



Ilioni Augusta da Costa

**A consulta pediátrica de pacientes com
TDAH: a negociação de identidades em
situação de conflito**

Tese de Doutorado

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

Orientadora: Profa. Maria das Graças Dias Pereira

Rio de Janeiro
Setembro de 2014



Ilioni Augusta da Costa

**A consulta pediátrica de pacientes com
TDAH: a negociação de identidades em
situação de conflito**

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

Profa. Maria das Graças Dias Pereira

Orientadora

Departamento de Letras – PUC-Rio

Profa. Inés Kayon Miller

Departamento de Letras – PUC-Rio

Profa. Liliana Cabral Bastos

Departamento de Letras – PUC-Rio

Profa. Sonia Bittencourt Silveira

UFJF

Profa. Diana de Souza Pinto

UNIRIO

Profa. Denise Berruezo Portinari

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

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2014

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

Ilioni Augusta da Costa

Graduou-se em Letras, Português e Inglês, em 1986. Suas áreas de interesse compreendem os estudos da linguagem e a produção textual. Coursou mestrado em Estudos linguísticos na Universidade Federal do Espírito Santo e doutorado em Estudos da Linguagem na PUC-Rio. Faz parte do grupo de pesquisa Linguagem, Cultura e Trabalho, coordenado pela prof^a Maria das Graças Dias Pereira. É professora de Língua Portuguesa e Literatura Brasileira no Instituto Federal do Espírito Santo.

Ficha Catalográfica

Costa, Ilioni Augusta da

A consulta pediátrica de pacientes com TDAH: a negociação de identidades em situação de conflito / Ilioni Augusta da Costa ; orientadora: Maria das Graças Dias Pereira. – 2014.

178. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Letras, 2014.

Inclui bibliografia

1. Letras – Teses. 2. Crianças e adolescentes com TDAH. 3. Identidades de pais cuidadores. 4. A presença do outro em TDAH. 5. Mediação de conflitos na prática profissional. 6. Consulta pediátrica em TDAH. I. Pereira, Maria das Graças Dias. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Letras. III. Título.

CDD: 400

À minha mãe, Nadir, exemplo de resiliência e vitória.

A meu marido, Irapoan, e a meus filhos, Ianauan, Cainã e Taiguara,
aconchego nos momentos de angústia.

À minha querida professora Graça, orientadora, tutora e amiga.

A todos aqueles que vivenciam cotidianamente a realidade do TDAH, em
especial, aos pais, crianças e adolescentes participantes da pesquisa.

Agradecimentos

À professora Graça, pela orientação, pelo apoio, pelo afeto e pela coconstrução efetiva do texto.

À CAPES, pela bolsa da pesquisa, e à PUC-Rio, pelos recursos concedidos para a realização do curso.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem, da PUC-Rio, Maria das Graças Dias Pereira, Inés Miller, Liliana Bastos, Maria do Carmo e Letícia Maria Sicuro Corrêa, pelo conhecimento compartilhado em suas disciplinas.

Às professoras da banca examinadora Sônia Bittencourt Silveira, Diana de Souza Pinto, Liliana Cabral Bastos, Inés Kayon Miller, pelas contribuições para a construção e finalização da tese.

À Dr^a Jane Tagarro Corrêa Ferreira, pelo incentivo à realização do estudo e pela colaboração na produção da pesquisa.

Aos funcionários da Secretaria de Letras da PUC-Rio, em especial à Chiquinha, pelos esclarecimentos e pelas palavras de amizade, apoio e conforto.

Ao Instituto Federal do Espírito Santo - Ifes e aos professores da Coordenadoria de Códigos e Linguagens da instituição, pelo apoio na concessão de licença para a realização do curso.

Aos colegas do setor de mecanografia do Ifes, pela disposição e solicitude na reprodução de material bibliográfico para leitura.

A meus pais Ângelo (*in memoriam*) e Nadir, pela educação rigorosa e pelo constante incentivo aos estudos.

Ao meu marido Luís Irapoan e a meus filhos Ianauan, Cainã e Taiguara, pela presença diária em minha vida e em meu coração.

Às companheiras de apartamento no Rio, minhas queridas sobrinhas Ivy Anna e Mileny, e amigas Morena, Bárbara e Maria, pela amizade e pelo compartilhamento de momentos de estudo.

A todos os amigos e familiares não citados aqui, por, de alguma forma, terem participado do processo de construção da tese.

A DEUS, luz que ilumina a minha vida, espírito de alento, força e persistência.

Resumo

Costa, Ilioni Augusta da; Pereira, Maria das Graças Dias (Orientadora). **A consulta pediátrica de pacientes com TDAH: a negociação de identidades em situação de conflito**. Rio de Janeiro, 2014. 178 p. Tese de Doutorado – Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio.

O estudo tem como foco a negociação de identidades em situação de conflito em contexto de consulta médica pediátrica de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em atendimento de rotina conduzido pela médica. O objetivo consiste em criar inteligibilidades sobre os conflitos familiares consequentes do transtorno e as identidades projetadas/negociadas por pais, crianças e adolescentes com TDAH, para si e para o outro. A pesquisa está ancorada em linhas teóricas da fala-em-interação em atendimento clínico. Situa-se na Linguística Aplicada das Profissões, em articulação com a Análise da Conversa Etnometodológica, em contexto institucional, com a Sociolinguística Interacional e com os estudos discursivos sobre identidades. A metodologia da pesquisa, de natureza qualitativa e interpretativista, com gravação em vídeo de quatro consultas pediátricas, tem caráter etnográfico, mediante observação participante na antessala de atendimento. Os dados foram transcritos de acordo com convenções da Análise da Conversa Etnometodológica. Os resultados das análises mostram a prática profissional da médica nos enquadres de consulta clínica e de orientação psicoeducativa. A médica realiza tanto atividades relacionadas a tarefas de avaliação física e comportamental das crianças e dos adolescentes, em ações que visam ao tratamento medicamentoso e psicológico do TDAH, quanto atos comunicativos como formuladora, mediadora e conselheira na intermediação de conflitos emergentes da inter-relação TDAH, família e escola, resultantes do comportamento dos filhos nas relações familiares e do baixo rendimento acadêmico destes no contexto escolar. Os pais se alinham junto à médica, no enquadre de transtornos escolares dos filhos, e estabelecem enquadres conflitantes junto aos filhos; projetam para si identidades cujos atributos oscilam entre participativos, compreensivos e responsáveis, e impacientes, frustrados e esgotados. As identidades que projetam para os filhos apresentam-se, por vezes, contraditórias, entre filhos amorosos, perspicazes e irritantes; e alunos inteligentes, ineptos e displicentes. As crianças e os adolescentes, embora se alinham com a médica, nos enquadres de consulta e orientação, rejeitam o estigma de TDAH e projetam para si identidades de alunos e filhos respeitosos e intelectualmente capazes; e para seus pais, na maioria das vezes, de pais impacientes e exigentes em sua educação. O estudo proporciona maior entendimento da complexidade e das múltiplas atividades da atuação profissional da médica na consulta pediátrica, e contribui para uma melhor compreensão das experiências cotidianas de pais, crianças e adolescentes com TDAH, marcadas por conflitos desestruturantes da harmonia entre esses atores sociais nos contextos da escola e da família.

Palavras-chave

Crianças e adolescentes com TDAH; identidades de pais cuidadores; a presença do outro em TDAH; mediação de conflitos na prática profissional; consulta pediátrica em TDAH.

Abstract

Costa, Ilioni Augusta da; Pereira, Maria das Graças Dias (Advisor). **Pediatric appointments with ADHD patients: the negotiation of identities in conflict situations.** Rio de Janeiro, 2014. 178p. Doctoral Thesis – Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio.

The study focuses on the negotiation of identities during conflict situations in the context of pediatric appointments for children and teenagers diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), in routine care conducted by the doctor. The main purpose consists on creating intelligibilities about the family conflicts resultant from the disorder and the identities projected/negotiated by the parents, children and teenagers with ADHA, for themselves and others. The research is based on theoretical lines of speech-in-interaction regarding clinical care. It is situated on Professions Applied Linguistics, in articulation with the Ethnomethodological Conversation Analysis, in an institutional context, in Interactional Sociolinguistics and on discursive studies about identities. The research methodology, of a qualitative and interpretive nature, with video recording of four pediatric appointments, has an ethnographic character, by a participant observation in the Doctor's office waiting room. Data were transcribed in accordance with conventions of the Ethnomethodological Conversation Analysis. The analyzes results indicate the professional practice of the Doctor concerning clinical care and the psycho-educative orientation. The Doctor carries out activities related to physical evaluation and behavior tasks of children and teenagers, in actions that aim at the ADHA medicated and psychological treatment, and also the communicative acts as a formulator, mediator and advisor when intermediating conflicts emerging from the ADHA, family and school inter-relation, resultant from the behavior of the children in family relation and the their low academic performance in the school context. The parents align with the Doctor, in the framings of their children school disorders, and establish conflicting framings together with their children; they project to themselves the identities whose attributes oscillate between participative, comprehensive and responsible, and impatient, frustrated and exhausted. The identities that project toward children are occasionally presented as contradictory, among the children considered lovely, insightful and annoying; and intelligent, inept and ungracious students. Children and teenagers, although being aligned with the Doctor, in the framings of appointments and orientation reject the ADHA stigma and project to themselves the identities of students and children considered to be respectful and intellectually capable; and for their parents, most of the time, identities of impatient and demanding parents regarding education. The study provides a greater understanding of the complexity and the multiple activities of the professional performance of the Doctor during the pediatric care, and contributes for a better understanding of the daily experiences of parents, children and teenagers with ADHA, marked by destabilizing conflicts of harmony between these social authors in the school and family contexts.

Keywords

Children and teenagers with ADHD; Identities of care parents; The presence of the other with ADHD; Mediation of conflicts in the professional practice; Pediatric appointments in ADHA.

Sumário

1.	Introdução	11
1.1	O tema da pesquisa	14
1.2	Perguntas da pesquisa	15
1.3	Objetivos da pesquisa	17
1.3.1	Geral	17
1.3.2	Específicos	17
1.4	Abordagem teórica e metodológica	18
1.5	Organização dos capítulos da tese	20
2.	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	23
2.1	Caracterizações do TDAH	23
2.2	Diagnóstico clínico e sintomas do TDAH	25
2.3	Ações legais sobre o TDAH	29
2.4	Relações interpessoais de crianças e adolescentes com TDAH	32
2.5	Crianças e adolescentes com TDAH no contexto escolar	34
3.	Interfaces teórico-metodológicas da pesquisa	39
3.1	Linguística Aplicada das Profissões	39
3.1.1	A ordem institucional: a comunicação médico-paciente	42
3.2	Teorias sociointeracionais	48
3.2.1	Sociolinguística Interacional (SI)	49
3.2.2	Análise da Conversa Etnometodológica (ACE)	54
3.3	Identidades como construto entre o interacional e o sociocultural	59
3.3.1	Bucholtz e Hall: princípios para o estudo de identidades	60
3.3.2	Identidades como produto coconstruído na atividade de narrar	63
3.3.3	O estudo das identidades na perspectiva da SI e da ACE	66
3.3.4	O estigma no contexto da saúde	68
4.	Metodologia da pesquisa	72
4.1	Natureza e ética da pesquisa	72
4.2	O contexto da pesquisa: experiência de campo e abordagem aos participantes	75
4.2.1	A vivência no contexto da pesquisa	75
4.2.2	A abordagem aos participantes da pesquisa	78
4.2.3	A entrevista de pesquisa como metodologia auxiliar na interpretação dos dados	80
4.3	Apresentação dos participantes da pesquisa	82
4.4	O tratamento dos dados, as convenções de transcrição	86
5.	A consulta pediátrica de rotina em TDAH	88
5.1	O pré-jogo da atividade conversacional	89
6.	A escola como lugar que provoca conflitos	98
6.1	TDAH <i>versus</i> demandas da escola	100
6.2	A formulação na compreensão da relação aluno-escola	115
6.3	Ações para atender às demandas da escola	123

7.	O TDAH como fonte de conflito familiar	130
8.	Criando inteligibilidades sobre TDAH	142
9.	Referências bibliográficas	150
	ANEXOS	169
	Anexo I: Modelo de Transcrição	169
	Anexo II: Autorização Condicionada	170
	Anexo III: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	171
	Anexo IV: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	173
	Anexo V: TDAH – um depoimento	176

“Trate um homem como ele é e ele permanecerá como é. Trate um homem como ele pode e deveria ser e ele se tornará o que pode e deveria ser.”

Johann Wolfgang von Goethe
escritor, cientista e filósofo alemão.

1

Introdução

“[...] o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro.”

(Erving Goffman, 1978, p. 148-149)

1.1

O tema da pesquisa

O estudo tem como foco a negociação de identidades em situação de conflito, em contexto de consulta pediátrica conduzida pela médica, em atendimentos de rotina a pais, crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O interesse pelo estudo sobre interações em consulta clínica entre a família, crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH foi motivado por fatores de ordem pessoal e profissional, e pelas lacunas na pesquisa acadêmica e no tratamento social do tema.

A experiência pessoal pauta-se nos contratempos e desassossegos de quem tem filho diagnosticado com o transtorno, nas conversas com mães e pais em antessala de pediatra que atende crianças e adolescentes com TDAH, e também em experiências partilhadas na escola. Nesses contextos, percebi o estado de estresse de pais, no relacionamento com seus filhos, e o estigma (Goffman, 1978; Carvalho; Fontes, 2009; Pereira, 2009; Parker, 2013; Phelan; Link, Dovidio, 2013) que marca cada uma(um) dessas(es) crianças e adolescentes. Invariavelmente, elas(es) não se adequam aos padrões comportamentais socialmente estabelecidos e, de alguma forma, se destacam, na escola ou em outros ambientes, recebendo, frequentemente, tratamento marginal. Essas(es)

crianças e adolescentes, como tantas(os) outras(os), são alijadas(os) nas relações interpessoais e no processo ensino-aprendizagem, tornando-se estigmatizadas.

Do ponto de vista profissional, a motivação para o desenvolvimento da pesquisa foi o fato de ter tido a oportunidade de atuar como docente em um Curso de Licenciatura, no Instituto Federal do Espírito Santo, no ano de 2009, ministrando a disciplina Educação na Diversidade, que trata, em especial, da inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais.

Em minhas leituras sobre inclusão escolar, observei a relativa escassez de pesquisas que se reportam às condições da criança com TDAH, na inter-relação escola-aluno-família. As escolas, de um modo geral, identificam algumas crianças como excessivamente hiperativas e/ou desatentas, mas ainda costumam creditar esse tipo de comportamento só e unicamente a uma educação familiar falha ou a um estado de preguiça crônico da criança (Silva, 2008).

Diferentemente de distúrbios mentais e de deficiências físicas, o TDAH não apresenta uma marca visível e, conseqüentemente, não é de detecção imediata. Na maioria dos casos, só se torna perceptível quando a criança, desde os primeiros anos de vida, apresenta-se *excessivamente* hiperativa, ou quando, já na escola, necessita responder às exigências de cumprimento de horários e metas, de realização de tarefas, e de comportamento socialmente adequado, mas porta-se de forma *exageradamente* alheia ou avessa ao que lhe propõem (Silva, 2008; DuPaul; Stoner, 2007; Andrade, 2008). Essas são situações que colocam à prova a ‘normalidade’ de estudantes que, aparentemente, não necessitam de atendimento diferenciado, pois não se enquadram entre os deficientes físicos ou mentais.

Pessoas com TDAH costumam apresentar características cognitivo-comportamentais como divagar em pensamentos, quando deveriam estar focadas em alguma outra coisa, ter rompantes de irritação e agressividade, agir de modo impulsivo e inadequado em interações sociais, demonstrar instabilidade nos relacionamentos amorosos, entre outras. O diferencial entre o indivíduo com o transtorno e o considerado ‘normal’ consiste no *excesso* de inquietude, de desatenção, de impulsividade, de irritabilidade ou de agressividade. Trata-se de um comportamento que pode também ser atribuído ao grupo dos ‘normais’, mas que naqueles com o transtorno, apresenta-se em um nível exacerbado, causando-lhes prejuízos por vezes irreversíveis (Barkley; Murphy, 2008; Mattos, 2004; Phelan, 2005; Rohde; Mattos et al., 2003; Silva, 2008).

Embora haja um grande número de pesquisas sobre TDAH, o diagnóstico do transtorno tem sido questionado hoje em dia, sob o argumento de que, nos últimos anos, houve aumento significativo de crianças diagnosticadas com a síndrome, devido à pressão das indústrias farmacêuticas para o aumento do mercado de determinados tipos de drogas, e com a justificativa de que estão ‘medicalizando a escola’ (Caliman, 2006; 2009; 2010; Mayer, 2007; Moysés, 2008a; Freitas, 2011; Brandão, 2011; Meira, 2012). Essas especulações pautam-se na premissa de que o excesso de energia e de disposição física fazem parte da natureza das crianças e de que medicalizá-las significa submetê-las a um comportamento falseado, que não corresponde à sua ‘real’ personalidade.

Estudos em diferentes áreas do conhecimento como psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, pediatria, neurologia, entre tantas outras (Rohde; Mattos, 2003), porém, não deixam dúvidas de que o TDAH não só está presente em nossa sociedade, como também pode trazer danos pessoais, familiares e sociais àqueles acometidos pela síndrome, sendo por isso digno de ser melhor pesquisado, compreendido e divulgado.

Entendemos que nem todas as crianças inquietas, desatentas e impulsivas manifestam esse tipo de comportamento por terem o transtorno. No entanto, estudos sobre as implicações do TDAH na vida das crianças apontam para uma série de problemas e dificuldades enfrentados por elas em sua vida social e escolar. Entre os infortúnios com que convivem crianças e adolescentes com TDAH, e seus familiares, destaco “[...] fraco desempenho acadêmico, altas taxas de desobediência e agressividade e perturbações nos relacionamentos com colegas.” (DuPaul; Stoner, 2007, p. 5). Crianças e adolescentes com TDAH apresentam, portanto, maiores taxas de repetência e abandono escolar e taxas mais significativas de conflitos interpessoais. Frequentemente são mal compreendidas(os), julgadas(os) preguiçosas(os) e mal educadas, o que acarreta desconforto para elas(eles) e para a família (Silva, 2008).

A compreensão da etiologia e sintomatologia do TDAH pode auxiliar no trato de crianças e adolescentes diagnosticados com o transtorno e minimizar as consequências do seu comportamento hiperativo e/ou desatento e impulsivo, seu sofrimento, suas frustrações, e as frustrações e o estresse de seus pais/cuidadores. Tais frustrações e estresse resultam das exigências empreendidas pela sociedade de que todos tenham comportamentos em um nível considerado adequado

(Goffman, 1978; Carvalho; Fontes, 2009; Pereira, 2009; Parker, 2013; Phelan; Link, Dovidio, 2013).

No que diz respeito ao estresse parental, pesquisas indicam que mães de crianças com TDAH vivenciam maior estresse que mães de crianças com desenvolvimento típico. A explicação incide sobre o fato de essas crianças demandarem de seus pais/cuidadores maior atenção do que aquelas que apresentam desenvolvimento típico (Campbell, 2004; Johnston, 1996, apud Bellé et al, 2009). As frequentes convocações à escola, permeadas pela reclamação de professores e pedagogos sobre o comportamento do aluno - exageradamente inquieto ou alheio ao que se passa ao seu redor - e do seu desempenho abaixo da média em provas e atividades, somam-se às cobranças de um comportamento mais ajustável da criança em encontros familiares e sociais, especialmente se o diagnóstico for do subtipo hiperativo ou combinado. Os pais/cuidadores, então, veem-se compelidos a responder pelo comportamento diferenciado da criança com TDAH, muitas vezes com argumentos que não convencem nem à escola, nem aos familiares, nem a outras pessoas com quem convivem.

A intensidade da tríade comportamental que caracteriza o transtorno, desatenção, hiperatividade e impulsividade, pode transformar o ambiente familiar em uma zona de conflito e a escola em um campo de batalha. Acredito que somente aqueles que passam pela experiência de terem a síndrome, ou de conviverem com quem é acometido pelo transtorno, sabem, de fato, reconhecer que o comportamento das pessoas com TDAH se diferencia bastante daquelas com comportamento considerado típico.

Neste estudo, proponho-me a analisar as identidades coconstruídas entre a médica, pais, e crianças e adolescentes diagnosticadas(os) com TDAH, em contexto de consulta pediátrica, em relação ao tratamento do transtorno e aos conflitos dos participantes, trazidos à fala-em-interação nos atendimentos de rotina.

A pesquisa busca trazer inteligibilidades para as relações estabelecidas entre criança e adolescente com TDAH, escola, família e amigos. A partir de uma perspectiva sociointeracional do discurso, apresenta um novo olhar acerca dos conflitos oriundos das demandas sociais, familiares e acadêmicas, no que diz respeito aos comportamentos considerados socialmente adequados, à execução de

tarefas, ao cumprimento de responsabilidades, e ao desempenho acadêmico satisfatório.

1.2

Perguntas da pesquisa

Conforme argumentei anteriormente, o foco do presente estudo sobre TDAH tem motivações de ordem pessoal e profissional, em face das demandas e dos conflitos oriundos da tarefa de educar criança/adolescente com o transtorno. A literatura sobre TDAH no Brasil ainda é bastante incipiente, especialmente numa abordagem sociointeracional do discurso, como a que propomos nesta pesquisa.

Por que tratar de TDAH no contexto clínico? A médica de meu filho, diagnosticado com TDAH, e em fase de tratamento, foi uma das primeiras pessoas com quem compartilhei minhas preocupações e meu interesse pela pesquisa. Em contrapartida, de sua parte recebi, inicialmente, estímulo e, ao longo do desenvolvimento do projeto de pesquisa, colaboração, esclarecimentos e atenção.

A escolha pelo contexto clínico ancora-se em minha crença de que o laudo médico, seguido de orientações para o desenvolvimento educacional dessas(es) crianças e adolescentes, seria condição *sine qua non* para que recebam tratamento adequado às suas necessidades socioeducacionais. Acredito, também, que outras(os) crianças e adolescentes, não diagnosticadas(os), mas que apresentam o mesmo quadro sintomatológico, venham a ser tratadas(os) de forma mais cuidadosa em sua avaliação pedagógica, a partir de uma maior divulgação de estudos que se voltem para a sua problemática.

A interação entre a médica, as crianças, os adolescentes e os pais insere-se na ordem institucional do discurso, cujos encontros são “[...] caracteristicamente organizados sob um formato padrão ligado a certas tarefas, ainda que estes formatos muitas vezes interajam com rotinas que são localmente geridas” (Garcez, 2002, p. 56).

A interação em contextos institucionais é, de um modo geral, considerada assimétrica, em função dos papéis que aí se estabelecem entre leigos e especialistas (Sarangi; Roberts, 1999). Na consulta pediátrica, os papéis e as atividades assumidos pela médica são importantes para as laminações de sua prática clínica em enquadres estabelecidos no “aqui-agora” da interação médico-

paciente (Goffman, 1974; Goffman[1974] 2012; Pereira, 2002; Sarangi, 1982a, 1982b, 2010, 2011; Gumperz, 1982a, 1982b; e Goffman, 1992, [1964] 2002, [1979] 2002; Goffman, 2012). A interação envolvendo médico, mães/pais, crianças e adolescentes é complexa, de multiparticipação, com alternâncias de tomadas de turnos. Pode revelar assimetria interacional, seja pelo controle de atividades interacionais da médica, seja pela participação dos cuidadores, quando falam pelas crianças ou pelos adolescentes (Kohlsdorf; Seidl, 2011; Gabarra; Crepaldi, 2011).

Em função do contexto clínico com diferentes relações assimétricas, em que se busca o tratamento de crianças e adolescentes diagnosticadas com TDAH, surgem as seguintes indagações:

- 1- Como se configura a estrutura de participação em contexto de consulta médica, na qual interagem médica, pais, e crianças/adolescentes com TDAH?
- 2- Que papéis e atividades de ordem discursiva, institucional e social são assumidos pela médica? Que enquadres se estabelecem na interação?
- 3- Como se estabelecem as negociações de identidades discursivas e sociais de mães/pais e crianças/adolescentes com TDAH, em situações de conflito emergentes em consulta clínica pediátrica, em relação à família e à escola?

A análise de como se configura o encontro entre médica, pais, e crianças/adolescentes com TDAH, no contexto situado de consulta pediátrica, a partir de uma perspectiva sociointeracionista (Erickson e Shultz, [1981], 2002; Gumperz, 1982a), e de noções desenvolvidas pelos analistas da conversa (Sacks, Schegloff e Jefferson, 2003), proporciona-nos condições de interpretar as ações sociais realizadas pelos participantes do encontro e, a partir dessas ações, oferece-nos a possibilidade de entender em que termos se estabelece a relação de simetria/assimetria na alocação de turnos, no endereçamento das elocuções, na seleção de tópicos para discussão, enfim, no modo como o comportamento dos participantes repercute nas ações uns dos outros.

Além disso, o estudo da interação entre os participantes na consulta pediátrica propicia a compreensão dos conflitos e das identidades negociadas para si e para o outro, e auxilia no entendimento que cada um tem de si, de seus papéis na relação com o outro e nos modos como lidam cotidianamente com o transtorno nos contextos da escola e da família.

1.3

Objetivos da pesquisa

1.3.1

Geral

O objetivo geral do estudo é criar inteligibilidades sobre as identidades projetadas/negociadas por pais, e crianças/adolescentes com TDAH, para si e para o outro, na interação que se estabelece no contexto de consulta médica. Busco entender, a partir da estrutura de participação e das ações interacionais, os conflitos que permeiam as inter-relações dos participantes, ao acionarem, na fala-em-interação, questões do ambiente social, familiar e escolar.

A análise dos dados, gerados em consulta médica, visa, ainda, possibilitar a observação de como a família interage com filhos com o transtorno, e o entendimento de enfrentamentos e perturbações consequentes do TDAH, com participação da médica como avaliadora clínica, formuladora (Ostermann e Silva, 2009), orientadora psicoeducativa e mediadora de conflitos.

O estudo foca a estrutura de participação bem como os tipos de ações interacionais (Erickson e Shultz, [1981] 2002) na interlocução entre médica, pais, crianças e adolescentes no contexto de consulta pediátrica, considerando, nos termos goffmanianos, formatos de produção e de interpretação (Goffman, [1979] 2002). A interação médica/paciente é marcada, a princípio, por uma “[...] estrutura típica, tríplice e repetitiva: primeira pergunta do médico, resposta do paciente, próxima pergunta do médico” (Clark; Mishler, 2001, p. 13). Observo outras configurações, de acordo com a estrutura de participação e as ações interacionais dos participantes, que poderão trazer diferentes alinhamentos e enquadres no “aqui e agora” do encontro.

1.3.2

Específicos

Para o alcance do objetivo geral do estudo, objetivos mais específicos se delineiam para que a pesquisa se desenvolva a contento:

1- Discutir como se configura a estrutura de participação interacional e os enquadres estabelecidos entre os participantes no contexto de consulta médica pediátrica.

2- Analisar os papéis e atividades assumidos pela médica em atendimento clínico pediátrico.

3- Investigar as identidades projetadas/negociadas pelos participantes, para si e para o outro, em situação de conflito, na relação que se estabelece entre família e criança/adolescente com TDAH.

O alcance desses objetivos exige, além de análise de dados gravados e transcritos, a observação participante (Malinowski, 1978; Brandão, 1987b; 1988), com proximidade estreita entre pesquisador e participantes, o que se tornou possível devido às minhas frequentes idas ao consultório médico, nos anos de 2012 e 2013, a fim de aprofundar conversas sobre a pesquisa com a médica colaboradora e de estabelecer contato com pais e crianças e adolescentes com TDAH, na ocasião em que lhes apresentei a proposta de estudo e os convidei a participar da pesquisa; e, posteriormente, quando foram feitas as gravações e gerados os dados para análise. Além disso, a necessidade de assistir repetidamente à gravação das consultas gerou, de minha parte, maior intimidade e envolvimento emocional com os participantes, no relato de suas experiências, expressos num encontro interacional que mescla, num só tempo, características de *institucionalidade* – pelo desempenho da atividade profissional da médica, e *personalidade*, pela externalização por pais, crianças e adolescentes de questões que envolvem relações que, por vezes, desestabilizam o entendimento familiar.

1.4

Abordagem teórica e metodológica

A pesquisa situa-se no âmbito da análise da fala-em-interação face-a-face, em que a linguagem ocupa papel central nas relações humanas socialmente estabelecidas. O modelo de comunicação adotado no estudo corrobora a abordagem sociointeracionista da linguagem, segundo a qual uma simples troca pode revelar múltiplas interpretações,

“[...] que podem ser associadas com diferentes identidades sociais e com o uso de diferentes conhecimentos prévios. Isso sugere que o que é comunicado está inerentemente situado, e muitas vezes situado (em sentido interpretativo) de diferentes formas para diferentes pessoas. Interpretações situadas são possíveis pelas pistas de contextualização: é esta construção que também relaciona a sociolinguística interacional ao modelo interacional de comunicação (Schiffrin, 1994, p. 401).

Nesse sentido, as análises empreendidas nesta pesquisa estão ancoradas nos pressupostos da Sociolinguística Interacional (SI), que defende que a comunicação humana consiste nas ações mutuamente construídas pelos atores engajados em uma dada interação. Nessa perspectiva, a linguagem não ocorre num *vacuum*, mas num contexto socio-cultural e historicamente situado. Orientam a interpretação dos dados conceitos desenvolvidos por Gumperz (1982a, 1982b, 2002); Schiffrin (1996); Goffman ([1959] 1978, [1967] 1980, [1979] 2002)]; Tannen; Wallat ([1987] 2002), Zimmerman (1998), entre outros, como os de *pistas de contextualização, status de participação, enquadre, alinhamento e identidades*.

Reportamo-nos também aos postulados da Análise da Conversa Etnometodológica, (ACe), desenvolvida por Sacks, Schegloff e Jefferson ([1974] 2003), que propõe a análise dos métodos utilizados pelas pessoas para interagirem umas com as outras nas conversas cotidianas e em interações em contextos institucionais (Heritage, 2984; 1991;1998), e parte do pressuposto de que a conversa ocorre em função de uma organização social das pessoas, por meio da fala. Consideramos da ACe as noções de sequencialidade e pares adjacentes, a noção de formulação (Garfinkel; Sacks , [1986] 2012; Ostermann; Silva, 2009), entre outras, nas alocações de turno de fala e nos tipos de ações em interação face-a-face.

A fim de entender os papéis e atividades profissionais, na atuação da médica, em atendimento a pais, e a crianças e adolescentes com TDAH, respaldamo-nos nos postulados da Linguística Aplicada das Profissões (Sarangi e Roberts, 1999; Sarangi, 1998; 2000; 2001; 2005; 2006; 2010; 2011), cuja atenção está voltada ao estudo das práticas profissionais.

Na análise dos dados, ancoramo-nos, ainda, nos estudos sobre identidades (Bucholtz e Hall, 2005; Hall, 2006; Zimmerman, 1998; Giddens, 2002), adotando uma concepção antiessencialista de identidade. Nessa proposta, identidades são múltiplas - “[...] diferentes em diferentes momentos, identidades que não são

unificadas ao redor de um ‘eu’ coerente” (Hall, 2006, p. 13). As identidades são tratadas no curso da atividade (Levinson, 1979) de consulta clínica, e são projetadas/negociadas pelos participantes na fala em interação (Zimmerman, 1998), tornando-se relevantes nas sequências conversacionais (Psathas, 1999). É na relação entre o ‘eu’ e o ‘outro’ que emergem os conflitos e os atributos identitários no encontro face-a-face, em enquadres e alinhamentos muitas vezes em desacordo (Santana, 2010; Gruber, 2001; Simmel, 2013). Definimo-nos, sempre, em relação ao outro, em diferentes relações, seja no diálogo, seja no confronto com o outro, sem o qual não existiríamos.

1.5

Organização dos capítulos da tese

O presente estudo foi organizado em dez capítulos, conforme apresentarei a seguir, considerando este primeiro, capítulo 1, Introdução.

No capítulo 2, tendo como referência pesquisas sobre TDAH em diferentes campos do conhecimento, tratarei das características clínicas e sintomatológicas do transtorno, com destaque a estudos nas áreas da medicina, psicologia e educação. Apresento ações tomadas em alguns estados brasileiros, no que concerne ao amparo legal de crianças e adolescentes com TDAH, em seu direito por atendimento diferenciado na escola. Nesse capítulo, discuto, ainda, como se estabelecem as relações interpessoais de crianças e adolescentes com TDAH, no contexto familiar e em outros ambientes sociais e a inter-relação entre demanda acadêmica, rendimento escolar e conflito familiar.

O arcabouço teórico que dá suporte ao estudo está desenvolvido no capítulo 3, com o detalhamento das principais linhas teóricas nas quais se ancora a pesquisa, a Linguística Aplicada das Profissões em articulação com a Análise da Conversa Etnometodológica, com a Sociolinguística Interacional e com os estudos discursivos sobre identidades. Discuto, primeiramente, noções da Linguística Aplicada das Profissões de papéis/atividades assumidos na prática profissional, com destaque à comunicação médico-paciente, inserida na ordem institucional do discurso. Apresento, a seguir, teorias sociointeracionais, perspectiva da Sociolinguística Interacional, a partir de conceitos como os de enquadre, *footing*, alinhamentos, esquemas de conhecimento, pistas de contextualização e estrutura

de participação discursiva; e, a partir da perspectiva da Análise da Conversa, aspectos como sequencialidade, pares adjacentes e formulação, na fala em interação face-a-face. Enfim, trato das concepções de identidades estabelecidas como coconstruções sociointeracionais, além da noção de estigma.

No capítulo 4, apresento a metodologia utilizada para a geração e análise de dados, mediante caracterização do estudo, relato das experiências por mim vivenciadas no contexto de pesquisa, descrição da abordagem aos participantes, e breve exposição sobre entrevista feita com os pais, como metodologia suplementar para maior entendimento das questões da pesquisa.

A análise dos dados foi desenvolvida nos capítulos 5, 6 e 7, com a inserção de excertos extraídos dos dados que compõem a transcrição integral das consultas.

No capítulo 5, a partir da investigação dos papéis e atividades assumidos pela médica no atendimento em consultório particular, discuto como se efetivam os procedimentos para o tratamento do transtorno e a formulação na atribuição de responsabilidades aos pais, às crianças e aos adolescentes. Nos capítulos 6 e 7, analiso, respectivamente, a relação que se estabelece entre escola, família, crianças e adolescentes, destacando os conflitos que emergem da interferência do TDAH no cotidiano familiar.

No capítulo 6, a escola emerge na fala dos participantes, por meio do discurso relatado. A voz da instituição é reportada por pais, crianças e adolescentes, em suas referências às questões que envolvem as demandas escolares e aos conflitos gerados pela não adequação a essas demandas.

No capítulo 7, a tensão familiar se delinea no relato dos participantes sobre comportamentos disruptivos das crianças e dos adolescentes, no que diz respeito à postergação de tarefas, a atitudes impulsivas e ao não cumprimento de responsabilidades.

No capítulos 8 retomo as perguntas e os objetivos da pesquisa e apresento os resultados do estudo, buscando fazer reflexões sobre as experiências cotidianas com o TDAH, em contexto familiar, escolar e em outros ambientes sociais.

A literatura sobre TDAH no Brasil ainda é bastante incipiente, especialmente numa abordagem sociointeracional do discurso, como a que proponho nesta pesquisa. Tratar o tema a partir do estudo das identidades projetadas/negociadas por pais, e crianças e adolescentes com TDAH, em situações de conflito emergentes em consulta pediátrica, e dos papéis de

atividades da médica na prática profissional, situados no aqui agora da interação, possibilita um novo olhar em relação ao tema.

2

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Início este capítulo com um excerto da Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH, “[...] publicada por um consórcio independente de cientistas que dedicaram anos, senão suas carreiras inteiras, ao estudo do transtorno [...]”:

O TDAH não é benigno. Para aqueles que acomete, o TDAH pode causar problemas devastadores. Estudos de seguimento com amostras clínicas sugerem que os indivíduos que portam o transtorno são muito mais propensos do que as pessoas normais de abandonar a escola (32 a 40%), raramente concluem a faculdade (5 a 10%), têm poucos ou nenhum amigo (50 a 70%), apresentam fraco desempenho no trabalho (70 a 80%) [...].

Ainda assim, apesar dessas consequências sérias, estudos indicam que menos da metade das pessoas portadoras do transtorno recebem tratamento (Barkley et al., 2008, Apêndice A, p. 65).

Apresento, com base em estudos de diversos pesquisadores sobre o TDAH, a historiografia, etiologia, epidemiologia, sintomatologia e o tratamento do transtorno, que, conforme Barkley e Murphy (2009), trata-se de uma síndrome que acomete de 5 a 8% da população infantil e de 4 a 5% da população adulta.

2.1

Caracterizações do TDAH

Inicialmente denominado *Lesão Cerebral Mínima*, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tornou-se objeto de pesquisas desde que o pediatra inglês George Still publicou, em 1902, casos de crianças com quadros clínicos de hiperatividade, além de outras características comportamentais como agressividade, desobediência, atenção contínua limitada, entre outras, que as distinguiam das demais crianças consideradas ‘normais’. Aquelas crianças apresentavam comportamentos julgados socialmente ‘atípicos’.

Em oposição à hipótese do transtorno como uma lesão cerebral, com sintomas associados mais a disfunções em vias nervosas, cunhou-se, em 1960, a

denominação *Disfunção Cerebral Mínima*, substituída, em 1968, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM II), por *Reação Hipercinética* (Benczik, E. B. P., 2002), e tratada na Classificação Internacional das Doenças (CID-9) como *Síndrome Hipercinética*.

Estudos posteriores apontaram que o déficit de atenção não se apresentava apenas como uma das características do transtorno, ao contrário, deveria ser considerado peça chave da síndrome (Barkley, 1998), o que levou a uma nova mudança em sua denominação, passando a ser nomeado *Distúrbio de Déficit de Atenção*.

A publicação do DSM III, em 1980, pela Sociedade Americana de Psiquiatria, reconceitua a síndrome como *Transtorno de Déficit de Atenção*, deixando claro que um dos principais sintomas que a caracterizam é a dificuldade em se manter o foco de atenção por um longo período de tempo em determinada tarefa. A presença de impulsividade e hiperatividade, no entanto, levou a uma reclassificação, conforme o DSM III, publicado em 1987, quando então, passou a ser conhecido como *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade* (Barkley, 1997; 1998).

De acordo com Rohde e Halpern (2004), embora a CID-10 e o DSM-IV utilizem nomenclaturas diferentes com referência ao transtorno, *Transtornos Hipercinéticos* e *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade* (TDAH), respectivamente, há grande aproximação entre as diretrizes diagnósticas que ambos apresentam para o mesmo.

As taxas de prevalência do transtorno variam entre países (e até em um mesmo país), o que se justifica pelas diferenças na metodologia utilizada para o estudo, tais como: procedimentos de seleção das crianças, escalas de avaliação, variação na idade das crianças da amostragem, tipos de entrevistas diagnósticas; delineamento dos estudos; critérios diagnósticos e fontes de informação (Golfeto e Barbosa, 2003, p. 16). No entanto, segundo Rohde e colaboradores (1999b), os resultados se aproximam, quando se utilizam critérios diagnósticos e diagnóstico clínico mais cuidadosos. Em pesquisa realizada por esses estudiosos, pautada pelo DSM-IV, com uma amostra de 1013 brasileiros entre 12 e 14 anos, a prevalência do transtorno foi de 5.8%, percentual semelhante aos de outros países (Golfeto e Barbosa, 2003, p. 22). Barkley e Murphy (2009, p. 16) afirmam que entre 5% e 8% da população infantil, e entre 4% e 5% da população adulta apresentam o

transtorno, presente em quase todas as regiões ou países, em uma proporção de gênero que varia de 3:1 entre meninos e meninas, respectivamente, decaindo para 2:1, na idade adulta, entre homens e mulheres, respectivamente.

Conforme levantamento apresentado por Golfeto e Barbosa (2003, p. 23), estudos comparativos da prevalência do transtorno entre meninos e meninas indicam variações significativas das taxas: Brown e colaboradores (9,2% meninos e 3% meninas); DMS-III (10,1% meninos e 3,3% meninas); Cohen e colaboradores, com base no DSM-II-R (17,1% meninos e 8,5% meninas, entre 10 e 13 anos; 11,4% meninos e 6,5% meninas, entre os 14 e 16 anos; 5,8% meninos e 6,2% meninas, entre os 17 e 20 anos). Também no Brasil, estudos apontam para a prevalência maior do transtorno em meninos que em meninas. No entanto, essa diferença entre os gêneros se iguala em outros estudos, como apontado por Breen e Altepeter (1990), que tratam da variabilidade situacional entre meninos e meninas com o diagnóstico de TDAH.

2.2

Diagnóstico clínico e sintomas do TDAH

O desenvolvimento tecnológico foi (e continua sendo) de muita valia para que se entenda melhor o funcionamento cerebral de pessoas com TDAH. Exames de neuroimagem, como o PET – tomografia por emissão de pósitrons - e o SPECT – tomografia por emissão de fóton único -, possibilitaram o estudo do cérebro em funcionamento e a visualização da estrutura e das atividades cerebrais em um dado momento (Silva, 2008). Por meio desses exames, constatou-se que pessoas com TDAH apresentam uma hipoperfusão mais significativa na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. Ou seja, há a ocorrência de “[...] menor aporte sanguíneo do que deveria e, como consequência, há uma diminuição do metabolismo nesta área, que, ao receber menos glicose (oriunda do sangue), terá menos energia e funcionará com seu desempenho reduzido.” (Silva, 2008, p. 215).

O TDAH consiste em um distúrbio de base neurobiológica, observado geralmente em crianças, já antes dos sete anos de idade (Rohde et al., 2000), e caracteriza-se, em especial, pela tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade. No primeiro caso, observa-se na criança com o transtorno dificuldade de prestar atenção por um longo período de tempo em atividades

como a leitura ou a explicação da professora em sala de aula, além disso, conforme Mattos (2004), invariavelmente, ela parece estar no “mundo da lua” ou, em outras palavras, “dormindo de olhos abertos”. No que diz respeito à hiperatividade, o próprio nome já explica o tipo de comportamento: atividade motora em excesso e escassez de autocontrole. Quanto à impulsividade, são comuns atitudes como interromper a fala de outrem, não aguardar sua vez de falar, ou responder precipitadamente, antes que a formulação da pergunta tenha sido finalizada.

A tríade desatenção hiperatividade e impulsividade representa a sintomatologia clássica do transtorno. No entanto, podem-se citar outras características comuns como: *diminuição da inibição da resposta, do controle do impulso ou da capacidade para protelar a gratificação; atividade excessiva irrelevante para a tarefa ou atividade malregulada para as demandas de uma situação; atenção sustentada deficiente ou pouca persistência de esforço na realização de tarefas*. Somam-se a essas características outras associadas a comportamento impulsivo, como dificuldades de *lembrar de fazer coisas ou déficit na memória de trabalho; atraso no desenvolvimento da linguagem interna (a voz da mente) e na obediência às regras; dificuldades com a regulação das emoções, da motivação e do estado de alerta; diminuição da capacidade para resolver problemas, ingenuidade e flexibilidade na busca de objetivos de longo prazo; maior variabilidade que o normal no desempenho de tarefa ou trabalho* (Barkley; Murphy, 2009, p. 10-13). Todo esse comportamento associado ao transtorno influencia a vida da pessoa com TDAH, podendo resultar em comprometimento funcional, com prejuízos tanto na vida pessoal, quanto acadêmica e profissional (APA, 2000). Além disso, são comuns, como consequência de seu ‘modo de ver e viver a vida’, quadros de baixa autoestima e de depressão.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV, 2002, publicação da *American Psychiatric Association*, uma das formas de avaliação diagnóstica do TDAH é a observância da persistência, por pelo menos seis meses, de seis (ou mais) dos seguintes sintomas em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

CrITÉRIOS DiagnÓsticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
- f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

- g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
- h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez
- i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

Ancorada na literatura sobre o tema, compreendo que são grandes os danos sofridos por quem tem TDAH. Seja do subtipo predominantemente desatento, seja do subtipo predominantemente hiperativo, seja do subtipo combinado, essas pessoas, independentemente de sua vontade, destacam-se dentre aquelas consideradas normais e vivem acudadas, em função das expectativas em torno de seu comportamento social e de seu desempenho escolar. Em consequência disso, pais/cuidadores de crianças e adolescentes com TDAH, não alheios às exigências sociais por que passam eles e seus filhos, reagem de diferentes maneiras em suas experiências cotidianas. Podem assumir posicionamentos diversos: ou se projetam como pessoas passivas frente ao transtorno, incapazes de interferir na condição neurobiológica dos filhos e, portanto, na qualidade de vida dos mesmos; ou se posicionam como agentes gerenciadores da educação e formação destes, buscando entendimento sobre o significado da síndrome e sobre os problemas dela consequentes (Rohde et al., 2000), para, então, buscarem apoio profissional e atuarem como verdadeiros promotores do sucesso daqueles pelos quais são responsáveis.

2.3

Ações legais sobre o TDAH

O TDAH, entendido como um transtorno neurobiológico, cujos sintomas têm origem no funcionamento cerebral, carece de ações legais que visem ao tratamento da síndrome e à adequação das instituições escolares no atendimento às necessidades educacionais de crianças e adolescentes acometidos pelo transtorno. Nesse sentido, algumas ações legais já se verificam em alguns estados brasileiros, com o propósito de proporcionar melhores condições de saúde e atendimento escolar a crianças e adolescentes com TDAH (Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA).

