

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Teresa Cristina Martins Silva

**Adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1: construindo sentidos
sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes**

UBERLÂNDIA
2008

Teresa Cristina Martins Silva

**Adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1: construindo sentidos
sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia –
Mestrado, do Instituto de Psicologia da
Universidade Federal de Uberlândia,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Psicologia
Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia
Aplicada
Eixo: Psicologia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando
Rasera.

**UBERLÂNDIA
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586a Silva, Teresa Cristina Martins, 1981-
Adolescentes com ***Diabetes Mellitus*** Tipo 1 : construindo sentidos sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes / Teresa Cristina Martins Silva. - 2008. 133 f. : il.

Orientador: Emerson Fernando Rasesa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1 Diabetes nos adolescentes - Teses. 2. Psicologia aplicada - Teses.
I. Rasesa, Emerson Fernando. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 616.379-008.64- 053.6

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Teresa Cristina Martins Silva

Adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1: construindo sentidos sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada
Eixo: Psicologia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Raserá

Banca examinadora:

Uberlândia, 08 de outubro de 2008.

Prof. Dr. Emerson Fernando Raserá
Orientador (UFU)

Profa. Dra. Paula Cristina Medeiros Resende
Examinadora (UFU)

Profa. Dra. Marisa Japur
Examinadora (USP)

Profa. Dra. Carla Guanaes
Examinadora suplente (FAMEMA)

*Aos meus pais Abadia e Aldo pelo
amor e incentivo desde os primeiros
passos...*

Agradecimentos

É hora de agradecer a todos aqueles que participaram de forma direta ou indireta deste trabalho, saibam que aqui tem um pouquinho de cada um de vocês:

Aos meus mestres do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, pela formação profissional e incentivo para ingresso no curso de mestrado.

À Simone Aparecida Santos por ser tão generosa em acolher as minhas dúvidas.

Ao meu irmão Aldo, pelo apoio e incentivo hoje e sempre.

À Luciana Muniz Ribeiro, minha amiga, parceira de mestrado que dividiu durante todo esse tempo alegrias e angústias experimentadas no decorrer deste trabalho.

A todos os meus colegas do grupo de estudo e pesquisa “do Emerson” (por mim assim denominado) que me ajudaram na construção desta pesquisa com suas considerações, questionamentos e sugestões.

Ao meu orientador Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera por ampliar o meu olhar sobre o mundo e os modos de entender as coisas.

A todos os meus colegas do Centro Municipal de Atenção ao Diabético, especialmente ao Dr. Adenilson Lima e Silva, à Dr^a. Maria Luiza Mendonça Pereira Fernandes e Neuza Comotti pela oportunidade, confiança e amizade.

A todos os “meus meninos”, os adolescentes participantes deste estudo e seus pais por abrirem as portas de suas casas e de si mesmos para mim, meu muito obrigada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada, minha gratidão a todos os professores e à Marineide.

Não sei...

Não sei... se a vida é curta...

Não sei...

Não sei...

*se a vida é curta
ou longa demais para nós.*

*Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.*

Cora Coralina.

RESUMO

A temática adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 tem sido de interesse para muitos estudos. Em geral, as investigações são inspiradas nos modelos biomédicos e biopsicossociais de compreensão do processo saúde-doença, que têm enfoque na ótica do médico ou dos serviços de saúde. Nesse sentido, a perspectiva construcionista social oferece uma alternativa ao privilegiar a perspectiva do paciente, legitimando-a. Inspirada na proposta construcionista, este trabalho tem o objetivo de descrever os repertórios interpretativos usados por adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 em situação de entrevista sobre os aspectos relacionados ao *Diabetes Mellitus* e Adolescência. O referencial teórico-metodológico foi pautado na metodologia qualitativa e nos pressupostos do construcionismo social. Os participantes foram 14 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, sendo 7 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, todos com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* Tipo 1, há pelo menos 1 ano, e usuários do Centro Municipal de Atenção ao Diabético da cidade de Uberlândia – MG. Os adolescentes participaram de uma entrevista semi-estruturada que abordou os seguintes temas: adolescência, corpo, saúde e diabetes. A análise dos dados foi inspirada na proposta da abordagem das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos que consistiu na leitura exaustiva das entrevistas transcritas, na construção dos Mapas de Associação de Idéias, e sua análise vertical e horizontal. Na primeira, houve a identificação dos repertórios interpretativos para cada um dos temas investigados em seu caráter estático, e na segunda, percebeu-se a mobilidade dos repertórios em seu caráter dinâmico e contextual. Na análise vertical, foram identificados os seguintes repertórios interpretativos para cada tema investigado: Adolescência - (1) Adolescência alterando o “psicológico”, (2) Adolescência que traz ganhos, (3) Adolescência: eu e o outro nas relações interpessoais, (4) O adolescente responsável; Corpo – (1) Corpo em transformação, (2) Corpo e sua sexualidade, (3) Corpo estético, (4) Corpo vulnerável; Saúde – (1) Saúde como auto-cuidado, (2) Saúde controlada, (3) Saúde como disposição, (4) Saúde é “tudo”; Diabetes – (1) Diabetes como problema, (2) Diabetes como doença, (3) Diabetes como vivência. Na análise horizontal, pode-se perceber como os repertórios são combinados para descrever, justificar, explicar e se posicionar em diferentes situações, sendo observado o caráter dinâmico e contextual dos mesmos. Esta análise possibilitou mostrar a diversidade de repertórios disponíveis para a compreensão da relação adolescência e diabetes, sendo que muitos deles estão para além das concepções tradicionais difundidas pelo discurso científico dominante. Alguns repertórios parecem produzir descrições dotadas de positividade que ajudam o adolescente com diabetes a conviver com a doença; no entanto, outros geram descrições que parecem ser difíceis e penosas para eles. Portanto, é necessário que os repertórios disponíveis para o entendimento da adolescência e diabetes que facilitem o cuidado do diabetes ganhem força e sejam considerados pelos profissionais da saúde, incluindo o adolescente como participante ativo na construção do projeto terapêutico.

Palavras-chave: Adolescência, *Diabetes Mellitus* Tipo 1, Repertórios Interpretativos.

ABSTRACT

The theme adolescent with Type 1 *Diabetes Mellitus* has been interest for many studies. Generally, investigations are inspired in the biomedical and biopsychosocial models of comprehending the health-disease process, which focus on the medical or other health services views. In this sense, the social constructionist perspective offers an alternative while privileging the patient, legitimizing him/her. Inspired by the constructionist proposal, this work aims to describe the interpretive repertoires used by adolescents with Type 1 *Diabetes Mellitus* in interviews on aspects related to *Diabetes Mellitus* and Adolescence. The theoretical-methodology was outlined on the qualitative methodology and the pretexts of Social Constructionism. Fourteen adolescents, aged 12 to 18, 7 girls and 7 boys, all diagnosed with Type 1 *Diabetes Mellitus* for at least a year and users of the City Center of Attention for Diabetics in the city of Uberlândia, MG – Brasil, participated. The adolescents participated in a semi-structured interview which approached the following subjects: adolescence, body, health and diabetes. Data analysis was inspired in the proposal of the Discursive Practices Analysis which consists in the exhaustive reading of transcribed interviews, the construction of Idea Maps, and their vertical and horizontal analysis. In the first, interpretive repertoires were identified for each of the subjects investigated in their static character. In the second, mobility of the repertoires in their dynamic and contextual character were perceived. In vertical analysis, the following interpretive repertoires for each investigated subject were identified: Adolescence - (1) Adolescence altering the “psychologic”, (2) Adolescence that brings gains, (3) Adolescence: the other and I in interpersonal relationships, (4) The responsible adolescent; Body – (1) Body in transformation, (2) Body and sexuality, (3) Esthetic Body, (4) Vulnerable Body; Health – (1) Health and self-care, (2) Controlled Health, (3) Health as disposition, (4) Health is “everything”; Diabetes – (1) Diabetes as a problem, (2) Diabetes as a disease, (3) Diabetes as an experience. Horizontal analysis demonstrated how the repertoires are combined to describe, justify, explain and to position oneself in different situations, observing the dynamic and contextual character of the same situations. This analysis made it possible to show the diversity of available repertoires for the understanding of the adolescence diabetes relationship as many of them are beyond the traditional concepts spread by the dominant scientific discourse. Some repertoires seem to produce descriptions endowed with positivity that help the adolescent live with the disease; however, others generate descriptions that seem to be difficult and painful for them. Therefore, it is necessary that the available repertoires for understanding adolescence and diabetes, which make the care for diabetes easier, gain strength and be considered by health professionals and so including the adolescent as an active participant in the construction of the therapeutic project.

Key-words: Adolescence, Type 1 *Diabetes Mellitus*, Interpretative Repertoires.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE O <i>DIABETES MELLITUS</i>	16
2.1. <i>Diabetes Mellitus</i> : o discurso biomédico sobre a doença	16
2.2. O <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1 na adolescência: o que diz a literatura?	19
2.3. A saúde e a doença sob diferentes perspectivas: a alternativa construcionista	31
3. OBJETIVO	37
4. MÉTODO	37
4.1. Referencial Teórico-Metodológico	37
4.2. Participantes	42
4.3. Procedimentos de construção dos dados	44
4.4. Procedimentos para análise dos dados	46
5. ANÁLISE	48
5.1. O que temos a dizer sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes	48
5.1.1. A adolescência em cena	48
5.1.1.1. A adolescência alterando o “psicológico”	49
5.1.1.2. A adolescência que traz ganhos	51
5.1.1.3. Adolescência: eu e o outro nas relações interpessoais	55
5.1.1.4. O Adolescente responsável	58
5.1.2. Sobre o corpo	61
5.1.2.1. Corpo em transformação	62
5.1.2.2. Corpo e sua sexualidade	65
5.1.2.3. O corpo estético	68
5.1.2.4. O corpo vulnerável	72

5.1.3. A saúde em evidência	76
5.1.3.1. Saúde como auto-cuidado	76
5.1.3.2. Saúde controlada	79
5.1.3.3. Saúde como disposição	81
5.1.3.4. Saúde “é tudo”	83
5.1.4. Diabetes	86
5.1.4.1. Diabetes como problema	86
5.1.4.2. Diabetes como doença	89
5.1.4.3. Diabetes como vivência	92
5.2. Do circunscrito ao dinâmico: os repertórios interpretativos em ação	95
5.2.1. Diogo: Eu adolescente; Eu adolescente com diabetes.	
Um estudo de caso.	96
6. DISCUSSÃO	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
8. REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE	
Apêndice 1: Roteiro de entrevista semi-estruturada	
ANEXOS	
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido modelo para o participante	
Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido modelo para o responsável	
Anexo C: Fotocópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.	
Anexo D: Mapa de Associação de Idéias resumido	
Anexo E: Transcrição na íntegra da entrevista de Diogo	

1. APRESENTAÇÃO

Início este trabalho fazendo uma contextualização dos motivos que me levaram a refletir, questionar e investigar o tema *Diabetes Mellitus* e Adolescência.

Revendo minha trajetória pessoal e profissional, sempre estive interessada em atividades voltadas ao cuidado da criança e do adolescente, desenvolvendo trabalhos voluntários em abrigos, estágios profissionalizantes no curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no atendimento psicoterápico individual e em oficinas psicopedagógicas em grupos dirigidos a esta população.

No decorrer dos anos de graduação, o interesse pela pesquisa se fez presente e a opção pelo mestrado me daria a chance de me colocar como pesquisadora. Nesse contexto, fui aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da UFU, no eixo de concentração Psicologia da Saúde, o que me deu a oportunidade de voltar o meu olhar para a Psicologia da Saúde, disciplina esta que não tínhamos na graduação.

No final de 2005, comecei a trabalhar como psicóloga no Centro Municipal de Atenção ao Diabético, uma Unidade de Saúde especializada no atendimento de portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1. O *Diabetes Mellitus* constitui um problema de Saúde Pública reconhecido no Brasil e em vários países do mundo promovendo a criação de diferentes serviços para esta população.

De acordo com os resultados do Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil – “Censo de Diabetes” realizado sob coordenação do Ministério da Saúde no período entre 1986 a 1988, este estudo concluiu que, indo além dos resultados encontrados na população urbana das cidades estudadas, para a população geral brasileira, deve existir cerca de 4 milhões e 500 mil diabéticos no país, dos quais aproximadamente

450 mil em uso de insulina (todos aqueles com menos de 30 anos de idade e 7,9% dos demais). Além disso, estima-se que em torno de dois milhões de indivíduos desconhecem a sua condição de diabético, e que provavelmente, muitos serão identificados ao apresentar uma complicação crônica e irreversível da doença (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

As minhas atividades profissionais no Centro estavam relacionadas ao atendimento psicoterápico individual, participação nos grupos de educação em diabetes junto com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e assistente sociais, participação em campanhas de prevenção e informação sobre o *Diabetes Mellitus*.

A partir de minha prática profissional como psicóloga desta Unidade de Saúde, verifiquei que a maior demanda para o atendimento psicológico era destinada a adolescentes. Essa demanda era tanto espontânea, quanto advinda de encaminhamento médico. Dentre os principais motivos para justificar o acompanhamento psicoterápico, observei que os pacientes apresentavam queixas como: dificuldades em lidar com a doença; seguir os procedimentos terapêuticos do tratamento; e problemas de relacionamento com pais e pares, não necessariamente devido ao fato de serem portadores de diabetes.

No grupo de educação em diabetes, que era dividido por faixa etária e acontecia uma vez por mês, os profissionais da equipe e os pacientes trocavam informações, tiravam dúvidas e conversavam sobre diabetes, porém, os temas a serem trabalhados no grupo sobre aspectos relacionados ao diabetes eram pré-estabelecidos pela equipe de saúde.

Sendo assim, no decorrer dos atendimentos aos adolescentes e participação nos grupos de educação em diabetes foram surgindo questionamentos como profissional e pesquisadora sobre a relação entre *Diabetes Mellitus* e adolescência e também reflexões sobre as conversas que estes adolescentes privilegiavam no atendimento psicoterápico.

Ainda no ano de 2005, ao prestar o processo seletivo para ingresso como aluna regular no mestrado, pude ter o primeiro contado com o Construcionismo Social através da leitura de textos do Prof. Dr. Emerson F. Rasera e da Prof^a. Dr^a. Marisa Japur e, posteriormente, ler outros autores. Dessa maneira, pude ensaiar as primeiras aproximações com o construcionismo.

No início de 2006, ocorreu o meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada – eixo Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Dessa forma, pude transformar meus questionamentos e reflexões em tema e problema para pesquisa e, talvez, contribuir com novas possibilidades de compreender a relação entre diabetes e adolescência.

Neste contexto, nos capítulos dois e três deste trabalho, serão discutidos os sentidos sobre *Diabetes Mellitus* a partir do discurso biomédico sobre a doença que traz uma série de vocabulários e termos que são usados para descrever o diabetes. A revisão crítica da literatura sobre diabetes e adolescência é realizada, apresentando alguns estudos sobre este tema, nos quais são feitos apontamentos acerca dos aspectos mais marcantes da literatura. Por fim, busco os modelos de compreensão do processo saúde-doença e como estes foram incorporados pela Psicologia da Saúde, dando destaque às perspectivas intra-individuais, inspirados nos modelos biomédicos, na vertente psicossocial embasadas pelo modelo biopsicossocial, e a alternativa do construcionismo social, que redimensiona os modos de compreender o processo saúde-doença ao privilegiar a perspectiva do paciente. Esta alternativa vai ao encontro do objetivo deste estudo que pretende descrever os repertórios interpretativos usados por adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 em situação de entrevista sobre os aspectos relacionados ao *Diabetes Mellitus* e Adolescência.

No quarto capítulo, situo o referencial teórico-metodológico deste trabalho que encontra sustentação no método qualitativo e na abordagem das Práticas Discursivas e

Produção de Sentidos, que se afilia à perspectiva construcionista. Além disso, explico quem são os participantes deste estudo, o processo de construção dos dados e os passos adotados para análise.

No capítulo quinto, apresento a análise sob duas perspectivas: vertical e horizontal. A primeira possibilitou a identificação, descrição e as implicações dos repertórios interpretativos usados pelos adolescentes para falarem de adolescência, corpo, saúde e diabetes. E a segunda demonstra a mobilidade dos repertórios e seu caráter dinâmico e contextual a partir de um estudo de caso.

No sexto capítulo, faço uma discussão que abarca os resultados encontrados na análise e dialogo com os modelos de concepção do processo saúde-doença e com a literatura sobre adolescência e diabetes a fim de apontar para alternativas de compreensão desta relação que sejam mais potencializadoras e menos restritivas.

No último capítulo, retomo os resultados deste estudo a fim de apontar como os questionamentos e as reflexões feitos no decorrer do mesmo puderam ser respondidas pela análise e discussão. Destaco como o referencial teórico-metodológico ofereceu bases seguras para atingir o objetivo deste trabalho e por fim, destaco a necessidade da elaboração de um projeto terapêutico conjunto entre profissionais da saúde e pacientes.

2. CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE O *DIABETES MELLITUS*

2.1. *Diabetes Mellitus*: o discurso biomédico sobre a doença

Uma breve apresentação dos aspectos biomédicos do *Diabetes Mellitus* (DM) será feita, neste momento, no intuito de oferecer ao leitor informações mínimas sobre essa doença para que o mesmo possa ter condições de compreender no decorrer do trabalho quais são os termos e vocabulários advindos de uma caracterização biomédica do diabetes. Nesse sentido, não será feita uma discussão aprofundada dos aspectos médicos do diabetes, mas sim a apresentação dos conceitos básicos, a classificação de alguns tipos de diabetes, critérios diagnósticos, complicações agudas e crônicas e, por fim, as possibilidades de tratamento de acordo com a perspectiva médica.

Iniciando pelo conceito, o *Diabetes Mellitus* é definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos, sendo caracterizada por hiperglicemia crônica. (Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2002).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), atualmente, a classificação do DM é baseada na etiologia, sendo que a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) irão recomendar a classificação em quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e diabetes gestacional. Apesar de serem quatro as classificações, este trabalho irá privilegiar a distinção apenas entre o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2, o primeiro por ser o foco deste trabalho e o segundo por ser um dos tipos mais comuns de

diabetes, sendo necessária a sua distinção aqui a fim de evitar a confusão entre os dois tipos.

O DM tipo 1 caracteriza-se pela deficiência absoluta de produção de insulina, pois ocorre uma auto-agressão imunitária que determina a destruição das células beta-pancreáticas, produtoras de insulina. Este tipo de diabetes surge, em geral, até os 30 anos, atingindo na maioria das vezes crianças e adolescentes. No DM tipo 2 ocorrem diversos graus de deficiência na produção e na ação da insulina. O controle geralmente é feito através da prescrição de uma dieta adequada, uso de hipoglicemiantes orais e, em alguns casos, há a necessidade do uso complementar de insulina exógena. Pessoas adultas, em geral acima de 40 anos, estão sujeitas a esse tipo de diabetes (Almeida, 1997).

Quanto ao diagnóstico, no diabetes tipo 1 o início, geralmente, é abrupto, com sintomas clássicos, indicando a presença da doença. Estes sintomas, geralmente, são de poliúria, polidipsia e perda de peso, acrescidos de glicemia casual (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) acima de 200mg/dl. Diante destes sintomas, exames tais como a glicemia de jejum dentre outros são utilizados para concluir o diagnóstico (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006).

É importante destacar as complicações que a pessoa com diabetes pode vir a ter no decorrer da sua vida em consequência da constante elevação da taxa de açúcar no sangue ou hiperglicemia. Estas complicações são divididas em agudas e crônicas. As agudas são representadas pelos comas diabéticos e se manifestam num curto espaço de tempo e precisam ser cuidadas com presteza ou a vida da pessoa diabética poderá estar em risco. O coma hiperglicêmico ocorre quando o tratamento não acontece e os níveis de glicose sanguínea aumentam a ponto de causar alterações da consciência. Diante de tal quadro clínico, o tratamento deste coma requer internação hospitalar, onde basicamente ocorrerá a reposição por soro dos líquidos perdidos e administração da insulina. Já o coma

hipoglicêmico acontece, na maioria das vezes, nos pacientes que fazem o uso da insulina como tratamento. Este surge quando a glicemia atinge níveis muito baixos; os sintomas, geralmente, são tremores, sudorese, sensação de fraqueza e fome, palpitação e tontura. A evolução destes sintomas juntamente com a continuidade da baixa da glicemia no sangue poderá acarretar perda de consciência, precedida ou não por convulsão. Este tipo de coma pode ser fatal ou causar lesões cerebrais com seqüelas tardias (Malerbi, 1993).

As complicações crônicas podem ser micro e macrovasculares e estas comprometem estruturas de órgãos como rins, olhos, nervos, vasos e coração. Sendo assim, podem ocorrer a retinopatia que leva à cegueira, a nefropatia, com possível evolução para a insuficiência renal, a neuropatia que implica o risco de úlceras nos pés, amputações e manifestações de disfunção anatômica, incluindo disfunção sexual. Além disso, as pessoas com diabetes apresentam grandes riscos de doenças vasculares, como as doenças coronarianas, arterial periférica e vascular cerebral (Fabro de Bem & Kunde, 2006).

Por fim, a terapêutica geralmente prescrita para o tratamento do DM tipo 1 é feita através da combinação de vários procedimentos. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), no entanto, propõem uma intervenção diferenciada para crianças e adolescentes com DM tipo 1, a saber: esclarecimento da doença ao paciente e aos familiares, orientação alimentar, programa regular de atividade física, insulinoterapia e monitorização constante dos níveis glicêmicos.

Após esta contextualização dos aspectos biomédicos do diabetes será apresentada a revisão de literatura sobre o tema adolescência e *Diabetes Mellitus* Tipo 1 situando alguns estudos e fazendo uma reflexão crítica sobre os mesmos.

2.2. O *Diabetes Mellitus* Tipo 1 na adolescência: o que diz a literatura?

Ao fazer a revisão de literatura pode-se perceber que o interesse em estudar adolescente com diabetes tem crescido nos últimos anos. A literatura, em geral, tem dado ênfase aos aspectos psicossociais da adolescência e diabetes e poucos são os estudos que estiveram interessados em pesquisar o diabetes a partir da perspectiva do participante.

Os principais temas abordados nestes estudos referem-se à relação do adolescente com diabetes e sua família, ao suporte social de pares e amigos, representação da doença, *coping* e bem-estar emocional diante da doença e a vivência do diabetes contada pelos adolescentes.

O envolvimento da família do adolescente com diabetes no controle de sua doença relaciona-se em termos de diferentes percepções entre pais e adolescentes no que se refere ao auto-cuidado exigido pelo tratamento do *Diabetes Mellitus*. Dessa forma, destacam-se aspectos como definição de papéis, autonomia e administração de conflitos.

No estudo realizado por Leonard, Garwick e Adwan (2005), os autores investigaram como os adolescentes percebem o papel de seus pais no envolvimento e controle do diabetes e seu relacionamento com os mesmos. Estes colocam que a adolescência, na cultura ocidental, configura-se como um período de transição no qual os adolescentes sairão da dependência de seus pais para encontrarem sua independência na satisfação de suas necessidades - emocionais, físicas, sociais e financeiras. Além disso, destacam que o desenvolvimento físico e as crises e conflitos psicológicos normais emergem na adolescência. O foco que este estudo privilegiou foi a comparação de dois grupos de adolescentes com diabetes e suas percepções frente à questão levantada: um que possuía níveis de hemoglobina glicosilada considerado alto e outro que tinha baixos níveis. Os achados deste estudo evidenciaram que os adolescentes de ambos os grupos relataram que,

com o passar do tempo, os pais foram diminuindo seu envolvimento no controle do diabetes e repassando maior responsabilidade para os mesmos, porém, foi ressaltado que o grupo que possuía níveis elevados de hemoglobina glicosilada, considerado mal controle, tiveram lembranças negativas em relação ao envolvimento de seus pais, isto devido ao fato de seus pais perceberem sua falta de adesão ao tratamento e por este motivo cobravam lhes constantemente cuidado, gerando assim os conflitos. Dessa forma, os autores sugerem a importância da qualidade de relacionamento entre adolescentes com diabetes e seus pais como um fator crítico no controle do diabetes, concluindo que esta relação é considerada como um componente central nos cuidados com a saúde.

Outro estudo que focalizou a relação entre as discrepâncias de percepção existente entre mães e adolescentes no que se refere à autonomia, conflitos gerados pelo controle do diabetes e adesão ao tratamento foi realizado por Miller e Drotar (2003). Os resultados demonstraram maior discrepância de percepção em relação à autonomia, pois quando os adolescentes relatavam maior autonomia, as mães diziam haver maiores conflitos. Dessa forma, os autores se posicionam de maneira a dizer que a autonomia deveria aumentar sendo observado a fase da puberdade em que se encontra o adolescente, pois o aumento dos conflitos poderia estar relacionado à transferência de responsabilidade em momentos impróprios, sem que os pais considerassem o desenvolvimento físico ou cognitivo. Os autores também apontam em suas conclusões para a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde a fim de minimizar essas discrepâncias de percepção e os conflitos possivelmente emergentes da relação entre mães e adolescentes com diabetes.

Zanetti e Mendes (2001) analisaram as dificuldades em atividades diárias das mães de crianças e adolescentes com diabetes. As autoras partiram da premissa que fatores de ordem econômica, social, pessoal e emocional da família interferem na obtenção de um bom controle metabólico. Este estudo, de natureza descritiva, concluiu que as maiores

dificuldades apontadas pelas mães referem-se a reuniões de convivência social, motivar seus filhos a fazer atividade física, dieta, adaptação escolar, relacionamento com a equipe de saúde e comportamento frente aos demais irmãos. Dessa forma, as autoras, na mesma perspectiva dos estudos apresentados anteriormente, sugerem intervenções de equipes multiprofissionais junto às famílias para trabalhar cada dificuldade apontada.

O suporte social e a relação com pares e amigos de adolescentes com diabetes também foi tema de interesse de alguns pesquisadores. O estudo realizado por Greco, Pendley, McDoneell e Reeves (2001) teve como objetivo elaborar e implementar uma intervenção estruturada para promover a interação entre adolescentes com diabetes e seus melhores amigos no cuidado do diabetes de maneira saudável e adaptativa. Para tal, os participantes responderam a uma série de instrumentos, tais como: inventários e escalas que abordavam temas referentes ao suporte social no diabetes, ajustamento do adolescente ao diabetes, responsabilidade e conflitos referentes ao diabetes, auto-cuidado, interação entre pares e auto-percepção. Foram realizadas quatro sessões em grupo, cada uma delas com um tema específico: a primeira abordou etiologia, fisiologia e o tratamento do diabetes tipo 1; a segunda focalizou a habilidade para uma escuta reflexiva e resolução de problemas relacionados a temas gerais, como por exemplo, conflito com pais e pares; na sessão três, foram trabalhados aspectos de resolução de problemas decorrentes do diabetes e como os amigos dariam suporte em tais situações; e a última sessão abordou o controle do *stress*, tanto na interação do *stress* com o diabetes, quanto as técnicas para reduzir o impacto do *stress* no diabetes. Os achados deste estudo indicam que a intervenção em grupo foi efetiva em aperfeiçoar o conhecimento dos pares sobre diabetes e um meio para que os mesmos pudessem oferecer suporte aos seus amigos portadores de diabetes. Além disso, observou-se o aumento dos pares no apoio à família destes adolescentes, e os amigos demonstraram uma melhora em sua auto-percepção. Por fim, os pais relataram uma

diminuição nos conflitos relacionados ao diabetes.

Outros pesquisadores estiveram interessados em investigar a relação existente entre representação da doença, *coping* e bem-estar emocional em adolescentes com diabetes tipo 1. Sendo assim, o estudo realizado por Edgar, Psychol e Skinner (2003) procurou explorar se a ação do *coping* mediava a relação entre representação da doença e bem-estar emocional em adolescentes com diabetes. Para tal, 70 adolescentes com idades entre 11 e 18 anos completaram os seguintes instrumentos, respectivamente: o *Well-being Questionnaire*, o qual possuía quatro sub-escalas: depressão, ansiedade, energia e bem-estar positivo; o *Diabetes Illness Representations Questionnaire*, que foi construído para abarcar as cinco dimensões da representação de doença: identidade, causa, tempo, consequência (subdivida em percepção do diabetes como ameaça para saúde e impacto percebido do diabetes no dia-a-dia) e efetividade do tratamento; por fim, o *Kidcop*, que foi empregado para examinar a estratégia de *coping* utilizada: distração, evitação social, reestruturação cognitiva, auto-crítica, culpar os outros, solução de problemas, regulação emocional, buscar suporte social, pensamento ansioso e resignação. Os resultados indicaram que impacto percebido, identidade, e reestruturação cognitiva foram preditores independentes significativos para sintomas depressivos. No que se refere à ansiedade, impacto percebido e identidade foram preditores significativos, e para bem-estar emocional positivo, a efetividade do tratamento no controle do diabetes foi o único preditor significativo. A análise de regressão múltipla indicou que o *coping* não media a associação entre representação da doença e bem-estar emocional positivo.

O cotidiano e enfrentamento da doença de adolescentes portadores de diabetes tipo 1 foi estudado por Santos e Enumo (2003). As autoras tiveram o objetivo de descrever e analisar relatos de adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1, atendidos por programas de saúde pública, sobre seu enfrentamento da condição de doentes crônicos no cotidiano e

comparar aos relatos de adolescentes sem diabetes. Dessa forma, os achados apontaram que não foram encontradas diferenças no grupo dos adolescentes com diabetes em termos de atividades cotidianas quando comparados com adolescentes sem a doença. Porém, houve diferenças em atividades caracterizadas como favorecedoras de controle, como o controle do consumo de álcool, na medida em que adolescentes com diabetes possuíam maior controle, sugerindo que estes jovens se preocupam com sua saúde, pois o álcool é uma bebida que pode levar a uma descompensação glicêmica. Outro ponto destacado foi em relação às diferenças dos dois grupos, no que se refere às atividades realizadas fora de casa. Adolescentes com diabetes dedicavam grande parte do seu tempo freqüentando biblioteca (atividade intelectual), enquanto que os adolescentes sem a doença, realizavam atividades sociais como conversar com amigos, o que pode, segundo as autoras, demonstrar uma diferença de preocupações e interesses, ou mesmo uma esquivia de situações sociais talvez relacionadas à doença. Com relação às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes com diabetes, obtiveram os seguintes resultados: crenças positivas (freqüentar templos religiosos e seguir uma determinada crença religiosa por opção e não por obrigação) e utilização de suporte social (familiares ou amigos). Além disso, as autoras apontaram que o discurso dos jovens revelou que uma das maneiras encontradas para conviverem com o fato de estarem com uma doença crônica seria “encarar” a realidade, enfrentando-a. Isso seria lidar com a situação, focalizando-se no problema, buscando cooperar, seja fazendo aplicação da insulina ou tentando seguir a dieta prescrita pelo médico. Sendo assim, a atitude de lidar com a situação focalizando-se no problema foi descrita como uma estratégia de enfrentamento muito utilizada por adolescentes mais “seguros” ou “maduros”, enquanto que adolescentes com menor grau de maturidade, ou mesmo os mais jovens, teriam maior possibilidade de utilizarem estratégias focalizadas na emoção, apresentando respostas como revolta, medo e fuga do problema.

No intuito de estudar a diabetes na adolescência numa perspectiva biopsicossocial, Almeida e Matos (2003) se propuseram a investigar a contribuição de algumas variáveis psicossociais (*stress*, *coping* e apoio social) como preditores de resultados terapêuticos, tais como: adesão ao tratamento e controle metabólico em adolescentes com diabetes tipo 1. Escalas de adesão ao tratamento, de *coping*, de apoio social, de *stress* e valores de hemoglobina glicosilada foram os instrumentos utilizados para fazer as medidas. Os achados indicaram que a adesão à dieta e à monitorização da glicemia capilar foram preditas pelo *coping* emocional e *coping* instrumental; a adesão ao exercício foi predita pela idade, pelo *stress* relativo ao futuro pessoal e pelo apoio social médico e a adesão a insulina foi predita pelo *coping* emocional. Em relação ao controle metabólico, este foi predito pela adesão ao exercício físico. De acordo com estes resultados, as autoras sugerem intervenções com os adolescentes com diabetes levando em consideração algumas variáveis psicossociais de maneira a promover melhores resultados de saúde.

