mãe.

Em seguida, Sônia apresenta mais orações narrativas¹⁰: “ela faltava”, “ela saía”, “ia namorar”, “ela saía”, “ficava lá olhando”, “ela chamava”, “ela falava não”, “ficava namorando em frente à porta da escola”, “sumia”, “aparecia em casa no horário da escola dela” e orientações – “já tava lá dentro”, “sete horas ela fazia um curso”, “aí dali já ficava já pra estudar”, “eu sem saber tudo que ela tava no curso”, “ali dentro mesmo ela já fica”, “podia sair”, “a diretora ficava olhando lá da janela”. Nota-se que o emprego do pretérito imperfeito do indicativo, ao mesmo tempo em que não evidencia um evento específico, como ocorre no modelo laboviano, sinaliza uma ação habitual no passado, ou seja, Carla faltava aula constantemente para namorar na porta da escola – prática corriqueira dentre as adolescentes ditas “normais”.

Coconstruindo a narrativa, Ana emprega uma resolução, num tom avaliativo: “mas o namorado amansou ela, porque ela era brava, disse que brigava com as amigas”. A agressividade, segundo Goffman ([1963] 2004, p. 18), é vista como outra característica do estigmatizado, a qual se mostra como uma forma de ler significados não intencionais nas ações dos “normais”. Em outras palavras, o comportamento agressivo de Carla com os colegas de classe torna-se

⁹ “Partners in storytelling events may build dominant positions within close knit groups by consistently taking up roles as co-narrators or evaluators of the narratives told by others.”

¹⁰ Embora estejamos utilizando a nomenclatura laboviana clássica, não estamos, necessariamente, empregando-a em seu sentido canônico. Nesta análise, por exemplo, consideramos como oração narrativa aquela que apresenta verbo no pretérito imperfeito do indicativo, o que para Labov não é adequado. Por outro lado, essas orações narrativas (e as seguintes) seguem o modelo laboviano ao se apresentarem em sequência temporal.

compreensível se pensarmos nos preconceitos enfrentados por ela – devido à deficiência intelectual e à pediculose – perante a comunidade escolar. Nas palavras de Becker ([1963] 2008, p. 45), “O comportamento é uma consequência da reação pública ao desvio, não um efeito das qualidades inerentes ao ato desviante”; ou seja, o comportamento agressivo de Carla pode-se explicar não pelo fato de ela apresentar deficiência intelectual e possuir piolhos, mas sim pela reação dos colegas de classe diante desses problemas. Ressalto aqui que o desvio não se encontra na deficiência intelectual, mas sim na pediculose, que retrata o descuido da família com a higiene da menina. A participação da pediatra na construção da narrativa pode ser vista como uma estratégia controle e, ao mesmo tempo, de humanização da consulta, uma vez que ela insere uma resolução, marcando o fim da narrativa (“mas o namorado amansou ela, porque ela era brava, disse que brigava com as amigas”) como também demonstra interesse pelas histórias contadas por Sônia, mesmo quando não relacionadas diretamente à doença de Carla (a mãe narra o modo como se deu o início do namoro da filha). Se, por um lado, temos uma estratégia de humanização da consulta, por outro, vemos nessa coconstrução o reforço da autoridade médica, que contribui, assim, para a assimetria de poder inerente à consulta médica.

Excerto 7: “eu também só deixo em casa”

225	Ana	olha só, o namorado lhe fez bem, não é verdade? °não
226		é°?
227	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
228	Ana	como é que é o nome dele?
229	Carla	Israel
230	Ana	[israel]
231	Sônia	[e come]çou a ficar muito em <u>casa</u> . que eu também só
232		deixo em <u>casa</u> .
233		namorar em ca::sa. quando eu saio agora eu d- ele
234		vai. deixo ele- ela ir pra casa da <u>sogra</u> =
235	Ana	=e a sogra também gosta de você?
236	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
237	Ana	°que bom°.
238	Sônia	deixo ela ir pra casa da sogra. falo vai, leva a sua
239		namora::da eu explico, peço pros dois ((sorrindo)).
240		mas ele foi e falou, mas eu não soube assim não, eu
241		soube por ami[gas] [as amiga tudo fa[lando
242	Ana	[é:::] [a mãe
243		é sempre a <u>última</u> ↓ a saber

A segunda narrativa de Sônia é iniciada com uma oração narrativa – “e começou a ficar muito em casa” –, seguida por duas orientações – “que eu também só deixo em casa. namorar em casa” e “quando eu saio agora eu d- ele vai. deixo ele- ela ir pra casa da sogra”. Esta narrativa também é coconstruída pela médica, que pergunta se a sogra gosta da menina e faz uma avaliação da resposta: “que bom”. Em seguida, a mãe introduz mais orações narrativas que constroem Sônia como uma mãe zelosa, que orienta a filha e o namorado: “deixo ela ir pra casa da sogra”, “falo vai, leva a sua namorada”, “explico”, “peço pros dois”. Neste caso, o presente do indicativo denota ações habituais de Sônia, ou seja, são comuns as idas de Carla para a casa da sogra sob as orientações da mãe. Ela não diz claramente o que explica e pede ao casal; subentendi que sejam orientações sobre a forma de se comportar quando Sônia não estiver por perto para tomar conta dos dois.

Posteriormente, Sônia introduz mais orações narrativas, responsáveis por um outro tópico – a forma como soube que a filha se relacionou sexualmente com o namorado: “mas ele foi”, “falou”, “mas eu não soube assim não”, “eu soube por amigas”, “as amiga tudo falando”. Coconstruindo a narrativa, Ana introduz uma coda de função avaliativa: “a mãe é sempre a última a saber”. O emprego desse recurso narrativo reforça a ideia de poder assimétrico entre a médica e a mãe: é Ana quem introduz a coda, elemento responsável por sinalizar o encerramento da narrativa. É interessante notar ainda que Sônia não emprega qualquer vocábulo relacionado ao campo semântico “sexo”; dado o contexto, interpreto que ela falava sobre a iniciação sexual da filha.

Essa “normalização” do namoro nos conduz ao pensamento de Goffman ([1963] 2004, p. 9): “parece ter surgido uma convenção na literatura popular segundo a qual uma pessoa de reputação duvidosa proclama seu direito de normalidade citando o fato de ter-se casado e ter filhos”. Obviamente, esse não é o caso da menina, porém tanto ela quanto a mãe afirmam que o namoro é um relacionamento sério: Carla declara que já completaram um ano e meio de namoro e a mãe explicita que só deixa os dois namorarem em casa – fatos que nos conduzem à normalidade dos relacionamentos que culminam em casamento.

Mais flagrante que a “normalidade” conceituada por Goffman ([1963] 2004), é aquela apontada por Sacks (1984, p. 2):

É incrível como, em conversas comuns, as pessoas, ao relatarem algum fato, relatam aquilo que podemos ver que aconteceu, não o que aconteceu, mas a normalidade do que aconteceu. Os relatos não se prendem muito a cenas, atividades, participantes, mas anunciam a normalidade do fato, o fato de ser comum.

Seguindo o raciocínio da normalidade, observamos que a narrativa de Sônia não apresenta informações consideráveis acerca da colocação feita pela médica – “olha só, o namorado lhe fez bem, não é verdade? °não é?” (linha 225). Na verdade, a mãe não se detém apenas a falar do comportamento da filha, mas também se preocupa em apontar como ela toma conta do namoro da menina, não relacionando, necessariamente, a narrativa a algum “acontecimento”. Esse trabalho de detalhar a própria postura – presente não só nesse excerto, mas também em outros momentos – constitui o que Sacks (1984) denomina “ocupar-se em ser comum”.

A ênfase na “normalidade” da menina e a ocupação da mãe em ser e apresentar a filha como pessoas comuns também se aplicam ao excerto abaixo.

Excerto 8: “Carla já tem uma identidade, né, Carla?”

524	Sônia	carla já tem uma identidade, né, carla?
525	Ana	↑muito chique
526	Sônia	nhh tirei cpf, identidade pra ela já- poder andar
527		com os documento dela

Nesse momento, eu havia pedido a Carla que assinasse o termo de consentimento para a gravação da consulta e, ao ver a menina assinando – uma prática trivial –, a mãe relata que já tirou CPF e RG da filha para que a menina possa andar com os documentos dela – atitude de pessoa “comum” (no sentido de Sacks, 1984) e, ao mesmo tempo, “normal” (no sentido de Goffman, [1963] 2004).

O empenho de Sônia em construir a filha como uma pessoa “normal” e “comum” ao mesmo tempo chega ao extremo quando ela constrói uma narrativa sobre o processo de lavagem dos cabelos de Carla.

Excerto 9: “lava o cabelo com xampu, passa um hidratante...”

270	Sônia	=não, ela deixava mui::to o creme no cabelo, aí
-----	-------	---

271		depois que eu alisei,e::u passo química sem formol
272		nela. aí depois que e::u comecei a alisar, parou. aí
273		ela não deixa mais nada,>lava o cabelo com xampu<,
274		passa um:: hidratante, no cabelo, e pronto, e tira.
275		tira <u>tudo</u> , não passa nem um óleo.

Momentos antes de Sônia apresentar essa narrativa, a médica explicava apenas que seria necessário tratar a micose com um xampu específico porque esse problema é oriundo do couro cabeludo. No entanto, Sônia insere uma “fala colada” (linha 270), denotando sua ansiedade por trazer à conversa uma informação sobre a maneira como Carla cuida dos cabelos. Essa narrativa se inicia com uma orientação – “ela deixava muito creme no cabelo” –, seguida por uma oração narrativa – “eu alisei” e outra orientação – “eu passo química sem formol nela”. Posteriormente, mais orações narrativas – “eu comecei a alisar”, “parou”, “ela não deixa mais nada”, “lava o cabelo com xampu”, “passa um hidratante no cabelo”, “tira tudo”, “não passa nem um óleo”.

Essa necessidade de narrar passo a passo o cuidado de Carla com os cabelos, antes e depois do alisamento, pode ser traduzida como uma preocupação de Sônia em construir a filha como uma pessoa comum: é natural que, ao lavarmos os cabelos, apliquemos primeiramente um xampu e, em seguida, um condicionador hidratante – o que nada tem a ver com o surgimento de micose, uma infecção causada por fungo. A mãe ressalta ainda que esse procedimento “comum” de lavagem dos cabelos só se tornou possível depois que ela (agente da ação) alisou os cabelos da filha – “aí depois que eu alisei” (linhas 270 e 271), “eu passo química sem formol nela” (linhas 271 e 272), “eu comecei a alisar” (linha 272). Sendo assim, foi a mãe zelosa quem proporcionou à filha a possibilidade de cuidar dos cabelos como uma pessoa “comum” – usando apenas xampu e condicionador. É curioso ainda o interesse de Sônia em esclarecer para a médica que a química usada no processo de alisamento dos cabelos da filha não contém formol (linha 271) – o que mais uma vez enfatiza o seu cuidado com a saúde e o bem-estar de Carla.

Em síntese, o empenho de Sônia na construção das narrativas acima confirma as palavras de Sacks (1984, p. 2): “Ocupar-se em ser comum dá trabalho, como qualquer outra ocupação”.

4.2.2 As narrativas de Sônia na construção da identidade de boa mãe

Ao introduzir o tópico “piolho” durante a consulta, Sônia apresenta uma fala disfluenta, com rupturas. Naturalmente, isso ocorre em decorrência da abordagem de um tema delicado (OSTERMANN; ROSA, 2012, p. 56), já que ter piolhos representa uma condição estigmatizada, associada à falta de asseio e de cuidado com a saúde.

Excerto 10: “um remédio pra-pra-pa piolho...”