1) *Projeto de Lei nº 7081/2010* – Senado Federal - Dispõe sobre o diagnóstico e tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica. O projeto propõe a instituição, no âmbito da educação básica, da obrigatoriedade da manutenção de programas de diagnóstico e tratamento do TDAH e da Dislexia, por meio da atuação de equipes multidisciplinares, das quais participarão, entre outros, educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos. Estabelece que as escolas devam assegurar aos alunos com TDAH e Dislexia acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem, e que os sistemas de ensino garantam aos professores formação própria sobre a identificação e abordagem pedagógica.

Esse projeto foi aprovado pela Comissão de Educação, em reunião ordinária, em 05 de junho de 2013.

2) *Projeto de Lei nº 118/2011* - Câmara dos Deputados - Dispõe sobre a obrigatoriedade de exames físico e mental para detectar TDAH em motociclistas (Altera a Lei nº 9503, de 23/09/1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro).

3) *Projeto de Lei nº 909/2011* – Câmara dos Deputados – Dispõe sobre o aperfeiçoamento da política educacional na rede pública para os alunos com Transtornos de Aprendizagem.

4) *Projeto de Lei nº 116/2011* – Estado do Amapá – Institui a Campanha de Informação sobre TDAH, anualmente, no mês de agosto.

5) *Lei nº 5.416/2012* – Câmara Municipal do Rio de Janeiro, sancionada em 29 de maio de 2012 - Dispõe sobre as diretrizes adotadas para o encaminhamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos alunos da rede de ensino fundamental do município do Rio de Janeiro portadores de TDA, com ou sem características de hiperatividade.

A lei determina a orientação sobre aspectos globais do TDA e suas implicações por profissionais especializados à equipe da escola e a qualquer agente educacional público do município; encaminhamento dos possíveis casos de TDA ao Sistema Único de Saúde (SUS); acompanhamento do aluno com TDA, durante todo o período do ensino fundamental, com recomendações clínicas e escolares, quando da transição para o ensino médio; e a disponibilização de remédios associados ao tratamento do TDA nos equipamentos de saúde pública municipais.

6) *Lei Municipal nº 712/2012* – Câmara Municipal de Pirenópolis (GO) – Dispõe sobre medidas para identificação e tratamento do TDAH e Dislexia na Rede Municipal e privada da educação e dá outras providências.

Entre as medidas previstas nesta lei destacam-se exames e avaliações psicopedagógicos em alunos matriculados nas redes públicas ou privadas de ensino do município; capacitação permanente dos educadores; formulação de diretrizes que viabilizem plena execução do trabalho de prevenção e tratamento do TDAH e da dislexia; avaliação diferenciada para o aluno; tratamento dos estudantes pelo SUS.

7) *Lei nº 6308/2012* – Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) - Altera a lei nº 5645/2010, incluindo no calendário oficial do Estado do Rio de Janeiro a Semana Estadual de Informação e Conscientização sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade –TDAH.

A lei autoriza o Poder Executivo a firmar convênio com instituições para a elaboração de campanha publicitária de divulgação e esclarecimentos sobre TDAH, bem como o tratamento do transtorno.

8) *Projeto de Lei nº 3092/2012* – Câmara dos Deputados – Dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento gratuito de medicamentos para TDAH pelo SUS.

9) *Lei Municipal nº 4.165/2013* – Câmara Municipal de Viamão (RS) – Dispõe sobre as diretrizes adotadas pelo município para a orientação a pais e professores sobre as características do Transtorno de Déficit de Atenção.

A lei estabelece diretrizes para o encaminhamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos alunos da rede de ensino fundamental do município, com TDA, que apresentem ou não características de hiperatividade.

Destacam-se, entre as medidas previstas pela lei, a orientação, por profissionais especializados, à equipe pedagógica das escolas do município sobre os aspectos globais do TDA e suas implicações; encaminhamento de alunos ao SUS, para diagnóstico e tratamento; tratamento diferenciado aos alunos, nos estabelecimentos de ensino; conscientização e informação sobre TDA às pessoas que fazem parte do círculo pessoal do aluno; e disponibilização de remédios associados ao tratamento nos estabelecimentos de saúde pública do Município.

Acrescente-se aos Projetos de Lei em trâmite e às Leis já sancionadas o *Edital nº 3, de 24 de maio de 2012*, do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM/2012, que dispõe sobre as diretrizes, os procedimentos e os prazos da edição de 2012 do Enem, regido pela Portaria/MEC nº 807, de 18 de junho de 2010, onde se lê:

2 – DO ATENDIMENTO DIFERENCIADO E ESPECÍFICO

2.1 O Inep, nos termos da legislação vigente, assegurará atendimento DIFERENCIADO e atendimento ESPECÍFICO aos PARTICIPANTES que deles comprovadamente necessitarem.

2.2 O PARTICIPANTE que necessite de atendimento DIFERENCIADO e/ou de atendimento ESPECÍFICO deverá, no ato da inscrição: 2.2.1 Informar, em campo próprio do sistema de inscrição, a necessidade que motiva a solicitação de atendimento de acordo com as opções apresentadas:

2.2.1.1 Atendimento DIFERENCIADO: oferecido a pessoas com baixa visão, cegueira, deficiência física, deficiência auditiva, surdez, deficiência intelectual (mental), surdocegueira, dislexia, déficit de atenção, autismo, gestante, lactante, idoso, estudante em classe hospitalar ou outra condição incapacitante. (Edital nº 3, 24 maio 2012, ENEM/2012)

As leis e os projetos de lei que tratam de dispositivos sobre o tratamento e atendimento educacional de pessoas com TDAH são iniciativas bastante localizadas em nível nacional. No entanto, já revelam mudanças significativas no entendimento do transtorno como uma síndrome que não se restringe a um mal

individual, mas que apresenta dimensão social. Resguardam o direito de todos à dignidade e à não discriminação, conforme disposição constitucional.

2.4

Relações Interpessoais de crianças e adolescentes com TDAH

As relações interpessoais de crianças e adolescentes com TDAH, conforme estudos sobre o assunto, constituem uma das problemáticas que caracterizam o transtorno, em consequência do comportamento impulsivo e antissocial característico da síndrome (Barkley, 2002). No que diz respeito às relações intrafamiliares, pesquisas relatam o alto nível de estresse parental em famílias constituídas por pessoas com TDAH. O comportamento atípico de crianças e adolescentes com o transtorno exige dos pais e demais familiares compreensão do que significa essa neuropatia, para melhor lidarem com as demandas consequentes da síndrome. As atitudes intempestivas, a inquietude exagerada e a não contenção dos impulsos tornam a criança com o transtorno difícil de se lidar. Além disso, as repetidas condições de esquecimento e protelações de tarefas transformam-na aos olhos dos outros em pessoa preguiçosa, incapaz de levar a cabo suas obrigações. Esses comportamentos exigem que os pais estejam mais disponíveis para auxiliar os filhos na realização de suas atividades, o que invariavelmente não acontece, seja porque estão envolvidos com os próprios compromissos de trabalho, seja porque eles mesmos, na maior parte dos casos, não entendem as atitudes dos filhos e, quando as entendem, já se encontram exauridos por terem que lidar rotineiramente com o comportamento dos mesmos. De acordo com Phelan,

As famílias com uma ou mais crianças com TDA experimentam diferenças fundamentais em sua vida cotidiana, com as quais outras famílias não têm de lidar. Há mais tensão e mais discussão. A competição entre irmãos é terrível e interminável (Phelan, 2005, p. 13).

Na maior parte dos casos, as crianças ou os adolescentes com TDAH não são compreendidas(os) nem aceitas(os) pelos irmãos, que os veem como inconvenientes e irritantes. Estes esperam que os pais tenham atitudes mais enérgicas, julgam-nos protetores e criticam-nos por não conseguirem ‘educar’

direito o(a) irmão(ã), pressupondo que nada fazem para minimizar o problema (Phelan, 2005).

Estudos sobre maus tratos parentais sofridos por crianças com TDAH indicam que os níveis são mais altos do que por crianças de comportamento típico (Blachno et al., 2006; Rucklidge et al. 2006; Briscoe; Hinshaw, 2006; Ribeiro, 2008), frequentemente recebem punições mais severas dos pais, além de serem rejeitadas socialmente.

Estudar sobre TDAH, estar informado acerca da sintomatologia, da epidemiologia, das características gerais da síndrome, e das possíveis comorbidades que a acompanham não significa, no entanto, saber “[...] o que é *ser* – ou *conviver* com – uma criança TDA” (Phelan, 2005, p. 17, grifos meus). As exigências sociais por que passam crianças e adolescentes com o transtorno, e seus pais, são capazes de sufocar possibilidades de inter-relacionamentos satisfatórios nos mais diversificados meios de interação, a começar pela família.

Em estudo sobre estresse e adaptação psicossocial de mães de crianças com TDAH, desenvolvido por Bellé (2007), evidenciou-se que, em comparação a mães de crianças de comportamento típico, aquelas sofrem mais que estas, em todas as dimensões de estresse, e com maior peso, inclusive, que os próprios cônjuges, em função de estarem mais próximas dos cuidados com os filhos. De acordo com outro estudo, “A dimensão do estresse com maior média foi a Sobrecarga Emocional, relativa ao cansaço e à tensão em função da criança, preocupação com seu futuro e ressentimento na família” (Bellé et al., 2009). No entanto, embora as mães arquem com mais responsabilidades e preocupações, a tensão ocorre em toda a família.

Outro aspecto instigante para investigação são os relacionamentos de amizade de crianças e adolescentes com TDAH. Ainda que a literatura sobre o assunto seja modesta, encontram-se pesquisas bastante esclarecedoras que tratam das relações de amizade em crianças e adolescentes com o transtorno. De acordo com Goldstein e Goldstein (2002), Sena e Souza (2010) e Desidério e Miyazaki (2007), o relacionamento dessas crianças com seus pares tende a ser problemático e insatisfatório, levando-as à rejeição e ao afastamento.

As crianças e os adolescentes com TDAH, geralmente, ficam isoladas das demais, quando em eventos festivos ou mesmo nos intervalos para recreio escolar, o que costuma ser notado pelos pais e por profissionais da escola. Phelan (2005, p.

28) declara que “[...] as crianças portadoras de TDA com hiperatividade (Tipo Combinado) vão ser *rejeitadas*, enquanto as crianças com TDA sem hiperatividade (Tipo Desatento) serão *ignoradas*” (grifos do autor). O pesquisador explica que, no caso do subtipo combinado, o comportamento muitas vezes agressivo, mandão e competitivo dificulta relações interpessoais com outras crianças da sua faixa etária, o que faz com que se relacione melhor com pessoas mais novas que ela.

As crianças do subtipo desatento, ainda que sejam mais fáceis de se lidar, porque têm comportamento mais passivo, costumam ficar relegadas a segundo plano quando se trata de formação de grupos na escola ou de combinação de atividades de lazer em outros ambientes (Phelan, 2005). Essas crianças, por vezes, nem chegam a ser percebidas pelos colegas, talvez até em função de seu comportamento alheio ao que ocorre ao redor. Apesar de aparentemente não apresentarem nada fora do ‘normal’, visto que suas atitudes causam pouco ou nenhum problema a terceiros, elas são com muita frequência ignoradas por seus pares e pelos adultos.

2.5

Crianças e adolescentes com TDAH no contexto escolar

As palavras, originalmente, eram mágicas e até os dias atuais conservaram muito do seu antigo poder mágico. Por meio de palavras uma pessoa pode tornar outra jubilosamente feliz ou levá-la ao desespero, por palavras o professor veicula seu conhecimento aos alunos, por palavras o orador conquista seus ouvintes para si e influencia o julgamento e as decisões deles. Palavras suscitam afeto e são, de modo geral, o meio de mútua influência entre os homens.

Sigmund Freud, em Conferência proferida em 1915.

O desempenho escolar pode ser considerado um dos aspectos que mais perturbam crianças e adolescentes com TDAH e seus familiares. Conforme pesquisas, os sintomas do transtorno ficam mais evidentes após o ingresso na escola, pois são mais prejudiciais ao desempenho de atividades escolares e as crianças são menos toleradas nesse ambiente (Araújo, 2002; Silva, 2002; Graczyk, 2005; Rohde et al., 2003), “[...] já que a atenção seletiva a estímulos relevantes é condição necessária para a ocorrência das aprendizagens em geral e, em especial, as escolares” (Moojen, Dorneles e Costa, 2003).

Geralmente, crianças e adolescentes com TDAH chamam a atenção na escola quando, exigidas(os) no cumprimento de tarefas e rotinas pré-estabelecidas, não respondem às expectativas de professores e demais profissionais da educação; não conseguem acompanhar o professor (nem os colegas de classe), ao copiarem atividades do quadro; não respondem a todas as questões propostas (quando as respondem); esquecem-se de entregar bilhetes enviados pela escola aos pais e, dependendo do diagnóstico (se for hiperativo), nunca param quietos na carteira.

Crianças e adolescentes com TDAH, invariavelmente, tornam-se vítimas de cobranças para que tenham um tipo de comportamento e/ou rendimento escolar que, por vezes, independem de sua boa vontade ou de seu empenho nos estudos, ou, ainda, de sua educação familiar. Além disso, comumente são julgadas(os) pouco inteligentes e/ou tolas(os). A esse respeito, Silva (2009) afirma que:

Por desconhecimento, as crianças TDAs, na maioria dos casos, recebem diariamente os mais variados rótulos e adjetivos pejorativos possíveis, dos quais não sabem como podem se defender. Acreditam em tudo o que dizem, o que ocasiona um enorme buraco em sua autoestima, e sucumbem ao olhar desaprovador da repreensão ou ao ar complacente do sentimento de pena (Silva, 2009, p. 67-68).

De acordo com Barkley e Murphy (2008, p. 15), embora uma minoria dos portadores de TDAH possam vivenciar outros problemas associados à síndrome, tais como transtorno desafiador e opositivo, de conduta e comportamentos antissociais, “[...] a maioria deles certamente experimentou problemas com o desempenho na escola, com até 30 a 50% reprovados pelo menos uma vez, e 20 a 36% jamais concluindo o ensino médio”. Ainda conforme os autores, esses indivíduos apresentam grandes probabilidades de, quando adultos, ficarem aquém dos demais familiares no que diz respeito à formação acadêmica. Com resultados concordantes, outros estudos apontam para o baixo desempenho acadêmico de estudantes com TDAH. Os resultados de uma pesquisa longitudinal empreendida por Aust (1995) indicam que as experiências escolares das crianças com a síndrome estão marcadas por suspensões, expulsões, reprovações e abandono da escola.

Conforme a Constituição Federal Brasileira de 1988, art. 6º, a educação faz parte de um dos direitos sociais assegurados a todos os indivíduos e visa “[...] ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e

sua qualificação para o trabalho.” (art. 205). Ainda de acordo com o texto constitucional, art. 208, inciso III, é dever do Estado garantir “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”. Ou seja, determina-se, legalmente, que a escola regular atenda a todos, que funcione como um espaço em que se reúnam indivíduos considerados ‘normais’ física e psicologicamente e outros com os mais diversos tipos de limitações e necessidades, entre os quais aqueles com síndromes como *down*, autismo e TDAH, ou com lesões como paraplegias e tetraplegias, entre outras patologias.

A sala de aula, desse modo, apresenta-se como um grande desafio para o profissional da educação, um ambiente com uma heterogeneidade de indivíduos, marcados não apenas pela pluralidade socioeconômica e cultural, mas também por características físicas e cognitivas diversas; muitas vezes agrupados em espaços com capacidade numérica de alunos superior ao que a escola deveria comportar para um ambiente de estudo e aprendizagem.

Acrescente-se ao grande número de alunos em sala de aula, cada qual com suas idiossincrasias e necessidades particulares de atendimento, a precária formação dos professores (Veltrone, Mendes, 2007; Saraiva, Vicente, Ferenc, 2007; Martins, et al., 2007) O pouco preparo dos profissionais na efetiva prática pedagógica, diante da heterogeneidade que encontra na sala de aula está na contramão das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores de Educação Básica, em nível superior, no Curso de Licenciatura, de Graduação plena (2002), que apregoa em seu art. 2º: “[...] orientação à formação para a atividade docente [...]: I – o ensino visando à aprendizagem do aluno; II – o acolhimento e o trato da diversidade”.

Acredito que a escola desempenha papel relevante na formação intelectual e social dos indivíduos, cabendo a essa instituição não apenas matricular aqueles que a procuram, mas, e principalmente, acolhê-los, independentemente de etnia, classe social, crenças religiosas, enfim, de quaisquer variáveis que os diferenciam, oferecendo-lhes formação integral e individualizada. A instituição escola, por meio do trabalho dos profissionais que a compõem, deve tratar todos os educandos de forma igualitária, tendo como parâmetro o princípio aristotélico, segundo o qual “A igualdade consiste em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais”. Nesse sentido, Felicíssimo Sena, defende que o

Princípio básico da convivência humana igualitária e não discriminatória, recomenda entendimento de que não há justiça no tratamento igual dispensado àqueles que são desiguais. O princípio da igualdade de todos perante a lei, com tanta solenidade proclamado pelas constituições do mundo moderno, deve sofrer tempero interpretativo para um grande contingente humano que, por genética ou por aquisição da vida, foi empurrado a uma condição diferenciada que lhes impõe enormes dificuldades. São os deficientes, físicos ou não, privados de movimentos, de sentidos ou da razão. (Felicíssimo Sena, s/d)

No ambiente escolar, os alunos, em contato com o outro, e sob a orientação de profissionais especializados em diferentes áreas do conhecimento, não só estudam conteúdos nas disciplinas curriculares que lhes são oferecidas, mas também são impelidos a conviver com as diferenças. O atendimento aos alunos no ensino regular fundamental e médio pressupõe, portanto, uma educação diferenciada e democrática, ou seja, tratamento igualitário a todos os alunos, com assistência diversificada, conforme as necessidades individuais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), art. XXVI, orienta que a educação deve se pautar no desenvolvimento da personalidade e no respeito mútuo entre as pessoas, indistintamente. De acordo com o texto,

2. A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz.

A escola, assim, deveria representar o espaço social em que se promove a inclusão, pois está projetada para receber todos os que nela se inscrevem. E, nessa interação das diferenças, vislumbra-se uma sociedade em que as relações humanas se estabeleceriam de modo mais igualitário. Mas de que forma os profissionais da educação, em especial professores e pedagogos, desenvolvem esse trabalho de formação sociointelectual com os alunos, em turmas que se caracterizam pela heterogeneidade?

O presente estudo que proponho considera a instituição escola como elemento chave na coconstrução, projeção e negociação de identidades entre pais e crianças/adolescentes com TDAH, ao analisar como esses participantes expressam verbalmente suas experiências com os outros alunos, com os professores, e com os demais profissionais que atuam no ambiente escolar. Considero importante, também, observar as avaliações dos pais e das(os)

crianças/adolescentes sobre a interação família-criança-escola, pois muitos dos conflitos observados na interação em consulta pediátrica emergem das identidades projetadas/negociadas pelos participantes na relação que se estabelece nessa tríade. A escola, embora traga conflitos, pode atuar na vida das famílias, e das crianças e dos adolescentes com TDAH, como um ambiente motivador, que incentiva o enfrentamento de desafios, ou como um espaço desestimulante, que fomenta a baixa autoestima e o fracasso.

3

Interfaces teórico-metodológicas da pesquisa

Nós somos diferença... nossas identidades são as diferenças das máscaras”.
(Foucault, 1972, p. 131)

Para o desenvolvimento do estudo sobre como se configura a estrutura de participação e as ações comunicativas na coconstrução de identidades de pais, crianças e adolescentes com TDAH, em situações de conflito, na interação em consulta médica pediátrica, ancorou-me em linhas teóricas que elegem a prática interacional cotidiana como objeto de estudo, a partir do uso da linguagem em interação face-a-face. Situo o estudo na Linguística Aplicada das Profissões (Sarangi; Roberts, 1999; Sarangi, 1998, 1999, 2000, 2001, 2005, 2006), em articulação com a Sociolinguística Interacional, a Análise da Conversa Etnometodológica, em contexto institucional, e estudos discursivos com foco em identidades. A articulação dos postulados desses campos do conhecimento e os conceitos neles desenvolvidos serão de grande utilidade para o estudo a que me proponho.

3.1

Linguística Aplicada das Profissões

Existe longa tradição em estudos analíticos sociolinguísticos e discursivos, em diferentes áreas de atuação profissional, como configurações jurídicas, médicas e educacionais (Sarangi, 2001, p. 201). As pesquisas em Linguística Aplicada (LA) estendem-se, assim, a contextos como sala de aula, tribunais de júri, consultas médicas, organizações empresariais, entre outros, em que as ações empreendidas pelos participantes de uma conversa estão orientadas para a realização de alguma tarefa, num contexto profissional específico, tendo como foco a produção de conhecimento sobre problemas de relevância social. Tradicionalmente, no entanto, os estudos em linguística aplicada no Brasil estiveram, ao longo dos anos, voltados para o estudo de questões relativas à Educação (Silveira, Gago, Oliveira, 2012).

A Linguística Aplicada das Profissões (LAP), denominação cunhada por Srikant Sarangi, amplia as pesquisas em LA a domínios profissionais outros (lei, saúde, mídia, organização, interpretação, tradução, etc.), atuando “[...] em campos profissionais em que a atividade é focada na linguagem” (Silveira, Gago, Oliveira, 2012).

Sarangi (2012, p.1) argumenta que questões como *O que nós praticamos em nossa vida cotidiana de trabalho?* e *Como podemos detectar o talento da Linguística Aplicada entre nós?* são perguntas que ainda permanecem entre nós. O pesquisador argumenta que a LA

[...] é mais que o ensino das línguas na sala de aula ou a aquisição da linguagem em ambientes naturais. Podemos estender a circunferência da Linguística Aplicada à clínica, à sala do tribunal, ao setor empresarial corporativo, às esferas públicas e aos espaços profissionais em geral, onde temos algo a oferecer, onde podemos aplicar nosso conhecimento e trazer uma diferença (Sarangi, 2012, p. 2, tradução minha).

O mesmo autor apresenta quatro paradigmas de investigação para a Linguística Aplicada e os Estudos do Discurso Profissional: a) *pesquisa pura*, b) *pesquisa aplicada*, c) *consultoria* e o que denomina d) *consultiva*. Sarangi compara a *pesquisa pura* à arte pela arte, ou à ciência pela ciência, seriam pesquisas que não abordam interesses cotidianos da sociedade; já a *pesquisa aplicada*, defende o autor, permite uma intervenção orientada pelos pesquisadores durante ou após o processo de investigação, com o intuito de fazer diferença tangível e imediata; enquanto a *consultoria* prioriza a resolução imediata de problemas; e a *consultiva* tem como condição fundamental a colaboração: os problemas são tratados em conjunto entre o pesquisador e as pessoas cujo trabalho se pretende transformar (Sarangi, 2012, p. 3). Em linguística aplicada, como a desenvolvida neste estudo, o pesquisador deve inicialmente refletir sobre quais serão as questões de pesquisa, o tipo de metodologia que deve ser adotado e qual conhecimento prático relevante deve gerar.

A propósito dos problemas associados aos estudos do discurso profissional, o pesquisador sublinha três aspectos: como negociar o acesso com os profissionais cuja prática queremos estudar, suas atividades *fronstage* e *backstage*; qual a natureza de nossa participação no contexto de coleta de dados - *paradoxo*

do participante; e como abordaremos os dados constitutivos da prática profissional - *paradoxo do analista* (Sarangi, 2012, p. 9-10).

O estudioso discute, ainda, a inter-relação entre estrutura social e interação social, e propõe um método de análise da atividade como uma forma de se estudar a comunicação no local de trabalho de forma relevante (Sarangi, 2005, p. 165) . Apresenta algumas características analíticas como constitutivas da análise de atividades: a) mapeamento de encontros inteiros, tanto temática quanto interacional; b) flexibilidade comunicativa nos níveis de atividade e tipos de discurso; c) integração de dispositivos discursivos e retóricos; d) noções de Goffman de enquadre, *footing* e trabalho de face; e) noções de Gumpers de pistas de contextualização e inferência conversacional; f) alinhamento sequencial e normativo; g) papel-relações sociais e discursivas; h) participação e descrição densas. A essa metodologia de análise denomina *espessura de participação e descrição densa*.

Sarangi (2001) faz eco a Candlin (2000) e argumenta que o envolvimento com a prática profissional exige mais que habilidades linguísticas e conhecimento, a relevância da pesquisa situa-se em nossa capacidade de selecionar dados adequados para análise - mas nenhuma interpretação é válida em si mesma, interpretações alternativas são inevitáveis. Defende a flexibilidade de nossos discursos, de forma a acomodar diferentes formas de ver e fazer além das fronteiras profissionais.

De acordo com Sarangi (2001, p. 30), as interpretações dos dados devem ter caráter colaborativo, numa ação conjunta com os profissionais, deve se tornar um princípio orientador para a investigação do discurso, em conformidade com a multidisciplinaridade, com trabalho em equipe, em profissões como medicina, trabalho social, direito, educação, etc. Para o autor, os profissionais do discurso devem se apresentar como uma comunidade de prática interprofissional, com o propósito de tornar sua investigação credível e socialmente relevante para além das fronteiras profissionais.

Para Sarangi (2005, p. 168), em pesquisas do local de trabalho, os pesquisadores devem permanecer comprometidos com o local de pesquisa, ao invés de com uma tradição de pesquisa, de modo que entendam as atividades relacionadas ao trabalho em sua totalidade. Defende que, para os analistas de

discurso, o discurso profissional é o objeto de estudo e o processo pelo qual podemos estudar a prática profissional (Sarangi, 2006, p. 378).

Retomando os postulados de Levinson ([1979:368] Sarangi, 2011, p. 277) - que caracteriza tipos de atividade como uma categoria vaga, cujos membros focais têm objetivos definidos, socialmente constituídos, eventos delimitados com restrições sobre os participantes, cenários, e assim por diante -, Sarangi defende que, enquanto o *tipo de atividade* é um meio de caracterizar cenários (consultório médico, encontro de serviço, seminário universitário, etc.), *tipo de discurso* é uma forma de caracterizar as formas de fala (conversa de histórico médico, conversa promocional, interrogatório, etc).

Também importante, para Sarangi (2006), é a distinção sobre papéis. Ele faz distinção entre *papel social*, *papel discursivo* e *papel de atividade*. O papel social se refere às relações sociais entre os participantes de uma interação (mãe-filho, professor-aluno, médico-paciente, etc.); o papel discursivo se refere às relações entre os participantes e a mensagem (produtor da mensagem, receptor da mensagem, transmissor da mensagem de outra pessoa); e o papel de atividade é dependente do tipo de atividade da qual o indivíduo está participando e usualmente é definido em relação aos outros participantes (Sarangi, 2006, p. 278)

Ao discutir o papel profissional em encontros de saúde (Sarangi, 2010, p. 91), o autor afirma que os médicos estão continuamente expostos a um repertório das categorias da função profissional (jogos de papéis), através da educação médica, do aprendizado e da experiência. Em qualquer consulta, dependendo do caráter do paciente e de suas expectativas, o médico tem que momentaneamente e cumulativamente configurar papéis relevantes do conjunto de papéis disponíveis. As práticas discursivas na interação em consultório médico suscitam mudanças de enquadres interacionais, diferenciação de vozes e multiplicidade de papéis (Pereira; Cortez, 2012, p. 201).

3.1.1

A ordem institucional: a comunicação médico-paciente

O estudo da fala em interação em práticas profissionais deve considerar que a distinção entre a fala institucional e a conversa ordinária não está claramente demarcada. A diferença entre uma e outra ocorre em interações reais através dos

níveis de organização interacional e da escolha da linguagem (Heritage, 1998). De acordo com Drew & Heritage (1992, apud Heritage, 1998), há três elementos básicos da fala institucional:

1. A interação normalmente envolve os participantes em orientações com objetivos específicos que estão vinculados a suas identidades institucionais relevantes: médico e paciente, professor e aluno, noiva e noivo, e assim por diante;
2. A interação envolve dificuldades específicas, que serão tratadas como contribuições admissíveis para a tarefa em questão;
3. A interação está associada com enquadres, procedimentos e inferências que são próprios a contextos institucionais específicos (Drew; Heritage, [1992] apud Heritage, p. 106, tradução minha).

Heritage (1998) aponta três questões que estão envolvidas no estudo da interação em contexto institucional:

1. O que é institucional na fala institucional?
2. Quais tipos de práticas institucionais, ações, posturas, ideologias, e identidades estão sendo adotadas na fala, e com quais finalidades?
3. Qual a importância de práticas interacionais particulares para as questões que estão além da conversa? Há conexões entre o uso de tipos particulares de práticas e ações em uma dada arena institucional e resultados substantivos da interação, por exemplo, tomada de decisão, persuasão, satisfação etc.? (Heritage, 1998, p. 109-110, tradução minha).

A análise da conversa em contextos institucionais centra-se no estudo da forma como os participantes da interação gerenciam suas atividades institucionais, em como práticas profissionais se configuram na forma de aulas, palestras, interrogatório policial, consulta médica, depoimento, e assim por diante. Nesse sentido, a ACE “[...] oferece uma metodologia distintiva, rigorosa e fecunda para investigar os locais organizacionais e institucionais da vida social (Drew; Heritage, 1992, p. 7).

A entrevista ou consulta médica configura-se como um encontro da ordem institucional do discurso por apresentar nuances que a distinguem da conversa espontânea. Conforme Drew e Heritage (1992), a distinção entre ambos pauta-se na orientação dos participantes para suas respectivas identidades relevantes na interação em curso e nas atividades associadas a essas atividades, por exemplo, se a relação se estabelece entre amigos ou entre pessoas leigas e profissionais especializados.

A análise da fala em interação face-a-face em encontros de consulta ou entrevista médica trata-se de um empreendimento que deve considerar o tipo de relação que se estabelece entre os participantes em um contexto social situacionalmente localizado. Esse contexto interacional constitui-se não apenas pela sua organização física ou pelas pessoas em presença umas das outras, mas sobretudo pelas atividades realizadas pelos participantes numa relação dialógico-reflexiva (Erickson; Shultz, [1981] 2002). Neste estudo, as entrevistas médicas concebidas como “[...] uma forma de discurso, isto é, uma fala significativa entre pacientes e médicos, desenvolvem-se por meio de um discurso que resulta do trabalho conjunto de médico e paciente, na arquitetura da prática clínica (Mishler, 1984). De acordo com Bohórquez (2004),

A conversa entre médico e paciente é uma entrega mútua, o que permite esclarecer aspectos da vida do paciente, direta ou indiretamente relacionados com a saúde e doença, às vezes tão íntimos que este não se atreveria a expressá-los facilmente para outra pessoa que não fosse um médico, por força dessa forma particular de confissão pessoal que é a visita a quem pode compreender e ajudar ao seu bem-estar (Bohorquez, 2004, p. 11, tradução minha).

O autor argumenta que a relação médico-paciente caracteriza-se pelo encontro entre a pessoa que busca ajuda e aquela que pode proporcioná-la, estando a segunda imbuída do papel de promover a saúde, prevenir a doença, tratar e reabilitar patologias. Nos últimos anos, entretanto, o papel dos médicos tem sofrido alterações.

Schulz e Rubinelli (2008) afirmam que

A interação médico-cliente é um diálogo de busca de informação na medida em que começa a partir de uma situação inicial em que um participante tem algumas informações que o outro participante quer. Assim, para chegar a um diagnóstico ou prognóstico, o médico precisa de informações do paciente, que ele obtém por meio de anamnese e exame, enquanto o paciente precisa de informações sobre a sua situação para entender qual a doença que ele tem e o que ele tem que fazer para melhorar sua saúde ou se recuperar (Schulz; Rubinelli, 2008, p. 426, tradução minha).

Rigano (s/d) afirma que

Até há pouco tempo os médicos constituíam um núcleo de especialistas com poder suficiente e reconhecimento para impor socialmente um ponto de vista, impor um estilo de vida e, em consequência, formas de produção e consumo de bens tanto materiais quanto simbólicos (Rígano, s/d).

No entanto, preocupações bioéticas com respeito à autonomia do paciente tem determinado a função do médico como “uma espécie de assessor, alguém a quem o cliente consulta para fazer o que melhor lhe convém” (Quiróz, 2006, p. 18).

O encontro médico-paciente, a princípio, destina-se “[...] a facilitar e mediar o processo diagnóstico e terapêutico; mas, em muitos casos, permite a possibilidade adicional de promover processos de transformação e desenvolvimento humano em seus participantes (Bohorquez, 2004, p. 2). Bohorquez defende, no entanto, que, para que a transformação ocorra, deve haver entre os interlocutores uma mútua e profícua interação pessoal, mais do que simples trocas de informações.

O encontro médico-paciente resulta de propósitos bem definidos pelos participantes da interação, que ocorre entre uma pessoa que tem um problema/uma doença a ser resolvido/tratada e alguém que tem formação para auxiliar na resolução desse problema ou na busca pela cura da doença, elicitando informações, avaliando-as, formulando diagnóstico e propondo alternativas terapêuticas. Marcada pela relação de assimetria que lhe é inerente, a prática discursiva do consultório médico, na relação entre o profissional especialista e o leigo, “[...] exemplifica o papel que quem detém o poder exerce no controle de enquadres interacionais” (Moita Lopes, 1996, p. 8).

Hyden e Mishler (1999) afirmam que há um domínio dos médicos, exercido por meio de seu controle, tanto da estrutura da entrevista - quem faz as perguntas e quem as responde, quem dá e quem recebe a informação; quanto do conteúdo da entrevista - quais os problemas são considerados relevantes e que cursos de ação valem a pena perseguir. Reportando-se ao trabalho desenvolvido por Ong et al. (1995), os autores lembram que a entrevista médica tem três objetivos: (i) criar uma relação interpessoal positiva entre médico e paciente, isto é, uma aliança de trabalho; (ii) oferecer oportunidade a ambos para dar e receber informação; e (iii) oferecer a base para o médico tomar decisões médicas.

De acordo com Mishler,

Há uma série de maneiras de o médico usar sua posição como falante nessa estrutura para controlar a entrevista: ele abre cada ciclo do discurso com a sua resposta/pergunta; ele avalia a adequação das respostas do paciente; ele fecha cada ciclo, utilizando sua avaliação como um marcador de terminação; ele abre o próximo ciclo por um(a) outro(a) pedido/pergunta. Através deste modelo de

abertura e encerramento de ciclos o médico controla o processo de tomada de turno; decide quando o paciente deve ter a sua chance. Ele também controla o conteúdo do que está sendo discutido atendendo e respondendo a certas partes das declarações do paciente e iniciando cada novo tópico (Mishler, 1999, p. 298).

Há, no entanto, a necessidade de uma aliança terapêutica entre médico e paciente - e pais/cuidadores, no caso de consultas pediátricas - para o sucesso do tratamento. Nesse sentido, o poder e a autoridade do profissional são parte de uma negociação e de uma construção na consulta: “o médico tem o poder e a autoridade de prescrever e aconselhar certas condutas e o paciente tem o poder de não acatar as prescrições médicas – sendo esta vista socialmente como uma expressão da autonomia do paciente ou como uma transgressão de conduta, segundo o momento histórico que estejamos considerando” (Rígano, op cit.).

Nas palavras de Bohórques (2004, p. 14), “Cada encontro humano é um processo irrepetível e cheio de riqueza [...]”, concepção adotada nesta pesquisa, que compreende as quatro consultas analisadas como únicas e singulares, ainda que sejam de prosseguimento do tratamento do TDAH, e que estejam vinculadas a uma agenda institucional de formatação do encontro, com papéis e atividades profissionais pré-definidos.

As consultas pediátricas diferem de consultas com pacientes adultos, visto que estas geralmente envolvem interações na díade médico-paciente, enquanto o atendimento pediátrico se caracteriza na tríade médico-acompanhante-criança ou adolescente (Kohlsdorf; Costa Junior, 2013). Na maioria das vezes, o acompanhante nos atendimentos pediátricos é a mãe, conforme estudos sobre o tema (Kohlsdorf; Seidl, 2011; Kohlsdorf; Costa Junior, 2013), e observação desta pesquisadora na convivência em campo para a geração de dados.

Embora a presença do acompanhante no atendimento à criança seja reconhecidamente importante, estudos alertam para a atenção aos sentimentos, concepções e necessidades da criança (Leite et al., 2007; Mendonça, 2007). Nova et al. (2005) destacam a pouca participação da criança nos atendimentos, cuja conversa se desenvolve com a interlocução entre o profissional da saúde e os pais. Gabarra e Crepaldi (2011) destacam que “Quanto menor a criança, mais ela parece ser excluída da comunicação da doença. No entanto, elas relataram como são atentas a tudo o que ocorre na sua família, nas conversas dos pais com as pessoas e entre si, tornando essa a sua forma de saber sobre a doença”.

Em pesquisa sobre a comunicação entre médicos e pais em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica, Gordon et al. (2009) mostram que os pais percebem seus papéis e suas responsabilidades quanto aos cuidados necessários ao tratamento de seus filhos como ações que vão além de prestar informações sobre a criança, e avaliam suas responsabilidades comunicativas e a dos clínicos como não cumpridas com mais frequência do que como cumpridas, o que indica a necessidade de melhorias na comunicação entre médico e pais.

Em consultas pediátricas, os pais, na maioria das vezes, assumem o papel de informar ao médico(a) sobre o cotidiano, o comportamento e os desconfortos da criança, invariavelmente na frente dos filhos, que participam das consultas. Não se pode negar, no entanto, que, a partir de uma certa idade, tanto crianças quanto adolescentes já têm eles mesmos condições de avaliar a própria situação de desconforto que as(os) levaram ao consultório médico, e, assim, dividirem com pais/cuidadores a responsabilidade, no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento do que os incomoda. No que diz respeito a crianças e adolescentes com TDAH, no entanto, pesquisas apontam estreita relação entre o Transtorno e “[...] problemas de moderados a graves na área da linguagem [...]” (Tannock, 2000; Cohen et al., 2000, apud Lima; Albuquerque, 2003, p. 117), o que pode acarretar limitações no relato de suas experiências cotidianas e interferir de modo negativo na avaliação diagnóstica e no tratamento.

Em suas reflexões sobre o desempenho lingüístico de crianças com déficits atentos, Lima (2001, p. 149) conclui que para crianças com TDAH “[...] toda situação de interação lingüística que exija planejamento e organização apresenta um desafio a ser vencido.” Citando Bamberg (1999), para quem as pessoas, nas conversas, produzem umas as outras e a si mesmas, Lima argumenta que “[...] a fala dos pais pode ser modeladora e/ou mantenedora de uma identidade da qual a criança terá dificuldade de se livrar, ou então, em mecanismo inverso, com a qual vai procurar se adequar” (Lima, 2001, p. 151).

Nesse encontro clínico, majoritariamente caracterizado pela interação tríade médico(a), pais/cuidadores e crianças/adolescentes, cabe ao médico o papel de orientar o tópico da conversa, cedendo turnos de fala ora aos pais/cuidadores, ora à(ao) criança/adolescente, enquadrando e reenquadrando a situação discursiva, conforme diagnóstico e interesse investigativo. Assim, consultas clínicas pediátricas exigem do médico atenção redobrada, pois tanto pais/cuidadores

quanto crianças e adolescentes são participantes ratificados do evento, tendo, portanto, direitos de elocução, com observações a tecer e estórias a contar.

Clark e Mishler (2001), em trabalho sobre a importância das histórias dos pacientes em encontros clínicos, argumentam que os alinhamentos sociais assumidos pelo médico em relação às histórias do paciente podem valorizar a história deste ou reduzi-la. Consultas clínicas, no entanto, “[...] são estruturadas em formatos que limitam as oportunidades que os pacientes têm de contar histórias de suas doenças” (Clark; Mishler, 2001, p. 13), tendo em vista que esse tipo de encontro apresenta normas comunicativas específicas, construídas a partir de manuais que “[...] representam os estoques de conhecimentos que informam ao médico sobre a prática profissional [...]” (Pereira, 2009, p. 275).

A interação, nesse formato de encontro, exige de todos os participantes atitudes colaborativas de interação. A escuta das estórias e experiências de pais/cuidadores e de crianças/adolescentes orienta o médico na tarefa clínica de diagnóstico e tratamento do paciente. Ao contarem suas estórias, pais/cuidadores e pacientes trazem à tona identidades emergentes e constituintes na prática discursiva, sentidos que atribuem ao mundo, a si mesmos e ao outro (Fabrício; Bastos, 2009). Nesse sentido, a análise e interpretação da fala desses atores sociais muito tem a dizer acerca das identidades coconstruídas neste contexto situacional: o consultório médico.

3.2

Teorias sociointeracionais

A articulação entre a Sociolinguística Interacional e a Análise da Conversa Etnometodológica oferece suporte teórico às pesquisas empíricas etnográficas de cunho qualitativo, e a este estudo em particular, por estarem essas áreas de conhecimento voltadas para questões importantes da investigação de fenômenos em interações sociais humanas situacionalmente localizadas.

3.2.1

Sociolinguística Interacional (SI)

A Sociolinguística interacional é apresentada por Schifffrin (2006, p.307) como uma perspectiva teórica e metodológica sobre o uso da linguagem em três campos disciplinares: a linguística, a sociologia e a antropologia, com preocupações acerca de questões sobre linguagem, sociedade e cultura.

A análise da comunicação social humana requer olhar apurado não apenas sobre o que é dito pelos participantes de um encontro, mas também sobre quem são esses atores sociais, de qual atividade eles participam (que tipo de atividade está em processamento), como eles se comportam uns diante dos outros, enfim, sobre o sentidos que estão sendo construídos na interação, momento a momento (Sarangi, 2000). A realidade social, nesse sentido, estabelecida pela ordem institucional da consulta pediátrica, é, no entanto, constantemente promovida interacionalmente pelos atores, em diferentes enquadres, como veremos nos capítulos 5, 6 e 7 de análise de dados.

A Sociolinguística Interacional apresenta-se, desse modo, como uma alternativa interpretativa e dinâmica de análise dos fenômenos sociais situados, de ordem micro e macro, em contraponto às abordagens tradicionais, que os tratam de forma generalista, por meio de categorizações de grupos “[...] isolados por critérios não-linguísticos, tais como residência, classe, profissão, etnia e aspectos semelhantes, e que, então, usam tais fenômenos para explicar comportamentos individuais” (Gumperz [1982], 2002, p. 151).

Goffman ([1964], 2002, p. 14-15) destaca a importância de os estudiosos, linguistas, sociolinguistas, antropólogos e sociólogos, observarem um fenômeno até então negligenciado nos estudos da comunicação face-a-face: a situação social. Argumenta que a análise de comportamentos gestuais constituintes da comunicação humana, como o movimento das sobrancelhas e das mãos, muitas vezes requer que se apresente o cenário material humano no qual o gesto é feito. O autor explica a 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).

A definição da situação social consiste na resposta à questão: *o que está acontecendo aqui e agora?* De acordo com Ribeiro e Pereira, essa questão “[...] aponta para dois tipos de indicadores contextuais: o *aqui* direciona a interpretação para o contexto situacional; e o *agora* remete ao momento da interação em curso” (Ribeiro; Pereira, 2002, p. 50).

As autoras explicam a noção de contexto, a partir da distinção entre a ordem interacional micro e macro: “Podemos perceber o contexto de forma *micro*, captando mais especificamente as informações de natureza sócio-interacional que informam uma conversa, ou de forma *macro*, refletindo sobre a visão sócio-histórica e institucional que ancora o discurso (Ribeiro; Pereira, p. 51).

Para Gumperz, as pessoas interpretam uma elocução, a partir de suas definições do que ocorre momento a momento na interação, ao que denomina *tipo de atividade* ou *atividade*. Argumenta que “[...] o termo atividade não é usado para representar uma estrutura estática, mas para refletir um processo dinâmico que se desenvolve e sofre alterações à medida que os participantes interagem” (Gumperz, [1982] 2002, p. 151).

Entendo, em conformidade com pesquisadores que se voltam para o estudo da interação humana (Erickson; Schultz, 1981; Goffman, 1979; Gumperz [1982], 2002, entre outros), que a linguagem subjaz a toda organização social e que os indivíduos *são* e *agem* “pela” e “na” linguagem, constituída na relação com o outro. O princípio da alteridade (Bakhtin, 2011; Moita Lopes, 2001), dessa forma, norteia nossas ações cotidianas, por meio das quais pensamos, repensamos, significamos e ressignificamos a vida social. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais são analisados a partir dos processos interativos empreendidos pelos participantes da interação.

Gumperz ([1982] 2002, p. 150) argumenta que “[...] os interlocutores – para categorizar eventos, inferir intenções e apreender expectativas sobre o que poderá ocorrer em seguida – se baseiam em conhecimentos e estereótipos relativos às diferentes maneiras de falar”. O estudioso cunhou, então, o conceito de *pistas de contextualização*, que se traduzem em sinais linguísticos, paralinguísticos e prosódicos, utilizados por nós para sinalizarmos nossas intenções comunicativas e inferirmos a intenção de nosso interlocutor.

Por meio dessas pistas, tornamos possível enquadrar o evento conversacional e interpretar em qual atividade os atores sociais estão engajados. Segundo o autor,

[...] é através de constelações de traços presentes na estrutura de superfície das mensagens que os falantes sinalizam e os ouvintes interpretam qual é a atividade que está ocorrendo, como o conteúdo semântico deve ser entendido e como cada oração se relaciona ao que a precede ou segue. Tais traços são denominados pistas de contextualização (Gumperz, [1982] 2002, p. 152).