Em um estudo mais recente e adotando uma perspectiva diferente dos estudos citados acima, Carroll e Marrero (2006) investigaram como o diabetes influenciava a percepção de adolescentes com diabetes no que se refere a sua qualidade de vida em geral e em suas relações com pais, pares, escola e seus médicos. Dessa forma, numa perspectiva qualitativa, foram realizados 5 grupos focais que envolvia 31 adolescentes de 13 a 18 anos, separados por faixa etária.

Os resultados apontaram para três grandes temas: percepções pessoais de viver com diabetes; impacto no relacionamento com pais e pares e impacto na escola. Em relação ao primeiro tema, destaca-se que a percepção global de viver com diabetes foi menos negativa do que a esperada. Em geral, a maioria dos participantes do grupo focal discutiu sobre o diabetes mais em termos do incômodo diário associado ao tratamento do que em uma perspectiva mais conceitual, como tendo algo terrível ou como uma coisa difícil com que

eles foram forçados a viver. Contudo, houve um consenso geral quanto à idéia de que o diabetes exerce um controle sobre suas vidas, exigindo-lhes maior responsabilidade do que o "normal" em relação a seus pares (Carroll & Marrero, 2006).

Quando o tema discutido no grupo foi a relação com os pais, os autores tiveram os seguintes achados: a maioria dos adolescentes colocou que seus pais preocupavam-se com a habilidade deles em controlar o diabetes, no entanto, os adolescentes percebem esta preocupação por vezes como “autoritária”, “estressante”, “inoportuna” e “superprotetora”. Os adolescentes disseram que seus pais desconhecem o quanto eles sabem da própria doença e de sua capacidade para o auto-cuidado, sendo assim, eles gostariam que os pais confiassem mais em deixá-los controlar o diabetes (Carroll & Marrero, 2006).

Em relação ao suporte prestado pelos pares, os adolescentes, em geral, percebem de maneira positiva a ajuda dos amigos no controle do diabetes. Os participantes falaram sobre como seus amigos ficam atentos à condição deles para ajudá-los em suas dificuldades, como por exemplo, diante de uma hipoglicemia, providenciar algo para alimentá-los. No entanto, em outros momentos, alguns comportamentos de amigos/pares são considerados como intrusivos, uma vez que alguns ficam perguntando a todo momento se o adolescente está bem ou quando questionam o porquê dos procedimentos para controlar a doença. O último tema está relacionado à falta de entendimento que os pares possuem sobre a doença. Dessa forma, alguns colegas não entendem o motivo pelo qual eles precisam sair mais vezes da sala de aula, fazendo inferências de que usam a doença para matar aula, sendo assim, os adolescentes dizem que muitos de seus colegas sabem muito pouco sobre sua doença, gerando tais comentários (Carroll & Marrero, 2006).

Damião e Pinto (2007) tiveram por objetivo compreender a experiência do adolescente com diabetes tipo 1. Para tal, utilizaram o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos dados como referenciais teóricos e metodológicos. As autoras

caracterizaram a adolescência como uma etapa da vida em que os adolescentes vivem para o presente e não pensam no futuro, acreditam ser invulneráveis aos comportamentos ruins e às consequências futuras de comportamentos inadequados do presente, e desejam exercer sua autonomia, entrando em conflito com pais e professores. Participaram deste estudo sete adolescentes com idades entre 12 e 18 anos que responderam à seguinte questão orientadora: “Conte-me como é para você ter uma doença como o diabetes.” Os resultados apontaram que a maioria dos adolescentes interpreta os fatos pautados no “hoje”, ou seja, pelo momento em que os acontecimentos ocorrem e não vislumbrando as consequências futuras. Diante disso, as autoras colocam que o comportamento do adolescente parece ser descompromissado e irresponsável por não priorizar os cuidados concernentes à prevenção das complicações do diabetes em suas vidas. Além disso, as autoras destacaram três temas descritos pelos adolescentes que “retratam” os diversos aspectos da experiência do adolescente com diabetes tipo 1: 1) “Recebendo o diagnóstico de diabetes”, no qual o início do relato, geralmente, foi marcado pela narrativa do momento do diagnóstico, sendo identificadas três categorias para este tema: “Apresentando sinais e sintomas”, “Vivendo o impacto do diagnóstico” e “Aprendendo sobre diabetes”; 2) “Sendo transformado pela doença” que discorreu sobre a experiência do adolescente em conviver com uma doença crônica apontando que os participantes sentem-se mais instrumentalizados na adolescência para lidar com o diabetes do que quando eram mais novos. Além disso, as autoras colocam que o adolescente se vê transformado pela doença de várias maneiras, uma delas é a transformação física referente à perda de peso, o que é visto como favorável quando o adolescente está acima do peso; com relação aos seus sentimentos acerca do diabetes, o adolescente “percebe-se diferente, sentindo-se normal”, que se refere ao sentimento de estranheza que acontece quando o diabetes o diferencia de seus amigos; mas seus desejos, anseios, e alegrias o colocam em posição de igualdade com seus pares; “tendo benefícios

com a doença” acontece quando os adolescentes se consideravam em melhores condições físicas do que antes de ter o diagnóstico de diabetes; 3) “Sendo uma ‘vida pontiaguda’” evidencia a terapêutica invasiva (testes de glicemia e aplicação diária de insulina) quando o adolescente coloca as “agulhadas” que precisa receber diariamente, seja furando o dedo nos testes de glicemia capilar ou na aplicação da insulina em outras parte do corpo. Concluindo, as autoras destacam que conhecer a experiência do adolescente com diabetes tipo 1 pode ajudar a equipe de saúde no atendimento a esta população.

Huus e Enskär (2007), em seu estudo, tiveram como objetivo descrever a experiência de viver com diabetes para adolescentes que vivem nesta condição de saúde. Participaram do estudo 8 adolescentes com idades entre 14 e 18 anos que foram convidados a responder a seguinte questão orientadora em situação de entrevista: “Conte-me como é para você viver com diabetes”. Os resultados apontaram que a vida com diabetes pode ser comparada a um pêndulo oscilante entre ser normal e ser diferente, evidenciado nos cinco temas que emergiram deste estudo: 1) Ser diferente: os adolescentes descreveram como se sentem diferentes frente a seus pares - tais sentimentos são positivos quando se sentem mais maduros em comparação com seus amigos e negativos quando sentem que foram tratados com diferença quando os amigos souberam do diagnóstico de diabetes; 2) Ser tratado diferente pelos pais, amigos e na escola: quanto aos pais, sentiram-se diferentes no que se refere à cobrança para terem maior responsabilidade e por serem mais rigorosos com eles do que com outros adolescentes; quanto aos amigos, estes se colocavam como cuidadores, indicando a hora em que deveriam se alimentar e quando os amigos questionavam sobre sua condição de saúde, sentiam que era um bom momento para explicar-lhes sobre diabetes; na escola, sentiam-se diferentes na hora da prática de exercícios físicos, quando o professor disponibilizava um colega para acompanhá-los num exercício como a corrida, por exemplo; 3) Ter uma vida controlada: os adolescentes destacaram que a rotina de

horários imposta pelo tratamento os impede, muitas vezes, de estar com os amigos ou dormir fora de casa, colocando isto como algo difícil e penoso para eles; 4) Conhecendo mais sobre o seu corpo: os adolescentes destacaram que o diabetes lhes proporcionara conhecer mais sobre os seus corpos na medida em que tinham aprendido mais sobre alimentação saudável e a importância do exercício físico regular, colocando isto como conhecimento positivo; 5) Cuidando de si mesmo: os adolescentes que participaram deste estudo colocaram o quanto é importante para ele sentirem-se capazes de cuidarem sozinhos de seu tratamento, apontando para a necessidade dos pais deixarem que eles desenvolvam o auto-cuidado.

Conforme colocado no início desta revisão de literatura pode-se perceber que os estudos sobre adolescência e diabetes estão interessados em questões específicas. Além disso, partem de alguns modelos para compreender o processo saúde-doença. Diante da revisão de literatura realizada para este estudo cabem agora algumas considerações feitas a partir de reflexões que foram surgindo tanto no decorrer das leituras dos textos selecionados quanto na construção do presente trabalho.

O aspecto mais marcante da literatura está relacionado aos modelos de compreensão do processo saúde-doença presentes nestes estudos. Há uma ênfase nos modelos biomédicos e biopsicossocial, que muitas vezes aparecem relacionados em um mesmo trabalho. Um exame do controle dos níveis glicêmicos, a hemoglobina glicosilada, é usado como indicador para predizer se o envolvimento dos pais no controle do diabetes é algo que traz malefícios ou benefícios no cuidado do diabetes (Leonard; Garwick e Adwan, 2005). Outro estudo, caracterizado como biopsicossocial, relacionou variáveis tais como *coping*, *stress* e apoio social com adesão ao tratamento e com o controle metabólico no intuito de controlar e predizer quais as variáveis estavam relacionadas a comportamentos

de adesão ao tratamento e refletiam um bom controle metabólico (Almeida & Matos, 2003).

Ao assumirem tal posição, os estudos privilegiam a ótica do médico e de certa forma, percebem a questão do diabetes e adolescência de maneira reducionista, pautados em uma lógica prescritiva, pois estão interessados em comportamentos de adesão ao tratamento e em variáveis ditas psicossociais que ajudem o adolescente a seguir o tratamento prescrito e, conseqüentemente, melhore seus níveis glicêmicos, que é a “prova” do bom ou mal controle. Porém, o intuito aqui não é questionar as contribuições que estes estudos possam ter no âmbito do conhecimento científico. Queremos apontar que tal postura acaba por ignorar a perspectiva do paciente e o significado pessoal que ele dá a sua doença, selecionando o que é importante na relação entre adolescência e diabetes apenas da perspectiva do discurso biomédico e biopsicossocial, fechando dessa forma o diálogo, na medida em que os estudos irão apontar as variáveis que julgam ser importantes no atendimento ao adolescente com diabetes.

Os estudos que tiveram o objetivo de conhecer a perspectiva do adolescente com diabetes deram ênfase à doença, pois estavam interessados em conhecer como os adolescentes vivenciam o diabetes ou no relato da experiência de ter diabetes. Apesar do interesse na perspectiva do paciente oferecer uma alternativa aos outros estudos que privilegiam a ótica do médico, ao focarem a doença acabam por colocar o adolescente na posição reduzida a adolescentes com diabetes, e sua descrição fica restrita a este lugar.

Outro aspecto importante da literatura é referente à visão de adolescência e de adolescente presentes nos estudos. A adolescência aparece como uma etapa da vida marcada por crises e conflitos que são tidos como normais nesta etapa da vida, e o adolescente aparece como alguém irresponsável, inconseqüente e que não pensa no futuro (Leonard; Garwick & Adwan, 2005; Damiano & Pinto, 2007).

Dessa maneira, o adolescente, nestes estudos, tem sido percebido como alguém que não consegue se cuidar e que necessita de orientação e atenção constantes, seja dos pais, amigos ou pares. Destaca-se também a ênfase que tem sido dada ao enfrentamento do diabetes, e pouco se tem refletido sobre a experiência da adolescência. Uma implicação desta escolha é a de que tem sido dado pouco espaço para ouvir o ponto de vista do adolescente e suas preocupações sobre sua vivência desse período da vida.

Além disso, pode se constatar também que a maioria dos estudos com adolescentes que vivem com diabetes tipo 1 está voltada para questões específicas, como relacionamento com os pais, pares e amigos, enfrentamento e vivência da doença, dentre outros. Destaca-se que há um enfoque no controle glicêmico e no tratamento de forma geral, sendo procuradas variáveis que possam explicar e até mesmo predizer maneiras para se alcançar um bom controle e uma adesão ao tratamento ideal.

Diante disso, percebe-se que os estudos têm se baseado em uma concepção tradicional dada à adolescência, compreendendo-a como um conjunto de mudanças físicas, sociais e psicológicas de maneira naturalizada e determinada. Nesse sentido, tal concepção poderá influenciar diretamente o olhar que se tem lançado na compreensão e análise de alguns resultados destes estudos, produzindo entendimentos de que para a pessoa com diabetes, o manejo da doença será mais conturbado ou difícil nesta etapa da vida.

Além disso, a ênfase dada à concepção do processo saúde-doença a partir dos modelos biomédicos e biopsicossocial acabam por não considerar que, assim como a adolescência, o diabetes também possui definições que foram construídas ao longo da história, tanto pelo discurso biomédico quanto pelo senso comum. No entanto, muitas vezes, este último não é reconhecido pela ciência, apesar dos limites entre discurso científico e aqueles produzidos no cotidiano não serem claramente definidos. Ao longo da história, o que era apenas de poder e domínio do campo científico tornou-se parte do senso

comum, na medida em alguns repertórios começaram a ser utilizados nas interações entre as pessoas criando novos sentidos que também têm sua inscrição na história.

A partir da revisão de literatura, destaca-se a importância de estudar a relação entre adolescência e diabetes de modo a abarcar os apontamentos feitos nesta reflexão, adotando uma perspectiva qualitativa para este estudo que pretende apontar para novas possibilidades de compreensão da adolescência e do diabetes. Pretendemos agora buscar um olhar amplo e diversificado sobre o processo saúde-doença a fim de compreender outros significados e metáforas produzidos por adolescentes que vivem com diabetes.

2.3. A saúde e a doença sob diferentes perspectivas: a alternativa construcionista

O processo saúde-doença, atualmente, pode ser compreendido sob diferentes perspectivas, pois, ao longo do tempo, alguns modelos foram criados para explicar a saúde e o adoecimento.

No campo da Psicologia, Spink (2003) ressalta que, historicamente, a Psicologia da Saúde baseou-se, inicialmente, nos modelos tradicionais da Psicologia para explicar o processo saúde-doença, ou seja, adotou uma postura intra-individual. Posteriormente, incorporou a perspectiva social, porém, de forma mecânica e somente nos últimos tempos assumiu um caráter mais dinâmico com relação ao social adotando uma postura construtivista. Face a esta contextualização, serão descritas, ainda de acordo com esta autora, três vertentes possíveis em Psicologia da Saúde: 1) Intra-individual; 2) Psicossocial e 3) Construcionista.

A primeira vertente, Intra-individual, foi inspirada no modelo biomédico, o qual investiga os fenômenos inerentes à saúde a partir de concepções científicas interessadas em descrever, explicar e prever os fenômenos. Diante disso, no modelo biomédico, o

adoecimento é entendido a partir das descrições biológicas da doença e as práticas de saúde como a prevenção, cura ou tratamento serão orientadas, muitas vezes, a partir deste modelo descritivo.

Ao importar este modelo, a Psicologia da Saúde em sua vertente intra-individual, ainda de acordo com Spink (2003), explicará o aparecimento da doença como organismo individual, em duas correntes distintas: uma influenciada pela abordagem psicanalítica e outra vinculada às teorias de personalidade. A primeira concentra-se na psicogênese da doença, na qual se acreditava que os conflitos inconscientes não resolvidos entre os desejos e forças contrárias do ego e superego desencadeariam tensões emocionais crônicas que poderiam ser responsáveis por disfunções e mudanças estruturais em determinados órgãos do corpo. A segunda, relacionada às teorias de personalidade, defende a idéia de que existe uma relação entre determinados tipos de personalidade e certas doenças. Assim, por exemplo, as pesquisas voltadas ao estudo das doenças cardíacas destacam o papel da “personalidade tipo A” que é descrita a partir de características como competitividade, hostilidade, impaciência, tensão muscular, dentre outras, que podem estar, segundo esta vertente, associadas ao aparecimento de doenças cardíacas.

Apesar das investigações científicas tradicionais inspiradas no modelo biomédico no campo da Medicina terem produzido conhecimentos fundamentais para a cura, tratamento e prevenção de inúmeras doenças, este modelo geralmente não contempla os aspectos sociais, culturais e os modos como as pessoas subjetivam ou atribuem significados ao seu processo de adoecimento, e a Psicologia, ao inspirar-se neste modelo para explicação do processo saúde-doença, acaba por não abarcar outros aspectos na compreensão mais ampla deste processo.

Barros (2002) irá apontar para algumas limitações do modelo biomédico. Este autor coloca que um dos problemas centrais deste modelo está no seu poder demasiadamente

explicativo e restrito o que acaba por dificultar a prática médica e sua relação com o paciente, na medida em que tal postura não levará em conta a subjetividade e as condições sócio-econômicas do paciente na formulação diagnóstica e na intervenção terapêutica.

Para responder às limitações do modelo biomédico, surge o modelo biopsicossocial que procurou integrar na compreensão dos processos de adoecimento também as dimensões psicológicas e sociais. Este modelo pretendia uma visão mais global do indivíduo ao considerar que fatores psicológicos tais como comportamentos, crenças, enfrentamento e stress, e os aspectos sociais referentes às condições de vida, trabalho e normas culturais seriam variáveis importantes envolvidas no processo saúde-doença devendo ser consideradas no momento de diagnóstico e intervenção terapêutica.

Retomando as vertentes destacadas por Spink (2003) na Psicologia da Saúde, o modelo biopsicossocial embasa a segunda perspectiva que dará ênfase aos aspectos psicossociais da cadeia multicausal responsável pelo surgimento da doença. Nesta perspectiva, destacam-se os avanços metodológicos que procuraram mensurar as variáveis e construir indicadores, utilizando-se de tratamento estatístico na busca de correlações entre eventos estressantes na vida do indivíduo e o aparecimento da doença. Dessa forma, procuram-se nexos causais entre experiências de vida e o adoecer.

Apesar deste modelo oferecer uma alternativa ao modelo biomédico, este também sofreu críticas. Conforme destacado por Travesso-Yépez (2001), o modelo biopsicossocial compartilha com o modelo biomédico pressupostos positivistas no sentido de procurar uma única verdade a ser apreendida através dos métodos consagrados pela ciência natural, situando este modelo não como um contraponto ao modelo biomédico, mas sim como um paliativo. A mesma autora aponta que o processo de adoecimento não pode ser reduzido a evidências orgânicas, naturais e objetivas, mas deve estar relacionado com as características de cada contexto sócio-cultural, pois existe toda uma ordem de significações

culturais socialmente construídas que irão ter influência direta em como as pessoas experimentam seus estados de saúde e doença.

Diante disso, na busca de uma conceituação mais ampla que consiga superar as limitações destes modelos, abarcando outros aspectos do processo saúde-doença para além das concepções biomédicas e biopsicossociais, a terceira vertente apontada por Spink (2003) oferece uma alternativa teórica que tem apontado para a necessidade de investigações que rompam com os valores tradicionalmente legitimados pela ciência positivista e que acabam por não considerar as questões relativas à saúde e doença em seu caráter cultural, histórico, processual e relacional.

A terceira vertente, denominada perspectiva construcionista, distingue-se das outras duas vertentes em diferentes aspectos: primeiro, por privilegiar a perspectiva do paciente e não mais do médico ou do sistema de saúde e, em outro aspecto, por romper com a explicação causal do surgimento da doença, compreendendo esta como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, sendo, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade (Spink, 2003).

Segundo a mesma autora, tal perspectiva implica em dois saltos qualitativos na medida em que ao abordar a doença não apenas como uma experiência individual, a compreenderá como um fenômeno coletivo influenciado pela ideologia de uma sociedade. Além disso, ao deixar de privilegiar apenas a ótica médica como padrão único de entendimento, a ótica do paciente passa a ser legitimada, possibilitando o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que é atribuído pelo indivíduo.

A perspectiva construcionista de compreensão do processo-saúde doença, proposta por Spink, parece oferecer subsídios suficientes para este trabalho na medida em que um de nossos interesses neste estudo é compreender o diabetes sob a perspectiva de adolescentes que vivem nesta condição de saúde. Assim sendo, buscaremos apresentar

brevemente os pressupostos desta perspectiva em ciência.

O Construcionismo Social surge na esfera científica rompendo com valores tradicionalmente legitimados pela ciência tais como a neutralidade, a objetividade, a verdade única e o individualismo. Seu olhar estará endereçado para as descrições que as pessoas fazem de si mesmas e do mundo, considerando a cultura e o momento histórico em que estas descrições ocorrem, bem como os relacionamentos estabelecidos entre as pessoas.

Pode-se dizer que este conhecimento alternativo contribui para a elaboração da crise paradigmática travada pelas ciências nas últimas décadas, tendo como destaque as concepções empiricista e racionalista de investigação científica como modelos de busca de apreensão da verdade, pureza conceitual e a representação das coisas como elas são. Pois como coloca Gergen (1996), esta situação faz nascer a possibilidade de examinar concepções alternativas de conhecimento e novos enfoques das ciências humanas, bem como as transformações da prática cultural.

Conforme destacado por Guanaes (2006) a busca para uma definição única e homogênea do que seja o Construcionismo Social, constitui uma tarefa difícil, uma vez que o discurso construcionista não se propõe a isso. Ainda de acordo com esta autora, existe uma grande variedade de propostas construcionistas que compõem diferentes ênfases, pressupostos e entendimentos sobre o que irá orientar esse tipo de investigação em ciência, e que nem sempre essas posições são concordantes entre si. No entanto, não haverá um movimento no sentido de homogeneizar tais propostas, pois o convite construcionista é para a troca de conhecimento entre grupos que possuem interesses comuns e não para o fechamento das possibilidades de diálogo.

Diante dessas múltiplas possibilidades, talvez, seja útil eleger uma dessas vertentes de compreensão da proposta Construcionista Social. Nesta perspectiva, será dado destaque

a um dos principais autores construcionistas que tem contribuído na construção deste movimento na Psicologia e sua conceituação será privilegiada aqui. Kenneth Gergen define construcionismo como uma forma de investigação social que “(...) preocupa-se principalmente em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo elas mesmas) no qual vivem” (Gergen, 1985, p.266).

Além desta definição, o construcionismo social possui uma série de suposições que o sustentam metodologicamente e que produzem implicações na esfera de conhecimento científico (Grandesso, 2000; Raserá & Japur, 2001).

Grandesso (2000), retomando as propostas de Gergen, destaca em linhas gerais, as seguintes suposições para o construcionismo social: 1) os critérios para identificar eventos no mundo não são objetivos, mas são marcados pela cultura, história ou contexto social, sendo que postura rompe com uma base objetiva para o conhecimento tradicional; 2) o mundo é compreendido em termos de artefatos sociais, historicamente datados, e produtos das relações entre as pessoas; 3) a permanência de uma determinada forma de compreensão ao longo tempo é compreendida a partir das vicissitudes dos processos sociais tais como comunicação, negociação, conflito e retórica e não diante de uma suposta validade empírica; 4) as descrições e explicações do mundo são formas de ação social possuindo significância crítica na vida das pessoas, na medida em que tais descrições, expressões e explicações são perpassados por vários padrões sociais.

De acordo com Raserá e Japur (2001), tais suposições construcionistas geram determinadas implicações na esfera do conhecimento científico. Uma primeira implicação refere-se à concepção de conhecimento como representação, pois há uma mudança diante desta premissa na medida em que o conhecimento deixa de ser visto como originado na mente individual e passa a ser compreendido como produzido na relação entre as pessoas. Uma outra implicação destaca a superação da dicotomia sujeito-objeto, uma vez que esta

nova postura acerca da concepção do conhecimento faz crítica às ciências empiricista e idealista marcadas pela dualidade sujeito-objeto. Em uma terceira implicação, ele produz um questionamento sobre a natureza do real, buscando uma nova reflexão sobre o entendimento do que vem a ser a verdade e a objetividade. Nesta perspectiva, estas são repensadas em termos de critérios éticos, de coerência, inteligibilidade, rigor e consequências trazidas pelo conhecimento produzido. Pode-se concluir que estes pressupostos abrem caminho para uma visão de ciência enquanto produção sócio-histórica, questionando uma retórica da verdade objetivista, universalizante e aistórica.

Como vemos, o construcionismo social é uma perspectiva de pesquisa em saúde que produz uma nova visão de ciência que valoriza os conhecimentos produzidos pelas pessoas a respeito de sua própria vivência, questionando a hegemonia dos discursos profissionais e científicos. Ele constitui, assim, uma alternativa que se interessa pelo ponto de vista do participante, pelas formas com as quais construímos o mundo por meio da linguagem.

3. OBJETIVO:

Descrever os repertórios interpretativos usados por adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 em situação de entrevista sobre os aspectos relacionados ao *Diabetes Mellitus* e Adolescência.

4. MÉTODO

4.1. Referencial Teórico-Metodológico

Em consonância com o objetivo deste estudo, neste momento, serão apresentadas as bases teórico-metodológicas que darão sustentação ao alcance do mesmo. Além disso,

pretendemos apontar para possibilidades alternativas de investigação existentes na esfera da produção do conhecimento científico que ressignificam posturas e valores tradicionalmente validados pela ciência. Nesse contexto, a metodologia qualitativa e a abordagem das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos serão situadas como o referencial teórico-metodológico que orientarão esta pesquisa.

De acordo com Spink e Menegon (1999), na Psicologia, o uso dos métodos qualitativos estão relacionados ao surgimento de uma vertente teórica crítica embasada por questionamentos de cunho epistemológico e político. A partir da epistemologia qualitativa a pesquisa será guiada por critérios e valores tais como: postura ética, crítica e reflexiva, e os conceitos de rigor e visibilidade serão utilizados tendo como finalidade a explicitação dos processos de coleta e análise dos dados.

González Rey (2002) situa a epistemologia qualitativa como “um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana” (pág. 29).

Tal epistemologia, ainda de acordo com este autor, se apóia em três princípios que geram importantes conseqüências metodológicas, a saber: 1) o conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa, no qual o conhecimento em seu caráter interpretativo é gerado a partir da necessidade de dar sentido a expressões do sujeito estudado e a interpretação configura-se como um processo em que o pesquisador integra, reconstrói e apresenta construções interpretativas diversas, em oposição ao conhecimento como a soma de fatos definidos por constatações imediatas do momento empírico; 2) Caráter interativo do processo de produção do conhecimento, que enfatiza as relações pesquisador-pesquisado como uma condição para o desenvolvimento das pesquisas nas ciências humanas e a interação é considerada uma dimensão essencial do processo de produção de

conhecimentos, na medida em que ao considerar seu caráter interativo os diálogos entre pesquisador-pesquisado são valorizados e proporcionam reflexão acerca das informações produzidas durante a pesquisa; 3) Significação da singularidade como nível legítimo da produção de conhecimento, que marca o sujeito como singularidade, o identificando como forma única e diferenciada de constituição subjetiva; dessa forma, o conhecimento científico que parte dessa premissa qualitativa, não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão.

A metodologia de investigação qualitativa e sua aplicação na pesquisa com adolescentes foi discutida por Narring (2001). Esta autora destaca que a contribuição da investigação qualitativa para o entendimento da saúde dos adolescentes é importante para o aperfeiçoamento do conhecimento e desenvolvimento de programas. Para tal, ela aponta para dois aspectos a serem considerados na investigação: o compromisso ativo do jovem na investigação e desenvolvimento de programas, reconhecendo a necessidade de se escutar as vozes dos jovens para oferecer-lhes um melhor suporte em seu atendimento, além disso, desenvolver conhecimento útil e voltado para a ação. Em outro aspecto, construir o conhecimento em conjunto com as descrições feitas pelos próprios adolescentes, pois a explicação dos mesmos é de suma importância para entender como tomam suas decisões sobre a saúde e quais estratégias preventivas usam. Dessa forma, pesquisadores e profissionais de saúde precisam compreender como os jovens oferecem explicações sobre si mesmos no que se refere a assumir riscos ou comportamentos saudáveis. Nesse sentido, o método qualitativo dispõe de elementos que possibilitam a construção do conhecimento a partir da interação pesquisador-pesquisado.

No campo das pesquisas qualitativas, escolhemos como abordagem orientadora desta pesquisa aquela proposta por Spink (1999). Esta abordagem, a Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas, foi

escolhida por esta ser afiliada à perspectiva construcionista e oferecer, portanto, recursos teórico-metodológicos para o alcance do objetivo deste estudo.

Buscando promover uma compreensão sobre esta abordagem, faz-se essencial apresentar sua concepção de sentido:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas - na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas - constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink & Medrado, 1999. p. 41).

Ainda de acordo com estes autores, a produção de sentidos é uma prática social e dialógica. Ela é entendida como um fenômeno sociolingüístico, no qual o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido. Assim, as práticas discursivas são concebidas como linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (Spink & Medrado, 1999).

As práticas discursivas, segundo Spink e Frezza (1999) são o foco principal de análise na abordagem construcionista e implicam em ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos que oferecem inúmeras possibilidades de produções sociais das quais são expressão, constituindo assim um caminho privilegiado na compreensão da produção de sentidos no cotidiano.

Spink e Medrado (1999) situam os elementos constitutivos das práticas discursivas, a saber: a dinâmica, que se refere aos enunciados orientados por vozes; as formas, que são os *speech genres* - formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo e o(s) interlocutor(es); e os conteúdos, que se referem aos repertórios interpretativos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, os conceitos de *enunciados* e *vozes* são

associados na abordagem de Bakhtin na medida em que ambos descrevem o processo de *interanimação dialógica* que acontece numa conversação. Os enunciados de uma pessoa estarão sempre em contato ou serão endereçados a uma ou mais pessoas e estes se interanimarão mutuamente, mesmo quando os diálogos forem internos. E, as vozes compreenderão esses interlocutores (pessoas) presentes (ou presentificadas) nos diálogos. Dessa forma, o enunciado constitui o ponto de partida para a compreensão da dialogia, sendo definido por Bakhtin (1994b, citado por Spink e Medrado, 1999) como expressões (palavras e sentenças) articuladas em ações situadas que quando associadas a noção de vozes adquirem seu caráter social. Nesse sentido, as vozes pertencem à esfera dos diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado, portanto, são anteriores a estes.

No que se refere à linguagem, ainda na perspectiva bakhtiniana, esta é definida como prática social. Diante disso, a pessoa não existe isoladamente, pois os sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se confrontam e a compreensão dos sentidos é atravessada pelo confronto entre inúmeras vozes.

Billig (1991, citado por Spink e Medrado, 1999) coloca que quando falamos estamos necessariamente realizando ações, seja acusando, perguntando, justificando, o que produz um jogo de posicionamentos com os nossos interlocutores, seja com intenção ou não. Dessa forma, pode se entender que a linguagem como ação produz conseqüências e analisar as práticas discursivas significa estudar a dimensão performática do uso da linguagem, estando atentos para a magnitude das conseqüências que nem sempre são intencionais.

O enunciado como unidade do ato de comunicação é um dos elos de uma corrente de outros enunciados complexamente organizados, sendo produzido quando o falante utiliza um sistema de linguagem e de enunciações preexistente, posicionando-se em relação a ele.

Dessa forma, no cotidiano, o sentido será decorrente do uso que é feito dos repertórios interpretativos dos quais dispomos (Spink & Medrado, 1999).

Potter e Wetherell (1987, citado por Medrado, 1998) consideram que os repertórios interpretativos são usados para realizar diferentes tipos de descrição de atividades. Ao longo de suas vidas, as pessoas se vêem diante de diferentes situações o que faz com que elas busquem ou redimensionem diferentes repertórios que lhes sejam úteis e supram suas necessidades diante de determinadas situações.

Nesse sentido, os repertórios interpretativos configuram-se como um conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem. Estes delimitam as possibilidades de construções discursivas levando em consideração o contexto em que ocorre a produção discursiva, bem como os estilos gramaticais específicos. Além disso, os repertórios interpretativos ocupam um lugar central na compreensão da produção de sentidos (Spink & Medrado, 1999).