331	Sônia	e:: podia passar um remédio pra-pra- >pa piolho?<
332	Ana	>por quê, tá com piolho de novo?<
333	Sônia	não, é porque porque eu fico-, eu só passo química
334		nela de dois em dois meses, aí >vira e mexe tá<.
335	Ana	não, mas é quando TIVER com piolho, v- da outra vez
336		é- tem que ver a gente precisa ver ou a lêndea ou [o
337		piolho].
338	Sônia	[agora] não.=
339	Ana	=agora não tá, [então não.]
340	Sônia	[quando eu pa]sso a química aí some.
341	Ana	é.
342	Sônia	eu passo botox no cabelo dela. aí==
343	Lia	=às vezes tem que só ver se de dois em dois meses
344		fica assim, às vezes não é piolho, às vezes é o
345		couro cabeludo [dela]-
346	Sônia	[não,] é piolho mermo=
347	Lia	=é?
348	Ana	[vem andando assim?]
349	Sônia	[eu passo pente fino.]
350	Lia	você vê andando?=-
351	Sônia	=passo pente fino. é só não tá pegando assim, porque
352		tá com química.=
353	Ana	=tá com química=

Quando a mãe solicita um remédio contra piolhos, a médica avalia negativamente o pedido, reforçando que Carla já esteve anteriormente no ambulatório queixando-se de piolhos: “por quê, tá com piolho de novo?” (linha 332). Mais uma vez, Sônia tenta se justificar por meio de uma narrativa mínima (linhas 333 e 334), composta por duas orações narrativas: “eu só passo química nela de dois em dois meses” e “aí vira e mexe tá”. Em seguida (linha 340), Sônia torna a realizar o mesmo processo, também por meio de duas orações narrativas: “eu passo química” e “aí some”. Através do emprego do pronome pessoal “eu”, a mãe demonstra, mais uma vez, seu zelo pela filha; é ela quem cuida dos cabelos de Carla: “eu só passo química nela de dois em dois meses” (linhas 333 e 334), “eu passo química” (linha 340), “eu passo botox no cabelo dela” (linha 342), “eu

passo pente fino” (linha 349). Diante de tamanho cuidado materno, o surgimento dos parasitas no couro cabeludo da menina soa como uma eventualidade. Curiosamente, em nenhum momento Sônia admite que Carla esteja com piolhos naquela ocasião; pelo contrário, nega a infestação – “não, é porque eu fico, eu só passo química nela de dois em dois meses, aí vira e mexe tá” (linhas 333 e 334). A fala disfluente de Sônia denota, mais uma vez, sua dificuldade em admitir a condição estigmatizante da filha. Por outro lado, percebemos que o contato da família com os piolhos é tão corriqueiro que dois meses sem a química capilar não são suficientes para evitar o contágio.

Segundo Ainsworth-Vaughn (*apud* VICKERS et al., 2012, p. 159), é comum, na interação médico-paciente, a presença do movimento “poder/mitigação”, o qual permite que cada um dos participantes exerça o controle sobre a conversa em momentos distintos. É o que ocorre quando Ana questiona “por quê, tá com piolho de novo?” (linha 332) – demonstrando sua reprovação diante da reincidência da pediculose em Carla – e Sônia, logo em seguida, apresenta suas mitigações, por meio de mais uma narrativa, declarando que Carla não está sempre com piolhos, apenas “vira e mexe tá” (linha 334). Sônia realiza, portanto, o que De Fina (*apud* VICKERS et al., 2012, p. 161), na tradição da Etnometodologia, denomina *account*: uma recapitulação de eventos passados construídos como resposta para um explícito ou implícito “por que” ou “como” de uma pergunta avaliativa feita pelo interlocutor. A avaliação negativa da médica sobre a constante infestação dos piolhos em Carla é percebida pela mãe, tornando o *account* eminentemente explanatório e dialógico por meio da narrativa.

Diante da dificuldade em assumir a pediculose da filha perante a médica, Sônia opta por transferir a uma vizinha a responsabilidade sobre os piolhos adquiridos por Carla. Visto que o cuidado com a saúde é também uma questão moral (DILLON, 2011, p. 212), Sônia não se permite desmoralizar durante o atendimento médico, estabelecendo o que Elias & Scotson (2000, p. 24) denominam como a complementaridade entre o carisma grupal (dela e de seus filhos) e a desonra grupal (da vizinha e de seus filhos). “Há sempre algum fato para provar que o próprio grupo é bom e que o outro é ruim” (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 23).

Excerto 11: “a garota chega tá com a cabeça cheia de bicho”

355	Lia	[mas on]de que tá tendo esse
356		pegando direto?
357	Sônia	é uma menina que tem ↓lá em casa. ↑a garota chega tá
358		com a cabeça [cheia de bi]cho
359	Ana	[na sua casa?] por que na sua casa? =
360	Carla	=ela=
361	Sônia	=porque a mãe dela fica lá direto aí eu brigo
362		[com ela, °brigo, brigo°].
363	Carla	[ela- ela tava] com três buraco na [cabeça, tudo
364		aberto]
365	Sônia	[ela chega tá
366		ch::eia de ferida]

Para responder o questionamento da médica residente – “mas onde que tá tendo esse piolho que ela tá pegando direto?” (linhas 355 e 356) –, Sônia diz que os piolhos vêm de uma menina que “tem” na casa dela. Nesse momento, a médica reage com surpresa e estranhamento: “na sua casa? por que na sua casa?” (linha 359). Para Sônia, parece normal e corriqueiro haver pessoas na sua casa além dos membros de sua família. Tais posições diferentes diante de comportamentos relativos a quem entra na casa de quem estão certamente associadas a diferentes visões do mundo social. Para moradores de comunidades, que se organizam socialmente em redes de vizinhos, familiares e amigos (SARTI, 2011), o trânsito entre moradores é bem mais livre do que nas moradias de membros de classes média e alta. Trazendo o estranhamento de Ana para o terreno da Sociolinguística Interacional, Gumperz (*apud* PEREIRA, 2002, p. 11) aponta que “as dificuldades tendem a surgir quando indivíduos de diferentes *backgrounds* culturais se comunicam em público em eventos e fala como reuniões, entrevistas e em situações de trabalho, o que aumenta a importância dos processos comunicativos”. Trata-se, portanto, de duas realidades sociais diferentes: de um lado, a médica, membro de classe média, que desconhece a naturalidade existente no livre trânsito dos vizinhos de classe baixa nas casas uns dos outros; de outro, Sônia, que, através do emprego do verbo “ter”, refere-se à menina como alguém que está sempre na casa dela – “é uma menina que tem lá em casa” (linha 357). Não se trata, portanto, de uma menina que frequenta ocasionalmente a casa de Sônia, mas sim de alguém tratado como mais um morador da casa.

Curiosamente, a mãe isenta sua culpa sobre os parasitas adquiridos constantemente por Carla, atribuindo tal responsabilidade à vizinha, que não cuida

dos filhos. Conduzindo esse dado para o contexto médico propriamente dito, podemos afirmar que os pacientes costumam atribuir a fatores externos suas responsabilidades com a própria saúde (Dillon, 2011, p. 216), demonstrando dificuldade em assumir seus erros e negligências.

A justificativa de Sônia para a pediculose de Carla é constituída por uma narrativa, iniciada por duas orientações – “é uma menina que tem lá em casa” e “a garota chega tá com a cabeça cheia de bicho” (linhas 357 e 358) –, seguidas por duas orações narrativas – “a mãe dela fica lá direto” e “aí eu brigo com ela, brigo, brigo”. Ressalto que os verbos no presente do indicativo denotam práticas corriqueiras, ou seja, são habituais a presença da menina na casa de Sônia e a irritação desta, que sempre briga com a mãe da criança. Ana e Carla atuam como conarradoras da história, uma vez que a primeira lança mão de um questionamento de cunho orientador – “na sua casa? por que na sua casa?” – e a segunda apresenta uma orientação – “ela tava com três buraco na cabeça, tudo aberto”. Por fim, Sônia retoma a contribuição da filha, realizando mais uma orientação: “ela chega tá cheia de ferida” (linhas 365 e 366). Atribuo a coconstrução de Ana ao poder que ela detém nesse encontro clínico: ela é a médica e, portanto, pode inserir orientações, exigindo esclarecimentos sobre a narrativa. No caso de Carla, suponho que sua coconstrução represente a intenção de garantir junto à mãe a superioridade de seu grupo (Elias & Scotson, 2000) – representado por ela e pela mãe – perante o outro grupo – representado pela vizinha e seus filhos.

Após a pediatra e a médica residente aconselharem Sônia a não deixar mais ficar em sua casa os filhos da vizinha, a fim de conter a infestação de piolhos, Sônia elabora outra narrativa.

Excerto 12: “Eu separo um pente fino só dele”

414	Sônia	[mas eu falei e]la, eu falei ela
415		não. e a outra menina também, porque o meu filho é
416		MUITO CABELUDO, mas ele é muito cabeludo, é aquele
417		cabelo escorridinho e cheio. aí eu v- tenho que f-,
418		e-eu separo um pente fino só dele. aí eu tenho que
419		ficar passando toda noite quando ele dorme, boto a
420		cabecinha dele e fico passando.=
421	Ana	=você nunca pegou não?=-
422	Sônia	=aí sai. eu não, porque eu passo química u- [uma]
423	Ana	[°↓hum°]

424	Sônia	vez por mês, ou senão de dois em dois meses.
425		[aí não chego a pegar].
426	Ana	[é, mas-]mas, por favor, não deixa, essa menina,
427		entendeu, °frequentar a sua casa°=
428	Sônia	=eu não chego nem perto. aí eu falo, ó vou e brigo
429		com ela. aí eu falo "n- eu sou obrigada a aturar
430		isso? pensa que eu sou igual você? minhas filha é
431		obrigada a ter piolho por causa da sua filha? eu
432		falo ô::corta" ()=
433	Ana	=mas são. pelo que você tá trazendo aqui, são. tanto
434		que tu pediu até remédio=
435	Sônia	=é=
436	Ana	=em vez de mandar a >garota pra fora< pede remédio
437		pra ela. NÃO.
438	Sônia	hhhh.

A mãe emprega o discurso relatado para enfatizar que já pediu à vizinha que não leve seus filhos para a casa dela. Em seguida, inicia mais uma narrativa, comprovando seu zelo pelos filhos. A história começa com orientação: “meu filho é muito cabeludo, mas ele é muito cabeludo, é aquele cabelo escorridinho e cheio” – informação irrelevante se não levarmos em consideração que Carla, a filha estigmatizada, sob cuja presença estamos, é negra, de cabelos crespos. Em seguida, há quatro orações narrativas: “eu separo um pente fino só dele”, “eu tenho que ficar passando toda noite quando ele dorme”, “boto a cabecinha dele” e “fico passando”. Tais ações, com verbos no presente, exprimem que Sônia tem o cuidado habitual de prevenir a infestação de piolhos em seu filho pequeno. A resolução da narrativa corresponde a “aí sai” (linha 422). Coconstruindo e ampliando a narrativa, Ana questiona se Sônia nunca pegou piolho e, como resposta, esta se utiliza de mais duas orações narrativas: “eu passo química uma vez por mês ou senão de dois em dois meses” e “aí não chego a pegar”. Como resolução, a pediatra realiza um aconselhamento: “mas, por favor, não deixa essa menina, entendeu, frequentar a sua casa”. Como resposta, Sônia explicita, por meio de quatro orações narrativas que não se comporta de maneira passiva em relação ao problema: “eu não chego nem perto”, “aí eu falo”, “vou” e “brigo com ela”. Em seguida, mais uma oração narrativa, na forma de discurso reportado (linhas 429 a 432): “aí eu falo ‘n- eu sou obrigada a aturar isso? pensa que eu sou igual a você? minhas filha é obrigada a ter piolho por causa da sua filha?’ eu falo ‘ô:: corta’”. A resolução dessa narrativa é realizada pela médica, na forma de mais um aconselhamento: “mas são. pelo que você tá trazendo aqui são. tanto que tu pediu até remédio. em vez de mandar a >garota para fora< pede remédio pra ela.

NÃO”. As coconstruções de Ana, mais uma vez, enfatizam a assimetria de poder presente na consulta médica, reforçando as identidades de profissional e de cliente, sobretudo nesta última ocorrência (linhas 436 e 437), em que a médica ordena que Sônia expulse a filha da vizinha quando esta entrar na sua casa. Além disso, o aumento de tom na palavra “não” enfatiza o tom imperativo – e, ao mesmo tempo, impaciente – da médica que, por várias outras vezes, já demonstrou reprovar a permissão de Sônia no contato de seus filhos com os da vizinha (conforme anexo 2, linha 370; linhas 376-378; linhas 386-390; linhas 426-427; linha 439).

