



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Rafael Santos Carrijo

**O MANEJO DA RESPONSABILIZAÇÃO EM GRUPOS
COM PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS***

UBERLÂNDIA
2011

Rafael Santos Carrijo

**O MANEJO DA RESPONSABILIZAÇÃO EM GRUPOS
COM PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS***

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

Orientador: Emerson Fernando Rasera

**UBERLÂNDIA
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C316m Carrijo, Rafael Santos, 1982-
O manejo da responsabilização em grupos com pessoas com diabetes *mellitus* [manuscrito] / Rafael Santos Carrijo. – 2011.
173 f. : il.

Orientador: Emerson Fernando Rasera.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Diabetes - Teses. 2. Psicologia discursiva - Teses. I. Rasera,
Emerson F. (Emerson Fernando), 1972- II. Universidade Federal
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

CDU: 616.379-008.64



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Rafael Santos Carrijo

O MANEJO DA RESPONSABILIZAÇÃO EM GRUPOS COM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

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

Área de concentração: Psicologia Aplicada.

Banca Examinadora:

Uberlândia, 04 de março de 2011

Prof. Dr. Emerson Fernando Raserá
(Orientador UFU)

Prof^ª. Dra. Celiane Camargo-Borges
Examinadora (NHTV)

Prof^ª. Dra. Paula Cristina Medeiros Rezende
Examinadora (UFU)

Prof^ª. Dra. Carla Guanaes
Examinadora Suplente (USP)

*À Deus, pelo amor
incondicional.*

*Aos meus pais, por me
incentivarem e me
apoíarem.*

*Ao Emerson, por ser o
principal interlocutor desta
história.*

Agradecimentos

“Os amigos são assim. Constroem com a gente o que é da gente, e por isso têm o direito e o dever de usufruir” (Padre Fábio de Melo e Gabriel Chalita em “Cartas entre amigos”)

Aqui deixo registrado meus agradecimentos aos atores que participaram da construção desta história.

À Deus, fonte de todo amor e toda inspiração, pelo dom inviolável da vida, pelo cuidado, consolo e conforto em todos os momentos. Obrigado por ser minha fortaleza e meu amigo fiel.

Aos meus pais, Enir e Maria Lucia, pela amizade, pela parceria, pelo esforço, dedicação, incentivo, amor, cuidado, consolo e por suportarem as minhas dificuldades, desencontros, frustrações e cansaço. Sem o apoio e a colaboração de vocês, este trabalho não aconteceria. Essa vitória é nossa!

Ao Emerson, por anos de parceria, amizade, confiança, respeito e compreensão. Sinto-me honrado em ter sido seu aluno, estagiário e orientando de Iniciação Científica e de Mestrado. Com você aprendi a ser psicólogo. Obrigado pela abertura ao diálogo e por ter confiado e acreditado em mim, mesmo quando eu não consegui fazer isso. A você, minha sincera amizade, admiração, respeito e gratidão.

Aos meus irmãos, Renato e Ricardo, que me apoiaram neste percurso. Vocês foram companheiros significativos desta história.

Às minhas cunhadas, Rita e Maísa, por me encorajarem a ir em frente, por me incentivar a buscar novos rumos.

Ao meu sobrinho Gabriel, por me fazer uma pessoa mais feliz. Seu olhar de admiração me deu forças para chegar até aqui e me ensinou a ver a vida com os olhos simples de uma criança.

Aos participantes deste estudo, que tão dispostamente e corajosamente compareceram e participaram dos encontros em grupo. Obrigado por terem compartilhado comigo suas vidas, seus tesouros. Aprendi muito com vocês!

Às minhas valentes colaboradoras de pesquisa: Fabiana e Damaris, que com sensibilidade, entusiasmo, dedicação, gentileza, apoio, cumplicidade e “ouvidos generosos” tornaram possível que este trabalho acontecesse. Vocês são co-autoras de cada página!

Aos funcionários da UBSF que me receberam de portas abertas, pela gentileza, pelo apoio e dedicação que me atenderam e me ajudaram.