Partindo da pesquisa qualitativa, do construcionismo social e da abordagem das Práticas discursivas e Produção de sentidos, este trabalho ao ser sustentado por estes três pilares, possui condições de ampliar os modos de compreensão do processo saúde e doença com enfoque na relação *Diabetes Mellitus* e adolescência estando atento para a construção dos sentidos que permeiam esta relação produzidos na interação entrevistadora-entrevistados.

4.2. Participantes

Participaram deste estudo 14 adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, sendo 7 do sexo feminino e 7 do sexo masculino e com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* Tipo 1 há pelo menos um ano, sendo todos usuários do Centro Municipal de Atenção ao Diabético, que é uma Unidade de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG. O período de um

ano após o diagnóstico foi usado como critério para que o adolescente estivesse em outro momento que não o do diagnóstico e tivesse, de certa forma, um período significativo para conviver com a doença.

Adotar um limite cronológico como a idade para definir a adolescência não é uma tarefa fácil. Rios et al. (2002) colocam que esta é uma questão conceitual que apesar de já existir um consenso entre os estudiosos que apontam para a necessidade de uma concepção teórica que permita a comparação dos jovens em contextos distintos, a idade acaba sendo o parâmetro usado, mesmo sabendo-se que ineficiente.

O Ministério da Saúde (2005), na tentativa de conceituar adolescência, também destacou que a adoção do critério cronológico é problemática na medida em que objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública. A adoção deste critério ignora as características individuais, psicológicas e sociais, havendo a necessidade de se levar em consideração estes fatores em uma abordagem conceitual da adolescência.

Além disso, há um descompasso entre a fixação da faixa etária designada à adolescência pela Organização Mundial de Saúde e a Lei Brasileira. A OMS circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. A Lei Brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos, pautado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Ministério da Saúde, 2005).

Diante destas considerações e impasses, este estudo considerou a adolescência a partir dos parâmetros estabelecidos pela Lei Brasileira, ou seja, pelo ECA, compreendendo a adolescência a partir da faixa etária de 12 a 18 anos.

4.3. Procedimentos de construção dos dados

Inspirada pela abordagem das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, a entrevista, metodologicamente, configura-se como instrumento útil para o estudo das práticas discursivas. Conforme destacado por Pinheiro (1999), a entrevista se aproxima do conceito das práticas discursivas na medida em que podemos compreendê-la como ação, no sentido de interação, situada e contextualizada, por meio da qual se produzem e se constroem versões da realidade.

Dessa forma, em consonância com o referencial teórico-metodológico adotado neste estudo, os dados da presente pesquisa foram construídos através de entrevistas semi-estruturadas que foram divididas em cinco blocos (Apêndice 1). A técnica de entrevista associativa desenvolvida por Spink (1999) foi utilizada a fim de contemplar o objetivo deste estudo.

O primeiro bloco foi usado como aquecimento para o restante da entrevista e contou com duas partes, a primeira de instrução e a segunda de investigação. No momento inicial da entrevista, os adolescentes foram convidados a fazer uma linha do tempo marcando os acontecimentos mais importantes de suas vidas desde o nascimento até o momento da entrevista. Após o término da tarefa, os mesmos foram solicitados a contar sobre o que havia na linha do tempo, e quando necessário eram questionados a respeito do que estavam contando.

Os demais blocos foram constituídos por quatro temas: adolescência, corpo, saúde e diabetes, estes foram escolhidos a fim de contemplar alguns aspectos que permeiam, a meu ver, a relação entre adolescência e diabetes, e estavam em congruência com este estudo. Em cada bloco eram feitas as seguintes perguntas orientadoras: “O que vem a sua cabeça quando eu falo (tema)?”, “O que que isso tem a ver com você?”, “Foi sempre assim?”.

Além disso, outras questões foram colocadas no decorrer da entrevista a fim de ter uma postura aberta e curiosa diante do entrevistado, com a finalidade de criar condições para que os sentidos sobre os temas investigados pudessem ser construídos. Todas as entrevistas foram realizadas por mim e gravadas em gravador digital.

Os adolescentes foram convidados a participar deste estudo através do contato telefônico, no qual os objetivos da pesquisa eram explicados. Por uma questão legal, no mesmo contato telefônico, pedia-se o consentimento do responsável pelo adolescente para a participação no estudo, sendo esclarecido a estes também o intuito da pesquisa.

O contexto escolhido para a realização das entrevistas foi a residência dos participantes. Tal escolha teve como objetivo oferecer um clima mais familiar aos entrevistados, o que talvez não fosse possível na Unidade de Saúde, local marcado por determinadas rotinas de cuidados à saúde e grande circulação de pessoas que poderia prejudicar o momento da entrevista. Dessa forma, após o aceite do convite para a participação na pesquisa, era marcada a data e horário para a realização da mesma.

Nos momentos antecedentes à entrevista, participantes e seus respectivos responsáveis legais eram esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A - modelo para o participante e Anexo B - modelo para o responsável legal), em que era feita a leitura do mesmo, explicando-lhes aspectos de sua finalidade, bem como assegurando o sigilo das gravações e da identidade dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto do participante, quanto de seus responsáveis legais, foram apresentados em duas vias, sendo que uma ficava em posse da pesquisadora e as outras vias com os participantes e seus responsáveis. Sendo assim, as entrevistas foram realizadas somente após o consentimento dos adolescentes e de seus responsáveis legais, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Anexo C).

4.4. Procedimentos para a análise de dados

A análise de dados foi inspirada na perspectiva construcionista social e na abordagem das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos proposta por Spink (1999). As técnicas existentes, além de permitir a análise dos dados, também procuraram dar visibilidade a este processo. De acordo com esta proposta, a análise consistiu em:

a) Transcrição na íntegra de todas as entrevistas realizadas:

O momento de transcrição das entrevistas é importante, pois configura-se como um primeiro contato que o pesquisador tem após a entrevista com o material como um todo. Dessa forma, durante as transcrições emergem as primeiras idéias sobre as entrevistas constituindo o processo inicial da produção de sentidos na etapa da análise.

b) Leituras exaustivas das transcrições das entrevistas:

As leituras das transcrições das entrevistas foram feitas a partir de uma postura cuidadosa, reflexiva e curiosa, a fim de perceber as expressões, imagens e momentos mais marcantes das mesmas. Este processo possibilitou que os primeiros contornos da análise dos dados fossem criados.

c) Construção de Mapas de Associação de Idéias:

Os mapas referem-se a uma técnica que tem o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas. Buscam-se os aspectos formais da construção lingüística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos. O processo de construção dos mapas inicia-se pela definição das categorias gerais, que

deverão refletir os objetivos da pesquisa. Uma vez feito este processo, o conteúdo das entrevistas será organizado a partir dessas categorias, no entanto, procura-se preservar a sequência das falas, evitando a descontextualização dos conteúdos. Para tal, é construída uma tabela contendo as categorias nas colunas, e os conteúdos são organizados de acordo com as mesmas, nas linhas dessa tabela (Spink, 1999). De acordo com esta definição, foram feitos os Mapas de Associação de Idéias para todas as entrevistas, e os temas abordados nesta pesquisa foram usados como categorias analíticas, pois estávamos interessados em compreender como estes temas interagiam no decorrer da entrevista (Anexo D).

d) Análise vertical dos Mapas de Associação de Idéias.

A análise vertical dos Mapas de Associação de Idéias teve o interesse nos conteúdos de cada tema, ou seja, nos repertórios interpretativos usados pelos adolescentes no decorrer da entrevista associativa de acordo com os blocos temáticos usados neste estudo. Para cada um dos blocos, foi descrito um número variável de repertórios interpretativos.

e) Análise horizontal dos Mapas de Associação de Idéias.

A análise horizontal dos Mapas de Associação de Idéias teve por objetivo mostrar o caráter dinâmico e situado do processo de produção de sentidos, no qual diversos repertórios são usados em momentos específicos, para justificar, explicar ou se posicionar ao longo do discurso. Para tal, um estudo de caso foi selecionado a fim de dar visibilidade e este processo.

5. ANÁLISE

5.1. O que temos a dizer sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes

Por meio da análise, foi possível identificar vários repertórios para cada um dos temas da pesquisa. Buscando facilitar a visibilidade dos diversos repertórios, será apresentado um quadro-síntese, seguido da descrição de cada um dos repertórios.

Figura 1 – Os repertórios interpretativos associados aos blocos temáticos

Tema	Adolescência	Corpo	Saúde	Diabetes
Repertórios	- A adolescência alterando o “psicológico” - A adolescência que traz ganhos - Adolescência: eu e o outro nas relações interpessoais - O Adolescente responsável	- Corpo em transformação - Corpo e sua sexualidade - O corpo estético - O corpo vulnerável	- Saúde como auto-cuidado -Saúde controlada -Saúde como disposição - Saúde “é tudo”	- Diabetes como problema -Diabetes como doença -Diabetes como vivência

5.1.1. A adolescência em cena

No primeiro tema abordado neste estudo, a adolescência, foram caracterizados quatro repertórios interpretativos usados pelos adolescentes para se referirem a esta etapa da vida.

Em cada um destes, serão colocados trechos ilustrativos recortados das entrevistas para dar visibilidade aos mesmos.

5.1.1.1. A adolescência alterando o “psicológico”

Neste repertório, temos a adolescência descrita a partir de algumas alterações psicológicas ou de comportamento. As expressões “comportamento agressivo”, “emoção descontrolada”, “insegurança” e “crise de identidade” caracterizam o uso do mesmo. Os conflitos que se pode ter com o outro, dúvidas quanto à situação atual de vida ou o que está por vir no futuro, e ser igual ou diferente diante de um grupo, foram os contextos em que ocorreram o uso deste repertório. Este teve a função de legitimar o quanto a adolescência pode piorar ou atrapalhar tais situações por causa das alterações psicológicas ou de comportamento que ela traz, conforme os trechos ilustrativos a seguir:

Trecho 1:

T19: Então fala pra mim tudo o que vem a sua cabeça quando eu falo adolescência.

S20: Mudança.

T21: Mudança... o que mais?

S22: Desentendimento com os pais, briga também com o irmão.

T23: Uhum.

S24: Ah, acho q é isso.

T25: Quando você fala em mudança, que tipo de mudança você está falando?

*S26: **Tudo, física, de comportamento.***

T27: Têm algumas delas que te chama mais atenção, a física ou a de comportamento, você poderia me dar alguns exemplos?

*S28: **De comportamento, ah não sei, fica mais agressivo.***

(Sabrina, 17 anos, p.1)

Trecho 2

T90: Então me fala uma coisa, me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo adolescência.

D91: Não precisa ser uma palavra?

T92: Não precisa ser uma palavra, pode ser idéias soltas, idéias formuladas, pode ser um discurso, do jeito que você preferir.

*D93: Olha, **emoção descontrolada**, eu acho que resume bastante... **ansiedade**,*

nervosismo, um pouco de incompreensão, às vezes como os fatos acontece na sua vida, porque muitas coisas que você só vai entender depois de muito tempo que aconteceu, e assim, **quando a gente está na adolescência a gente não tem a paciência pra esperar**, saber os motivos dos acontecimentos em nossa vida.

T94: Uhum.

D95: **Insegurança, insegurança de saber o que vai acontecer mais pra frente**, o que ia acontecer quando terminasse o ensino médio, o que vai acontecer quando chegar o próximo vestibular, se eu vou passar, se eu não vou, insegurança de saber se você vai conseguir ter uma vida normal, se você vai conseguir edificar uma vida ou não, acho que é o que passa pela minha cabeça assim.

(Diogo, 18 anos, p.6)

Trecho 3

T85: E me fala uma coisa, tem mais alguma coisa sobre adolescência que você gostaria de acrescentar?

H86: Hum, **um trem muito idiota na adolescência**.

T87: Trem muito idiota?

H88: Eu acho que tem muitos...

T89: O que que é idiota?

H90: Ah, tem uns assim, tem tanta atitude, porque é igual às pessoas falam, conversei com muitos amigos meus, mesmo pela internet às vezes conversando, tal, aí esses dias eu conversei com um assim, **tem muito aquele negócio de crise de identidade**, isso eu sei porque eu já conversei muito com meus colegas, (...) então isso acontece muito, sempre um grupo de pessoas tentando ser igual a outra, então começa a juntar o grupo de um jeito que vai aumentando e essas diferenças que as pessoas, que **eu acho que essas pessoas não deviam ter nessa fase, não deviam agir em relação aquele grupo lá ou que acha que aquele grupo lá, ou que acha que aquele grupo lá porque às vezes, está tentando ser outra coisa**.

(Hugo, 17 anos, p 3)

Diante dos trechos ilustrativos podemos apontar para algumas implicações que a adolescência que altera o “psicológico” pode acarretar nas descrições sobre esta etapa da vida e situar o próprio adolescente diante de algumas situações.

No trecho 1, Sabrina destaca o comportamento agressivo como uma mudança que veio com a chegada da adolescência. Porém, é interessante observar que anteriormente ela falava das brigas com os pais e irmãos que ela associou com a adolescência. A descrição do comportamento agressivo nesta etapa da vida parece ter a função de justificar e explicar a ocorrência das brigas de Sabrina com seus familiares.

Para Diogo, no trecho 2, a adolescência está associada ao que ele chama de emoção descontrolada que é caracterizada pela ansiedade, nervosismo e incompreensão. Tal descrição o coloca no lugar de pessoa “impaciente” quando ele fala da sua dificuldade de esperar para saber sobre os motivos dos acontecimentos em sua vida. Diogo também se coloca em uma postura reflexiva do que pode vir a acontecer em seu futuro.

No terceiro trecho ilustrativo, Hugo fala sobre a “crise de identidade” que é assunto entre seus colegas. Para ele, a crise de identidade é algo “idiota” que tem na adolescência que leva as pessoas a se sentirem diferentes diante de um grupo ou determinados padrões. Diante disso, Hugo irá se descrever como um adolescente que não compartilha desta noção além de oferecer uma crítica aos colegas que em sua opinião se colocam como pessoas em crise quando ele coloca que as pessoas não deveriam agir assim nesta fase da vida.

A visão de adolescente “problemático” vem carregada com um senso de incapacidade de administrar conflitos, de sentir-se confiante e esperar as coisas que estão por vir no futuro e até mesmo se posicionar diante de um grupo. Tais alterações psicológicas parecem colocar o adolescente em uma posição frágil diante das situações experimentadas no dia-a-dia, limitando-o.

Diante disso, outras possibilidades sobre o adolescente e a adolescência serão consideradas contrapondo esta visão. Os próximos repertórios a serem analisados e discutidos atenderão a esta necessidade.

5.1.1.2. A adolescência que traz ganhos

A adolescência também foi situada como uma etapa da vida que traz ganhos, expressa em falas tais como “você pode sair mais”, “ser mais independente”, “amadurecimento”, dentre outras. Ao citarem nas primeiras associações sobre a

adolescência “liberdade”, “sair muito”, “diversão”, a entrevista prosseguiu em torno de conversar sobre estas coisas e o uso deste repertório parece estar associado à descrição de uma adolescência que traz ganhos no sentido de caracterizar um adolescente que deseja ser autônomo, maduro e independente, conforme os trechos a seguir:

Trecho 1

T27: É, o que vem na sua cabeça quando eu falo adolescência?

I28: Dificuldade, responsabilidade, é, sono porque eu sinto muito sono, nessa fase assim, é, dificuldade em relacionar, assim, com as outras pessoas.

T29: Uhum.

*I30: **É, mais liberdade que eu ganhei da minha mãe e só. (...)***

T49: Uhum. Ah lembrei, você tinha falado que ganhou mais liberdade.

I50: É.

T51: Fala um pouquinho mais dessa liberdade.

*I52: **Andar sozinha, é, assim essas coisas de ir pra escola sozinha, que é uma coisa que eu odiava que meu pai e minha mãe me levava, não gostava.***

T53: Você odiava quando?

*I54: Assim até a quinta série que meu pai e minha mãe me levava, eu falava gente não precisa e tal, mas eles sempre queriam me levar pra escola. **É liberdade assim até mais pra chegá e falar com a minha mãe e tal.***

(Isabela, 15 anos, p.1,2)

Trecho 2

T15: Então me fala tudo que vêm a sua cabeça quando eu falo a palavra adolescência.

C16: É uma fase boa.

(...)

*C20: **Você pode sair mais, você está descobrindo as amizades que você tem, tem mais liberdade, esse tipo de coisa. (...)***

T23: Uhum. E quando você fala de liberdade, que tipo de liberdade assim você está falando?

*C24: **A mãe deixá sair, você poder sair mais, assim com os amigos, isso aí.***

T25: Uhum. Tem mais alguma coisa que vem a sua cabeça assim de adolescência?

C26: Por enquanto não.

T27: Dessas coisas que você me falou Camila, de ter mais liberdade, de ter boas amizades.

C28: Uhum.

T29: De descobrir os amigos, de ser uma fase boa. Como é isso na sua vida? O que isso tem a ver com você?

*C30: **Eu me identifiquei muito com a adolescência sabe, ah eu estou gostando muito desse período.***

(Camila, 13 anos, p.1,2)

Trecho 3

T27: Uhum. Então Lucas me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo adolescência.

L28: Estudar.

T29: Estudar e o que mais?

L30: **Sair muito.** (...)

T37: Uhum. E de sair mais?

L38: **Dá vontade de sair mais, ser mais independente.**

T39: Me fala um pouco de como é ser mais independente.

L40: **Assim, não ficar dependendo da mãe levar a gente nos lugares quando a gente quer ir, se a gente quiser sair não precisa ficar pedindo para a mãe, assim precisa, mas dá vontade de sair sem pedir, sair com os amigos.**

(Lucas, 14 anos, p. 1,2)

Trecho 4

T35: Tá legal essa parte. Agora, nós vamos continuar a entrevista, né, me fala tudo que vem à sua cabeça, quando eu falo adolescência.

P36: Adolescência...é difícil isso, deixa eu ver...eu acho que descobertas, **amadurecimento**, ver o mundo de outra forma, vai ter que ser adulto daqui um tempo, responsabilidade...só isso. (...)

T43: Uhum. E amadurecimento? O que mostra assim, ah eu amadureci...o que que marca assim, ah antes eu não era tão madura, depois...

P44: Eu não sei, **porque eu sempre precisei de todo mundo pra fazer tudo para mim, até o terceiro colegial, sabe? Assim, superprotegida, aí quando eu passei, eu entrei na faculdade, daí, eu faço as coisas, eu faço que eu quero, se eu não quiser assistir aula, ninguém vai ficar sabendo, sabe? Eu assisto porque eu quero, tal...deixa eu ver...mais por isso. Eu sei o que que é o certo, sabe? E eu tenho que fazer.**

(...)

P46: (...) é que é assim, agora eu não tenho ninguém pra me ajudar, eu que tenho que fazer, quando é de grupo, tem ajuda, mas quando é sozinha, eu que tenho que ir atrás e pesquisar livro, esses negócios. **E bem mais de sair mesmo**, porque antes, eu não fazia quase nada, sabe? Aí agora, nem London, esses negócios, **aí agora eu saio sempre, com meus, eu conheci muito mais gente, sabe? Tá bem melhor agora, eu tô adorando essa fase da minha vida.**

(Patrícia, 18 anos, p. 2,3)

Ao usar este repertório, a adolescência é situada como uma etapa boa na vida destes adolescentes. A possibilidade de sair mais, andar sozinho e ser independente traz a descrição de um adolescente que já não precisa tanto dos cuidados parentais e pode ser autônomo, cuidar de si e de suas coisas.

Nos trechos 1 e 2, Isabela e Camila, respectivamente, falam da liberdade que ganharam na adolescência. Para Isabela, esta liberdade traz ganhos sob duas perspectivas, a primeira de se mostrar como alguém que tem autonomia para ir à escola sozinha e que tem mais intimidade para conversar com a sua mãe. Camila destaca a possibilidade de poder sair mais com os amigos, algo que anteriormente na conversa ela posiciona como sendo importante. Isto faz com que ela descreva a adolescência como uma etapa da vida que ela se identifica e gosta muito.

Para Lucas, no trecho 3, liberdade significa ser mais independente, no sentido de não precisar da sua mãe para levá-lo aos lugares onde deseja ir. Para ele, a adolescência traz a possibilidade de ser independente e ter mais autonomia.

No último trecho, Patrícia associa a adolescência a amadurecimento. Ela se descreve como alguém que era superprotegida e que dependia dos outros para fazer tudo para ela. No entanto, a adolescência que traz amadurecimento ressignifica esta posição e Patrícia se coloca como alguém que faz o que quer e sabe o que fazer. Além disso, esta etapa da vida lhe proporcionou sair mais e conhecer novas pessoas, o que faz com que ela descreva a adolescência como uma fase adorável.

O uso deste repertório oferece um contraponto ao repertório descrito anteriormente no qual a descrição do adolescente “problemático” situa esta etapa da vida como algo que atrapalha o cotidiano, pois deixa o adolescente confuso, agressivo e ansioso.

Além da adolescência marcada pelo ganho de liberdade e autonomia, os adolescentes participantes deste estudo também situaram a adolescência a partir da relação que se pode ter com o outro, conforme o repertório que será apresentado a seguir:

5.1.1.3. Adolescência: eu e o outro nas relações interpessoais.

Este repertório foi usado pelos adolescentes para situar esta etapa da vida a partir da relação que se pode ter com o outro. Expressões como “namoro”, “conhecer novas pessoas”, “muita gente ficando”, “descobrir as amizades” identificam este repertório. As associações sobre adolescência parecem estar relacionadas com a ampliação da rede social e também um relacionamento íntimo com o outro nas falas sobre o namoro e amizades. O uso deste repertório traz implicações na descrição de um adolescente que tem que lidar com o outro nestas relações e a definição de quem é o outro, às vezes, está associada a um julgamento moral, conforme os trechos ilustrativos a seguir:

Trecho 1

T59: Só isso, então tá. É, Rafael, me fala tudo o que vem à sua cabeça quando eu falo Adolescência.

R60: Adolescência?

T61: Uhum

R62: Se divertir, né? mas ter responsabilidade com as coisas, né, (...)

T81: E se divertir?

R82: Se divertir...quando você tá namorando, né, se divertir com ela, né...porque sair com os amigos, aí já gera aquele ciúme. Divertir... fazer coisa boa, porque se for alguma coisa que você quer comer, vai lá e come, você assim, né, quer ir no cinema, você vai lá no cinema, uma balada, uma coisa assim. (...)

T91: Você falou que mudou com a questão do namoro, diversão, que depois que você começou a namorar passou a se divertir mais com a namorada, e essas questões de pensar futuro, sempre foi assim ou foi mudando com o passar do tempo?

R92: Eu acho que não, assim, talvez sim, porque quando eu não tava namorando, eu tava sempre saindo, sabe? Saía muito, sabe, com uns colegas meus. Se bem que você estuda mais quando você tá namorando, não sei, né, uma responsabilidade, agora eu tô namorando, tenho que ser mais responsável, parar de sair um pouco... (...)

T97: Tem alguma coisa desses cuidados que te chamam mais atenção assim?

R98: Com amigos, né? Porque não há amigos, eu considero que não há amigos, amigo é só meu pai e minha mãe, pra falar a verdade, existe colega, né, existe colega pra tudo. Amigo, quando você fala amigo assim, nos dias de hoje gera muito interesse. Considero minha namorada como amiga, porque antes de namorar, começou com uma amizade, né, e aí eu não imaginava, né.

(Rafael, 16 anos, p. 2,3)

Trecho 2

T47: São mais essas coisas. E me fala uma coisa, o que vem a sua cabeça quando eu falo adolescência?

H48: O que vêm a minha cabeça?

T49: Isso, tudo que vêm a sua cabeça.

H50: **Ah ,uh, o mundo que eu vivo hoje né, que é, os meus colegas ficar saindo indo para festas, é, muita gente ficando, é, o que mais, é um tipo de, uma parte da vida que às vezes não tem responsabilidade, isso que eu vejo. (...)**

T53: Aham. Dessas coisas que você falou, sair com os colegas tem as festas, que o pessoal fica que é uma fase que não tem responsabilidade né, que só quer ser feliz, o que essas coisas tem a ver com você?

H54: Ah, eu acho que pouca coisa.

T55: É, então fala para mim.

H56: Ah , é, eu acho que desde um pouco mais cedo eu já comecei a notar essa **maturidade, responsabilidade, eu não me sentia bem em fazer o que grande parte dos meus colegas, amigos faz, fica saindo assim, não querer encarar as conseqüências, e é uma coisa que eu sempre fiz com peito, então eu não achava muito comum assim, então eu acho que se enquadrar comigo mesmo é só, é a preguiça que eu tenho, e muitas vezes é querer se divertir e mesmo assim eu ainda coloco umas coisas como uma responsabilidade que eu tenho que fazer.**

(Hugo, 17 anos, p.1,2)

Trecho 3

T47: Então agora nós vamos continuar e vamos conversar um pouquinho, tá? Aline fala tudo pra mim que vem a sua cabeça quando eu falo adolescência.

A48: Uma coisa normal igual as outras...

T49: Uma coisa normal igual as outras, fala mais um pouquinho, o que que é normal, igual ao que?

A50: **A única coisa que vai mudar é que vai chegar o ponto que eu vou querer namorar**

T51: Huhum

A52: **Isso nunca alguém vai querer sem ficar (...)**

(...)

A64: **Cada um tem sua época, se ela quer namorar com ele, deixa ela, e se ela não quer, ele não pode fazer nada. Mas assim, eu vou ... só porque eu tenho diabetes, mas eu sou igual as outras...teve uma pessoa que soube que eu tinha diabetes e falou, deixa ela aí se não ela passa mal...**

T65: Huhum

A66: **Eu falei assim, vocês estão me rejeitando? (Chorou)**

T67: Huhum

A68: **Aí eu chamei a minha amiga e aí ela conversou e explicou tudo para as outras**

(Aline, 12 anos, p. 2,3)

Trecho 4

T15: Então me fala tudo que vêm a sua cabeça quando eu falo a palavra adolescência.

C16: É uma fase boa.

T17: É uma fase boa, fala mais um pouquinho.

C18: É uma experiência diferente da fase de criança para adolescente, é uma fase bem legal.

T19: Me conta um pouquinho o que tem de diferente.

*C20: Você pode sair mais, **você está descobrindo as amizades que você tem**, tem mais liberdade, esse tipo de coisa.*

T21: E como que é descobrir as amizades assim?

*C22: **Ah, é muito bom, eu posso falar isso porque eu tenho realmente muitas amizades e elas me ajudam muito por causa da diabetes, elas me ajudam muito.***

(Camila, 13 anos, p. 1)

O uso deste repertório é interessante, pois os adolescentes a partir de sua relação com o outro geram descrições de si. Como por exemplo, no trecho 1, Rafael, ao falar sobre sua opção de sair mais com a namorada do que com os amigos irá se descrever como um adolescente que ficou mais estudioso e responsável e que o namoro oportunizou isso. Em contrapartida, os amigos que antes do namoro foram situados como companhia para sair, passam a ocupar o status de pessoas com as quais se deve ter cuidado, pois podem ser interesseiros. Neste momento, somente o pai, a mãe e a namorada são posicionados como seus amigos “verdadeiros”, o que legitima a sua posição de adolescente responsável e estudioso.

Hugo, no trecho 2, ao descrever a adolescência como o “mundo que eu vivo hoje” irá posicionar os seus colegas como pessoas que não têm muita responsabilidade, que saem demais e não estão prontos para assumir as conseqüências. Ao colocar o outro neste lugar, Hugo irá se descrever como alguém diferente e que não se enquadra, pois se posiciona como um adolescente responsável e maduro com relação aos outros, e que antes de se divertir tem que priorizar as “responsabilidades”. Por fim, ao se descrever como “preguiçoso” ele coloca que os colegas também são, e este seria seu ponto em comum com eles.

Nos trechos 3 e 4, o outro aparece como alguém que ajuda ou rejeita o adolescente com diabetes. No trecho 3, Aline, ao falar sobre o namoro na adolescência coloca que isto é algo que “ninguém” vai querer ficar sem, o que é usado para legitimar a sua vontade

como uma vontade coletiva. Porém, essa posição de igualdade pode ser ameaçada a partir do momento em que o outro aponta para o seu problema de saúde ameaçando essa normalidade, o que fará com que Aline se descreva novamente como uma pessoa igual às outras para garantir sua normalidade. O outro aqui aparece ora como alguém que rejeita o adolescente com diabetes, ora como alguém que acolhe, especialmente os amigos. No trecho 4, Camila cita as amizades que está descobrindo porque estas a ajudam com o diabetes, o que neste caso posiciona o outro como alguém que acolhe o adolescente com diabetes.

Além do adolescente em suas relações interpessoais, outro repertório produzido pelos participantes traz a imagem do adolescente responsável.

5.1.1.4. O adolescente responsável

O último repertório a ser analisado e discutido neste bloco temático se refere à adolescência situada como uma etapa da vida que vem carregada de responsabilidade. O contexto em que o termo responsabilidade aparecia girava em torno de conversas sobre estudos e cuidar da saúde. O uso deste repertório fazia emergir a figura do adolescente responsável que se preocupa com seus estudos na medida em que se prepara para processos seletivos e pensa sobre o seu futuro, e os cuidados com a saúde, principalmente, com relação a cuidar do diabetes. As implicações morais que o uso deste repertório acarreta serão analisadas e discutidas a partir dos seguintes trechos ilustrativos:

Trecho 1

T27: Uhum. Então Lucas me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo adolescência.

L28: Estudar.

T29: Estudar e o que mais?

L30: Sair muito.

T31: Uhum. E o que mais?

L32: **Responsabilidade.**

T33: Uhum.

L34: Importante que vêm na hora é só isso.

T35: E dessas coisas que você falou de estudar, sair muito e responsabilidade o que isso tem a ver com você? Como que é isso na sua vida?

L36: **Porque agora assim, parece que, eu já cresci um pouco mais, agora eu já saí da oitava série e já estou no primeiro ano, parece que vai mais responsabilidade, muita coisa para fazer, estudar mais, tem que passar no PAIES (Programa Alternativo de Ingresso no Ensino Superior) também pra não decepcionar minha mãe, isso. (...)**

T41: Uhum. E você falou de responsabilidade. Em que sentido que é?

L42: **Da escola assim, por enquanto é na escola, os professores passam trabalho e a gente fica com preguiça de fazer, mas tem que fazer.**

(Lucas, 14 anos, p. 1,2)

Trecho 2

T59: Só isso, então tá. É, Rafael, me fala tudo o que vem à sua cabeça quando eu falo Adolescência.

R60: Adolescência?

T61: Uhum

R62: Se divertir, né? **mas ter responsabilidade com as coisas, né, (...)**

T67: Uhum, e dessas coisas assim, se divertir, ter responsabilidade, estudar, pensar no futuro, fazer uma faculdade, o que essas coisas tem a ver com você, em específico?

R68: **Eu sou muito assim, posso dizer que de planejar, sabe? Já ver algo a mais assim no futuro pra mim; já, tipo assim, é, como que eu posso te falar, é planejar assim, quando você tá estudando, fazer aquela coisa pensando no futuro, eu vou estudar, tem que ser assim, eu vou seguir essa meta, vou planejar primeiro e seguir essa meta. (...)**

(...)

R88: **Tenho que ser mais responsável com a minha saúde porque eu sou diabético, com meus estudos, num tirar nota vermelha, assim, estudar bastante, pra num, né. É, isso assim, mas com os estudos, com a saúde.**

(Rafael, 16 anos, p. 2)

Trecho 3

T35: Tá legal essa parte. Agora, nós vamos continuar a entrevista, né, me fala tudo que vem à sua cabeça, quando eu falo adolescência.