A noção de *enquadre*, delineada por Bateson ([1972], 2002), consiste em um conceito de ordem psicológica, assim como o de *moldura* e *contexto*. A compreensão do enquadre orienta os participantes de uma dada interação sobre quais seriam as respostas adequadas ao evento em curso.

Goffman ([1974], 2002) desenvolveu o conceito de enquadre, destacando seu caráter situacional e organizacional, além do fato de os indivíduos refletirem e buscarem respostas a questões como *o que ocorre aqui?* – interpretação literal; *qual o significado do que está ocorrendo?* – interpretação metafórica. A resposta a essas questões definem a situação interacional, ou, em outras palavras, determinam como devemos enquadrar o evento, tendo por base os princípios organizacionais que os governam – pelo menos os sociais – e o nosso envolvimento nele.

Goffman ([1974], 2002, p. 10-13) ressalta assim os seguintes aspectos:

- (i) “a perspectiva é situacional, significando uma preocupação com o indivíduo em uma dada situação;
- (ii) “princípios de organização: “definições da situação são construídas de acordo com princípios de organização que governam eventos - no mínimo os sociais - e nosso envolvimento subjetivo com eles...” (Goffman apud Pereira, 2002, p. 14-15).

É interessante observarmos que Goffman trata de enquadres observando a perspectiva dos subjetivamente envolvidos em manter algum interesse neles e considera que “Quando os papéis dos que participam numa atividade são diferenciados (...) a visão que uma pessoa tem daquilo que está ocorrendo será provavelmente muito diferente da visão de outra. “ (Goffman, [1974] 2012, p. 31). Na mesma obra, o autor está também atento ao que denomina “A fabricação da

experiência negativa” (Goffman, [1974] 2012, p. 463 e seguintes), observando o envolvimento nos enquadres e o rompimento com os mesmos.

Na análise dos dados (cf. capítulos V, VI e VII), veremos que serão importantes, no estabelecimento, na adesão ou mudança de enquadres: i) a concepção situacional de Goffman, no evento consulta pediátrica, *o que ocorre aqui?*; ii) as diferenciações de papel social (pais, adolescentes, crianças), papel de atividade (médica) e papel discursivo (Sarangi, 2006, p. Sarangi (2006, p. 278), com alternância; iii) o status e o formato de participação (Erickson; Shultz, [1981] 2002; Goffman, [1979] 2002); iv) o envolvimento dos participantes, mediante ações comunicativas.

Tannen e Wallat, em estudo intitulado “Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame/consulta médica” ([1987], 2002), argumentam que *enquadres* e termos afins (*script*, esquema, protótipo, atividade de fala, modelo e módulo) encaixam-se em duas categorias: (a) enquadres de interpretação e (b) estruturas de conhecimento. Os enquadres de interpretação, que caracterizam estudos do campo da antropologia e da sociologia, são de natureza interacional. Na concepção das autoras, os enquadres definem o que acontece em uma dada interação, se uma piada, se uma brincadeira, ou se uma briga; os enquadres representam o modo como os participantes interpretam a atividade em jogo: “[...] a partir da maneira como os participantes se comportam na interação, os enquadres emergem de interações verbais e não verbais e são por elas constituídos” (Tannen; Wallat, [1987] 2002, p. 189).

As estruturas de conhecimento, nomeadas de diferentes formas em Inteligência Artificial, Psicologia Cognitiva e Semântica Linguística, equivalem aos *esquemas*. Esquemas de conhecimentos distintos entre os participantes de um encontro podem gerar mal entendidos e mudanças de enquadre, referem-se, de acordo com as autoras, às expectativas que os participantes de um encontro têm a respeito “[...] de pessoas, objetos, eventos e cenários no mundo” (Tannen; Wallat, [1987] 2002, p. 189). Por esse ponto de vista, os significados, embora localmente situados, são apreendidos, a partir de conhecimentos anteriores, pelo preenchimento de informações não ditas, mas cujo conhecimento é recapturado no momento da interação, o que torna as expectativas dos participantes altamente dinâmicas.

A fim de indicar a forma dinâmica como as pessoas dão pistas de como enquadram um evento (Gumperz, [1982] 2002), ou como mudam de enquadre, Goffman estabelece a noção de *footing*. Para o autor,

Uma mudança de *footing* implica uma mudança no alinhamento que assumimos para nós mesmos e para os outros presentes, expressa na maneira como conduzimos a produção ou recepção de uma elocução. Uma mudança em nosso *footing* é um outro modo de falar de uma mudança em nosso enquadre dos eventos” (Goffman, [1979], 2002, p. 113, grifos do autor).

O *footing* traz, assim, a natureza dinâmica dos enquadres, mostrando como os participantes gerenciam a produção e a recepção das elocuições. As noções tradicionais de falante e ouvinte dão lugar à de participantes interacionais com papéis mais complexos e cambiantes, conforme o *formato de produção* do discurso (referente ao falante) e a *estrutura de participação* dos interlocutores (relacionada ao ouvinte).

No que diz respeito à *estrutura de participação*, o autor distingue a condição oficial de ouvinte ratificado, ouvinte “intrrometido”, ou “ouvinte por acaso”, dado o momento social em que a atividade se processa. Goffman argumenta que há situações em que, mesmo ocupando o *status* de participante ratificado, uma pessoa pode não prestar atenção ao que lhe está sendo endereçado (não ouvir), ou, ao contrário, não sendo um participante oficialmente ratificado da conversa, pode ouvir o que outra diz de propósito - o que caracteriza uma atitude de “intrromissão”; ou ouvir de forma não intencional - tornando-se ouvinte “por acaso”.

Quanto ao *formato de produção* do discurso, diferentemente da noção clássica de falante, em que o mesmo indivíduo se posiciona simultaneamente como aquele que produz elocuições, que seleciona sentimentos e palavras expressos e que está comprometido com o que está sendo dito, Goffman apresenta os papéis representados pelos participantes no ato de enunciar. Considera o ‘*status de participação*’ do interagente no evento comunicativo, que o caracteriza como *autor* (aquele que seleciona os sentimentos expressos e as palavras que os codificam), *responsável* (assunção de um papel ou identidade social específica) ou *animador* (aquele que atualiza as palavras de outrem). Desse ponto de vista, numa interação conversacional, alguém pode proferir enunciados ditos anteriormente por outra pessoa, numa referência direta ou indireta; expressar sentimentos e

ideias que não são exatamente os seus, como quando da leitura de um poema; ou, ainda, apresentar-se como “[...] uma pessoa que ocupa algum papel ou identidade social específica. [...] o indivíduo fala, explícita ou implicitamente, em nome de um ‘nós’, não de um ‘eu’ [...]” (Goffman, [1979] 2002, p. 134).

Os conceitos desenvolvidos nesta seção são significativos para a definição do contexto situacional (Ribeiro; Pereira, 2002), envolvendo a participação das pessoas envolvidas no encontro, os tópicos coconstruídos interacionalmente, a organização conversacional em sequências conversacionais, o comportamento dos interlocutores em relação um ao outro e à interação em processo, o registro linguístico utilizado, além de outras marcas que orientam os participantes sobre o *aqui* e o *agora* da interação em curso.

3.2.2

Análise da Conversa Etnometodológica (ACE)

A Análise da Conversa Etnometodológica (ACE) surge no campo de estudos da sociologia. Trata-se de uma vertente da Etnometodologia, teoria social desenvolvida por Harold Garfinkel, que ganha impulso nos anos 1970, em particular com a publicação de textos dos pesquisadores Harvey Sacks, Emanuel Schegloff e Gail Jefferson. Na época, na contramão dos estudos chomskianos da linguagem, em que os dados eram marcados pela abstração, a ACE propõe a análise da conversa cotidiana, empreendida por falantes reais, em tempo e local também reais.

Embora os dados de análise da ACE focalizem a linguagem em uso, não é a linguagem seu foco de interesse, mas a ação social humana em ocorrência naturalística. Diferentemente dos sociólogos tradicionais, que pressupõem uma realidade apriorística, exterior ao indivíduo, com regras, e estrutura estável, independente das interações sociais, os analistas da conversa, em comunhão com o que propõe a Etnometodologia, defendem que “A realidade social é constantemente criada pelos atores, não é um dado preexistente” (Coulon, 1987, p. 31). Dessa forma, somente por meio da observação direta das práticas dos membros em suas ações sociais cotidianas pode-se pôr em evidência os modos como esses atores agem e interpretam as ações uns dos outros.

A noção de membro adotada pelos analistas da conversa, proposta pelos etnometodólogos, vai ao encontro da sua concepção do que seja ‘realidade’, e da importância que esses pesquisadores atribuem à linguagem nas ações humanas cotidianas. Nas palavras de Coulon, a noção de membro está atrelada à afiliação a um grupo, a uma instituição, pelo domínio e compartilhamento de uma linguagem institucional comum. Para o autor,

Um membro não é portanto apenas uma pessoa que respira e pensa. É uma pessoa dotada de um conjunto de modos de agir, de métodos, de atividades, de *savoir-faire*, que a fazem capaz de inventar dispositivos de adaptação para dar sentido ao mundo que a cerca. É alguém que, tendo incorporado os etnométodos de um grupo social considerado, exhibe “naturalmente” a competência social que o agrega a esse grupo e lhe permite fazer-se reconhecer e aceitar (Coulon, 1995, p. 48).

As ações humanas, nesse sentido, são sempre coconstruídas, intersubjetivas, articuladas e organizadas. Os analistas da conversa defendem, desse modo, que o uso cotidiano da conversa não ocorre de forma caótica, ao contrário, têm organização “[...] passível de análise e descrição” (Garcez, 2008, p. 19).

Assim, os participantes precisam constantemente mostrar uns para os outros suas perspectivas de compreensão do que está ocorrendo, e a ACE propõe-se a examinar como enunciados e comportamentos de um participante da interação afetam o outro, observando as sequências organizadas da fala. Entende-se a fala, nesse sentido, como um modo de ação entre indivíduos, uma forma de agir socialmente. A Análise da Conversa Etnometodológica compromete-se com a “[...] descrição e explicação das competências que usam e das quais dependem falantes quaisquer ao participar de interação inteligível socialmente organizada” (Heritage; Atkinson, apud Garcez, 2008, p. 18).

Tendo surgido no seio da Etnometodologia, a ACE aplica, na análise dos dados de pesquisa, conceitos propostos na teoria social de Harold Garfinkel (1967). Algumas dessas noções teóricas são primordiais para a compreensão da proposta de estudo e da metodologia de análise dessa área de pesquisa, tais como o interesse pelas estruturas formais, entendidas como atividades cotidianas:

- (a) na medida em que elas exibem sob análise as propriedades de uniformidade, reprodutividade, repetição, padronização, tipicidade e assim por diante;
- (b) na medida em que essas propriedades são independentes da produção específica de agrupamentos;
- (c) na medida em que os fenômenos (a), (b) e (c) são realização prática e situada de cada agrupamento específico (Garfinkel; Sacks, [1986], 2012).

Garfinkel e Sacks ([1986] 2012) argumentam que é comum em uma prática conversacional que os participantes da conversa *formulem* sua conversa. Conforme os autores, essa é uma característica comum das conversas, em que os participantes exibem para as partes trechos da conversa, característicos de um *diálogo auto-explicativo*.

A atividade de fazer formulação, em que colocamos em prática o *dizer-em-tantas-palavras-o-que-estamos-fazendo*, caracteriza-se por ser algo exibido na fala e por estar “[...] disponível para o relato ou observação ou comentário dos participantes [...]” (Garfinkel; Sacks, [1986] 2012, p. 235).

Conforme os autores,

Um membro pode tratar um ou outro trecho da conversa como oportunidade para descrever aquela conversa, explicá-la, ou caracterizá-la, ou explaná-la, ou traduzi-la, ou resumi-la, ou definir sua essência, ou chamar atenção para sua obediência às regras, ou comentar seu desrespeito às regras. Quer dizer, um membro pode usar algum trecho da conversa como oportunidade para *formular* a conversa [...] (Garfinkel; Sacks, [1986] 2012, p. 233).

Formulações, assim, são entendidas como “[...] recursos com os quais as ciências sociais podem realizar rigorosas análises de ações práticas que são adequadas a todos os fins práticos” (Garfinkel; Sacks, [1986] 2012, p. 243).

Gago (s/d) explica a atividade de fazer formulação, afirmando que “[...] a prática de formulação nada mais é que um método dos interagentes para explicitarem sua compreensão de partes de uma conversa ou da conversa como um todo”, e acentua que a prática de formular realiza-se em qualquer contexto, em conversa cotidiana, em conversa médico e paciente, advogado e cliente, etc.

Ostermann e Silva (2009) explicam que as formulações caracterizam-se por tornarem explícitos o entendimento de alguém sobre “[...] o que foi dito anteriormente ou sobre o que está acontecendo ali, quer seja no turno imediatamente posterior, ou ainda depois de uma ou várias sequências interacionais, através de retomadas” (p. 98). As autoras, retomam estudos de

Heritage e Watson (1979) e descrevem as três propriedades centrais que caracterizam as formulações: *preservação*, *apagamento* e *transformação*.

[...] ao formular, a pessoa preservará o sentido de acordo com o que ela compreendeu (preservação), apagará parte do que foi dito anteriormente (apagamento) e transformará, pelo menos em parte, o que foi dito (transformação) (Ostermann; Silva, 2009, p. 98).

As autoras analisam a possível relação entre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a prática de formular, em dados gerados em consultas ginecológicas e obstetrias, e concluem que “[...] quando tanto médicos quanto pacientes podem expressar seus entendimentos e solicitar confirmação, a assimetria do atendimento tende a ser minimizada e a consulta tende a ser mais colaborativa” (Ostermann; Silva, 2009). Nesse sentido, ratificam as ideias de Hak e Boer (1996) e afirmam que, no que diz respeito à prática de fazer formulações, as consultas médicas por elas analisadas aproximam-se muito das interações psicoterapêuticas.

Os etnometodólogos e, por conseguinte, os analistas da conversa pensam a realidade social como um construto criado e recriado constantemente pelos atores, num trabalho interativo-situacional de cooperação e intersubjetividade. Pode-se afirmar, então, que não há uma realidade externa ao sujeito, fora de suas relações com o outro, ao contrário, é nas relações sociais cotidianas que a realidade se instaura e os sentidos de si, do outro e do mundo são construídos. A percepção de que o mundo cotidiano “Não é vivido independentemente dos demais indivíduos sociais, ao contrário, é compartilhado, é construído nas relações estabelecidas com outros atores a partir da comunicação” (Guesser, 2003, p. 156) explica não só a busca pelo entendimento de crenças e comportamentos do senso comum (considerados marginais pela sociologia tradicional), como também a visão de que os “[...] fenômenos cotidianos estão em constante criação, transformação, e extinção” (Guesser, 2003, p. 158).

Nos estudos de abordagem etnometodológica, os indivíduos interagem uns com os outros pelo uso da linguagem. A linguagem, no entanto, de que se trata aqui, não é a mesma para a qual se voltam gramáticos e lingüistas de vertente estruturalista, nem seus usuários se comparam aos seres idealizados, que se limitam aos papéis de falante/ouvinte; a linguagem explorada pelos

etnometodólogos é a linguagem real, de pessoas concretas, que a usam nas relações diárias com o outro. E essa linguagem utilizada na prática das ações cotidianas dos atores sociais é flexível à atividade local de interação, por isso, indicial. Noção lingüística aplicada a termos como “isto”, “eu”, “você”, entre outros, a indicialidade fornece à linguagem um caráter situado, em que as ideias enunciadas só ganham sentido no momento da interação, num contexto específico (Coulon, 1995).

Se os sentidos são produzidos localmente, numa relação de cooperação entre os indivíduos, outras propriedades entram em ação como a intersubjetividade, a reflexividade e a relatabilidade (*accountability*), noções imbricadas umas às outras (Coulon, 1995).

A intersubjetividade diz respeito ao partilhamento do código, de intenções, máximas da cooperação, processos de inferências, dentre outros, no curso das interações, necessários para um entendimento comum, em outras palavras, “[...] intersubjetividade tem a ver com os participantes estarem ambos em um mesmo plano de entendimento quanto ao que estão fazendo em conjunto naquela juntura interacional local” (Garcez, 2008, p. 32). No entanto, a intersubjetividade é dificilmente alcançada, dada a incompletude do processo de comunicação (Pereira, 2002).

Esse ‘fazer conjunto’ implica a existência do que se denominou reflexividade, ou seja, de “[...] práticas que ao mesmo tempo descrevem e constituem o quadro social” (Coulon, 1995, p. 41). A reflexividade é um processo automático e contínuo, que diz respeito à tomada de decisões na prática cotidiana e à “[...] formação de uma idéia de mundo, coordenando os atores e articulando-os cooperativamente com os demais atores sociais” (Guesser, 2003, p. 162). Esses processos reflexivos que compõem a interação entre os indivíduos é o que confere relatabilidade a suas atividades, tornando-as explicáveis, possíveis de serem descritas, de forma a produzir sentido. Nas palavras de Coulon (1995, p. 46),

[...] se eu descrevo uma cena da minha vida cotidiana, não o faço enquanto ela me “diria” o mundo que minha descrição pode interessar a um etnometodólogo, mas enquanto essa descrição, em se realizando, “fabrica” o mundo, o constrói. Tornar o mundo visível significa tornar a minha ação compreensível, descrevendo-a, pois eu mostro o seu sentido pela revelação a outrem dos processos pelos quais eu a relato.

Estudar as ações sociais humanas, conforme propõe a ACE, requer do pesquisador um olhar apurado quanto ao modo como essas ações acontecem. Em primeiro lugar, cabe entender o que significa observar as práticas sociais em ambiente *naturalístico*. Importa para o analista da conversa que a atividade observada não seja algo forjado ou imaginado pelo pesquisador, mas uma prática rotineira na vida social, tais como conversas do dia-a-dia, reuniões de trabalho, consultas médicas, palestras, aulas, etc. - eventos que ocorrem rotineiramente nas relações humanas, independentemente de qualquer interesse de pesquisa. Isso explica também o fato de a análise e interpretação das ações que se desenvolvem nas interações sociais terem como base “[...] a perspectiva êmica, isto é, a perspectiva dos participantes sobre as ações conforme eles a demonstram uns para os outros” (Garcez, 2008, p. 24).

Em suma, as noções teóricas, aqui esboçadas, desenvolvidas por estudiosos que se interessam pelo uso da fala em contextos sociais específicos, é de fundamental importância para a análise e interpretação do que se faz quando se fala, quando se interage com o outro, tanto em nível micro quanto em nível macro (Ellis, 1999). Os significados em nível micro referem-se ao que os indivíduos fazem quando utilizam a linguagem numa situação específica de interação social e, em nível macro, dizem respeito às identidades de grupo, etnias, diferenças de *status*, profissões, etc. Micro e macro, no entanto, são intrínsecos um ao outro, visto que práticas situacionalmente localizadas são influenciadas por significados macro-contextuais, nas palavras de Moita Lopes (2009, p. 13), a prática local “não ocorre em um vácuo sócio-histórico-cultural”.

3.3

Identities como construto entre o interacional e o sociocultural

Para o desenvolvimento da pesquisa sobre coconstrução de identidades de pais, e de crianças e adolescentes com TDAH, e sobre como se configura a estrutura de participação na interação entre os participantes do encontro em consulta pediátrica, ancoro-me em linhas teóricas que elegem a prática interacional cotidiana como objeto de estudo, a partir do uso da linguagem, em tempo real, em interação face-a-face. Numa visão socioconstrucionista do

discurso e da identidade social (Moita Lopes, 2002), a definição de identidades está associada à coconstrução do conhecimento e da autoestima,

Os estudos sobre identidades conquistam cada vez mais a atenção de pesquisadores em diversas áreas do conhecimento, com destaque ao campo da Sociolinguística, cujos trabalhos se voltam para a relação entre linguagem e sociedade. Ainda que receba tratamentos distintos dos pesquisadores - alguns veem-na como ponto final de sua análise, produto das ações comunicativas; outros veem-na mais integrada à comunicação, como um ingrediente móvel, ativo, que pode ser ratificada, reformulada ou rejeitada, conforme a atividade se desenvolve momento a momento, há uma tendência entre os estudiosos de olharem “[...] para COMO uma dada identidade é ativada, exibida e processada no discurso situado [...]” (Rampton, xerox, s/d, grifo do autor, tradução minha).

Na relação que se estabelece entre os interlocutores, o compartilhamento de convenções linguísticas e culturais, de aspectos econômicos, políticos ou histórico-sociais, que associam certos atos e posturas a uma identidade social determinada pretendida pelo falante e a existência de disposição de aprovar a identidade que o falante projeta são determinantes para o estabelecimento de uma identidade social particular (Ochs, 1993). As identidades são construtos interacionais e sociais múltiplos, resultam da colaboração, cooperação e coordenação entre os interactantes, o que não significa, necessariamente, a existência de filiação e apoio de ideias (Jacoby; Ochs, 1995, p. 171-172).

Esta pesquisa adota a perspectiva de que o indivíduo não tem uma identidade fixa anterior e fora da língua, concepção defendida por estudiosos como Bucholtz e Hall (2003; 2005); Hall (2001), Zimmerman (1998); Moita Lopes (2001), Moita Lopes e Bastos (2002); e Bauman (2005), entre outros. Por conseguinte, o pressuposto de que partimos no estudo é o de que as identidades emergem no discurso, são fluidas, fragmentárias e, por vezes, contraditórias; constituem-se na interação com o outro, em contexto situacional localizado.

3.3.1

Bucholtz e Hall: princípios para o estudo de identidades

Os estudos sobre identidades, nos últimos tempos, ganham posição central na antropologia linguística, deixando de ocupar o papel de pano de fundo para

outros tipos de investigação. Bucholts e Hall argumentam que a língua apresenta-se como o recurso mais flexível e abrangente para a produção cultural da identidade. As autoras defendem que a importância das evidências linguísticas nos estudos sobre identidade está respaldada pela grande variedade de pesquisas em antropologia sociocultural, a partir de práticas discursivas como histórias de vida, narrativas, entrevistas, humor, tradições orais, práticas de letramento, entre outros (Bucholtz; Hall, 2003).

A partir da compreensão da identidade como constituída na interação linguística, defendem o ponto de vista de que seja abordada “[...] como um fenômeno relacional e sociocultural que emerge e circula no contexto discursivo local de interação e não como uma estrutura estável localizada principalmente na mente individual ou em categorias sociais fixas” (Bucholtz e Hall, 2005, p. 585-586), fazendo oposição a uma visão psicologista, essencialista e estática das identidades.

Bucholtz e Hall (2005) definem identidade como o posicionamento social de si e do outro, numa relação de intersubjetividade, e propõem cinco princípios para o estudo da identidade, assim relacionados:

1. Princípio da *emergência*, segundo o qual a identidade é um produto emergente, aos invés de pré-existente a práticas linguísticas e semióticas, e é fundamentalmente social e cultural;

2. Princípio da *posicionalidade*, cujo argumento é o de que as identidades abrangem: a) categorias demográficas em nível macro; b) posições culturais etnográficas e locais específicas; c) posições e papéis específicos de participantes, temporários e locais. “Esta perspectiva é encontrada mais frequentemente nas ciências sociais quantitativas, que correlacionam comportamento social com categorias macro de identidade, como idade, gênero e classe social” (2005, p. 591, tradução minha). Entretanto, etnógrafos linguistas têm demonstrado que os usuários da língua orientam para categorias de identidades locais ao invés de para categorias de análise sociológicas e que as primeiras fornecem uma melhor explicação empírica da prática linguística.

3. Princípio da *indexicalidade*, cuja premissa é a de que as relações de identidade emergem na interação, por meio de vários processos indexicais relacionados, tais como: (a) categorias de identidade e rótulos; (b) implicaturas e pressupostos em relação à posição identitária de si e do outro; (c) orientações

avaliativas e epistêmicas para a conversa em curso, assim como fundamentos da interação e papéis dos participantes; e, por fim, (d) uso de estruturas e sistemas linguísticos ideologicamente associados a pessoas e grupos específicos;

4. Princípio da *relacionalidade*, cujo postulado é o de que as identidades são intersubjetivamente construídas por meio de várias relações complementares, entre as quais similaridade/diferença, autenticidade/artifício, e autoridade/ilegitimidade. Este princípio está desdobrado em pares:

(i) *adequação/distinção* – a primeira defende que, para que grupos ou indivíduos sejam posicionados como iguais, eles devem apenas ser suficientemente semelhantes para os fins da interação corrente, enquanto a segunda centra-se na relação de identidade de diferenciação, tanto porque a diferenciação social é um processo altamente visível, quanto porque a linguagem é um recurso particularmente potente para produzi-la de uma variedade de formas;

(ii) *autenticação/desnaturalização*, processos pelos quais os falantes reivindicam o realismo e o artifício, respectivamente. O primeiro incide sobre os modos pelos quais as identidades são discursivamente verificadas e o segundo sobre como premissas a respeito da uniformidade da identidade podem ser desfeitas.

(iii) *autorização/ilegitimação*. A autorização envolve a afirmação ou imposição de uma identidade por meio de estruturas de poder institucionalizado e ideologia, local ou translocal. A ilegitimação aborda as maneiras pelas quais as identidades são abandonadas, censuradas, ou simplesmente ignoradas por essas mesmas estruturas.

5. Princípio da *parcialidade*, baseado na literatura em antropologia cultural e na teoria feminista, se ajusta às teorias pós-modernas de identidade como faturada e descontínua. A identidade, por ser inerentemente relacional, será sempre parcial, produzida por meio de configurações contextualmente situadas e ideologicamente informadas do *self* e do outro. Mesmo exposições aparentemente coerentes de identidade, tais como aquelas que se colocam como deliberadas e intencionais, são dependentes de restrições interacionais e ideológicas para a sua articulação.

As autoras argumentam que “Qualquer construção de identidade pode ser, em parte, deliberada e intencional, em parte habitual, em parte, resultado da negociação interacional e contestação, em parte, resultado de percepções e

representações dos outros, e, em parte, efeito de processos ideológicos maiores e estruturas materiais que podem se tornar relevantes para a interação. A identidade está, portanto, mudando constantemente, juntamente com o desenrolar da interação e em conformidade com o contexto discursivo” (Bucholtz e Hall, 2005, p. 606, tradução minha.).

Bucholtz e Hall consideram que recursos linguísticos que inicialmente produzem identidades são amplos e flexíveis. E, porque colocados em uso na interação, o processo de construção da identidade não se fixa no indivíduo, mas nas relações intersubjetivas. Os recursos linguísticos que inicialmente produzem identidade em todos esses níveis são, portanto, necessariamente amplos e flexíveis, incluindo etiquetas, implicaturas, posturas, estilos, linguagens inteiras e variedades. Porque essas ferramentas são colocadas em uso na interação, o processo de construção da identidade não reside no indivíduo, mas nas relações intersubjetivas de semelhança e diferença, realismo e falsidade, poder e impotência.

3.3.2

Identities como produto coconstruído na atividade de narrar

Em artigo intitulado *On doing “being ordinary”* (1984, p. 166), Harvey Sacks defende que “[...] o estudo da narração, do contar histórias, deveria interessar a qualquer um”. Conforme o autor, as pessoas relatam não aquilo que de fato aconteceu, mas que podemos crer que aconteceu. No mesmo texto, Sacks afirma que as pessoas ocupam-se o tempo todo em serem comuns, em viverem uma vida comum e em terem experiências comuns. Ocupamo-nos, desse modo, em realizarmos tarefas comuns, em termos pensamentos e interesses comuns. No entanto, temos direito a experiências, e, o tempo todo, monitoramos nossas vidas, em vista da possibilidade de as cenas que vemos e na qual estamos inseridos poderem ser ‘historiáveis’.

As narrativas orais, assim como toda atividade humana, se caracterizam por sua forma, por seu sentido e por suas funções serem socialmente definidos, localmente situados, constituindo contextos significativos de ação, interpretação e avaliação (Bauman, s/d, p.3). De acordo com Langellier (apud Brockmeier; Carbaugh, 2001, p. 151),

Do ponto de vista da performance e performatividade, a análise da narrativa não é apenas semântica, envolvendo a interpretação de significados, mas deve também ser pragmática, analisando a luta por significados e as condições e conseqüências de se contar uma história de uma forma particular.

De acordo com Labov e Walesky (1967), precursores dos estudos de narrativas na Sociologia, toda história, para ser contada, deve apresentar um ‘ponto’, ou seja, deve apresentar um motivo que a torne reportável. Nas nossas atividades cotidianas, orientamo-nos no sentido de ter uma vida ordinária, mas estamos atentos aos acontecimentos extraordinários, pois o ponto de nossas histórias se encontra na excepcionalidade da cena experimentada.

Labov (1972) define narrativa “[...] como um método de recapitular experiências passadas pela correspondência de uma sequência verbal de orações com uma sequência de eventos que (infere-se) realmente ocorreram” (p. 359-360). Para o estudioso, dessa forma, as orações narrativas são ordenadas em sequências temporais: a reversão das orações narrativas implica a alteração da interpretação semântica.

A narrativa de nossas experiências revela-se como

[...] uma forma de prática social estruturadora não só do discurso, mas também das relações sociais, constituindo-se em um mecanismo rotineiro de intelecção – socialmente aceitável e respondendo a intenções, audiências e contextos específicos – sobre quem somos, sobre quem são os outros e sobre o que nós e eles fazemos (Fabrício; Bastos, 2009).

Para Bastos (2008, p.), o relato de nossas estórias possibilita a expressão de como nos tornamos o que somos, de construirmos nossas identidades, situando a nós mesmos e aos outros, “[...] numa rede de relações, crenças e valores”. Na prática narrativa, “[...] não apenas transmitimos o sentido de quem somos, mas também construímos relações com os outros e com o mundo que nos cerca” (Bastos, 2008).

A propósito da inter-relação narrativa-identidades, Bruner (1990) argumenta que as estórias constroem o *self*; ponto de vista ratificado por Polkinghorne (1993), para quem "Histórias sobre o *self* ... são a base da identidade pessoal e do autoconhecimento e oferecem respostas à pergunta Quem sou eu”; e reafirmado por Moita Lopes (2001, p. 66), que argumenta que as práticas narrativas possibilitam o entendimento de “[...] como as pessoas se constroem, constroem os outros e se vinculam ao mundo social”.

A articulação entre narrativa, identidade e sistemas de coerência do 'eu' também é proposta por Linde (1993). De acordo com a autora, "Para existir no mundo social, com uma confortável sensação de ser uma pessoa boa, socialmente adequada e estável, o indivíduo precisa ter uma história de vida coerente, aceitável, e constantemente revisada". Linde defende que uma estória de vida não se traduz em uma mera 'coleção de eventos' desordenados, ao contrário, "[...] deve ter uma ordem que tanto o falante quanto o destinatário assumem como significativa (Linde, 1993, p. 12). Em sua concepção, as estórias de vida

[...] expressam nosso sentido de nós mesmos: quem nós somos e como nós chegamos a nos tornar assim. Elas são também um importante meio pelo qual nós comunicamos este sentido de nós mesmos ou o negociamos com os outros. Além disso, nós usamos essas estórias para reivindicar ou negociar a adesão do grupo e demonstrar que nós somos de fato membros merecedores desse grupo, entendendo e seguindo adequadamente seus padrões morais (Linde, 1993).

Em estudo com foco na atividade de contar histórias na interação, Clark e Mishler (2001) fazem uma análise comparativa de duas consultas clínicas. Defendem que "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* (2001, p. 41, grifo meu)", por isso a inadequação em se falar da narrativa em contexto de consulta clínica como sendo uma história do paciente.

Narrativas em encontro médico-paciente são coconstruídas pelos participantes do encontro e contribuem para a interpretação, a avaliação e o tratamento da doença. Na atividade de narrar, "[...] o paciente constrói o relato de sua doença (ou de sua vida)", possibilitando diferentes papéis discursivos a seu interlocutor, o médico, como o de ouvinte atento, inquiridor, confidente, parceiro, etc. (Ribeiro, 2001, p. 89).

Ainda que a análise dos dados empreendida nesta pesquisa não esteja pautada especificamente na interface entre identidades e narrativas, os relatos de experiências emergentes no encontro contribuíram para a análise dos dados, por trazerem à tona a forma como os participantes continuamente constroem e reconstroem a si e aos outros no contexto de consulta médica pediátrica.

3.3.3

O estudo das identidades na perspectiva da SI e da AC

Busco compreender, em conformidade com o que propõe a Sociolinguística Interacional, as ações realizadas pelos participantes da pesquisa, nos formatos de participação (Goffman, [1979] 2002), no uso interacional e situado da linguagem. Em outras palavras, procuro entender como um participante diz e orienta o seu dizer e as ações de seu interlocutor (Schiffrin, 1996), a partir da análise de enquadres, esquemas de conhecimento (Tannen; Wallat, [1987] 2002), pistas de contextualização (Gumperz, [1982] 2002), alinhamentos e estrutura de participação na produção ou recepção da elocução entre os interlocutores (Goffman, [1979] 2002).

Goffman ([1959] 1992), cujos estudos se debruçam sobre a construção das identidades nas relações interpessoais, situacionalmente localizadas, numa analogia entre o encontro entre duas ou mais pessoas e a representação teatral, argumenta que, quando diante umas das outras, as pessoas se engajam mutuamente num trabalho de apresentação de si e de suas atividades, dirigindo e regulando as impressões a seu respeito.

De acordo com o autor, “A informação a respeito de um indivíduo serve para definir a situação, tornando os outros capazes de conhecer antecipadamente o que ele esperará deles e o que dele podem esperar.” (Goffman, 1992, p. 11). Goffman explica a interação como uma influência recíproca entre os indivíduos, quando se encontram na presença imediata uns dos outros, aproximando os termos ‘interação’ e ‘encontro’, e argumentando que, de um modo geral, “[...] as definições da situação projetadas pelos diferentes participantes são suficientemente harmoniosas, a ponto de não ocorrer uma franca contradição” (Goffman, 1992, p. 18).

O tratamento da identidade como elemento da fala em interação, também é proposto por Zimmerman (1998, p. 87), que a considera “[...] um elemento contextual de um dado discurso [...]”. Zimmerman distingue três tipos de identidades: (i) identidades discursivas; (ii) identidades sociais; e (iii) identidades transportadas. As identidades discursivas emergem da organização sequencial da fala e orientam os participantes para o tipo de atividade em curso e seus respectivos papéis ao longo da interação; as identidades situadas dizem respeito à

construção das atividades, das agendas e dos objetivos interacionais dos participantes; enquanto as identidades transportadas, correspondem àquelas que acompanham os indivíduos em todas as situações. Essas identidades são usualmente visíveis, como ser jovem/velho; homem/mulher; branco/negro, entre outras características; são “[...] insígnias baseadas física e culturalmente, e que fornecem a base intersubjetiva para a categorização” (Zimmerman, 1998, p. 90-91).

Neste estudo, serão abordadas as identidades discursivas e as identidades situadas, emergentes no encontro entre os participantes, em consulta pediátrica; as identidades sociais transportadas serão tratadas ao se tornarem relevantes na fala-em-interação (Psathas, 1999).

A Análise da Conversa Etnometodológica nos dá suporte para entendermos o que os participantes de um evento comunicativo fazem quando falam, que métodos utilizam para realizar ações no mundo, pelo uso da fala, e como, em consulta médica, se estabelece a interação entre médica, pais, crianças e adolescentes, no que diz respeito à sistemática da tomada de turnos na conversa e às ações por eles empreendidas para “[...] produzir o próprio comportamento e para entender e lidar com o comportamento dos outros” (Atkinson; Heritage, 1984).

A AC se diferencia de outras formas de análise do discurso por relacionar sentido e contexto à ideia de sequências, abordagem fundamental para o entendimento da forma como os participantes de uma conversa orientam a interação (Heritage, s/d). A teoria postula alguns princípios interrelacionados: (a) na construção de sua fala, os participantes dirigem-se à fala imediatamente anterior; (b) ao realizar uma ação, os participantes projetam e reivindicam uma ação subsequente de seu interlocutor; (c) por meio da produção de suas próximas ações, os participantes mostram entendimento de uma ação prévia e o fazem em uma multiplicidade de níveis. Essas atividades tornam mútuo o entendimento produzido por uma arquitetura sequencial de intersubjetividade (Heritage, s/d).

A propósito da fala em interação face-a-face, em contexto institucional, como a apresentada em análise nesta pesquisa, Heritage retoma estudos anteriores empreendidos por Drew e Heritage (1992), em que os pesquisadores formulam três elementos básicos para a fala em interação: (a) a interação envolve objetivos vinculados a identidades institucionais relevantes; (b) a interação envolve

restrições sobre quais contribuições são permitidas para a atividade em curso; (c) a interação envolve inferências específicas a contextos específicos (Heritage, s/d).

O autor destaca que, embora não haja diferenças fixas e demarcadas entre a fala institucional e a conversa cotidiana, as características distintivas entre ambas ocorrem na interação natural, conforme os variados níveis de organização interacional e escolhas na linguagem, entre os quais se podem citar o sistema de tomada de turnos e as escolhas lexicais. Por meio do estudo da fala em contexto institucional, pode-se observar as práticas institucionais emergentes na conversa, a relação de simetria/assimetria entre os participantes, no que diz respeito à inicialização da conversa, ao gerenciamento da tomada de turnos e à finalização do encontro, à seleção de tópicos, e às identidades tornadas relevantes na conversa, entre outras questões.

3.3.4

O estigma no contexto da saúde

Os estudos da relação entre doença e estigma encontra na obra de Oracy Nogueira, *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo* (1950), um divisor de águas nos estudos sociológicos, antecipando as formulações de Goffman (1963) sobre *estigma e identidade deteriorada*. Nogueira apresenta-nos estudo pioneiro no Brasil sobre a tuberculose, focando sua análise na experiência social em *ambiente tuberculoso*, expressão utilizada pelo autor.

De acordo com Alves (2010),

O conceito “*ambiente tuberculoso*” nos fornece luz para conceber a doença como uma experiência social, como um fenômeno relacionado a um conjunto de elementos sócio-culturais (e naturais) que estão interligados entre si. É o “mundo da doença” (“*sickness*”) que se diferencia tanto da noção de doença como um processo patológico, concebido por um determinado modelo institucionalizado ou profissional da medicina (“*disease*”) quanto de percepções subjetivas do sofrimento vivenciadas por indivíduos (“*illness*”). Trata-se de um conceito que nos remete a um fenômeno intersubjetivo, ao horizonte de significados e instituições associados à enfermidade ou ao sofrimento (Alves, 2010).

Nas palavras de Carvalho e Fontes (2009), a obra de Nogueira analisa, ainda, o momento em que o indivíduo ou se isola socialmente ou oculta sua condição de doente, ou seja, o momento da separação, que ocorre na ocasião do

diagnóstico. Os doentes, por fugirem aos padrões do sistema social, são caracterizados como ‘perigosos’ ou ‘impuros’, tornam-se estigmatizados.

[...] o indivíduo é classificado segundo atributos que são incongruentes com o estereótipo criado pelo grupo para determinado tipo de indivíduo. Em outras palavras, a noção de estigma emerge como uma representação social. O desejo de evitar o “estigma”, que condicionaria uma interação angustiante em “situações sociais mistas” (entre “sãos” ou “normais” e “doentes” ou “estigmatizados”), seria, assim, um dos fatores para a ida voluntária dos tuberculosos para as estações de cura (Carvalho; Fontes, 2009).

O estigma, assim, passa a constituir uma das identidades sociais dos estigmatizados, compreendida como produto social, não por atributos essenciais, mas ocasionais (Goffman, 1978).

De acordo com Goffman (1978), o estigma se refere à “[...] situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. O autor, em estudo sobre o tema, destaca aqueles que convivem ou cuidam das pessoas estigmatizadas; denomina-os *informados*, ou seja, pessoas “[...] cuja informação vem de seu trabalho num lugar que cuida não só das necessidades daqueles que têm um estigma particular quanto das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles.” (Goffman, 1978, p. 38-39). Goffman conclui que “[...] a mulher fiel do paciente mental, a filha do ex-presidiário, o pai do aleijado, o amigo do carrasco, todos estão obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual eles se relacionam” (Goffman, 1978, p. 39). As pessoas marcadas pelo estigma não o escolheram para si, a fim de se diferenciarem das demais, mas o carregam como uma identidade que lhes é imposta pelos outros.

Pessoas estigmatizadas carregam consigo uma cicatriz que as torna vulneráveis e expostas a julgamentos de valor pré-estabelecidos pela sociedade, em que os não marcados são tidos como predispostos ao sucesso e à aceitação, enquanto aquelas são vistas como fadadas ao fracasso e ao isolamento. O estigma, perceptível ou não aos olhos já num primeiro encontro, marca o indivíduo e discrimina-o dos demais.

Em pesquisa sobre a construção de identidades de adolescentes, com dados gerados em entrevistas com o assistente social, em atendimento em hospital público, Rosas (2006) estabelece a relação entre identidade, doença e estigma. Em seu estudo, a autora investiga como os sentidos da doença ou das suas

consequências relacionam-se com as construções identitárias em situação de interação face-a-face, e conclui que

[...] o estigma é localmente construído na interação. Não é um fenômeno homogêneo. Cada interação é um contexto particular nessa construção. Na mesma interação, o estigma pode ser enfatizado, atenuado, ou mesmo ocultado. Isso demonstra que a construção do estigma se faz em acordo com o caráter dinâmico das interações sociais (Rosas, 2006, p. 164).

Rosas considera em sua análise que os estereótipos funcionam como referenciais na construção do estigma e na deterioração da identidade social dos adolescentes pesquisados. Desse modo, uma pessoa com câncer seria definida como uma pessoa em desgraça, uma pessoa com AIDS seria definida como uma pessoa promíscua, portanto, culpada, uma pessoa tuberculosa estaria fadada ao isolamento e uma pessoa parálitica ou com alguma deficiência física seria definida como uma pessoa incapaz.

Em pesquisa com dados gerados em entrevistas com pais e professores de pessoas com deficiência Puppín (1999) relaciona deficiência, educação e estigma. No estudo, a autora propõe-se a “[...] apreender a partir da escola vivências de situações de estigma passíveis de circunscrever a vivência social dos chamados deficientes (Puppín, 1999, p. 244). A autora afirma que deficiências “[...] são diferenças consideradas prejudiciais em relação ao modo como a pessoa interatua em seu ambiente”, havendo variedades em termos de tipos e de intensidade, e acrescenta que o estigma é um processo social que envolve o papel de normal e o papel de estigmatizado.

Goffman (1978) relaciona três tipos de estigmas: a) as abominações do corpo, deformações físicas; b) culpas de caráter individual, vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, vícios, distúrbios mentais, entre outros; c) estigmas tribais de raça, nação e religião. Afirma que em todos esses exemplos encontram-se as mesmas características sociológicas:

um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (Goffman, 1978, p. 14).

A patologia estigmatizante do TDAH, ocorre em função de essa síndrome ser definida como um transtorno mental. Os sintomas que caracterizam o transtorno – desatenção, impulsividade, hiperatividade - podem causar prejuízos e infelicidade aos que acometem e, por extensão, aos seus familiares. Invariavelmente, crianças e adolescentes com TDAH destoam das qualificações socialmente exigidas e vivem à margem das expectativas do que se considera ‘bom comportamento’, não se alinham ao indivíduos considerados normais e recebem denominações pejorativas como *mal educados*, *preguiçosos* e *burros* (Barkley, 2002; Phelan, 2005, Silva, 2009), ficam marcados como desviantes, tornam-se estigmatizados.

4

Metodologia da pesquisa

4.1

Natureza e ética da pesquisa

Esta pesquisa caracteriza-se por ser de caráter qualitativo e etnográfico, com gravação de dados em contexto real de consulta pediátrica de crianças e adolescentes com TDAH, e mediante observação participante em antessala de consultório médico. De forma complementar, foram realizadas entrevistas com pais, com fins de melhor entendimento das experiências familiares, mas estas não fazem parte da transcrição de dados (cf. seção 4.6 neste capítulo).

A perspectiva investigativa contrapõe-se ao modelo positivista utilizado pelas ciências físicas e naturais, assim como pelas ciências humanas, majoritariamente até fins do século XIX, época em que as pesquisas de cunho qualitativo ganham impulso. Para Lüdke e André (1986, p. 6), modelos quantitativos oferecem uma fotografia instantânea do foco em estudo, impossibilitando a análise das diferenças individuais e grupais, daí a importância de novas alternativas de pesquisa “[...] que partissem de outros pressupostos, rompessem com o antigo paradigma e sobretudo se adaptassem melhor ao objeto de estudo.”

A preocupação da pesquisa não se ancora na representatividade estatística, mas nas peculiaridades de grupos situados, em contextos específicos, privilegiando sujeitos sociais, cujos atributos o investigador busca conhecer (Minayo, 2004, p. 102). Segundo Rockwell,

O etnógrafo observa e paralelamente interpreta. Seleciona do contexto o que há de significativo em relação à elaboração teórica que está realizando. Cria hipóteses, realiza uma multiplicidade de análises, reinterpreta, formula novas hipóteses. Constrói o conteúdo dos conceitos iniciais, não o pressupondo (Rockwell, 1986, p. 50).

Eventos microcomunicativos, nas palavras de Ellis (1999, p. 39), “[...] são realizados pelas mesmas pessoas que realizam macroeventos.” Nesse sentido, faço eco às palavras de Viégas (2007, p. 106), quando afirma que

A relação estabelecida entre o pequeno caso estudado e a realidade maior na qual ele se insere é de mútua determinação, ou seja, o particular não é mera reprodução, em escala menor, do geral. Ao contrário, o que se encontra é um jogo de forças entre as duas esferas, compondo sempre um arranjo particular.