À Júnia, amiga e grande companheira de Mestrado. Foi muito importante poder contar com sua amizade ao longo desse percurso. Foram conversas, “cafés”, lanches, recitais. Em cada momento, seu “ouvido generoso”, sua sensibilidade, suas ideias, sua atenção, sua gentileza, disponibilidade, enfim, sua presença, me incentivaram a ir além. Saiba que este trabalho tem um pouco de você!

Aos meus grandes amigos, Ana, Leo, Tati, Fael, Renato e Amanda, por terem cuidado da minha saúde mental durante esse período: me ouvindo, me suportando, me dando forças, me encorajando e falando “abobrinhas” nos barzinhos da vida. Só assim aguentei chegar até aqui!

Aos meus (minhas) colegas e amigos (as) que passaram ou ainda fazem parte do Grupo de Estudos “Pesquisa e Construcionismo Social” do nosso orientador Emerson: Ludoana, Gabi, Aninha, Pedro, Ritinha, Flávia, Mário, Berê, Nayara e André. Obrigado pelas leituras, sugestões, apontamentos, pela generosidade, trocas de sentidos e por todas as conversas e contribuições! Seus apontamentos e reflexões deixaram este texto mais enriquecido.

À professora Carmen, antiga supervisora de estágio, professora e grande amiga, que sempre esteve comigo em diferentes momentos. Em você tive força, apoio e incentivo nas horas difíceis. Sua presença ao meu lado me ajudou a continuar nesse caminho. Obrigado pela parceria de sempre. Estar nesse lugar foi mais fácil, pois pude contar com você!

À professora Paula, sobretudo, uma amiga. Obrigado por ter me apresentado o Construcionismo Social. Este trabalho é culpa sua! Tem marcas suas. Sou muito grato pelo seu “ouvido generoso” e suas sábias palavras. Obrigado também por suas generosas participações e pelos valiosos apontamentos na banca de Qualificação e na de Defesa.

À professora Celiane Camargo-Borges, pela disponibilidade em aceitar o convite para fazer parte da banca de Defesa. Suas contribuições e seus cuidadosos questionamentos foram muito importantes para enriquecer este trabalho!

À professora Silvia Maria, por ter sido minha professora e me ensinado a ver a Psicologia de uma forma menos individual, bem como por ter me dado a oportunidade de trabalhar como colaborador em seu pós-doutorado. Aprendi muito com você! Sua sensibilidade, gentileza, sua postura e senso crítico me fizeram olhar o mundo com outros olhos. Você deixou marcas na minha forma de ser e de estar com o outro.

À professora Marília Ferreira Dela Coleta, por ter sido a primeira pessoa a acreditar em mim no mundo acadêmico. Obrigado por ter me inserido no mundo da pesquisa. Meus primeiros passos foram muito bem conduzidos pela sua orientação. Sou eternamente grato pela sua generosidade e pelas oportunidades que me deu!

À Marineide, pela gentileza, atenção, paciência e dedicação de sempre. Em todos os momentos do Mestrado pude contar com sua disponibilidade! À você, o meu mais sincero e profundo obrigado!

À professora Renata Fernandes Ferrarez Lopes, por ter me ensinado a amar a Psicologia. Sua paixão e dedicação despertaram em mim a vontade de querer ser psicólogo.

Ao professor Rodrigo Sanches Peres, pela participação na banca de Qualificação e pelos valiosos apontamentos e sugestões apresentados.

À professora Rita Gandini, pela atenção, preocupação e cuidado de sempre!

Aos professores José Tolentino Rosa, Benedito Medrado-Dantas e Marilene Grandesso, que gentilmente debateram a proposta deste trabalho, partilhando impressões e apontando sugestões para enriquecê-la.

À Ângela que tão dispostamente me ajudou nos preparativos da Qualificação.

À 62ª turma de Psicologia da UFU que me permitiu experimentar, pela primeira vez, o lugar da docência. Aprendi muito com vocês!

À FAPEMIG pelo apoio financeiro durante a pesquisa.

À todos os professores do PG-PSI da UFU que me ajudaram ao longo desse processo.