O fato de narrar seu cuidado com o filho mais novo, de quatro anos, que nem ao menos é paciente de Ana, pode ser visto como mais uma tentativa de Sônia de mostrar-se como boa mãe e, ao mesmo tempo, como uma pessoa comum: “Um caminho que podemos seguir é tratar a banalidade dominante das histórias que contamos como uma característica específica que provoca uma atitude de tentar trabalhar em ser normal, o que é talvez central à maneira como o mundo é organizado” (SACKS, 1984, p. 18). É absolutamente normal que a mãe tenha cuidado com a higiene e o bem-estar dos filhos, sobretudo pequenos, bem como evite a proximidade destes com pessoas que, de alguma maneira, possam infectá-los. No entanto, Sônia faz questão não só de esclarecer essa informação à médica como também de narrar detalhadamente como realiza todo esse processo.

Em seguida, a pediatra aconselha a mãe de Carla a procurar o Conselho Tutelar para que essa vizinha seja orientada sobre uma melhor maneira de cuidar dos filhos. Sônia diz então que já ajudou essa família com alimentação.

Excerto 13: “Aí eu falei ‘ah, tu é malandra’”

476	Sônia	eu até dava comida, mas eu vi que tava um dis- uma
477		despesa muito gr[ande], [muito maior. dobrou a minha
478		despesa. aí depois eu vi que
479	Ana	[é]
480	Sônia	ela guardava dinheiro, limpava a casa de um, limpava
481		a casa de outro, guardava dinheiro pa tomar injeção,
482		comprar roupa pa ↑[sassaricar]
483	Ana	[é, ã, ã::]
484	Sônia	eu falei “ah, tu é malandrahhh”=
485	Ana	= e ainda deve ganhar bolsa família, né? bolsa
486		[estudo]
487	Sônia	[não], não tem não
488	Ana	>por que as crianças estão fora da escola?<=

489	Sônia	=não cobre, não. os filho dela gosta de ir pra
490		escola >porque é o único lugar que eles come<.
491	Ana	e ela não tem bolsa família?
492	Sônia	não. eu até dava a comida a eles. [mas depois que eu
493		vi eles xingando de tudo que é nome],
494	Lia	[()]
495	Sônia	eu fui brigar com um, me xingou também, eu falei não
496		vou dar. não vou DAR comida pra sustentar uma
497		criança, um bicho, um:: leão pra depois te bocar.

No excerto acima, mais uma narrativa de Sônia é coconstruída por Ana. De início, são empregadas orações narrativas, em sequência temporal – “eu até dava comida”, “ela guardava dinheiro”, “limpava a casa de um”, “limpava a casa de outro” –, orientação – “guardava dinheiro pa tomar injeção”, “comprar roupa”, “sassaricar” – e avaliações – “eu vi que tava uma dis- uma despesa muito grande, muito maior”, “dobrou a minha despesa”. Em seguida, Sônia emprega o que seria a resolução “eu falei ‘ah, tu é malandrahhh’”. Entretanto, Ana dá continuidade à narrativa, questionando se a vizinha recebe Bolsa Família, uma ajuda governamental concedida às famílias de baixa renda. Sônia parece não entender a pergunta e, portanto, continua o processo narrativo, falando da ajuda que ela concedia a essas crianças. Seguem, destarte, mais orações narrativas: “os filho dela gosta de ir pra escola”, “eu até dava comida pra eles”, “eu vi eles xingando de tudo que é nome”, “eu fui brigar com um, me xingou também”. Por meio de uma orientação, Sônia explicita que a escola é o único lugar onde esses meninos comem (linhas 490 e 491). Por fim, emprega uma resolução, de cunho moralizante: “não vou DAR comida pra sustentar uma criança, um bicho, um:: leão pra depois te bocar”. A participação de Ana, ao mostrar interesse pela narrativa de Sônia, abre espaço para a produção de mais fala, o que funciona na humanização da consulta, visto que a informação trazida nada tem a ver com o atendimento de Carla propriamente dito.

Nesse último excerto, o discurso de Sônia parece contraditório ao justificar por que deixou de alimentar os filhos da vizinha. Num primeiro momento ela diz que foi por conta do aumento de suas despesas com alimentação (linhas 476 a 478) e, num segundo momento, declara que não quis mais alimentá-los porque os meninos foram mal-educados com ela (linhas 492 a 495). Quanto a isso, Goffman ([1959] 2011, p. 58) aponta que “[...] a impressão de realidade criada por uma representação é uma coisa delicada, frágil, que pode ser quebrada por minúsculos

contratempos” – como acontece quando se cai em contradição, por exemplo. Como o próprio autor afirma (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 58), o que acontece aí é uma discrepância entre um “eu demasiado humano”, que não ajuda as crianças porque isso não é um problema dela ou porque não lhe sobra dinheiro para tal e um “eu socializado”, que precisa demonstrar à médica seu compromisso e preocupação em ajudar o próximo.

Como seres humanos somos, presumivelmente, criaturas com impulsos variáveis, com estados de espírito e energias que mudam de um momento para outro. Quando, porém, revestimo-nos de caráter de personagens em face de um público não devemos estar sujeitos a altos e baixos (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 58).

Diante da representação de boa pessoa, escolhida por Sônia, tal deslize foi inconveniente para a manutenção da identidade de boa mãe e boa vizinha, já que ora ela só parou de alimentar as crianças por conta do aumento das despesas, ora deixou de ajudá-las porque as crianças são mal-educadas: “[...] o objetivo de um ator é sustentar uma particular definição da situação, representando isto, por assim dizer, sua afirmação do que seja realidade” (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 83). Uma vez que se cai em contradição, a realidade até então sustentada mostra-se fragilizada.

Uma vez que as narrativas são vistas como instrumento de organização do discurso, que possibilita a criação de uma realidade social, são também uma forma de controlar e manipular a realidade e os interlocutores (MOITA LOPES, 2001, p. 59). Sônia encontra-se numa interação institucional com a médica que cuida de sua filha e, portanto, presume-se que seja necessário demonstrar seu compromisso com a saúde da menina. Nesse contexto, ela realiza todo um trabalho performativo para construir sua identidade de mãe responsável e zelosa não só com seus filhos como até mesmo com os filhos da vizinha. Em outras palavras,

quem conta uma história está se construindo à luz de como representa os personagens, i.e., sua etnia, gênero e sexualidade etc., nos espaços em que atuam no mundo da história como também em relação a quem é o seu interlocutor no mundo em que a história está sendo contada no passo a passo da ação narrativa (MOITA LOPES, 2001, p. 64).

4.3 As contribuições de Carla: gerenciamento do estigma como “capa defensiva”

Após Sônia assinar o termo de consentimento para a gravação da consulta, peço que Carla também assine o documento. Curiosamente, a menina declara saber assinar – atividade corriqueira para uma pessoa “normal”.

Excerto 14: “Eu sei assinar, que eu escrevi”

547	Carla	eu sei assinar, que eu escrevi.
548	Sônia	deixa eu ver a assinatura dela. ih, é, ih aprendeu a
549		abreviar, ó:: é::, isso aí () =
550	Ana	=mucho bem
551	Sônia	sóh ahh identidadehh que ela não conseguiu assinarhh
552	Ana	na identidade deu ↑um BRANCO
553	Monique	ficou nervosa
554	Sônia	hhh ela “mãe, eu fiquei nervosa”. vamo embora?

A declaração de Carla parece corresponder à “capa defensiva” à qual Goffman (1988, p. 17) faz referência, pois a menina não só realiza a atividade de assinar o próprio nome como anuncia o feito para que todos saibam de sua habilidade. Já que “[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se (sic) impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (GOFFMAN, [1963] 2004, p. 7), Carla enfatiza um de seus predicados positivos – a capacidade de assinar –, equiparando-se, portanto, a uma pessoa “normal”. Além disso, segundo Goffman ([1963] 2004, p. 57-8), quanto mais um indivíduo se desvia daquilo que se espera dele, mais obrigado ele fica a dar voluntariamente informações sobre si mesmo.

Diante dessa colocação da adolescente, a mãe mostra-se feliz com a notícia, observando que a filha aprendeu até a abreviar o sobrenome (linhas 548 e 549). Nas palavras de Goffman ([1963] 2004, p. 16), “se ele [o estigmatizado] desempenha qualquer atividade com destreza e segurança, provoca a mesma surpresa que um mágico quando tira coelhos da cartola”. Logo a seguir (linha 551), podemos compreender melhor o motivo da observação de Sônia: quando a menina foi obter seu documento de identidade, não conseguiu assinar. Já que a mãe se investe da tarefa de sustentar a normalidade da filha, aquela atribui a falha

desta, entre risos, ao nervosismo da ocasião. Visto que os participantes da interação, ao desempenharem seus papéis, dividem-se em equipes, que se alternam entre ator e plateia, observamos aqui a importância da preservação dos segredos de uma equipe em relação à outra (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 132): Sônia, ao desempenhar papel de mãe, opta por não falar sobre a deficiência psicocognitiva da filha em momento algum da interação. Embora Ana, pediatra da menina, conheça as deficiências de Carla, a paciente também estava diante de outros representantes da “plateia” – a médica residente e eu –, que talvez pudéssemos desconhecer tais problemas.

Talvez a declaração de Carla (linha 547) tenha ocorrido em função do seu fracasso no momento da obtenção da identidade, a fim de deixar claro que ela é tão “normal” quanto os demais participantes do presente evento discursivo: “Considerando o que pode enfrentar ao entrar numa situação social mista, o indivíduo pode responder antecipadamente através de uma capa defensiva” (GOFFMAN, [1963]2004, p. 17).

A “capa defensiva” (GOFFMAN, [1963]2004, p. 17) de Carla se estende quando ela se estabelece, junto à mãe, como membro de um grupo superior (ELIAS; SCOTSON, 2000) ao da vizinha, que não cuida da higiene nem da saúde de seus filhos.

Excerto 15: “A neném tem três buraco na cabeça”

357	Sônia	é uma menina que tem ↓lá em casa. ↑a garota chega tá
358		com a cabeça [cheia de bi]cho
359	Ana	[na sua casa?] por que na sua casa? =
360	Carla	=ela=
361	Sônia	=porque a mãe dela fica lá direto aí eu brigo
362		[com ela, °brigo, brigo°].
363	Carla	[ela- ela tava] com três buraco na [cabeça, tudo
364		aberto]
365	Sônia	[ela chega tá
366		ch::eia de ferida]
		[...]
395	Sônia	dei]xa ela. eu falei não, gente olha, eu
396		[vou vou proibir de você entrar] aqui dentro com a
397	Carla	[<ela não deixa nem a gente passar>]
398	Sônia	sua filha.=
399	Ana	=é
400	Sônia	você vai ficar com a sua filha [na sua casa]
401	Carla	[<tem dois buraco
402		aber] [to na cabeça da neném>]
403	Ana	[até se você fizer a escolha]. olha eu ado::ro.

404		essa moça. aí de repente você faz a escolha de você
405		assumir o tratamento da- menina
406	Sônia	ai, até já comprei aquel- aquele remédio.
407		[é escabini?] mas já passou, a
408	Carla	[a filha dela tem quase três ano]
409	Sônia	menina é [empesteada.] nem ela cuida. não adianta.
410	Carla	[<não adianta nada>]
411	Lia	<o que não pode é [ela] ficar fazendo o remédio. não
		[...]
439	Ana	tem que botar a outra pra fora p- da- depois
440		[quando tratar se-]
441	Carla	[a neném tem três] buraco na cabeça=

No excerto acima, em que se omitiram alguns fragmentos, Carla exprime, além de uma tentativa inicial (linha 360), três declarações de que a filha da vizinha, de três anos, está com larvas na cabeça – provavelmente miíase, provocada pela negligência da mãe diante do surgimento de piolhos –: “ela- ela tava com três buraco na cabeça, tudo aberto” (linhas 363 e 364), “tem dois buraco aberto na cabeça da neném” (linhas 401 e 402) e “a neném tem três buraco na cabeça” (linha 441). “Em muitos casos, aquele que é estigmatizado num determinado aspecto exhibe todos os preconceitos normais contra os que são estigmatizados em outro aspecto” (GOFFMAN, [1963]2004, p. 117). Sônia ainda ratifica a fala de Carla de que a filha mais nova da vizinha apresenta feridas no couro cabeludo por conta do parasita: “a garota chega tá com a cabeça cheia de bicho” (linhas 357 e 358), “ela chega tá cheia de ferida” (linhas 365 e 366) e “menina é empesteada. nem ela cuida. não adianta” (linha 409). Nesse contexto, como observa Becker ([1963] 2008, p. 204), mãe e filha se colocam em um patamar superior ao da vizinha, estratégia de obtenção de poder ou controle: “A história nos impeliu cada vez mais na direção de modos disfarçados de controle baseados no monitoramento das definições e rótulos aplicados às pessoas. Exercemos controle acusando pessoas de atos desviantes de vários tipos”.