P36: Adolescência...é difícil isso, deixa eu ver...eu acho que descobertas, amadurecimento, ver o mundo de outra forma, vai ter que ser adulto daqui um tempo, **responsabilidade...**só isso. (...)

T53: E essas coisas assim, de responsabilidade, descobertas, amadurecer, responsabilidade, sempre foi assim, ou foi mudando?

P54: Não, foi mudando...igual eu te falei...

T55: Quais foram as principais mudanças?

P56: **Responsabilidade, até mesmo com a diabetes, antes a minha mãe que, tipo, media a glicemia, aplicava insulina, ela que via a dose que eu tinha que tomar. Aí foi passando o tempo, ela ia no médico comigo, aí foi passando o tempo, eu comecei a ir sozinha, eu**

faço tudo sozinha agora, ela nem precisa preocupar. Acho que é mais essa parte, que ela sempre foi preocupada de não deixar eu fazer as coisas, por causa da diabetes, sabe?

(Patrícia, 18 anos, p. 1,2)

Trecho 4

T27: É, o que vem na sua cabeça quando eu falo adolescência?

*I28: Dificuldade, **responsabilidade**, é, sono porque eu sinto muito sono, nessa fase assim, é, dificuldade em relacionar, assim, com as outras pessoas.*

T29: Uhum.

I30: É, mais liberdade que eu ganhei da minha mãe e só.

T31: Me fala mais um pouquinho então da responsabilidade.

I32: Assim antes quando eu era menor eu nem tinha tanta responsabilidade nem de ir na escola, às vezes, assim, eu sentia uma coisinha, minha mãe: Não precisa ir não e tal, aí agora eu tenho q ir, é, eu tô com o peso sobre minhas costas do PAIES, agora já no começo do ano, só assim, mais responsabilidade comigo mesma. (...)

T45: (...) você já falou um pouco. E sempre foi assim?

I46: Na minha adolescência?

T47: Durante a sua vida...

I48: Não quando eu era menor era muito mais fácil, nossa senhora, igual eu te falei não tinha tanta responsabilidade, não precisava de eu ter tanta responsabilidade, é tudo assim, tipo assim eu, minha mãe me falava alguma coisa eu acatava na hora hoje eu já não tenho mais assim essa coisa assim de fica acatando tudo que minha mãe fala.

(Isabela, 15 anos, p. 1,2)

Ao usarem este repertório os adolescentes se descreveram como pessoas responsáveis que são capazes de cuidar si, de seus estudos e sua saúde.

Lucas (trecho 1), ao destacar a responsabilidade como parte da adolescência, irá se descrever como uma pessoa responsável com seus estudos. Tal descrição o coloca no lugar de adolescente preocupado com o futuro na medida em que tem que passar em um processo seletivo para entrar na faculdade, bem como tem a função de não decepcionar sua mãe.

Rafael, no segundo trecho ilustrativo, situa a responsabilidade tanto com relação aos estudos, quanto com sua saúde. Ser responsável faz com que ele se descreva como alguém que planeja sua vida, tem metas e pensa sobre o futuro, e para isso precisa ser responsável com seus estudos. Ao falar sobre a responsabilidade com a saúde, ele se coloca como o adolescente com diabetes que precisa se cuidar por viver nesta condição de saúde.

O adolescente responsável com saúde também está presente na fala de Patrícia (trecho 3), porém com uma função diferente da descrição de Rafael. A responsabilidade em cuidar do diabetes serviu para ela se descrever como alguém capaz de cuidar de si mesma e isentar sua mãe de estar preocupada com ela.

Por fim, para Isabela no último trecho ilustrativo, ter mais responsabilidade parece ter a função de legitimar o seu crescimento nos momentos em que ela diz que quando era criança estava livre de responsabilidades. No entanto, como adolescente responsável ela se descreve como alguém preocupada com os estudos e com o futuro (passar em um processo seletivo – o PAIES) e destaca a aquisição de mais responsabilidade para consigo mesma. Além disso, ser responsável funciona como justificativa para não acatar tudo que a mãe dela fala.

O adolescente responsável parece sair de uma postura de dependência dos pais para ter atitudes mais autônomas. Vale ressaltar que para eles esta etapa da vida também significa um aumento no que se refere ao auto-cuidado, presente nas falas sobre maior responsabilidade para com sua saúde. Além disso, a autonomia e a preocupação com o futuro também conferem um lugar a estes adolescentes no qual os mesmos são capazes de tomar decisões, fazer escolhas e também de se responsabilizarem pela sua saúde.

5.1.2.Sobre o corpo

Ao conversarmos sobre corpo, as principais idéias que surgiram permitiu a identificação de quatro repertórios interpretativos usados pelos adolescentes para falar que corpo é este na adolescência dos participantes deste estudo.

5.1.2.1. O corpo em transformação

Neste repertório, o corpo é marcado pelas transformações que podem ocorrer na adolescência. Expressões como “menstruação”, “espinhas”, “seios”, “hormônios” e “usar sutiã” são alguns exemplos que caracterizam o uso deste repertório para situar as mudanças que ocorrem no corpo. Ao usarem tais expressões o corpo será descrito a partir de um corpo físico que sofre a interferência de agentes biológicos. Além disso, as mudanças não se limitam à descrição física, mas também às mudanças de comportamento diante das transformações conforme a apresentação e discussão dos trechos a seguir:

Trecho 1

T113: Ah tá, antes você era muito pequeninha. Entendi, certo. E o que vem a sua cabeça quando eu falo corpo. Pode ser palavras soltas, ou uma idéia formada sobre corpo.

*A114: **Que vai chegar a hora, um tempo que ele vai mudar.***

T115: Que o corpo vai mudar?

*A116: Peraí, (se aproxima e fala bem baixinho) **vai chegar a época que vai chegar a menstruação e aí eu compreendo que vai chegar uma hora que mudar, tudo muda, tudo muda uma hora.***

T117: Uhum

*A118: **Uma hora vai chegar minha menstruação, porque já era pra ter descido, e até hoje não desceu, porque sempre teve atraso pro lado da família do meu pai, aí eu puxei isso deles.***

T119: Ah, entendi, então é uma coisa de família. E o corpo vai mudar mesmo, vai chegar a menstruação e o que mais que muda no corpo?

*A120: **Tudo, tudo muda.***

T121: Fala um pouquinho pra mim desse tudo que você pensa...

*A122: **Deixa eu ver como é que eu vou te falar...(pausa) vai chegar a hora que eu vou querer usar sutiã, vai chegar a hora que eu vou querer usar aquele tipo de calcinha.***

T123: Um tipo diferente?

A124: É, um tipo diferente (...)

T125: E por que que o corpo muda?

*A126: **Ah, isso eu não sei te explicar não...***

(...)

T141: E você falou um pouquinho de usar sutiã, usar calcinha diferente, essas coisas tem a ver com você quando as coisas mudarem?

*A142: **Tem e com todo mundo acontece.***

T143: Com todo mundo acontece...e me conta uma coisa, sempre foi assim?

A144: Assim, assim como?

T145: Por exemplo, você sempre pensou nessas coisas ou foi de uns tempos pra cá que você começou a refletir sobre essas mudanças?

A146: Desse ano pra cá.

T147: Desse ano pra cá ? Me conta um pouquinho quando você começou a refletir sobre isso, o que te despertou, por exemplo.

A148: **Me despertou assim, porque eu quando, acho que foi ano passado, se não me engano, minha tia falou, vamos depilar o seu braço, eu falei, tia, eu não quero, dói. Não, você vai deitar aí porque eu vou depilar. (...) Aí foi assim que eu fui me despertando. Porque eu não pensava nada disso.**

(Aline, 12 anos, p. 4, 5 e 6)

Trecho 2

T55: Então me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo o corpo.

(...)

L58: **Com o tempo o corpo vai mudando.**

(...)

L62: Assim, saúde por causa da diabetes tem que cuidar, se não cuidar direito, daí piora, se alimentar direito, cuidar do corpo assim, diabético não pode andá descalço, não pode ter cicatriz **e assim vai mudando com o tempo começa a dar espinhas, os hormônios, assim.**

(...)

L69: **Porque assim, quando eu era criança eu imaginava eu grande mesmo assim com esse rosto assim de quando eu era pequeno e depois foi mudando e parece que assim, vai mudar tudo, agora fica totalmente diferente.**

T70: Uhum. Então você acha que vai ficando diferente. E o que você pensa sobre isso de ficar diferente?

L71: **Por um lado é bom, por outro é ruim.**

T72: Que lado que é bom?

L73: **É bom que a gente cresce, ah sei lá, é ruim demais também.**

T74: E o que tem de ruim?

L75: **Porque cada dia aparece uma coisa diferente assim.**

(Lucas, 14 anos, p. 2)

Trecho 3

T117: Não. Então o que vem a sua cabeça quando eu falo corpo?

M118: corpo?

T119: É.

M120: **Os hormônios.**

T121: Ah os hormônios, o que tem os hormônios?

M122: **Vai ajudá.**

T123: Ajudar? Pode falar o que vier na sua cabeça. Você sabe me fala assim o que é o hormônio ou pra que ele serve? Alguma coisa assim?

M124: (longa pausa) Acho que sei.

T125: Então fala.

M126: **Assim, as meninas não têm seios, né? Aí o hormônio ajuda a criar seios nelas.**

T127: Uhum.

M128: **Ajuda no cabelo.**

T129: Ah, então isso que você pensa quando fala de corpo.

M130: É.

*T131: **Daí tem os hormônios e o corpo começa...***

*M132: **A evoluir.***

T133: A evoluir, evolui de que jeito? Você quer falar um pouco do jeito que evolui nas meninas e nos meninos?

*M134: **(balança a cabeça afirmando que não)***

(Matheus, 12 anos. P. 4)

O corpo descrito a partir de mudanças físicas e de comportamento que acabam por gerar outras mudanças na vida destes adolescentes. Aline, a adolescente de 12 anos, seleciona a menstruação e o depilar o braço como marcos de transformação. Tirar os pêlos do braço a fez começar a pensar nas mudanças que estavam acontecendo em seu corpo. Com relação à menstruação, é interessante observar que a chegada da menstruação para ela não está relacionada com um fator biológico tradicionalmente descrito na medicina como a alteração hormonal, mas tem a ver em como este evento aconteceu na vida de outras mulheres de sua família. Aline justifica o “atraso” em sua menstruação dizendo que “puxou” o lado da família do pai dela. O corpo que se transforma para esta adolescente traz também a chegada do sutiã e a vontade de usar um tipo diferente de calcinha, porém parece haver uma dificuldade de Aline falar sobre essas coisas em sua vida, e a alternativa que ela usa é dizer que isso acontece com todo mundo. Tal descrição a coloca em um lugar de igualdade com as outras meninas.

No segundo trecho ilustrativo, Lucas destaca a ação dos hormônios e as transformações que estes trazem para o seu corpo. Os hormônios trazem as espinhas e deixa o corpo totalmente diferente mudando o rosto de “criança”. As diferenças que ocorrem são descritas a partir do binômio bom/ruim. A possibilidade de crescer é algo que Lucas posiciona como bom, porém lidar com as mudanças que aparecem em decorrência dessa transformação parece ser difícil quando ele coloca que são ruins as coisas diferentes que cada dia aparecem no seu corpo.

Matheus também destacou as alterações no corpo a partir dos hormônios, porém ele irá descrever as transformações a partir do corpo do outro, neste caso, o modificações que ocorrem nas meninas evidenciando os seios que os hormônios fazem crescer nelas. Ele situa estas transformações como uma “evolução” no corpo, porém Matheus evita falar como acontecem estas evoluções no corpo das meninas e dos meninos quando questionado por mim. Entretanto, é interessante observar que ele já havia falado sobre o corpo das meninas e parece haver uma dificuldade de descrever as mudanças a partir do seu corpo ou do corpo dos meninos.

Diante da análise dos trechos deste repertório sobre o corpo em transformação pude perceber que as descrições biológicas geram implicações para além das mudanças físicas tradicionalmente destacadas quando se fala do corpo na adolescência. A menstruação, por exemplo, está relacionada a uma questão geracional. Falar sobre as mudanças que acontecem no corpo não parece ser uma tarefa fácil para os adolescentes participantes deste estudo, quando colocam a dificuldade que têm ao lidar com as coisas diferentes que aparecem no corpo dia-a-dia, ou que é uma coisa que acontece com todo mundo e o uso da estratégia de falar das transformações a partir do corpo do outro.

As mudanças corporais parecem trazer implicações para as relações sociais, pois em nossa cultura, a adolescência também é situada como uma etapa da vida em que a sexualidade emerge com maior intensidade. Dessa forma, o corpo marcado pela sexualidade apareceu nos repertórios, conforme será descrito a seguir.

5.1.2.2. O corpo e sua sexualidade

O corpo com sexualidade presente aparece em expressões como “namoro” e o “corpo feminino”. Ao produzirem este repertório, os adolescentes destacam também o corpo do

outro. No entanto, há uma dificuldade de conversarem sobre este assunto em suas vidas no momento da interação entrevistadora e entrevistado, conforme os trechos ilustrativos a seguir:

Trecho 1

T99: *Então me fala o que vem a sua cabeça quando eu falo o corpo?*

H100: **O corpo, eu penso em uma pessoa.**

(...)

H104: *Ah, eu penso, quando fala o corpo, assim, eu penso em um aspecto da pessoa assim, sabe uma pessoa, é, como é o exterior dela o visual dela.*

T105: *O visual?*

H106: *É.*

T107: *Quês coisas compõem esse visual?*

H108: *Ah, aspectos físicos.*

T109: *Aspectos físicos têm algum aspecto físico que te chama mais atenção?*

H110: *Hum, o que chama mais atenção, você fala assim no corpo, né, no caso.*

T111: *No corpo, a gente está falando de corpo, porque você falou de aspecto físico.*

H112: **Ah, o corpo feminino.**

T113: *E tem alguma coisa específica? Que você queira falar do corpo feminino?*

H114: *Ah, claro que tem né, **mas eu não vou contar.***

T115: *(risos), você não vai contar, mas tudo bem então. Não quer falar mesmo?*

H116: *Não.*

T117: **Tá com vergonha?**

H118: **Lógico!**

(Hugo, 17 anos, p. 3)

Trecho 2

T65: *Uhum, e o que que vem na sua cabeça quando eu falo corpo?*

P66: *Corpo? (pausa) **ixa...não sei...***

T67: *Pode ser qualquer coisa assim que venha...*

P68: *Corpo...(pausa)*

T69: *Se quiser pensar um pouquinho, pode ficar à vontade.*

P70: *(pausa) acho que namoro, dança, essas coisas assim mesmo*

T71: **Namoro, dança...fala mais um pouquinho...**

P72: *Acho que desenvolvimento também, na adolescência.*

T73: *O que desenvolve, assim, porque você relaciona com desenvolvimento?*

P74: *Ah, desenvolve tudo, a aparência também muda, acho que é isso.*

T75: **E dessas coisas que você falou sobre corpo, o que que elas tem a ver com você?**

P76: **Ixa...**

(Patrícia, 18 anos, p. 4)

Trecho 3

T135: Não? Você já deu uns exemplos né. O que mais que você pensa de corpo? Você pensa nos hormônios, que os hormônios faz o corpo assim crescer e evoluir né, e o que mais?Hum?

M136: Namoro.

T137: Ah é, e como é o namoro?

M138: Aí já apertou.

T139: Apertou, então tem a ver com namoro também a questão do...O que tem a ver a questão do corpo, o que tem a ver com o namoro assim e o corpo?Você falou que o corpo evolui daí pode namorar como que é?

M140: Ah, não sei...

T141: E dessas coisas que você falou que tem hormônio daí cresce o cabelo né e namoro... O que essas coisas têm a ver com você?

M142: Nada.

T143: Nada?

M144: Vem na minha cabeça eu falo.

(Matheus, 12 anos, p. 4)

O corpo e sua sexualidade fazem parte da adolescência destes participantes. Hugo, no trecho 1, destaca o corpo feminino e os seus aspectos físicos, porém parece haver um constrangimento em continuar a conversa sobre o corpo feminino expressos no “tem, mas não vou te contar” quando pergunto mais sobre o que lhe chama atenção no corpo feminino. O constrangimento fica claro também quando pergunto se ele está com vergonha e ele afirma “lógico!”. Tal expressão parece evidenciar que era de se esperar a dificuldade dele continuar a falar sobre o corpo feminino para uma mulher em situação de entrevista.

Falar sobre corpo e, principalmente, sobre o corpo com sexualidade parece ser difícil também para Patrícia, principalmente quando ela usa a expressão “ixa” em dois momentos do trecho selecionado de sua entrevista. Quando Patrícia é convidada a falar mais sobre como é o namoro e as outras coisas que ela associou ao corpo, ela parece expressar o seu constrangimento usando o “ixa” o que faz com que a conversa caminhe para outra direção.

Para Matheus, o meu pedido para ele falar mais sobre corpo e namoro o deixa “apertado” quando ele diz “Aí já apertou”. Ao tentar conversar em como isto faz parte da vida dele, ele se descreve como alguém que não faz nada disso, como se o namoro não

fizesse parte da sua vida, complementando que é apenas uma coisa que vem na cabeça dele e ele fala, estratégia esta que parece ser usada para não dar mais ênfase a este assunto.

Concluindo, é interessante observar que apesar deste repertório ter sido produzido pelos adolescentes parece haver uma dificuldade, um constrangimento em conversar sobre este assunto. Devo levar em consideração que tal assunto se deu em um momento muito específico e da relação entrevistadora e entrevistado, porém chama a atenção que o corpo sob outras perspectivas, como é o caso do próximo repertório a ser apresentado não existiu dificuldades em continuar a conversa, fazendo surgir a reflexão de que a sexualidade parece ser algo difícil de se conversar para os adolescentes.

5.1.2.3. O corpo estético

Outro repertório usado pelos adolescentes se refere ao corpo apresentado sob seus aspectos estéticos. Expressões como “beleza”, “meio gorda”, “mais bonita”, “fazer a barba” foram situadas para descrever o corpo estético. O uso deste repertório implica em julgamentos de satisfação e insatisfação sobre o próprio corpo e a busca de estratégias para melhorá-lo. Há também julgamentos acerca do corpo do outro, o que altera as descrições de si, conforme os trechos ilustrativos a seguir:

Trecho 1

T57: Huhum, então foi isso que mudou, né...e agora Júlia, é, o que vem a sua cabeça, quando eu falo a palavra corpo.

J58: Corpo...(pausa), eu não gosto do meu corpo

T59: Huhum

J60: Eu, pra falar a verdade, eu odeio o meu corpo, assim eu acho o meu rosto bonito, mas o meu corpo...eu não gosto não

T61: Huhum. Quer falar mais um pouquinho disso?

J62: Não, é assim, eu num é que eu num gosto, eu...eu...eu gosto mais ou menos, é que eu, eu me acho meio gorda, mais aí eu falei, eu tava conversando com a minha mãe ontem, que eu tava com vontade de colocar um piercing no umbigo, ela não, de jeito

*nenhum, quando você for maior, tiver 18 anos for de maior, você pode colocar, **aí ao mesmo tempo que eu não gosto dele, eu tenho vontade de colocar um piercing pra vê se melhora, se eu fico mais bonita**, mas a minha mãe não quer deixar (risos)*

(...)

*J66: Isso, **porque eu ia me sentir melhor, mais bonita**, né, minha mãe não deixa*

T67: E o que que isso tem a ver com você?

(...)

*J70: Eu acho assim, que ter um corpo legal é tu.. num é tudo, mas é muito bom, **eu acho que é essencial ter um corpo legal**.*

T71: Huhum

*J72: **Ficar com esses trem aí, essas gordura aí, não, é feio demais***

T73: Você poderia falar pra mim um pouquinho mais do corpo legal?

*J74: **Um corpo legal, é aquela pessoa que ela é, sabe, magrinha, tem as pernas bonitinha, não tem nenhum defeitinho, nenhuma celulite, nenhuma estria, é isso.. assim, eu num tô muito encanada com esse negócio de celulite, porque eu tenho pouquinho***

T75: Huhum

*J76: **Mas eu acho que tinha, eu queria ter, nada com as pernas assim, ah oh só queria uma barriga mais, mais magrinha, mais retinha.***

T77: Huhum

*J78: **É isso que eu queria, só.***

(Júlia, 14 anos, p. 3)

Trecho 2

T107: Então me fala tudo o que vem à sua cabeça quando eu falo corpo.

*R108: **Beleza, se cuidar, você gostar do seu próprio corpo, assim, se cuidar, hum...pode se dizer beleza***

(...)

*R116: Assim, **eu sempre gostei de me cuidar, tipo, sou bem asseado tal e...ah...não sei como te falar.***

(...)

*T121: **É...se você se acha bonito, não acha, porque você considera a beleza importante...***

*R122: **É higiene, né, o corpo mesmo fala higiene, né, posso te dizer higiene, tipo se cuidar, você vai procurar um emprego tem que ir todo, né, como que eu posso te falar, todo...agora que eu não tô achando as palavras...ah...***

T123: Como que seria uma pessoa que chegasse pra te pedir um emprego, o que você observaria?

*R124: **Uma pessoa asseada e tal, bem vestida. Limpa, né, assim com a boca cheirosa e tal, perfume, se cuidar mesmo, fazer a barba, cabelo sempre arrumado. O meu assim, eu tava fazendo um curso, né, na ICASU...***

T125: Aham

*R126: **Aí lá eles falaram assim, você tá preparando para um trabalho, assim, eu gosto e não gosto de usar boné, eu gosto quando assim, por causa do sol eu gosto de usar o boné, só que o boné acaba com o cabelo. Daí eu gosto do meu cabelo quando, quando ele tá, quando ele cresce fica grande, eu gosto de cabelo grande. Só que eu cuido bem dele, mas lá no curso, eles, não, corta esse cabelo aí, a professora, né, pegava no meu pé brincando, você vai chegar lá no emprego, na entrevista tal, com o cabelo grande aí (...)** aí eu cortei meu cabelo e depois fui deixando crescer um pouco e tal, aí eu ia de tiara pra lá pro curso, mas sempre me cuidando assim, sabe?*

T127: Então você acha cabelo grande bonito?

R128: **Eu acho, eu acho bonito, eu gosto**

T129: O seu cabelo você acha bonito?

R130: É quando tá molhado, assim, quando eu tô de boné eu sempre, aí eu já num...minha mãe sempre fala você fica usando boné demais, seu cabelo é bonito sem boné e tal.

(Rafael, 16 anos, p. 3,4)

Trecho 3

T73: Então fala pra mim tudo o que vem a sua cabeça quando eu falo o corpo.

S74: Ah, **tem que cuidar.**

T75: Tem que cuidar e o que mais?

S76: **Cuidar, exercícios, que é uma coisa que eu não faço.**

T77: Cuidar, fazer exercícios e o que mais?

S78: Acho que isso só.

T79: E dessas coisas de cuidar e fazer exercícios o que isso tem a ver com você? Você já começou a falar um pouco, que exercício você não faz, mas e essa questão do cuidar?

S80: **Eu tento melhorar.**

T81: Tenta melhorar em que?

S82: **Comer menos.**

T83: Comer menos?

S84: Isso.

T85: E sempre foi assim que você pensou sobre corpo ou essa questão foi mudando?

S86: Foi mudando.

T87: Como assim, a partir de quando que você começou a pensar no cuidado?

S88: **Depois que eu engordei um pouquinho.**

T89: E faz muito tempo isso?

S90: **É porque eu sou assim, emagreço e engordo aí eu tenho que emagrecer, mas é muito difícil.**

T91: Uhum. E isso tem a ver com o corpo também essa questão de engordar e emagrecer, então quer dizer que você tem essa preocupação?

S92: Eu tenho.

(Sabrina, 17 anos, p. 2)

Trecho 4

T57: E o que vem na sua cabeça quando eu falo assim o corpo?

I58: Não assim só, **eu tô satisfeita comigo mesma.**

T59: Fala mais um pouquinho.

I60: Ah, é, assim teve muitas mudanças e tal. Ah não sei assim te falar.

T61: Tem alguma mudança que você acha que se destacou mais?

I62: Não.

T63: Aí tiveram essas mudanças e você ficou satisfeita?

I64: Aham.

T65: Ficou satisfeita com seu corpo?

I66: Sim.

T67: E o que, que essa satisfação tem a ver com você? Porque você ficou satisfeita?

I68: **Ah é às vezes assim, é porque eu me vejo e vejo as outras pessoas, aí às vezes assim, elas tem uma coisa que eu não goste no corpo. Aí eu falo: Nossa ainda bem que eu não sou daquele jeito. Porque assim até entre minhas amigas a gente tem diferenças né!**

T69: Uhum.

T70: Aí elas reclamam e tal, eu tenho uma amiga que ela é da minha idade, ela é tipo assim lisa entendeu, assim, e assim eu penso nossa ainda bem e tal, aí só isso assim.

T71: Então quando você pensa, ah tem outras pessoas que tem o corpo diferente então eu tô bem satisfeita com o meu.

T72: Uhum. É o exemplo que eu te falei.

(Isabela, 15 anos, p. 2)

O corpo estético aparece relacionado com a satisfação ou insatisfação que o corpo pode trazer dependendo de como o corpo está. Para Júlia, o corpo esteticamente perfeito é um corpo magro, sem gorduras. A partir desta descrição ela olha para si mesma como alguém que tem um corpo que não atende à sua descrição do corpo perfeito e para expressar sua insatisfação neste momento, ela afirma não gosta do seu corpo. Diante disso, ela usa como alternativa a fragmentação de seu corpo em parte bonitas e feias, como por exemplo, quando ela afirma que acha seu rosto bonito. Além disso, ela busca acessórios como o *piercing* que no momento da entrevista têm a função de melhorar o seu corpo e deixá-lo mais bonito. Tal estratégia de fragmentação de seu corpo parece ajudar Júlia a diminuir a crítica que faz a si mesma no início da conversa, dizendo ao final que gostaria de ter só uma barriga mais magrinha, retinha, tirando o foco de não gostar do corpo todo.

No segundo trecho, Rafael associa a beleza ao auto-cuidado e assim se descreve como uma pessoa asseada e que se cuida. Ao se posicionar como uma pessoa asseada, Rafael parece usar tal descrição para defender a sua opção pelo uso do cabelo comprido frente as indicações de sua professora. Sua professora de um curso profissionalizante define como um bom candidato a uma vaga de emprego pessoas que não têm o cabelo comprido, o que faz Rafael até cortar o cabelo. Porém, ao assumir novamente a sua opção de deixar o cabelo crescer, ele usa a estratégia do auto-cuidado para dizer que não há problemas se o cabelo grande for cuidado e asseado, descrição esta que não o ameaça

enquanto futuro profissional e desconstrói a crítica feita pela professora e mantém a sua satisfação com seu cabelo comprido.

Sabrina também usa a estratégia do auto-cuidado, porém com uma função diferente de Rafael. A prática de exercícios e comer menos para ela trazem a possibilidade de emagrecimento e ela se descreve como alguém que engordou e agora busca ser mais magra para tentar melhorar. O corpo estético é algo que traz preocupação para esta adolescente.

Por fim, Isabela a partir da descrição estética do corpo do outro se descreve como alguém satisfeita com o próprio corpo. Para esta adolescente, o corpo com curvas parece ser valorizado. Ela se compara a uma amiga, que é da mesma idade que ela e que tem o corpo “liso”, e neste momento tal descrição serve para Isabela dizer que “ainda bem que não é assim” o que faz com que ela se situe como uma garota que não é “lisa”.

O corpo estético parece estar relacionado com algumas imagens que são veiculadas em nosso cotidiano nas quais o corpo bonito e saudável é o corpo magro. Talvez isso contribua para a insatisfação ou a busca incessante pelo emagrecimento por pessoas que não se encaixam nos padrões de beleza valorizados socialmente.

Concluindo, o corpo estético é relacional e aparece atravessado por ideais de beleza e de modos de se apresentar que sejam confiáveis o que faz com que as pessoas se descrevam de determinados lugares a partir da relação com o outro ou com os sentidos que circulam em nosso cotidiano sobre ser belo.

5.1.2.4. O corpo vulnerável

Outro repertório produzido pelos adolescentes parece estar relacionado à adolescência com diabetes. O uso de expressões tais como “cuidar do corpo” e “se proteger” sugerem a imagem de um corpo frágil e vulnerável que precisa ser cuidado. Ao

falarem do corpo sob esta perspectiva a descrição do corpo passa a ser feita a partir da doença e as implicações que esta traz ao corpo dos adolescentes que vivem nesta condição de saúde, conforme os exemplos a seguir:

Trecho 1

T55: *E o que que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra corpo?*

(...)

R60: **Ah, tem que proteger o corpo... tem que num fazer tatuagem, num prejudicar o corpo.**

T61: *Ah tá, que que é proteger o corpo, é num...*

R62: *Ah, essas coisas de errado*

T63: *Que coisas de errado, Ricardo?*

R64: **É fazer tatuagem, fazer símbolos de alguma coisa, fazer riscagem, fazer corte, é num perfurar as outras regiões que não é necessárias**

T65: *Huhum, e por que?*

R66: **Porque isso prejudica...**

T67: *E prejudica de que jeito?*

R68: **Uai, mais na frente você vai...ter alguma coisa...vai...**

(...)

R72: **Mas na frente a pessoa pode ficar muito idosa e não querer mais aquela tatuagem, não querer ter mais aquele buraco que ela fez, aí ela vai querer tirar e num vai poder, a idade já vai tá avançada, ela vai ter mais risco de, de ficar mais, mais de morrer..dessas coisas.**

T73: *Ah, entendi, dessas coisas que você falou, de proteger o corpo, não fazendo tatuagem, de num prejudicar, pra, de certa forma não ter jeito de voltar atrás, que que isso tem a ver com você Ricardo?*

R74: **Hum...que eu num faço esse tipo de coisa.**

T75: *E você não faz esse tipo de coisa, por que?*

(...)

R78: *(pausa)* **eu não acho certo fazer esse tipo de coisa aí, bem que eu queria, mas é muito complicado, esses trem aí, pro diabete.**

T79: *Ah, tá, você gostaria, mas é complicado pelo diabetes*

R80: *É*

T81: *E por que que é complicado?*

R82: **Ah, é porque, qualquer coisa, qualquer erro que der, ah, o homem que faz esses tipos de tatuagem, perfuração no corpo pra usar brinco, isso se der algum problema que ele errar na coisa e depois não tem jeito dele consertar, vai ficar ferido.**

(Ricardo, 15 anos, p. 3)

Trecho 2

T55: *Então me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo o corpo.*

L56: **Saúde... assim tem que cuidar do corpo.**

(...)

T61: Dessas coisas que você falou assim de saúde, cuidar do corpo e com o tempo o corpo vai mudando, o que isso tem a ver com você? Como que é isso na sua vida?

L62: **assim, saúde por causa da diabetes tem que cuidar, se não cuidar direito, daí piora, se alimentar direito, cuidar do corpo assim, diabético não pode andá descalço, não pode ter cicatriz e assim vai mudando com o tempo começa a dar espinhas, os hormônios, assim.**

T63: Uhum.

T64: E você falou também de cuidar com relação a essas coisas. E sempre foi assim que você pensou sobre o corpo, ou foi mudando?

L65: Foi mudando.

T66: Me conta um pouco como que foi, o que você pensava antes e o que mudou.

L67: **Antes assim, eu subia em árvore, me machucava e agora não, tem que se cuidar, principalmente por causa da cicatriz.**

(Lucas, 14 anos, p. 2)

Trecho 3

T147: Aham. E você falou de relação com o corpo do outro, e tem alguma coisa que você gostaria de falar em relação ao seu corpo?

H148: **Eu me acho maior estragado.**

T149: Você se acha maior estragado, em que aspecto?

H150: **Ah, pra começar com a diabetes, isso é uma coisa que vai deteriorando o corpo, eu vejo isso como uma degradação de dentro para fora, e, hum, muitas outras coisinhas um defeitinho ali, ou então uma coisinha ali, nossa, é de surtá!**

T151: Uhum. Tem mais alguma coisa que você queira falar de corpo?