Os resultados obtidos com o presente estudo não se pautam em generalizações sobre os aspectos abordados na análise dos dados, pois o objetivo da pesquisa consiste em compreendê-los em suas especificidades.

Conforme Denzin e Lincoln (2006),

Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, *a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado*, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado (Denzin; Lincoln, 2006 [2003], p. 23, grifos meus)

Os dados foram gerados em consultas pediátricas gravadas em vídeo, pois o entendimento da estrutura do encontro entre os participantes exige que o pesquisador veja e ouça repetidas vezes o que foi dito e feito durante as interações. Além disso,

“[...] as pistas de contextualização são aspectos sutis da linguagem falada ou gestual, identificá-las requer uma gravação do comportamento verbal e não-verbal, suficientemente preciso, para permitir ao analista ouvir (e/ou ver) o mesmo comportamento que os participantes estão observando.” (Schiffrin, 1996, p. 320-321, tradução minha).

A gravação das consultas para posterior escuta, transcrição e análise trata-se de um procedimento de grande utilidade em Análise da Conversa Etnometodológica, pois garante que o registro da fala em interação ocorra o mais próximo possível da realidade, possibilitando a observação dos eventos tal como ocorreram, sem que isso dependa da memória do pesquisador. Além disso, proporciona a repetição das cenas, em caso de dúvidas sobre alguma fala, e oferece condições para maior detalhamento da interação, articulando aspectos auditivos e visuais, o que confere à interpretação do encontro maior familiaridade com o que os participantes fazem enquanto falam.

Loder (2008, p. 128-129) argumenta que o recurso de gravar os encontros sociais tem a vantagem de possibilitar a audição do material “[...] repetidas vezes, aumentando a profundidade e o detalhamento da análise [...]”. Além disso, o pesquisador pode compartilhar com outros sua análise, oferecendo-lhes a possibilidade de questioná-la, refutá-la, ou de construir outras análises. Os registros visuais proporcionam, ainda, “[...] análises interacionais mais ricas (com a observação da modalidade oral em sua relação com aspectos visuais, espaciais, tais como gestos, direcionamento do olhar e do corpo, manipulação de objetos etc.) e, por isso mesmo, mais complexas.” (Loder, 2008, p. 129).

Para as gravações, antes de cada atendimento, eu mesma colocava a câmera de vídeo na sala da médica e aguardava na antessala o término da consulta, a fim de desligar e recolher o aparelho. Com exceção desses momentos, em respeito à privacidade dos participantes, minha presença restringiu-se à antessala de atendimento, ocasiões em que atuava como observadora participante da experiência de pais/cuidadores na atenção à saúde de crianças e adolescentes com TDAH.

Esta pesquisa não apresenta risco aos participantes, visto que os dados são gerados em atendimentos médicos de rotina de crianças e adolescentes com dificuldades escolares. A declaração anexa comprova que a médica responsável pelo atendimento a crianças e adolescentes com TDAH está ciente da proposta deste estudo, receptiva ao desenvolvimento do mesmo e disposta a atuar como participante colaboradora da pesquisa (Anexo II).

O período de gravações teve início após o deferimento do Comitê de Ética à solicitação para pesquisa envolvendo seres humanos, e se estendeu por nove meses. Esse prazo se justifica pelo fato de as consultas ocorrerem com um intervalo de 30 a 40 dias e, geralmente, ficarem suspensas no período de férias escolares. Além disso, muitas foram as consultas desmarcadas, pelos pais ou pela própria médica, o que levou a uma reorganização do cronograma inicial previsto para o desenvolvimento do estudo.

4.2

O contexto da pesquisa: experiência de campo e abordagem aos participantes

Todos os dados analisados neste estudo foram gerados em consultório médico pediátrico particular, cujos atendimentos foram feitos pela Dr^a Jane Tagarro, especialista em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Pretendíamos, num primeiro momento, trabalhar com participantes oriundos dos dois ambientes em que a médica presta serviços, clínica particular e ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no entanto, atuar em dois ambientes demandaria mais tempo para o cumprimento das exigências do comitê de ética, deslocamento constante entre um lugar e outro e, conseqüentemente, maior prazo para a produção da pesquisa. Decidimos, então, eu, minha orientadora e Dr^a Jane, realizar a pesquisa apenas no consultório particular, pois nesse único ambiente nos possibilitaria reunir o número previsto de participantes para o estudo.

Em outubro de 2011, submeti meu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (Ifes) e, após aprovação, em fevereiro de 2012 fiz a primeira gravação de consulta.

4.2.1

A vivência no contexto da pesquisa

Antes mesmo de iniciar o doutorado, frequentava havia quatro anos o consultório médico, onde os dados da pesquisa foram gerados. Naquela ocasião, era mais uma mãe que acompanhava o filho às consultas e, na maioria das vezes, pouco interagia com as demais mães ou pais que ali estavam pelo mesmo motivo. Assim como eu, os outros pais raramente travavam conversa uns com os outros e quase nunca falavam sobre seus filhos. O cenário começou a mudar quando percebi a possibilidade de tratar o TDAH não apenas como uma síndrome que acomete meu filho, mas como tema para pesquisa, pois muitos eram os questionamentos que me inquietavam desde que tivera o diagnóstico do transtorno. A partir de então, passei a perceber com outros olhos todos aqueles que dividiam comigo a antessala da médica.

Após definirmos, eu e a médica, quais crianças e adolescentes seriam convidados a participar do estudo, passei a frequentar mais amiúde o consultório, para contatar os pais e apresentar-lhes meu projeto de pesquisa. Como nossos encontros aconteciam enquanto eles aguardavam atendimento, outros pais presentes ouviam-nos e acabavam por se interessar pelo assunto e por participar da conversa.

Percebi, então, o quanto era importante para aquelas pessoas falarem de suas experiências com o(a) filho(a) com TDAH e o quanto o comportamento das crianças os atormentava. A preocupação com o desempenho acadêmico dos filhos era latente, e um dos problemas mais corriqueiros entre aquelas pessoas. No entanto, outras questões os atormentavam, tais como os conflitos familiares constantes e as relações de amizade dos filhos. Ao longo dos meses em que compareci ao consultório com fins de pesquisa, pude observar que os pais, quando levavam os filhos às consultas, não o faziam apenas para o acompanhamento de rotina e para pegar receita de medicamento, mais que isso, a consulta tornava-se uma oportunidade de falar com alguém, a médica, sobre o(a) filho(a) e os problemas consequentes do TDAH, desestabilizantes da harmonia familiar.

Em mais de uma oportunidade constatei o desvelo de pais e mães nos cuidados com os filhos, e o estado de esgotamento que os abatia. Houve o caso de uma mãe que, saindo da consulta, começou a participar da conversa que eu mantinha com outras duas mães ao meu lado. Ela, então, disse que poderíamos organizar um encontro de pais de crianças com TDAH para discutirmos mais sobre o assunto e compartilharmos nossas experiências. Informei-lhe sobre a existência da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), que promove congressos anualmente, e disse-lhe que mensalmente a própria Dr^a Jane coordena um grupo de apoio para pais e pessoas com TDAH, no Hucam, com o propósito de dirimir dúvidas de pais, crianças, adolescentes e adultos com TDAH, e demais pessoas que se interessem pelo assunto, além de proporcionar aos participantes a oportunidade de trocar experiências.

Em outra ocasião, eu e outras mães conversávamos sobre o comportamento de nossos filhos e o desempenho escolar deles, e uma delas, não podendo mais esperar pelo atendimento, assim que a médica abriu a porta do consultório, disse-lhe que voltaria outro dia, teria de ir embora, “*mas tudo bem, já tinha conversado bastante ali*”. Aquela mãe encontrava-se sozinha, sem filho ou

filha a quem estivesse acompanhando, não consta da lista de participantes do estudo, mas compartilhou experiências comigo e outra mãe cuja consulta seria gravada. Essas, foram apenas duas das ocasiões entre tantas outras em que ouvi comentários como: *como foi bom conversar com vocês*, geralmente quando uma de nós tinha que se retirar.

Esses momentos nos fazem enxergar que nossos filhos, embora tenham comportamentos bastante peculiares, na maioria das vezes mal interpretados pelos outros e, por vezes, por nós mesmos, não são únicos, outros há como eles. Essas crianças e esses adolescentes necessitam da mediação de adultos que os compreendam, para se desenvolverem de forma mais sadia em suas relações interpessoais, tanto familiares quanto acadêmicas e sociais.

Embora eu percebesse a necessidade que todos tínhamos de trocar experiências, às vezes ficava constrangida, porque falávamos de nossos filhos na presença deles. Eles nos ouviam, mas não participavam de nossas conversas, ainda que eu às vezes tentasse incluí-los. Dependendo do assunto, se fosse algo que julgássemos que inibiria a criança ou o adolescente, baixávamos o tom da voz ou nos comunicávamos por gestos. Na maioria das vezes, meu filho estava ausente, mas houve um dia em que, após a consulta, quando nos dirigíamos para casa, ele externalizou que não gostava que eu ficasse contando a vida dele para os outros, porque eu o estava envergonhando. Eu já havia pensado sobre isso no que diz respeito às outras crianças, mas naqueles momentos não poderia deixar passar a oportunidade de dialogar com os outros pais e de trocar com eles experiências de nossas rotinas com os filhos com TDHA. Esse compartilhamento de experiências se revelaram bastante alentadores a todos nós.

Ainda que a vivência em campo tenha sido enriquecedora, gerados os dados, quando retorno ao consultório médico para atendimento, já não me sinto tão à vontade para conversar com aqueles que dividem comigo a sala de espera. De fato, esforçamo-nos para não expor a terceiros intimidades que parecem dizer respeito somente a nós mesmos, porque além e antes de nós existem nossos filhos, cujas peculiaridades devemos respeitar e, mais que tudo, salvaguardar.

4.2.2

A abordagem aos participantes da pesquisa

Tomadas decisões importantes para o desenvolvimento da pesquisa, objetivos do estudo (o quê), participantes (quem?), contexto do estudo (onde?) e procedimentos adotados (como?), restou outra decisão fundamental para o andamento do trabalho: como abordar os pais, a fim de convidá-los (e convencê-los) a participar do projeto?

A participação da médica, Dr^a Jane Tagarro, como colaboradora do estudo teve início ainda no período de minha preparação para o processo de seleção para o curso. O apoio dessa profissional foi essencial na construção e na realização do projeto de doutorado, tanto pelos esclarecimentos sobre o transtorno e pela indicação de bibliografia para leitura, quanto pela seleção dos pacientes a participarem da pesquisa e pela autorização para a geração dos dados em consultas ocorridas em seu consultório particular.

Após discussão inicial, decidimos que a primeira abordagem aos pais seria feita por ela, participante colaboradora da pesquisa, no momento da consulta. Ao término do atendimento, assim que pais e filhos saíssem do consultório, eu me apresentaria e explicaria a eles de forma mais detalhada a proposta de estudo, o que despertou meu interesse pelo tema, os objetivos e a relevância da pesquisa, e a metodologia utilizada para a geração e a análise dos dados. Após essa conversa, entregaria aos pais duas cópias do Termo de Assentimento, assinadas por mim, para que lessem e assinassem o documento. Uma cópia do Termo ficaria em posse dos pais e outra comigo.

Julgo que a aproximação inicial entre o pesquisador e os potenciais participantes determina a aceitação ou não aceitação do estudo por estes, influenciando sua decisão de participar ou não da pesquisa. Nesse sentido, as formas de abordagem revelam-se decisivas. Não foi tarefa fácil decidir sobre qual o melhor momento de me apresentar e que palavras utilizar para explicar minhas intenções. Afinal, as representações que os outros fazem de nós estão calcadas na forma como nos apresentamos em nossos encontros. Somos constituídos pela linguagem, que se traduz não só nas palavras que enunciamos mas também no tom de voz com que emitimos essas palavras, nos gestos que as emolduram, e nas roupas que vestimos, entre outros traços que nos compõem.

O contato entre o pesquisador e os participantes do estudo pode auxiliar na construção de uma relação de maior confiança entre eles. Essa relação de confiança, nas palavras de Viégas (2007, p. 110), “[...] acompanha todo o decurso do estudo, iniciando-se desde o momento de escolha dos participantes da pesquisa.”

Conforme Bogdan e Biklen (1994), acerca da relação que se estabelece entre os participantes da pesquisa e o pesquisador, este deve comportar-se

“[...] não como alguém que faz uma pequena paragem ao passar, mas como quem vai fazer uma visita; não como uma pessoa que sabe tudo, mas como alguém que quer aprender; não como uma pessoa que quer ser como o sujeito, mas como alguém que procura saber o que é ser como ele.” (Bogdan; Biklen, 1994, p. 113).

Estabelecido o primeiro contato, o próximo encontro se daria conforme agendamento da consulta subsequente, quando seria feita a gravação do atendimento médico para posterior análise.

No entanto, nem tudo ocorreu conforme o programado. Em primeiro lugar, nem todas as gravações foram iniciadas na consulta subsequente à abordagem, pois alguns pais preferiram levar para casa o Termo de Assentimento, lerem com calma, para, então, decidirem sobre sua participação. Outros, como não estavam acompanhados do cônjuge, julgaram que essa deveria ser uma decisão tomada por ambos, junto ao filho com o diagnóstico da síndrome. O fato de as consultas serem frequentemente desmarcadas, ora pelos próprios pais, ora pela médica, em função de outros compromissos, foi outro motivo para o adiamento das gravações. Algumas consultas foram canceladas devido às chuvas, visto que em alguns dias de consulta agendada a cidade ficava alagada e o trânsito pelas ruas inviável.

Não posso dizer que fui feliz nas duas primeiras abordagens. Em meu primeiro contato, embora o pai tivesse sido bastante atencioso comigo e ouvisse com interesse tudo o que eu tinha a dizer, pai e mãe decidiram pela não participação na pesquisa, pois a ideia de ter a consulta do filho gravada e assistida por uma pessoa estranha não lhes foi simpática. A segunda pessoa com quem conversei, no mesmo dia, uma mãe, mostrou-se interessada pelo estudo e disse que conversaria com o marido antes de me dar uma resposta definitiva, mas que provavelmente sua próxima consulta já poderia ser gravada. Tempos depois, fui informada pela médica de que eles não participariam da pesquisa. Essas foram as únicas recusas que recebi entre todas as abordagens que fiz.

Entendi que, embora as pessoas julgassem o trabalho pertinente, nem todos estavam dispostos a participar do estudo. Isso fez com que repensasse minha forma de abordagem e, a cada novo contato, criava uma maneira diferente de me apresentar. E, talvez, por estar mais íntima do ambiente e por sentir-me mais próxima daqueles pais (a maioria mães), a partir daí obtive mais sucesso e maior aceitação tanto dos pais quanto das crianças e dos adolescentes.

4.2.3

A entrevista de pesquisa como metodologia auxiliar na interpretação dos dados

Após as primeiras gravações de consulta, percebi o quanto seria importante para meu estudo uma entrevista com os pais, com o objetivo de obter maiores informações sobre a interferência do TDAH no cotidiano familiar, além de outros esclarecimentos acerca dos modos como a família convive com o transtorno. Isso porque todos os que participam deste estudo já recebem acompanhamento médico há algum tempo e dificilmente eu teria essa informação nas consultas de rotina. Geralmente, algumas questões costumam ser elucidadas nos primeiros encontros entre médico, pais, crianças e adolescentes. Além disso, referências mais específicas sobre os participantes, tais como idade e ano escolar em que estão matriculados surgem, comumente, no primeiro contato entre eles e o médico.

Na entrevista de pesquisa como procedimento de geração de dados há a interação entre pessoas, em que uma delas, o entrevistador, tem interesse em obter informações da outra, o entrevistado. A entrevista de pesquisa, portanto, trata-se de um movimento interacional assimétrico entre os interlocutores, visto que ao entrevistador cabe o trabalho antecipado de escolha do entrevistado e planejamento da entrevista, além da avaliação de todas as condições que lhe favoreçam o alcance de seus propósitos (Boni e Quaresma, 2005).

De acordo com Minayo (2011, p. 64-65), entrevistas são conversas com propósitos e com forma de organização bem definidos, o que a diferencia da conversa espontânea. A autora classifica as entrevistas em cinco grupos: (a) *sondagem de opinião*, que é aplicada por meio de questionários estruturados; (b)

semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas; (c) *aberta* ou *em profundidade*, em que o entrevistado discorre sobre determinado tema proposto pelo investigador, cuja manifestação ocorre ou para mostrar atenção ao que está sendo dito ou para solicitar maiores esclarecimentos; (d) *focalizada*, que busca esclarecer determinado problema; (e) *projetiva*, que utiliza dispositivos visuais (filmes, pinturas, gravuras etc.) sobre os quais o entrevistado deve discorrer.

Eleita como a que melhor responde às necessidades suscitadas por este estudo, a entrevista *aberta* ou *em profundidade* caracteriza-se como o modelo “[...] em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (Minayo, 2011, p. 64). Pelo uso desse modelo de entrevista, busco maior detalhamento das experiências vivenciadas pelas famílias com crianças ou adolescentes com TDAH, abordando questões que vão desde o diagnóstico do transtorno, até as projeções identitárias de si e do outro nas relações intrafamiliares e sociais.

Boni e Quaresma (2005) afirmam que

A técnica de **entrevistas abertas** atende principalmente finalidades exploratórias, é bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulação mais precisas dos conceitos relacionados. Em relação a sua estruturação o entrevistador introduz o tema e o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre o tema sugerido. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. As perguntas são respondidas dentro de uma conversação informal. A interferência do entrevistador deve ser a mínima possível, este deve assumir uma postura de ouvinte e apenas em caso de extrema necessidade, ou para evitar o término precoce da entrevista, pode interromper a fala do informante (Boni e Quaresma, 2005, p. 74).

Nesse formato de entrevista, invariavelmente utilizada em estudo de casos individuais, as informações obtidas são pautadas na visão do próprio entrevistado, delineando suas convicções e visões de mundo. Nesse sentido, “[...] a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante” (Fraser e Gondin, 2004, p. 140). Diferentemente do que ocorre em entrevistas padronizadas ou estruturadas, nas entrevistas não-dirigidas,

o entrevistador não necessita formular muitas perguntas, mas ele meramente convida os entrevistados a falar sobre: os próprios problemas vivenciados, interesses, preocupações, opiniões, expectativas, medos, fantasias, devaneios e assim por diante (Fontanella; Campos; Turato, 2006).

Enquanto as entrevistas estruturadas caracterizam-se por apresentarem uma estrutura rígida, com pouco ou nenhum espaço de fala para o entrevistado, as entrevistas de caráter exploratório proporcionam voz e escuta ao pesquisado, alguns dos quais, os mais carentes, aproveitam a oportunidade para se fazer ouvir, partilhar suas experiências, e se explicarem, fazendo sentido de si mesmos e do mundo (Bourdieu, 1999). Daí a importância de uma maior familiaridade entre entrevistador e entrevistado, proporcionada pela imersão daquele no contexto social deste. A proximidade social entre pesquisador e pesquisado oferece a este maior segurança para colaborar, proporcionando-lhe bem estar para expressar livremente suas experiências de vida e seus problemas (Boni e Quaresma, 2005).

A partir desse entendimento, falei aos pais que já haviam aceitado participar da pesquisa sobre minha necessidade de conhecer melhor suas histórias. Expliquei-lhes que esse encontro também deveria ser gravado, pois, dessa forma, asseguraríamos a singularidade de sua fala, o que confere ao estudo maior credibilidade.

Ainda que os dados da entrevista não sejam utilizados separadamente para a análise das consultas, eles se mostraram de grande valia para meu entendimento e para minha maior aproximação das histórias de vida dos participantes.

4.3

Apresentação dos participantes da pesquisa

A médica colaboradora da pesquisa, Dr^a Jane Tagarro Corrêa Ferreira, atua como professora adjunta e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas/Laboratório de Neuropsicofarmacologia, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e como médica pediatra, com experiência na área de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, ênfase em TDAH, com destaque nas seguintes áreas: neuropsicologia, dificuldades de aprendizagem, distúrbios cognitivos, memória operacional, funções executivas e psicofarmacologia na infância e adolescência. Dr^a Jane coordena o Grupo de

Apoio gratuito para Pais e Pessoas com TDAH, da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) – núcleo de Vitória/ES, e o Programa TDAH, do Ambulatório de TDAH, setor de Pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A profissional também atende em consultório particular como médica pediatra, e como especialista em TDAH, na avaliação e no acompanhamento de crianças e adolescentes com dificuldades escolares.

Em conversa informal, a médica justificou seu interesse em participar como colaboradora do estudo, em função de o TDAH ser um tema de destaque na atualidade e carente de maior debruçamento, do trabalho que ela mesma desenvolve em pesquisas e orientações a alunos, em cursos de pós-graduação, e de poder contribuir para a pesquisa sobre o TDAH, a partir de uma outra perspectiva e de outro campo do conhecimento, que não esteja diretamente associado à área da medicina.

As crianças e os adolescentes convidados a participarem da pesquisa foram selecionados, de modo aleatório, seguindo um único critério apontado pela médica: que tivessem diagnóstico de TDAH ‘limpo’, ou seja, com o menor número possível de comorbidades e de fatores externos desencadeadores de outros problemas, como Transtorno de Oposição ou Transtorno de Aprendizagem.

No processo de contatar os participantes indicados para o estudo, minha presença no ambiente de atendimento era bastante regular, e muitas pessoas me ouviram apresentar o projeto, quando fazia a primeira abordagem aos pais. Além de me ouvirem falar sobre a pesquisa, tinham a oportunidade de conhecer-me também como mais uma mãe que comparecia ao consultório em busca de tratamento para o filho. Identificávamo-nos uns com os outros. Não poderia haver maior aproximação entre pesquisador, participantes da pesquisa e tema pesquisado, o que não só explica o interesse pelo estudo como também ressalta a natureza deste.

Além do diagnóstico de TDAH ‘limpo’ sugerido pela médica, a fim de selecionar os participantes da pesquisa, julguei que os participantes do estudo deveriam estar cursando o ensino fundamental, entre o primeiro e o nono anos. A idade das crianças e dos adolescentes, no entanto, não foi considerada como critério de sua inclusão ou exclusão da pesquisa. No que diz respeito ao gênero,

optamos por trabalhar com um universo de dois meninos e duas meninas, pois julgamos ser pertinente lançar luz à voz de ambos os sexos, ainda que a literatura aponte maior prevalência do diagnóstico de TDAH entre meninos do que entre meninas.

A opção por delimitar o estudo a crianças e adolescentes que estivessem cursando o ensino fundamental se deve ao fato de esse período caracterizar seus primeiros anos da vida escolar, além de representar uma fase em suas vidas em que demandam mais atenção e assistência de seus pais. Na escola, independentemente de ter ou não TDAH, crianças e adolescentes são solicitadas(os) a cumprir metas em determinado limite de tempo, igual para todos na classe, o que torna mais evidentes as especificidades e necessidades especiais de quem tem o transtorno. O diagnóstico precoce do TDAH, como de qualquer outra patologia, possibilita maiores chances de tratamento e acompanhamento especializado àqueles que acomete, proporcionando-lhes condições de desenvolvimento mais satisfatório nos diversos aspectos de suas vidas, entre eles na convivência social. Daí a importância dos cuidados dos pais e cuidadores no desenvolvimento e bem estar infantil.

De acordo com Anthony Giddens (2002), filósofo social inglês, estabelece-se entre a criança e aqueles que cuidam dela o que se denomina “confiança básica”. Para Giddens,

Desenvolvida através da atenção amorosa das primeiras pessoas a cuidarem da criança, a confiança básica liga de maneira decisiva a auto-identidade à apreciação dos outros. A relação mútua com os primeiros responsáveis que a confiança básica supõe é uma sociabilidade substancialmente inconsciente que precede um “eu” e um “mim”, e é uma base prévia de qualquer diferenciação entre os dois (Giddens, 2002, p. 41-42).

Na infância, as crianças têm maior dependência do outro, que se revela no seu cotidiano, predominantemente, pelas figuras de pais, cuidadores e professores.

Entre os pacientes indicados pela médica para participarem da pesquisa, com a geração dos dados da presente tese, em atendimento clínico, quatro foram selecionados, sendo dois do sexo masculino, Carlos e Pedro, e dois do sexo feminino, Camila e Carla, cujas informações apresento a seguir.

Carlos é um adolescente de 14 anos, com diagnóstico de TDAH do subtipo combinado, cursa o nono ano do ensino fundamental, numa escola particular, e

tem uma irmã mais nova que ele, Fabiana. Seus pais, João e Vilma trabalham fora e, segundo as palavras do próprio pai, revezam-se no acompanhamento dos filhos ao médico e no transporte de ambos entre escola e casa, quando necessário.

Meu primeiro encontro com Carlos ocorreu em 21 de novembro de 2011, quando, em consulta, Dr^a Jane conversou com o adolescente e seus pais sobre minha pesquisa e convidou-os a participar do estudo. Ao saírem do consultório, João, Vilma e Carlos ouviram o que eu tinha a lhes dizer e se mostraram dispostos a participar da pesquisa. Entreguei-lhes o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para que analisassem e discutissem a proposta com mais calma. Combinamos que me dariam a resposta conclusiva de sua participação no estudo em sua na próxima consulta agendada para o filho.

Assinado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pela família, a gravação da consulta de Carlos foi feita em 12 de março de 2012. O tempo total de gravação somou 1h05min, dos quais selecionei alguns trechos para análise, intitulados conforme o tema em pauta.

Outra participante, Camila, é uma adolescente de 12 anos de idade (faltando um mês para completar treze anos no dia da consulta). Camila cursa o oitavo ano do Ensino Fundamental, turno vespertino, em uma escola pública do município de Vila Velha. A adolescente recebe acompanhamento médico com Dr^a Jane desde os quatro anos de idade, com diagnóstico de TDAH do subtipo desatento. A mãe de Camila, Mara, é casada e tem outro filho, de dezenove anos. Mara trabalha como funcionária pública, atuando como secretária em consultório odontológico.

A gravação da consulta da adolescente ocorreu no mesmo dia em que fiz o primeiro contato com mãe e filha, as quais aceitaram prontamente participar da pesquisa e assinaram o termo de Assentimento, no dia 08 de maio de 2012. O tempo total de gravação foi de 46m12s.

Entre as crianças participantes da pesquisa encontra-se Pedro, com diagnóstico de TDAH do subtipo combinado. O menino, de 10 anos de idade, cursa o quarto ano do Ensino Fundamental, em uma escola particular do município de Vila Velha. A mãe de Pedro, Liane, é casada e tem outras duas filhas mais velhas que o menino, uma das quais, Laila, de dezesseis anos, acompanhou-os à consulta. A consulta de Pedro ocorreu em 17 de julho de 2012, com duração de 40min58s.

A quarta participante, Carla, tem 09 anos de idade, diagnóstico de TDAH do subtipo desatento, e cursa o terceiro ano do Ensino Fundamental. Carla é irmã gêmea de Paula. As meninas foram adotadas ainda bebês por Mirtes e o marido, Fábio, com formação em medicina e em psicologia infantil. O casal tem uma empresa, a qual administra em parceria. Carla e Paula estudam numa escola particular do município de Vila Velha. No entanto, Paula está um ano à frente de Carla nos estudos, o que Mirtes explica como sendo uma decisão conjunta tomada por ela, o marido e o corpo pedagógico da escola, em função de Carla apresentar comportamento imaturo para a idade, além de se diferenciar das demais crianças por demandar mais tempo na resolução de tarefas.

No dia da consulta de Carla, a mãe levou consigo Paula, a fim de que a médica conversasse com a menina, pois esta vinha manifestando comportamento de ciúmes com relação ao tratamento que Mirtes dispensava à irmã.

A consulta de Carla ocorreu no dia 14 de junho de 2012, e teve duração de 41 minutos. A transcrição teve início aos 33 segundos da gravação, devido ao fato de eu ainda estar no consultório ajeitando a filmadora, quando as duas crianças entraram. Quando eu me retirei do ambiente, a secretária entrou no consultório para entregar à médica alguns papéis, enquanto a mãe das meninas ainda estava na antessala. Decidi, então, iniciar a análise a partir do momento em que somente as quatro participantes do estudo começaram a interagir entre si, sem a presença de pessoas alheias à consulta.

4.4

O tratamento dos dados, as convenções de transcrição

A análise da consulta pediátrica se pauta na interpretação da fala da médica, dos pais, das crianças e dos adolescentes, considerando o plano discursivo que constitui a interação entre esses atores, elaborado a partir do contexto em que o encontro se realiza. Na observação dos dados, é dada atenção especial à troca de turnos entre os participantes do encontro, às pausas e aos alongamentos nas elocuções, à postura de cada um frente ao outro, à relação de simetria/assimetria no decorrer da conversa, à seleção lexical na elaboração de suas elocuções, enfim, a tudo o que entendemos como importantes para a negociação/manutenção das identidades projetadas naquela situação discursiva.

Neste estudo foi adotado o modelo Jefferson de transcrição (Anexo I), “[...] inicialmente desenvolvido pela analista da conversa Gail Jefferson, na ordenação dos primeiros materiais de análise de Sacks e Schegloff, e atualmente empregado por analistas da conversa em todo o mundo” (Loder, 2008, p. 130).

A análise interacional do discurso observa, além das enunciações (fenômeno linguístico), outros fenômenos, não verbais, que contribuem na construção dos sentidos; entre eles, todos os sinais do corpo, tais como olhar, expressões faciais, gestos e postura corporal, sinais esses que “[...] em geral passam despercebidos, mas que sinalizam informação.” (Birdwhistell [s/d], apud Gumperz [1982], 2002)

A consulta pediátrica de rotina em TDAH

Procuro, na presente pesquisa, entender os conflitos que permeiam as inter-relações dos participantes, ao acionarem, na fala-em-interação, questões do ambiente social, familiar e escolar, e criar inteligibilidades sobre as identidades projetadas/negociadas por pais, e crianças/adolescentes com TDAH, para si e para o outro, na interação que se estabelece no contexto de consulta médica.

Entender os conflitos gerados pelo TDAH, a partir da observação do encontro entre médica, pais, e crianças e adolescentes com o diagnóstico do transtorno, em contexto de consulta clínica, significa analisar a interação em suas várias nuances, considerando os esquemas de conhecimento e os enquadres coconstruídos entre os participantes do estudo, trazendo luz ao que significa essa atividade interacional para os participantes.

Mishler (1984, p. 11) argumenta que a doença descoberta por meio da entrevista clínica não é simplesmente encontrada, mas construída, e que o diagnóstico da doença é uma forma de interpretar e organizar observações. O diagnóstico, desse modo, não é menos dependente das perguntas que o médico faz e do que ele ouve - e do que o paciente relata ou não relata, do que dos resultados de exames físicos e laboratoriais. O autor considera que o entendimento da doença resulta, em parte, da conversa entre médico e paciente, e que o estudo dessa conversa é fundamental para a compreensão da doença e dos cuidados clínicos.

A consulta se constrói no “aqui agora da interação” Goffman ([1974], 2002), permeada por esquemas de conhecimento dinâmicos (Tannen; Wallat [1987], 2002), específicos da profissional da área da saúde, bem como de esquemas de conhecimento de experiências da vida cotidiana dos pais, das crianças e dos adolescentes, interagentes cuja relação tem caráter assimétrico: a médica ocupa o papel de detentora do conhecimento especializado, responsável por auxiliar aqueles a quem atende.

Procuro observar: i) a consulta pediátrica, de acordo com a concepção situacional de Goffman - “o que ocorre aqui?” – interpretação literal; “qual o significado do que está ocorrendo?” – interpretação metafórica (Goffman, [1974],

2002, p. 10-13 – tradução minha); ii) as diferenciações de papel de atividade (médica), papel social (pais, adolescentes, crianças), e papel discursivo (Goffman [1974] 2002; Sarangi, 2006); iii) os alinhamentos e mudanças de alinhamentos dos participantes (Goffman ([1974] 2002; 2012); Erickson; Shultz, [1981] 2002); iv) o envolvimento dos participantes, mediante ações comunicativas.

São também importantes, na análise de dados, os tópicos desenvolvidos na conversa e as elocuções emergentes nessa interação, sinalizando a partir de processos indexicais (Bucholtz e Hall, 2005), como os participantes gerenciam suas ações na alocação e no endereçamento de turnos, em seus papéis de atividade, sociais e discursivos coconstruídos na interação face-a-face no decorrer do encontro.

As quatro consultas focalizadas nesse estudo caracterizam-se por serem de rotina, visto que o TDAH é considerado um transtorno crônico, podendo exigir tratamento ao longo de toda a vida do paciente, muitas vezes com o uso de medicamentos.

Início, assim, a análise pelo pré-jogo da atividade conversacional (5.1), observando enquadres estabelecidos pela médica, junto aos participantes, no ritual interacional de abertura da consulta.

Nos capítulos 6 e 7 seguintes, procuro analisar interações em que a escola e a família emergem acionando conflitos entre os participantes, principalmente entre pais, crianças e adolescentes; a médica, em seus papéis de controladora da interação e de formuladora/reformuladora das ações comunicativas cria inteligibilidades entre os participantes.

Os dados selecionados para análise são apresentados numa mesma sequência de participantes, sempre iniciando pela consulta dos dois adolescentes, Carlos e Camila, seguida pela consulta das duas crianças, Pedro e Carla, em cada seção dos capítulos seguintes, a fim de manter a simetria na construção do texto.

5.1

O pré-jogo da atividade conversacional

O encontro no contexto de consulta médica se inicia pelo reconhecimento mútuo entre médico e paciente, em que o primeiro assume a iniciativa comunicativa, que deve estabelecer a confiança e a disposição de dialogar. Ao

longo da conversa, ocorre por parte do profissional da saúde o recolhimento, a análise e a comparação das informações necessárias ao diagnóstico e tratamento da patologia, e, finalmente, o encerramento por meio da despedida, com demonstração de afeto e esperança de resultados satisfatórios para o bem estar do paciente (Bohorquez, 2004, p. 5).

As quatro consultas analisadas têm início com uma conversa aparentemente informal entre os participantes, em que cabe à médica a abertura com o cumprimento inicial. As ações empreendidas pela médica, como veremos, realizam-se, entre outros recursos, por meio de rituais interacionais estereotipados, na abertura conversacional do encontro (Schiffrin, 1977).

Observa-se em todos os encontros que a médica dirige sua primeira elocução ao adolescente ou à criança, dando a eles, de um certo modo, primazia sobre o adulto na interação e colocando-os no centro de suas atenções.

Por ser uma visita de seguimento, o motivo por que familiares e pacientes agendam a consulta é o acompanhamento médico ou a discussão sobre algum evento novo, o que permite a inicialização com perguntas abertas, proporcionando aos pacientes e familiares uma exposição mais extensa de suas experiências e de seus incômodos, conforme excertos selecionados para análise.

Nesse início de conversa, Dr^a Jane topicaliza sua fala por meio da abordagem de assuntos mais gerais, ligados ao cotidiano das pessoas ou a aspectos pessoais mais amplos, como a aparência física. Essas ações elaboradas pela médica vão ao encontro das idéias de Goffman ([1979], 2002, p. 110), que compara o início de conversa a “uma versão em miniatura do pré-jogo [...] com assuntos ligados à relação global dos envolvidos e ao que se considera duradouro ou importante para o outro”.

No excerto (i): *por que sua mãe não veio?*, a seguir, da consulta do adolescente Carlos, embora a médica enderece o primeiro turno de sua fala (linha 1) ao adolescente, na abertura do encontro, ela se dirige também ao pai de Carlos.

Observa-se em todos os encontros que a médica dirige sua primeira elocução ao adolescente ou à criança, dando a eles, de um certo modo, primazia sobre o adulto na interação e colocando-os no centro de suas atenções.

Por ser uma visita de seguimento, o motivo por que familiares e pacientes agendam a consulta é o acompanhamento médico ou a discussão sobre algum evento novo, o que permite a inicialização com perguntas abertas, proporcionando

aos pacientes e familiares uma exposição mais extensa de suas experiências e de seus incômodos, conforme excertos selecionados para análise.

Nesse início de conversa, Dr^a Jane topicaliza sua fala por meio da abordagem de assuntos mais gerais, ligados ao cotidiano das pessoas ou a aspectos pessoais mais amplos, como a aparência física. Essas ações elaboradas pela médica vão ao encontro das idéias de Goffman ([1979], 2002, p. 110), que compara o início de conversa a “uma versão em miniatura do pré-jogo [...] com assuntos ligados à relação global dos envolvidos e ao que se considera duradouro ou importante para o outro”.

No excerto (i): *por que sua mãe não veio?*, a seguir, da consulta do adolescente Carlos, embora a médica enderece o primeiro turno de sua fala (linha 1) ao adolescente, na abertura do encontro, ela se dirige também ao pai de Carlos.

(i): por que sua mãe não veio?

1.	Dr ^a Jane	tudo bom carlos?
2.	Carlos	humhum
3.	Dr ^a Jane	por que que sua mãe não veio?
4.	Carlos	ela deve tá com a (bia por aí)
5.	Dr ^a Jane	(seu pai tava sumido né? tava na hora de aparecer)
6.	João	é: a gente vai se revezando na medida do possível não mas é-
7.		motivo mais específico- ela
8.	Carlos	=ela foi assaltada

Consulta de Carlos

Quando pergunta a Carlos se está tudo bom, Dr^a Jane faz uma abertura esterotípica, sinalizando estar pronta para a consulta (Barros, 2012, p. 179). No turno seguinte (linha 2), a elocução do adolescente é bastante singular. Ele não desenvolve um relato sobre suas experiências, limita-se a uma afirmativa monossilábica, o que leva a médica a elaborar, no turno subsequente (linha 3), outra questão, agora de foro familiar, perguntando-lhe sobre o não comparecimento de Vilma, mãe de Carlos, à consulta.

Ao solicitar ao adolescente uma justificativa para a ausência de Vilma, a médica sinaliza para o fato de a presença da mãe do menino ser uma constante no acompanhamento do filho às consultas, pressuposto que se confirma em seu turno subsequente, uma elocução com nuances de repreenda ao pai: *tava na hora de aparecer* (linha 5), o que se configura como uma mudança de *footing* da médica, que, por meio de elocuições seguidas, transita do enquadre de conversa informal com Carlos ao enquadre subentendido de repreenda ao pai do adolescente.

Desse modo, a aparência de informalidade na elocução da médica, com questões gerais ligadas à família, parece encobrir uma cobrança ao pai de que esteja mais presente às consultas do filho. A partir desses turnos de fala, *por que sua mãe não veio?* (linha 3) e *(seu pai tava sumido né? tava na hora de aparecer)* (linha 5), são proporcionadas a pai e filho oportunidades para contar os acontecimentos que marcaram a rotina da família nos últimos dias, até algumas horas antes da consulta. Ao provocar a fala de pai e filho, por meio de suas perguntas, Dr^a Jane estabelece uma alteração na estrutura de participação da conversa, com consequente mudança de alinhamento dos participantes (Goffman, [1979] 2002).

O que se observa nesse enquadre de abertura que inicializa o ritual da consulta pediátrica é a atuação efetiva do pai, do filho e da médica como coconstrutores dos sentidos que se produzem no desenvolvimento da interação entre eles. Há, a partir da justificativa da ausência de Vilma, a produção de uma série de três narrativas consecutivas, entre as quais somente merecem a atenção de Dr^a Jane as duas relacionadas aos assaltos sofridos por Vilma e Carlos. Ainda que as narrativas emergentes na consulta de Carlos se configurem como relevantes na coconstrução de identidades de pai e filho, não foram analisadas nesta tese, em função de procurarmos manter equidade na seleção de excertos das consultas dos quatro participantes do estudo.

Ainda não está delineado o enquadre de consulta médica propriamente dito, visto que a conversa se desenvolve em torno da violência e da falta de segurança urbana, sem relação direta com o tratamento de Carlos ou com os motivos que levaram pai e filho ao consultório.

Nas demais consultas, a médica segue a mesma orientação de abertura da conversa, com cumprimentos e comentários gerais, seguindo o ritual interacional. O conteúdo de sua fala, no entanto, parece se adequar ao perfil do paciente atendido, com o uso de palavras com tom de afetividade, como se verifica na consulta de Camila a seguir, excerto (ii) *você está toda mocinha*.

(ii) *você está toda mocinha*

1.	Dr ^a Jane	oi, camila
2.	Camila	oi, doutora.
3.	Dr ^a Jane	cê tá boa?
4.	Camila	eu tô
5.	Dr ^a Jane	você está toda mocinha
6.	Camila	hh
7.	Dr ^a Jane	tudo bom com você? ((pergunta para a mãe))
8.	Mara	tudo bem

Consulta de Camila

Nos turnos de 1 a 4, Dr^a Jane e Camila alinham-se à identidade de médica e paciente, respectivamente, numa troca de turnos curtos de pergunta-resposta. Após cumprimentar Camila (linhas 1 e 3), a médica dirige à adolescente (linha 5) uma avaliação aparentemente elogiosa (Gago, Vieira, Sant’Anna, 2012), para, somente então, cumprimentar a mãe da menina, também com uma pergunta aberta *tudo bom com você?* (linha 7). Os turnos de fala de Dr^a Jane constituem-se de perguntas diretas, e suas interlocutoras limitam-se a respondê-la também com enunciados diretos.

Nesse enquadre de abertura da consulta, a médica se alinha à identidade de mulher adulta e, simultaneamente, projeta para Camila a identidade de uma jovem que já se distancia da infância. Dr^a Jane utiliza um tom de voz carinhoso, reforçado pelo uso de *–inha*, ao atribuir à adolescente características de pessoa mais madura, *você está toda mocinha* (linha 5).

Já as consultas das crianças Pedro e Carla apresentam enquadres e alinhamentos distintos dos observados nos atendimentos feito pela médica aos adolescentes Carlos e Camila. A estrutura de participação da conversa se configura pelo desequilíbrio no endereçamento de turnos pela médica aos pais e às crianças. Os turnos de fala são alternados, majoritariamente, entre Dr^a Jane e as mães. Essa diferenciação pode se justificar, em princípio, pelas características próprias relativas à faixa etária dos participantes, o que requer abordagem correspondente.

O atendimento aos adolescentes e às crianças difere também devido ao número de participantes no encontro. Enquanto Carlos e Camila compareceram à consulta acompanhados apenas do pai, e da mãe, respectivamente, Pedro e Carla estavam em companhia de suas irmãs, levadas pelas mães ao consultório por diferentes motivos. O excerto (iii) *nos:sa pedro você tá crescendo.*, abaixo, traz as elocuções iniciais da consulta de Pedro. Nesse sentido, têm-se nos atendimentos

estruturas de participação distintas, em que todos os participantes do encontro são interlocutores ratificados.

(iii) nos:sa pedro você tá crescendo.

1.	Dr ^a Jane	nos:sa pedro você tá crescendo. pedro dez anos pedro?
2.	Liane	fez em abril né?
3.	Dr ^a Jane	maio junho julho dez anos e três meses já
4.	Pedro	((olhando para a direção da balança)) eu vou:
5.	Liane	vamos ver se ele cresceu um pouquinho né? eu trouxe ela

Consulta de Pedro

O comentário inicial da médica (linha 1), na consulta de Pedro, assim como na consulta de Camila, revela uma avaliação positiva feita ao menino. Aqui também Dr^a Jane se alinha ao enquadre de pré-jogo conversacional, numa troca interacional entre adulto e criança. A pergunta seguinte sobre a idade do garoto, ainda que dirigida a ele, é respondida pela mãe, Liane, no turno seguinte, que se autosseleciona como interlocutora da médica, no que deveria ser um diálogo entre Dr^a Jane e o menino. Ainda que a médica oriente a estrutura conversacional para um alinhamento em díade entre ela e Pedro (linha 1), a mãe do menino se autosseleciona como sua interlocutora (linha 2), o que, no entanto, não altera o *footing* assumido pela médica, que no turno subsequente continua a selecionar o menino como seu interlocutor.

Nessa aproximação inicial entre os participantes, Pedro, sentado no colo da irmã, presta atenção ao que a mãe e a médica dizem, mas não se alinha ao enquadre de pré-jogo conversacional, pois parece não se interessar pela conversa. A atenção do menino está focada em brincar com a irmã, ambos alinham-se um ao outro em ações que se distanciam do enquadre de consulta. Pedro tem pouca participação nesse início de conversa, cujos turnos de fala se alternam entre Dr^a Jane e Mirtes.

Já na consulta de Carla, ocorre, inicialmente, um certo tumulto, tendo em vista que, quando terminei de colocar a câmera no modo de gravação, as duas meninas já estavam sentadas nas cadeiras dispostas em frente à mesa da médica e a mãe delas, Mirtes, ainda não havia entrado no consultório. Além disso, a secretária da médica entrou por duas ocasiões no ambiente para entregar alguns documentos à Dr^a Jane.

Mesmo diante da minha presença, a médica inicializa o encontro com uma fala dirigida à Carla (linha 3), mas a menina não produz a segunda parte do par adjacente à pergunta, ela ignora a fala da médica, conforme segmento em (iv) *como é que tá essa mocinha?*.

(iv) como é que tá essa mocinha?