Excerto 16: “Ela falou ‘poblema’”

443	Sônia	=tem três buraco na cabeça dela
444	Lia	>deve ter miíase<=
445	Ana	=é:: [já deve tá-]
446	Lia	[()] [eu já vi já]. é horrível isso. >a
447	Ana	[ó:: ó::]
448	Lia	criança pode morrer, tá? já estou avisando<.
449	Carla	[ela já falou.]
450	Sônia	[sabe o que ela falou?] “que morra”

451	Carla	ela falou “poblema.”=
-----	-------	-----------------------

No excerto acima, acontece o processo inverso: é a filha que vem a ratificar a fala da mãe. Ambas constroem a vizinha como uma mãe irresponsável e de caráter duvidoso. Segundo Dillon (2011, p. 211), o cuidado com a saúde constitui um importante papel na construção de definições de caráter moral, de modo que ser saudável significa ser uma boa pessoa. No caso mencionado acima, a vizinha é construída como alguém que, além de não se preocupar em cuidar da saúde dos filhos, pouco se importa em perdê-los em razão do descuido.

Nas palavras de Wright (*apud* GOFFMAN, [1963]2004, p. 75), “uma pessoa que deseje esconder sua incapacidade notará em outros traços reveladores de uma incapacidade [...] querendo esconder a sua deficiência, quer também que as outras pessoas escondam as suas”. Entendo, portanto, que, à medida que Carla evidencia a incapacidade da vizinha de cuidar dos seus filhos – talvez porque a mulher tenha algum problema de ordem psíquica –, possivelmente a menina atenua seus estigmas e sua deficiência mental: primeiramente porque demonstra conhecimento sobre as regras a serem seguidas para se viver em sociedade e, posteriormente, por dar maior importância aos estigmas da vizinha do que aos seus próprios, já tão flagrantes ao longo da consulta médica.

Excerto 17: “A mãe dela sai pro baile e deixa as criança sozinha”

471	Sônia	=aí eu falo, pra ela já que você, por que você não
472		entrega eles assim eles? [melhor do que deixar
473		jogado, as criança com fome.]
474	Carla	[<a mãe d-, a mãe dela sai
475		pro baile e deixa as criança sozinha>.]

O excerto acima reforça a informação de que Carla constrói a vizinha como desviante, por não aderir a determinadas normas de conduta e atributos sociais (BECKER, [1963] 2008, p. 118), como cuidar da saúde e da segurança dos filhos. Segundo Goffman ([1963]2004, p. 103), “o indivíduo estigmatizado é aconselhado a se aceitar como pessoa normal, pois os outros podem ganhar com isso, e ele também, na interação face a face”.

Carla, uma vez participante da interação, também constrói sua identidade por meio de uma realização dramática (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 36), já que

expressa suas pretensas qualidades durante a interação, fazendo-o em um curto espaço de tempo. Ao criticar a irresponsabilidade da vizinha, a menina se mostra uma pessoa responsável, que reconhece a importância do cuidado com a saúde e com a segurança, sobretudo das crianças.

Diante da estratégia de Carla de estabelecer seu grupo e, concomitantemente, mostrar o grupo da vizinha como *outsider*, observo o estudo de Elias & Scotson (2000, p. 27), no qual é apontado que “a anomia talvez seja a censura mais frequente a lhes [aos *outsiders*] ser feita; repetidamente, constata-se que outsiders são vistos pelo grupo estabelecido como indignos de confiança, indisciplinados e desordeiros” (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 27), além de a imundície ser mais uma de suas características (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 29).

Partindo do princípio de que, “nos círculos atuais de classe média, quanto mais um indivíduo se desvia [...] do que na verdade se espera dele, mais obrigado ele fica a dar voluntariamente informações sobre si mesmo” (GOFFMAN, [1963] 2004, p. 57-8), Carla e Sônia projetam suas identidades com base em normas sociais e expectativas sobre o que significa ser uma pessoa “normal”, tanto na categoria de estigmatizado quanto na de desviante. No caso de Sônia, sua identidade de mãe zelosa e responsável se sobrepõe ao pressuposto desleixo existente na constante infestação dos piolhos em Carla.

4.4 Encerrando: Os participantes da consulta e os estigmas

Observamos, portanto, que a maneira como cada um desses três atores sociais – médica, mãe e paciente – lida com os problemas vivenciados por Carla depende da identidade por eles projetada na interação. De acordo com De Fina; Schiffrin e Bamberg (2006, p. 22), “a identidade não corresponde a algo que os falantes ‘possuem’, mas sim a algo que emerge através das práticas interacionais – incluindo a forma de se empregar a linguagem – contextualizadas”¹¹ (tradução de minha responsabilidade).

Ana incumbe-se não só das tarefas de diagnosticar e tratar Carla como também de aconselhar mãe e filha sobre como lidar com a infestação dos piolhos. Por outro lado, a médica exerce o difícil exercício do gerenciamento das

¹¹ Identity is not something that speakers “have”, but something that emerges through interactional practices – including ways of using language – in contexts.

impressões (GOFFMAN, [1959] 2011). A pediatra evita demonstrar surpresa diante da prática sexual de Carla desde os treze anos e também não julga as ações da menina em momento algum. Além disso, Ana demonstra interesse pelas narrativas de Sônia, mesmo quando elas não exercem função de cumprir o mandato institucional. A pediatra coonstrói e incentiva a continuidade de histórias que abordam assuntos como o início do namoro de Carla e a conduta da vizinha junto a seus filhos. A profissional mostra disponibilidade e interesse para ouvir o outro, ao passo que também exerce seu poder ao interpretar e fechar as narrativas de Sônia, concedendo-lhes por vezes um valor moral através da inserção da coda. Em síntese, ela atua no seu papel de médica, detentora do poder interacional, que precisa controlar a interação, de forma a conduzir e abrir espaços interacionais para a conversa, para narrativas, relatos, a fim de proporcionar um atendimento eficiente e, ao mesmo tempo, humanizado. Nas palavras de Goffman ([1981] 2002, p. 137), “quando tais elocuições são ouvidas, elas são ouvidas também como vindas de um indivíduo que não apenas anima as palavras, mas ocupa ativamente uma qualificação social *determinada*, sendo essa qualificação o que confere autoridade às palavras”.

A mesma qualificação social relacionada ao papel de médica também pode ser direcionada ao exercício do papel de mãe quando analisamos a performance narrativa de Sônia. Ela ocupa-se com a tarefa de “proteger” sua filha, a qual se encontra inabilitada para a aceitação social plena (GOFFMAN, [1963] 2004, p. 4). Para tal, constrói a menina como uma pessoa “normal” (GOFFMAN, [1963] 2004) e, ao mesmo tempo, “comum” (SACKS, 1984). Ademais, Sônia esforça-se para estabelecer sua identidade de boa mãe perante a médica – pessoa responsável por assistir a menor. Trata-se de uma questão moral (DILLON, 2011) demonstrar à médica o seu cuidado e sua preocupação com a saúde e o bem-estar da filha. Na maioria das vezes, essas construções identitárias – de Sônia como boa mãe e de Carla como pessoa “normal” – são realizadas por Sônia através de narrativas. Conhecendo o que pode ou não ser contado na interação médico-paciente, bem como as atitudes que podem ser aprovadas ou reprovadas pela médica, a mãe segue regras sociais ao contar suas histórias (SACKS, 1984). Apesar de Sônia ser uma participante colaborativa, parece mais preocupada em representar do que em informar a médica sobre os acontecimentos; sendo assim, suas narrativas ajudam a construir positivamente a identidade de seu grupo – representado por ela e por

seus filhos – em detrimento do grupo da vizinha – representado por esta e seus filhos. De acordo com Elias & Scotson (2000, p. 25), “não é fácil entender a mecânica da estigmatização sem um exame mais rigoroso do papel desempenhado pela imagem que cada pessoa faz da posição de seu grupo entre outros”. Mãe e filha, apesar de estigmatizadas, trabalham ativamente na construção de suas imagens positivas perante a médica.

Carla, por sua vez, apoia essa construção identitária feita pela mãe, já que também se ocupa em mostrar-se como uma pessoa “normal” e “comum”, que namora há um ano e meio, transa com o namorado de maneira responsável, sabe assinar o próprio nome e também reconhece o seu grupo como superior ao da vizinha, visto que esta é caracterizada como uma mãe irresponsável, que não cuida dos filhos e pouco se importa com a saúde e a segurança deles. A menina exhibe seus feitos, exalta o correto e condena o errado, trabalhando, assim, na construção de sua identidade de pessoa “normal”. Com isso, ela pode lograr o respeito dos demais participantes da interação: “uma condição, uma posição ou um lugar social não são coisas materiais que são possuídas e, em seguida, exibidas; são um modelo de conduta apropriada, coerente, adequada e bem articulada” (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 74).

De fato, tanto a noção de estigma (GOFFMAN, [1963]2004, p. 9) quanto a de desvio (BECKER, [1963] 2008, p. 22) surgem onde há alguma expectativa de que aqueles que se encontram numa certa categoria não deveriam apenas apoiar uma norma, mas também cumpri-la. No tocante ao atendimento médico, os participantes costumam demonstrar interesse pelo cuidado com a saúde e o bem-estar do paciente. Durante essa interação, as três participantes em questão manifestam o conhecimento das normas de asseio e cuidados com os menores dentro da sociedade. Desse modo, elas desenvolvem suas falas com base na definição da situação (consulta médica) e, ao mesmo tempo, do conceito de si próprio e do outro, ou seja, dos papéis sociais definidos naquela interação (GOFFMAN, [1959] 2011, p. 220).

5 Considerações finais

Este trabalho pretende apresentar uma contribuição à linguística aplicada à área da saúde, ao oferecer uma interpretação do que acontece em uma consulta com um paciente estigmatizado.

No capítulo 2, abordei o arcabouço teórico que me serviu de base para a investigação dos dados. Como nenhuma interação pode ser analisada fora de contexto, apresentei um estudo sobre a Sociolinguística Interacional, atrelando-a à Análise da Conversa Etnometodológica. Ambas as teorias auxiliaram minha interpretação sobre a participação dos indivíduos no contexto da consulta médica, bem como sobre suas atuações na construção positiva de suas identidades, com base na identidade do outro. Para tornar mais claros esses processos, aprofundei nesse mesmo capítulo o conceito de identidade, com base na construção do discurso situado na vida social. Os dados contribuíram para reforçar a ideia de que estamos inseridos em uma sociedade repleta de crenças, conceitos, pré-conceitos e julgamentos, relacionados à nossa identidade também à do outro (Moita Lopes, 2001). Médica, mãe e paciente constroem-se positivamente, considerando o que se espera de suas posturas naquele dado contexto. Ainda neste mesmo capítulo, destaco a importância do estudo das narrativas não só na construção identitária como também na eficácia do atendimento médico. Através das nossas histórias, normalizamos uma experiência vivida (SACKS, 1984), construímos nossas crenças, valores e identidades (BASTOS, 2005), mostrando-nos sempre como uma boa pessoa (LINDE, 1993). Além de abordar a teoria estrutural da narrativa (LABOV; WALETZKY, 1967), aponteí sua importância na humanização da consulta médica (CLARK; MISHLER, 2001; OLIVEIRA; BASTOS, 2011; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012) e, através da noção de performance narrativa (BAUMAN, 1986), destaquei o valor da habilidade comunicativa do narrador no intuito de privilegiar seus interesses.