Esta história tem muito de vocês. Muito obrigado!

*“Em mim há uma infinidade de
recortes, mas não sou arte que
deve ser apreciada com pressa.*

*Sou feito de detalhes antigos que
carecem contextualizações”*

*(Padre Fábio de Melo em
“Mulheres de Aço e de Flores”).*

RESUMO

O manejo da Responsabilização em grupos com pessoas com Diabetes *mellitus*

Na sociedade contemporânea, os sentidos do Diabetes *mellitus* estão associados a uma concepção patológica, ligada à ideia de déficit e de responsabilidade individual. Nesse sentido, as pessoas com diabetes são constantemente chamadas a responder seja pelo surgimento do adoecimento ou pelas complicações decorrentes da não adesão às formas de cuidado prescritas pelos profissionais de saúde. Diante disso, o objetivo deste estudo foi compreender como pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 e seus cuidadores e/ou acompanhantes, em situação de interação em grupo, manejaram o processo de Responsabilização. O referencial teórico-metodológico adotado foi a Psicologia Discursiva, uma proposta inglesa para realização de análise do discurso, inspirada pela epistemologia construcionista social. Foram realizadas para este trabalho cinco oficinas em grupos, das quais participaram 25 pessoas (adultos de meia idade e idosos de 30 a 70 anos), de ambos os sexos, com Diabetes *mellitus* Tipo 2 e seus cuidadores e/ou acompanhantes (familiares, amigos, vizinhos), usuários dos serviços de uma Unidade Básica de Saúde da Família. Os passos da nossa análise foram: a) transcrição das conversas do grupo; b) leitura curiosa, atenta e interrogativa do material coletado; c) identificação de trechos de conversas que estivessem relacionadas ao processo de Responsabilização; d) identificação de trechos que ilustravam diferentes estratégias discursivas relacionadas ao processo de Responsabilização; e e) análise do uso das estratégias discursivas para o manejo da Responsabilização. O foco da análise consistiu em entender a função das estratégias discursivas e os seus efeitos na interação ao longo das conversas dos grupos. Por meio da análise, foram nomeadas duas estratégias discursivas de acordo com sua função na interação: 1) “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros” e 2) “Responsabilizando-se”. A última estratégia apresentou dois movimentos distintos, por isso foram categorizadas duas sub-estratégias: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”. Ao longo da análise, observou-se que as estratégias discursivas permitiram com que os participantes se colocassem discursivamente no contexto interacional de forma a apresentarem-se como pessoas que cuidam da saúde e administrarem possíveis acusações. Além disso, por meio da análise, foi possível compreender a Responsabilização como algo construído discursivamente e diretamente relacionado às demandas situacionais do contexto interativo e às expectativas sócio-culturais e não, como algo que pode ser definido como um constructo psicológico interno, como um processo de tomada de decisões ou atribuição de causalidade. Esse estudo convida, portanto, a uma reflexão crítica sobre as formas de conversar sobre diabetes e seu impacto na vida das pessoas com a doença, seus cuidadores e os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Responsabilização; Diabetes *mellitus*; estratégias discursivas; Psicologia Discursiva; grupo.