1.	Ilioni	((falas inaudíveis da médica)) tá ali: acho que agora tá bom
2.		[eu vou lá] depois a gente conversa
3.	Dr ^a Jane	[^o como é que tá essa mocinha?] tá

Consulta de Carla

Nesse início da conversa, as irmãs se mantêm sentadas em suas cadeiras, numa atitude de não reconhecimento de que as ações que se estabeleciam no consultório instituíam o enquadre do encontro interacional com a médica. Elas não aderem a esse enquadre de pré-jogo conversacional, mesmo após Dr^a Jane endereçar uma pergunta, na linha 3, a Carla, que parece não estar ouvindo o que a médica diz, ou não estar se reconhecendo como interlocutora endereçada. No momento dessa elocução, além de eu ainda estar em consultório, a mãe das meninas não havia entrado no ambiente. Quando eu me retirava, perguntei à médica se poderia falar para Mirtes entrar, ao que ela me respondeu que gostaria de conversar um pouquinho com as meninas a sós. No entanto, assim que saí da sala, a mãe entrou no consultório. Até esse momento, as meninas haviam permanecido quietas em suas cadeiras, com a entrada da mãe no ambiente, há uma mudança de enquadre e de alinhamento entre os participantes: o enquadre de consulta pediátrica começa a se delinear, quando a médica, a mãe e as crianças ficam sozinhas no consultório.

Assim que entra na sala, Mirtes aloca turnos consecutivos de fala, elaborando em cada um deles perguntas aparentemente não endereçadas a um interlocutor específico, *cadê a menina tá aí?* (linha 12) e *a outra não tá?* (linha 14). As perguntas enunciadas nos turnos alocados pela mãe permanecem sem resposta, nem a médica, nem as crianças, se alinham à Mirtes, nem a esse novo enquadre que se estabelece, até o momento em que ela se dirige à médica, conforme excerto (v) *cadê a menina tá aí?*.

(v) *cadê a menina tá aí?*

12.	Mirtes	cadê a menina tá aí?
13.	Élida	você assinou?
14.	Mirtes	a outra não tá? e aí minha filha? ((dirigindo-se à médica))
15.	Dr ^a Jane	tô bem era você que tava falan- era você que tava falando?

Consulta de Carla

Ao contrário das consultas dos demais participantes, no atendimento de Carla, é a mãe quem se dirige à médica, endereçando-lhe o cumprimento ritual de abertura da conversa, *e aí minha filha?* (linha 14), num outro formato de estrutura de participação. Nessa consulta, podemos considerar que a inicialização do encontro, assim como a sinalização de tópicos para discussão, são atividades das quais Mirtes se apropria, antecipando-se à médica. Além disso, observa-se, ao longo de quase toda a interação, elocuições contíguas e sobrepostas, em virtude dos múltiplos papéis e atividades assumidos simultaneamente pela médica, na tarefa de atender às demandas da mãe e das duas crianças.

No segmento (vi) *deixa eu perguntar a paula*, transcrito a seguir, a médica reassume o papel de atividade de gerenciadora da conversa, posicionando-se como responsável por selecionar o seu interlocutor e estabelecendo um novo enquadre na interação, ao interromper o fluxo de fala de Mirtes e selecionar Paula como ouvinte endereçada.

(vi) *deixa eu perguntar a paula*

38.	Dr ^a Jane	tá deixa deixa deixa eu perguntar a paula, paula sabe
39.		quantos anos tem que você não aparece aqui? ((a mãe gesticula por trás das meninas apontando alternadamente para uma e para outra))
40.		
41.		
42.	Mirtes	=vocês duas
43.	Dr ^a Jane	() tem muitos anos. acho que ela tinha seis anos de idade (3.0)
44.		só a carla que vinha me conta aí as novidades, como é que
45.		você tá?

Consulta de Carla

A solicitação da cessão do turno de fala feita por Dr^a Jane à mãe das meninas, em *tá deixa deixa deixa eu perguntar a Paula* (linha 38), sinaliza a retomada do controle da interação pela médica (marcada pela repetição em *deixa, deixa, deixa*), tendo em vista que Mirtes, desde sua entrada no consultório, havia monopolizado a conversa. A mãe, mesmo sem enunciar qualquer palavra em turno subsequente ao da médica, gesticula para ela (ver comentário nas linhas 39-41), orientando-a a dar atenção às duas crianças simultaneamente. Por meio dessas

ações comunicativas, mãe e médica estabelecem enquadres distintos, com alinhamentos também diferentes.

As elocuções que Dr^a Jane endereça à Paula, que há muito tempo não comparecia ao consultório, atuam no sentido de dar atenção a esta criança, ainda que a presença da menina ali não objetivasse atendimento médico profissional. A sinalização da mãe, descrita nas linhas 39-41, e reforçada em sua própria elocução, =*vocês duas* (linha 42), no entanto, orienta a médica a dispensar atenção a ambas, o que é acatado por Dr^a Jane, quando enuncia *só a carla que vinha* (linha 44). Na consulta de Carla, o empreendimento da médica para a realização de sua tarefa clínica aparenta ser muito mais desgastante do que nas demais consultas analisadas neste estudo, visto que ela divide sua atenção dada à mãe, à Carla e à Paula. A dinâmica da interação entre os participantes da consulta de Carla exigem da médica mudanças súbitas de *footing*, em função da demanda de atendimento à mãe e às crianças.

O enquadre de pré-jogo, na inicialização do encontro, conduz a seleção de tópicos de conversa subsequentes. A médica, por meio de perguntas, topicaliza a conversa a ser desenvolvida e coordena, conforme agenda prévia, o desenrolar da consulta. Assume papéis na sua atividade profissional, entre os quais se destacam a consulta clínica e a orientação psicoeducativa a pais, e crianças e adolescentes com TDAH.

No atendimento a pais, crianças e adolescentes com TDAH, Dr^a Jane avalia o uso do fármaco utilizado no tratamento e a atuação do mesmo no comportamento das crianças e dos adolescentes, afere medidas de peso e estatura, adequa a dosagem de medicamentos, solicita exames, dirime dúvidas, discute o comportamento, as interações interpessoais, a dedicação à realização de atividades e o rendimento escolar e, finalmente, encaminha as crianças e os adolescentes a outros especialistas, como psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos, caso julgue necessário para o bom desenvolvimento psíquico, emocional e escolar deles (Martins, Tramontina, Rohde, 2003; Lima, Albuquerque, 2003; Moojen, Dorneles, Costa, 2003). A cada uma dessas atividades da médica ocorre mudanças de enquadre no evento comunicativo, de *footings* e de alinhamento entre os participantes da consulta.

A escola como lugar que provoca conflitos

Neste estudo, o termo conflito é utilizado para analisar a oposição de pontos de vista entre os participantes da pesquisa bem como de atributos de identidades conflitantes. Os episódios de conflito ocorrem, em especial, quando sobretudo pais e filhos estabelecem alinhamentos diferenciados nas interações junto à médica e coconstroem atributos de identidades estigmatizadores que eles mesmos ou outras pessoas (docentes e amigos) fazem dos filhos com o diagnóstico de TDAH (Goffman, [1963] 1978; Parker, 2013; Phelan; Link e Dovidio, 2013). Se, por um lado, os pais apresentam os filhos como pessoas relapsas, sem responsabilidade, alheios às tarefas da escola e morosos na realização de atividades, por outro lado, os filhos refutam esses atributos, rejeitando o estigma, e tomando para si os turnos subsequentes aos dos pais, para contradizer as informações daqueles que, por sua vez, insistem contra-argumentando em favor das próprias ideias.

Gruber (2001) afirma que muitos estudos demonstram que episódios de conflito em conversas exibem propriedades estruturais e interacionais específicas. O autor argumenta que a estrutura típica de um episódio de conflito está representada em uma sequência de três passos que, em casos simples, compreendem os seguintes movimentos: 1. A: ‘afirmação’; 2. B: ‘contra-afirmação’; 3. A: ‘contra-afirmação a B’ (i. e., desacordo com B, possivelmente insistindo em 1). Conforme Gruber, o terceiro movimento é crucial para estabelecer o episódio de conflito, porque, se A não se contrapõe a B na posição 3, o conflito não se estabelece (Gruber, 2001, p. 1811).

Simmel (2013), defende que, em situações de conflito, numa configuração social e interacional em que haja um terceiro elemento, ou seja, numa interação em tríade, o terceiro elemento ocupa o papel de apartidário e mediador, tendendo à objetividade, de forma a guiar o processo de chegar a um acordo, com fins de entendimento mútuo. O apartartidário e mediador produziria a concordância entre as duas partes em colisão ou funcionaria como um árbitro que pesa as duas reivindicações contraditórias (Simmel, 2013, p. 47).

Nas palavras de Santana (2010, p. 29), muitas são as formas desencadeadoras de conflito, entre elas destacam-se as divergências de pontos de vista, a intenção por parte de um dos interagentes de impor suas ideias, desconsiderando o ponto de vista de seu interlocutor e as diferenças hierárquicas entre os interagentes, em que quem ocupa status superior busca convencer o outro, para satisfazer a um jogo de interesses.

Desse modo, interação se constitui de trocas interpessoais em que pontos de vista divergentes também podem emergir, o que evidencia

[...] a instalação do conflito, pois o locutor tenderá a impor ou pelo menos defender seu ponto de vista e, para isso, precisará desqualificar o ponto de vista do seu interlocutor. Assim ele está garantindo sua identidade, uma vez que procura impedir que o outro ameace a imagem que deseja mostrar nesta situação discursiva (Santana, 2010, p. 25).

A literatura sobre as relações interpessoais de crianças e adolescentes com TDAH, em diferentes contextos da vida em sociedade, trata, entre outras questões, de conflitos no ambiente familiar e nas relações com amigos e, em especial, de problemas relacionados ao contexto escolar, entre os quais se destacam “[...] o fraco desempenho acadêmico, altas taxas de desobediência e agressividade e perturbações nos relacionamentos com os colegas.” (DuPaul; Stoner, 2007, p. 5).

A percepção inicial do comportamento atípico de crianças e adolescentes invariavelmente ocorre no contexto escolar. De acordo com Jou et al. (2010, p. 30), “Os professores são frequentemente a primeira fonte de informação para determinar o diagnóstico do TDAH e, na maioria das vezes, são eles que solicitam uma avaliação profissional para seu aluno.” No entanto, o conhecimento sobre o transtorno e de práticas pedagógicas mais eficazes para a aprendizagem de alunos com TDAH são escassos entre os profissionais da educação (Jou et al., 2010; Silva, et al., s/d). A escola, ao mesmo tempo em que opera como o contexto em que primeiro se observa comportamentos disruptivos, também atua como geradora de conflitos e angústias a crianças e adolescentes com TDAH e a seus pais.

Nas consultas médicas de rotina entre pais e crianças/adolescentes com TDAH, nos dados gerados para esse estudo, o conflito aparece quando o tópico de discussão é o mau desempenho escolar das crianças e dos adolescentes, em que se buscam os motivos para o baixo rendimento e as alternativas para a solução dos problemas. Nos jogos interacionais nesses encontros, as pistas contextuais como o

ritmo da fala, a entonação, a altura da voz, os gestos e as expressões fisionômicas, além do emprego de implícitos, auxiliam na identificação do conflito (Goffman, [1979] 2001; Gumperz, [1972] 2002; Erickson; Shultz, [1981] 2002; Santana, 2010).

Nesta pesquisa, a relação escola-criança/adolescente com TDAH-família apresenta-se a partir da fala em interação face-a-face em contexto de consulta pediátrica. A escola é relatada nas vozes dos participantes do encontro, enquanto voz reportada, por meio da fala de pais, crianças e adolescentes.

6.1

TDAH *versus* demandas da escola

Os prejuízos de crianças e adolescentes com TDAH no contexto escolar são incontáveis, além de desencadeadores de uma série de contratempos na rotina dos filhos enquanto estudantes e de seus familiares. Conforme discutido na seção 2.5 deste estudo, crianças e adolescentes com o transtorno apresentam baixo rendimento e alto índice de repetência e evasão escolar. A escola coloca-se como um ambiente em que as características da síndrome ganham maior evidência, em virtude de ser uma instituição em que os alunos, de um modo geral, são avaliados com base em critérios únicos, sem que se considerem suas idiossincrasias e necessidades individuais.

Os conflitos surgem a partir do tópico acerca do tempo dispensado ao estudo em casa, formulados (ver fontes teóricas) por meio de perguntas da médica, e da coconstrução entre pais e filhos, em turnos e alinhamentos, acerca dos problemas na escola. Os excertos selecionados para análise trazem formulações da médica, atos comunicativos dos pais, das crianças e dos adolescentes sobre a vida escolar e sobre o comportamento dos estudantes frente às demandas da escola. Como veremos, conflitos são gerados a partir da diáde TDAH e desempenho escolar.

Na consulta de Carlos, após o enquadre de consulta clínica, com discussão sobre o tratamento medicamentoso, a médica reenquadra a conversa com a introdução de um novo tópico, ao questionar o adolescente se ele passou ‘bem’ de ano (se ele fora aprovado com boas notas no ano anterior). Na sequência, após Carlos admitir que fora ‘horrível’, Dr^a Jane pergunta-lhe o que ele fará para mudar esse realidade, visto que as mudanças com as quais ele se comprometeu

anteriormente não foram cumpridas. O excerto apresentado em (i) *eu estudo quando vou ter prova* apresenta-nos uma síntese da discussão, em que Dra. Jane pergunta a Carlos sobre o horário para estudar em casa.

(i) eu estudo quando vou ter prova

269.	DrªJane	não. tá. e esse ano tá fazendo? você tem um horário em casa pra
270.		estudar?
271.	Carlos	(2.0) eu estudo quando vou ter prova
272.	DrªJane	só quando tem prova?
273.	Carlos	é: mas eu não estudei porque: assim prova de português: ciências
274.		porque eu domino
275.	DrªJane	hum: você domina? ((Carlos assente afirmativamente com a
276.		cabeça)) humhum:

Consulta Carlos

A resposta de Carlos sobre o horário que dedica aos estudos em casa sinaliza que o adolescente não reserva diariamente um tempo para as atividades da escola, pois ele afirma que só estuda quando vai ter prova (linha 271). Os dois segundos que o adolescente demora para responder à médica funciona como pista de que ele reconhece seu comportamento displicente com relação aos compromissos que deveria assumir com as atividades escolares e procura ganhar mais tempo para pensar no que deve dizer, provavelmente, para evitar falar algo que deponha contra si.. No entanto, o argumento de Carlos para se justificar provoca na médica uma reação de estranhamento, a partir do qual ela elabora uma nova questão (linha 272), retomando em sua fala as mesmas palavras do adolescente. Drª Jane faz uma formulação, em forma de repetição, que pode significar não apenas a confirmação de seu entendimento da informação de Carlos, como também o espanto que a atitude do adolescente lhe provocou.

A utilização de só na construção do enunciado de Drª Jane orienta para o sentido de que ela avalia essa atitude de Carlos como insatisfatória para o alcance de bons resultados na escola, denota que o que ele diz fazer é muito pouco, e encaminha para uma conclusão desfavorável a ele. A médica constrói para o menino a identidade de aluno negligente. O turno, em formato de pergunta, opera como uma solicitação a Carlos que explique melhor suas atitudes.

O adolescente, em resposta ao questionamento da médica, nas linhas 273-274, produz seu enunciado demonstrando hesitação, por meio do alongamento no início de sua elocução, em *é:*, e por mais duas vezes: a seguir, quando inicia a explicação, *porque:*, e depois, quando se refere a algumas disciplinas para as

quais não estuda nem quando tem prova, *português*; pois ‘domina’ a matéria. No turno seguinte ao de Carlos, a médica faz uma formulação (linha 275), por meio da repetição resumitiva das informações dadas pelo adolescente no turno anterior. Essa formulação serve como recurso não só para o entendimento do que Carlos dissera, mas também para uma reflexão sobre o conteúdo de suas palavras. A formulação de perguntas endereçadas a Carlos fomentam um comportamento mais agentivo do adolescente, e impelem-no a uma avaliação de suas atitudes. Ao provocá-lo, a médica o incentiva a refletir enquanto fala de suas experiências frente às demandas da escola.

No turno seguinte, ao da médica, o pai de Carlos, João, se autosseleciona como o próximo falante, busca se alinhar à médica, questionando-a sobre o entendimento dela de “dominar uma matéria”, numa alusão ao que o adolescente dissera no turno anterior. Os turnos de fala do pai, inicialmente endereçados à médica, (linhas 277, 283-284), e posteriormente ao filho (linha 290), têm caráter retórico, e são proferidos com um tom de ironia, conforme excerto a seguir, (ii) *quem domina () tira dez*.

(ii) quem domina () tira dez

277.	João	dr ^a jane e- o que que você <u>entende</u> como <u>dominar</u> uma matéria?
278.	Carlos	você entende você sabe tudo você assim cê sabe tudo não você
279.		aprende fácil por exemplo- por exemplo ensino de história a
280.		professora estudo: é- a professora passou: a primeira guerra
281.		mundial pô um negócio interessante já sei tudo assim não é
282.		decorado o negócio tá na cabeça
283.	João	((olhando para a médica)) uma pessoa que sabe tudo tem que
284.		tirar que nota?
285.	Dr ^a Jane	tem que ti- tem que ter uma nota boa
286.	João	s- é dez se [sabe tudo tem que tirar dez]
287.	Carlos	[nã: pô quer dizer que eu sei]
288.	João	quem domina () tira dez
289.	Carlos	(oito nove dez) não quer dizer que eu sei exatamente a ma- [()]
290.	João	[você] sabe como é que faz para não esquecer? estuda
291.	Carlos.	concordo

Consulta médica de Carlos

Instaura-se, a partir do questionamento de João, o conflito entre pai e filho, mediado pela médica, em uma tríade interacional (Simmel, 2013). João busca na profissional apoio à sua própria avaliação do que significa ‘dominar uma matéria’. As respostas do pai às próprias perguntas soam como uma repreenda ao filho e constroem para Carlos a identidade de aluno displicente, com essa atitude, o pai procura, em sua ponderação, se alinhar à médica.

Nesse excerto, embora a pergunta de João seja dirigida diretamente à médica (linha 277), Carlos se autosseleciona como o próximo falante, alocando o turno seguinte, e enunciando o segundo par do par adjacente pergunta-resposta. Conforme os argumentos do adolescente, dominar uma matéria seria ‘aprender fácil’, a professora explica, o aluno se interessa pelo assunto e ‘já sabe tudo’, o conteúdo fica na cabeça, o que justificaria a não necessidade de se estudar mais a matéria em casa para fazer as avaliações.

A argumentação de Carlos, porém, é refutada pelo pai que, mais uma vez, seleciona a médica como sua interlocutora, em uma nova tentativa de que ela se alinhe a ele em sua contra-argumentação. João endereça outra pergunta à Dr^a Jane (linhas 283-284), dessa vez, no entanto, de modo não nominal - a pista contextual significativa para os participantes entenderem para quem ele endereça sua fala é o fato de que, enquanto enuncia, João dirige seu olhar para a médica. Estabelece-se na interação uma situação de desacordo entre pai e filho, em que a médica passa a exercer a atividade de mediadora do conflito que se estabelece entre ambos, sem, entretanto, deixar de se posicionar sobre o assunto. Pai e médica, nesse momento, se alinham como os responsáveis por esclarecer a Carlos que suas atividades da escola são extensivas às tarefas em casa. Em sua resposta (linha 285), Dr^a Jane aloca o turno do segundo par adjacente resposta e se propõe a considerar uma nota para quem domina determinada matéria, “*tem que ti-*“, mas opta pelo reparo (Loder, 2008; Garcez; Loder, 2005) e modera sua avaliação, enunciando que *tem que ter uma nota boa*, sem atribuir valor numérico determinado. João aloca o turno de fala seguinte de forma ainda mais assertiva e expressa o que julga a melhor resposta para a sua pergunta: *é dez* (linha 286). Nesse momento, Carlos sobrepõe um turno de fala ao do pai (linha 287), em uma tentativa ineficaz de se defender. João, por sua vez, continua a defender seu ponto de vista, ignora a fala de Carlos e reafirma sua compreensão de que *quem domina () tira dez* (linha 288), atitude por meio da qual aponta a irrelevância da fala do filho.

Na verdade, os argumentos utilizados por Carlos para justificar o fato de não se dedicar aos estudos em casa, pois domina a matéria, são facilmente contestados pelo pai. Afinal, o rendimento escolar do adolescente varia entre mediano e abaixo da média.

Na tentativa de negociar com Carlos novos tipos de comportamentos diante das responsabilidades com as tarefas escolares, médica e pai se alinham,

mostrando concordarem com as orientações coconstruídas por ambos. Tanto um quanto o outro buscam esclarecer ao adolescente que ele é competente, mas que seu bom êxito depende também de dedicação aos estudos, conforme observações de João em turnos posteriores, *ele tem uma facilidade com as matérias* (linhas 298-299); *ele aprende história da maneira como eu sempre quis aprender e nunca consegui* (linhas 301-302); e de Dr^a Jane, *você sabe por que que você tem essa facilidade? porque você tem um potencial muito bom* (linhas 332-333).

Em (iii), a seguir, a médica assume o papel de atividade de eliciadora de informações, com o intuito de buscar mais informações do pai sobre o empenho de Carlos aos estudos. Dr^a Jane endereça uma pergunta a João para que ele avalie a dedicação de Carlos em casa às tarefas escolares. A partir da resposta de João (linha 374), instaura-se novo conflito entre pai e filho

(iii) você eventualmente tira uma nota boa

372.	Dr ^a Jane	heim seu: o: joão, o senhor acha que: ele estuda: o estudo dele
373.		em casa é insuficiente?
374.	João	ele não estuda
375.	Dr ^a Jane	estuda nada?
376.	João	[nada]
377.	Carlos	[estudo] estudo
378.	Dr ^a Jane	ele não estuda?
379.	João	[não estuda]
380.	Carlos	[estudo estudo] sim
381.	João	ele eventualmente pega dever de casa pra fazer
382.	Carlos	não, eu estudo, não, não <u>vem</u> com essa, [eventualmente pega o
383.		dever de casa] ((repete o comentário do pai, rindo))
384.	João	é: [eventualmente meu filho] eventualmente meu filho sabe por
385.		que que eu digo eventualmente? porque muitas vezes tá lá
386.		escrito no seu caderno não fez.
387.	Carlos	muitas vezes não
388.	João	não fez isso no ano passado apareceu várias vezes no ano
389.		retrasado apareceu várias vezes este ano já apareceu então é
390.		eventualmente não é sempre se tivesse sempre se você sempre
391.		fizesse os deveres não teria aquele não fez lá se você tivesse só
392.		notas boas é sinal que você estuda mas você <u>eventualmente</u> tira
393.		uma nota boa
394.	Carlos	no- nos nonos anos você conta nos dedos quem não tem nenhum
395.		não fez no livro (2.0) ((A médica emite algum som,
396.		demonstrando estar acompanhando o que Carlos diz e o pai
397.		balança a cabeça, num gesto de desânimo e descontentamento))
398.	João	você se nivela por baixo meu filho
399.	Carlos	uai
400.	João	se nivele por cima você tem bons exemplos em sala de aula
401.	Carlos	quem?
402.	Dr ^a Jane	carlos o que é que te atrapalha?
403.	Carlos	na sala?
404.	Dr ^a Jane	não, fazer as tarefas

Consulta de Carlos

Nesse excerto, João e Carlos discordam sobre o comprometimento do adolescente com as tarefas escolares: a cada turno de fala alocado por João, expressando sua opinião, segue-se, em resposta, outro turno de Carlos, contradizendo o que o pai disse. A médica, mantém-se no papel discursivo de ouvinte atenta às falas de João e Carlos, sem, contudo, alocar turno para se manifestar.

A resposta de João ao questionamento da médica é enunciada de modo bastante enfático (linha 374). Para ele, a dedicação do filho aos estudos não é apenas *insuficiente* como a médica sugerira: Carlos simplesmente *não estuda*. O adolescente discorda do pai, mas não apresenta argumentos em sua defesa, limita-se a contradizer as palavras de João. O pai constrói para Carlos a identidade de aluno com atributos pressupostos como relapso e negligente, identidade esta não admitida pelo adolescente, que tenta reverter essa imagem, o que aparentemente não consegue. Os contra-argumentos de Carlos são construídos por meio de formulações que o adolescente faz acerca do julgamento do pai a seu respeito. Carlos contesta as palavras de João e, por meio de repetições, reformula em seu favor a avaliação ouvida.

As considerações de João para fundamentar sua crítica ao filho colocam em pauta as recorrentes observações no caderno de Carlos, de que ele não fez atividades. Nesse sentido, a voz da escola ecoa através das anotações dos professores no caderno do aluno, um registro escrito de que o menino não cumpre com todas as tarefas. Os turnos de João, contrariamente aos do filho, são extensos, e seus argumentos respaldam-se na reincidência das atitudes de Carlos (linhas 388-393). Carlos, como último recurso de autodefesa, se constrói identitariamente como aluno cujo desempenho está ao nível dos colegas de turma, *no- nos nonos anos você conta nos dedos quem não tem/ nenhum não fez no livro* (linhas 394-395). Essa ponderação do menino, porém, não surte efeitos favoráveis a ele, provoca em João uma reação de desânimo e aborrecimento, o que se observa em seu meneio de cabeça e na sua expressão fisionômica. João, na sequência,, reafirma suas avaliações anteriores sobre o mau desempenho escolar do filho, por meio da externalização de um novo juízo de valor sobre as atitudes de Carlos: para ele, o filho *se nivela por baixo*; seguido por um aconselhamento: *se nivele por cima, você tem bons exemplos em sala de aula* (linha 400).

Os turnos alocados pelo adolescente em *uai* (linha 399) e *quem?* (linha 401) são evasivos e insípidos. Após a longa discussão entre pai e filho, a médica se autoseleciona como a próxima falante, ainda que a pergunta de Carlos tivesse sido endereçada a João. A atitude da médica em interromper a discussão entre pai e filho, após longo tempo de silêncio, sugere seu entendimento de que entre eles não haveria acordo e que aquele seria o momento de mediar a situação de conflito. Em sua elocução, Dr^a Jane deixa transparecer concordância com as avaliações de João e alinha-se a ele, deixando entrever em suas perguntas que também julga Carlos negligente em suas tarefas, *o que te atrapalha* (linha 402) e *fazer as tarefas* (linha 404), construções que se complementam.

Outro momento de discordância entre pai e filho na relação aluno-escola ocorre quando a médica questiona a ambos sobre os recursos que a escola oferece para o reforço dos alunos com baixo rendimento. Carlos, então, informa sobre a existência na instituição de um plantão de dúvidas, gratuito, mas afirma que procura tirar suas dúvidas em sala de aula. O adolescente passa a falar sobre o professor de Matemática, que não o escuta e não lhe dá atenção quando ele o procura para algum esclarecimento, conclui dizendo que *todo mundo zoa ele* (linha 705), excerto (iv) *o sol é uma boa escola*.

O excerto (iv) traz outro momento de discordância entre pai e filho. O turno de João refere-se aos comentários de Carlos sobre o professor de Matemática.

(iv) o sol é uma boa escola

705.	Carlos	todo mundo zoa ele
706.	João	é um cara <u>muito</u> bom e ele: é um professor que a preocupação
707.		dele vai muito além da matemática com os alunos ele se
708.		preocupa com detalhes de ensinamento de vida que me deixou
709.		surpreso eu eu já falei isso pra ele já fui lá na escola pra falar
710.		pessoalmente que eu o admiro muito como professor. ele é
711.		fantástico. excelente professor excelente tá: o carlos dá muita
712.		sorte com os professores já teve professores fracos e tal mas no
713.		geral na média dá muita sorte. o sol é uma boa escola

Consulta de Carlos

Nesse excerto, o turno de fala de João vai, mais uma vez, na contramão das avaliações de Carlos sobre a escola e, em especial, sobre o professor de Matemática. João desconstrói as críticas do filho, primeiramente destacando as qualidades do professor, para depois referir-se à escola de uma maneira geral.

O pai projeta o professor como um profissional gabaritado não apenas no que diz respeito aos conteúdos da disciplina que ministra, mas também por sua preocupação com a formação ética de seus alunos. O adolescente afirma na linha 705, que *todo mundo zoa* o professor, ou seja, não apenas ele, Carlos, não leva o professor a sério mas toda a escola desacredita o profissional. Essa ‘coletivização’ na expressão de seu julgamento, *todo mundo*, funciona como uma estratégia para fortalecer sua opinião. João, em contrapartida, contesta o julgamento de Carlos, enfatizando que o professor é *muito bom* (linha 706), intensifica a qualidade do profissional com o uso de *muito*, e assinala esse atributo por meio de uma entonação mais acentuada.

João constrói para si a identidade de pai atuante na vida escolar do filho, reconhecendo as qualidades da instituição e dos profissionais que nela atuam. Indica textualmente sua agência como pai, ao destacar que ele mesmo fora conversar com o professor; demonstra em sua avaliação preocupações que estão além do ensino de conteúdos próprios de cada disciplina, mas que buscam a formação geral do aluno. Em sua defesa ao professor de Matemática, faz uso de palavras elogiosas: *ele é fantástico, excelente professor excelente* (linhas 710-711). A repetição das palavras finais do pai reforça a avaliação que ele faz do professor e põe em xeque quaisquer outras críticas do filho ao docente, além de desautorizá-lo como estudante bem fundamentado em seus julgamentos. A apreciação de João sobre o professor de Matemática, ele a estende a toda a instituição, *o sol é uma boa escola* (linha 713).

A escola relatada na consulta de Carlos surge como um ambiente gerador de conflitos, por ocasionar divergências nos julgamentos de pai e filho. João constrói a escola de Carlos e os professores do menino como competentes em sua atuação, projeta-se como pai crítico e atento, e constrói o filho como inepto para os julgamentos que este faz. Em turnos posteriores, Carlos tenta retomar suas críticas ao professor, mas não encontra apoio nem no pai, nem na médica, que se alinham como adultos mais experientes e críticos. A conversa prossegue com uma nova pergunta da médica, propondo um outro tópico para discussão, atitude que pode ser entendida como uma estratégia de mediação de conflito por parte da profissional, visto que muda o foco da conversa.

Os excertos seguintes aproximam muito a consulta dos dois adolescentes, Carlos e Camila. Os turnos de fala alocados pela mãe de Camila, Mara, são mais

extensos e em maior número do que os da adolescente. Mara também refuta a fala de Camila, desautorizando-a em suas avaliações, como observado na consulta com Carlos e o pai.

A consulta de Camila, após conversa inicial de abertura, se estende com a médica checando, no prontuário, informações sobre a adolescente, e fazendo perguntas gerais sobre a idade, o ano escolar, e a instituição em que Camila está matriculada. A sondagem sobre relação aluna-escola se estabelece a partir da pergunta-título do excerto transcrito a seguir, endereçada por Dr^a Jane à Camila, em (v) *você gosta da sua escola?*

(v) *você gosta da sua escola?*

70.	Dr ^a Jane	você gosta da sua escola?
71.	Camila	ninguém gosta hh
72.	Mara	eles não gostam de escola nenhuma vivem querendo mudar
73.		[tá?]
74.	Camila	[não:] mas tipo assim [é: eu queria estudar em vitória]
75.	Mara	[as escolas que ela queria ir]
76.	Dr ^a Jane	você queria estudar o que: aqui?
77.	Camila	é em vitória
78.	Dr ^a Jane	ué, mas você mora lá
79.	Camila	é mas eu estuda:va quando eu era pequena
80.	Dr ^a Jane	fica mais distante, gente
81.	Camila	é, mas isso que é bom hh
82.		((a mãe sinaliza descontentamento com a cabeça))
83.	Dr ^a Jane	só pra passear?
84.	Camila	é:: hh
85.	Mara	não porque ela acha que vai (aprontar) mais:

Consulta de Camila

Em (v), a médica endereça seu turno de fala à Camila, solicitando uma avaliação sobre a escola (Gago, Vieira, Sant’Anna, 2012). Camila responde à pergunta, no turno seguinte, porém não fala apenas por si, utiliza uma voz coletiva (Snow, 2001), atribuindo a todos os colegas da escola a avaliação que faz para a instituição. Camila não modaliza seu julgamento, ao contrário, afirma de forma direta que *ninguém gosta* da escola (linha 71), construindo-se não apenas de forma individual, mas como alguém que compartilha com os pares sentimentos comuns a todos alunos, projeta para si a identidade de uma aluna que se comporta como todos os outros com os quais compartilha o ambiente escolar, constrói-se como membro de uma comunidade.

No turno seguinte ao da adolescente, Mara se autosseleciona como falante e expressa uma crítica extensiva a todos os alunos, julgamento que, ao mesmo

tempo em que demonstra concordância com o que Camila dissera, também deixa claro o que a mãe pensa sobre o comportamento dos alunos com relação à escola: suas palavras trazem o pressuposto de que, independentemente de qual seja a escola (*nenhuma*), os alunos (*eles*), de um modo geral, não a valorizarão, pois *vivem querendo mudar* (de escola) (linha 72-73). Mara, desse modo, em sua generalização, assim como Camila, atribui o fato de não gostar da escola não apenas à adolescente, ou a *uma* escola determinada, a instituição em que a filha estuda, mas a todos os alunos, matriculados em qualquer escola. A fala da mãe é desfavorável aos alunos, visto que não estão satisfeitos em escola nenhuma. Mesmo o argumento de Camila de que gostaria de estudar em Vitória (linha 74), porque estudava nessa cidade quando era pequena, é refutado pela mãe com palavras que desacreditam a filha. Mara justifica o desejo da filha de mudar de escola ao fato de, na opinião da própria mãe, a adolescente pensar que assim *vai (aprontar) mais* (linha 85).

Na conversa, a médica não faz qualquer referência aos comentários tecidos por Mara. No entanto, quando enuncia *ué, você mora lá* (linha 78), parece não entender os motivos pelos quais Camila deseja se transferir da escola onde estuda em sua cidade para outra, em uma cidade vizinha, o que se justifica pelo fato de a adolescente dar respostas bastante curtas a suas perguntas, sem desenvolver argumentos esclarecedores para o seu ponto de vista. O último turno alocado pela médica, porém, revela, em forma de questionamento, uma possibilidade de conclusão para o desejo de Camila, inferência que aproxima o entendimento da médica e da mãe sobre a postura da menina: *ela gostaria de estudar em outra cidade só pra passear?/ela acha que vai (aprontar) mais* (linhas 83 e 85, falas da médica e da mãe, respectivamente).

O segmento em *(vi) olha mãe conversa muito o tempo todo* traz a voz da escola no discurso relatado da mãe (Tannen, 1989), em que Mara reconta uma conversa com um dos professores de Camila sobre o comportamento da adolescente em sala de aula. O relato de conversas passadas é aqui recontextualizado e incorporado em um novo contexto conversacional (Günthner, 1999, p. 686).

(vi) olha mãe conversa muito o tempo todo

219	Mara	() aí ele falou assim “olha mãe conversa muito o tempo todo e
220		eu fico camila, ei, tal então eu fico vou deixar de lado
221		só que como a gente chama a atenção e ela: não responde
222		ela: é bem educada sabe ela é muito educada (eu pen- eu
223		pensei logo) epa se é educada é porque tem mãe, aí (se é
224		mãe) eu vou atrás da mãe porque a mãe não deve tá sabendo
225		o que tá tá se passando né?” quando ele me chamou né? e
226		falou “mãe fica no pé” esse negócio todo

Consulta de Camila

Mara relata as reclamações do professor e, ao fazê-lo, faz emergir identidades coconstruídas de mãe, de aluna e do próprio profissional. A utilização de discurso direto, *aí ele falou assim* (linha 219), confere maior autenticidade às palavras de Mara. Embora Camila seja construída como aluna conversadeira, ela também recebe atributo de bem educada. O professor equipara dois atributos que confere à adolescente, *conversa muito*, e *é muito educada*, contextualmente adversos, mas que o levam a deduzir que Camila tem uma mãe que se preocupa com sua educação.

O professor constrói Mara como uma mãe presente e atuante na instrução da adolescente, *se é educada é porque tem mãe* (linha 223). Camila, quando chamada a atenção, não responde, daí a inferência do professor de que teria uma família que se preocupa com sua formação. Ao final da conversa, ele aconselha a mãe a impor mais limites à Camila, *“mãe fica no pé”* (linha 226). Nesse contexto, por meio da fala relatada, Mara projeta a identidade do professor como um profissional responsável (Johansen, 2011, p. 2845), que se preocupa com o desempenho de seus alunos.

No segmento em (vii) *ela tem que fazer a diferença*, Mara se reporta a uma conversa entre ela e a filha, com um tom de lamento e frustração, comparando suas experiências como aluna e filha no passado às experiências, no presente, como mãe de Camila. Mara constrói para si a identidade de mãe orientadora, no que tem a concordância aparente da filha.

(vii) ela tem que fazer a diferença

431.	Mara	ela tem que tirar por si ela tem de fazer a diferença eu já falei
432.		com ela “camila não importa se a ou b faça isso você tem de
433.		você fazer” porque a camila tem um apoio que eu não <u>tive</u>
434.		entendeu? eu nunca tive ninguém pra me ensinar: eu nunca
435.		tive ninguém pra ficar em cima de mim vendo isso entendeu? e
436.		eu consegui me sair (razoavelmente) bem entendeu? ((camila
437.		olha para a mãe e assente com a cabeça)) então é isso que eu
438.		peço dela um pouquinho assim de consciência porque ela tem
439.		uma mãe que dá tudo pra ela faz o que pode e o que não pode
440.		pra dar as coisas a ela entendeu? (2.0) e eu então eu vejo isso
441.		como falta de interesse dela aí e e outra coisa, os professores
442.		vão falar dela falam assim “mãe ó camila não:” aí eu falo “não
443.		tal camila tem déficit de atenção” “mãe o déficit de atenção da
444.		camila na verdade é desinteresse de estudar ela quer
445.		conversar” porque camila é uma pessoa inteligente
446.	Drª Jane	=(>mas ter déficit de atenção não é (<)

Consulta de Camila

Na linha 431, ao afirmar que Camila *tem que tirar por si ela tem de fazer a diferença*, Mara emprega uma estratégia de despersonalização da filha, pelo uso de expressão de inevitabilidade – *ter de fazer*, que funciona como mandado a ser cumprido (Rigano, s/d). A mãe constrói a filha como um diferencial em sala de aula, porque Camila pode contar com ela sempre por perto, orientando-a para que saiba se comportar e obtenha êxito na escola; projeta-se como uma mãe que apóia a filha, como uma pessoa batalhadora e uma profissional *razoavelmente* bem sucedida, que obteve sucesso por méritos próprios (linha 436).

Mara manifesta desapontamento com a filha, projetando-a como uma aluna desinteressada na escola (linhas 440-441), e remete-se novamente à fala dos professores sobre Camila. Nesse momento, em seu relato, a mãe reporta-se também à própria fala sobre o transtorno da filha, e sobre a interpretação dos profissionais da escola, que entendem o comportamento da aluna como falta de interesse pelos estudos, *mãe o déficit de atenção da camila na verdade é desinteresse de estudar ela quer é conversar* (linhas 443-445). A fala dos professores reportada nessa passagem é projetada por Mara como negando o diagnóstico de TDAH, e atribuindo à Camila a identidade de aluna conversadeira e displicente nos estudos. Através das palavras dos professores ecoa o discurso institucional da escola, Camila é construída como uma aluna educada e inteligente, mas desinteressada pelos estudos, porque não organiza seu material, porque não consegue ficar calada em sua carteira e, mediante outras passagem da consulta, não trazidas para os excertos, porque não consegue obter boas notas.

Os conflitos na escola, relatados na voz de Mara, procedem do desconhecimento dos profissionais da instituição sobre o TDAH, sobre a sintomatologia característica do transtorno, e mesmo pela descrença na existência da síndrome, o que gera a falta de discernimento do corpo docente entre negligência escolar e comportamento disruptivo como sintomatologia da síndrome. Situação semelhante a essa foi observada na consulta de Pedro, por meio do relato de sua mãe, Liane.

Na consulta de Pedro, Liane também se reporta a conversas que teve com uma professora, em que esta faz reclamações sobre comportamento do menino no contexto da escola (Laforest, 2009). A mãe elege como tópico central da conversa com a médica os problemas que vem tendo com essa professora. A escola relatada aparece de forma recorrente na fala da mãe. O motivo da insatisfação de Liane são as notas com que o filho é avaliado, especialmente em virtude de a nota baixa de Pedro ser no quesito comportamento.. O excerto, em (viii) *esse negócio que vocês ficam falando de tdah não é só tdah*, traz um dos momentos em que a mãe descreve para a médica sua conversa com a professora.

(viii) esse negócio que vocês ficam falando de tdah não é só tdah

221	Liane	já cheguei pra ela e falei “vem cá o que que o pedro tá fazendo?”
222		((mudando o tom de voz)) “olhe mãe eu acho que esse negócio
223		que vocês ficam falando de tdah não é só tdah ele tá chei:o de
224		vontade e é falta de educação” eu falei “não mas ele é bem
225		educado em casa eu oriento meus filhos nunca teve reclamação
226		das minhas filhas a mesma educação que eu dou pra minhas-
227		que eu dei pras minhas filhas a vida inteira eu tô dando pra ele
228		também você tem que procurar chegar a ele você tem que
229		procurar descer à idade dele fazer ele te amar”

Consulta de Pedro

Liane, assim como Mara, também lança mão do diálogo reportado (Tannen, 1989), para relatar a conversa entre ela e a professora. O relato traz a relação de tensão na interação entre a mãe e a professora, e ambas entram em conflito quando avaliam o comportamento de Pedro. Ao relatar, Liane argumenta não ter se furtado a conversar com a professora, e o tom que utiliza em sua descrição é o de um questionamento nervoso, *vem cá o que o Pedro tá fazendo?* (linha 221). A resposta da professora relatada pela mãe carrega a negação pela docente do TDAH de Pedro e a afirmação do comportamento negativo do aluno como *falta de educação* (linhas 224). A professora desconstrói a identidade de

Pedro de aluno com TDAH e a constrói como a identidade de um menino mal educado.

No diálogo relatado, as palavras da professora, ao se referirem à suposta falta de educação de Pedro, projetam para Liane uma identidade de mãe omissa, identidade essa contestada pela mãe que, em sua resposta relatada, utiliza como argumentos favoráveis a si o fato de haver educado duas outras filhas mais velhas que o menino. Em sua fala, a mãe se coloca como agentiva na educação dos filhos. A escolha pela repetição de *eu*, como referência a si, na construção de seus argumentos, torna-a a única responsável pela formação deles: *eu oriento meus filhos* (linha 225), e *eu dei/eu tô dando* (linha 227) – referência à educação de Pedro, que é a mesma que ela deu às filhas mais velhas, de quem nunca recebeu reclamação

No relato, ao mesmo tempo em que se constrói como boa mãe, Liane questiona a capacidade da professora em conquistar o respeito e o carinho dos alunos. Coloca essa competência como uma obrigação profissional do docente, especialmente daqueles que atuam com crianças. A mãe não hesita na escolha de suas palavras, para ela, a professora *tem que* se aproximar de Pedro, ela *tem que* fazê-lo amá-la (linha 229), repetição que assinala a força e a inevitabilidade do que é dito (Rigano, s/d). Há, ainda, outros nomentos, em que a mãe continua descrevendo atitudes da mesma professora como alguém que não compreende o filho, conforme excerto (ix) *ela acha que ele é mais mimado e sem limites do que o próprio tdah*.

(ix) ela acha que ele é mais mimado e sem limites do que o próprio tdah

580	Liane	ela botou na cabeça que eu tô botando <u>tudo</u> do comportamento
581		dele em cima do tdah que ela acha que ele é mais mimado e sem
582		limites do que o próprio tdah entendeu? é isso que ela pensa, ela
583		já tem essa- esse pensamento

Consulta de Pedro

Em (ix), linhas 580-583, Liane usa a expressão *botar* repetidamente, primeiramente numa avaliação à atitude inflexível da professora, e depois numa retomada da voz da professora sobre o tratamento que a própria mãe dá ao filho: o ponto de vista da professora é que a mãe faz uso do diagnóstico de TDAH de Pedro para justificar o comportamento inadequado do filho em sala de aula. Aparentemente, o que mais a perturba em seu relato é o não entendimento das atitudes do menino expresso pela professora. Ao construir para Pedro a identidade

de menino mal educado (linha 224, excerto (viii)), e mimado (linha 581), a professora constrói negativamente a identidade de Mara como mãe, uma mãe que não consegue impor limites ao comportamento do filho (linha 581-582). Mara conclui que a professora já tem um juízo pré-concebido de Pedro, que a impede de compreender a relação existente entre TDAH e comportamento incontido/impulsivo.

Nas três consultas analisadas nesta seção, o enquadre de demandas e comportamentos na escola foi de multiparticipação, em que afloram conflitos entre pais e filhos, e entre pais e professores. A médica endereça aos pais, às crianças e aos adolescentes, perguntas relativas à escola, à dedicação aos estudos, às tarefas e ao rendimento escolar e, a partir de suas respostas, formula novas questões, buscando elucidar as motivações dos conflitos que envolvem a tríade escola-família-criança/adolescente com TDAH. Respeitando-se as particularidades de cada uma das consultas, o papel atividade da médica parece seguir um roteiro com o formato de pergunta-resposta; conflito-mediação, orientação-negociação de comportamento.

As identidades coconstruídas para os adolescentes Carlos e Camila, nos relatos dos pais e na fala reportada da escola foi de alunos inteligentes, mas negligentes com suas responsabilidades escolares. Os dois adolescentes e as duas crianças convivem, ao longo de sua vida escolar, com problemas relacionados ao baixo rendimento. Em entrevista de pesquisa, complementar para a análise dos dados, Liane, mãe de Pedro, e Mirtes, mãe de Carla, relataram que decidiram que os filhos repetissem um ano de escolaridade por julgarem-nos inaptos para a mudança de série. Já os relatos dos pais de Carlos e Camila descrevem-nos com histórico pregresso de notas baixas e recuperações.