No capítulo 3, descrevi o modo como realizei minha pesquisa, a qual tomou por base os estudos etnometodológicos (COULON, 1995). Em seguida, apresentei os conceitos de desvio (BECKER, 2008) e estigma (GOFFMAN,

[1963] 2004), visto que ambos auxiliaram a análise do encontro misto que se estabeleceu no referido atendimento. Utilizei o estigma como ponto central da análise porque esse conceito se aplica à história de vida de Carla: negra, moradora do morro, deficiente mental e, na ocasião da consulta, encontrava-se com quadro de micose e, novamente, com piolhos. O desvio, por sua vez, aplicou-se ao conflito de valores identificado na interação, e não ao próprio desviante neutralizando o seu desvio. Trata-se, portanto, da forma como indivíduos de grupos sociais diferentes reagem a condutas divergentes daquelas praticadas em seus grupos. No caso da consulta analisada, a conduta da mãe pareceu estar em desacordo com as regras impostas pelo grupo social do qual as médicas fazem parte. Posteriormente, caracterizei a interação institucional (GARCEZ, 2002; DEL CORONA, 2009; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012), explorando as práticas e a organização inerentes ao atendimento médico, o qual evidencia a assimetria de poder entre o representante e o cliente da instituição.

No capítulo 4, analisei os dados, partindo do princípio de que, além de um atendimento médico, tínhamos ali um bom exemplo de contato misto. Sendo assim, apresentei primeiramente a forma como a médica lidou com a deficiência intelectual da paciente e também com a sexualidade precoce da menina. Em seguida, abordei a construção das narrativas da mãe – em grande parte coconstruídas pela médica – que evidenciavam a normalidade e a condição de pessoa comum dela e da paciente, ao passo que a construíam como uma mãe bastante zelosa com os filhos. Por fim, selecionei algumas falas de Carla, através das quais a paciente também evidenciava sua condição de pessoa “normal”, enquanto desconstruía, com o auxílio da mãe, a moralidade de uma vizinha. Identifiquei, através dessa análise, portanto, a forma como as três participantes lidaram com os estigmas de Carla e, concomitantemente, construíram seus papéis sociais naquele encontro.

De fato, “a narrativa apresenta um esforço conjunto do paciente e do médico para fazer sentido coerente de um problema dentro de um contexto de ações e resultados construído conjuntamente” (CLARK; MISHLER, 2001, p. 41). É o que notamos nas narrativas analisadas, coconstruídas através do esforço mútuo da pediatra e da mãe da paciente (por vezes, também de Carla). Vemos aí o empenho da médica em humanizar a consulta, permitindo uma maior aproximação com a paciente e com sua mãe, mesmo quando essas narrativas não

estavam diretamente relacionadas à saúde da menina. É curioso observar ainda que esse atendimento contraria a visão consensual sobre os hospitais públicos, que são muitas vezes criticados pela curta duração dos atendimentos, durante os quais o paciente pouco fala de si, ficando restrito a responder, brevemente, apenas aquilo que lhe é perguntado. Outra característica positiva do atendimento de Ana foi sua capacidade de gerenciar suas impressões acerca da sexualidade precoce da menina deficiente intelectual. Além de não emitir qualquer julgamento moral sobre a conduta da paciente – apresentando certa naturalidade diante dos relatos da menina e da mãe sobre a prática sexual de Carla desde os treze anos –, a pediatra ainda reformula suas falas – demonstrando paciência no trato com a menina deficiente. Apesar de a médica provocar as narrativas e coconstruí-las, também mostrou autoridade, típica da interação institucional, por meio das sequências IRA (iniciação – resposta – avaliação) (OSTERAMNN; RUY, 2012, p. 69), do direcionamento das etapas do atendimento, dos conselhos dados à mãe da menina – muitas vezes em tom de “bronca”.

Acredito, portanto, que há aspectos positivos nas ações de Ana, que podem ser destacados como merecedores de atenção para a formação de profissionais de saúde, os quais, em algum momento da carreira, precisarão lidar com pacientes em condição estigmatizada. A atuação da médica nos remete a Sarangi (2008), segundo o qual, no contexto médico, os eventos narrados tomam forma de revelação íntima, com usos de repetições e diálogos construídos, transformando o evento narrativo, que tinha como principal objetivo a consulta médica, em uma terapia ou uma orientação. Apesar de muitos julgarem inapropriadas as contribuições dos pacientes não relacionadas a doenças, foi muito comum, durante minha pesquisa de campo, a presença de inúmeros relatos, principalmente por parte dos pacientes, que nada tinham a ver com a diagnose. Entretanto, ao contrário do que se poderia esperar, as médicas participavam desses assuntos, demonstrando interesse pela conversa. Atribuí como razão para essa postura o interesse dos profissionais pela humanização da consulta médica. É louvável que, nos últimos anos, algumas instituições tenham iniciado programas de formação sobre a relação médico-paciente em cursos de graduação em medicina, como parte dos princípios das chamadas humanidades médicas, a fim de melhorar as habilidades comunicacionais dos médicos e privilegiar a habilidade de escuta, sobretudo no que tange às narrativas dos pacientes sobre a doença. É o caso, por

exemplo, do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, que procura enfatizar as narrativas sobre a enfermidade, priorizando o papel da “escuta sensível” e da “entrevista centrada no paciente”, ao invés de centrada no médico, como ocorre em grande parte dos atendimentos médicos (OSTERMANN; MENEHGHEL, 2012, p. 14).

Ana comprova a possibilidade de se estabelecer uma consulta humanizada sem, com isso, deixar de exercer seu papel de representante da instituição e, tampouco, negligenciar sua tarefa de diagnosticar e prover o tratamento da paciente. A identidade da profissional é construída e reforçada ao longo do roteiro de atendimento (questionário para preenchimento de prontuário, exame, prescrição de medicamento, encaminhamento para um médico de outra especialidade) e dos turnos de fala (questionamentos, coconstruções de narrativas, aconselhamentos) que caracterizam o atendimento médico.

Ainda no que diz respeito às construções identitárias, podemos afirmar que, conhecendo o protocolo do atendimento médico, bem como a questão moral que envolve o cuidado com a saúde (DILLON, 2011), mãe e filha constroem favoravelmente suas identidades (LINDE, 1993), não só na forma de narrativas como também de breves relatos. Tal construção favorável minimiza a condição estigmatizada de Carla e as atitudes negligentes da mãe no que tange a saúde e o bem-estar dos filhos.

A participação de Ana na coconstrução dessas narrativas, assim como o gerenciamento das suas impressões e sua disposição para reformular as questões apresentadas a Carla comprovam a possibilidade de se estabelecer uma consulta humanizada, sem com isso perder o domínio sobre a interação. Entendo que cabe ao profissional, representante da instituição, controlar a forma como o atendimento deve se estabelecer; afinal de contas, é ele quem determina a diagnose e o tratamento do paciente. Por outro lado, isso não significa que o paciente não tenha sua importância na conclusão dessas etapas. Por essa razão, é importante haver um equilíbrio entre a “voz da medicina” e a “voz do cotidiano” (CLARK; MISHLER, 2001, p. 14), visto que ambas se complementam na execução das etapas do atendimento médico.

O profissional de saúde não pode intimidar o paciente, destituindo-o da participação na consulta. Destarte, foi positiva a atuação de Ana no que diz respeito à abordagem dos estigmas de Carla, já que, mesmo parecendo

surpreender-se com as respostas da menina acerca de sua iniciação sexual, a médica não deixou transparecer o impacto dessa informação: reformulou suas colocações anteriores, a fim de conduzir a interação da forma mais natural possível, buscando aconselhar a paciente sobre gravidez e DSTs. Situação semelhante aconteceu na reação da médica em relação ao posicionamento contraditório da mãe, que, ao mesmo tempo em que demonstrava intenso cuidado com a saúde e o bem-estar de seus filhos, permitia que eles tivessem constante contato com os piolhos. No entanto, a médica não só permitiu que a mãe demonstrasse seu zelo através das narrativas, como também participou da construção dessas histórias.

Esse trabalho representa uma amostra diante das inúmeras possibilidades de estabelecer uma consulta médica humanizada, mesmo quando se encontram barreiras comunicativas e/ou sociais, como acontece na interação analisada, na qual ocorrem pequenas tensões geradas pelo fato de a paciente apresentar um quadro de deficiência intelectual e, além disso, de a médica não partilhar do meio cultural em que vivem a paciente e sua família. Apresentei apenas uma breve demonstração da possibilidade de haver um esforço para permitir que os pacientes, mesmo que ainda muito jovens ou ainda comprometidos psicocognitivamente, possam participar ativamente, dentro de suas possibilidades, da diagnose e do tratamento de suas doenças. Ressalto, portanto, a necessidade de se analisar outras interações com pacientes na condição de estigmatizados e, por essa razão, espero dar continuidade à presente pesquisa, analisando outras consultas, já gravadas por mim, nas quais os pacientes se encontram na mesma condição, porém por razões diferentes.

Referências bibliográficas

AINSWORTH-VAUGHN, N. **Claiming Power in Doctor-Patient Talk**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

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

ANTAKI, C.; DÍAZ, F. A análise da conversação e o estudo da interação social. In: IÑIGUEZ, L. (coord.). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**, Petrópolis: Vozes, 2005.

ATKINSON, D. Language and science. In: ANNUAL Review of Applied Linguistics, v. 19, 193-214, 1999.

BASTOS, L. C. Diante do sofrimento do outro: narrativas de profissionais de saúde em reuniões de trabalho. **Caleidoscópio**, v. 6, n. 2, p. 76-85, 2008.

_____. Contando histórias em contextos espontâneos e institucionais – uma introdução ao estudo da narrativa. **Caleidoscópio**, v. 3, n. 2, p. 74-87, maio/ago 2005.

_____. Fala treinada, tecnologia e identidade de gênero em atendimentos telefônicos. Volume temático ‘Questões de linguagem e identidade’. **Revista CROP**, n. 9, 2003.

BAUMAN, R. **Story, performance and event: contextual studies of oral narrative**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

BAUMAN, R.; BRIGGS, C. L. Poetics and performance as critical perspectives on language and social life. In: ANNUAL Review of Anthropology, 1990, p. 59-88.

BILMES, J. Being interrupted. In: JANSE, M.; TOL, S. **Linguistic Bibliography for the year 1997: and supplements for previous years**. [s.l.]: Springer, 2001. p.507-31.

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

BRUNER, J. **Acts of meaning**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

BECK, U. **What Is Globalization?** Cambridge: Polity Press, 1999.

BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

CLARK, J.; MISHLER, E. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (orgs). **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: IPUB, 2001.

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

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

CEZIMBRA, S. C.; MENEGHEL, S. N. Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Mal Estar e Subjetividade**, a. 1, n. 4, p. 1303-1322, 2009.

DADOORIAN, Diana. **Gravidez desejada em adolescentes de classes populares**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica: Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/biblioteca_s/php/login_tese.php>.

DAVIES, A. **An introduction to applied linguistics**: from practice to theory. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.

DE FINA, A. DE FINA; SCHIFFRIN; BAMBERG. **Discourse and Identity**. Cambridge: CUP, 2006.

DEL CORONA, M. Fala-em-interação cotidiana e fala-em-interação institucional. In: LODER, L.L. & JUNG, N.M. (orgs.). **Análises de fala-em-interação institucional**: a perspectiva da Análise da Conversa Etnometodológica. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2009.

DILLON, P. J. Moral accounts and membership categorization in primary care medical interviews. **Communication and Medicine**, v.8, n. 3, p. 211-221, 2011.

DREW, P; HERITAGE, J. Analyzing talk at work: an introduction. In: DREW, P.; HERITAGE, J. (Orgs.). **Talk at work**: interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FAIRCLOUGH, N. **Language and Power**. London: Longman, 1989.

_____. **Discourse and Social Change**. Cambridge: Polity Press, 1992.

_____. **Critical Discourse Analysis**. London: Longman, 1995.

FAVORETO, C. A. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ-ABRASCO, 2009, p. 213-230.

FRANKEL, R. M. Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In: PSATHAS, G. (ed.) **Interaction Competence**. Lanham MD: University Press of America, 1990, p. 231-62.