H152: Não acho que não.

T153: São essas coisas mesmo.

H154: Isso é básico.

(Hugo, 17 anos, p. 4)

Trecho 4

T121: E Diogo o que vêm a sua cabeça quando eu falo o corpo?

D122: Uma máquina!

T123: Uma máquina, fala mais um pouquinho.

D124: **Uma máquina que está cheia de peças que funciona ali direitinho e que se uma dar problema, se uma engrenagem pifa, você pode afetar a máquina inteira, o corpo inteiro, o pâncreas meu, ele teve células que pifaram, ele não produz insulina e isso embora esteja ligado em relação a energia do corpo, porque glicose é a energia do corpo, não afeta só nisso, afeta no meu humor, afeta na maneira como eu lido com as outras pessoas, afeta na maneira como eu reajo numa festa, afeta no cuidado que eu tenho que ter com meu olho pra não ter problema de vista, com os meus pés, então assim, o defeito de uma pecinha nessa maquina, sobrecarrega as outras peças pra elas fazerem o que o pâncreas não está fazendo então acaba que eu tenho que ter um cuidado maior com outra peça pra que ela não pife.**

(Diogo, 18 anos, p. 8)

O corpo do adolescente com diabetes parece ser um corpo vulnerável, frágil e, portanto que pode ser facilmente ferido. Ricardo, no primeiro trecho ilustrativo, irá colocar a necessidade de proteger o corpo de tatuagens e uso dos brincos, destacando que o corpo precisa ser protegido destes procedimentos. No entanto, a sua primeira justificativa para não fazer tatuagens ou usar brinco seriam as implicações futuras disso, fazendo um julgamento de que a pessoa idosa poderá se arrepender, não tendo como voltar atrás. No entanto, quando pergunto o que que isso tem a ver com ele, Ricardo irá se descrever como alguém que gostaria de colocar tatuagem, usar brincos, porém não pode por ter diabetes, sendo que a doença, neste momento, é algo que facilita ficar ferido caso aconteça algum erro. Diante disso, o corpo com diabetes aparece como impedimento para fazer coisas que gostaria em seu corpo.

No segundo trecho, Lucas chama a atenção para o corpo que precisa ser cuidado, pois o não cuidar pode piorar o corpo. Neste momento, ele descreve o diabético como alguém que não pode andar descalço pela dificuldade de cicatrização que pode ocorrer. Lucas se descreve antes ter diabetes como alguém que podia subir em árvore e a vulnerabilidade do corpo com diabetes faz com que ele se coloque como uma pessoa cuidadosa com relação ao seu corpo para evitar principalmente a cicatriz.

Para Hugo, o diabetes que deteriora o corpo faz com que ele se descreva como alguém “estragado”. Tal expressão passa a imagem de um corpo perecível, sendo esta impressão reafirmada quando Hugo destaca que o corpo com diabetes é algo que gera uma degradação de dentro para fora e, além disso, associado a outros “defeitinhas” faz com que a pessoa dê vontade de surtar.

Diogo usa uma metáfora para se referir ao corpo vulnerável - o corpo máquina. A partir desta metáfora, os órgãos passam a ser como peças que fazem o corpo-máquina funcionar em perfeita harmonia, no entanto, o diabetes aparece para “pifar” a máquina. A

máquina “pifada” o coloca numa posição de alguém que tem que ter cuidado constante com o corpo e lidar com as conseqüências que tal dano lhe traz, como por exemplo, a influencia no seu humor e no jeito que ele lida com as pessoas, que são as implicações para ele de se ter o corpo com diabetes.

O corpo descrito a partir da doença, faz com que os adolescentes que vivem com diabetes se descrevam como vulneráveis, estragados e que precisam estar em constante auto-cuidado. Porém, como pode se perceber anteriormente, os adolescentes com diabetes também produziram outros sentidos sobre corpo para além do corpo com diabetes.

5.1.3. A saúde em evidência

Diante do terceiro tema abordado no estudo, a saúde, destacam-se quatro repertórios interpretativos usados pelos participantes que serão apresentados, analisados e discutidos a seguir:

5.1.3.1. Saúde como auto-cuidado

Neste repertório, os adolescentes descreveram a saúde a partir de determinados hábitos ou comportamentos que para eles têm a função de manter ou trazer mais saúde. Expressões como “saber o que comer”, “não fumá”, “fazer exercício físico” são representativas do uso deste repertório. Ao usarem tais expressões para se referirem à sua concepção de saúde, o contexto da entrevista desenvolveu-se a partir do que os adolescentes faziam para se cuidarem e conseqüentemente ter saúde. As implicações do uso deste repertório serão discutidas após a análise dos seguintes trechos:

Trecho 1

T153: *E Matheus, o que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?*

M154: ***Pra nós cuidar da vida.***

T155: *Ah é, e como é cuidar da vida? O que a pessoa faz para cuidar da vida?*

M156: *Por exemplo, **eu tenho diabetes né, aí fala não pode comer doce, aí não pode porque se comer doce aí o bicho pega.***

T157: *Uhum. E o que mais tem a ver com saúde, cuidar da vida e o que mais?*

M158: ***Ter uma alimentação boa.***

T159: *Fala um pouquinho mais o que é ter uma alimentação boa.*

M160: *Não comer gordura.*

T161: *Não comer gordura, o que mais?*

M162: ***Não fumá.***

(Matheus, 12 anos, p.5)

Trecho 2

T79: *Huhum. E o que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?*

G80: ***Saúde, saúde... me cuidar. Que eu, eu tento que me cuidar, pra mim não ficar, pra mim não expor minha saúde, assim, num cuidar, pra mim num ficar aí numa cama algum dia, deitado sem fazer nada, por uma coisa é que eu não me cuidei da minha saúde.***

T81: *Que que é expor a saúde?*

G82: ***Expor a saúde é, a minha saúde tem que respeitar, é tem que ter o limite da saúde, tem umas coisas que você pode fazer, tem outras que não pode fazer. Expor pra mim, é as coisas que você não pode fazer, você tá arriscando a sua saúde.***

T83: *Huhum, achei uma coisa interessante, você falou dos limites da saúde, quais são esses limites da saúde?*

G84: ***Pro diabético são os açúcares que não pode comer, e nem comer exageradamente demais nas horas erradas.***

T85: *Huhum, e outras coisas de saúde que você pensa?*

G86: ***As outras coisas da saúde que eu penso, pra mim é isso, que eu tenho muito medo de expor minha saúde, por causa do diabetes fazer coisas erradas e expor minha saúde.***

T87: *Huhum, entendi. E o que que essas coisas tem a ver com você, expor a saúde, fazer coisas erradas?*

G88: ***Pra mim, eu penso em não expor a saúde, eu tento controlar o máximo possível pra mim ter uma vida saudável, ser alguma coisa no futuro, ser alguém, e não ser, e não ficar aí numa cama, por causa de uma saúde.***

(Gustavo, 13 anos, p. 4)

Trecho 3

T145: *Então me fala tudo o que vem à sua cabeça quando eu falo saúde.*

R146: ***Saúde...responsabilidade, é saber o que comer, né, fazer exercício físico, exercício, hum...acho que é mais isso.***

T147: *Me fala mais um pouco de cada uma dessas coisas, é responsabilidade, saber o que comer, exercício físico. Por que essas coisas vieram à sua cabeça quando eu disse saúde?*

R148: É, minha diabete, preciso cuidar dela, fazendo exercício físico e me alimentar bem, comer a coisa certa.

(Rafael, 16 anos, p.4)

Trecho 4

T101: Então fala pra mim tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo saúde.

*S102: Então, é mais ou menos isso, **fazer exercício, comer coisa certa na hora certa sem comer muito.***

T103: O que é comer coisa certa?

*S104: **Não comer muita bobeira.***

T105: Fala pra mim o que são as bobeiras.

S106: Bolacha essas coisas...

T107: E comer na hora certa? O que é comer na hora certa o que é isso?

*S108: **Igual eu tenho uma dieta, mas eu não sigo não, tomando café, comer uma fruta, almoçar na hora certa.***

T109: Uhum. Então você já tá falando um pouco o que isso tem a ver com você, essa questão do cuidar e de comer.

S110: Uhum.

(Sabrina, 17 anos, p. 2,3)

Ao analisar os trechos ilustrativos pode-se perceber que a noção de auto-cuidado presente na fala destes participantes parece ser descrita do lugar do adolescente com diabetes. Cuidar-se, para eles, significa ter uma boa alimentação, fazer dieta, não comer “bobeira”, nem “exageradamente”, como presente nas falas de todos eles. Além disso, fazer exercício físico e não fumar também constituem ferramentas que auxiliam no auto-cuidado. As implicações do uso deste repertório é que ao se descreverem assim, estes adolescentes se apresentam como pessoas que sabem o que deve ser feito para se ter uma saúde boa, cuidar de si e do diabetes sendo que esta maneira de agir poderá evitar consequências futuras negativas.

Diante disso, as descrições sobre hábitos considerados por eles saudáveis parecem estar relacionadas tanto à prescrição terapêutica dos cuidados para com o diabetes quanto aos sentidos sobre cuidados com a saúde que circulam em nosso cotidiano, tais como ter alimentação adequada pela ingestão de determinados alimentos e a prática contínua de exercícios físicos.

5.1.3.2. Saúde controlada

Neste repertório, destaca-se a saúde compreendida a partir de indicadores biomédicos. Os exames médicos com resultado normal são apontados como indicadores de saúde, bem como não depender de medicação. O contexto em que estas conversas aconteceram foi quando o assunto era sobre o que é ter uma saúde boa ou estar bem de saúde, sendo este repertório da saúde controlada produzido para explicar o significado de saúde para as adolescentes. As implicações de tal descrição irá refletir diretamente na maneira delas se descreverem conforme os trechos a seguir:

Trecho 1

T87: Huum, e você falou de uma saúde boa, o que é essa saúde boa?

*J88: **É de não ter colesterol alto, num ter hemoglobina glicada alta, de ser tudo controladinho.***

T89: Então isso é ter uma saúde boa, legal, e o que que isso tem a ver com você?

*J90: Eu acho que assim, é, é que, às vezes eu dou uns deslizes assim, depois eu levanto, eu, eu não posso falar que eu tenho uma saúde excelente, mas que eu tenho uma saúde boa, entendeu, nossa, **antes eu era pior, tinha colesterol de 200 e tanto, agora ele tá bom, minha hemoglobina tava lá em cima, e agora ela tá abaixando, então eu posso falar que eu tô com uma saúde boa.***

T91: Certo, e você falou de saúde excelente e saúde boa, qual que é a diferença entre as duas?

*J92: **Numa saúde excelente, eu acho assim, na minha opinião, é uma coisa que tudo é perfeito, tudo, tudo, tudo, num tem um errinho. E uma saúde boa, é aquela, que ela tá legal, mas poderia tá melhor...***

(Júlia, 14 anos, p. 4)

Trecho 2

T81: Me fala que que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?

P82: Saúde? Aí vem corpo também...

T83: Vem corpo?

*P84: **Saúde...se bem que eu lembro da diabetes também é uma coisa que eu tô cuidando pra minha saúde, né? Sempre vem diabetes, quando eu falo saúde.***

T85: E por que você lembrou de corpo?

P86: Ah, porque quando sua saúde tá bem, seu corpo tá bem, por isso.

T87: Uhum, e quando é que a saúde tá bem, pra você?

P88: Quando eu não tô sentindo nenhuma dor assim, quando eu faço os exames gerais e tá tudo controlado, tá tudo certo, tá tudo funcionando bem. Só isso.

T89: E o que são os exames controlados, o que significa isso?

P90: Porque eu vou de 3 em 3 meses ao médico, daí eu faço os exames da diabetes, tireóide, colesterol, tudo, da glicemia, esses exames, de controle normal, mesmo.

T91: O que mostra que tá controlado?

P92: O exame.

T93: Como que você fica a hora que você vê o resultado?

P94: Até hoje, nunca deu nada errado, desde que eu tenho três anos, mas eu sempre fico assim, tensa, sabe? Porque tem vez que você não consegue controlar, certinho, todo tempo, porque, depende do que você come, do que você faz, não é muito fácil. Daí a gente fica meio tensa, assim, mas até hoje não deu problema nenhum não.

(Patrícia, 18 anos, p. 4)

No trecho 1, Júlia ao situar a saúde como não ter colesterol e nem hemoglobina glicada alterados, ou seja, ter tudo “controladinho” irá se descrever como alguém que dá uns “deslizes” e que não pode ter uma saúde excelente, mas pode ter uma saúde boa quando não é possível alcançar todo o controle citado por ela para ter uma saúde excelente. Esta idéia de controle também está presente na fala de Patrícia, no segundo trecho.

Patrícia destaca que estar bem de saúde é quando seus resultados de exames estão todos normais e quando há a ausência de dor. No entanto, tal descrição a coloca numa posição tensa pois a ocorrência de alguma alteração em um dos seus exames ameaçaria a sua concepção de estar bem de saúde. Dessa forma, parece haver a necessidade de estar se auto-controlando, tarefa esta que ela descreve como difícil para garantir os resultados normais que assegurem sua posição de pessoa saudável.

A saúde concebida a partir do modelo biomédico leva a uma classificação de saúde por níveis tais como excelente, boa e ruim, conforme os resultados dos exames laboratoriais. Trata-se de uma visão idealizada e quantificada de saúde, que exige auto-controle e disciplina. Tal noção parece ter influência direta em como as pessoas irão se posicionar, pois resultados alterados nos exames revelam sobre elas falta de controle ou cuidado com sua saúde e consigo mesmo.

5.1.3.3. Saúde como disposição

Outro repertório produzido sobre as descrições de saúde está relacionado a uma sensação ou estado. As expressões “bem-estar”, “ser saudável” e “estar bem de resistência” são exemplos desta caracterização. O uso deste repertório parece tirar a saúde de uma posição classificatória como discutido no repertório anterior e abre para uma possibilidade mais ampla, na medida em que possibilita uma descrição situada e contextual, conforme os trechos a seguir:

Trecho 1

T131: Foi ótimo, fica à vontade. E o que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?

*D132: **Bem-estar** para a gente poder passar esse trequinho de vida que a gente tem assim.*

T133: Fala um pouquinho mais o que é o bem-estar. O que é bem-estar pra você?

*D134: Bem-estar, eu acho que assim, por questão da medicina e tudo, eu acho que o médico não tem a obrigação de curar uma pessoa, eu acho que ele tem a obrigação de ajudar aquela pessoa a ter um bem-estar, eu vou no médico hoje não é pra que ele fale, arrumaram um remédio pra curar a diabetes, eu vou nele pra que ele fale, tem uma nova insulina que vai ajudar a controlar melhor a diabetes, **bem-estar pra mim é acordar, ir pra escola, voltar e estudar, dormir, e esperar o outro dia sem que esse dia eu tenha tido enjôo por causa da diabetes, sem que eu tenha tido hipoglicemia, sem que eu tenha passado mal de alguma forma, bem-estar é eu poder fazer todas as coisas que todo mundo faz de uma maneira gostosa e eu acho que a saúde ajuda a proporcionar isso, hoje em dia com tudo que a gente criou com o desenvolvimento tecnológico e científico, saúde está muito difícil, você come uma fruta ela tem agrotóxico, você tá aqui respirando tem poluição, então é muito provável que o número de pessoas que sejam 100% saudáveis no futuro seja muito reduzido, então saúde seja você não ter nenhuma doença, mas saber conviver com essa doença, saber driblar ela para poder viver normal.***

(Diogo, 18 anos, p. 9)

Trecho 2

T155: Isso é o básico, né. E o que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?

*H156: Ah, **tá bem de resistência, tá bem preparado, não depender de remédio, isso é estar bem com...sem precisar de nada sabe?, então você ver por esse lado é estar perfeito.***

T157: Uhum.

H158: É isso que eu vejo.

T159: E o que é ter resistência?

H160: Resistência é, vamos supor que você leve um murro ali, ou então caí aqui, ou então pega uma doença você vai se recuperar muito rápido, isso não vai fazer muita diferença em você porque seu corpo esta muito bem preparado.

T161: Uhum. Então quer dizer que saúde é também não tomar remédio, você acha?

H162: Aham, Eu acho, uma pessoa saudável assim não tem que se preocupar com remédio, porque ela esta perfeita, em harmonia.

T163: Uhum. Então o que é estar perfeito em harmonia?

H164: É não depender de nada, é assim como era pra ser quando nasceu.

T165: Uhum. É, o que essas coisas têm a ver com você, de resistência, de pessoa saudável?

H166: Ah eu não me acho muito saudável, vamos supor que eu vou em uma selva, aí eu caio por lá e fico perdido, eu vou começar a sofrer por causa do diabetes né, não tem como, eu, por exemplo, já não me acho saudável assim, eu me acho uma pessoa que depende da insulina.

T167: Uhum.

H168: Então quando as pessoas falam se eu sou saudável, eu falo um pouco, não tudo.

T169: Nesse um pouco o que você é saudável?

H170: Ah, ao menos eu acho que eu me recupero bem de doenças ao menos por enquanto, eu...

T171: Me conta mais um pouco.

H172: Quando eu, assim, eu acho que eu não fico doente fácil, quando eu pego uma doença eu me recupero bem rapidinho, então nesse ponto ao menos por enquanto eu estou bem, eu não, tirando a diabetes ao menos eu não tenho outros problemas, então eu acho que por causa disso eu estou quase bem saudável.

(Hugo, 17 anos, p. 4,5)

Ao situar saúde como bem-estar, Diogo, no trecho 1, relata como a saúde está relacionada a sua disposição em suas atividades cotidianas. Porém, apesar do diabetes poder atrapalhar este bem-estar, ele usa como recurso colocar que ao fazer coisas que todo mundo faz de maneira prazerosa isto terá a função de garantir o seu bem-estar. Para reafirmar a sua igualdade com os outros, coloca que qualquer um de nós está vulnerável a ter agravos na saúde até mesmo pela ingestão de alimentos com agrotóxicos. Então, conclui que saúde não é não ter uma doença, mas sim saber lidar com ela. Tal estratégia permite que Diogo se afirme como saudável, a despeito do diabetes.

Hugo, no segundo trecho, coloca duas descrições de saúde: a de não depender de remédio e de estar bem de resistência. A primeira descrição faz com que Hugo se descreva como uma pessoa que é não é muito saudável, pois o uso da insulina faz dele alguém

dependente de remédio, e, portanto não tão saudável. Porém, estar bem de resistência como indicador de ter saúde faz com que Hugo ressignifique tal descrição se colocando como uma pessoa que é um pouco saudável, pois consegue se recuperar bem das doenças. Nesta segunda descrição, o diabetes não ameaça sua condição de pessoa saudável.

Conforme dito anteriormente, a saúde descrita desta maneira parece colocar estes adolescentes em uma posição mais confortável com relação à saúde, combatendo uma visão restritiva do processo saúde-doença, e as implicações morais do ser doente.

5.1.3.4. Saúde “é tudo”

A saúde aparece como algo muito importante na vida dos adolescentes, principalmente em falas nas quais há uma supervalorização da saúde evidenciada em expressões como “é o principal de tudo”, “saúde é tudo para o corpo” e “é bem importante a saúde”. Ao produzirem este repertório, a saúde é colocada como se fosse a própria vida dos participantes. A implicação do uso deste repertório é que uma pessoa considerada sem saúde é praticamente uma pessoa sem vida, criando a imagem de alguém extremamente limitado. A seguir os trechos ilustrativos deste repertório:

Trecho 1

T59: Então me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo saúde.

*C60: Saúde, nossa, **é bem importante saúde**, uma coisa que os diabéticos têm falta mesmo é saúde, precisa praticar exercícios físicos para ter uma saúde boa, e é isso.*

T61: Me fala mais um pouquinho quando você fala que saúde é importante.

*C62: **Importante porque uma pessoa que não tem saúde não tem vida, o que é uma pessoa sem saúde?***

T63: Então é importante para ter vida.

C64: Uhum.

T65: O que assim você tá chamando de ter vida? O que te mostra assim ter vida? Como seria isso?

*C66: **Poder viver é conviver com pessoas, ter experiências.***

T67: Uhum.

T68: *E você falou também a questão de que diabético não tem saúde. O que você quer dizer com isso assim?*

C69: *Um ponto, porque diabético não tem toda liberdade assim, para comer doce é uma dificuldade, antigamente não tinha tantos produtos como tem hoje, isso é um avanço, entendeu.*

T70: *Então nisso o que você fala dificuldade na alimentação.*

C71: *Uhum.*

T72: *O que mais assim que passa pela sua cabeça?*

C73: *Mais é isso.*

T74: *E dessas coisas que você falou da saúde, de que saúde traz vida. O que isso tem a ver com você?*

C75: ***Se eu não tivesse saúde eu não teria vida, como seria a minha vida sem saúde?***

(Camila, 13 anos, p. 2)

Trecho 2

R152: *Falo o que é o certo, hum...o que mais...quando vem saúde, **saúde é tudo para o corpo, te faz bem a saúde, sem ela você não é nada.***

T153: *Uhum, então a saúde ela te traz, assim, quando você diz que a saúde é tudo e que sem ela você não é nada, você tá querendo dizer que traz algum tipo coisa?*

R154: ***Saúde, quando você tem saúde, você tem felicidade, fica mais tranquilo, com a consciência mais limpa assim, você não precisa preocupar com nada, sabe?***

T155: *Uhum*

R156: *Bem é isso assim pra mim*

T157: *E sempre foi assim ou foi mudando com o tempo?*

R158: *Não, esse ano, vai fazer 5 anos que eu tenho diabetes, mudou mesmo quando eu descobri a diabetes*

T159: *Você tinha 11 anos então?*

R160: *11 anos*

T161: *Uhum*

R162: *11 anos...*

T163: *O que que mudou?*

R164: *Parece que deu mais responsabilidade cuidar da saúde.*

(Rafael, 16 anos, p. 4)

Trecho 3

T155: *Entendi, você pensou várias coisas sobre esse futuro, um tantão. Aline, vou te fazer uma outra pergunta: o que que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?*

A156: ***Saúde que a primeira coisa que a gente tem que fazer é cuidar dela.***

T157: *Uhum, e como que é cuidar da saúde?*

A158: *É, se eu, por exemplo, não beber água, eu vou prejudicar os meus órgãos, se um não trabalhar o resto também não vai trabalhar um órgão pode parar de funcionar, aí isso vai me prejudicar, pode até me levar a morte.*

T159: *Uhum*

A160: Isso que eu penso sobre saúde, saúde você tem que cuidar dela, não pode deixar ela de lado. É a primeira coisa de tudo.

T161: Uhum, entendi

A162: Porque sem a saúde você não vai poder viver.

(Aline, 12 anos, p.6)

Trecho 4

T83: E o que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?

I84: Não, assim eu me considero saudável, assim, apesar da diabetes e tal eu me considero saudável!

T85: O que é ser saudável?

I86: Ah não sei assim, tipo, não ter nenhum outro problema assim relacionado com rins, que minha maior preocupação, assim, com a visão, com a fala, uma coisa que me incomoda muito se eu tivesse ia me incomoda demais é os pés tortos assim, e é isso assim.

T87: Então ser saudável é não ter essas coisas?

I88: É.

T89: Uhum. Que mais de saúde, quem vem a sua cabeça?

I90: Ah assim, em relação, assim que eu cuido muito é com a higiene assim que eu acho assim, que mais higiênico para a gente ter saúde, é isso!

T91: Higiene, e tem mais alguma coisa?

I92: Não!

T93: E o que essas coisas têm a ver com você, ser saudável, ter higiene?

I94: Não assim eu acho que, é, assim pra mim o principal de tudo é ter saúde, e assim eu me cuido o máximo para que eu tenha essa saúde, assim eu não de desleixo de nada assim.

(Isabela, 15 anos, p.2,3)

A saúde situada como a “coisa primeira de tudo” coloca estes adolescentes em um lugar de constante cuidado com a sua saúde para não terem a sua própria vida ameaçada. No trecho 1, Camila destaca que ter saúde garantirá a sua convivência com as pessoas e ter experiências pois é esta a sua concepção de viver, e para isto ela precisa ter saúde. Já para Rafael, sem a saúde a pessoa não é nada, pois esta é responsável por trazer à pessoa felicidade, tranquilidade e consciência limpa, então basta ter saúde para não precisar se preocupar com mais nada.

Nos trechos 3 e 4, para Aline e Isabela, ter cuidado com a saúde é uma estratégia que ajuda a manter a saúde e conseqüentemente a própria vida. Tal concepção tem a função de

descrevê-las como garotas cuidadosas que não colocam sua saúde e, portanto, suas vidas em risco.

Nesse repertório, a saúde é descrita de forma genérica, superlativa e pouco reflexiva. Parece, assim, ser o contraponto de um discurso marcado pelo risco de vida, talvez em referência às complicações do diabetes. Este repertório implica, então, certa rigidez e controle, no sentido de que ao igualar a saúde com a própria vida estes adolescentes têm que se colocar em constante vigília e se esforçar para manterem a saúde em perfeita condição.

5.1.4. Diabetes

Os repertórios interpretativos utilizados pelos adolescentes para situarem o diabetes foram variados, sendo identificados três repertórios que serão analisados a seguir:

5.1.4.1. Diabetes como problema

O diabetes foi situado neste repertório como não sendo uma doença, mas apenas um problema. Outras expressões foram usadas para definí-lo, tais como “um problema”, “coisinha pequenininha”, “defeito”. O contexto em que estas expressões foram colocadas pelos entrevistados foi o das primeiras associações sobre diabetes. O diabetes situado desta forma parece ter a função de minimizar o prejuízo e a cronicidade da doença, bem como descrevê-lo como algo que pode ser bom, ou colocá-lo em posição de superioridade com relação a outras doenças, como será discutido nos trechos a seguir:

Trecho 1

T193: Então, agora, você me falou sobre essas coisas de saúde que você pensa, né, de cuidar de tomar mais água, de comer na dose certa, que a glicose ficou mais controlada...e o que vem na sua cabeça quando eu falo diabetes?

A194: Diabetes...é uma doença, **não é uma doença...**hum...como que eu vou falar, que palavra que eu uso...**é uma coisinha pequenininha no seu corpo que não funciona mais.** E sobre isso eu entendo que se você brincar...ficar... igual, eu tenho uma colega, ela chama Gabriela, ela comeu chocolate normal escondido da mãe, o que aconteceu com ela? Ela foi levada correndo pro hospital, em coma.

T195: Uhum

A196: Isso eu nunca fiz e nem quero fazer

T: Uhum

A197: Meu pai compra minha barra de chocolate...e pronto...é...diabetes...é também quando o pâncreas para de produzir insulina. Isso foi a primeira coisa que o meu doutor, o Dr. Roberto, me explicou.

T198: Uhum

A199: Que o pâncreas parou de produzir insulina e **você vai ter que tomar uma picadinha de mosquito.** E a primeira vez que eu tomei a insulina foi que eu tava lá no IPAC veio o homem e aí minha mãe falou assim: você nem tem jeito de aplicar uma insulina nela, não? Porque eu não vou ter coragem de aplicar.

(Aline, 12 anos, p.7)

Trecho 2

T98: Uhum. E me fala o que vêm a sua cabeça quando eu falo diabetes.

L99: **Um problema, assim...**

T100: Problema? fala mais...

L101: **Um problema que não é tão grande assim que tem até jeito de resolver, mas assim, que é ruim.**

T102: Uhum.

L103: **A gente querer ir a um lugar que tem doce e todo mundo vai comer e eu não posso comer.**

T104: Uhum.

L105: Ficar só olhando.

T106: O que mais assim que vêm a sua cabeça?

L107: **Por um lado é bom já que a gente não vai comer tanta besteira assim e vai ficar melhor cuidado e mais responsabilidade assim, porque que nem eu te falei se a mãe não tiver perto tem que saber o que a gente tem que comer, que tem que tomar insulina.**

(Lucas, 14 anos, p. 3)

Trecho 3

T145: E o que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?

D146: **Defeito sei lá, um probleminha mecânico meu.**

T147: Uhum.

D149: *Eu não vejo assim como uma doença e tal, ela tem um monte de sintomas que vai aparecer ao longo do tempo, eu acredito que embora eu acredite que ela não seja uma doença, é um defeito em um órgão, eu acho que ela tem muito mais chance de ser curada do que a AIDS, porque se você pensar a AIDS é um vírus, se você conseguir algum remédio que mata esse vírus você cura a pessoa, mas eu não, eu tenho esse órgão, não tem o que matar dentro de mim pra fazer esse órgão voltar a funcionar, transplante você pode até pensar nisso, mas um outro remédio que você tem que tomar pode causar um câncer e te levar um problema muito pior, então eu vejo só como um problema mesmo, um defeito, se eu tivesse nascido cego como eu te falei antes, eu teria desenvolvido habilidades a audição ficaria mais aguçada, o tato teria ficado mais aguçado de forma a eu compensar a falta da visão, eu acho que às vezes o que o médico e o psicólogo tenta fazer é ajudar os diabéticos a desenvolver outras habilidades que possam compensar essa deficiência do órgão, o Nutricionista também entra nesse papel, porque se seu órgão está com defeito você vai ter que compensar isso, você tem que ter habilidade na hora de se alimentar, habilidade na hora de montar o seu cotidiano, tem que ter uma habilidade física, e o médico, o nutricionista e o psicólogo tudo entra em conjunto pra tentar te ajudar a montar isso, nutricionista, por exemplo, eu nunca consegui controlar minha glicose bem mesmo sabe, algo que é um desafio pra mim controlar ela, (...).*

T150: *Uhum.*

(Diogo, 18 anos, p.10,11)

Para Aline (trecho 1), o diabetes é situado de maneira minimizada, bem como o procedimento terapêutico. Expressões como “coisinha pequeninha que aconteceu no meu corpo” e “tomar uma picadinha de mosquito” evidenciam esta minimização que ajudam a descaracterizar o diabetes como uma doença crônica e sua terapêutica invasiva.

Lucas, no trecho 2, ao descrever o diabetes também o ameniza colocando que “não é um problema tão grande assim” e “por um lado é bom” e é “um pouco normal” ter diabetes, apesar de ser “ruim”. Tal descrição parece ter a função de oferecer um contraponto ao “ruim”, usando o recurso da dieta “a gente não come tanta bobeira” para justificar o porquê ter diabetes pode ser bom.

“Um probleminha mecânico meu” é como Diogo irá posicionar o diabetes. Tal posição permite que Diogo construa um discurso sobre a possível cura do diabetes como sendo mais fácil do que outras condições de saúde tais como o câncer e a AIDS. Além disso, é interessante observar que ele também coloca que os profissionais de saúde-

médico, psicólogo e nutricionista podem ajudar as pessoas com diabetes a compensar a deficiência do órgão.

O diabetes apresentado como um problema parece ter a função de minimizar sua cronicidade e permitir uma convivência possível, por exemplo, quando é situada como um problema, o adolescente coloca que “dá pra resolver”. Em contrapartida, outros adolescentes descreveram o diabetes a partir da patologia, conforme o próximo repertório a ser apresentado.

5.1.4.2. Diabetes como doença

Ao situarem o diabetes como doença, aspectos da cronicidade da mesma foram destacados. Expressões tais como “doença grave” e “doença que não pude escolher” foram usadas para falar sobre o diabetes. Diante de tal descrição, a conversa irá girar em torno do que deve ser feito para evitar as seqüelas que a “doença” pode acarretar. Em função disso, os adolescentes irão falar do lugar do adolescente com diabetes que têm que se cuidar e seguir a prescrição terapêutica, como será discutido nos trechos a seguir:

Trecho 1

T131: Então agora, é que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?

R132: Vem que é uma doença grave que tem que se cuidar, se proteger, pra não acontecer o pior, porque o diabete pode cegar, pode ficar numa cadeira de roda, pode até morrer se não cuidar bem dele.