Os adolescentes, em seus argumentos, buscam se aproximar do perfil da turma, construindo-se como semelhantes aos demais alunos: Carlos, quando afirma que nos nonos anos pode-se contar nos dedos o aluno que não tem a observação de *não fez* atividade nos livros; e Camila, quando diz que *ninguém gosta* da escola. O pai de Carlos e a mãe de Camila, porém, apresentam contra-argumentos, defendendo pontos de vista bastante similares. João julga que o filho se nivela *por baixo*, e orienta-o a se nivelar *por cima*; e Mara diz que a filha *tem que tirar por si*, ela *tem de fazer a diferença*.

Os pais e a médica se alinham nos enquadres de orientação comportamental, especialmente na consulta dos adolescentes, numa tentativa comum de persuadi-los a uma atitude mais responsável com as tarefas escolares.

6.2

A formulação na compreensão da relação aluno-escola

Nesta seção, focalizo o enquadre de orientação a pais, crianças e adolescentes, iniciado por Dr^a Jane e coconstruído pelos participantes. A médica, neste enquadre, gerencia a interação, em seus papéis de atividade, no curso da interação (Sarangi, 2010; Sarangi 2011: 8), com atos discursivos.

Na consulta de Carlos, em (i) *fechou o ano bem?*, ao questionar o desempenho escolar do adolescente, a médica dirige seu turno ao menino, buscando que ele fale sobre seu rendimento acadêmico. O pai, no entanto, intervém no diálogo entre ela e o adolescente, ora por meio de gestos, ora pela alocação de um turno de fala, superpondo-o ao do filho. A interação se configura como uma tríade (Simmel, 2013).

(i) *fechou o ano bem, né?*

232.	Dr ^a Jane	tá, firmino, firmino, passou bem? fechou o ano bem, né? ano
233.		passado? ((o pai olha para o filho e gesticula com a mão,
234.		fazendo sinal de que o filho fora mais ou menos))
235.	Carlos	((carlos não vê o gesto do pai)) é: fechei, fechá o ano, eu fechei
236.		bem, agora:, [do tercei- do terceiro bimestre] pra trás foi
237.		horrível
238.	João	[passar com facilidade]
239.	Dr ^a Jane	humhum:
240.	Carlos	recuperação em história
241.	João	(ainda bem) que você sabe que foi horrível né ()

Consulta de Carlos

Na linha 232, Dr^a Jane faz uma formulação, em *tá, firmino, firmino*, mostrando entendimento da informação sobre a escola em que o adolescente estuda e, a seguir, por meio de um questionamento, expressa sua expectativa do sucesso escolar de Carlos no ano anterior, pelo modo como elabora seu enunciado. A repetição de *bem* em *passou bem? fechou o ano bem, né?*, torna sua elocução orientada para uma resposta positiva, enfatizada pela finalização da pergunta com *né?*, confirmando sua expectativa.

Ainda que o interlocutor de Dr^a Jane seja Carlos, a pergunta da médica foi endereçada ao adolescente, enquanto ele elabora a resposta, João se comunica com a médica por meio de gestos, indicando-lhe com a mão que o filho teve desempenho regular, atitude esta que não foi observada pelo adolescente. Carlos assume o próximo turno de fala, com hesitação na resposta, por meio do alongamento em *é*: (linha 235) e da retomada das palavras da médica *fechar o ano bem* (linhas 235-236). O acréscimo de *agora* (linha 236) muda o foco temporal para o terceiro bimestre. Em sua fala, ao utilizar o qualificativo *horrível* (linha 237), Carlos adota uma postura autoavaliativa quanto ao seu desempenho e expressa a consciência de que no ano anterior ele não obteve bons resultados.

João, mais uma vez, sobrepõe um turno de fala ao do filho, complementando a avaliação de Carlos, *passar com facilidade*, em que, mediante o alongamento da vogal, infere-se um eufemismo para a real situação do adolescente no encerramento do ano letivo (linha 238). Na linha 241, João ratifica a autoavaliação feita pelo filho e expressa sua insatisfação com o desempenho escolar dele, num tom que denota ironia.

Na busca de informações sobre a vida escolar de Camila, a atuação da médica não difere das ações que ela empreendeu na consulta de Carlos. No encontro entre Dr^a Jane, Camila e Mara, porém, quem aloca o turno do segundo par do par adjacente pergunta/resposta é majoritariamente a mãe, conforme excerto (ii) *tá indo mal?*.

(ii) *tá indo mal?*

231.	Dr ^a Jane	=tá indo mal?
232.	Mara	muito mal
233.	Camila	matemática eu tô indo melhor que português hh (dessa vez)
234.	Dr ^a Jane	humhum
235.	Mara	((para a filha)) eu não sei porque eu ainda não recebi a nota da
236.		prova vamos ver quando eu receber né
237.	Dr ^a Jane	vem cá [e já fez provas?]
238.	Camila	[tá mas eu faço os deveres]
239.	Mara	[fez]
240.	Camila	[já:]
241.	Dr ^a Jane	humhum. e a notinha foi boa?
242.	Camila	((sempre olhando para a mãe)) até agora a única que eu por- a
243.		recebi foi a: aquela que eu te falei que foi de geografia e: a: a
244.		de português a gente já fez de recuperação mas eu não vi=
245.	Mara	= mas na- não conseguiu

Consulta de Camila

Na sequência de turnos em (ii), o que se observa é uma estrutura de participação em tríade (Simmel, 2013), em que as elocuções da médica são respondidas ora pela mãe, ora por Camila. As imagens da gravação possibilitam observar que Camila se insere na conversa, atuando como participante ratificada e atenta às discussões. No entanto, embora ela enderece sua fala à médica, na medida em que responde às perguntas por ela elaboradas, seu olhar fixa-se em Mara, como que aguardando a confirmação da mãe ao conteúdo de sua fala. A interação se dá entre ambas e a médica, e entre as duas, mãe e filha.

Mara e Camila demonstram avaliações similares acerca das tarefas escolares da adolescente, com julgamentos, no entanto, discordantes sobre o desempenho da menina, mediante as notas obtidas ou ainda não disponíveis para a mãe. Mara não poupa a filha das informações que oferece à médica sobre seu mau comportamento na sala de aula e sobre suas baixas notas. Os adjetivos com que a mãe qualifica o desempenho da filha são acompanhados de intensificadores, como em “ *muito mal*” (linha 232).

Não se estabelece na interação um conflito de pontos de vista ou de informações, entre mãe e filha, como observado na consulta de Carlos. Camila não confronta a mãe, ainda que, de alguma forma, tente se defender. Embora não justifique o baixo rendimento escolar, a adolescente comenta estar se saindo melhor em Matemática de que em Português, (linha 233); e diante da falta de informações da mãe sobre suas notas nas provas, ela atesta que faz os deveres, o que não a preserva da declaração de Mara sobre o rendimento insatisfatório da filha.

A cada informação de uma das participantes, segue-se uma nova informação da outra, em que as avaliações tecidas por Mara são mais assertivas do que as da filha, além de serem expressas com maior objetividade. Assim como Carlos, Camila se coloca em uma posição de autodefesa, buscando argumentos que a auxiliem na construção de uma identidade de aluna cumpridora de suas tarefas escolares.

No excerto (iii) *tarefa em casa tá fazendo?*, a médica prossegue elaborando perguntas sobre o comprometimento de Camila com as atividades escolares.

(iii) tarefa em casa tá fazendo?

249.	Dr ^a Jane	tarefas em casa tá fazendo?
250.	Mara	olha eu fico no pé dela ó mas eu vou te falar é uma coisa () o
251.		caderno dela é muito difícil por exemplo ela leva dever de casa
252.		((camila começa a roer as unhas)) e é difícil você fazer e até
253.		ajudar porque o caderno dela é: é: o seguinte esquema uma
254.		folha preenchida na frente atrás vago aquele espaço vago aí
255.		vem outra folha entendeu preenchida ou seja [ela começa
256.	Camila	[eu não vou escrever na outra parte que às vezes falta dever]
257.	Mara	[não de matéria que falta] ela começa

Consulta de Camila

Mais uma vez, quem responde à pergunta de Dr^a Jane (linha 249) é Mara, na segunda parte do par adjacente pergunta/resposta. A pergunta da médica permite a construção de uma resposta com sim/não, mas a mãe utiliza o turno de fala para expor sua avaliação sobre o modo como Camila usa o caderno. A resposta de Mara leva a crer que a adolescente não faz tarefas em casa por desleixo, que não se preocupa em organizar as atividades no caderno de modo inteligível, projetando para a filha a identidade de aluna negligente.

Em seu turno de fala (linhas 250-255), Mara se constrói como a identidade de uma mãe que monitora as atividades da filha, mas que não consegue auxiliá-la em todas as necessidades, porque algumas coisas fogem ao seu controle, pois Camila não lhe oferece condições para isso: *e é difícil você fazer e até/ ajudar porque o caderno dela é: é: o seguinte esquema* (linhas 252-253). Mara se projeta como mãe agentiva, zelosa e cooperativa, e constrói para a filha a identidade de aluna com atributos de relapsa e sem capricho. Camila intervém no diálogo entre a médica e a mãe, mediante sobreposição de turno, e fala em defesa própria, justificando as partes em branco de seu caderno, ela não escreve *na outra parte que às vezes falta dever* (linha 256).

A adolescente só consegue concluir sua justificativa para as partes em branco de seu caderno em turno seguinte, excerto (iv) *não pode falar mentira tá?*, após a médica solicitar que ela explique seu comportamento:

(iv) não pode falar mentira tá?

268.	Camila	uai tem vezes assim que tô- os professores copiam muito
269.		rápido aí eu não consigo- eu não consigo né? escrever copiar o
270.		dever aí eu fico de pegar caderno com alguém aí [acaba que
271.		ninguém ()]
272.	Dr ^a Jane	[camila não pode falar] men- mentira tá? verdade

Consulta de Camila

A resposta de Camila como justificativa para os espaços em branco no caderno, no entanto, aparentemente não convence à médica, dada a avaliação que Dr^a Jane faz no turno subsequente ao da menina, em que repreende Camila por uma possível falsidade em sua explicação, [*camila não pode falar*] *men- mentira tá? verdade* (linha 272). As palavras endereçadas pela médica à adolescente fazem com que ela passe de desacreditável a desacreditada (Goffman, 1978).

Dr^a Jane, conforme excerto (v) *eu acho que tô conversando demais*, faz formulações que resumem as informações de Mara sobre o comportamento da filha na escola, embasando-as no discurso reportado de um dos professores da adolescente. A partir dessas formulações, de forma mais incisiva, conclui que a mãe deve intervir de forma mais enérgica no comportamento da filha.

(v) eu acho que tô conversando demais

308.	Dr ^a Jane	tá, então tá mas presta atenção é:: o professor chamou a sua
309.		mãe na escola pra conversar porque você está conversando
310.		muito em sala de aula e por outro lado sua mãe tá contando e
311.		você confirma que o seu caderno tem um monte de página
312.		vazia ((camila assente com a cabeça)) (2.0) então isso me faz
313.		assim interpretar o seguinte bom então camila tá conversando
314.		demais e o dever tá ficando pra trás ((a mãe concorda com a
315.		médica assentindo com a cabeça)) (3.0) é o que tá claro pra
316.		mim é isso ((Mara olha para a filha)) e você tá me falando que
317.		não é isso cê tá me dizendo que é porque o professor dá muita
318.		matéria e que apaga rápido (2.0) não é? ((camila olha para
319.		cima parecendo buscar uma resposta)) porque se for isso sua
320.		mãe vai ter que ir na escola conversar pra ver se a:: entendeu?
321.		se o professor melhora. mas será que é?
322.	Camila	°também acho que não°
323.	Dr ^a Jane	cê também acha que não?
324.	Camila	eu (acho)que tô conversando demais

Consulta de Camila

No excerto (v), a médica ocupa um turno de fala extenso (linhas 308-321), e endereça-o diretamente à adolescente. Nesse turno, Dr^a Jane faz formulações que reportam as reclamações dos professores sobre o excesso de conversa da adolescente em sala de aula e sobre os espaços em branco que Camila deixa em seu caderno; reporta também o relato da mãe da menina. A formulação da médica é feita de forma a contrapor as argumentações apresentadas por mãe e filha, e traz indagações, a fim de que ambas cheguem a um consenso sobre o que realmente está prejudicando o desempenho de Camila. Dr^a Jane atua nesse momento não só como instigadora de uma maior reflexão por parte de Camila para que pense sobre

seu comportamento, mas também como mediadora do conflito entre as informações e avaliações divergentes de mãe e filha.

Ao mesmo tempo em que a médica deixa clara a sua interpretação dos fatos (linhas 312-313), a partir do relato de Mara, ela também proporciona à Camila o direito de se defender com contra-argumentos. Dr^a Jane indica, contudo, antecipadamente à defesa da menina, uma possível alternativa para que o problema seja sanado: *sua/ mãe vai ter que ir na escola conversar para ver se a:: entendeu?/ se o professor melhora* (linhas 319-321). O modo como a médica conclui seu turno de fala reforça sua interpretação de que o problema está em Camila, não no professor, visto que suas palavras finais lançam descrédito à justificativa da adolescente, *mas será que é?* (linha 321).

Na construção de seu raciocínio, a médica interrompe a fala por três momentos, com pausas longas que variam de dois a três minutos. A primeira pausa ocorre após apresentar os argumentos utilizados por Mara; a segunda depois de expor as conclusões a que chega a partir da fala da mãe; e a terceira e última, após expor as justificativas expressas por Camila. Essas interrupções no fluxo da fala, além de auxiliarem na organização de seu raciocínio, revestem-no de maior força argumentativa e possibilitam que a adolescente o acompanhe. A médica, já deixa explícita a conclusão a que chegara, antes mesmo dos esclarecimentos de Camila. A adolescente, então, manifesta concordância com a argumentação e interpretação de Dr^a Jane, *eu (acho)que tô conversando demais* (linha 324).

Aproximando-se do formato de estrutura de participação observado na consulta de Camila, na consulta de Pedro, excerto (vi) *tá com nota boa?*, as perguntas da médica são endereçadas mais à mãe. No entanto, Pedro também se constrói como participante agentivo na conversa, se autosseleccionando como interlocutor, com comentários avaliativos sobre si e sobre os professores, ainda que não seja para ele que a médica se dirija. Dr^a Jane, como nos demais atendimentos que compõem os dados deste estudo, também manifesta interesse pelo aproveitamento escolar do menino.

(vi) tá com nota boa?

546.	Dr ^a Jane	e assim de aprendizado ele tá indo bem?
547.	Liane	aprendizado?
548.	Dr ^a Jane	é tá com nota boa?
549.	Liane	nos- tá tão doidas as notas dele tem prova que ele fecha quase
550.		tudo tem prova que tá abaixo da média
551.	Pedro	teve uma que eu fechei quatro [e errei uinha de nada eu tirei três
552.		(porque eu errei só uma letrazinha)] só a letra a
553.	Liane	[vou até trazer as provas pra você ver sabe qual as provas sabe
554.		qual as provas que a nota dele tá horrível?] português e dessa
555.		professora

Consulta de Pedro

Na linha 546, Dr^a Jane explicita o endereçamento de sua pergunta à mãe, a respeito do aprendizado de Pedro. Liane, ao responder, expressa dificuldade em avaliar a atuação do filho, e utiliza como justificativa a flutuação das notas do menino: algumas muito boas, *ele fecha quase tudo*, outras ruins, *abaixo da média* (linha 549-550). Pedro, numa atitude de autodefesa, toma o turno de fala subsequente ao da mãe e afirma que errou apenas uma letra. Pedro argumenta que seu erro fora insignificante *errei uinha* (linha 551), reforçando essa avaliação com a minimização da quantidade única de erros *uinha*, o que confere ao erro valor irrelevante.

Diferentemente da consulta dos outros participantes do estudo, no atendimento de Carla, médica e mãe dispensam menos atenção à paciente e voltam seu interesse ao comportamento da irmã gêmea da menina, Paula, conforme excerto (vii) *fazer os deveres de casa direitinho estudar todos os dias*, transcrito a seguir.

(vii) fazer os deveres de casa direitinho estudar todos os dias

534.	Dr ^a Jane	ó você precisa olha aqui paula única coisa que você precisa
535.		fazer os deveres de casa direitinho estudar todos os dias tá? só
536.		isso
537.	Mirtes	ela fazº
538.	Dr ^a Jane	é:?
539.	Mirtes	porque lá em casa a gente não dá moleza todo dia faz e ainda
540.		faz o caderninho de reforço mostra o dever da matemática onde
541.		você tá e que você faz sozinha sem ninguém antes mostrar

Consulta de Carla

O turno da médica (linhas 534-536) vem em resposta às reclamações de Paula de que gostaria de tomar o mesmo remédio da irmã e das observações de Mirtes de que Paula estaria carente porque a mãe presta mais auxílio à Carla nas atividades escolares. O aconselhamento para que Paula se dedique às tarefas

escolares em casa funciona apenas como mais um incentivo para que a menina compreenda sua capacidade e reconheça que seus esforços têm tido bons resultados, sendo desnecessária a prescrição de medicamento para a melhoria de seu desempenho.

O comentário de Mirtes (linha 537) *“ela faz”*, dito em baixo tom, se contrapõe à orientação da médica. No entendimento da mãe, os problemas sobre a relação escola-crianças não ocorrem em função da falta de empenho das filhas ou dos cuidados paternos. Suas palavras, mais que um destaque ao compromisso da filha com as tarefas de casa, orientam para a projeção de uma identidade de mãe atenta aos cuidados com as filhas (linhas 539-540). Nesse turno de fala, ela se constrói como uma mãe zelosa e rígida na educação de Carla e de Paula; porém não assume solitariamente essa postura, partilha-a com outro(s), por meio do uso da expressão *a gente*.

A dedicação à formação das filhas é reforçada quando Mirtes afirma *e ainda faz o caderninho de reforço* (linha 539), orientando sua argumentação para o sentido de que, como se não bastassem as atividades que a escola passa para casa, as filhas têm como tarefa extra outros exercícios a resolver. Mirtes fecha seu turno de fala reiterando os elogios à capacidade da filha Paula na resolução de tarefas da escola, sublinhando que ela os faz *sozinha*, numa tentativa explícita de elevar a autoestima da criança.

Nesta seção, vimos que a médica comanda a interação, em seus papéis de atividade (Sarangi, 2010; Sarangi 2011: 8), e busca confirmar o desempenho e o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes por meio de perguntas endereçadas a eles e aos pais; a partir de suas respostas, avalia o que está sendo produtivo e o que precisa melhorar na atitude das crianças e dos adolescentes e no acompanhamento dos pais aos filhos.

Diante das dificuldades enfrentadas por pais, crianças e adolescentes, no que diz respeito às exigências da escola e às relações interpessoais, a médica assume papel fundamental na busca de entendimentos, na mediação de conflitos entre pais e filhos e no aconselhamento para que busquem juntos alternativas que minimizem seus problemas.

6.3

Ações para atender às demandas da escola

Nesta seção, o enquadre é novamente gerenciado pela médica, em seus papéis de atividade (Sarangi, 2010; Sarangi 2011: 8), com atos discursivos, no curso da interação. Nos excertos apresentados a seguir, Dr^a Jane engaja-se na atividade de orientação de pais, crianças e adolescentes, em relação a mudanças no contexto da escola. Os excertos (i) e (ii) referem-se à atividade da médica de negociadora de comportamento ajustável às demandas da escola.

(i) então o que você vai fazer pra mudar, esse ano?

242.	Dr ^a Jane	é: é verdade então o que você vai fazer pra mudar, esse ano?
243.	Carlos	((o pai olha para o teto)) é: (7.0) prestar ^o mais atenção na aula ^o
244.	Dr ^a Jane	hum:
245.	João	((joão volta-se para carlos)) (é sério, conversa séria)
246.	Carlos	tá. tentar prestar m- mais atenção na aula tentar conversar menos
247.		é: ((o pai olha para carlos)) que foi? ((carlos pergunta a João))
248.	João	(nada)
249.	Carlos	é: tentar fazer mais os deveres de casa
250.	Dr ^a Jane	hum:hum
251.	Carlos	tentar ten- é: me esforçar pra tentar me esforçar mais pra fazer os
252.		(problemas) de matemática
253.	Dr ^a Jane	humhum:
254.	Carlos	vê como é que é complicado é: e e tentar me esforçar <u> muito</u> pra
255.		não ficar de recuperação ((enquanto fala, Carlos gesticula com a
256.		mão, como se estivesse contando seus esforços))

Consulta de Carlos

Na linha 242, a médica endereça ao adolescente uma pergunta que funciona como proposta para que ele adote postura agentiva de mudança no que diz respeito ao comportamento e à dedicação às atividades escolares. A forma como a médica faz a formulação, finalizando a pergunta, *esse ano*, reaviva a memória dos participantes de compromissos assumidos por Carlos no ano anterior, mas não cumpridos por ele, o que o levou a ter de submeter-se a provas de recuperação, conforme avaliação do próprio adolescente, *foi horrível e recuperação em história* (ver 6.2 linhas 236-237 e 240, respectivamente).

Carlos, por sua vez, aceita a proposta de mudança e, sob o olhar da médica e do pai, completa a segunda parte do par adjacente resposta, enumera as atitudes que deve assumir para alcançar melhor desempenho na escola, demonstrando dispensar grande esforço ao listar esses comportamentos. A fala de Carlos é marcada por pausas, alongamentos e repetições. Enquanto lista os

comportamentos a serem mudados, ele os vai contando nos dedos até concluir, ao final, o quanto será trabalhoso para ele executar tudo o que havia enumerado, vê *como é que é complicado é: e e tentar me esforçar muito pra não ficar de recuperação* (linhas 254-255), e solicitar com essas palavras que a médica reconheça o seu grande empreendimento para cumprir com todas as tarefas.

Mesmo quando inicia sua lista de comportamentos a serem mudados (linha 243), o adolescente já constata que as coisas não seriam tão fáceis, pelo uso do alongamento em *é:*, e pela pausa de sete segundos até dar continuidade à sua fala. No turno seguinte, João se autosseleciona como falante, interrompendo, dessa forma, o diálogo estabelecido entre a médica e Carlos, para adverti-lo de que *(é sério, conversa séria)* (linha 245), projetando para o filho a identidade de pessoa que precisa ser acreditável. Carlos concorda com o pai, mas, a partir daí, já não produz sua fala com tanta convicção de que dará conta de cumprir o que reconhece ser necessário fazer. No turno subsequente ao do pai, o menino inclui *tentar*, antes da ação a ser tomada por ele, chegando a dizer *me esforçar pra tentar me esforçar mais e tentar me esforçar muito*. Nessa última elocução, temos a repetição de *tentar*, expressando o alto grau de dificuldade da ação e a incerteza de êxito, seguido de *esforçar*, que sinaliza o quão árdua será a tarefa. Temos, ainda, o intensificador *muito*, dito com ênfase, e compreendido, aqui, como uma avaliação explícita de como seu trabalho será custoso.

A clareza do entendimento de Carlos nessa consulta sobre o que deve mudar para alcançar melhor rendimento escolar, no entanto, parece não significar que ele já não soubesse o que fazer antes. Talvez o adolescente relativize tanto suas ações justamente pelo fato de essa mesma proposição de mudança já ter ocorrido no ano anterior, conforme observação da médica (linhas 263-265, não transcrita nos excertos) - *muito bem tá. o ano passado. isso aí tudo que você me falou você não não fez assim. não: seguiu à risca né?*

A formulação que a médica faz em *isso aí tudo que você me falou*, para trazer à lembrança de Carlos suas promessas anteriores, também ocorre na consulta de Camila, em que a médica propõe à adolescente um comportamento alternativo, conforme (ii) *o que você tem que fazer pra mudar?*.

(ii) O que você tem que fazer pra mudar?

496.	Dr ^a Jane	que que você tem que fazer pra mudar?
497.	Camila	“parar de conversar e prestar mais atenção nas aulas”

Consulta de Camila

Assim como Carlos, Camila também reconhece a necessidade de mudança de postura para alcançar maior êxito escolar. A resposta que Camila elabora sobre o que deveria modificar em seu comportamento indica que a adolescente admite concordar com as reclamações dos professores à sua mãe de que conversa muito e de que apresenta comportamento desatento em sala de aula. Embora Camila responda ao questionamento que a médica lhe endereça, ela utiliza um tom baixo de voz, o que parece indicar o reconhecimento de seu problema comportamental, mas não exatamente o compromisso de mudança de atitude.

Em outros momentos das consultas, observam-se também propostas de mudança bastante semelhantes na orientação que a médica endereça aos adolescentes e às crianças. Nos excertos (iii), (iv) e (v) seguintes, Dr^a Jane utiliza turnos de fala mais extensos e explica como os estudantes devem agir para obterem melhores resultados na escola. A sua fala evoca a voz de especialista em saúde física e mental.

(iii) você precisa se organizar no geral

465.	Dr ^a Jane	[que que] que que eu tô querendo dizer carlos que que eu tô
466.		querendo dizer que você precisa se organizar no geral em
467.		relação a sono. em relação à alimentação. em relação a: horário
468.		de estudar. em casa, na escola. tá? porque tem as horas do dia em
469.		que você rende mais tem outras que você rende menos s:- sabia
470.		disso?

Consulta de Carlos

Em turnos de fala anteriores, Dr^a Jane já havia feito referência à necessidade de que Carlos se organizasse melhor para os estudos em casa, *isso aí você precisa se organizar em casa e ter um horariozinho/em casa todo dia pra estudar, não tem jeito* (linhas 430-431, texto integral). A médica dá continuidade à sua orientação para mudanças, expandindo-a em *(iii) você precisa se organizar no geral* (linhas 465-470), e ratificando a necessidade de tempo de dedicação aos estudos em casa. As informações sobre o cotidiano de Carlos, presentes nos turnos de pai e filho anteriormente, possibilitam comparar as elocuições de ambos, suas avaliações e o comprometimento de cada um com o que disseram. A partir das informações, a médica faz uma formulação em *[que que] que que eu to*

querendo dizer (linha 465), e indica suas conclusões, expressas em conselhos e orientações.

A médica, como profissional responsável por promover a saúde física e mental de seus pacientes, assume em (iii) essa papel de atividade, e o faz por meio de orientações que devem ser seguidas por Carlos, para que ele tenha melhor desempenho escolar e melhor qualidade de vida. Ela se propõe a explicar para o adolescente suas orientações prévias de forma mais detalhada. Para isso, dirige-se a Carlos com palavras assertivas, *você precisa*, atribuindo a ele a necessidade e a responsabilidade de modificar seu comportamento. As palavras da médica expressam o conhecimento de especialista, traz à tona a necessidade de um sono de qualidade, da boa alimentação e da dedicação aos estudos, em casa e na escola, para o alcance dos objetivos propostos.

Ao mesmo tempo em que Dr^a Jane assinala a importância do engajamento de Carlos no controle da própria vida, ela se certifica de que o menino esteja entendendo suas palavras e acatando suas orientações, *tá?* (linha 468). Nesse mesmo turno, lança mão de seu *status* de especialista, descortinando a relação de assimetria na interação entre ela e Carlos. Na construção do enunciado, Dr^a Jane utiliza a palavra *você* em três ocasiões. Na linha 466, *você precisa se organizar no geral*, *você* tem como referente o próprio Carlos, remete aos contratempos oriundos da desorganização do menino; enquanto nas linhas 468-469, *porque tem as horas do dia em/ que você rende mais tem outras que você rende menos*, o mesmo indexical parece apontar não apenas para Carlos, ao que ocorre com ele, mas às pessoas de um modo geral.

A mesma atuação da médica se observa no trato com Camila, no excerto (iv) *você tem que dormir cedo você tem que se alimentar na hora certa*, abaixo.

(iv) *você tem que dormir cedo você tem que se alimentar na hora certa*

818.	Dr ^a Jane	você tem que dormir cedo você tem que se alimentar na hora certa
819.		você tem que ter horário pra estudar todos os dias ((Camila
820.		assente com a cabeça)) é inaceitável esse negócio de caderno
821.		escrito de um lado na- no outro não tudo incompleto você tem
822.		que ler: você tem que se preparar pras provas (2.0) afinal de
823.		contas você é uma aluna escolar escolar o que que faz na vida?
824.		estuda sua mãe trabalha, é uma trabalhadora, você é uma
825.		estudante, então vai ter que estudar, entendeu?

Consulta de Camila

No turno de fala endereçado à Camila, a elocução da médica apresenta-se mais assertiva que a de Carlos, com menos ponderação sobre a importância das

horas de sono, da alimentação e da dedicação aos estudos para uma melhor qualidade de vida e para um melhor rendimento acadêmico da adolescente. Dr^a Jane (linhas 818 e 819) repete por três vezes *você tem que*, o que dá uma conotação à sua fala de que já não cabe mais à adolescente arbitrar sobre o que ela prefere fazer, as palavras da médica soam mais como uma ordem do que como um aconselhamento. Soma-se a essa passagem a avaliação sobre algumas atitudes da menina (linha 820) - *é inaceitável*, escolha que soa como um ultimato à menina. Tal como indicado anteriormente, o uso de *ter + que* funciona como um recurso linguístico com conotação de inevitabilidade, ao mesmo tempo em que coloca em destaque o valor normativo e prescritivo do conselho médico, e em relevância sua autoridade sobre as condutas do paciente (Rígano, s/d).

Nas linhas subsequentes, a médica traz novamente a voz da escola (linha 822-824) - *afinal de contas você é uma aluna escolar escolar o que que faz na vida?/estuda*; e do senso comum (linha 824) - *sua mãe trabalha, é uma trabalhadora*, reafirmando as responsabilidades da identidade social de estudante da menina e da identidade social de profissional de Mara.

No fechamento de sua fala (linha 825), a médica não oferece alternativas de escolha para Camila, mais uma vez utiliza a expressão *você vai ter que*, não deixando margem de dúvidas sobre as obrigações a serem cumpridas pela adolescente. Mesmo a expressão *entendeu?*, ao final, apresenta-se mais como uma orientação mais incisiva à Camila, e uma ratificação do foi dito anteriormente, do que como uma sondagem para saber se havia algo que fugisse à compreensão de Camila.

Na consulta de Pedro, conforme excerto (v) *você também tem que fazer a sua parte*, a seguir, o tom utilizado pela médica, ao se referir ao comportamento do menino em sala de aula, não é tão assertivo quanto quando ela se dirige aos adolescentes.

(v) você também tem que fazer a sua parte

615.	Dr ^a Jane	você também tem que fazer a sua parte
616.	Pedro	humhum
617.	Dr ^a Jane	qual é sua parte?
618.	Liane	qual que é?
619.	Dr ^a Jane	cumprir com as obrigações que você tem que fazer em sala de
620.		aula lembrar que em sala de aula é o professor que é a
621.		autoridade então não adianta você querer não respeitar: se a
622.		professora fala “pedro tem que fazer isso” faça
623.	Liane	entendeu?
624.	Pedro	humhum

Consulta de Pedro

Nas linhas 615 e 619, a expressão *ter que*, utilizada pela médica na construção de seu enunciado, remete à formulação feita quando se dirigiu à Camila. A escolha de uma modalidade de obrigação sugere uma convocação ao menino para que ele promova uma mudança em suas atitudes, a fim de estabelecer melhores relações com os professores. Ao mesmo tempo em que a médica se reveste de identidade hierarquicamente superior na interação em consulta pediátrica, atuando nesse momento como orientadora comportamental, ela evoca a voz institucional da escola, em que o professor é a autoridade em sala de aula e o aluno deve cumprir com suas obrigações acadêmicas, *em sala de aula é o professor que é a/ autoridade* (linhas 620-621).

Na consulta de Pedro, diferentemente das consultas de Carlos e de Camila, não há por parte da mãe informações sobre a dedicação do menino à execução das tarefas escolares. Quando questionada pela médica sobre as notas de Pedro, Liane responde (linha 544, excerto (vii) da seção anterior) - *tão doidas as notas dele*, sem fazer referência às razões de o rendimento do filho variar de uma disciplina para outra, já que em algumas ele está muito bem e em outras muito mal. A conversa, nos dados analisados, se desenvolve em torno de um tópico predominante aos demais: as reclamações de uma única professora sobre o comportamento do menino.

O excerto (v) apresenta a continuação de orientações formuladas pela médica para Liane e Pedro. Por um lado, Dr^a Jane propõe à mãe, em orientações em outros turnos, que esteja sempre em contato com a escola, solicitando parceria da instituição e explicando a situação do filho e, por outro lado, recomenda que o menino mude de comportamento, assuma suas obrigações escolares, reconheça e acate a autoridade do professor.

Neste enquadre, os papéis de atividade da médica exigem conhecimentos que requerem atribuições às identidades sociais de mãe, educador e estudante. Em sua fala, ela confere atribuições a cada um dos envolvidos na relação escola-família-criança, cabendo à mãe buscar parceria com a escola e auxiliar o filho em suas necessidades, ao educador compreender as particularidades do aluno e atendê-lo em suas especificidades, e ao estudante cumprir com as demandas da escola e respeitar os professores.

Em outros momentos da interação entre os participantes, a médica, no papel de orientação psicoeducativa, explica muitas das atitudes comportamentais das crianças e dos adolescentes como características do transtorno. No entanto, ela não isenta os pais da responsabilidade de monitoramento constante dos filhos, embora direcione suas orientações de mudanças de comportamento especialmente aos adolescentes e às crianças com TDAH no que diz respeito à execução das tarefas escolares.

O TDAH como fonte de conflito familiar

No capítulo anterior, tratamos dos enquadres que se estabeleceram em função dos conflitos na escola. No presente capítulo, o foco, no contexto clínico, são interações em que o tópico se volta para o contexto da família, nos conflitos que ali surgem nas relações intrafamiliares.

As famílias com crianças e/ou adolescentes com TDAH experimentam mais comumente conflitos e desarmonia na relação entre estes e os pais, e entre eles e os irmãos, do que outras famílias que não têm que lidar com o transtorno. Os pais lançam mão de variadas estratégias socioeducativas no trato com os filhos com TDAH e destacam as dificuldades de estabelecer limites e de fazer com que cumpram regras. Para Kunrath (2006),

No caso das famílias com crianças portadoras de TDA/H, entende-se que os pais possam sentir-se incompetentes e preocupados, pois têm dificuldade em organizar seus filhos e são cobrados e responsabilizados pela sociedade, muitas vezes sendo vistos como pais incompetentes (Kunrath, 2009, p. 259).

Estudo piloto sobre as práticas educativas de pais de crianças com TDAH, dos tipos predominantemente combinado e desatento, demonstra que a punição inconsistente é significativamente maior na educação dos filhos com TDAH combinado que nos filhos predominantemente desatentos (Frassetto; Bakos, 2010). Em outros estudos, pesquisadores observam que as mães utilizam mais práticas educativas punitivas com as crianças com TDAH, quando comparado ao relacionamento de famílias constituídas por crianças sem o diagnóstico.

Conforme literatura sobre a relação parental e práticas educativas em famílias com crianças e adolescentes com TDAH, as “[...] crianças têm interações mais negativas com seus pais e estes repetem mais vezes o que é solicitado do que outros pais o fazem” (Gerdes, Hoza e Pelham, 2003, apud Kunrath; Wagner; Jou, 2006). De acordo com Gonzales, Bakker, Rubiales (2014), existe uma tendência maior entre pais e mães de crianças com TDAH a críticas e rejeições aos filhos, com diferenças significativas quando comparados ao grupo controle.

Os autores afirmam que as relações interpessoais nessas famílias se caracterizam pelos conflitos, pela falta de apoio e controle inadequado.

Os excertos deste capítulo trazem à tona momentos de conflitos familiares, resultantes da tríade hiperatividade, impulsividade e desatenção que caracterizam o TDAH, no contexto da consulta clínica. Como veremos, as mães e um dos pais enquadram a interação com a médica como momento de avaliar e fazer as suas reclamações sobre o comportamento dos filhos e a médica atua somente como ouvinte, formuladora e mediadora dos conflitos

Na consulta de Carlos, quando quando a médica pergunta ao pai sobre o que o filho necessita mudar em seu comportamento, João descreve o cotidiano familiar como marcado pelos transtornos consequentes das atitudes de Carlos, enquadra sua fala, como um momento de avaliar que falta responsabilidade no comportamento do filho.

Em alinhamento de narrador, João relata como, diariamente, pela manhã, à saída de todos - os filhos para a escola e os pais para o trabalho -, são corriqueiras situações de atraso em função de Carlos não atender às solicitações dos pais, ao que Dr^a Jane denomina uma questão de *obediência imediata*. João, ao comentar a forma como se dirige ao filho nessas situações, emprega um tom de voz que revela a irritação e o estresse cotidiano com a correria para conseguirem cumprir os horários de escola dos filhos e de trabalho dele e da esposa, Vilma, conforme turnos alocados pelo pai no excerto (i) *falta responsabilidade*, a seguir.

(i) falta responsabilidade

798.	João	=falta falta responsabilidade e: uma coisa que é muito
799.		corriqueira é de todos os dias realmente "carlos vai fazer isso
800.		aqui agora que nós estamos atrasados" ((dando uma entonação
801.		mais ríspida à voz)) aí ele levanta vira e vai brincar com alguma
802.		outra coisa
803.	Dr ^a Jane	humhum
804.	João	EM VEZ DE FAZER MAS NAQUELE EXATO MOMENTO
805.		VOCÊ ACABOU DE FALAR ELE VAI FAZER OUTRA
806.		COISA
807.	Dr ^a Jane	humhum:
808.	João	OU ENTÃO NO MEIO DO CAMINHO PARA PRA FAZER
809.		OUTRA COISA PRA BRINCAR COM A cachorrinha
810.	Dr ^a Jane	humhum
811.	João	() "MEU FILHO ESTAMOS" () isso é todos os dias de manhã
812.		TODOS OS DIAS [DE MANHÃ]

Consulta de Carlos

As ênfases observadas no tom de voz de João, como no destaque em *agora* e *atrasados* (linha 800), remetem às circunstâncias em que é necessária a compreensão de todos na família de que o cumprimento de horários na escola e no trabalho é uma obrigação social, não uma escolha pessoal, dessa forma, atrasos são inadmissíveis. No desenvolvimento desse tópico de conversa, conforme exemplificado no exerto, a médica aloca turnos de fala curtos, com expressões que apenas sinalizam que ela acompanha o relato de João, enquanto Carlos acompanha a conversa, alinhando-se como ouvinte atento, sem turnos de fala endereçados a ele. Carlos não se autoseleciona como falante.

João, ainda no alinhamento de narrador, continua sua exposição dos fatos, agora utilizando-se de um tom de voz mais alto em toda a sua fala, e parece reviver aquele momento do cotidiano, ao narrá-lo para a médica. Aparentemente, o início do dia da família de Carlos já se torna um caos desde o momento em que todos acordam, e é assim todos os dias. O pai, por meio do recurso de repetição, *isso é todos os dias de manhã* (linha 811), *TODOS OS DIAS [DE MANHÃ]* (linha 812), reitera seus argumentos não deixando margens para dúvidas sobre a veracidade de suas palavras e sobre a tensão provocada pelo comportamento de Carlos.

No excerto (ii) *foi terrível pra mim*, abaixo, a mãe da adolescente Camila também demonstra frustração quando fala sobre o quanto a filha exige monitoramento na realização das tarefas da escola. Mara demonstra cansaço e desolação por não ver a filha cumprir suas obrigações, por mais que ela tente auxiliá-la.

(ii) foi terrível pra mim

635.	Drª Jane	=se você em casa não tá estudando e se na escola tem uma
636.		página com dever e a outra vazia mara o que que nós vamos
637.		fazer?
638.	Mara	°não sei° não sei porque: é:: na semana de prova foi assim foi
639.		terrível pra mim foi terrível mesmo porque eu passei todos os
640.		dias até tarde com ela estudando e tal tipo assim fazia os
641.		meus os meus afazeres depois ficava estudando com ela a
642.		ponto de na na sexta-feira que foi o último dia de prova eu fui
643.		pro pro pronto socorro com pressão a vinte por onze
644.		entendeu? [porque eu ficava todo dia até tarde] () acordo cinco
645.		horas da manhã pra ir trabalhar aí você imagina alguém que
646.		vai dormir depois de meia noite uma hora entendeu?
647.	Camila	[(quando eu lembro da prova me dá dor de cabeça)]

Consulta de Camila

A médica, nas linhas 635-637, se dirige primeiramente a Camila, alinhando-se à mãe da menina, e ambas coconstroem para a adolescente a identidade de aluna pouco dedicada aos estudos. Na sequência, a médica, alinha-se como mediadora, e divide com Mara esforços para auxiliar na orientação de Camila, por meio de sua inserção com o uso de *nós*, em *o que que nós vamos fazer?* (linhas 636-637). A adolescente parece não ter defesa para apresentar a seu favor, e são poucas as suas interferências, como interlocutora endereçada ou como participante que se autoseleciona para falar.

Em resposta ao questionamento da médica, Mara, em turno subsequente (linhas 638-646), deixa transparecer seu abatimento e desânimo. Desenvolve um turno de fala extenso, relatando todos os esforços que tem feito para apoiar a filha em suas necessidades escolares. Mara se constrói como uma mulher de jornada dupla, torna relevante sua identidade de profissional, que cumpre jornada de trabalho fora de casa, e sua identidade de mãe diligente que, mesmo cansada, chega em casa e estuda com a filha. Mara apresenta-se como uma mãe que não mede esforços em prol do sucesso da filha, que coloca em risco a própria saúde para que Camila tenha êxito na escola - *eu fui/ pro pro pronto socorro com pressão a vinte por oito* (linhas 642-643). A agência da mãe se destaca nas vezes em que Mara faz referência a suas ações - *foi terrível pra mim* (linhas 638-639); *fazia os meus afazeres e depois ficava estudando com ela* (linhas 640-641) . Enquanto Mara constrói para Camila a identidade de aluna irresponsável, constrói-se com a identidade de esteio da família.

No excerto (iii) *eu tenho medo de pedir pro meu pai*, a seguir, as perguntas da médica (linhas 664, 670, 672), como mediadora, conduzem à possibilidade de outras pessoas auxiliarem Mara no acompanhamento de Camila nas tarefas escolares.

(iii) eu tenho medo de pedir pro meu pai

664.	Drª Jane	cê mora sozinha?
665.	Mara	não moro com meu marido mas não adianta matéria de dever:
666.		de escola meu marido não: entendeu?
667.	Camila	eu tenho medo de pedir pro meu pai me ajudar em matemática
668.		(eu lembro ano passado) ele só ficava gritando comigo me dá
669.		vontade chorar
670.	Drª Jane	não tem ninguém que pode ajudar não mara?
671.	Mara	não
672.	Drª Jane	nessa (questão) da escola assim:

Consulta de Camila

Em todas as passagens em que Mara desabafa sobre sua sobrecarga na educação da filha, em nenhum momento ela faz referência a outras pessoas da família que poderiam dividir com ela essa empreitada, embora more com o esposo e com o filho de dezenove anos. Somente quando questionada por Dr^a Jane se mora sozinha (linha 664), Mara alude ao marido, mas construindo-o como alguém inabilitado para ajudá-la. Às palavras da mãe somam-se as da adolescente (linhas 667-668), que projeta para o pai a identidade de um pai temível e sem paciência.

Ainda que médica e mãe aparentemente não deem atenção ao comentário de Camila, elas o ignoram e continuam dialogando entre si, Mara posteriormente comenta as atitudes do marido, mas não o constrói como a pessoa intolerante, representada pela filha, conforme excerto (iv) *o pai dela qualquer coisinha*, abaixo.

(iv) o pai dela qualquer coisinha ...

862.	Dr ^a Jane	tá:? ((Camila assente com a cabeça)) veja bem o que
863.		acontece? é:: cê tem que ser assim ela tem que te ouvir ela
864.		tem que te atender sem que você precise ficar falando falando
865.		falando a vida toda (a mesma coisa)
866.	Mara	é o que o pai dela fala mas aí é que tá o pai dela qualquer
867.		coisinha ((faz um gesto com a mão fechada na direção da
868.		cabeça da filha)) tum
869.	Dr ^a Jane	bate
870.	Mara	dá umas () carinhosa sabe? só se eu começar isso: só se eu
871.		começar a usar esse método doutora porque: eu falo sabe?
872.		com a maior boa vontade não adianta não

Consulta de Camila

Nesse novo enquadre, em que Mara se refere ao marido, nas linhas 866-868, projetando-o com a identidade de marido companheiro, que a aconselha na educação da filha. De acordo com Mara, ao enunciar *é o que o pai dela fala* (linha 866), o ponto de vista do marido corresponde às observações da médica de que Camila deve atender de imediato às orientações da mãe, evitando desgastá-la. Ao mesmo tempo em que o constrói como um pai com pouca paciência com os desacertos da filha, sugere que ele por quase nada bate na menina, Mara ameniza essa projeção, justificando que ele o faz, mas carinhosamente. O que não parece estar em consonância com o temor que a filha diz ter do pai, quando ele a ajuda nos deveres, e com sua vontade de chorar por causa dos gritos que recebe dele (cf. excerto (iii), linhas 667-669, nesta seção).

Outra contradição de Mara, na construção dos atributos do marido, em relação ao trato com Camila, observa-se nas linhas 870-871, quando a mãe se alinha a ele e afirma que começará a utilizar o mesmo método que o esposo utiliza com Camila, para ver se a menina a atende. As palavras da mãe são pistas que dão a entender que ela mudará sua postura de mãe paciente para a de mãe que corrige por meio de atitudes agressivas.

Os conflitos familiares emergentes nas consultas de Carlos e Camila apresentam vínculos estreitos com questões relacionadas à escola, pois na consulta médica desses participantes não foram abordados assuntos relativos às relações com os irmãos, embora esses conflitos se explicitem na fala das mães nas entrevistas. O destaque aos enfrentamentos familiares por comportamentos ‘irritantes’ ou de ciúmes tornaram-se mais evidentes nas consultas de Pedro e Carla.