GARCEZ, P. M. Deixa eu te contar uma coisa: o trabalho sociológico do narrar na conversa cotidiana. In: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; LOPES DANTAS, M. T. (Orgs.). **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001. p. 189-213.

_____. Formas institucionais de fala-em-interação e conversa cotidiana: elementos para a distinção a partir da atividade de argumentar. In: **paLavra**, Rio de Janeiro, v.8, p.54-73, 2002.

GEORGAKOPOULOU, A. **Small stories, interactions and identities**. Philadelphia, PA: John Benjamins, 2007.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva**. São Paulo: UNESP, 1997.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, [1963] 2004.

_____. Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise. Petrópolis, RJ: Vozes, [1974] 2012.

_____. Footing. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Loyola, [1981] 2002. [Publicado originalmente na revista **Semiótica**, n. 25, p. 1-29, 1979].

_____. A situação negligenciada. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Loyola, [1981] 2002. [Publicado originalmente como: The neglected situation. **American Anthropologist**, v. 66, n. 6, p.133-166, 1964].

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, [1959] 2011.

GRABE, W. Perspectives in applied linguistics: a North American view. **AILA Review**, n. 17, p. 105-132, 2004.

GUMPERZ, J. **Discourse strategies**. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

HAK, T. The interaction form of professional dominance. **Sociology of Health; Illness**, v. 19, n. 4, p.469-88, 1994.

HALL, S. Who needs 'Identity'? In: HALL, S.; du GAY, P. (Eds.). **Questions of Cultural Identity**. London: Sage, 1996.

HERITAGE, J.; LINDSTRÖM, A. Motherhood, medicine, and morality: Scenes from a medical encounter. **Research on language and social interaction**, v. 31, p.397-438, 1998.

KLEINMAN, A. **The illness narratives**: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic, 1989.

LABOV, W.; WALETZKY, J. Narrative analysis: oral versions of personal experience. In: HELM J. (ed). **Essays on the verbal and visual arts**. Seattle: U of Washington, 1967.P. 12-44.

LANGELIER, K. M. You're marked: breast cancer, tattoo, and the narrative performance of identity. In: BROCKMEIER, J.; CARBAUGH, D. **Narrative and Identity**: studies in autobiography, self and culture. Amsterdam: John Benjamins, 2001. p. 145-184.

LI, H. Z. et al. Reconceptualizing interruptions in physician-patient interviews: cooperative and intrusive. **Communication; Medicine**, v. 1, n. 2, p. 145-57, 2004.

LINDE, C. **Life stories**: the creation of coherence. New York: Oxford University Press, 1993.

LODER, L.L.; JUNG, N.M. (orgs.). **Análises de fala-em-interação institucional**: a perspectiva da Análise da Conversa Etnometodológica. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2009.

MAYNARD, D. W. Interaction and asymmetry in clinical discourse. **The American Journal of Sociology**, v. 97, n. 2, p. 448-495, 1992.

MCGROARTY, M. Language uses in professional contexts. In: KAPLAN, R. (Ed). **The Oxford Handbook of Applied Linguistics**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

MENEGHEL, S. N.; INIGUEZ, L. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p.1815-1824, 2007.

MOITA LOPES, L. P. Práticas narrativas como espaço de construção das identidades sociais: uma abordagem socioconstrucionista. In: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (orgs). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: IPUB, 2001.

MOITA LOPES, L. P. (org.). **Por uma linguística aplicada Indisciplinar**. São Paulo: Parábola Editorial, 2006.

OCHS, E.; CAPPS, L. Narrating lives in the balance. In: 5. PROCEEDINGS OF SYMPOSIUM ABOUT LANGUAGE AND SOCIETY. Austin: Texas, 1997.

OLIVEIRA, L. M. de.; BASTOS, L. C. Uma história de AVC: a construção do sofrimento por uma pessoas com afasia. **Veredas: Revista de Estudos Linguísticos**, v. 15, n.1, p. 120-135, 2011.

OSTERMANN, A. C. Análise da conversa: um estudo da fala-em-interação. In: In: OSTERMANN, A.C.; MENEGHEL, S. N. (orgs.) **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado das Letras, 2012.

OSTERMANN, A.C.; MENEGHEL, S. N. Humanização, gênero e poder nos atendimentos à saúde: possibilidades que se apresentam a partir dos estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, A.C.; MENEGHEL, S. N. (orgs.) **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado das Letras, 2012.

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

OSTERMANN, A. C.; ROSA, D. R. da. Do que não se fala: assuntos tabus e momentos delicados em consultas ginecológicas e obstétricas. In: **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado das Letras, 2012.

PARK, R. E. **Race and Culture**. Glencoe, Ill: The Free Press, 1950, p. 249.

PEREIRA, M.G.D. Introdução. **Palavra**, v.8, p. 7-25, 2002.

PEREZ, V. S. Pessoa com deficiência = pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. **Cadernos EPABE.BR**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 883-893, 2012.

RASERA, E.; JAPUR, M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras de HIV: A construção da homogeneidade. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 55-62, 2003.

RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Loyola, 2002.

RIBEIRO, B.T.; PINTO, D. Apresentação. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 7-9, 2000.

RIBEIRO, B. T. Análise de enquadres em uma entrevista psiquiátrica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 7-9, 2000.

SACKS, Harvey. On doing 'Being Ordinary'. In: ATKINSON, J. Maxwell; HERITAGE, John. (orgs.) **Structures of Social Action**. Tradução: PORTELA,

F.; PELLEGRINO, P.; GOMES, V. Supervisão e revisão: VILLELA, A. Cambridge, CUP, 1984. p. 413-429.

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. A.; JEFFERSON, G. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. In: **Language**, n. 50, p. 696-735, 1974.

SARANGI, S. Editorial: Narrative practice, competence and understand. In: **Text and Talk**, v. 12, n. 1, p. 23-53, 2008.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2011.

SCHIFFRIN, D. Interactional sociolinguistics. In: _____. **Approaches to discourse**. Cambridge: Blackwell, 1994. p. 97-136.

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

TAUB, D. E.; FANFLIK, P. L. The inclusion of disability in introductory sociology textbooks. **Teaching Sociology**, v. 28, n. 1, p.12, 2000.

THOMAS, E. Problems of disability from the perspective of role theory. **Journal of Health and Human Behavior**, v. 7, n. 1, p.2-14, 1966.

THREADGOLD, T. Performing theories of narrative: theorising narrative performance. In: THORNBORROW, J.; COATES, J. (orgs). **The Sociolinguistics of Narrative**. Amsterdam: John Benjamins, 2005.

TODOROV, T. **The Poetics of Prose**. R. Howard (trans.), with a foreword by Jonathan Culler. Oxford: Blackwell, 1977.

VICENTE, M.S. Sou macho: construindo identidade de gênero em consulta médica. **Acesso livre**, n.1, p. 79-96, 2014.

VICKERS, C. H.; GOBLE, R.; LINDFELT, C. Narrative co-construction in the medical consultation: How agency and control affect the diagnosis. **Communication; Medicine**, v. 9, n. 2, p. 159-171, 2012.

WATSON, Rod. **Ethnomethodology**: Rod Watson on how sociology turns people into ants. 1 post (3min). Postado em: 2010. Disponível em: <http://www.youtube.com/user/AIEMCA#p/u/7/NmnpkFleKt4>. Acesso em: 12 set. 2011.

WERTSCH, J. **Voices of the Mind**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991.

WEST, C.; ZIMMERMAN, D. H. Small insults: a study of interruptions in cross-sex conversations between unacquainted persons. In: THORNE, B.;

KRAMARAE, C.; HENLEY, N. **Language, gender and society**. Cambridge: Newbury House, 1983, p. 102-17.

WILEY, M.; WOOLLEY, D. E. Interruptions among equals: power plays that fail. **Gender and society**, Chicago, v. 2, n. 1, p. 90-102, 1998.

WRIGHT, B. **Physical Disability: A Psychological Approach**. New York: Harper; Row, 1960.

Anexo 1

Convenções de transcrição dos dados

[colchetes]	fala sobreposta
(0.5)	pausa em décimos de segundo
=	contiguidade entre falas
.	descida de entonação
?	subida de entonação
,	entonação contínua
:	alongamento de som
-	autointerrupção
<u>sublinhado</u>	acento ou ênfase de volume
MAIÚSCULA	ênfase acentuada
°palavra°	trecho falado mais baixo
↑	subida acentuada na entonação
↓	descida acentuada na entonação
>palavra<	fala acelerada
<palavra>	desaceleração da fala
hhh	aspirações audíveis
(())	comentários do analista
(palavra)	transcrição duvidosa
()	transcrição impossível

Os símbolos são simplificados e adaptados do modelo Jefferson (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974).

Anexo 2

Parte I – “Vai transar ou já transou?”

1	Ana	e como é que tá em <u>ca</u> sa, com <u>am</u> igos, você tem bastante?
2	Carla	<u>mu</u> ito.
3	Ana	muito? namor <u>a</u> do?
4	Carla	°tenho°.
5	Ana	tem um namorado? quantos anos seu namorado tem? bonitinha assim
6		também, arrumou um namorado lo[go].
7	Carla	[dez]esseis
8	Ana	dezesseis. °tudo bem com o namoro?°
9	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
10	Ana	°tá <u>pen</u> sando em transar com o namorado?°
11	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
12	Ana	tá? °tá pensando em transar?°
13	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
14	Ana	tá. e o que que você vai fazer pra- você tá pensando em ter filho, agora?
15	Carla	não.
16	Ana	não. e nem quer pegar nenhuma doença, °né°?
17	Carla	não.
18	Ana	e o que que você tá pensando em fazer pra <u>ev</u> itar, isso?
19		(4.0)
20	Carla	((movimenta os ombros para cima e para baixo))
21	Ana	°o que é isso assim° ((repete o movimento feito por carla))?
22	Carla	não sei.
23	Ana	não sabe? você <u>quer</u> uma orientação, pra isso? sua mãe sabe que você vai
24		transar com <u>e</u> le?
25	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
26	Ana	<u>s</u> abe? ↓ tá.
27	Moni que	<u>v</u> ai transar ou já transou?
28	Carla	°já°.
29	Ana	JÁ transou. hu::m. °muito bem°. E o q- você não usou nada, camisi::nha
30		[nem-]
31	Carla	[cami]sinha eu usei
32	Ana	usou camisinha. e voc- ele ou você? porque tem cami[sinha] feminina
33	Carla	[<u>e</u> le]
34	Ana	<u>e</u> le usou. tá. e já transou mais do que uma vez?
35	Carla	JÁ
36	Ana	e foi bem?
37	Carla	foi

38	Ana	foi bom?
39	Carla	°tudo°
40	Ana	°tá falado°. é- quando q- foi que você transou aí? foi esse ano ou ano
41		passado?
42	Carla	foi esse <u>a</u> no.
43	Ana	esse ano. você já tá com treze, não já?
44	Carla	ca-torze.
45	Ana	=cat-=
46	Carla	=eu tava com treze.
47	Ana	você transou com treze, né?
48	Carla	foi.
49	Ana	°tá°. ↑o namorado <u>estuda</u> , faz o quê?
50	Carla	ele <u>estuda</u> .
51	Ana	eu vou encaminhar você pra ginecolog <u>ista</u> daqui. até lá se você transar com
52		o namor <u>ado</u> , usa camis <u>inha</u> , que é o MELHOR método pra você porque você
53		tá tomando o que de medicamento?
54	Carla	°o quê?°
55	Ana	o que você toma de medicação?
56	Carla	<a minha mãe passou no hospital pra poder ver se::> tomo injeção.
57	Ana	não, querida, não é isso não. qual medicação que você toma? o frisium e o
58		depakene, é isso?=-
59	Carla	=ah::=
60	Ana	= pra neuro?
61	Carla	pra neuro?
62	Ana	é.=
63	Carla	=eu tomo o <frisium>. e o depakene.
64		(5.0)
65	Ana	eu vou encaminhar você pra ginecologista daqui pra ver o melhor
66		método pra você, tá? porque como você toma os remédios, não vai tomar
67		pela boca porque pode diminuir o efeito do remédio. aí ela va::i ficar-
68		((olhando para a residente, que acena positivamente com a cabeça))
69		quando foi sua última menstruação?
70	Carla	minha última menstruação, <↓já passou>
71	Ana	já pa-, mas passou quando? [foi em julho?]
72	Carla	[mas eu mar-] <eu marquei>
73	Ana	você em julho você ficou?
74	Carla	foi em <u>j</u> unho.
75	Ana	Junho. você não se lembra o dia.
76	Carla	°não°.
77	Ana	°tá°. você tá com <u>a</u> traso na menstruação?
78	Carla	tá vindo <u>f</u> orte.
79	Ana	não, >mas agora, esse mês<. tá <u>a</u> trasado ou não, ainda <u>v</u> em?
80	Carla	não, ainda vai vir.
81	Ana	ainda VAI vir. não tá atrasada. em junho você- tá. e como você tá transando,
82		usando a camisinha, ↑você já ouviu falar numa pílula que é a pílula do dia
83		seguinte? [pílu]la de emergência?