T133: Huhum, falou que é uma doença grave, e que tem que se cuidar e se proteger...mas alguma coisa?

R134: Não...tem que fazer as coisas tudo certo, né?

T135: Me fala um pouquinho o que que é fazer as coisas tudo certo...o que que é isso...

R136: Ah, é cê, é cê...tomar os remédios tudo certo, fazer sua alimentação certa, correta, do jeito que tem que ser...não extrapolar muito na comida, essas coisas.

T137: O que que é extrapolar?

R138: Aí, é comer muito...

T139: Comer muito?

R140: É comer exagerado demais

T141: Entendi, e dessas coisas que você falou, né, que é uma doença grave, e que tem que se cuidar, que não pode extrapolar, comer muito...sempre foi assim?

R142: Sempre...

T143: Mesmo? Conta mais um pouquinho desse sempre foi assim

R144: **Ah, que eu faço esses trem aí tudo, tudo que eu falei agora, essas coisas eu faço tudo de errado.**

T145: Que que é fazer tudo de errado?

R146: **Uai, é fazer as coisas que num pode fazer no diabete**

T147: Que coisas são essas que mais chamam a sua atenção?

R148: **Essas coisas que eu disse, não pode comer muita coisa, não pode chupar uma bala, comer alguma coisa que altera no sangue...**

(Ricardo, 15 anos, p.5)

Trecho 2

T95: Huhum, agora, o que que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?

G96: Diabetes? **Diabetes é uma doença que eu não pude escolher, que isso eu já tive pelo meu corpo mesmo, e tentar me cuidar agora pra frente, até descobrir a cura e não fazer nada de errado pra quando vier a cura pra poder parar com o diabete.**

T97: Huhum. Você falou um pouquinho que não pode escolher, né, e a questão de descobrir a cura, me fala mais um pouquinho dessas coisas...

G98: **É eu, eu tento, eu rezo muito pra descobrir a cura, né, porque ter diabete não é bom, tira todas as coisas que as crianças gosta, né, bala, chocolate, esses trem, mas eu tento me cuidar, pra num futuro vir a cura e eu poder tirar, tomar, a cura, receber a cura e se livrar do diabete.**

T99: Se livrar? Como assim?

G100: **Se livrar, por exemplo, uma doação, ou alguma célula, principalmente células tronco, e voltar, meu pâncreas voltar a funcionar e eu não ter mais diabetes.**

T101: Huhum. Sobre essas coisas que você falou, de não poder escolher, de vir a cura, que que isso tem a ver com você, Gustavo?

G102: **Ai, comigo assim eu tento, me superar com o diabete, né, tento aceitar que eu tenho ela, me cuidar pra mim num ficar pior no futuro e rezar que venha a cura logo, pra mim receber a cura.**

T103: E o que que é se superar?

G104: **Me superar, é me proteger, fazer as coisas certas, não fazer nada errado e receber essa cura que é o mais importante pra mim agora na minha vida.**

(Gustavo, 13 anos, p.4)

Trecho 3

T175: E sempre foi assim, isso que eu te perguntei, mudou depois do diabetes. O que que vem à sua cabeça quando eu falo diabetes?

R176: **Diabete, diabete, é meio esquisito pra quem tem ela. Porque é meio chato, porque eu gosto de comer doce, eu adorava doce antes de eu ter diabetes.**

T177: Uhum

R178: Aí descobriu isso, e tal, essa doença, foi mais o meu emocional que ficou muito...chato, porque você imaginar que não vai poder comer mais aquilo e tal, aí você vai acostumando com o tempo, saber que você tem que se cuidar, porque se você não se cuidar você vai se prejudicar no futuro, porque agora você não vê, só no futuro.

T179: O que que prejudica?

R180: Diabete prejudica o rins, né, você fica tipo, o rins, uma visão, atrapalha a visão, é, prejudica mais o rins, a visão, você pode perder um braço, os dedos...

T181: Uhum

R182: Vai prejudicando, vai te fazendo muito mal se você não se cuidar

(Rafael, 16 anos, p.4,5)

Ao descrever o diabetes Ricardo (trecho 1) a define como uma doença grave, o que propicia a descrição de todas as seqüelas que o diabetes pode acarretar para justificar sua definição. Diante disso, ele se coloca como alguém que precisa se cuidar e se proteger da doença e das possíveis conseqüências. Para Ricardo, se cuidar significa “fazer as coisas tudo certo” seguindo a prescrição terapêutica dada ao diabetes. No entanto, tal descrição irá influenciar como Ricardo descreve a si mesmo: “essas coisas, eu faço tudo errado”, diante disso, a lógica prescritiva parece colocá-lo numa posição de fracasso por não conseguir fazer as coisas certas.

Para Gustavo (trecho 2), diabetes é uma doença que não se pode escolher e que acontece no corpo. A alternativa que ele encontra é se posicionar como alguém que tem que se cuidar para não ser prejudicado no futuro. Além disso, ele reza para encontrar a cura e, neste momento, o diabetes é posicionado como um “vilão” que tira todas as coisas que as crianças gostam. e então, a cura representaria a oportunidade de “se livrar” do diabetes e recuperar tudo o que ela tirou de sua vida.

No terceiro trecho, Rafael situa o diabetes como uma doença que alterou o seu “emocional”, deixando-o “chato”. Além disso, destaca as seqüelas que o diabetes pode trazer, e se descreve como alguém que precisa se cuidar e se proteger para não estar sujeito às conseqüências que o diabetes como doença pode lhe acarretar.

Quando o diabetes é descrito como uma doença, a cronicidade e a suas conseqüências para o corpo a longo prazo são evidenciadas, apontando para a periculosidade da doença para a pessoa. Ele é considerado como uma ameaça, algo que não se escolheu, que limita a vida e diante da qual se deve realizar todos os esforços. À medida que sua ocorrência não foi decorrente de nenhuma ação do adolescente, este repertório do diabetes como doença acaba por promover certa vitimização dos mesmos.

Porém, outras possibilidades de descrição aconteceram como no próximo repertório a ser discutido.

5.1.4.3. Diabetes como vivência

O diabetes descrito a partir de como os adolescentes o vivenciam foi outro repertório identificado neste estudo. “Uma experiência difícil”, “minha vida” e “limita a sua vida inteira” foram algumas expressões utilizadas por eles ao usarem este repertório. Tais descrições tanto podem permitir uma convivência possível com o diabetes, no sentido de colocá-lo como algo que os adolescentes já se acostumaram, bem como dar ênfase às limitações e às restrições cotidianas que para eles a doença pode trazer:

Trecho 1

T105: Certinho..agora nós estamos indo pra ultima parte da entrevista...é...o que que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?

*J106: Diabetes...**minha vida...** diabetes é minha vida! **Praticamente metade da minha vida que eu tenho diabete, então é, eu já acostumei é, é lógico que eu tenho vontade de falar ai mãe eu quero fazer cirurgia, quero tirar esse negócio de mim, mas é minha vida, então, é minha vida e ter cuidado, é isso que eu penso quando eu falo, nossa eu tenho diabetes, minha vida...***

T107:Fala um pouquinho mais pra mim do ter cuidado...

J108: Ter cuidado...não comer na hora errada, comer tudo certinho, não comer comida que não deve, que num tá dentro da minha dieta, do meu do que eu posso comer, controlar, não extrapolar...

T109: Huhum

J110: Assim, é poder de vez em quando, eu acho que não tem problema, mas muito, toda vez, não pode...

T111: E Júlia, o que que isso tem a ver com você?

J112: (pausa) **eu acho assim, eu acho que um certo lado tem a ver comigo, porque eu cuido assim, como eu te falei, às vezes eu extrapolo..**

T113: Ahaham

J114: Mas eu cuido mais do que extrapolo, teve uma época, é, é que eu tava com a hemoglobina, é faz um tempinho atrás, num é muito tempo não, nossa eu tava com a hemo.., meus exames tava tudo estourado, minha mãe tava com medo de eu estar com problema no rim **e aí eu fui ver, comecei a controlar, comecei a controlar e então eu, eu se fosse pra você perguntar como é que eu sou, eu ia falar que tem os momentos que eu sou controlada, mas tem momentos também que eu descontrolei**

T115: Huhum

J116: **Mas hoje, eu posso falar assim, não, eu tô controlada**

T117: Huhum

J118: Controlada na medida do possível

(Júlia, 14 anos, p. 4,5)

Trecho 2

T107: E, agora nós estamos chegando numa outra etapa, fala pra mim tudo o que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?

P108: Diabetes...(pausa)...eu sempre falo isso com tanta gente, mas eu nunca penso nas palavras que vem na cabeça quando eu falo...diabetes...(pausa)...vem saúde, corpo, de novo, vem insulina, doce, um pouco de diferença das pessoas, médico. Acho que só, **mas assim, pra mim é normal, sabe? Não tem muita diferença, pra mim a única coisa que muda, é eu não poder comer as coisas, o fato de eu ter que fazer exame, tomar a insulina, pra mim é normal, sabe? Já tem tanto tempo que eu acostumei. Só a parte de não comer o que todo mundo tá comendo, mas também eu já acostumei, mas eu acho que é só essa a diferença que eu vejo.**

T109: E dessas outras coisas que você falou, você falou médico, insulina doce e tal, o que que isso tem a ver com você especificamente? Da diferença que você me explicou um pouco...que é mais na alimentação

P110: **Não, acho que tem tudo a ver comigo, porque é tudo o que eu faço na minha vida assim. Nessa parte de doença, de saúde...isso.**

(Patrícia, 18 anos, p. 5)

Trecho 3

T98: Então Camila me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo diabetes.

C99: **É uma experiência difícil.**

T100: Fala um pouquinho mais, vai desenvolvendo essa idéia de experiência difícil.

C101: **Porque diabetes não tem essa liberdade, não pode sair porque pode passar mal, você não pode ir a tal lugares, você não pode comer certos doces porque tem açúcar.**

T102: E o que mais passa pela sua cabeça sobre experiência difícil, o que mais?

C103: **Uma experiência diferente também.**

T104: *Diferente em que jeito?*

C105: **As privações que você tem.**

T106: *Quais são elas?*

C107: **Doce principalmente, você não poder sair e mais é isso.**

(Camila, 13 anos, p. 3,4)

Trecho 4

T201: *Uhum. E o que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?*

H202: *O que vem direto é tanta coisa.*

T203: *Pode ficar tranquilo.*

H204: **Hum, ah é igual eu falei, eu penso em deterioração, o corpo vai deteriorando, eu penso em limitação, nossa limitação eu penso em muitas, não tem como, limita a sua vida inteira.**

T205: *Me conta quais são os limites.*

H206: *Por exemplo, um deles foi o exemplo que eu te dei da selva, outra coisa que eu também sempre falava é, por exemplo, vamos supor que eu queira fazer, fazer aquele exercício, e tal, então é uma coisa que já não pode, quando você vai a uma festa às vezes, ah, você não vai ter muito o que comer, às vezes você não tem nada para beber porque você não pode beber refrigerante normal, é, às vezes você esta na casa de uma pessoa ela te oferece um bolo, então é uma coisa que não pode, porque tem açúcar, e, às vezes também você não tem muitas opções de comida, por exemplo, eu quero comer um pão eu tô cansado de comer pão mas eu tenho os horários para comer, então eu estou sempre comendo uma coisa que vai se repetir muito, não tem uma coisa para variar fácil, igual eu tive diabetes com onze anos tinha muita coisa boa que eu comia, então eu quero comer um pão doce eu já não posso comer mais.*

(Hugo, 17 anos, p.5)

Nos trechos 1 e 2, Júlia e Patrícia, respectivamente irão situar o diabetes como algo tão rotineiro e habitual que chega a significar a sua própria vida. Tal descrição permite com que elas se descrevam como pessoas adaptadas e acostumadas a viver com diabetes, conforme destacado por Patrícia “(...) pra mim é normal, sabe? (...) Faz tanto tempo que eu já me acostumei”.

Diferentemente de Júlia e Patrícia, nos trecho 3 e 4, Camila e Hugo dão ênfase às dificuldades que o diabetes acarreta em seu cotidiano. Para Camila, o diabetes é uma experiência difícil e diferente na medida em que restringe sua alimentação e a liberdade de sair pela possibilidade de sentir-se mal. Hugo compartilha dessa idéia quando destaca a dificuldade de ir à festas e a casa de amigos e não encontrar os alimentos que ele poderia

ingerir. Além disso, coloca a restrição quanto aos exercícios físicos e a rotina de horários imposta pelos cuidados com o diabetes. Tal descrição tem a função de justificar como o diabetes “limita a sua vida inteira”.

Diante disto, o uso deste repertório permite que os adolescentes se coloquem ora como pessoas limitadas ao adotarem uma concepção que aponta para as limitações e restrições que o diabetes lhes impõe, ora como pessoas que construíram uma convivência possível quando essa experiência é situada como a própria vida, trazendo a normalização de uma rotina de cuidado e o se acostumar com esta rotina.

5.2. Do circunscrito ao dinâmico: os repertórios interpretativos em ação

A análise vertical das entrevistas realizada na primeira parte desta análise permitiu observar como os adolescentes descrevem ou situam cada um dos temas dos blocos temáticos gerando descrições de si, da adolescência, do corpo, saúde e diabetes. Esta dimensão de análise possui um caráter circunscrito na medida em que recorta o contexto de emergência de determinado repertório interpretativo.

No entanto, a análise horizontal dos Mapas de Associação de Idéias abre para uma possibilidade diferente, uma vez que descreve o caráter situado do processo de produção de sentidos. Neste momento, esta análise configura-se como um processo dinâmico em torno das descrições de adolescência, corpo, saúde e diabetes.

Considerando o objetivo da pesquisa, optamos por analisar como as descrições de diabetes se inter cruzam com as dos outros temas da pesquisa, reposicionando e ressignificando as questões da entrevista e as definições que os adolescentes fazem de si e de sua condição de saúde. Em termos metodológicos, esta análise consiste em identificar

trechos da entrevista nos quais havia descrições na coluna Diabetes do mapa de associação, enquanto se conversava sobre outro bloco temático.

Além disso, esta análise pretende olhar para a entrevista como um todo, percebendo o processo relacional e situado do momento de interação entre entrevistadora e entrevistado. Para atender a esta expectativa, será feito um estudo de caso de um dos participantes dando visibilidade ao uso dinâmico dos repertórios e as implicações destes no momento aqui-e-agora do processo de produção de sentidos.

5.2.1. Diogo: Eu adolescente; Eu adolescente com diabetes. Um estudo de caso.

Na entrevista de Diogo (Anexo E), um adolescente de 18 anos, o diabetes interage com os outros temas em vários momentos possibilitando outras descrições dos mesmos. Neste processo, em determinadas situações, mais de um repertório interpretativo é usado para justificar os argumentos que Diogo tece durante a entrevista sobre as questões que são levantadas.

Iniciando pela adolescência, é interessante observar que para este adolescente esta etapa da vida, em um primeiro momento, é caracterizada por emoção descontrolada, ansiedade, nervosismo, dentre outros. Neste momento, o repertório usado por ele para situar a adolescência é a *adolescência alterando o “psicológico”*, o qual implica em descrever o adolescente como “problemático” e que tem dificuldades em lidar com os conflitos. Porém, a adolescência com diabetes parece ser ainda um pouco mais complicada para ele. Ele fala que o diabetes surge para intensificar estas características, na medida em que Diogo destaca que o diabetes “apimenta” tudo isso (se referindo à emoção descontrolada, ansiedade, nervosismo) quando a taxa de glicemia está alta, deixando-o mais nervoso e mais ansioso. Diante disso, a descrição de diabetes se combina com o

repertório da adolescência que altera o “psicológico”, produzindo uma versão emocionalmente mais intensa e difícil da adolescência.

Neste sentido, ao falar sobre qual momento ele consideraria melhor para a pessoa ter o diagnóstico do diabetes, Diogo coloca que descobrir o diabetes na adolescência seria pior. A sua justificativa para tal afirmação será baseada em outro repertório: o da *adolescência que traz ganhos*, pois em sua concepção o adolescente precisa de um pouco de espaço diante de uma família superprotetora, o que caracteriza o adolescente que deseja ser autônomo e independente e ao descobrir o diabetes na adolescência, além do adolescente estar “lutando” por seu espaço, ainda teria que lidar com o diabetes “em cima dele” exigindo que fosse controlado. Diogo usa de outro repertório sobre a adolescência, para sustentar o argumento de como o diabetes é difícil e traz desafios para um adolescente.

Em outro momento, ainda no contexto da adolescência, quando Diogo é questionado sobre o que essas coisas têm a ver com ele, a questão do diabetes será ressignificada e irá reposicionar a sua descrição de adolescência, dele como adolescente e como adolescente com diabetes, além de sua relação com a família e outros adolescentes. O repertório *adolescência: eu e o outro nas relações interpessoais* e *diabetes como problema* serão destacados aqui. Após ter descrito na entrevista as dificuldades que o diabetes traz, Diogo se posiciona de forma a se afastar daquelas descrições, buscando amenizar a descrição do diabetes e normalizar a vida adolescente.

Diogo, então, situa sua adolescência como normal ou até melhor se comparada a outros adolescentes. Neste momento da entrevista, a família não será apontada como superprotetora, mas sim como uma família espetacular que o ajuda a ter essa vida tão normal, ou melhor, que a de outros adolescentes que podem ter problemas piores do que o seu. O *diabetes como problema* tem a função de normalizar a sua adolescência e enfatizar

esta normalização. Diogo coloca que existem estatísticas que toda família terá um diabético no futuro, tornando-se uma epidemia global. Dessa forma, na descrição de Diogo, o diabetes perde sua peculiaridade, tornando-se algo comum, e que faz parte da vida de todos. Outra maneira de amenizar o diabetes e tornar a adolescência com diabetes algo normal, é torná-la como uma outra parte do corpo, quando ele afirma que *“Então assim acho que dá pra, não tem diferença mais viver com ou sem diabetes, é como eu tenho um braço, é como eu tenho os olhos, é como eu tenho a diabetes”* (p. 7). Diante disso, pela combinação do uso destes repertórios, há uma naturalização do diabetes, fazendo-o perder todo o caráter desafiador e restritivo, descrito anteriormente, o que nos mostra o caráter situado do uso dos repertórios.

Com relação ao corpo, Diogo irá usar duas metáforas, sendo que uma irá colocar o diabetes em uma posição crítica, e em seguida, outra metáfora virá contrapor essa posição desconfortável, situando-a de forma mais amena. A primeira metáfora é o corpo situado como uma máquina e o repertório usado por ele é o *corpo vulnerável*. O diabetes aparece de forma a danificar essa máquina em que o pâncreas “pifou” diante desta vulnerabilidade que o diabetes traz para a máquina-corpo. Diogo diz que precisa cuidar desse corpo para que outras peças não pifem.

Este adolescente tem uma preocupação especial com o cérebro, e teme que o diabetes afete seu cérebro nas possíveis crises de hipoglicemia. É interessante observar que para Diogo não é o pâncreas que ocupa um lugar privilegiado, pois esse é situado só como mais uma peça na seguinte expressão: *“a parte que eu tenho mais medo de atacar e me atrapalhar é a minha cabeça, o resto pra mim é só mais uma peça”*.

Logo em seguida, a metáfora “corpo não é tudo” e “a vida não é só corpo” serão usadas para permitir uma convivência com o diabetes de maneira menos ameaçadora.

Diogo coloca que pensar que o corpo não é tudo o ajuda a aceitar as doenças e as coisas que vêm no corpo e mais, acreditar que a vida não é só corpo, o ajuda a aceitar o diabetes.

Tal como ocorreu na conversa sobre adolescência, Diogo parece, num primeiro momento, trazer os aspectos críticos da descrição sobre o tema, para depois amenizá-lo. É como se as primeiras associações fossem marcadas por descrições negativas, as quais são contrapostas e amenizadas em seguida. Este movimento talvez possa ser entendido à medida que refletimos sobre os posicionamentos de Diogo na entrevista. Este movimento pendular nas descrições é acompanhado pela mudança das descrições iniciais para aquelas que falam sobre tais descrições na vida do entrevistado. Dessa forma, o adolescente, apesar das descrições críticas sobre o diabetes, se coloca como alguém que aceita a própria condição, e se esforça por cuidar. Neste sentido, parece que o Diogo adolescente quer falar mais alto que o Diogo com diabetes.

No contexto da conversa sobre saúde, alguns repertórios para descrever a saúde e o diabetes são usados por Diogo. A *saúde como disposição* é usada por ele quando situa saúde como bem-estar, estado este que ele experimenta ao conseguir fazer suas atividades diárias como acordar, estudar, dormir sem que o diabetes o atrapalhe. O profissional médico não é situado como responsável pela cura do diabetes, mas como alguém que pode lhe ajudar no controle do diabetes e, conseqüentemente, auxiliar no que ele chama de ter bem-estar.

Buscando amenizar a crítica feita ao diabetes como algo que pode atrapalhar seu bem-estar e para normalizar a sua condição de saúde diante do mundo, Diogo usa como recurso dizer que “*saúde não é você não ter uma doença*” argumentando que o próprio desenvolvimento tecnológico deixaria as pessoas vulneráveis a terem sua saúde abalada em algum momento. Diante disso, Diogo coloca que saúde, então, não seria a pessoa não ter uma doença, mas saber conviver com ela, o que possibilitaria uma vida normal.

Porém, quando questionado sobre o que seria “ser saudável” para ele, o diabetes irá ser reposicionando como algo que traz limitações para além das limitações humanas e o repertório *diabetes como vivência* será utilizado para se explicar. Aqui o senso de “normalidade” não aparece, pois, neste momento, ser saudável significa não ter nenhuma doença, ser uma pessoa que está num “tempo bom”. Nesse sentido, Diogo dará ênfase às limitações que o diabetes impõe em seu cotidiano, destacando suas dificuldades com a alimentação quanto aos horários para se alimentar e os alimentos que pode comer, além de exemplificar que não pode “correr” como qualquer outra pessoa.

Apesar do movimento pendular sobre as descrições em foco também poder ser identificado, na conversa sobre saúde as prescrições e limitações associadas ao diabetes prevalecerão. Neste contexto, a possibilidade de construção de novos sentidos parece ser limitada. Falar sobre saúde parece ser mais restritivo do que falar sobre adolescência e corpo.

Ao falar do diabetes em si, Diogo o situou a partir do repertório *diabetes como problema*, conforme esta expressão usada por ele nas primeiras associações sobre diabetes: “Um probleminha mecânico meu”. Além deste repertório, a metáfora do corpo-máquina também é usada para sustentar tal posição quando ele diz que diabetes para ele não é uma doença, mas sim um defeito em um órgão.

O uso do repertório *diabetes como problema* e a metáfora do corpo-máquina juntos ajudam Diogo a construir seu argumento acerca da posição de superioridade que ele coloca o diabetes com a relação a outras doenças, em termos da possibilidade de cura. Tal posição permite que Diogo construa um discurso sobre a possível cura do diabetes como sendo mais fácil do que a cura do câncer e da AIDS.

Além disso, é interessante observar que ele também coloca que os profissionais de saúde - médico, psicólogo e nutricionista - podem ajudar as pessoas com diabetes a

compensar a deficiência do órgão, no sentido de funcionarem como profissionais que poderão ajudá-lo a se adaptar ao diabetes e seu tratamento. No entanto, Diogo aponta para uma ajuda que seja voltada para o cotidiano da pessoa que vive nesta condição de saúde. Para tal, ele fala de si diante de sua rotina e as dificuldades que tem de lidar com a terapêutica prescrita. Um pedido de ajuda diferenciado a estes profissionais aparece na expressão: *“te dar a receita de um bolo é fácil, o difícil é você fazer ele”*. Nesse sentido, ele chama a atenção para um cuidado para além das práticas prescritivas.

É interessante observar que a conversa sobre diabetes não é marcada por associações iniciais críticas sobre o mesmo. De forma clara e direta, as descrições de diabetes trazem uma versão minimizada e até positiva sobre o tema, distante das críticas apresentadas anteriormente. Parece que no contexto dessa conversa, o movimento pendular se inverte. Após descrições positivas sobre o diabetes, há considerações das dificuldades de viver com diabetes e seguir as prescrições dos profissionais de saúde. Neste momento, os profissionais de saúde são questionados quando ao seu papel. Parece que o Diogo adolescente com diabetes quer ajuda para viver simplesmente como Diogo adolescente.

Concluindo este estudo de caso, percebo que o mesmo atendeu a necessidade de dar visibilidade ao caráter dinâmico e contextual do processo de produção de sentidos. Vários repertórios foram usados em diferentes momentos da entrevista de Diogo para descrever, posicionar, oferecer argumentos e sustentar suas descrições sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes, o que também alterava as descrições de si. Além disso, pode-se perceber que o uso de alguns repertórios geram descrições que potencializam e o ajudam a lidar com as questões abordadas neste estudo, entretanto, outros repertórios produzem descrições de dificuldades e limitação.

6. DISCUSSÃO

Esta discussão pretende olhar para as análises realizadas anteriormente de maneira reflexiva, bem como convidar o leitor para construir novas possibilidades de se compreender a relação existente entre *Diabetes Mellitus* e adolescência a partir de uma perspectiva construcionista para concepção do processo saúde-doença. A visão tradicionalmente atribuída à adolescência e ao adolescente também será discutida ampliando o entendimento desta etapa da vida. A partir da identificação dos repertórios interpretativos usados pelos adolescentes sobre os temas abordados neste trabalho podemos delinear quais as concepções são facilitadoras e limitadoras dos aspectos intrínsecos da relação diabetes e adolescência.

Retomando as reflexões feitas a partir da revisão de literatura, os estudos em sua maioria ao partirem de concepções biomédicas e biopsicosociais acabam por privilegiar a ótica do médico e determinar a partir de um único entendimento, quais são os aspectos relevantes para as intervenções com adolescentes com diabetes, tais como adesão ao tratamento, controle glicêmico, enfrentamento, dentre outros (Leonard; Garwick & Adwan, 2005; Greco et al, 2001, Edgar; Psychol & Skinner, 2003; Almeida & Matos, 2003). Tal postura parte da compreensão do diabetes como doença crônica.

No entanto, este trabalho, ao investigar a perspectiva do paciente, mostrou que há outros repertórios disponíveis para situar o diabetes, tais como o *Diabetes como problema* e *Diabetes como vivência*. Estes repertórios produzem outros sentidos sobre o diabetes, para além da doença. O diabetes situado como problema e vivência parecem ter a função de minimizar a cronicidade do mesmo e permitir uma convivência possível. Dessa forma, o que está em evidência não é aderir ou não ao tratamento ou ter determinados comportamentos que facilitem o seu enfrentamento partindo do pressuposto que o diabetes

é algo necessariamente penoso (Almeida e Matos, 2003), mas sim gerar sentidos sobre o próprio adoecimento que os ajude a normalizar o diabetes e encontrar maneiras de lidar com ele no cotidiano como, por exemplo, situando o diabetes como algo bom na medida em que há uma orientação alimentar rica em alimentos considerados saudáveis e no incentivo da prática de atividade física regular.

A concepção de saúde para os adolescentes também se apresentou sob diferentes sentidos, tais como saúde como auto-cuidado, controlada, como disposição e supervalorizada. Cada um destes modos de compreender a saúde gera implicações conforme descritas na análise. No entanto, cabe a discussão geral quanto à escolha de um repertório em detrimento a outro. Algumas concepções podem configurar descrições que levam a uma noção de saúde fechada em dois pólos, como por exemplo, a saúde controlada situa a saúde como boa/ruim, na medida em que exames serão os indicadores disso e a adesão ou não a comportamentos considerados saudáveis irão ter a função de predizer ou determinar quem tem e quem não tem uma boa saúde. Já a concepção de saúde como disposição parece, a meu ver, abrir para uma possibilidade mais ampla na medida em que permite uma descrição situada e contextual.

Outro aspecto importante desta discussão está relacionado aos entendimentos sobre a adolescência e o adolescente. Conforme apontado nas reflexões sobre a literatura, os estudos sobre diabetes e adolescência, em sua maioria, têm privilegiado uma descrição de adolescência e do adolescente associada à mudanças físicas, sociais e psicológicas (Leonard; Garwick e Adwan, 2005). Esta é tida, muitas vezes, como uma etapa conflituosa e problemática na vida da pessoa. Além disso, o adolescente é visto como alguém incapaz de fazer escolhas, de perceber conseqüências e pensar sobre o futuro (Damião e Pinto, 2007). Alguns teóricos já têm questionado esta concepção como, por exemplo, autores como Aguiar, Bock e Ozella (2002) que colocam que é preciso abandonar as visões

naturalizantes, pois elas gerariam propostas de trabalho que aceitam a realidade social como imutável e não vêm nas questões da Psicologia determinações que são sociais. Nesse sentido, situam a adolescência, pautados em uma perspectiva sócio-histórica, como algo criado historicamente pelo homem, nas relações sociais, fazendo parte da cultura como significado.

No presente estudo, a perspectiva do adolescente redimensiona os entendimentos sobre a adolescência e o adolescente. A adolescência como etapa da vida conflituosa é apenas uma possibilidade dentre outras encontradas neste trabalho. Os adolescentes destacaram a adolescência também como uma etapa da vida que traz ganhos como aumento da liberdade, autonomia, amadurecimento e aumento do lazer e das amizades. O adolescente, em oposição a sua figura tradicionalmente descrita como irresponsável e inconseqüente, é situado como dotado de responsabilidade na figura do *adolescente responsável* que se preocupa com saúde a fim de se auto-cuidar e evitar conseqüências futuras, e também é apresentado como pessoas estudiosas que pensam no futuro profissional. O adolescente e sua relação com o outro também é situada de maneira interessante, na medida em que ao descrever o outro as descrições que fazem de si são ressignificadas. Com relação ao diabetes, o outro aparece ora como alguém que rejeita, mas também que acolhe e se coloca numa postura amistosa e de cuidado.

Dessa forma, os repertórios usados pelos adolescentes neste estudo os descrevem como pessoas que são capazes de fazer escolhas, de serem responsáveis, de planejarem o futuro e cuidarem de si e sua saúde, oferecendo um contraponto às visões tradicionais atribuídas à adolescência e ao adolescente presentes na literatura sobre diabetes e adolescência.

Os sentidos sobre o corpo estiveram relacionados tanto à adolescência, quanto ao diabetes. Os repertórios que descreveram o corpo a partir das mudanças, dotado de

sexualidade e o corpo estético parecem estar relacionados à adolescência de forma geral. Já o *corpo vulnerável* é descrito do lugar do adolescente com diabetes. Um corpo que precisa ser cuidado e protegido, a meu ver, vem agregar sentido à noção de auto-cuidado, demonstrando que os adolescentes estão atentos ao diabetes e às consequências que o não cuidar deste corpo pode trazer. Porém, a relação entre corpo-saúde-diabetes não é a única possível aqui. O corpo para estes adolescentes também está relacionado às mudanças ocasionadas pela adolescência como as corporais, por exemplo. Outro ponto interessante é a presença de um corpo que pretende ser esteticamente bonito e que traz satisfação ou não.

Conforme discutido até o momento, a análise feita neste estudo apontou para vários repertórios possíveis para o entendimento dos aspectos relacionados à adolescência e diabetes. No entanto, os repertórios, conforme mostrado no estudo de caso, se apresentam de maneira dinâmica e contextualizada no discurso, sendo selecionados para descrever, justificar, explicar e se posicionar. Dessa forma, é importante discutir quais repertórios parecem facilitar ou limitar as descrições de adolescência e da adolescência com diabetes.