Na consulta de Pedro, ainda no enquadre de pré-jogo de abertura da conversa, Liane, a mãe do menino justifica para a médica a presença de sua filha Laila no consultório. A fala de Liane expõe a necessidade que ela, mãe, tem que sua filha ouça da médica explicações sobre o comportamento do irmão como consequente do TDAH, para poder entendê-lo melhor, conforme excerto (v) *eu trouxe ela mais pra poder escutar*:

(v) eu trouxe ela mais pra poder escutar

10.	Liane	vamos ver se ele cresceu um pouquinho né? eu trouxe ela
11.		((referência à filha)) mais pra poder escutar dr ^a jane pra senhora
12.		também dar um conse:lho pra
13.	Dr ^a Jane	ela tem quantos anos?
14.	Liane	dezesseis
15.	Dr ^a Jane	dezesseis
16.	Liane	da questão da- do entendimen:to aqui entre família porque às
17.		vezes eu falando falando eu fico sem voz eu não consigo ter
18.		nenhum resultado entendeu?

Consulta de Pedro

Os motivos relatados pela mãe para justificar a presença de Laila (linhas 11-12 e 16-18) trazem à tona conflitos familiares advindos do desconhecimento das filhas sobre a influência do TDAH no comportamento do filho. A mãe torna relevante no encontro a autoridade de especialista em TDAH da médica e solicita a ela a atividade de aconselhamento à filha (linhas 10-12). Liane constrói-se com a identidade de mãe informada sobre o transtorno, mas incapaz de fazer com que as filhas compreendam suas explicações. Demonstra esgotamento em suas

tentativas de mediar os conflitos entre os irmãos, sem, contudo, obter sucesso: suas tentativas de esclarecer às filhas o que motiva o comportamento de Pedro são ineficazes.

Nesse enquadre de desabafo inicial, Liane expressa sua compreensão sobre a importância de a família atuar unida no enfrentamento de problemas, e demonstra expectativa de que a filha compreenda melhor o significado do transtorno na vida daqueles a quem acomete e no cotidiano familiar, a partir dos esclarecimentos da médica. Embora a mãe não se reporte ao marido em seu turno de fala, refere-se apenas às conversas que tem com as filhas sobre o comportamento de Pedro, suas palavras traduzem o seu empenho solitário de mediar as divergências entre os irmãos, o que expressa pela repetição em *falando falando* e culmina em *eu fico sem voz* (linha 17).

No excerto (vi) *porque mãe geralmente é que toma frente*, abaixo, Liane continua no enquadre de exposição das dificuldades por que passa com os cuidados com os filhos, momento em que avalia o comportamento do marido de forma elogiosa, ainda que ponderada.

(vi) *porque mãe geralmente é que toma frente*

845.	Liane	a dificuldade que eu tô tendo dr ^a jane que eu até falei com
846.		aquela moça ali é a família tá? meu marido graças a deus já
847.		melhorou bastante porque mãe geralmente é que toma frente
848.		mesmo né?
849.	Dr ^a Jane	só
850.	Liane	mas é uma questão familiar né?

Consulta de Pedro

A sobrecarga sentida por Liane no enfrentamento familiar com relação aos cuidados com Pedro reflete-se na construção da identidade de pai que ela projeta para o marido. Ao mesmo tempo em que reitera sua identidade de mãe e esposa sobrecarregada, Liane projeta para o marido a identidade de pai omissor nas questões familiares que envolvem os cuidados com Pedro, embora reconheça ter havido mudanças positivas na participação do marido na organização familiar, *meu marido graças a deus já/ melhorou bastante* (linhas 846-847). Liane aceita como responsabilidade da mulher/mãe ‘tomar a frente’ nas questões relativas à gestão da casa e da educação dos filhos, numa postura de resignação, *mãe geralmente é que toma frente/ mesmo né?* (linhas 847-848). O fechamento desse turno, *né?*, funciona como uma solicitação à médica de concordância com a sua

postura e torna relevante nesse momento as identidades sociais de Dr^a Jane de mãe e de esposa. No turno subsequente, só (linha 849), a médica se alinha à Liane, coconstruindo com ela essas identidades de mãe e esposa.

Liane continua seu relato descrevendo os conflitos familiares que envolvem a relação entre Pedro e as irmãs, reconhece a necessidade de filhas terem mais privacidade, como adolescentes que são, e afirma não tirar a razão delas, tendo em vista o quanto Pedro exige de atenção. No entanto, acredita que as meninas precisam entender como devem lidar com o comportamento irrequieto e impulsivo do irmão.

No excerto (vii) *elas não conseguiram assimilar ainda*, abaixo, Liane apresenta como projeta Pedro e as filhas em suas relações interpessoais e em relação ao TDAH.

(vii) elas não conseguiram assimilar ainda

870.	Dr ^a Jane	mas liane quê que você acha, cê tá querendo dizer que é ()
871.	Liane	eu acho que elas não estão tendo assim elas não conseguiram
872.		assimilar ainda o que que é esse diagnóstico na vida de:le como
873.		que elas têm que lidar com isso
874.	Dr ^a Jane	humhum
875.	Liane	porque elas às vezes bota defeito e xinga e grita e rejeita e fala
876.		“sai pra lá:: sai daqui não aguento mais você:” ((imitando a voz
877.		das filhas, com um tom nervoso))
878.	Laila	()
879.	Liane	não ela tem muita paciência só que ele ele realmente é enjoado
880.		nesse ponto aí perturba bastante entendeu?
881.	Dr ^a Jane	(a privacidade) delas
882.	Liane	ele ele tira um [pouco a paz o ambiente da casa]
883.	Pedro	[a não gos- o outra fica- minha outra irmã fica ()]
884.	Dr ^a Jane	veja bem existe
885.	Liane	eu não sei se tudo é hiperativo- se é hiperativo ()
886.	Dr ^a Jane	liane eu não te dei nada não? esses livrinhos?

Consulta de Pedro

Ao alocar o turno de fala na linha 870, Dr^a Jane demonstra que estava alinhada como ouvinte atenta às palavras da mãe, por meio de uma formulação resumitiva do que Liane dissera e solicita-lhe mais esclarecimentos sobre o que ocorre na relação entre os irmãos, para só então alinhar-se à atividade de conselheira e orientar Laila. A médica assume o papel de atividade de orientadora psicoeducativa e de especialista em TDAH.

Nos turnos seguintes alocados por Liane, a mãe justifica o tratamento dado pelas filhas ao irmão, em função de elas não terem assimilado bem o que significa

o TDAH no comportamento de crianças com o transtorno. Ela projeta as filhas como irmãs impacientes com Pedro, elas o rejeitam por não suportarem o modo irrequieto de ser do menino. Ainda que pareça controverso, Liane declara que a filha Laila tem *muita paciência* com o irmão, e constrói para o filho a identidade de irmão enjoado e incômodo (linhas 879-880). Ao afirmar *eu não sei se tudo é hiperativo* (linha 885), a mãe lança dúvida sobre o próprio conhecimento da síndrome.

A médica, nesse excerto, faz formulações que complementam o raciocínio de Liane (linha 881), demonstrando estar acompanhado e compreendendo suas ponderações. Nas linhas 884 e 886, Dr^a Jane reenquadra a conversa, alinhando-se ao papel de orientadora psicoeducativa, com o intuito de verificar se já havia recomendado leitura sobre a síndrome para a família.

Os conflitos também se expressam na consulta das gêmeas Carla e Paula, conforme excerto (viii) *ela é impulsiva*. Na consulta de Carla, embora seja possível entender o desenvolvimento da conversa entre os participantes do encontro, os cuidados de Mirtes para expor as suas atribulações com as filhas, na presença delas, levam-na a se comunicar mais por gestos, por trás das meninas, do que com palavras. O que se observa é que os conflitos entre as irmãs ocorrem mais em função da disputa entre ambas pela atenção da mãe. Paula não tem diagnóstico de TDAH. A preocupação de Mirtes com Paula se justifica em função de a menina estar requerendo os cuidados da mãe, embora não apresente as mesmas necessidades de Carla.

No excerto (viii), transcrito a seguir, a fala de Carla apresenta-se como uma autodefesa às críticas da irmã, em turnos anteriores, que a construíra como uma menina chorona e respondona.

(viii) *ela é impulsiva*

94.	Carla	[ela responde] algumas vezes a mamãe também
95.	Paula	eu nunca respondi a mamãe né mãe? ((olha para a mãe))
96.	Mirtes	(nã:o respondeu) [ela é impulsiva] ((apontando para carla))

Carla atribui à irmã os mesmos atributos com que fora por ela projetada, o que é rejeitado por Paula, que busca o apoio materno, *eu nunca respondi a mamãe né mãe?* (linha 95). Mirtes, por sua vez, além de coconstruir a identidade de boa filha para Paula, projeta Carla como uma menina impulsiva, justificando, de certa

forma, a informação de Paula de que a mãe batia em Carla quando a menina fazia malcriação (linha 96).

Durante toda a consulta, as meninas se alternam em mostrar atividades no caderno à médica e em resolver cálculos matemáticos que médica e mãe elaboravam para elas. As atividades que se desenvolvem em consultório são múltiplas, pois as duas crianças exigiam atenção para si. A médica assume o papel de atividade de eliciadora de informações, fazendo formulações e elaborando perguntas, endereçadas à Mirtes, à Carla e à Paula, alternadamente.

No enquadre que se estabelece no excerto (ix) *eu sou independente*, transcrito a seguir, há a expressão de desabafo de Mirtes, com turnos de fala mais longos, em que se observa as projeções da mãe para si mesma como uma pessoa autossuficiente nos cuidados com as filhas e com a casa.

(ix) *eu sou independente*

655.	Mirtes	graças a deus até minha síndica falou “nossa mirtes eu tô te
656.		achando tão mais calma” porque eu não boto mais a minha vida
657.		na mão das pessoas eu sou independente eu já eu já criei uma
658.		autonomia de independência

Mirtes, em (ix), constrói-se como uma pessoa mais tranquila hoje que no passado, transformação consequente da decisão de cuidar sozinha das filhas e da casa, sem a interferência de empregados. A mãe corrobora essa autoavaliação, por meio do discurso reportado do comentário da síndica de seu condomínio (linhas 655-656). Mirtes se projeta como uma pessoa independente e autônoma, capaz de gerenciar sozinha o cotidiano de sua família.

Na sequência de turnos do excerto em (x) *eu quem checo tudo isso né?*, Mirtes resume a construção identitária que projeta para si, no desempenho de suas funções de mãe, esposa e empresária; apresenta-se com a agentividade de quem, como ela mesma disse, excerto (ix), linha 658, já criou uma *autonomia de independência*, gerenciadora da própria vida, dos cuidados com a casa, com o marido e com a educação das filhas.

(x) eu quem checo tudo isso né?

839.	Mirtes	não geovana ((Aparentemente confundiu o nome da médica)) eu
840.		tenho que passar na empresa pagar conta pegar ver coisa da
841.		empre:sa checar funcionário passar ordem quando a menina
842.		não vai “fábio manda essa embora que não vai (adoecer) dentro
843.		da minha empresa e eu vou aguentar o rega:ço manda vão-” é
844.		assim né?
845.	Dr ^a Jane	é:?
846.	Mirtes	aí tem- eu quem checo isso tudo né? porque eu que- isso aí a
847.		gente sente melhor do que homem né?
848.	Dr ^a Jane	você tá lá na empresa junto com ele?
849.	Mirtes	todo dia de tarde eu vou na empresa [eu não sei como é que eu
850.		dou conta] acordo de manhã cedo passo camisa do fábio
851.	Dr ^a Jane	[meu: deus:: nos::sa]
852.	Mirtes	nem todo dia eu tô comendo em casa porque eu acho mesmo
853.		[que não dá]
854.	Dr ^a Jane	[e ainda tem que cuidar das meninas]

Consulta de Carla

Mirtes ativa indexicais que apontam para ela mesma, para a construção de um eu participativo, diligente e vigilante, *eu tenho que passar na empresa* (linha 840) e *eu quem checo isso tudo* (linha 846). A ativação do próprio discurso relatado em *fábio manda essa embora* (linha 842), amplia sua autoridade sobre o gerenciamento da empresa do casal e sobre as decisões do marido.

Nas linhas 846-847, Mirtes atribui sua agência a uma qualidade inerente às mulheres, palavras que fazem eco ao dizer de Liane, quando esta afirma que *mãe geralmente é que toma frente*, excerto (vi), linha 847, alinhando a postura das duas mães. Por meio da construção de seu enunciado, *a/ gente sente melhor do que homem né?* (linha 846-847), estende suas atividades na identidade de esposa e mãe a todas as mulheres, pelo uso da expressão *a gente*, e busca o alinhamento da médica, por meio da indagação final *né?*. Mirtes constrói-se como empresária competente e multitarefas, tecendo uma autoavaliação da sua sobrecarga, ao afirmar *eu não sei como é que eu/ dou conta* (linhas 849-850). Projeta-se também como esposa zelosa, ao afirmar: *acordo de manhã cedo passo camisa do fábio* (linha 850). A médica, nos turnos subsequentes, alinha-se a Mirtes, ao sinalizar concordância com a autoavaliação desta de sobrecarga de tarefas, por meio do uso de palavras interjetivas, que denotam admiração, *[meu: deus:: nos::sa]* (linha 851); e posteriormente, ao acrescentar às ocupações listadas, os cuidados que Mirtes tem com as filhas : *[e ainda tem que cuidar das meninas]* (linha 854).

Nas histórias relatadas pelo pai e pelas três mães que acompanharam os(as) filhos(as) à consulta são permeadas por expressões de fadiga devido à sobrecarga

que a educação de seus filhos lhes impõe. As mães, no entanto, afirmam sentirem-se solitárias na educação e nos cuidados com os filhos. Mara, mãe de Camila, diz que o marido não tem paciência para ensinar os deveres da escola à filha; Liane, mãe de Pedro, afirma que o marido melhorou um pouquinho; e Mirtes justifica que o marido não a auxilia porque não tem tempo. As relações interpessoais com os irmãos também não foram avaliadas pelas mães como satisfatórias. Embora isso não tenha ficado claro nas quatro consultas, a entrevista com as mães trouxe esclarecimentos sobre essa questão. Em entrevista concedida por Vilma, mãe de Carlos, ela afirma que o filho é ‘irritantezinho’ em casa; Mara diz que o filho julga Camila mimada pelos pais; Liane diz que as filhas adolescentes não entendem o irmão e não têm paciência com ele; e Mirtes relata que a irmã gêmea de Carla tem apresentado comportamento que manifesta sentimento de ciúmes da irmã com a mãe – as quatro famílias têm diferentes constituições, mas apresentam o mesmo fator estressor: o TDAH.

Neste capítulo, o relato dos pais expressam os contratempos do cotidiano destas famílias, em que há uma criança ou um adolescente com TDAH, por causa de comportamentos disruptivos consequentes do transtorno, seja em função do que a médica denominou obediência imediata, seja em função das recorrentes protelações na realização de tarefas, seja em função da relação conflituosa entre os irmãos. Os enquadres de pré-abertura conversacional se assemelham, com poucas alterações, em função das individualidades de cada participante, em que Dr^a Jane se alinha ao papel atividade de médica na realização das tarefas de atendimento clínico, de orientadora psicoeducativa e de mediadora de conflitos, além da atividade de gerenciadora dos tópicos de discussão. Na análise dos dados, observa-se o alinhamento dos pais, no que diz respeito ao desgaste e frustração em lidar diariamente com os conflitos emergentes no contexto da escola e da família provenientes da sintomatologia que caracteriza a síndrome.

Criando inteligibilidades sobre TDAH

Neste estudo, com o objetivo de criar inteligibilidades sobre as identidades projetadas/negociadas por crianças adolescentes com TDAH e pais, para si e para o outro, a partir da análise da conversa interacional, em contexto de consulta pediátrica, buscamos responder às seguintes questões de pesquisa, conforme explicitado na seção 1.2, cap. 1:

1- Como se configura a estrutura de participação em contexto de consulta médica, na qual interagem médica, pais, e crianças/adolescentes com TDAH?

2- Que papéis e atividades de ordem discursiva, institucional e social são assumidos pela médica? Que enquadres se estabelecem na interação?

3- Como se estabelecem as projeções/negociações de identidades discursivas e sociais de mães/pais e crianças/adolescentes com TDAH, em situações de conflito emergentes em consulta clínica pediátrica, em relação à família e à escola?

Quanto à estrutura de participação dos participantes do encontro, a consulta se caracteriza pela assimetria na relação médica-pais-crianças e adolescentes, em que cabe à médica a inicialização da conversa, a seleção de tópicos relevantes na discussão, o endereçamento de turnos de fala e a finalização do encontro. Na configuração da conversa, adultos, crianças e adolescentes são participantes ratificados do encontro, mas são os adultos, em especial a médica, que decidem quando elas(es) têm o direito à alocação de turnos, e em quais temas suas falas se tornam relevantes para a atividade em curso.

Observa-se nas quatro consultas, dos adolescentes Carlos e Camila, e das crianças Pedro e Carla, que a troca de turnos ocorre majoritariamente entre a médica e os pais. Nessas trocas, crianças e adolescentes atuam como interlocutores não ratificados. Mesmo quando não selecionados para o turno adjacente ao da profissional, os pais, muitas vezes, se autoselecionam como o próximo falante (Goffman, 2002; Gago, Vieira, Sant'Anna, 2012; Garcez, Loder, 2012). Embora aloquem menos turnos de fala na conversa, crianças e adolescentes emitem suas opiniões sobre os horários de ingestão dos medicamentos e sobre os

resultados do remédio em seu organismo, também manifestam suas opiniões sobre a escola, os professores e os próprios pais na rotina escolar e familiar. Em alguns momentos, observa-se sobreposição de turnos, especialmente quando emergem conflitos nas informações repassadas por pais ou filhos à médica, e um não concorda com o que o outro diz.

As identidades discursivas dos participantes, desse modo, se alternavam conforme a temática em discussão, com predominância de endereçamento de turnos entre a médica e os pais, quando o assunto em pauta era o tratamento medicamentoso ou o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes; com o endereçamento de turnos entre a médica e crianças e adolescentes, predominantemente nos momentos em que a médica formula questões para eliciar informações sobre o cumprimento de responsabilidades com as atividades escolares e quando ela convoca-os a eles mesmos proporem mudanças em suas atitudes. Ao tratar da relação escola-criança/adolescente, as perguntas são endereçadas a ambos, oportunizando a comparação de informações oferecidas por pais e filhos. Há, porém, uma maior participação dos adolescentes do que das crianças na avaliação e na negociação de comportamentos. O que pode se justificar pelo fato de as crianças ainda estarem em processo de desenvolvimento cognitivo, social e psicológico (Gabarra; Crepaldi, 2011, p. 210).

Os papéis de atividades assumidos pela médica na execução das atividades profissionais inerentes ao trabalho são múltiplos (Mishler, 1984; Sarangi; Roberts, 1999a, 1999b; Sarangi, 2010, 2011): avaliadora clínica do paciente, negociadora de comportamentos, mediadora de conflitos e orientadora psicoeducativa. A atividade de mediação de conflitos entre pais-filhos e escola-família, na coconstrução de identidades de pais, crianças e adolescentes com TDAH é recorrente em toda a consulta, por meio das formulações feitas pela médica (Gago, s/d; Garfinkel, Sacks, 1986), da avaliação expressa em suas falas, da reflexão e da busca de um acordo para que pais e filhos colaborem uns com os outros, e busquem a colaboração da escola, para alcançarem os mesmos propósitos. Os conflitos na interação emergem especialmente quando os pais externalizam as identidades que projetam para os filhos, com atributos como relapsos, irritantes, desatentos e irrequietos, qualificações quase sempre rejeitadas pelos filhos.

A médica se orienta conforme agenda tópica de rotina, com questões endereçadas aos pais, às crianças e aos adolescentes. As questões formuladas pela profissional visam à avaliação do tratamento medicamentoso, à obtenção de informações sobre o desempenho escolar de seus pacientes e sobre suas relações interpessoais na família e em outros ambientes sociais. Por se tratar de uma consulta pediátrica, apresenta características que a diferenciam do atendimento clínico a adultos, visto que crianças e adolescentes apresentam-se no encontro acompanhados por um adulto responsável pela saúde deles (Gabarra; Crepaldi, 2011, p. 210).

As mudanças de enquadre na consulta pediátrica ocorrem em consonância com a agenda tópica proposta para discussão, a médica e os pais mantêm-se alinhados quanto às avaliações comportamentais das crianças e dos adolescentes e quanto à orientação e à negociação de mudanças de comportamentos. A cada mudança de enquadre seguem-se também mudanças de *footing* dos participantes, observadas na seleção do interlocutor endereçado, na entonação, no direcionamento do olhar, nas feições e gesticulações dos participantes (Goffman, 2002; Gumperz, 2002, Bateson, 2002).

A interação se constitui, assim, a partir de esquemas de conhecimento prévios dos participantes do estudo sobre como se configura a consulta pediátrica, sobre os papéis de atividades profissionais da médica e sobre as responsabilidades dos pais nos cuidados e na formação dos filhos. Por meio da observação das pistas de contextualização, ficaram mais claras as mudanças de enquadres e alinhamentos: como abertura da conversa, avaliação clínica do paciente, avaliação do tratamento medicamentoso, orientação psicoeducativa, mediação de conflitos e finalização do encontro - sinalizado com a entrega do receituário aos pais, fechamento do prontuário do paciente e atitude da médica de se levantar da cadeira, ação em que é acompanhada pelos pais, seguidos de seus filhos (Gumperz, 2002).

As identidades sociais da médica, relevantes no encontro, são a da profissional especialista em TDAH, e ocasionalmente a de mãe e de esposa, quando, por exemplo, ela se alinha a Liane, quando esta afirma *que mãe geralmente é que toma frente* (excerto (vi), cap. 7, linha 847, p. 78).

As identidades de pai e mãe são relevantes no encontro e alternam-se com outras identidades sociais como a de estudantes e trabalhadores, quando pai e mãe comparam o seu comprometimento com os estudos e com o trabalho ao (des) comprometimento dos filhos. Os pais se constroem, de um modo geral, como atentos às demandas com os cuidados dos filhos, participativos da sua vida acadêmica, zelosos em sua educação e, ao mesmo tempo, cansados e estressados por tanta dedicação dispendida a eles, sem, contudo perceberem melhor desempenho dos filhos em suas atividades escolares e nas relações intrafamiliares.

Mesmo conhecendo o que caracteriza o TDAH, os próprios pais avaliam as atitudes dos filhos como ‘irritantes’ e ‘insuportáveis’, e por vezes julgam-nos irresponsáveis, relaxados, preguiçosos e indisciplinados, por sempre protelarem suas tarefas e por invariavelmente terem rendimento baixo ou medíocre na escola.

Outro aspecto que diferencia as consultas de adolescentes e crianças diz respeito às identidades de alunos projetadas para os filhos. As construções identitárias que o pai de Carlos e a mãe de Camila projetam para os adolescentes têm um caráter mais negativo do que as construídas pelas mães para Pedro e Carla. Aos adolescentes são projetadas identidades de alunos relapsos e descomprometidos, enquanto que para as crianças mantém-se apenas a identidade de aluno desatento, correspondente à sintomatologia do TDAH.

Na atividade de relatar experiências familiares ou escolares com os filhos, tanto o pai quanto as mães, tornam relevantes suas identidades sociais de ex-alunos e profissionais, construindo-se com atributos de pessoas sérias e responsáveis. Reafirmam de modo recorrente na conversa suas identidades de pais participativos, colaboradores, atentos e zelosos. Outro ponto em comum entre o pai e as mães participantes do estudo, com exceção da mãe de Carla, é a demonstração de desconforto pelo desempenho escolar dos filhos, e de estresse pela demanda constante de monitoramento.

Carlos, Camila e Pedro, ainda que reconheçam a necessidade de efetuarem mudanças em seu comportamento, rejeitam a identidade de alunos relapsos, descomprometidos e bagunceiros, atribuída a eles pelos pais e pelos professores. Em sua autodefesa, desacreditam o trabalho de alguns de seus professores, culpabilizando-os, de certa forma, pelo baixo rendimento escolar. Carlos afirma que toda mundo *zoa* o professor de Matemática (seção 6.1, excerto (iv), linha 705). Camila, por sua vez, alega não gostar da escola, assim como

todos os outros alunos *ninguém gosta hh* (seção 6.1, excerto (v), linha 71). Além disso, considera que em sua escola não há organização e há muitas brigas entre os alunos. Pedro desmente a reclamação de uma professora à sua mãe de que ele era um aluno desrespeitoso. Com essas considerações, todos eles rechaçam as identidades de aluno coconstruídas para eles pelos pais e pela escola, dividindo a responsabilidade por seu baixo rendimento e por sua pouca produtividade com a instituição.

A fala em interação face-a-face entre os participantes da consulta é marcada por conflitos estabelecidos na inter-relação escola-família-crianças/adolescentes com TDAH - vozes institucionais, da medicina e da escola, de pais, alunos e filhos apresentam-se imbricadas em torno de um mesmo tema: o TDAH.

Neste estudo, embora as interações sejam de ocorrência natural, por constituírem um evento de rotina na vida dos participantes, não se mostrou fecundo avaliar o comportamento das crianças e dos adolescentes no contexto de atendimento clínico pediátrico, a partir da tríade que caracteriza o transtorno. Isso se deve ao fato de que a análise se debruçaria sobre o comportamento desses participantes em um único ambiente e em interação social por um curto período de tempo (Phelan, 2005; Rohde; Mattos, et al, 2003; DuPaul, Stoner, 2007; Silva, 2009). A análise, desta forma, está focada nos relatos de pais, crianças e adolescentes sobre suas experiências cotidianas no ambiente familiar e escolar, e não no comportamento pontual das crianças e dos adolescentes participantes da pesquisa no contexto em que os dados foram gerados.

Observou-se, entretanto, no relato de pais e na fala relatada por eles dos professores, tanto na conversa empreendida no encontro em consultório médico quanto na entrevista com a pesquisadora, a maior parte dos sintomas listados como propriedades do subtipo desatento, conforme quadro Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, DSM-IV (2002), pág. 29-30, com destaque aos itens *a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções; e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; g) com frequência perde coisas necessárias para*

tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros tipos de materiais); h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas; i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias. Os sintomas característicos da hiperatividade, no entanto, são referidos apenas pela mãe de Pedro, em contexto de consulta médica, no relato das reclamações de uma professora sobre o comportamento do menino; e pela mãe de Carlos, no contexto de entrevista de pesquisa, quando afirma que o adolescente, sem o medicamento fica *irritantezinho*.

Os pais que participaram do estudo compreendem alguns comportamentos dos filhos como atípicos para a faixa etária, ou perturbadores ao ponto de necessitarem de auxílio profissional. Assumem a responsabilidade de assistir os filhos em suas necessidades e a maioria deles já consultaram especialistas capazes de auxiliá-los nessa tarefa, como neurologistas, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos e pediatras. Procuram entender por que o(a) filho(a), em algumas ocasiões, comporta-se de maneira inadequada nos mais diversos contextos. Esses pais têm outros filhos mais novos, mais velhos ou da mesma faixa etária, no caso das gêmeas Carla e Paula, e percebem o diferencial entre as atitudes deles. O comportar-se inadequadamente dos participantes do estudo não se compara ao da maioria das demais crianças e adolescentes de mesma faixa etária, consideradas de comportamento típico; suas atitudes inapropriadas chamam a atenção pelo excesso de intensidade e frequência com que ocorrem.

A busca por auxílio profissional para o tratamento do filho tem por motivação questões que vão dos conflitos familiares e sociointeracionais, ao baixo rendimento escolar, sendo a relação escola-aluno o que aparentemente acarreta mais transtornos a crianças e adolescentes e a seus pais. O estresse parental e os conflitos familiares são constantes em famílias de crianças e adolescentes com TDAH. A rotina familiar é conturbada ou pelas demandas externas a esse contexto, como o acompanhamento de atividades escolares e as frequentes reuniões com professores, em função do baixo desempenho e do mau comportamento, ou por conflitos intrafamiliares, com constantes enfrentamentos entre pais e filhos com TDAH, ou entre crianças e adolescentes com TDAH e seus irmãos.

No encaminhamento da família para a busca de tratamento para a(o) criança/adolescente, a escola aparece, nos dados, como ambiente propício para a

observação do transtorno. Os profissionais da escola lidam diariamente com crianças de faixa etária similar ou aproximada, reunidas em turmas, situação favorável para o reconhecimento de comportamentos considerados atípicos, como a hiperatividade excessiva, a impulsividade e o alto grau de dispersão que caracterizam o TDAH.

Neste estudo a escola apresenta-se como uma instituição relatada por pais, crianças e adolescentes com TDAH, que atualizam o discurso institucional pela retomada da fala de professores. Um contexto gerador de angústias para os participantes do estudo, ainda que não tenha sido avaliado dessa forma por todos os pais. No caso de João, por mais que ele avalie positivamente a escola e os professores de Carlos, o filho apresenta rendimento escolar insatisfatório. No relato de Mara, ela dedica-se às tarefas escolares junto com a filha e, ainda assim, o rendimento da adolescente é baixo. No caso de Pedro, Liane demonstra indignação pelo tratamento que o filho recebe de uma de suas professoras. Apenas Mirtes não se refere ao desempenho de Carla e ao tratamento que a menina recebe da escola.

A análise dos dados considera as diferentes faixas etárias dos participantes, as demandas da escola e as expectativas de desempenho escolar, conforme o(a) ano(série) em que o aluno está matriculado. Ainda que o tópico central da consulta seja o (baixo) rendimento escolar, pouco se discute sobre o papel da escola na relação entre educação e TDAH. Os esforços para o alcance de sucesso acadêmico de crianças e adolescentes com o transtorno aparecem na consulta como iniciativas unilaterais, cabe às crianças e aos adolescentes com TDAH se adequarem às exigências da instituição para obterem rendimento satisfatório. Aparentemente, os únicos aliados com quem podem contar são os pais.

No contexto de consulta, ao interagirem, os participantes agem uns sobre os outros, projetam e negociam papéis sociais e discursivos, posicionam-se e são posicionados pelo seu interlocutor, desvelando crenças e projeções de si e do outro. Processos identitários e práticas discursivas estão, nessa concepção de linguagem, imbricados.

A análise da fala de pais, crianças e adolescentes com TDAH, em um ambiente naturalístico de interação, como o de uma consulta médica, auxilia na compreensão de como os participantes projetam uns aos outros e a si mesmos, podendo contribuir para a melhoria não só da qualidade de vida deles, com

possibilidade de desenvolver a autoestima da(o) criança/adolescente, como também para a promoção de um relacionamento interpessoal harmônico em ambientes sociais diversos, em especial, nos contextos familiar e escolar.

Este estudo traz uma pequena parte de todo o potencial de análise da totalidade dos dados gerados para a pesquisa. Muito ainda há que se debruçar sobre o que não pode ser discutido na tese, dada a necessidade de seleção de alguns fragmentos da conversa empreendida no encontro de consulta pediátrica, o que nos proporciona oportunidade para estudos posteriores, a partir do que aqui se apresenta.

Concluimos o trabalho com a convicção de que a compreensão do TDAH auxilia a busca de alternativas para uma melhor qualidade de vida: (a) familiar, pois proporciona uma convivência mais saudável e harmoniosa; (b) acadêmica, porque os prejuízos escolares de crianças e adolescentes, suas angústias e seu sofrimento podem ser minimizados; e (c) social, visto que o TDAH, na impossibilidade de ser sanado, pode ser compreendido e vivenciado com o menor dano possível.

Referências bibliográficas

ALVES, Paulo César. Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1261-1265, jun. 2010. Resenha. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/20.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, DC: Author.

ANDRADE, E.R. Quadro clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: ROHDE, L. A.; MATTOS, P. et al. (Orgs.). **Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. São Paulo: Artmed, 2008.

ARAÚJO. A.P. de Q.C. **Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção**. Jornal de Pediatria. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a13.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). Disponível em: <http://www.tdah.org.br/>. Acesso em: 10 dezembro 2013.

ATKINSON, J.M.; HERITAGE, J. **Structures of social action**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

AUST, P.H. **When the problem is not the problem**: understanding attention deficit disorder with and without hyperactivity. [Electronic Version]. Child Welfare, 73, 215-228.

BAKTHIN, Mikhail (Voloshinov, 1929). **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. Trad. De Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. 5. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

_____. **Estética da Criação Verbal**. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

BATESON, G. Uma teoria sobre brincadeira e fantasia. In: RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P.M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, [1972] 2002, p. 85-105.

BARKLEY, R.A. **ADHD and the nature of self-control**. New York: The Guilford Press, 1997.

_____. **History**. In: Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press, 1998.

_____. **Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade – TDAH:** guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____; MURPHY, Kevin R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:** Exercícios clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARROS, Kazue S. M. de. **Estratégias conversacionais e atenuação em interações entre médicos e pacientes.** In: XVII CONGRESSO INTERNACIONAL ASOCIACIÓN DE LINGÜÍSTICA Y FILOLOGÍA DE AMÉRICA LATINA. João Pessoa, Pa. Brasil, 2014.

BASTOS, L.C. Estórias, vida cotidiana e identidade: uma introdução ao estudo da narrativa. In: CALDAS-COULTHARD, C. R.; SCLiar-CABRAL, L. (Org.). **Desvendando discursos:** conceitos básicos. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008. p. 79-111.

BAUMAN, Z. **Identidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BELLÉ, Andressa Henke. **Adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** 2007. 90f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

_____. et al. (2009). **Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(3), 317-325. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a01.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2013.

BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:** Atualização Diagnóstica e Terapêutica: um guia de orientação para profissionais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BLACHNO, M. et al. **Parental corporal punishment in children with attention deficit hyperactivity syndrome.** Psychiatria Polska, v. 40, n. 1, p. 43-55, Jan – Feb. 2006.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Características da investigação qualitativa. In: **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Porto Editora, 1994.

BOHORQUEZ, Francisco. **El diálogo como mediador de la relación medico - paciente.** En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.1 (Julio-Diciembre de 2004). Disponível em: <<http://revista.iered.org>>. ISSN 1794-8061. Acesso em 10 junho 2014.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Vol. 2, nº 1(3), Janeiro-julho/2005, p. 68-80. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 20 julho 2012.

BORTONI-RICARDO, S.M. **O professor pesquisador**: introdução à pesquisa qualitativa. São Paulo: Parábola Editorial, 2013, 135p.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Trad. SOARES, M. S. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAIT, Beth. O processo interacional. In: PRETTI, Dino (Org.). **Análise de textos orais**. 4. ed. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP, 1999.

BRANDÃO, H.M.D. **Uma perspectiva psicanalítica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade** – TDAH. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.pospsi.ufba.br/Hortensia_Brandao%20\(Tese\).pdf](http://www.pospsi.ufba.br/Hortensia_Brandao%20(Tese).pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRANDÃO, C.R. **Pesquisar-participar**. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). Repensando a pesquisa participante. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987b. p. 7-14.

_____. **Pesquisar-participar**. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). Pesquisa Participante. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 9-16.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal.

BREEN, M.J.; ALTEPETER, T.S. **Situational variability in boys and girls identified as ADHD**. J. Clin. Psychol., v. 4, n. 46, p. 486-490, 1990.

BRISCOE-SMITH, A.M.; HINSHAW, S.P. **Linkages between child abuse and attention- deficit/hyperactivity disorder in girls**: behavioral and social correlates. Child Abuse Negl. Oxford, v. 30, n. 11, PP. 1239-1255, nov. 2006.

BUCHOLTZ, M.; HALL, K. **Language and Identity**. Disponível em: <<http://www.ebooksmagz.com/pdf/a-companion-to-linguistic-anthropology-387151.pdf>>. Acesso em: 16 fev 2013.

_____. Identity and interaction: a sociocultural linguistic approach. **Discourse Studies**. 2005, p. 585-614. Disponível em: <<http://dis.sagepub.com/content/7/4-5/585>>. Acesso em: 02 maio 2014.

CALIMAN, Luciana Vieira. **A Biologia Moral da Atenção** - A Constituição do Sujeito (des)Atento, Doutorado em Saúde Coletiva Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil. Com período sanduíche em Max-Planck Institute

for the History of Science Orientador: Fernando Vidal). Orientador: Francisco Javier Guerero Ortega. Estado do Rio de Janeiro, FAPERJ, Brasil, 2006.

_____. **O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção.** Psicologia em Estudo, v. 13, p. 549-556, 2008a.

_____. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”.** Psicol. Soc., Florianópolis, v. 21, n. 1, Abril, 2009.

_____. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 30, n. 1, mar. 2010.

CAMPBELL, D.K. **Update on attention-deficit/hyperactivity disorder.** Current Opinion in Pediatrics, 16(2), 217-226, 2004.

CARVALHO, Carolina de Campos; FONTES, Bárbara de Souza. Vozes de Campos do Jordão: o período liminar de um rito de passagem. **Revista Habitus:** revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais – IFCS/UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 24-34, dez 2009. semestral. Disponível em: WWW.habitus.ifcs.ufrj.br. Acesso em 10 novembro 2014.

CAVALCANTI, M.L.V. de C. Preconceito de marca: Oracy Nogueira e o estudo das relações raciais. Jornal Lince. n. 36. nov./jan. 2010. Disponível em: <<http://www.jornalolince.com.br/2010/dez/pages/focus-preconceito.php>>. Acesso em: 05 janeiro 2015.

CECCONELLO, A.M.; ANTONI, C. de; KOLLER, S.H. **Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n. especial, p. 45-54, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa07.pdf>>. Acesso em: 16 jane. 2011.

CHIZZOTTI, Antônio. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios.** Revista Portuguesa de Educação. Braga, v.16, n.2, p.221-36, 2003. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37416210>>. Acesso em: 20 julho 2012.

CLARK, J.A.; MISHLER, E. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, B.T. ; COSTA LIMA, C.; LOPES DANTAS, M.T. (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica.** Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID – 10). Organização Mundial de Saúde, Universidade de São Paulo, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO: CONSELHO PLENO (Brasil). Resolução CNE/CP nº 1, de 18 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_02.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2014.

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

CRISTO, L.M. de O.; ARAUJO, T.C.C.F. de. **Comunicação em saúde da criança**: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Rev. Psicol. e Saúde*, Jun 2013, vol.5, n.1, p.59-68. ISSN: 2177-093X. <Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/217/304>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

DANTAS, Maria Tereza L. Identidade e Discurso: análise de narrativas de uma paciente psiquiátrica. In: PEREIRA, Maria das Graças D. (Org.). **Palavra**. Rio de Janeiro: Editora Trarepa, 2002. pp. 142-168.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Art. XXVI. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 13 maio 2013.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Orgs.) **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006 [2003].

DREW, P.; HERITAGE, J. **Talk at Work**: Interaction in Institutional Settings. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed., Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUPAUL, George J.; STONER, Gary. **TDH nas escolas**: estratégias de avaliação e intervenção. Tradução de Dayse Batista. 1. ed. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda., 2007.

ELLIS, D.G. Research on Social Interaction and the Micro-Macro Issue. In: **Research on Language and Social Interaction**, 32 (1& 2), 31-40, Copyright © 1999.

ERICKSON, F.; SHULTZ, J. “O quando” de um contexto: Questões e Métodos na Análise da Competência Social. In: RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P.M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, [1981] 2002, p. 215-234.

FABRÍCIO, B.F.; BASTOS, L.C. Narrativas e identidade de grupo: a memória como garantia do “nós” perante o “outro”. In: PEREIRA, M.G.D.; BASTOS, C. R.P.; PEREIRA, T.C. (Orgs.) **Discursos socioculturais em interação**: interfaces entre a narrativa e a argumentação: navegando nos contextos da escola, saúde, empresa, mídia, política e migração. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 39-66.

FACION, J.R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (T.D.A.H)**: Atualização Clínica. *Revista de Psicologia da UnC*, vol. 1, n.2, p. 54-58. <Disponível em: www.nead.uncnet.br/revista/psicologia>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FERREIRA, Jane Tagarro Corrêa. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):** avaliação neuropsicológica das funções frontais em crianças e adolescentes antes e após tratamento com metilfenidato. 2006. 272 f. Tese (Doutorado em Ciências Fisiológicas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas do Centro de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. **Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde na Família.** Rev. Saúde Pública, vol. 41, n. 2, São Paulo, apr. 2007, Epub, feb. 15, 2007. doi: 10.1590/S0034-89102006005000017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5806.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2012.

FONTANELLA, J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. **Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde.** Rev Latino-am Enfermagem, 2006, setembro-outubro; 14(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf>. Acesso em 15 agosto 2012.

FONTES, B. de S.; CARVALHO, C. de C. **Vozes de Campos do Jordão:** o período liminar de um rito de passagem. Disponível em: <http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/pdf/7_2_vozesdecampos.pdf>. Acesso em: 05 janeiro 2015.

FOUCAULT, Michel. **The archeology of knowledge.** Londres: Tavistock, 1972.

FRASER, M.T. Dantas; GONDIN, S.M. Gudes. **Da fala do outro ao texto negociado:** discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia, 2004, 14 (28), 139-152. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>>. Acesso em: 20 julho 2012.

FRASSETTO, S.S.; BAKOS, D.D.G.S. **Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH:** um estudo piloto. Alatheia, n. 33, Canoas, dez., 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000300002>. Acesso em: 18 abr. 2012.

FREITAS, C.R. **Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola.** 2011. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 2011.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise** (Conferências I e de XVI a XXVIII). Disponível em: <<http://professor.ucg.br/siteDocente/admin/arquivosUpload/3259/material/freudconferencias.pdf>>. Acesso em: 10 fevereiro 2014. Tradução original revista por Verlaine Freitas

GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. **A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança**. Psicol. Argum. Curitiba, v. 29, n. 65, p. 209-218, abr./jun. 2011.

GAGO, P. C. **Formulação**: um enfoque para o professor de ensino médio. Janela de ideias. Disponível em: < http://www.lettras.puc-rio.br/unidades&nucleos/JaneladeIdeias/biblioteca/B_Formulacao.pdf>. Acesso em: 05 janeiro 2015.

_____. VIEIRA, A.T. ; SANT'ANNA, P.F. A prática de avaliação no contexto de mediação familiar judicial. In: **Linguística Aplicada das Profissões**. Veredas on-line, v. 16, n. 1, p. 75-95, 2012.

GARCEZ, M. Pedro. Formas Institucionais de fala-em-interação e conversa cotidiana: elementos para a distinção a partir da atividade de argumentar. In: **Palavra**. Rio de Janeiro: Gráfica Vozes, n. 8, 2002.

_____. A perspectiva da Análise da Conversa Etnometodológica sobre o uso da linguagem em interação social. In: LODER, Letícia Ludwig; JUNG, Neiva Maria (Orgs.). **Fala-em-interação social**: introdução à análise da conversa etnometodológica. Campinas: Mercado das Letras, 2008.

_____. LODER. **Reparo iniciado e levado a cabo pelo outro na conversa cotidiana em português do Brasil**. D.E.L.T.A., p. 279-312, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v21n2/a06v21n2.pdf>.> Acesso em: 08 fev. 2012.

GARFINKEL, H; SACKS, H. On formal structures of practical actions. In: GARFINKEL, H. (Org.). *Ethnomethodological Studies of Work*. London: Routledge & Kegan Paul, 1986. p. 160-193. (Tradução). In: **Veredas Atemática**, v. 16, n. 2, 2012. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2012/10/Tradu%C3%A7%C3%A3o-1.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

GOFFMAN, E. [1959]. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1992.

_____. [1963]. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. [1964]. A situação negligenciada. In: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**, 5. ed. São Paulo: Edições Loyola. 2002. p. 13-20.

_____. [1967]. A Elaboração da Face: Uma Análise dos Elementos Rituais da Interação Social. In: S. Figueira (Org.). **Psicanálise e Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. 1980. [On Face Work. In: _____. *Interaction Ritual*. New York: Pantheon Books].

_____. [1979]. Footing. In: RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P.M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**, São Paulo: Edições Loyola. 2002. p. 107-148.

_____. **Os quadros da experiência social: Uma perspectiva de análise**. Tradução de Gentil A. Tilton. Petrópolis: Vozes, 2012.

GOLFETO, J.H.; BARBOSA, G.A. Epidemiologia. In: ROHDE, L.A.; MATTOS, P.; cols. (Orgs.). **Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. São Paulo: Artmed, 2003.

GONÇALVES FILHO, J.M. **Problemas de Método em Psicologia Social**. São Paulo, 1998. xerox.

GONZÁLEZ, Q.J.L. **Valores, modos y modas en el ejercicio de la medicina**. In Educación Médica, vol. 9, suplemento 1, diciembre, pp. 15-20, 2006. Disponível em: < <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9s1/04.pdf>.> Acesso em: 10 agosto 2014.

GORDON, C. et al. **Accounting for medical communication: Parents' perceptions of communicative roles and responsibilities in the pediatric intensive care unit**. Communication & Medicine. Vol. 6(2), 2009, pp. 177-188.

GRACZYK, Patricia A. Trabalhando com a Escola. In: **TDA/TDAH Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Sintomas, Diagnósticos e Tratamento Crianças e Adultos**. PHELAN, Thomas W. (Org.). São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda. São Paulo: 2005.

GRANDE, P.B. **Construção de Identidades profissionais de professores: implicações teórico-metodológicas de uma pesquisa transdisciplinar em LA**. Disponível em: < <http://revistas.iel.unicamp.br/index.php/seta/article/view/554/458>.> Acesso em: 05 maio 2014.