84		[não]
85		você tá usando a camisinha, <a camisinha pode arrebeutar>. se a camisinha
86		arrebeutar, aí você pode engravidar, não é isso? aí procurar um posto de
87		saúde perto de você pra te [orientar] que é pra fazer uso de- eu vou
88	Carla	[uhum]
89		conversar com a sua mãe também. ela sabe que você transou, né? =
90		=sab=
91		=pra fazer uso da pílula do dia seguinte, °tá°? ↑ tá com alguma atividade
92		além
93	Carla	da escola?
94	Ana	°não°.
95		↑parou de brigar com as pessoas, porque ela era brigona. ela que me
96		falou, não fui eu não. não foi você que falou pra mim que brigava com
97	Carla	as pessoas?
98	Ana	((acena positivamente com a cabeça))
99	Carla	°continua ↓brigando°?
100	Ana	não.
101	Carla	aí com isso você tava cheia de a[migos?]
102	Ana	[não gos]to mais
103		não gosta mais de brigar com as pessoas.
104	Carla	e aí tá cheia de amigos [você] falou.
105	Ana	[uhum].
106	Ana	e como é que tá o seu sono? você tinha um sono agita::do, né? [melho]rou?
107		[uhum]
108	Carla	tá melhorando. agora eu durmo bem.
109	Ana	dorme bem?
110	Carla	uhum

Parte II - “um remédio pra-pra-pra piolho...”

110	Ana	MUITO BEM, essa moça tá na escola, <agora ela não tá faltando muita
111		aula não>, sônia?
112	Sônia	não. ela tá indo certinho.
113	Ana	arrumou um namora::do, né? =
114	Sônia	=arrumou.
115	Ana	i::sso, ela me falou que tá transando com o namora::do=
116	Sônia	=é::=
117	Ana	=mas com responsabilidade, [o]lha que bacana. usou camisinha ()
118	Sônia	[é::]
119	Sônia	ah, já tá-, já tá tran- já tá aqui- já foi ao ginecologista.
120	Ana	ah, já foi?
121	Sônia	já trouxe...
122	Lia	ah, [>eu tava fazendo o encaminhamento<.]
123	Ana	[eu tava fazendo o encaminha]mento. e aí?

124	Sônia	não, já tá no ginecolo[gis]ta. já tá até no cartão.
125		[ah::]
126	Ana	tá?
127	Sônia	tá.
128	Ana	ah, ainda não foi? já veio? [e marcou] o retorno
129	Sônia	[já veio]
130	Ana	e o que que a doutora=
131	Sônia	=é::marc- vou marcar ainda
132	Lia	ah, tá.porque aqui não tá marcado não=
133	Sônia	=não=
134	Lia	=mas já te deram um papelzinho desse aqui pra você marcar?
135	Sônia	é:: [esse aí] é o encaminhamento?
136	Ana	[não, ã::]
137	Lia	é.
138	Sônia	me deu. foi com- a neuro eu ped-
139	Ana	a <u>neuro</u> que deu.
140	Sônia	pedi com urgência, expliquei a e::la=
141	Lia	=tá=
142	Sônia	=↓ a situação=
143	Ana	=é uma dessas daqui? =
144	Sônia	=é isso=
145	Ana	é dia dezesseis do dez de dois mil e treze.=
146	Sônia	=°isso°=
147	Ana	=tá.=
148	Ana	= [mas já foi <u>lá</u> , né?] já teve em junho? =
149	Lia	[°ginecologista de adolescente?°]
150	Sônia	=já.=
151	Ana	=e o que que a doutora fe::z?
152	Sônia	passou o anticoncepcional pra ela.
153	Ana	bom, oral?
154	Sônia	injetável.
155	Ana	injetável, [oral-]
156	Sônia	[porque] pra mim é melhor, o oral eu esqueço que pra ela,
157		uma vez por mês é- deu oito dias ela vai lá e toma, levo ela no postinho
158		lá perto de casa e toma
159	Ana	tá. não e é bom porque o oral interfere nos medicamentos que ↓ ela
160		toma,sabe?
161	Sônia	é, porque ela já toma já tá tomando dois comprimidos
162	Ana	agora >isso não pode parar de usar camisinha<, porque isso
163		[a injeção] evita gravidez e a:: e a- a [camisinha, é doença] tá bom? =
164	Sônia	[é, eu falei pra ela]
165	Sônia	[camisinha doença.]
166	Sônia	=°eu falo isso pra ela°
167	Ana	tá bom? então, olha, tá super be::m, tá? é eu acho que é continuar isso

168		mesmo, que você tem que orientar ela mesmo com responsabilidade,
169		bacana, na esco::la. da próxima vez tem que trazer o namorado pra ver
170		se eu aprovo.°não é só a mãe não, o médico também tem que aprova::r°
171	Sônia	viu, carla?
172	Ana	é, viu?
173	Carla	trazer ele?
174	Ana	ago- da próxima vez traz ele pra eu conhecer. daqui a ↑um Ano. será
175		que o namoro vai tá durando daqui a um ano?
176	Carla	vai
177	Ana	vai, né? então ótimo.
178	Carla	já fez um ano.
179	Ana	já fez um ano? é mesmo? [ih::]
180	Carla	[já fez um] ano [e cinco meses]
181	Sônia	[começou escondi]do na
182		escola eu tive pobrema por causa disso. fui ser chamada no- no::-=
183	Ana	=ué, problema por quê? >não pode namorar<?=-
184	Sônia	=ai, como é que se fala?
185	Ana	no conselho? no conselho [foi porque] ela faltava aula
186	Sônia	[conselho]
187	Sônia	u- ela faltava, ela saía, [já tava lá den]tro
188	Ana	[pra namorar?]
189	Sônia	já tava lá dentro, que sete horas ela fazia um curso. aí dali já ficava já
190		pra estudar. ela não. ela SAÍÁ. ia namorar. aí eu sem saber tudo que ela
191		tava no curso, ali dentro mesmo ela já fica, mas não, podia SAIR. ela
192		saía. dali ficava lá olhando e a di- é- a diretora ficava olhando lá da
193		janela ela chamava e ela falava “não” e ficava namorando em frente à
194		porta da escola, depois sumia. só aparecia em casa no horário da escola
195		dela=
196	Ana	= mas o namorado amansou ela, porque ela era brava, [dis]se que
197	Sônia	[°é°]
198	Ana	brigava com as amigas
199		olha só, o namorado lhe fez bem, não é verdade? °não é°?
200	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
201	Ana	como é que é o nome dele?
202	Carla	israel
203	Ana	[israel]
204	Sônia	[e come]çou a ficar muito em casa. que eu também só deixo em casa.
205		namorar em ca::sa. quando eu saio agora eu d- ele vai. deixo ele- ela ir
206		pra casa da sogra=
207	Ana	=e a sogra também gosta de você?
208	Carla	((acena positivamente com a cabeça))
209	Ana	°que bom°.

210	Sônia	deixo ela ir pra casa da sogra. falo vai, leva a sua namora::da eu
211		explico, peço pros dois ((sorrindo)). mas ele foi e falou, mas eu não
212		soube assim não, eu soube por ami[gas] [as amiga tudo fa[lando
213	Ana	[é::] [a mãe
214		é sempre a última ↓ a saber
215	Monique	é... hhh
216	Ana	então você- ainda não tem uma agenda pro ano que vem, mas como
217		você vai ficar vindo aqui na neuro, e ↑ quando chegar no início do ano
218		que vem, você marca logo pra- pra=
219	Sônia	=pra e[la]
220	Ana	[ju]lho.
221	Sônia	tá
222	Ana	se preci- em julho, tudo correndo bem, atenção, tudo correndo bem, ela
223		voltar em julho agora a:: tá tendo umas dores na barriga, sei lá o quê
224		telefona e antecipa a con[sulta]
225		[a::] ela tá tendo isso aqui, ó=
226	Ana	=°deixa eu ver°
227	Sônia	man::cha. aqui. olha, °tem nas costa°=
228	Ana	= °tá parecendo pano branco°=
229	Lia	=é, pois é, isso que eu ia te perguntar
230	Ana	aqui, eh::
231	Lia	isso que eu ia te perguntar, esqueci °ainda bem que você me lembrou°=
232	Ana	= não é:: vamo- vamo tratar, vamo tratar. esse- essa micose ela vem do
233		couro cabeludo [então tem-], vem da cabeça, então TEM que tratar
234	Carla	[hum?]
235	Ana	assim, >parece uma coisa, eu to maluca, to com um negócio na pele,
236		manda eu lavar o cabelo?<=
237	Sônia	=não, ela deixava mui::to o creme no cabelo, aí depois que eu alisei,
238		e::u passo química sem formol nela. aí depois que e::u comecei a
239		alisar, parou. aí ela não deixa mais nada,> lava o cabelo com xampu<,
300		passa um:: hidratante, no cabelo, e pronto, e tira. tira tudo, não passa
301		nem um óleo.
302	Ana	é, mas vai usar, a coisa é o seguinte, tem que usar o xampu. tá? que é
303		o xampu de PI-ri-ti-o-na-to de zinco
304	Lia	()
305	Ana	quê?
306	Lia	() °pano branco. pano branco°.
307	Ana	é, é- no cou- é- é dermatose. é
308	Lia	°então, se passar pra lavar°
309	Ana	vou, vou passar. mas vou passar ato- atópica xampu de
310		[piritionato de zinco a] dois e meio por cento
311	Carla	[parece o sapatinho da cinderela] ((referindo-se ao sapato com o qual

312		Lia está calçada))
313	Ana	sair daqui procurar uma [farmácia de manipulação]
314	Carla	[parece o sapatinho da cinderela]
315	Lia	ah, é...
316	Monique	hhh=
317	Ana	=é mesmo, tá aí.=
318	Lia	=hhh=
319	Ana	=parece o sapato da cinderela mesmo é=
320		=hhh=
321		=mas ela ta mais pra <u>bruxa</u> =
322	Lia	=tô nada.=
323		=é, é
324	Ana	sou tranq <u>u</u> ilona.
325		é
326		não começa não, doutora ana
327		<lavar a cabe <u>ç</u> a>, duas vezes na <u>semana</u> . [pode] lavar até, deixa eu
328	Sônia	[()]
329	Ana	contar. <a pessoa pode lavar a cabeça até <u>todo</u> dia>. mas com o xampu
330		só duas vezes.
331	Sônia	°ah, tá°.
332	Ana	nos outros dias lava com outra coisa, tá? por <u>quatro</u> semanas=
333	Sônia	= ela só lava duas vezes por <u>semana</u> =
334	Ana	=>então ótimo. durante quatro semanas vai lavar com esse xampu
335		daqui. e deixa assim escorrer na hora do banho, viu, carla? deixa
336		escorrer, lava primeiro a cabeça, e deixa escorrer, tá?<e <u>além</u> disso,
337		[aí vai--]
338	Carla	[escorrer o quê?]
339	Ana	o xampu.
340	Sônia	o xampu, a espuma, a espuma °e-e- <u>escore</u> °
341	Carla	ãh.
342	Ana	é. aí o cetozonazol pomada que vai pegar <u>aqui</u> , tá? a-pli-ca::r nas áreas
343		afetadas, onde tem essa manchinha branca,[tá?]
344	Carla	[↑mãe], eu to com um
345		metro e meio
346		(3.0)
347	Ana	à noi::te, também por <u>quatro</u> semanas
348	Carla	°e tô pesando quarenta e oi::to [ponto nove°]
349	Ana	[o tratamento é chato], >mas a gente
350		resolve<, tá?
351	Sônia	uhum.
352	Carla	°eu to pesando quarenta e oito ponto nove°
353	Sônia	e:: podia passar um remédio pra-pra- >pra piolho?<
354	Ana	>por quê, tá com piolho de novo?<