A *adolescência que altera o “psicológico”* combinada com o diabetes gera limitações e dificuldades, pois a adolescência situada dessa forma coloca o adolescente em uma posição de pessoa emocionalmente descontrolada e o diabetes intensifica ainda mais este descontrole. No entanto, a *adolescência que traz ganhos* ajuda o adolescente a ser mais autônomo e conquistar o seu espaço. A adolescência colocada dessa forma ajuda o adolescente a lidar, nessa etapa da vida, com o controle do diabetes, na medida em que não precisaria se desgastar também na luta pela autonomia diante da superproteção. Apesar da utilização do repertório que posiciona a adolescência como algo que traz benefícios, o diabetes ainda se configura como algo penoso e difícil para o adolescente.

Porém, a combinação de outros dois repertórios irá ressignificar estas descrições e facilitarão o viver com diabetes. A *adolescência: eu e o outro nas relações interpessoais* e

diabetes como problema colocam o outro como apoiador e em posição de igualdade, e às vezes, até de inferioridade, na medida em que os outros podem ter *problemas* que são piores do que ter diabetes. O uso destes repertórios combinados gera um outro sentido sobre ser adolescente e ter diabetes e permite uma descrição menos árdua e difícil, possibilitando que o adolescente com diabetes seja como um adolescente como outro qualquer.

O uso contextual e situado dos repertórios também se faz presente nas descrições de corpo, saúde e diabetes. O *corpo vulnerável* aponta para os danos que o diabetes pode trazer para o corpo, o que coloca o adolescente com diabetes em uma posição de fragilidade. Diante disso, duas metáforas surgem para contrapor essa vulnerabilidade: “corpo não é tudo” e “a vida não é só corpo”, o que permite ser adolescente e não só adolescente com diabetes. A *saúde como disposição* oferece a possibilidade de se viver com bem-estar e fazer as tarefas cotidianas como um adolescente “normal”, porém, o diabetes aparece como algo que pode ameaçar essa disposição. Então, o *diabetes como vivência*, em seu sentido limitador, é usado para explicar como é viver com diabetes e ser adolescente com diabetes é difícil. Estes repertórios combinados parecem se fechar para as construções de novos sentidos que ofereçam a oportunidade de lidar e viver com o diabetes de maneira mais amena.

Uma alternativa que parece facilitar a convivência com diabetes é o uso do repertório *Diabetes como problema* que permite colocar o diabetes em posição de superioridade frente a outras doenças e ter esperanças com relação à cura.

No entanto, apesar de alguns repertórios como a *adolescência que traz ganhos*, o *adolescente responsável*, *adolescência: eu e outro nas relações sociais*, *saúde como autocuidado*, *saúde como disposição*, *diabetes como problema* e *diabetes como vivência* permitirem a construção de sentidos que facilitam viver com diabetes e ressignificarem a

posição do adolescente e do adolescente com diabetes, os repertórios que parecem dificultar esta relação tais como *a adolescência alterando o “psicológico”, corpo vulnerável, saúde é “tudo”, saúde controlada, diabetes como doença e diabetes como vivência*, com foco nas limitações do dia-a-dia, parecem possuir grande força nas descrições dos adolescentes, o que torna a adolescência com diabetes algo que traz vários desafios.

Finalizando esta discussão, os sentidos que circulam principalmente no âmbito científico sobre diabetes e adolescência parecem reforçar concepções que mais dificultam do que ajudam o adolescente a viver com diabetes. Dessa forma, este estudo destacou alguns repertórios que estão disponíveis e que também poderiam ganhar força e, assim, possibilitar outras descrições sobre o adolescente com diabetes. A ênfase no entendimento destes repertórios como recursos disponíveis pelos/para os adolescentes pode promover intervenções no campo da saúde voltada a esta população pautadas em concepções mais potencializadoras.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegado o momento de conclusão deste trabalho percebo que as minhas questões instigadoras para o desenvolvimento desta pesquisa foram respondidas. Na busca por outros entendimentos da relação adolescência e *Diabetes Mellitus* posso dizer que este trabalho permitiu entrar em contato com a esfera dos sentidos e olhar para o outro como alguém que tem algo a dizer e a ensinar. Essa postura significa, a meu ver, abrir espaço para a construção conjunta das intervenções terapêuticas.

Quando coloco que as minhas questões foram respondidas destaco a multiplicidade dos repertórios interpretativos usados pelos adolescentes ao falarem sobre adolescência, corpo, saúde e diabetes. Diante da diversidade dos sentidos sobre cada um destes temas

podemos compreender que a adolescência é também uma etapa da vida que vem carregada de sentidos dotados de positividade tais como ter mais liberdade, autonomia, ser responsável, fazer mais amigos, dentre outros, contraponto algumas concepções existentes de que a adolescência é uma fase da vida turbulenta e conflituosa. Nesse sentido, vários adolescentes com diabetes descrevem esta etapa da vida de maneira gratificante e prazerosa.

O corpo está para além das transformações biológicas e os seus sentidos foram marcados pela possibilidade de trazer satisfação pessoal, estar em contato íntimo com o outro e pela necessidade de proteção e auto-cuidado do corpo marcado pelo diabetes, que traz vulnerabilidade. No entanto, mais do que insistir nas consequências e nas seqüelas que o diabetes pode acarretar, seria interessante promover formas de cuidar de si e do corpo que sejam potencializadoras usando outros repertórios disponíveis, conforme os apontados neste estudo. Isso significa sair do corpo “deteriorado” e ampliar para outras formas de significação.

A saúde também recebe diferentes modos de significação. Alguns deles colocam a saúde restrita a resultados de exames médicos, o que acaba por gerar uma visão reducionista de saúde, e suscitar descrições de si mesmos pautados no controle e descontrole. Em contrapartida, a saúde supervalorizada, colocada como “tudo”, traz também uma auto-exigência de ter tudo sob controle e em perfeita condição. Porém, este trabalho traz contribuições ao destacar outros repertórios possíveis para a saúde: *Saúde como auto-cuidado* e *saúde como disposição*, ao apontar maneiras de cuidar de si, os adolescentes acreditam estar contribuindo para serem pessoas mais saudáveis, e a saúde entendida como disposição os ajuda relativizar os momentos de mal-estar causados pelo diabetes, como momentâneos e não como um processo severo de adoecimento. Dessa forma, ao invés de se adotar formas de compreensão para a saúde que sejam determinadas

por indicadores biomédicos ou que se supervalorize a saúde de modo a funcionar como ameaça diante de um processo de adoecimento, podemos investir em concepções mais ampliadas de saúde que valorizem o auto-cuidado e também os momentos em que a pessoa sinta-se bem disposta e saudável, apesar de ter uma doença crônica.

Quanto ao diabetes, é importante considerar que os repertórios usados para situá-lo não partem apenas da definição de doença crônica, sendo esta uma dentre outras concepções possíveis. Neste estudo, o diabetes foi apresentado também como um problema e a partir da convivência com esta condição de saúde. Situado como doença crônica, gera descrições que dão ênfase no processo de adoecimento, ou seja, nas seqüelas que o diabetes pode trazer. Porém, o *diabetes como problema* e *diabetes como vivência* apontam para uma convivência possível e descrevem maneiras de lidar com o diabetes que não recortem apenas seus aspectos crônicos. No entanto, conforme apontando neste trabalho, os estudos sobre adolescência e diabetes parecem partir apenas do repertório *diabetes como doença* o que direciona o olhar somente para os aspectos de adesão ao tratamento, o que reforça uma lógica prescritiva de se tratar tal questão. Diante disso, há de se considerar outras maneiras dos pacientes significarem a sua condição de saúde e estes modos de subjetivação devem ser considerados ao se trabalhar com esta população.

Metodologicamente, percebo que a pesquisa qualitativa associada à perspectiva construcionista social e a abordagem da Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, ao oferecem uma proposta alternativa para investigação científica sugerindo outros valores para a produção do conhecimento, me ofereceram bases orientadoras para atingir os objetivos deste estudo.

O construcionismo social, ao apontar para a necessidade de se legitimar a ótica do paciente na compreensão do processo saúde-doença, convida os profissionais da saúde a se abrirem para o diálogo e considerarem os significados de saúde e doença para o paciente.

Neste estudo, os adolescentes com diabetes, ao serem ouvidos, apontaram para diversos modos de se compreender saúde e doença, gerando descrições que parecem ser mais facilitadoras de ser adolescente e viver com diabetes que poderão ganhar força no cotidiano, oferecendo um contraponto às descrições que parecem ser difíceis e carregadas de sofrimento para eles.

A abordagem das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos ao se afiliar às perspectivas construcionistas possibilitou um arcabouço teórico-metodológico que permitiu a identificação dos repertórios interpretativos dos temas investigados neste trabalho. Através da construção dos Mapas de Associação de Idéias pode-se compreender o caráter dinâmico e contextual em que os repertórios são usados para descrever, justificar, posicionar e explicar. Isso explica o porquê os repertórios interpretativos ocupam um lugar central na compreensão da produção de sentido, pois as pessoas ao se verem diante de situações diversas irão buscar diferentes repertórios que lhes sejam úteis e tenham funcionalidade para lhes ajudar diante de algumas situações, conforme mostrado no estudo de caso apresentado neste estudo. Diante disso, neste trabalho, vários repertórios foram usados pelos adolescentes com diabetes, ampliando o entendimento dos aspectos presentes na relação adolescência e diabetes.

Por fim, as pesquisas qualitativas em suas bases epistemológicas e metodológicas conferem ao pesquisador um lugar ativo do processo de produção de conhecimento, considerando o conhecimento como algo construído na relação pesquisador-pesquisado, e principalmente, valorizando a qualidade e a singularidade das expressões dos participantes, não usando o critério quantitativo para validar seus achados. Tal postura confere um lugar legítimo aos sentidos produzidos em situação de entrevista pela pesquisadora e pelos pesquisados sobre os temas abordados neste estudo.

Neste estudo, convidamos a um olhar para a adolescência e diabetes que se interesse pelo seu caráter histórico, cultural, dinâmico e contextual. Nesta pesquisa, em uma situação específica de entrevista com adolescentes portadores de diabetes tipo 1, diversos sentidos foram produzidos, ressignificando e apontando para novos modos de compreensão da adolescência e diabetes. Não tenho o intuito de desconsiderar os repertórios usados pela ciência para falar destas questões, porém, aponto para a necessidade da participação ativa do adolescente juntamente com a equipe de saúde na construção do projeto terapêutico que valorize a sua maneira de significação sobre a adolescência e sua condição de saúde.

8. REFERÊNCIAS

- Aguiar, W.M. J., Bock, A. M. B., & Ozella, S. (2002). A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (2ª ed.revisada), (pp. 163-178). São Paulo, SP: Cortez.
- Almeida, H.G.G. (1997) Estudo geral. In: H.G.G. Almeida (Org.), *Diabetes Mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde*. (pp.1-10). São Paulo, SP: Atheneu.
- Almeida, V., & Matos, A. P. (2003). A Diabetes na adolescência. Um Estudo Biopsicossocial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 61-76.
- Barros, J.A.C. (2002, janeiro/julho). Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11 (1). Recuperado em 16 de outubro, 2007, de http://apsp.org.br/saudesociedade/XI_1/pensando_o_processo_saude.htm
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília : Ministério da Saúde.
- Carrol, A. E., & Marrero, D. G. (2006). The role of significant others in adolescent diabetes – A qualitative study. *The Diabetes Educator*, 32(2) 243-252.
- Consenso Brasileiro sobre Diabetes (2002). *Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006). *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Damião, E. B. C., & Pinto, C.M.M. (2007 julho/agosto). Sendo transformado pela doença: a vivência do adolescente com diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), 568-574.
- Edgar, K. A., Psychol, DClin., & Skinner T. C. (2003). Illness representations and coping predictors of emotional well-being in adolescents with Tipe 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7),485-493.

- Frabro de Bem, A., & Kunde, J. (2006). A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas do *diabetes mellitus*. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 42 (3), 185-191.
- Gergen, K.J. (1996) Realidades y relaciones. Barcelona: Paidós,.
- Gergen, K. J. (1985). The Social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- González Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Grandesso, M. A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Greco, P., Pendley, J. S., McDonell, K., & Reeves, G. A. (2001). Peer group intervention for adolescents with Type 1 Diabetes and their best friends. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (8), 485-490.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Huus, K. & Enskar, K. (2007, abril). Adolescents' experience of living with diabetes. *Paediatric Nursing*, 19 (3):29-31.
- Leonard, B. J., Garwick, A., & Adwan, J. Z. (2005). Adolescents' perceptions of parental roles and involvement in diabetes management. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6) 405-414.
- Malerbi, D. A. (1993) Complicações agudas e crônicas do diabetes. In: *Orientações básicas para o diabético* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Medrado, B. (1998, janeiro/julho). Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista - *Revista Psicologia & Sociedade*, 10 (1). Recuperado em 05 de novembro, 2007, de <http://www.papai.org.br/admin/biblioteca/arquivos/20070301124630.pdf?PHPSESSID=9bc9f4cb320e450d49489e0ffd263e2c>.

- Miller, V. A., & Drotar, D. (2003). Discrepancies between mother and adolescent perceptions of diabetes-related decision-making autonomy and their relationship to diabetes-related conflict and adherence to treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4), 265-274.
- Narring, F. (2001, abril). Metodología de investigación qualitativa: una revisión crítica de su aplicación a los adolescentes. *Adolescência Latino-Americana*, 2(3), 148-151.
- Pinheiro, O. G. (1999). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas metodológicas*. (pp. 183-214). São Paulo: Cortez.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2001). Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 14(1), 201-209.
- Rios, L. F., Pimenta, C., Brito, I., Terto Jr., V., & Parker, R. (2002, agosto). Rumo à adulez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cadernos Cedes*, 22 (57), 45-61.
- Santos, J. R., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1: Seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 16(2), 411-425.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *Estudo Multicêntrico*. Recuperado em 10 de janeiro, 2007, de http://www.diabetes.org.br/sucessos/apresentacao_estudomulticentrico.php
- Spink, M. J. (Org.) (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, R.J. :Vozes.
- Spink, M. J., & Frezza, R. M. (1999). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In M. J. Spink (Org), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (pp.17-39). São Paulo: Cortez.

- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In. M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*, (pp. 41-61). São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J., & Menegon, V. M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In M. J. Spink (Org.), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (pp.63-92). São Paulo: Cortez.
- Traverso-Yépez, M. (2001, julho/dezembro). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, Maringá, 6 (2),49-56.
- Zanetti, M. L., & Mendes, I. A. C. (2001). Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: depoimento das mães. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 25-30.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Bloco 1: Construção da linha do tempo.

1. Instrução: Foi entregue ao participante uma folha de papel sulfite em branco e uma caneta. Sendo solicitado que o participante fizesse uma linha ao longo do tempo desde o seu nascimento até a data da entrevista, marcando os principais acontecimentos de sua vida.
2. Investigação: perguntas sobre a linha do tempo produzida.

Bloco 2: Adolescência

1. O que vem a sua cabeça quando eu falo adolescência?
2. O que isso tem a ver com você?
3. Sempre foi assim?

Bloco 3: Corpo

1. O que vem a sua cabeça quando eu falo corpo?
2. O que isso tem a ver com você?
3. Sempre foi assim?

Bloco 4: Saúde

1. O que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?
2. O que isso tem a ver com você?
3. Sempre foi assim?

Bloco 5: Diabetes

1. O que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?
2. O que isso tem a ver com você?
3. Sempre foi assim?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MODELO PARA O PARTICIPANTE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, aceito participar do estudo intitulado “Adolescentes portadores de diabetes tipo 1: perspectivas e discursos” realizado por Teresa Cristina Martins Silva sob a orientação do Prof. Emerson F. Rasera.

Declaro estar ciente que este estudo tem a finalidade de compreender os sentidos do *Diabetes Mellitus* e sua vivência para adolescentes com diabetes do tipo 1.

Minha aceitação significa que concordo em participar de uma entrevista que abordará questões sobre *Diabetes Mellitus* e adolescência.

Fui assegurado de que esse estudo não oferece risco à minha saúde e que poderei me beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre minhas experiências sobre o tema desse estudo.

Declaro também que:

- a) Estou aceitando voluntariamente, e sem remuneração, a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
- b) Posso deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se eu desejar, sem que isso me cause qualquer prejuízo;
- c) Fui assegurado que minhas informações comporão um banco de dados que será utilizado somente para fins de pesquisa, cujos resultados serão sempre divulgados de forma a resguardar o sigilo de minha identidade.
- d) Poderei entrar em contato com a pesquisadora Teresa Cristina (*) e com PROF. EMERSON F. RASERA (*) para tratar de qualquer situação relacionada à minha participação nesse estudo, caso eu julgue necessário.

Pesquisador: _____ Assinatura: _____

Participante: _____ Assinatura: _____

Uberlândia, ____ de _____ de 2006.

* Pesquisadora: Teresa Cristina Martins Silva- Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará, 1720, bloco 2C, Fone: 32182235.

*Prof. Emerson Rasera – Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará, 1720, bloco 2C, Fone: 32182235.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Fone: 32394131

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MODELO
PARA O RESPONSÁVEL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
responsável legal por _____ o (a) autorizo
a participar do estudo intitulado “Adolescentes portadores de diabetes tipo 1: perspectivas
e discursos” realizado por Teresa Cristina Martins Silva sob a orientação do Prof. Emerson
F. Raserá.

Declaro estar ciente que este estudo tem a finalidade de compreender os sentidos do
Diabetes Mellitus e sua vivência para adolescentes com diabetes do tipo 1.

Minha aceitação significa que concordo que meu filho (a) participe de uma
entrevista que abordará questões sobre *Diabetes Mellitus* e adolescência.

Fui assegurado de que esse estudo não oferece risco à saúde de meu filho (a) e que
o mesmo poderá se beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa
conversar sobre suas experiências sobre o tema desse estudo.

Declaro também que:

- a) Estou aceitando voluntariamente, e sem remuneração, a participação meu filho (a)
nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
- b) Meu filho (a) pode deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se o
desejar, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo;
- c) Fui assegurado que as informações de meu filho (a) comporão um banco de dados
que será utilizado somente para fins de pesquisa, cujos resultados
serão sempre divulgados de forma a resguardar o sigilo da identidade de meu filho (a).
- d) Poderei entrar em contato com a pesquisadora Teresa Cristina (*) e com PROF.
EMERSON F. RASERA (*) para tratar de qualquer situação relacionada à participação do
(a) meu filho (a) nesse estudo, caso eu julgue necessário.

Pesquisador: _____ Assinatura: _____

Responsável legal: _____

Assinatura: _____

Uberlândia, ____ de _____ de 2006.

* Pesquisadora: Teresa Cristina Martins Silva - Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará,
1720, bloco 2C, Fone: 32182235.

*Prof. Emerson Raserá – Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará, 1720, bloco 2C,
Fone: 32182235.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Fone: 32394131

ANEXO C - FOTOCÓPIA DA APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

ANEXO D: MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS RESUMIDO

Dados de identificação:

Nome: Aline

Idade: 12 anos

Adolescência	Corpo	Saúde	Diabetes
<i>T63: ah, eu acho que você dá conta sim, vamos pensar, por exemplo, que que você acha do ponto de certo de outra garota pra namorar? O que você falaria, ah aquela menina tá no ponto certo, e aquela outra não tá no ponto certo? Pra gente comparar...</i> A64: cada um tem sua época, se ela quer namorar com ele, deixa ela, e se ela não quer, ele não pode fazer nada.			Mas assim, eu vou ... só porque eu tenho diabetes, mas eu sou igual as outras...teve uma pessoa que soube que eu tinha diabetes e falou, deixa ela aí se não ela passa mal... (...) <i>T77: então quer dizer que você falou um pouquinho assim, né, que você não vai ser diferente...</i> A78: é eu não vou ser diferente das outras porque eu tenho um problema de saúde. <i>T79: claro...o que que é ser igual então?</i> A80: fazer tudo que as outras pessoas fazem, não abrir mão das coisas que eu quero por causa disso. <i>T81: Uhum. E que coisas são essas que você quer?</i> A82: oh, igual lá na escola, as meninas me deixaram de lado hoje...por quê? Porque eu tenho diabetes. Aí eu tenho uma amiga lá que falou comigo, vamos andar, aí eu saí com ela, normal... (choro)

		<i>T155: entendi, você pensou várias coisas sobre esse futuro, um tantão. Aline, vou te fazer uma outra pergunta: o que que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?</i> A156: Saúde que a primeira coisa que a gente tem que fazer é cuidar dela. (...) <i>T177: e sempre foi assim que você pensou em cuidar da saúde ou mudou de uns tempos pra cá?</i> A178: não, mudou de uns tempos pra cá, que meu irmão me chamou pra conversar sobre a saúde e ele foi me explicar. <i>T179: huhum, e o que que mudou depois que vocês conversaram?</i>	(...) A180: isso, que desses tempos pra cá, minha glicose tá mais controlada. <i>T181: huhum</i> A182: entendeu? <i>T183: vocês conversaram e...</i> A184: tá bem mais controlada...(...) ele aprendeu a fazer macarrão, porque ele gosta muito, mas aí tava 300, aí eu falei, não vou comer, ele falou vai sim, eu vou te explicar o ponto certo pra você comer. Aí no outro dia, minha glicose tava baixinha. (...) <i>o que que vem na sua cabeça quando eu falo diabetes?</i> A194: diabetes...é uma doença, não é uma doença...hum...como que eu vou falar, que palavra que eu uso...é uma coisinha pequenininha no seu corpo que não funciona mais...(...) o pâncreas parou de produzir insulina e você vai ter que
--	--	--	--

			tomar uma picadinha de mosquito.(...) (...) <i>T204: uhum, e o que que isso tem a ver com você? Você já me contou um pouquinho que a primeira vez que você foi tomar a insulina foi difícil, né, o que mais que essas coisas tem a ver com você? Que é um negócio pequenininho que parou de funcionar...que o seu corpo não produz mais insulina...</i> <i>A205: que que isso tem a ver comigo? Que isso, que eu posso chegar a uma cura, porque já teve, parece, cinco crianças que fizeram um transplante, quatro saíram boa, uma não deu conta e voltou com a insulina.</i> <i>T206: uhum</i> <i>A207: uma delas também pode ser eu, eu também posso ficar normal, não ter mais diabetes, não ter que comer coisa diet, light, você poder comer uma bala...</i>
--	--	--	---

ANEXO E: - TRANSCRIÇÃO NA ÍNTEGRA DE ENTREVISTA

Dados de identificação

Nome: Diogo

Idade: 18 anos

T1: Pra gente começar eu vou te dar essa folha em branco e nessa folha Diogo, eu gostaria que você fizesse uma linha do tempo, desde quando você nasceu ou desde quando você se lembra até os dias de hoje, marcando nessa linha do tempo tudo aquilo de muito importante que já aconteceu na sua vida que foi muito importante para você. Você pode ficar à vontade, não tem um tempo definido para terminar, pode ficar à vontade.

D2: Eu não sei a data muito bem quando foi... uma coisa que marcou muito minha vida também foi quando eu descobri que tinha diabetes.

T3: Uhum.

D4: Vou por aqui acho que foi noventa e oito ou noventa e nove.

T5: Certo. Eu posso por esse gravador mais perto de você?

D6: Pode.

T7: Pode por ali na beira da poltrona.

D8: Você não acha melhor por no chão não? Às vezes é perigoso cair.

T9: Não, precisa não pode por aí. Que minha voz é meio alta aí ele capta.

D10: Oh, tem muita coisa que tá na minha vida que é importante, pra mim lembrar agora é meio complicado, só que, é, tem duas coisas que estão muito relacionadas com a minha vida que eu acho muito importante mesmo, que marca muito ou tá relacionado com a diabetes ou tá relacionado com os meu estudos.

T11: Uhum.

D12: Então muita coisa que está de dois mil e cinco para frente tá relacionada a eu terminar o ensino médio, a tentar o vestibular, que foi quando a gente começa a perceber as derrotas que a gente tem na vida.

T13: Uhum. Então vai me contando essa história que eu tô interessada nela.

D14: Então, a questão da diabetes hoje a gente tem muito a compreensão que diabetes é uma doença que você pode viver com ela normalmente como qualquer outra.

T15: Uhum.

D16: Você pode ter uma vida normal.

T17: Uhum.

D18: A questão muito às vezes, é que quando eu descobri eu estava com nove anos, oito, nove anos de idade e o médico que eu fui era bem franco, eu gosto dessa franqueza, mas naquele dia foi estranho pra mim, ele disse que eu tinha uma doença que era incurável e isso acho que soou muito estranho muito difícil pra mim porque ter na sua cabeça podia ser qualquer coisa que fosse uma gripe, mas tendo a palavra incurável aquilo ali soou diferente na minha cabeça.

T19: O que soou diferente, o que foi diferente?

D20: Olha era bem deprimente viu, bem estranho, eu lembro que eu vim consultar aqui porque lá em M. C. (nome da cidade de origem) não tinha nenhum médico especialista, ele me deu a notícia que eu sei que eu fui daqui até lá chorando, eu não entendia muito bem como que era diabetes, ninguém da minha família sabia muito como que era.

T21: Uhum.

D22: Porque até então era uma coisa que estava muito distante da nossa família, então eu fui chorando por causa disso, por saber que não tinha cura.

T23: Uhum.

D24: Mas depois de um certo tempo eu acabei aceitando melhor até do que a minha mãe, porque minha mãe muitas vezes ficava até chateada, ela achava que podia ter sido culpa dela ou alguma coisa assim que ela podia ter transmitido isso para mim só que não era.

T25: *Uhum.*

D26: E toda doença acho que a gente passa por certos estágios, a gente passa por um estágio que a gente está abalado por saber que está com aquilo, depois você passa por um estágio que você quer negar que você tem aquilo, você fica com raiva, rebelde com aquela situação, e outra que você passa a querer descobrir, aprender mais sobre diabetes, eu lembro que quando eu cheguei em M. C. (nome da cidade de origem) as primeiras semanas depois do diagnóstico eu não queria contar para ninguém que eu tinha diabetes, e por um acaso a minha mãe acabou contado para uma amiga da família, eu lembro que eu briguei muito, fiquei muito nervoso, a diabetes descontrolou de novo e tal, agora eu acho que isso faz parte da vida de todo mundo independente de eu estar em uma fase de crescimento ou não acho que isso acontece com todo mundo, depois de um certo tempo eu comecei a fazer isso, eu comecei a procurar saber mais sobre a diabetes, não sei nem se pra tentar equilibrar mais a glicose mas talvez naquela esperança de eu conseguir achar uma brecha, assim a gente não sabe nada, a gente não tem conhecimento de ciências e de medicina.

T27: *Uhum.*

D28: A gente fica procurando pra ver se a gente acha alguma brecha que os médicos deixou, pra ver se tem a possibilidade de você achar uma cura, você passa a procurar em planta pra ver se tem alguma oportunidade ou não pra ver se tem algum remédio ou planta que os cientistas ainda não procurou saber.

T29: *Uhum.*

D30: Agora com essa pesquisa de células tronco você passa a procurar saber mais sobre o que, se tem a possibilidade ou não, embora eu acho que ainda que eu não tenha descoberto nenhuma brecha e eu acho que a cura ainda esteja um pouco longe da diabetes, isso ajuda muito na sua compreensão da doença pra você aprender a conviver com aquilo ali.

T31: *Uhum.*

D32: E isso eu acho que tem que acontecer com todo mundo, eu acho que compreender a doença é tanto para quem tem diabetes para quem tá com qualquer doença, qualquer coisa eu acho que isso é fundamental, você conhecer o que tá acontecendo dentro do seu organismo, porque o médico diagnostica de acordo com aquilo que você fala pra ele, então você tem que saber até falar.

T33: *Uhum.*

D34: Você tem que saber ajudar o médico a identificar o que esta acontecendo.

T35: *Então desses eventos marcantes que você colocou aqui, que você foi passando por etapas, aí você me contou um pouquinho delas, então teve a etapa que você não queria falar. E que outras etapas, que uma etapa de descoberta, uma de negação, revolta e aceitação, você gostaria de falar mais um pouquinho dessas etapas? Como elas foram para você?*

D35: Pois é, a de negação é que nem eu te falei eu não queria que ninguém soubesse.

T36: *Uhum.*

D37: Eu não sei te explicar porque isso acontece na cabeça da gente, sabe? Na época eu não, hoje se fosse pra eu explicar o que aconteceu, analisar, eu não sei por que, eu acho que acontece mesmo, foi um dia eu fiquei muito tempo sem falar pra ninguém, só que depois também você vem aprender até mesmo com essas consultas, saber que você tem diabetes é importante, porque às vezes é preciso que ela te ajude que ela, né, então você tem que informar isso, na escola você tem que informar que você tem diabetes, agora a etapa de revolta, que a gente quer ter uma vida saudável, a gente não queria ter nenhuma doença né, só que a gente passa também a perceber que tem doença muito pior e que, hoje, por

exemplo, se fosse pra eu falar assim não quero ter diabetes, eu nem sei realmente se eu queria ter a cura dela, porque como eu adoeci com a diabetes a muito tempo, desde pequeno eu aprendi a viver com isso, se por um acaso eu deixar de ter diabetes, eu não sei como eu ia me readaptar.

T38: *Uhum.*

D39: Eu ia chegar ali oito horas da noite ia falar, nossa a insulina, só que eu não ia ter que tomar a insulina, aí depois eu ia estar numa festa a pessoa ia me oferecer um doce, ia falar assim, não eu não posso, eu ia esquecer que eu estava curado, então você readaptou toda sua vida, é como uma pessoa que nasce cega e uma que fica cega durante a vida.

T40: *Uhum.*

D41: A pessoa que nasce cega ela não sente tanta falta da visão igual uma pessoa que perdeu a visão durante a vida, já adulta.

T42: *Já conhecia.*

D43: Já conhecia, então assim como eu dei muito novo eu acho que isso talvez ajudou muito a mim crescer e saber adaptar.

T44: *Uhum.*

D45: Porque as pessoas que às vezes vem a diagnosticar mais tarde elas não tem, talvez não tem a mesma sorte ou tempo de readaptar com a doença, procura viver bem, porque eu falo sorte, porque eu falo sorte, que na época que descobriu que eu estava com diabetes ela estava seiscentos de glicose e não tem explicação, porque trezentos quatrocentos de glicose muita gente entra em coma, então ela tava passando do alto assim.

T46: *Uhum.*

D47: Então nesse ponto assim eu falo que foi sorte mesmo, que muita gente mesmo morre sem saber que tinha diabetes.

T48: *Isto é, uma outra coisa interessante que eu achei que você falou foi a questão que muitas vezes você faz o papel do pesquisador, de correr atrás de algumas brechas. Você poderia falar um pouco mais pra mim de como que é isso desde quando surgiu essa curiosidade? Põe aqui o gravador não precisa ficar segurando não.*

D49: Eu tô com medo dele cair.

T50: *Não, num cai não.*

D51: É você fala a partir do tempo que (...)

T52: *É você falou assim que teve um tempo que você procurava perceber as brechas, que buscava em uma planta. Como é que foi isso? Esse processo?*

D53: Olha você tem muito conhecimento com o popular, que você procura saber, procura entender essas coisas, porque toda vida eu sempre fui muito cético, e até hoje eu sou muito cético com as coisas, eu por exemplo, assim se uma vizinha falar que uma planta podia ajudar a baixar a glicose, eu ia procurar, eu ia procura em uma enciclopédia sobre aquela planta ou então procurar na internet, internet ajuda muito hoje em dia, então foi nesse sentido, e procurando entender mais sobre o pâncreas como que o pâncreas funciona, como que a insulina funciona, porque ela tem que ser injetada e ela não pode ser ingerida, saber tudo, todas essas coisas eu ia procurando na internet e até mesmo como principal fonte e aquilo que eu tinha dúvida eu começava pela doença pra mim tirar a dúvida, porque de repente também você não pode acreditar em tudo que tá escrito, agora é muito importante a compreensão do jeito que é diabetes, tem vários tipos de diabetes e também aprender mais a viver com isso, eu não tenho o conhecimento que eu queria ter sobre ela, eu queria ter conhecimento médico mesmo sobre diabetes, mas eu posso dizer que isso me ajudou a ter mais conhecimento sobre a doença do que muitas outras pessoas que tem.