GREEN; BRITTEN. **Qualitative research an evidence based medicine**. BMJ. 1998, april. 316 (7139): 1230-1232. PMCID: PMC 1112988. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1112988/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

GRUBER, Helmut. **Questions and strategic orientation in verbal conflict sequences**. Journal of Pragmatics, Amsterdam, n. 33, p. 1815-1857, 2001.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução Sandra Regina. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GUILHERME, P.R. et al. **Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática**. J Bras Psiquiatr, 56(3): 201-207, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a08v56n3.pdf>>. Acesso em: 06 março 2012.

GUMPERZ, J.J.; GUMPERZ-COOK, J. Introduction: language and the communication of social identity. In: **Language and social identity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

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

_____. [1982a]. Convenções de contextualização. In: RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P.M. (Orgs.). **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 149-181.

_____. Entrevista com John J. Gumperz. **Palavra** 8. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2002. PEREIRA, M.G.D.; GARCEZ, P.M. (Org. Ed.). GARCEZ, P.M.; COELHO, M.C.; REZENDE, C.B. (Tradução).

GÜNTHER, S. **Polyphony and the 'layering of voices' in reported dialogues: an analysis of the use of prosodic devices in everyday reported speech**. Journal of Pragmatics, p. 685-708, 1999.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

_____. **Conversation analysis**. IN: _____. *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge, Polity Press, 1984. chapter 8, p. 233-92.

_____. **On the institutional character of institutional talk**. In: BODEN, Dierdre; ZIMMERMAN, Don. (Eds.). *Talk and social structure*. Cambridge: Polity Press, 1991. p. 93-137.

_____. **Conversation Analysis and Institutional Talk: Analyzing Distinctive Turn-Taking Systems**. In: S.Cmejrková, J.Hoffmannová, O.Müllerová and J.Svetlá (1998) (eds.). Proceedings of the 6th International Congress of IADA (International Association for Dialog Analysis), Tübingen: Niemeyer, pp.3-17. Disponível em: http://www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/heritage/Site/Publications_files/PRAGUE.pdf>. Acesso em: 10 março 2012.

HIME, Thiago Andrade Pinto. **Estilo Conversacional na Terapia de Família**. 2002. 322 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

HYDEN, Lars-Christer; MISHLER, Elliot G. **Language and Medicine**. Annual Review of Applied Linguistics (1999) 19, 174-192. Printed in the USA. Cambridge University Press, 1999. Disponível em: <http://www.uefap.com/writing/research/langmed.htm>>. Acesso em: 04 abril 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS
ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. **Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM/2012**,
24 maio 2012. Disponível em:
http://download.inep.gov.br/educacao_basica/enem/edital/2012/edital-enem-2012.pdf>. Acesso em: 13 janeiro 2013.

JACOBY, Sally; OCHS, Elinor. Co-construction: an introduction. In: JACOBY, S.; OCHS, E. **Research on Language and Social Interaction**, (Special Issue). v. 28 (3), p. 171-183, 1995.

JOHANSEN, M. **Agency and responsibility in reported speech**. Journal of Pragmatics. 43, p. 2845–2860, 2011.

JOHNSTON, C. **Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior**. Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 85- 104, 1996.

JOU, G.I.; et al. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um olhar no ensino fundamental**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 23(1), 29-36. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a05v23n1.pdf>>. Acesso em: 06 junho 2014.

KOHLSDORF, M.; SEIDL, E.M.F. **Comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica: perspectivas e desafios**. Psicol. argum. Curitiba, v. 29, n. 66, p. 373-381, jul./set. 2011.

KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A.L. **Comunicação em pediatria: revisão sistemática da literatura**. Estudos de Psicologia. Campinas, 30(4), 539-552, out.-dez., 2013.

KUNRATH, L.H. **Estratégias educativas: a perspectiva de pais de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. 2006. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

_____.; WAGNER, A. **Reflexões acerca das estratégias educativas nas famílias com crianças com TDA/H**. Cadernos de Educação, Pelotas [32]: 251-265, janeiro/abril, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/viewFile/1734/1614>>. Acesso em: 11 abril 2013.

LABOV, W.; WALETZKY, J. Narrative Analysis: oral versions of personal experience. In: HELM, J. (Org.). **Essays on the verbal and visual arts**. Seattle: University of Washington Press, 1967.

LABOV, William. The transformation of experience in narrative syntax. In: _____. **Language in the inner city**. Philadelphia: University of Philadelphia Press, 1972.

LAFORST, M. **Complaining in front of a witness:** Aspects of blaming others for their behaviour in multi-party family interactions. *Journal of Pragmatics*, 41, p. 2452-2464, 2009.

LAPOINTE, Kirsi. **Narrating career, positioning identity: Career identity as a narrative practice.** *Journal of Vocational Behavior*, n. 77, p. 1-9, 2010.

LEUNG, Santoi. **Conflict Talk:** a discourse analytical perspective. *Working Papers TESOL Applied Linguistics*, vol. 2 (3). Teachers College: Columbia University, 2002.

LIMA, C.C. Aquisição de competência comunicativa e constituição da identidade. In: RIBEIRO, B.T.; LIMA, C.C.; DANTAS, M.T.L. (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica.** Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001.

_____.; ALBUQUERQUE, G. Avaliação de Linguagem e Co-morbidade com Transtornos de Linguagem. In: ROHDE, L.A.; MATTOS, P. e cols. (Orgs.). **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

LODER, Letícia Ludwig. O modelo Jefferson de Transcrição: Convenções e debates. In: LODER, L.L.; JUNG, N.M. (Orgs.) **Fala-em-interação social: Introdução à Análise da Conversa Etnometodológica.** Campinas: Mercado das Letras, 2008.

_____. Noções Fundamentais: a organização de reparo. In: LODER, L.L.; JUNG, N.M. (Orgs.) **Fala-em-interação social: Introdução à Análise da Conversa Etnometodológica.** Campinas: Mercado das Letras, 2008.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação:** Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LYSACK, Mishka. **Developing one's own voice as a therapist:** a dialogic approach to therapist education. *Journal of Systemic Therapies*, vol. 25, n.4, 2006, pp. 84-96.

MALINOWSKI, B. (1978). **Argonautas do Pacífico Ocidental:** um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia (Série Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural.

MARTINS, L.B.; et al. Dez anos de inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais em escolar municipais, na cidade de Ribeirão Preto: Discutindo o acesso, a permanência e a formação do educador. In: IX CONGRESSO ESTADUAL PAULISTA SOBRE FORMAÇÃO DE EDUCADORES, UNESP, Universidade Estadual Paulista, **A formação docente na perspectiva da inclusão:** Comunicação Científica, São Paulo: Pró-Reitoria de Graduação, 2007. Disponível em: <<http://www.unesp.br/prograd/ixcepe/Arquivos%202007/5eixo.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2012.

MARTINS, S. et al. Integrando o processo diagnóstico. In: ROHDE, L.A.; MATTOS, P. et al. (Orgs.). **Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. São Paulo: Artmed, 2008.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua**: perguntas e respostas sobre transtorno de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

MAYER, Valéria. **Pára quieto menino, presta atenção!!** - Proposições para um outro olhar sobre o corpo atento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. Dissertação de mestrado, Orientador: Maria Carmen Silveira Barbosa. 2007.

MEIRA, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16. n. 1, jan./jun., 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>>. Acesso em 15 julho 2013.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente**. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. – UNICAMP – trabalho apresentado na Anped 2008a. Disponível em: < http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20maria%20aparecida%20affonso%20moyses%20-20participante.pdf>. Acesso em: 14 julho 2014.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: editora Hucitec, 8ª. ed., 2004.

_____. **Trabalho de campo**: contexto de observação, interação e descoberta. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). 30. ed. São Paulo: Editora Vozes.

MISHLER, E.G. **The discourse of medicine**: dialectics of medical interviews. Norwood, New Jersey: Ablex, 1984.

_____. **The struggle between the voice of medicine and the voice of the lifeworld**. Disponível em: < <http://tusk.tufts.edu/auth/pdf/528948.pdf>>. Acesso em: 10 março 2013.

MOITA LOPES, L.P. Práticas Narrativas como espaço de construção das identidades sociais: uma abordagem socioconstrucionista. In: RIBEIRO, B.T.; COSTA LIMA, C.; LOPES DANTAS, M.T. (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001, p. 55-71.

_____. **Identidades fragmentadas**: a construção discursiva de raça, gênero e sexualidade em sala de aula. Campinas, São Paulo, Mercados das Letras, 2002.

_____. **Contextos Institucionais em Linguística Aplicada**: Novos Rumos. Intercâmbio. vol. 5, p. 3-14, 1996. Disponível em: <

<http://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/viewFile/4107/2753>>.
Acesso em: 11 abril 2012.

_____; BASTOS, C.L. (orgs.) **Identidades**: recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

MOOJEN, S.M.; DORNELES, B. V.; COSTA, A. Avaliação psicopedagógica no TDAH. In: ROHDE, L.A.; MATTOS, P. et al. (Orgs.). **Princípios e Práticas em TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. São Paulo: Artmed, 2003.

NOGUEIRA, ORACY. **Vozes de Campos de Jordão**: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 220 p.

NORVELL, Jeanell. **ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder: School Interventions**. Yahoo Contributor Network. 05 de fevereiro de 2010. <Disponível em <http://voices.yahoo.com/adhd-attention-deficit-hyperactivity-disorder-school-5411925.html?cat=72>> Acesso em: 14 jan. 2014.

NOVA, N. et al. The physician-patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. **Patient Education and Counseling**. 58(3), 327-333, 2005.

OCHS, Elinor. **Constructing Social Identity**: a language socialization perspective. In: TESL/Applied Linguistics. Los Angeles: Lawrence Erlbaum Associates, 1993.

OLIVEIRA, Livia Miranda. **A co-construção de identidades em interações face-a-face entre pessoas com e sem afasia de expressão**. 2008. 144 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Letras/Linguística, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

_____; BASTOS, Liliana Cabral. **Aspectos da dinâmica interacional da narração de histórias por pessoas com afasia**. Calidoscópio. vol. 10, n.2, p. 194-210, mai/ago 2012.

OSTERMANN, Ana Cristina; SOUZA, Joseane de. **Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde**: reflexões a partir das atribuições dos pacientes.

_____. SILVA, Caroline Rodrigues da. **A formulação em consultas médicas**: para além da compreensão mútua entre os interagentes. Calidoscópio. vol. 7, n. 2, p. 97-111, mai/ago, 2009. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/calidoscopio/article/view/4862>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PAIVA, R. de C.B.; IÓRIO, A.M. **Identidade e estigma no contexto da escola inclusiva**: uma leitura a partir de Erving Goffman. Disponível em: <

<http://www.cursosavante.com.br/cursos/curso293/conteudo8010.pdf>>. Acesso em: 05 janeiro 2015.

PARKER, Richard. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PASTURA, G.M.C. ; MATTOS, P.; ARAÚJO, A.P.Q.C. Desempenho escolar e transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rev. Psiqu. Clín. 32 (6); 324-329, 2005. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/pdf/324.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

PERÄKYLA, A.; VEHVILÄINEN, S. **Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge**. Discourse & Society, v. 14, n. 6, p. 727-750, 2003. Disponível em: <https://tuhat.helsinki.fi/portal/files/20972012/Ca_ja_stocks.pdf>. Acesso em: 12 agosto 2013.

PEREIRA, Maria das Graças Dias. Introdução. In: PEREIRA, Maria das Graças D. (Org.). **Palavra**. Rio de Janeiro: Editora Trarepa, 2002, pp.7-25.

_____. **Discordâncias na Interação entre atendentes e clientes em uma Central de Atendimento de Seguro Saúde: o cumprimento do mandato institucional com estratégias de convencimento**. ReVEL, v. 11, n. 21, 2013. Disponível em: <<http://www.revel.inf.br/files/b223b82ac3159eb794bcd476d3a92d8.pdf>>, Acesso em: 10 abril 2014.

_____; CORTEZ, C.M. Hibridismo na profissão de agentes comunitárias de saúde no atendimento à tuberculose: entre a ordem institucional, a prática profissional e a agência pessoal. In: **Linguística Aplicada das Profissões**. Veredas on-line. v. 16, n. 1, p. 197-220.

PEREIRA, Tânia Conceição. Roteiros da entrevista clínico-psiquiátrica – diretrizes teórico-metodológicas: “A rotina estabelecida pela tradição e pelos costumes. Linguagem em (Dis)curso, Palhoça, SC, v. 10, n. 3, p. 683-704, set./dez., 2010. Disponível em: <<http://wac.colostate.edu/siget/lemd/100311.pdf>>. Acesso em: 15 dez 2013.

PEREIRA, Tânia Conceição. **A entrevista psiquiátrica: a rotina, o fazer clínico e as representações**. 2005. 322 f. Tese (Doutorado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. A voz da Medicina na entrevista psiquiátrica: o meta-enquadre de gerenciamento de informações. In: PEREIRA, M.G.D.; BASTOS, C.R.P.; PEREIRA, T.C. (Orgs.). **Discursos Socioculturais em Interação: Interfaces entre a narrativa, a conversação e a argumentação: navegando nos contextos da escola, saúde, empresa, mídia, política e migração**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

PEREIRA, D.M. Oracy Nogueira e Erving Goffman: a sociologia da experiência da internação. **Textos da Iniciação Científica**. n. 10. julho 2009.

PHELAN, Thomas W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Sintomas, Diagnósticos e Tratamento – Crianças e Adultos**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda., 2005.

PHELAN, J.; LINK, B.; DOVIDIO, J. Estigma e Preconceito: um animal ou dois?. In. MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PONTES, Herimatéia. A indexicalidade na construção discursiva de identidades sociais. **Revista do Gelne**, v. 11, n. 1, 2009.

PSATHAS, G. **Studying the Organization in Action: Membership Categorization and Interaction Analysis**. *Human Studies* 22: 139–162, 1999. © 1999 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands

PUPPIN, Andrea Brandão. Da atualidade de Goffman para a análise de casos de interação social: deficientes, educação e estigma. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 80, n. 195, p. 244-261, maio/agosto. 1999.

RAMPTON, Ben. **Identity in Sociolinguistics**. xerox, s/d.

RIBEIRO, B.T.; PEREIRA, Maria das Graças D. **A noção de contexto na análise do discurso**. In: Veredas - Revista de Estudos Linguísticos. Juiz de Fora: s/e, v. 6, n.2, p.49-67, jul./dez. 2002.

RIBEIRO, Vânia Lúcia de Moraes. **A família e a criança/adolescente com TDAH: relacionamento social e intrafamiliar**. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RIBEIRO. B.T. Por que ouvir histórias na entrevista psiquiátrica? De quem e do que estamos falando. In: RIBEIRO, B.T. ; COSTA LIMA, C.; LOPES DANTAS, M.T. (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

RÍGANO, M.E. **Estratégias Linguísticas para la construcción de la autoridad en las consultas con médicos de niños**. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina. Disponível em: <<http://www.tonosdigital.com/ojs/index.php/tonos/article/viewFile/1123/691>>. Acesso em: 01 agosto 2014.

ROHDE, L. et al. **Tanstorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Revista de Brasileira de Psiquiatria, n. 22. p. 7-11, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. Acesso em 05 de fev. de 2014.

_____. et al. **Princípios e Práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. HALPERN, R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade:** atualização. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n.2, abril de 2004.

_____. et al. **Tanstorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência:** considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), p. 124-131, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n3/a02v31n3.pdf>>. Acesso em 05 de fev. 2014.

ROSAS, S.M. de S. **Entrevistas com o assistente social** – identidade, doença e estigma em uma enfermaria de adolescentes. 2006. Tese (Doutorado Letras) – Programa Pós-Graduação em Letras do Departamento de Letras do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

RUCKLIDGE, J.J. et al. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, Vol. 9 (4), pp. 631-641, maio, 2006.

SACKS, H. On doing “being ordinary”. In ATKINSON, J.M.; HERITAGE, J. **Structures of social action:** studies in conversation analysis. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1984.

_____; SCHEGLOFF, E.A.; JEFFERSON, G. (2003). Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa. *Veredas*, v. 7, n. 1-2, pp. 9-73. Trad. de SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. A.; JEFFERSON, G. (1974). A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, v. 50, pp. 696-735.

SANTANA, Emerson. **Interação e conflito:** uma abordagem investigativa de aspectos de trabalho da face e argumentação na peça “Leben dês Galilei” de Bertold Brecht. 2010. Tese (Doutorado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Letras, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Lora/Downloads/EMERSON_SANTANA.pdf>. Acesso em: 11 dezembro 2014.

SARAIVA, A.C.L.C.; et al. “Não estou preparado”: a construção da docência na educação especial. In: IX CONGRESSO ESTADUAL PAULISTA SOBRE FORMAÇÃO DE EDUCADORES, UNESP, Universidade Estadual Paulista, **A formação docente na perspectiva da inclusão:** Comunicação Científica, São Paulo: Pró-Reitoria de Graduação, 2007. Disponível em: < <http://www.unesp.br/prograd/ixcepe/Arquivos%202007/5eixo.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2012.

SARANGI, S; ROBERTS, C. The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. In: **Talk, work and institutional order.** Discourse in medical, mediation and management settings. Edited by SARANGI, S. e ROBERTS, C. New York: Mouton de Gruyter, 1999.

SARANGI, S. Rethinking recontextualization in professional discourse studies: an epilogue. IN: LINELL, P.; SARANGI, S. (ed.). **Text:** an interdisciplinary journal

for the study of discourse. vol. 18-2, Nova Iorque : Mouton de Gruyter, 1998, p. 301-318.

_____. Activity types, discourse types and interactional hybridity: the case of genetic counselling. In: SARANGI, S.; COULTHARD, M. (Eds.). **Discourse and social life**. London: Logman, 2000, p. 1- 27.

_____. Discourse practitioners as a community of interprofessional practice: some insights from health communication research. N. Candlin (ed.). **Research and Practice in Professional Discourse**. Hong Kong: City University of Hong Kong Press, 2001.

_____. **Social interaction, social theory and work-related activities**. Calidoscópio. Vol. 3, nº 3, p. 160-169. set/dez, 2005.

_____. **Linguística Aplicada das Profissões**. Veredas on-line – Temática. Vol. 16, nº 1 – 2012/2012, p. 185-197. Juiz de Fora – Issn: 1982-2243.

_____. The conditions and consequences of professional discourse studies. In R. Kiely, P. Rea-Dickins, H. Woodfield and G. Clibbon (Eds.). **Language, Culture and Identity in Applied Linguistics**. London: Equinox, 2006, p. 199-220.

_____. Reconfiguring self/identity/status/role: the case of professional role performance in healthcare encounters. In: ARCHIBALD, J.; GARZONE, G. (eds.). **Actors, identities and roles in professional and academic settings: discursive perspectives**. Berne: Peter Lang, 2010. p. 27–54.

_____. Role hybridity in professional practice. In SARANGI, S.; POLESE, V. and CALIENDO, G. (eds) **Genre(s) on the Move: Hybridisation and Discourse Change in Specialised Communication**. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane (ESI), 2011.

SCHIFFRIN, Deborah. Opening Encounters. *American Sociological Review*. vol. 42, p. 679-691, October, 1977. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2094858?sid=21105239801641&uid=4&uid=2>>. Acesso em: 13 agosto 2014.

_____. Discourse and communication. In: SCHIFFRIN, D. **Approaches to discourse**. Massachusetts: Blackwell Publishers, 1994, p. 386-405.

_____. Interactional sociolinguistics. [1996] In: **Sociolinguistics and Language Teaching**. New York: Cambridge University Press, 2006.

_____. **Discourse markers**. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1987.

_____. **Approaches to Discourse**. Cambridge, USA: Blackwell, 2000.

SCHULZ, P.J.; RUBINELLI, S. **Arguing “for” the patient: informed consent and strategic maneuvering in doctor-patient interaction**, *Argumentation*: 2008, 22 (3): 423-432.

SENA, Felicíssimo. **Os deficientes e a proteção legal de seus direitos**. Revista da OAB, Goiás. ano XI, n, 30. Disponível em: <<http://www.oabgo.org.br/Revistas/30/materia-2.htm#info>>. Acesso em: 02 de abril de 2014.

_____; SOUZA, L.K. **Amizade, infância e TDAH**. *Contextos Clínicos*, 3(1):18-28, janeiro-junho 2010 © 2010 by Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2010.31.03. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v3n1/v3n1a03.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2013.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**, Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

SILVA, E. et al. **TDA/H e Prática Pedagógica**: conhecendo as principais dificuldades a partir de relatos de professores da rede municipal do Recife. Disponível em:< http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/tdah%20e%20prtica%20pedaggica%20conhecendo%20as%20principais%20dificulda.pdf>. Acesso em: 10 de março 2014.

SILVEIRA, S.B.; GAGO, P.C.; OLIVEIRA, M.C.L. Apresentação Veredas Sarangi. In: **Linguística Aplicada das Profissões**. Vol. 16, n. 1, 2012. Disponível em:<<http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2012/10/Apresentacao-veredas-versao-finalFORMATADA.pdf>>. Acesso em: 10 março 2013.

SILVERS, Tanya. Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling: When Nodding Is a Token of Affiliation'. In: **Research on Language and Social Interaction**, 41:1, 31-57, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/08351810701691123>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

SIMMEL, Georg. A tríade. In: COELHO, Maria Cláudia (Org., Apres., Trad.) **Estudos sobre interação**: textos escolhidos. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 45-74, 2013.

SNOW, David. **Collective identity and expressive forms**. University of California, 2001. Paper 01'07. Disponível em: <<http://escholarship.org/uc/item/2zn1t7bj>>. Acesso em: 15 agosto 2014.

SUONINEN, Eero; WAHLSTROM, Jarl. Interactional positions and the production of identities: **Negotiating fatherhood in family therapy talk**. *Communication & Medicine*. Vol 6(2), Copyright © Equinox Publishing Ltd: London, 2009. Disponível em <http://equinoxpub.com>. DOI: 10.1558/cam.v6i2.199. Acesso em 01/10/2013.

TANNEN, D.; WALLAT, C. [1987]. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame/consulta médica. In:

RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P.M. (ORGS). **Sociolinguística Interacional**, 5. ed. São Paulo: Edições Loyola. 2002. p. 183-214.

_____. **Talking voices**: repetition, dialogue, and imagery in conversational discourse. Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

VELHO, Gilberto. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: VELHO, Gilberto e ALVITO, Marcos (Orgs.). **Cidadania e violência**. UFRJ/FGV: Rio de Janeiro, 1996.

VELTRONE, A.A.; MENDES, E.G. Diretrizes e desafios na formação inicial e continuada de professores para a inclusão escolar. In: IX CONGRESSO ESTADUAL PAULISTA SOBRE FORMAÇÃO DE EDUCADORES, UNESP, Universidade Estadual Paulista, **A formação docente na perspectiva da inclusão**: Comunicação Científica, São Paulo: Pró-Reitoria de Graduação, 2007. Disponível em: <
<http://www.unesp.br/prograd/ixcepe/Arquivos%202007/5eixo.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2012.

VIÉGAS, L. de S. **Reflexões sobre a pesquisa etnográfica em Psicologia e Educação**. Diálogos Possíveis, jan./jun., 2007. Disponível em: <
<http://www.faculdaDESOCIAL.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/09.pdf>. Acesso em: 27 junho 2010.

VIEIRA, M.A.M.; PAGLIARINI, M.I. **Um ensaio sobre os processos de figuração da face na interação entre médico e paciente com HIV/AIDS**. Intercâmbio, vol. VIII, 1999, pp. 343-352.

ZIMMERMAN, D.H. Identity, Context and Interaction. In: ANTAKI, C. & WIDDICOMBE, S. (orgs.) **Identities in Talk**. London: SAGE, 1998.

Anexos

Anexo I: Modelo de Transcrição

CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO

...	pausa não medida
(2.3)	pausa em décimos de segundo, medida relativamente ao ritmos prosódico do segmento no qual se encontra inserida.
.	entonação descendente ou final de elocução
?	entonação ascendente
,	entonação de continuidade
-	parada súbita
=	elocuições contíguas, enunciadas sem pausa
entre elas	
<u>sublinhado</u>	ênfase
MAIÚSCULA	fala em voz alta ou muita ênfase
°palavra°	fala em voz baixa
: ou ::	alongamentos
[	início de sobreposição de falas
]	final de sobreposição de falas
[]	colchete abrindo e fechando o ponto de sobreposição com marcação nos segmentos sobrepostos – sobreposições localizadas.
[[	colchetes duplos no início do turno simultâneo (quando dois falantes iniciam o mesmo turno juntos).
()	fala não compreendida
(palavra)	fala duvidosa
(())	comentário do analista, descrição de atividade não verbal
“palavra”	fala relatada
↑	subida de entonação
↓	descida de entonação
hh	aspiração ou riso
.hh	inspiração
Repetições	Reduplicação de letra ou sílaba
()	dúvidas, suposições do analista
-----	silabação (letra a letra)
eh, ah, oh, ih, hum, ahã, humhum	pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção

Convenções de Transcrição – baseadas em estudos de Análise da Conversação (ATKINSON & HERITAGE, 1984; GAGO, 2002), e utilizando símbolos incorporados da Análise do Discurso (SCHIFFRIN, 1987; TANNEN, 1989).

ANEXO II: Autorização Condicionada

AUTORIZAÇÃO CONDICIONADA

Eu, Jane Tagarro Corrêa Ferreira, CRM nº 2498, ocupante do cargo de professora pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas (Laboratório de Neuropsicofarmacologia), declaro estar ciente da proposta de estudo para tese de doutorado de Ilioni Augusta da Costa, CI, nº 06858041-4/RJ, professora do Instituto Federal do Espírito Santo (Ifes), a ser defendida na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, com título provisório *"Um estudo sobre TDAH e posicionamentos identitários em contexto de consulta médica, sob a perspectiva da voz do médico, dos pais/cuidadores e da(o) criança/adolescente"*, e proponho-me a colaborar como médica participante da pesquisa, cujos dados deverão ser gerados em atendimento a pais/cuidadores e crianças/adolescentes diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em meu consultório médico particular, Rua José Alexandre Buaiz, nº 300, Ed. World Center, sala 1214, Vitória/ES, condicionada à prévia aprovação da mesma em Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e regulamentações correlatas). Afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, mantendo-se o sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa.

Local, 24 de novembro de 2014.

Jane Tagarro Corrêa Ferreira

Anexo III: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO
Autarquia criada pela Lei nº. 11.892, de 29 de dezembro de 2008
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – Espírito Santo
27 3357-7500

Parecer Consubstanciado do Protocolo 112-2011-CEP-Reitoria-Ifes.

1. **DADOS IDENTIFICADORES DO PROJETO DE PESQUISA:**
 - a) Data de Entrada: 17/11/2011
 - b) Título: "UM ESTUDO SOBRE TDAH E POSSIONAMENTOS IDENTITÁRIOS EM CONTEXTO DE CONSULTA MÉDICA, SOB A PERSPECTIVA DA VOZ DO MÉDICO, DOS PAIS/CUIDADORES E DA(O) CRIANÇA/ADOLESCENTE".
 - c) Pesquisador(es): ILIONI AUGUSTA DA COSTA.
 - d) Grupo Da Área Temática: **III Projeto fora das áreas temáticas especiais.**

COMENTÁRIO: a área de conhecimento da pesquisa é "Linguística, Letras e Artes", código 802.
2. **JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS DO PROJETO:**
 - a) Objetivo: "O objetivo geral do estudo é analisar as identidades projetadas/negociadas por pais/cuidadores e crianças/adolescentes com TDAH, em contexto de consulta médica, a partir da perspectiva dos participantes do encontro - médico(a), pais/cuidadores e crianças/adolescentes - , nas relações de ordem micro da fala-em-interação e de ordem macro social (RIBEIRO; PEREIRA, 2002)".
 - b) Justificativa: "[...] relativa escassez no Brasil, de pesquisas sobre o tema. Em especial, faltam estudos que aprofundem a compreensão do Transtorno a partir de uma perspectiva sociointeracional. Nesta pesquisa, a análise das identidades projetadas/negociadas por pais/cuidadores e crianças/adolescentes diagnosticadas(os) com TDAH, em contextos de consulta médica pediátrica, estabelece como foco a interação entre médico(a), pais/cuidadores e criança/adolescente, do ponto de vista desses atores sociais. A pesquisa situa-se no âmbito da análise da fala-em-interação, em que a linguagem ocupa papel central nas relações humanas socialmente estabelecidas".
3. **ASPECTOS ÉTICO-METODOLÓGICOS DO PROJETO:**
 - a) APRESENTA uma *descrição de material e métodos, casuística e resultados esperados*;
 - b) APRESENTA as *responsabilidades do pesquisador*, APRESENTA as *responsabilidades da instituição* e não se aplica apresentar as *responsabilidades do patrocinador*.
 - c) Quanto ao **local onde a pesquisa será aplicada**, podendo ou não coincidir com a instituição onde o pesquisador trabalhará com os dados obtidos em campo (conforme o caso), o Projeto APRESENTA a *infraestrutura necessária* e APRESENTA *concordância da instituição*.
 - d) Quanto à **instituição na qual o pesquisador irá trabalhar com os dados obtidos**, o projeto APRESENTA *anuência e responsabilidade do Dirigente assinada na Folha de Rosto* padrão CONEP.
 - e) O **título** do Projeto está ADEQUADO, e o(s) *pesquisador(es)*, está/estão ADEQUADOS.
 - f) Quanto ao **orçamento** do projeto utilizando fonte financiadora externa: NÃO SE APLICA.
 - g) Sobre a **origem** do Projeto, NÃO NECESSITA de documento de aprovação em Comitê de Ética ou órgão equivalente no país de origem.
 - h) O Projeto POSSUI outras *instituições envolvidas*, e consideramos que as *condições de realização da pesquisa* estão ADEQUADAS.
 - i) Quanto às **referências bibliográficas**, estão ADEQUADAS.
 - j) No Projeto, a identificação dos *riscos e possíveis benefícios* aos sujeitos ESTÁ PRESENTE.
4. **CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS:**

- a) A Avaliação sobre Pacientes e Métodos no Projeto permitiu-nos concluir que POSSUI uma justificativa de uso de grupos vulneráveis, e que POSSUI plano(s) de recrutamento.
 - b) O delineamento está ADEQUADO.
 - c) O tamanho e cálculo da amostra está ADEQUADO.
 - d) Sobre os participantes pertencentes a grupos especiais, UTILIZA ESTUDANTES / MENORES DE 18 ANOS.
 - e) Os critérios de inclusão e exclusão estão ADEQUADOS, e a seleção equitativa dos indivíduos participantes está ADEQUADA.
 - f) A relação risco-benefício está ADEQUADA.
 - g) Sobre o uso de placebo, constatamos que NÃO UTILIZA.
 - h) Sobre o período de suspensão de uso de drogas (wash out) constatamos que NÃO UTILIZA.
 - i) O monitoramento da segurança e dos dados está ADEQUADO.
 - j) A avaliação dos dados é QUALITATIVA.
 - k) Sobre a privacidade e confidencialidade do participante da pesquisa, está ADEQUADA.
 - l) Sobre a adequação às normas/diretrizes da área de estudo, NÃO SE APLICA.
 - m) Sobre a existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), está ADEQUADO.
 - n) Constatamos que o TCLE apresentado POSSUI linguagem acessível; POSSUI justificativa da pesquisa; POSSUI objetivos da pesquisa; POSSUI procedimentos da pesquisa; POSSUI explicação sobre desconfortos e riscos para o participante da pesquisa; POSSUI apresentação dos benefícios esperados para o participante da pesquisa; POSSUI detalhamento da forma de assistência ao participante da pesquisa; POSSUI dados para contato do responsável pela pesquisa; POSSUI dados para contato do CEP ao qual o Projeto de Pesquisa foi submetido; POSSUI esclarecimentos sobre a metodologia; POSSUI esclarecimento sobre a liberdade para o participante poder recusar ou retirar o consentimento, em qualquer tempo e sem penalização; POSSUI garantia de sigilo e privacidade; POSSUI explicação sobre como e quem irá obter o TCLE; NÃO SE APLICA orientação sobre métodos alternativos existentes; NÃO SE APLICA forma de ressarcimento; e NÃO SE APLICA forma de indenização.
- Mudar o título do "termo de consentimento" para "termo de assentimento", por ser mais de acordo com o que será feito.

5. **CRONOGRAMA:**

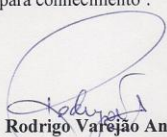
- a) Consideramos que o cronograma está ADEQUADO.
- b) Data prevista para **INÍCIO: 01/01/2012.**
- c) Data prevista para **CONCLUSÃO: 31/12/2013.**

COMENTÁRIO: A pesquisa está programada para ser iniciada no primeiro semestre de 2012 a partir da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. A data prevista para conclusão da pesquisa é segundo semestre de 2013.

6. **Recomendação do Projeto: APROVADO.**

Ao Pesquisador Responsável, para conhecimento¹.

Vitória, 15/12/2011.


Rodrigo Varejão Andreão
Coordenador do CEP-Ifes

Ciente em 02/02/2012.

¹ Após protocolado, o Projeto é distribuído em reunião mensal, após a qual é avaliado no prazo de 30 (trinta) dias (Res. CNS n.º 196/96 – VII.13/b). Em caso de aprovação, o não fornecimento de relatório(s) exigido(s) pelo CEP-Ifes implicará no impedimento de novas submissões de projetos de pesquisa ao CEP-Ifes. Em caso de reprovação, o pesquisador terá um prazo máximo de 60 (sessenta) dias corridos para contestação, após o qual será retirado do CEP-Ifes. Em caso de pendência, o pesquisador terá um prazo máximo de 60 (sessenta) dias corridos para contestação ou adequação, após o qual será retirado do CEP-Ifes. Para resolver pendências, será necessário: a) apresentar contestação ou adequação dentro do prazo; b) apresentação de carta assinada pelo pesquisador responsável respondendo às questões ou sugestões levantadas pelos revisores ou a justificativa da discordância em relação ao parecer do relator; c) apresentação de nova versão dos documentos, em 02 (duas) vias, com as modificações efetuadas, além de novas mídias contendo versão digital dos documentos modificados. Excedido o prazo máximo de 60 (sessenta) dias corridos o projeto será retirado, sendo arquivado e não mais analisado pelo CEP-Ifes.

Anexo IV: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você e o(a) menor, _____, sob sua responsabilidade, estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participar da pesquisa *“Um estudo sobre TDAH e posicionamentos identitários, em contexto de consulta médica, sob a perspectiva da voz do médico, dos pais/cuidadores e da(o) criança/adolescente”*.

Neste estudo, proponho-me a analisar como se configura a estrutura de participação em encontros de consulta médica, na interação entre médico, pais/cuidadores e crianças/adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); e, a partir da perspectiva desses participantes da pesquisa, analisar as identidades projetadas/negociadas por pais/cuidadores e crianças/adolescentes com TDAH, para si mesmos e para o outro, na prática discursiva produzida nesse encontro.

O estudo desse tema foi motivado pelo fato de eu mesma ter filho diagnosticado com TDAH e vivenciar cotidianamente situações de estresse, especialmente na escola, consequentes do Transtorno. Além disso, atuo como professora em cursos de licenciatura no Instituto Federal do Espírito Santo (Ifes) e tive a oportunidade de trabalhar com disciplina que trata de inclusão escolar. Observei que são relativamente escassas pesquisas sobre a relação entre TDAH/escola/família, e sobre as projeções identitárias que pais/cuidadores e crianças/adolescentes têm de si e do outro, a partir da perspectiva desses próprios atores sociais.

A compreensão de como pais/cuidadores de crianças/adolescentes com TDAH e de como as(os) próprias(os) crianças/adolescentes se projetam identitariamente pode auxiliar no entendimento que cada um tem de si, de seus papéis na relação com o outro, e nos modos como podem lidar com o Transtorno. Essa compreensão serve de suporte para a busca de alternativas para uma melhor qualidade de vida: (a) acadêmica, minimizando os prejuízos escolares de crianças/adolescentes, suas angústias e seu sofrimento; e (b) social de um modo

geral, entendendo o Transtorno como algo que, se não pode ser sanado, pode ser compreendido e vivenciado com o menor dano material ou moral possível.

Os dados para análise serão gerados em contexto naturalístico, ou seja, o encontro entre os interlocutores acontecerá independentemente da pretensão ao estudo. As consultas serão gravadas em vídeo, para posterior transcrição das falas dos participantes do encontro e análise da interação entre os participantes. Apenas o pesquisador envolvido no projeto terá acesso às gravações, a fim de se assegurar a privacidade dos participantes e o anonimato das informações.

O período de gravação de consultas será de seis meses, em conformidade com as datas agendadas para consulta, a partir da assinatura deste Termo de Consentimento.

Para participar deste estudo, você e o(a) menor sob sua responsabilidade serão esclarecidos(as) em qualquer aspecto que desejarem e estarão livres para participarem ou recusarem-se a participar da pesquisa. Você, como responsável pelo(a) menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele(a) e a sua, a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar da pesquisa não acarretará qualquer penalidade a ambos, modificação ou prejuízo do tratamento do(a) menor sob sua responsabilidade. A identidade de todos os participantes da pesquisa será tratada com padrões profissionais de sigilo. Você e o(a) menor sob sua responsabilidade não serão identificados em nenhuma publicação.

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

Não haverá despesas pessoais para os participantes, em qualquer fase do estudo; assim como não haverá compensação financeira relacionada a sua participação. Todo e qualquer custo com o desenvolvimento do estudo é de total responsabilidade desta pesquisadora.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Os dados e resultados da pesquisa poderão vir a ser publicados e divulgados, mantendo-se, entretanto, a garantia do sigilo e da confidencialidade firmados neste Termo de Consentimento. Os dados e instrumentos utilizados no estudo ficarão arquivados comigo, por um período de 5(cinco) anos, em local sigiloso, e, após esse tempo, serão destruídos.

Este Termo de Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada por mim, pesquisadora principal da pesquisa, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade nº _____, responsável pelo menor _____, fui devidamente informado(a) dos objetivos do presente estudo, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participação minha e do menor sob minha responsabilidade na pesquisa, se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Vitória, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Responsável

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Federal do Espírito Santo

Av. Rio Branco, 50, 3º andar, Santa Lúcia – Vitória – ES

Cep: 29056-255

Fone/Fax: + 55 27-3227-5564 / 27-3235-1741

E-mail etica.pesquisa@ifes.edu.br ou pelo site www.ifes.edu.br.

Pesquisadora Responsável: Ilioni Augusta da Costa

Endereço: Rua Paulo de Vasconcelos, nº 55, aptº 301- Jabour – Vitória/ES

Cep: 29.072-300

Telefone para contato: (27) 3327-4981

E-mail: ilionicosta@yahoo.com.br

Anexo V: TDAH – um depoimento

No último Congresso Internacional da ABDA, apresentei durante uma palestra um texto escrito por meu filho para a cadeira de filosofia do curso de economia da PUC-RJ. O texto, cuja avaliação implicava em nota, foi solicitado a cada aluno pelo professor da cadeira, com o objetivo de conhecer um pouco da trajetória pessoal da turma. Ele, meu filho, recebeu grau dez, fazendo com que todos nós chegássemos às lágrimas, inclusive o próprio professor que acabara de conhecê-lo.

A partir das inúmeras solicitações de cópias que tenho recebido do Brasil inteiro, decidi postar o texto aqui no site. No entanto, na condição de mãe, preciso fazer alguns comentários ligados ao texto que vocês lerão em seguida.

Em primeiro lugar, quero enfatizar que apesar de todas as dificuldades que enfrentamos naquela época, em função da falta de informação sobre TDAH por parte de algumas escolas, médicos, profissionais... talvez o pior obstáculo com o qual nos deparamos tenha sido a arrogância, a prepotência e a insensibilidade daqueles que se diziam educadores, mas que optaram por EXCLUIR covardemente o que desconheciam, O TDAH representado naquele momento pelo meu filho, para não terem que experimentar o desafio e a impotência de encarar as suas próprias limitações ou a ignorância que não ousa se superar pela busca do conhecimento.

Aos “terapeutas” que tanto insistiram na tese de que TDAH não existe, que era uma doença inventada pela Indústria Farmacêutica, que a medicação era absolutamente perigosa e desnecessária, que se tratava de “falta de limites”, culpa minha, complexo de Édipo, blá, blá, blá.... Se por um lado lamento o tempo perdido, por outro, agradeço-os por terem me dado à oportunidade de olhar nos seus olhos e perceber o quanto estavam equivocados, aprisionados no estreito universo daqueles que só admitem uma corrente de saber - a própria.

A escola, em especial aquela que sumariamente reprovou o meu filho por não conseguir “ficar atento e ser muito agitado”, ao coordenador que disse que “o conselho de classe era soberano para punir alunos que não se esforçam”... a todos que um dia tentaram atrapalhar o seu caminho, plagiando o poeta Mario Quintana, digo:

Eles passaram, ficaram no passado.

Meu filho é que era passarinho, voa com sucesso rumo ao futuro.

Finalmente, meu afeto e eterna gratidão ao Prof. Paulo Mattos, grande amigo, por ter mostrado ao meu filho um caminho que ele já acreditava não existir e, ao Colégio A. Liessin pela forma acolhedora com que o recebeu, o que fez toda diferença para que ele pudesse provar que o sucesso era possível.

Iane Kestelman (*Presidente da ABDA*)

MINHA VIDA

Ele era uma criança levada, que não parava no lugar e não se concentrava em nada. Diziam que ele era hiperativo, mas pera aí? Como podia ser hiperativo uma criança que ao jogar videogame ou assistir um jogo do Flamengo na televisão ficava horas e horas parada sem ao menos piscar os olhos?

"Mal educado!!!!" "Sem limites!!!!" "Capeta!!!!" "Disperso!!!!" "Louco!!!" eram frases que ele comumente ouvia.

Ele sofria com isso, porém, sempre se considerou como os outros, pois tinha uma vida parecida com a dos seus amigos, mesmos hábitos, costumes, cultura, mas sempre fazendo as coisas muitas vezes sem pensar. Mesmo assim, ele não era somente defeitos, assim como perdia amigos facilmente, os recuperava com seu carisma e sua inteligência.

Inteligência que incomodava a muitos, pois não o viam estudar muito, se empenhar e mesmo assim colher como frutos, bons resultados... "Mas pera aí, ele nunca pode ser um bom aluno!" "Ele só pode estar colando".

Eis então que ele cresceu, a criança hiperativa mal educada virou um jovem. Ele, agora mais velho, continuava tendo muitos amigos, saía, se divertia e jogava muito bem futebol, algo em que definitivamente se concentrava e parecia até uma pessoa "normal"; ele era o capitão de seu time da escola, exercia toda sua liderança em quadra e se orgulhava muito disso.

Na sala de aula, parecia que sua liderança se tornava algo negativo, o fazia não ter forças para estudar, para prestar atenção, atrapalhava a turma, desconcentrava os professores e criava muitas inimizades. Inimizades essas que não acreditavam como ele podia obter bons resultados. E as vítimas de sua tenebrosa atitude sem limites? Ele não pode corresponder às expectativas.

Ele era o capitão do time, ele era querido.....

Ele era um menino problema; em sala de aula, ele era odiado.

Como sua vida não era feita só de futebol, ele foi campeão no campo, e foi derrotado fora dele; foi perseguido como um bandido sem direito a legítima defesa, afinal foi pego várias vezes em flagrante, com sua maligna hiperatividade e sua temível impulsividade.

Orgulhosamente, foi lhe dado o veredicto final, como um juiz que dá uma sentença a um réu, sua reprovação em matemática foi ovacionada pelos guardiões da boa conduta e da paz escolar, e sua conseqüente saída da escola como um início de um novo ciclo de alegria, sem ele, aquele menino, que jogava bem futebol, mas somente isso.

Ele chorou, perdeu seus amigos, sua escola, mas mais do que tudo isso, perdeu sua auto-confiança.

Ele já estava se tornando um adulto, e por meios do destino sua mãe conheceu um médico que tratava de um tal "déficit de atenção". Seria tão somente o 445º tipo de tratamento para curar aquele garoto-problema, algo que até o mesmo já estava praticamente convencido que era.

Mandaram-lhe tomar Ritalina, um remédio ruim, que tira fome, e que lhe daria mais atenção e blá blá blá !!! Algo que ele já estava cansado de ouvir. Ele tomou a medicação sem crença nenhuma naquilo.

E o tempo foi passando, ele vivendo sua vida, em uma nova escola, procurando seu lugar no time de futebol do colégio...

Em 4 anos ele se tornou capitão do time. E mais, foi campeão vencendo a sua ex-escola; se formou como um dos melhores alunos da turma, passou para a

faculdade que queria, tirando nota 10 na prova de matemática, a matéria que o fez passar um dos seus piores momentos ao ser reprovado.

Hoje ele está na faculdade. Ele ainda tem muito o que viver, com seu jeito hiperativo, desatento, mas agora controlado, sem deixar de ser ele mesmo. Ele vai vivendo, com o intuito de um dia poder mostrar que não era um bandido, um mal educado, nem um “sem limites”; era apenas uma pessoa diferente e, como todas outras pessoas diferentes, pode e deu certo na vida.

Hoje ele é feliz, tem uma namorada, estuda o que gosta, tem muitos amigos, sua família se orgulha dele e, acima de tudo, ele próprio sabe o que tem e vive feliz com a sua realidade.

Ele deseja que o que ele sofreu, outras pessoas não sofram um dia.

Ele?

Sou eu...

Beto

Obs: Solicitamos em caso de reprodução do texto, citar o nome do autor e a fonte (copyright). <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=44&&tipo=T>