355	Sônia	não, é porque porque eu fico-, eu só passo química nela de dois em
356		dois meses, aí >vira e mexe tá<.
357	Ana	não, mas é quando TIVER com piolho, v- da outra vez é- tem que ver a
358		gente precisa ver ou a lêndea ou [o piolho].
359	Sônia	[agora] não.=
360	Ana	=agora não tá, [então não.]
361	Sônia	[quando eu pa]sso a química aí some.
362	Ana	é.
363	Sônia	eu passo botox no cabelo dela. aí=-
364	Lia	=às vezes tem que só ver se de dois em dois meses fica assim, às vezes
365		não é piolho, às vezes é o <u>couro</u> cabeludo [dela]-
366	Sônia	[não,] é piolho mermo=
367	Lia	=é?
368	Ana	[vem <u>andando</u> assim?]
369	Sônia	[eu passo pente fino.]
370	Lia	você vê andando?=-
371	Sônia	=passo pente fino. é só não tá pegando assim, porque tá com química.=
372	Ana	=tá com química=
373	Sônia	=aí ↑eu não posso [ficar ()]
374	Lia	[mas on]de que tá tendo esse piolho que ela tá
375		pegando direto?
376	Sônia	é uma menina que tem ↓lá em casa. ↑a garota chega tá com a cabeça
377		[cheia de bi]cho
378	Ana	[na <u>sua</u> casa?] por que na <u>sua</u> casa?=-
379	Carla	=ela=
380	Sônia	=porque a mãe dela fica lá direto aí eu brigo [com ela, °brigo, brigo°].
381	Carla	[ela- ela tava] com três
382		buraco na [cabeça, tudo aberto]
383	Sônia	[ela chega tá ch::eia de ferida]
384	Ana	deixa eu te contar uma coisa? ela <u>mora</u> na sua casa?
385	Carla	[não]
386	Sônia	[°mora] no <u>morro</u> °
387	Ana	não. <u>então</u> não deixa ela ir. porque senão [não tem jeito]
388	Sônia	[mas eu <u>bri</u> lgo com ela.
389		mas ela é meia ((gesticula mostrando que a mãe da criança é louca))
390	Ana	m- não, olha aqui. pode ser meio assim, mas acontece o seguinte, se
391		fosse sua filha ou seu filho que tivesse com piolho, >eu não ia
392		botar e dizer, olha, não deixa ele entrar em <u>casa</u> <. não é isso, mas=-
393	Sônia	eu não deixo nem o meu filho brincar com ela
394	Ana	não, não é o seu <u>filho</u> . você não pode ficar dando ivermectina pra ela
395		>TODA SEMANA<. porque >se a menina tá lá toda semana, vai ter
396		toda <u>semana</u> <. não POde. n- sua filha- você gosta da menina e da
397		moça, eu tenho certeza.=
398	Sônia	=mas ela f=-

399	Ana	=olha, tá com problema, não quero que traga problema pros MEUS
400		filhos. então você ↑só entra aqui ↓>quando tiver tratado o piolho do
401		seu filho< ou, f- se a mãe não tem a cabeça no lugar, se tem algum
402		problema, falar com a avó das crianças ou uma tia[ou então trata você]
403	Sônia	[mas, até as menina que
404		f- mora ali do lado], a cabeça
405		dela, ela vai-, é- tira a mão,[pode parar, dei]xa ela. eu falei não, gente
406	Ana	[é, não]
407	Sônia	olha, eu [vou vou proibir de você entrar] aqui dentro com a sua filha.=
108	Carla	[<ela não deixa nem a gente passar>]
409	Ana	=é
410	Sônia	você vai ficar com a sua filha [na sua casa]
411	Carla	[<tem dois buraco aber][to na cabeça da
412		neném>]
413	Ana	[até se você fizer
414		a escolha]. olha eu ado::ro. essa moça. aí de repente você faz a escolha
415		de você assumir o tratamento da- menina
416	Sônia	ai, até já comprei aquel- aquele remédio.[é escabini?] mas já passou, a
417	Carla	[a filha dela tem quase três ano]
418	Sônia	menina é [empestada.] nem ela cuida. não adianta.
419	Carla	[<não adianta nada>]
420	Lia	<o que não pode é [ela] ficar fazendo o remédio. não pode>.
421	Ana	[é]
422	Sônia	[mas eu falei e]la, eu falei ela não. e a outra menina
423		também, porque o meu filho é MUITO CABELUDO, mas ele é muito
424		cabeludo,é aquele cabelo escorridinho e cheio. aí eu v- tenho que f-, e-
425		eu separo um pente fino só dele. aí eu tenho que ficar passando toda
426		noite quando ele dorme, boto a cabecinha dele e fico passando.=
427	Ana	=você nunca pegou não?=-
428	Sônia	=aí sai. eu não, porque eu passo química u- [uma] vez por mês, ou
429		senão de
430	Ana	[°↓hum°]
431		dois em dois meses. [aí não chego a pegar].
432	Ana	[é, mas-]mas, por favor, não deixa, essa menina,
433		entendeu, °frequentar a sua casa°=
434	Sônia	=eu não chego nem perto. aí eu falo, ó vou e brigo com ela. aí eu
435		falo “n- eu sou obrigada a aturar isso? pensa que eu sou igual você?
436		minhas filha é obrigada a ter piolho por causa da sua filha? eu falo ô::
437		corta” ()=
438	Ana	=mas são. pelo que você tá trazendo aqui, são. tanto que tu pediu até
439		remédio=
440	Sônia	=é=

441	Ana	=em vez de mandar a >garota pra fora< pede remédio pra ela. NÃO.
442	Sônia	hhhh.
443	Ana	tem que botar a outra pra fora p- da- depois[quando tratar se-]
444	Carla	[a neném tem três]
445		buraco na cabeça=
446	Ana	=ã:: a ferida se t-=
447	Sônia	=tem três buraco ↓na cabeça dela
448	Lia	>deve ter miíase<=
449	Ana	=é:: [já deve tá-]
450	Lia	[()] [eu já vi já]. é horrível isso. >a criança pode morrer, tá? já
451	Ana	[ó:: ó::]
452	Lia	estou avisando<.
453	Carla	[ela já falou.]
454	Sônia	[sabe o que ela falou?] “que morra”
455	Carla	ela falou “problema.”=
456	Ana	=então a coisa é a seguinte, >você conhece o conselho tutelar, não
457		[conhece<?]
458	Sônia	[às vezes dá] até vontade de denunciar.
459	Lia	é, exatamente.
460	Sônia	cinco filhos, tudo jogado.
461	Ana	°presta atenção°=
462	Lia	=então denuncia.
463	Ana	↓não, não veja assim como uma coisa como uma denúncia que parece
464		uma coisa mais de polícia.=
465	Lia	=isso é bom, é.=
466	Ana	= ↑notifica, porque às vezes a mãe, coitada, tem ela um problema
467		mental, sei lá, não é CAPAZ de tomar conta dos filhos=
468	Sônia	=não é:: °não°=
469	Ana	= e conselho pode ajudá-la. entendeu? então, não >não fica achando
470		que você vai no conselho, é um negócio de polícia, vão tirar a criança
471		da mãe<. NÃO. vão ajudar essa mãe a ↓cuidar do filho.=
472	Sônia	aí eu falo, pra ela já que você, por que você não entrega eles assim
473		eles? [melhor do que deixar jogado, as criança com fome.]
474	Carla	[<a mãe d-, a mãe dela sai pro baile e deixa as criança sozinha>.]
475	Sônia	eu até dava comida, mas eu vi que tava um dis- uma despesa muito
476		gr[ande], [muito maior. dobrou a minha despesa. aí depois eu vi que
477	Ana	[é]
478	Sônia	ela guardava dinheiro, limpava a casa de um, limpava a casa de outro,
479		guardava dinheiro pa tomar injeção, comprar roupa pa ↑[sassaricar]
480	Ana	[é, ã, ã::]
481	Sônia	eu falei “ah, tu é malandrahhh”=
482	Ana	= e ainda deve ganhar bolsa família, né? bolsa [estudo]
483	Sônia	[não], não tem não
484	Ana	>por que as crianças estão fora da escola?<=
485	Sônia	=não cobre, não. os filho dela gosta de ir pra escola >porque é o único

486		lugar que eles come<.
487	Ana	e ela não tem bolsa <u>família</u> ?
488	Sônia	não. eu até dava a comida a eles. [mas depois que eu vi eles xingando
489		de tudo que é nome] , eu fui brigar com um, me xingou também,
490	Lia	[()]
491	Sônia	eu falei não vou dar. não vou DAR comida pra sustentar uma criança,
492		um bicho, um:: leão pra depois te <u>bocar</u> . [dá] não aí eu=-
493	Lia	[()]
494	Ana	=tá aqui a marcação então já sabe, hein? [sete de] dois mil e catorze
495	Monique	[°peraí°]
496	Monique	ah, deixa só ela assinar, ana.
497	Ana	tá.
498	Monique	como eu falei lá f[<u>ora</u> ,] de cima é a carla, debaixo é você.
499	Ana	[tá bom?]
500	Sônia	↓ai:: ai::
501	Lia	°hum já vi criança com <u>miíase</u> e já vi uma criança <u>com meningite</u> °
502	Ana	[é mesmo? devia ser carente também.]
503	Carla	<u>sô::nia mari::a</u> ne::ves de souza
504	Lia	eu nem ()eu olhava pelo buraco e via () com <u>miíase</u>
505	Ana	mas tinha de- [de- mas de] <u>piolho</u> inicial ou não?
506	Lia	[com <u>miíase</u> ()]
507	Monique	tá ajudando? agora é você que vai assinar
508	Ana	você não sabe, tá. tá com uma <u>ferida</u>
509	Lia	↓eu olhava pra cabeça, da- conseguia ver a massa encefálica da
510		criança. tem criança com () de cabeça. () tinha meningite ainda. nem
511		sei se sobreviveu. internou <u>direto</u> pro cti do hospital
512	Sônia	carla já tem uma identidade, né, carla?
513	Ana	↑muito <u>chique</u>
514	Sônia	tirei cpf, <u>identidade</u> pra ela já- poder andar com os documento dela
515		(6.0)
516	Lia	ela tem irmã mais <u>velha</u> ou ela é a mais velha?
517	Sônia	mais nova.
518	Lia	mais nova?
519	Sônia	ela é a mais velha.
520	Lia	ela é a mais velha? então a mais nova tem quantos anos?
521	Sônia	doze.
522	Lia	doze?
523	Sônia	é ela, as duas são no meio. um de vinte e quatro e um de quatro. e elas
524		duas no meio.=
525	Lia	=o irmão mais velho toma conta?
526	Sônia	não, é <u>casado</u> .

527	Lia	casado, já, com vinte e quatro? <u>e</u> ita.
528	Ana	já tem neto?
529	Sônia	[já.]
530	Monique	[obriga]da, carla=.
531	Lia	hhhh
532		=dois neto já.
533	Carla	eu sei assinar, que eu escrevi.
534	Sônia	deixa eu ver a assinatura dela. ih, é, ih aprendeu a abreviar, ó:: é::, isso
535		aí ()=
536	Ana	=mucho bem
537	Sônia	sóh ahh identidadehh que ela não conseguiu assinarhh
538	Ana	na identidade deu ↑um BRANCO
539	Monique	ficou nervosa
540	Sônia	hhh ela “mãe, eu fiquei nervosa”. vamo embora?
541	Ana	tchau, querida
542	Monique	tchau tchau, obrigada, tá, gente?
543	Sônia	e o peso dela, tá bom?
544	Ana	tá bom. ↓tá tudo bem. ↑ <u>cresceu</u> .
545	Sônia	é
546	Ana	ganhou <u>peso</u>
547	Sônia	é o que eu tava falando é. tchau, gente.
548	Lia	tchau, bom dia.