T54: *Uhum. E o interesse que você falou que ia prestar pra medicina, isso tem alguma coisa a ver com o fato de você ter diabetes ou não?*

D55: Olha eu acho que se eu não tivesse diabetes minha vida poderia ter sido totalmente diferente, eu não sei o que eu teria escolhido se eu não tivesse diabetes, mas provavelmente isso me influenciou bastante.

T56: Uhum. E você falou também que uma coisa que marcou muito foi quando você terminou o ensino médio, conta um pouco pra mim desde que você terminou até hoje, quês coisas tem acontecido aí nesse meio tempo, você começou a falar um pouco né, que nem quando a gente descobre algumas derrotas.

D57: Olha, eu terminei o meu ensino médio em dois mil e cinco e o colégio que eu estudo era um colégio muito caro, embora eu já tenha estudado lá eu não sou de uma classe social assim, quando eu terminei eu falei pra minha mãe assim que eu não queria nada, nem a festa de formatura que ficava caro e tinha cursos do vestibular, o curso daqui de Uberlândia, eu lembro que ela ficou chateada porque depois passou, ela falou, porque você não fez eu queria ter ido eu queria ter visto você subido cada uma das escadas da sua vida, então eu acho que ela sentiu muita falta desse tipo de passagem do que eu mesmo, e de lá pra cá eu fiz o cursinho pra medicina o cursinho de vestibular né, e, fiz o pré-PAIES também e tal, o PAIES não dava pra eu passar pra medicina, mas eu coloquei, eu sabia que a minha nota não dava, mas eu coloquei eu escolhi a medicina, e lidar com essas derrotas, porque vai fazer um ano e meio eu já to entrando no segundo ano de cursinho e não consegui nem ir para a segunda fase, lidar com essas derrotas é muito difícil, é muito frustrante, porque até agora você vê que a gente, essa fase que eu tô da adolescência, todas as pessoas tem alguma coisa na vida, tudo o que eu tenho minhas irmãs que me deram, meus pais que me deram eu mesmo eu não consegui nada, e conseguir passar no vestibular, conseguir edificar uma carreira.

T58: Uhum.

D59: É como que se eu tivesse então começando a minha vida, começando a edificar a minha vida, é como que tudo que tivesse ficado para trás tivesse ficado com meus pais, então isso pesa muito pra mim, poderia ser qualquer curso, mas já q é pra fazer eu vou fazer o que eu quero, mas por tá fazendo, querer uma profissão isso pesa muito e isso tem sido motivo pra desequilibrar muito a glicose, porque você fica ansioso, o vestibular te deixa ansioso, às vezes é um dia que você tá tentando estudar e não tá dando certo, porque a glicose alta ela baixa a sua concentração.

T60: Uhum.

D61: Ela te deixa mais ansioso então tudo isso é, você tem que saber driblar, ter um jogo de cintura muito grande pra não deixar que a diabetes te atrapalhe e nem deixar que, que essa ansiedade, porque o vestibular atrapalha a diabetes, porque assim, hoje eu tenho mais dificuldade com ela baixa, hipoglicemia do que com hiperglicemia ela alta porque ter hiperglicemia a gente tem efeitos a longo prazo né.

T62: Uhum.

D63: Então a gente tem que tá sempre controlando e o vestibular e toda essa tensão tem sido uma das causas do descontrole da diabetes.

T64: Entendi, então essas coisas estão relacionadas. E tem alguma coisa da linha do tempo que você gostaria de falar? Ou a gente pode continuar?

D65: Ah, deixa eu tentar lembrar aqui. Quando eu vim pra cá.

T66: Quando você veio pra Uberlândia?

D67: É.

T68: Conta um pouquinho pra mim.

D69: Ah, eu sempre fui muito ligado a minha mãe eu quero muito agradecer ela, mais é uma coisa meio fora do normal, porque eu nunca tinha ficado um dia fora de casa na casa de um amigo ou alguma coisa assim, então quando eu vim pra cá foi porque eu quis vim pra cá,

eu queria tentar um curso eu queria fazer vestibular, porque ficar lá o ensino de lá não é muito forte não ia dá pra eu passar.

T70: Uhum.

D71: Então eu já vinha tentando já vinha conversando com ela há muito tempo, eu já tinha tentado vim pra cá no primeiro ano, tentava desconto, bolsa e nunca conseguia e como eu era muito ligado com ela, quando eu vim pra cá assim foi um baque muito grande, mesmo que fosse uma coisa de escola eu nunca tinha ficado afastado muito dela, então mesmo sendo uma coisa que eu sabia que era bom pra mim, eu tá aqui estudando pra ter um futuro melhor, era muito doloroso ficar longe da minha mãe, e porque eu sentia muita falta dela, eu chorava todo dia e talvez isso tenha atrapalhado um pouco a diabetes, eu não sei na época eu não me preocupava muito com isso sabe, eu te falei das etapas lá, quando eu vim pra cá eu chegava numa etapa que tudo que eu procurava eu não achava nada que pudesse melhorar, então desanima um pouco (...), surgindo conhecimento novo sobre a diabetes, mas você já está tão cansado de procurar sobre essas coisas que eu não procuro mais.

T72: Uhum.

D73: Então eu não quero mais saber, eu quero levar uma vida normal, porque você quer esquecer que você tem diabetes e coincidiu com o período que eu vim pra cá, e assim depois eu me arrependi disso, porque não tem como, tipo, tem um filosofo que fala que revoltar com os fatos, não vai mudar ele, então não adiantou eu ter revoltado contra diabetes e depois fingir que eu não tinha diabetes isso não acabou com a doença isso não mudou os fatos, então é a parte que eu arrependo. Teve um período que eu deixava esse conhecimento ir embora, sabe. E o tempo que eu fiquei aqui sozinho, sabe, até que eu acostumei, eu levei um ano mais ou menos pra acostumar.

T74: Se acostumar exatamente com o que?

D75: Ficar longe dela, da minha mãe.

T76: Ficar longe da sua mãe.

D77: Porque assim, ela, se eu tropeçasse ela estava ali pra me dar a mão.

T78: Uhum.

D79: Isso é bom, é uma proteção da mãe, mas por outro lado também é ruim porque tem que aprender a viver sozinho.

T80: O que você teve que aprender nesse viver sozinho?

D81: Eu tive que aprender que pela primeira vez a aplicar a insulina sozinho, era a minha mãe que fazia a insulina em mim, eu sempre tentava aprender mas eu não conseguia, se tivesse uma agulha aqui e agora, mesmo que seja de insulina fininha você sabe que não vai doer, é muito estranho você pegar uma agulha e furar você pra aplicar uma injeção, então eu tentava antes, tentava fazer mas eu não conseguia, mas no dia que eu vim pra cá eu vi que agora eu tinha que aprender, agora eu tenho que dar conta de me virar sozinho, o que eu tenho que fazer se eu sentir mal na rua, porque aqui geralmente as pessoas não estão dispostas a te ajudar, e assim, os sintomas de hipoglicemia pode ser confundido com os sintomas de uma pessoa drogada.

T82: Uhum.

D83: Então se eu passar mal de hipoglicemia na rua, ninguém vai querer me ajudar, então eu tive que aprender a viver sem ela, viver longe dela, a dar conta de mim, a fazer meu café, meu almoço, arrumar minha roupa, passar minha roupa, eu tinha tudo em mãos, então assim, pela primeira vez eu estava aprendendo a viver sabe, porque a gente não sabe até quando a gente vai ter o pai e a mãe da gente .

T84: Uhum.

D85: Então assim, eu tive que aprender a parte mais difícil que pra mim foi aplicar insulina, mas eu já aplico normal. E assim, uma coisa que ainda hoje pesa muito e que eu acho assim que talvez, mas as famílias mesmo assim dos diabéticos, tinha que ter um

acompanhamento psicológico, porque às vezes assim, a mãe e o pai, por querer te proteger, eles esquecem que você é uma pessoa normal, que você pode viver normalmente, você pode correr, você pode namorar, você pode sair, hoje a possibilidade de eu passar mal na rua e de precisar da ajuda de outras pessoas, talvez seja a probabilidade que você poderia passar mal, por exemplo, e precisar de ajuda, só que seus pais não entendem isso, eles acham que a qualquer momento você pode passar mal na rua, então fica aquele excesso de proteção em cima de você que de certa forma te sufoca e te impede de crescer, e eu acho que minha família se tivesse tido um acompanhamento psicológico desde o diagnóstico até hoje, talvez isso não tivesse acontecido, foi um erro assim, sendo que foi um erro por amor, mas assim, poderia ter evitado nas famílias das outras pessoas que houvesse junto com o endocrinologista um acompanhamento psicológico.

T86: Concordo com você, até mesmo porque às vezes os pais podem super proteger independente de qualquer coisa.

D87: É

T88: Se aparece uma novidade até mesmo pelo jeito que a novidade é dada, olha uma doença incurável, e também além de mexer muito com você poder ter mexido muito com seus pais da maneira como foi dado seu diagnóstico. Tem mais alguma coisa da sua linha do tempo?

D89: Bom que eu tô lembrado não viu.

T90: Então me fala uma coisa, me fala tudo o que vêm a sua cabeça quando eu falo adolescência.

D91: Não precisa ser uma palavra?

T92: Não precisa ser uma palavra pode ser idéias soltas, idéias formuladas, pode ser um discurso, do jeito que você preferir.

D93: Olha, emoção descontrolada, eu acho que resume bastante... ansiedade, nervosismo, um pouco de incompreensão, às vezes como os fatos acontece na sua vida, porque muitas coisas que você só vai entender depois de muito tempo que aconteceu, e assim, quando a gente está na adolescência a gente não tem a paciência pra esperar, saber os motivos dos acontecimentos em nossa vida.

T94: Uhum.

D95: Insegurança, insegurança de saber o que vai acontecer mais pra frente, o que ia acontecer quando terminasse o ensino médio, o que vai acontecer quando chegar o próximo vestibular, se eu vou passar, se eu não vou, insegurança de saber se você vai conseguir ter uma vida normal, se você vai conseguir edificar uma vida ou não, acho que é o que passa pela minha cabeça assim.

T96: Uhum. Fala um pouquinho pra mim o que é essa emoção descontrolada que você falou né.

D97: Olha acho que isso tá relacionado à, a adolescência já dá isso, só que eu acho que a diabetes dá uma apimentada mais, porque quando ela tá alta ela te deixa mais nervoso, mais ansioso e você fica descontrolado com a emoção porque é muita coisa que acontece ao mesmo tempo, eu acredito que uma pessoa descobrir que tem diabetes na adolescência é pior ainda, porque você tem a família com excesso de proteção, você precisando de um pouco de espaço, você tem a diabetes que está em cima de você, que você tem que dá um jeito de controlar ela, tem que da um jeito.

T98: Uhum.

D99: Você tem a escola em cima de você, você tem sua alta cobrança pra conseguir evoluir na escola, evoluir intelectualmente pra conseguir sua vaga no vestibular e não tem como você manter intacto no meio dessa turbulência não.

T100: Uhum. Dessas coisas que você falou da questão de descontrolar, da insegurança, de precisar de um pouco mais de espaço também, todas essas coisas que você me disse que passam pela sua cabeça, o que isso tem a ver com você?

D101: Você pode formular melhor?

T102: Posso! É assim, você falou adolescência no geral, que cada uma dessas características pode existir para qualquer adolescente vamos dizer assim. Mas todas essas coisas que você disse, emoções descontroladas, uma certa insegurança, dificuldade de ter espaço, de não saber o que vai acontecer no futuro, de compreender alguma coisa só mais tarde, qual dessas coisas tem a ver com você? Que você experimentou, que você viveu, ou que você tem.

D103: Eu acho que tudo tem um pouco a ver comigo, porque como eu te falei, eu tenho diabetes, mas eu sou um adolescente como qualquer outro, o que pode acontecer com ele acontece comigo, às vezes eu acho assim, que eu levo uma vida muito mais normal do que a de certo adolescentes não tem diabetes.

T104: O que é essa vida mais normal? Faz uma comparação...

D105: Existe outros problemas que afetam outras famílias, às vezes doença, às vezes outra coisa que eu não posso nem imaginar, porque eu tenho uma família espetacular, e que pode tornar a vida desses outros adolescentes colegas meus muito mais anormal do que a minha, hoje em dia a diabetes, quando descobriu era muito raro você ouvir falar, mas hoje é muito comum, e existe estatísticas de que toda família vai ter um diabético virando uma epidemia global.

T106: Uhum.

D107: Então assim acho que dá pra, não tem diferença mais viver com ou sem diabetes, é como eu tenho um braço, é como eu tenho os olhos, é como eu tenho a diabetes.

T108: Uhum. Dessas coisas que ainda que você falou, dessa instabilidade, dessa insegurança, essas coisas sempre foram assim ou mudaram?

D109: Olha, incerteza e insegurança elas continuam e bem firme mesmo, talvez eu possa ter um pouco mais de segurança quando eu tiver na faculdade, quando eu souber que meu caminho já está, quando eu já tiver caminhando sabe, por enquanto é como eu só tivesse me preparando pra caminhar ao mesmo tempo essa incerteza e insegurança diminui um pouco lá na frente, mas hoje eu tenho a visão de que incerteza e insegurança, medo do futuro não tem só na minha adolescência, não tem só na minha vida tem na vida de todo mundo, você já tem certeza em saber se seu mestrado vai ser bom ou não.

T110: Aham, claro.

D112: A minha irmã já tem segurança e certeza se ela vai ter promoção no serviço ou não, os meus pais já tem certeza e segurança se eu vou conseguir passar no vestibular ou não, isso faz parte da vida de todo mundo, só que quando a gente tá na adolescência a gente não percebe isso, a gente acha que aquilo ali tá acontecendo só com a gente, só que a gente não sabe como resolver isso.

T113: E quando assim então, que você descobriu que não era só com você? Teve algum momento que você pensou que era só com você, e depois falou, não é só comigo não desde o início da adolescência até agora?

D114: Olha é estranho, porque assim, você acha que você é uma pessoa normal, diferente, só que não tem lógica isso só acontecer comigo, mas eu acho que vim pra cá, vir pra Uberlândia, conhecer outras realidades, não é exatamente uma realidade só, em cidade maior que nem Uberlândia você vai ver pessoas diferentes, realidades diferentes e vim pra cá me ajudou muito a abrir a consciência pra isso, só que acho que a família, não sei às vezes as dificuldades que eu passei me ajudaram a compreender isso, eu tenho muito apoio da minha família e tudo, mas essas coisas pela proteção que eles me dão isso me impedia de compreender e ver algumas coisas, agora que eu estou mais tranquilo que eu vejo que

eu confio mais em mim, que eles sabem que eu sou como qualquer outra pessoa, eu estou tendo a oportunidade de enxergar coisas que antigamente eu não tinha como.

T115: Tem alguma coisa específica que você antigamente não tinha como enxergar e agora você enxerga? Ou você está falando de uma maneira mais geral?

D116: De uma maneira mais geral, igual esse fato da insegurança, do fato de bombar no vestibular acontecer com muita gente.

T117: Claro.

D118: Todos esses fatos, eu acho que quando a gente percebe que isso pode acontecer com todo mundo a gente sofre menos, porque se você fica pensando, nossa porque eu não passei, eu devia ter passado no vestibular, você cobra demais e esquece que aconteceu com todo mundo, você acaba se julgando superior as outras pessoas, porque as outras pessoas podem não passar e você não pode? Porque as coisas ruins podem acontecer com outras pessoas e com você não pode?

T119: Uhum.

D120: Então dessa forma você acaba sem querer se julgando superior, mas com o tempo acho que faz parte da adolescência, adolescência serve pra isso pra a gente aprender essas coisas, com o tempo você acaba entendendo, compreendendo melhor, revoltando menos com os fatos.

T121: E Diogo o que vêm a sua cabeça quando eu falo o corpo?

D122: Uma máquina!

T123: Uma máquina, fala mais um pouquinho.

D124: Uma máquina que está cheia de peças que funciona ali direitinho e que se uma dar problema, se uma engrenagem pifa, você pode afetar a máquina inteira, o corpo inteiro, o pâncreas meu, ele teve células que pifaram, ele não produz insulina e isso embora esteja ligado em relação a energia do corpo, porque glicose é a energia do corpo, não afeta só nisso, afeta no meu humor, afeta na maneira como eu lido com as outras pessoas, afeta na maneira como eu reajo numa festa, afeta no cuidado que eu tenho que ter com meu olho pra não ter problema de vista, com os meus pés, então assim, o defeito de uma pecinha nessa maquina, sobrecarrega as outras peças pra elas fazerem o que o pâncreas não está fazendo então acaba que eu tenho que ter um cuidado maior com outra peça pra que ela não pife.

T125: Uhum.

D126: Só que eu não sei, eu acho que o corpo também não é tudo, eu tive uma fase muito cética na minha vida, em que o corpo era tudo, onde quando eu morrer tudo vai acabar o carbono do meu corpo ia se religar com outros elementos pra formar outras coisas, mas acho que quando a gente percebe que a vida não pode se resumir só a isso, que tem que ter outras coisas a mais, eu não sei te dizer ainda, eu não tenho essas respostas, mas eu acho que quando você vê que a vida não pode ser só a isso, fica tudo melhor, você aceita as doenças, as coisas que vem no seu corpo, eu acho que é isso. Na física a gente estuda que toda energia ela só pode ser transformada, e que tudo no mundo nada se cria, nada se perde, tudo se transforma.

T127: Uhum.

D128: E pra eu estar conversando com você agora o meu cérebro tem que tá jogando um monte de energia, tem que tá disparando, eu não posso acreditar que quando eu morrer tudo isso vai dissipar, isso tem que transformar em alguma coisa, que depois que eu morrer eu ainda vou ter consciência de uma existência eu não sei, mas o fato de você pensar que a vida não é só o corpo te ajuda a aceitar essa doença, porque se você leva a vida só como o corpo só essa coisa muito cética você acaba não tendo força nem lugar pra se apoiar pra se manter vivo, porque se a vida é só isso pra que você está estudando, pra que você está fazendo um curso, pra que você vai tentar mudar algo, você vai morrer. Eu estou com

dezoito anos, se tudo der certo eu entro na faculdade agora e muita gente fica às vezes três anos tentando o vestibular pra medicina, aí essas pessoas passam, depois ficam mais três anos estudando medicina, depois mais uns três anos fazendo especialização, mais uns dois pra entrar bem no mercado de trabalho, quando elas forem conseguir começar a exercer a profissão, elas já vão estar com uma certa idade, era muito melhor que elas pudessem ficar esse período todo aproveitando a vida viajando, namorando, conhecendo as maravilhas do mundo ao ficar nessa peleja com a escola ou com trabalho e se você levasse a vida só com o corpo você então faria só isso só aproveitaria, mas todo mundo eles pensam a mesma coisa, algo de importante, então conscientemente você acaba levando que o corpo não é tudo na sua vida, você tem uma parte consciente que não depende muito do seu corpo, o cérebro é uma parte que ainda muito interessante, que as pessoas ainda não conhecem muito, a área que mais pode abranger é a área do cérebro que é a neurologia, que a gente conhece pouco, e o fato de você saber que você sabe cerca de 3% ou 10% do seu cérebro te deixa a pensar, no o que eu teria se eu conseguisse utilizar todo o meu cérebro, se eu tivesse oportunidade poderia cortar do meu pescoço pra baixo que eu não sentiria falta de nada, eu sentiria falta só do meu cérebro, tanto é que a coisa que eu tenho mais medo da diabetes é dela afetar o meu cérebro, eu tenho medo de dar hipoglicemia severa e dar seqüelas no meu cérebro porque se os neurônios ficam sem alimentos eles começam a morrer, eu tenho medo dela subir demais e não sei, atrapalhar a minha cognição, a parte que eu tenho mais medo de atacar e me atrapalhar é a minha cabeça, o resto pra mim é só mais uma peça, porque se você pensar mesmo tudo o que está no nosso corpo ele só existe pra uma coisa pra sustenta nossa cabeça você come pra gerar energia para o cérebro, seus rins estão aqui pra filtrar o sangue que vai circular no cérebro as pernas existem pra a gente ir atrás do alimento pra poder sustentar o cérebro, então a parte principal é o cérebro as outras partes são ferramentas, é isso que eu penso do corpo.

T129: *Ah legal.*

D130: foi muito extenso?

T131: Foi ótimo, fica á vontade. E o que vem a sua cabeça quando eu falo saúde?

D132: Bem-estar para a gente poder passar esse trequinho de vida que a gente tem assim.

T133: *Fala um pouquinho mais o que é o bem estar. O que é bem estar pra você?*

D134: Bem-estar, eu acho que assim, por questão da medicina e tudo, eu acho que o médico não tem a obrigação de curar uma pessoa, eu acho que ele tem a obrigação de ajudar aquela pessoa a ter um bem-estar, eu vou no médico hoje não é pra que ele fale, arrumaram um remédio pra curar a diabetes, eu vou nele pra que ele fale, tem uma nova insulina que vai ajudar a controlar melhor a diabetes, bem estar pra mim é acordar, ir pra escola, voltar e estudar, dormir, e esperar o outro dia sem que esse dia eu tenho tido enjoô por causa da diabetes, sem que eu tenha tido hipoglicemia, sem que eu tenha passado mal de alguma forma, bem estar é eu poder fazer todas as coisas que todo mundo faz de uma maneira gostosa e eu acho que a saúde ajuda a proporcionar isso, hoje em dia com tudo que a gente criou com o desenvolvimento tecnológico e científico, saúde está muito difícil, você come uma fruta ela tem agrotóxico, você tá aqui respirando tem poluição, então é muito provável que o numero de pessoas que sejam 100% saudáveis no futuro seja muito reduzido, então saúde seja você não ter nenhuma doença, mas saber conviver com essa doença, saber driblar ela para poder viver normal.

T135: *Uhum.*

D136: Isso pra mim é saúde.

T137: *E o que é ser saudável?*

D138: Ser saudável, se eu fosse levar na linha do raciocínio nessa mesma linha seria uma pessoa que consegue driblar, mas acho que saudável mesmo assim, a primeira impressão que você tem de uma pessoa saudável, é uma pessoa que está num tempo bom, uma pessoa

que está disposta, que não está com nenhuma doença, nenhuma alergia, que está pronta para qualquer atividade humana sem nenhuma limitação, hoje por exemplo, eu tenho certas limitações, eu posso correr, mas eu não posso correr muito tempo sem me alimentar, porque a minha insulina ela vai abaixar, eu posso comer como todo mundo e se eu como um doce em uma hora não apropriada a minha glicose vai subir, acho que então ser saudável é ter apenas limitações humanas, eu tenho limitações humanas e limitações que a diabetes me impôs.

T139: *Uhum.*

D140: É isso que penso assim.

T141: *E sempre foi assim ou as coisas mudaram de um tempo para cá?*

D142: Eu nunca parei antes para pensar sobre isso se mudou ou não.

T143: *Mas é isso que você pensa hoje?*

D144: É isso que eu penso hoje.

T145: *E o que vem a sua cabeça quando eu falo diabetes?*

D146: Defeito sei lá, um probleminha mecânico meu.

T147: *Uhum.*

D149: Eu não vejo assim como uma doença e tal, ela tem um monte de sintomas que vai aparecer ao longo do tempo, eu acredito que embora eu acredite que ela não seja uma doença, é um defeito em um órgão, eu acho que ela tem muito mais chance de ser curada do que a AIDS, porque se você pensar a AIDS é um vírus, se você conseguir algum remédio que mata esse vírus você cura a pessoa, mas eu não, eu tenho esse órgão, não tem o que matar dentro de mim pra fazer esse órgão voltar a funcionar, transplante você pode até pensar nisso mas um outro remédio que você tem que tomar pode causar um câncer e te levar um problema muito pior, então eu vejo só como um problema mesmo, um defeito, se eu tivesse nascido cego como eu te falei antes, eu teria desenvolvido habilidades a audição ficaria mais aguçada, o tato teria ficado mais aguçado de forma a eu compensar a falta da visão, eu acho que às vezes o que o médico e o psicólogo tenta fazer é ajudar os diabéticos a desenvolver outras habilidades que possam compensar essa deficiência do órgão, o Nutricionista também entra nesse papel, porque se seu órgão está com defeito você vai ter que compensar isso, você tem que ter habilidade na hora de se alimentar, habilidade na hora de montar o seu cotidiano, tem que ter uma habilidade física, e o médico, o nutricionista e o psicólogo tudo entra em conjunto pra tentar te ajudar a montar isso, nutricionista, por exemplo, eu nunca consegui controlar minha glicose bem mesmo sabe, algo que é um desafio pra mim controlar ela, eu vou no nutricionista, eu vejo, eu converso com ele, ele fala o que eu tenho que comer hoje e amanhã, mas uma coisa é ele falar o que você tem que comer, outra coisa é você ter que comer, te dar a receita de um bolo é fácil, o difícil é você fazer ele, por exemplo, hoje eu chego mais atrasado da escola e não de tempo de fazer uma salada aí eu fico sem comer salada, amanhã eu também não faço, hoje eu não gosto dessa salada que está disponível não quero comer ela, é complicado, às vezes a minha família tinha que ter me ajudado na minha infância a comer certos tipos de coisas, mas tem que ter uma habilidade, eu não sei, eu não tenho aquela viabilidade com alimentação, às vezes eu como a mais, às vezes eu fico horas sem me alimentar e isso é uma falta de educação alimentar, eu acho que o nutricionista e o psicólogo tinha que me ajudar a desenvolver essa habilidade de ser uma pessoa educada com a alimentação, educada nos seus exercícios, educada no seu cotidiano pra respeitar seus limites, talvez nem tanto só com os diabéticos mas também com todo mundo.

T150: *Uhum.*

D151: Então acho que nessa parte que eu ainda estou tentando conseguir.

T152: *Tem mais alguma coisa assim que eu não te perguntei que você gostaria de acrescentar? Assim dessas coisas que você falou o que tem a ver com você, assim você*

falou um pouco, o que tem a ver de repente, tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

D153: Eu falo da alimentação porque eu não tenho o hábito de alimentar, de comer verduras, esse tipo de coisa que é bom, porque se eu for aplicar em um debilitado você tem que ajudar eles, então eu queria ter mais jogo de cintura para poder comer certas verduras que eu não consigo no dia-a-dia, ter uma rotina melhor pra fazer exercícios, essa rotina de você estudar o tempo inteiro, isso acaba com você, você não tem animo para sair daqui e fazer uma caminhada, então você pensa, se eu sair daqui em uma hora que estou fazendo caminhada na verdade eu poderia estar conseguindo uma questão do vestibular, então eu queria ter uma rotina melhor, eu queria ser mais respeitoso comigo mesmo.

T154: Uhum. E você falou em corpo debilitado, o que é um corpo debilitado? Você falou assim, ah já tenho um corpo debilitado e ainda não me ajudo alimentando, o que é esse corpo debilitado?

D155: Porque a glicose quando ela fica alta ela vai debilitar o seu corpo, ela vai te proporciona um cansaço seu rendimento vai cair, você tende a ficar desidratado, porque você urina muito tentando eliminar a glicose então você tem que ajudar na alimentação, porque a saúde começa pela boca, então ajudar ate mesmo na alimentação pra ajudar a manter a glicose bem, eu posso comer um prato de arroz ou um prato de salada, só que um prato de salada vai ser mais saudável pra mim, ele vai ter mais vitaminas e não vai consumir tanto a minha glicose como o arroz (...) então açúcar age no seu corpo e te proporciona esse mal rendimento é nesse sentido que eu quero dizer.

T156: *E dessas coisas que você falou sempre foi assim? Ou mudou de um tempo pra cá?*

D157: Você fala da alimentação?

T158: *De tudo, da diabetes em geral.*

D159: Nos dois últimos anos eu acho que foram os principais assim para a construção da minha opinião e da minha visão crítica, então eu acho que muita coisa se solidificou nesses dois últimos anos, e muita coisa também eu tive que mudar de opinião.

T160: Uhum.

D161: Mas eu acho que mudou mesmo nesses dois últimos anos.

T162: *Certo então, tem mais alguma coisa que você gostaria de destacar que mudou nesses dois últimos anos?*

D163: Não, nos dois últimos anos não, agora nos últimos anos, nas ultimas décadas, por exemplo, a gente que é diabético tem muito mais possibilidade, muito mais oportunidade.

T164: *Isso que você fala é muito importante. Você estava falando um pouquinho dos anos anteriores.*

D165: É porque antes assim, quando eu descobri que eu tinha diabetes, pra você conseguir uma coca light, nossa era uma dificuldade, você tinha que ir naqueles hipermercados mesmo, só naqueles lugares bem grandes mesmo para você conseguir, o chocolate diet na época da páscoa que dificuldade, só que hoje é muito sim, a coca light, por exemplo, ela foi tão difundida que hoje até quem não tem diabetes prefere ela do que a coca normal, e assim, coisas diet são muito fáceis de você conseguir, para você controlar a glicose basta você só querer mesmo, o que talvez seja importante assim para os diabéticos é a questão do adoçante, porque o adoçante ele tem, ele é químico, ele vai te dar um doce, um paladar, mas ele é químico, ele não é igual ao açúcar que vem da cana que é um vegetal, então tomar precaução com o adoçante, assim, tomar só quando for muito extremo mesmo, no café, quer algo a mais eu vou por, porque com todo composto químico ele ta te intoxicando, ele vai desequilibrar meu organismo, inclusive tem um adoçante lá que tem um grupo, eu não sei se é o grupo do benzeno no composto dele, que é cancerígeno, então é bom ficar evitando essas coisas, porque a gente ingere tanta coisa sem saber que faz mal ao corpo, talvez o adoçante seja bom você dar uma maneirada, porque muito diabético sabe

que o adoçante não tem açúcar ele exagera para ter um paladar bem doce, mas não sabe o mal também que aquilo ali tá causando.

T166: Uhum.

D167: Acho que é só isso.

T168: *Ah que bom então. Tem mais alguma coisa que eu não te perguntei que você gostaria de acrescentar? Algumas considerações finais?*

D169: Não por hora é só mesmo. Como que vai ser a pesquisa? Você vai fazer ela com vários diabéticos?

T170: *Sim, eu estou fazendo com dez diabéticos de doze a dezoito anos, então eu estou distribuindo mais ou menos assim. Tem uma menina de doze, um menino de doze, um menino de treze, uma menina de quatorze, um menino e uma menina de quinze, um menino de dezessete, você de dezoito anos, uma menina que eu estou tentando falar com ela que tem dezoito anos também e uma menina de dezessete.*

D171: Mas você não acha que você tinha que arrumar mais gente não?

T172: *Acontece que esse estudo ele é qualitativo, então eu estou interessada muito mais na riqueza daquelas coisas que vocês pensam do que falar, ah tantos por cento acham que diabetes é isso, isso ou aquilo, ah tantos por cento acham adolescência é ter esse e esse comportamento, eu estou interessada na riqueza do discurso de vocês, o que vocês tem a dizer sobre isso, quais são os motivos que vocês dão para cada uma dessas coisas, por exemplo, se a gente for pegar qualquer manual de psicologia clássica por aí ou até mesmo na parte de medicina, o que vão dizer sobre adolescência, nada além de falar que é uma fase complicada que você não sabe o que quer da vida, que necessariamente é uma fase problemática, o que eu tenho descoberto nas entrevistas que já é a sétima entrevista que eu estou fazendo, que adolescente é o tempo para curtir, para namorar, que é uma fase que você tem muitos amigos, então adolescência tem sido vista de uma maneira muito mais positiva do que negativa, como tem sido repassado pela ciências ah séculos a mais de um século.*

D173: E todas essas pessoas que você entrevistou têm diabetes?

T174: *Todas tem diabetes, e assim, esse título aqui é provisório, adolescentes com diabetes: perspectivas e discursos..*

D175: então tá.

T176: obrigada.