ABSTRACT

Management of Accountability in groups with people with Diabetes *mellitus*

In contemporary society, the meaning of diabetes mellitus is associated with a pathological conception, linked to the idea of deficiency and individual responsibility. Consequently, people with diabetes are constantly being called to respond for the appearance of illness or the complications of non-adherence to prescribed forms of care by health professionals. Therefore, the aim of this study was to understand how people with Type 2 diabetes mellitus and their caregivers and / or companions manage the process of accountability in a situation of group interaction. Discursive Psychology, a British proposal for conducting discourse analysis, inspired by social constructionist epistemology was adopted as the theoretical and methodological framework. Five workshops were performed and 25 people (middle-aged adults and seniors from 30 to 70 years) both male and female with Type 2 diabetes mellitus and their caregivers or companions (family, friends, and neighbors), users of services of a Basic Family Health attended. The steps of our analysis were: a) transcripts of the conversations of the group, b) curious, attentive and interrogative reading of the material collected, c) identification of excerpts from conversations that were related to the process of accountability, d) identification of excerpts that illustrate different discursive strategies related to the process of accountability, and e) analysis of the use of discursive strategies for managing accountability. The focus was to understand the role of discursive strategies and their effects on interaction during the conversations of the groups. Through analysis, two discursive strategies were named according to their role in the interaction: 1) "Blaming others: Assigning responsibility to others" and 2) "Blaming oneself." The latter strategy had two distinct movements, so they were categorized into two sub-strategies: "Taking responsibility: the use of other forms of care" and "Taking responsibility: the getting used to living with diabetes." Throughout the analysis, we observed that the discursive strategies allowed participants to put themselves discursively into interactional context in order to present themselves as people who take care of health and manage possible charges. In addition, through analysis, Accountability was understood as something discursively constructed and directly related to situational demands of the interactive context and socio-cultural expectations and not as something that can be defined as an internal psychological construct, as a process decision-making nor as causal attribution. This study therefore invites critical reflection on ways to talk about diabetes and its impact on the lives of people with the disease, their caregivers and health professionals.

Keywords: Accountability; Diabetes *mellitus*; discursive strategies; Discursive Psychology; group.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. Apresentação.....	15
2. Diabetes <i>mellitus</i>: estatísticas, contextualizações e pesquisas.....	21
3. A construção social do Diabetes <i>mellitus</i>: Construcionismo Social, repertórios interpretativos e implicações para o campo das práticas profissionais em saúde.....	29
3.1 A epistemologia construcionista social.....	29
3.2 Os repertórios interpretativos do Diabetes <i>mellitus</i>	32
3.2.1 O repertório interpretativo histórico.....	35
3.2.2 O repertório interpretativo biomédico.....	39
3.2.3 O repertório interpretativo psicológico.....	43
3.2.4 Sintetizando o efeito dos repertórios interpretativos do Diabetes <i>mellitus</i> : individualismo e normatização – implicações para as práticas profissionais em saúde.....	48
4. A Responsabilização: Diabetes <i>mellitus</i>, Psicologia Discursiva e alguns estudos.....	56
4.1 A Psicologia Discursiva e a Responsabilização.....	61
5. O caminho escolhido para a pesquisa: o objetivo, o método e as considerações éticas....	74
5.1 O objetivo do estudo.....	74
5.2. O método.....	75
5.2.1 O contexto e os participantes do estudo.....	75
5.2.2 Passos de construção do corpus.....	77
5.2.3 Passos de análise do corpus.....	79
5.3 Considerações éticas.....	80

6. Manejando a Responsabilização: o uso de estratégias discursivas.....	83
6.1 Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros.....	84
Extrato 1: “A minha é mais emocional”	84
Extrato 2: “Ela só aparece por falta de defesa no organismo da pessoa”	91
Extrato 3: “Isso é problema é da minha mãe”	98
6.2 Responsabilizando-se.....	103
6.2.1. Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado.....	104
Extrato 4: “E se a gente comê aquilo ali pensando que vai fazer mal, vai fazê mesmo”	104
Extrato 5: “Diabetes não gosta de nada amargoso”	113
Extrato 6: “A senhora num faz exercício físico por que a pressão sobe?!”	119
6.2.2. Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes.....	122
Extrato 7: “Vai indo a gente aprende a não gostar”	123
Extrato 8: “Tem que viver com ela, tem que saber... (risos) controlar, né?!”	130
7. Para além da Responsabilização.....	136
7.1 Resgatando o caminho percorrido na análise.....	136
7.2 Responsabilização: um processo diferente do autocuidado em saúde.....	139
7.3 Possibilidades e riscos metodológicos: Psicologia Discursiva, Responsabilização e uso de recursos/expressões culturais para a construção do corpus.....	142
7.4 Pesquisador e pesquisa.....	145
7.5 Implicações para a prática profissional.....	147
8. Referências.....	151

ANEXOS

Anexo 1: Convenções das Transcrições propostas por Gail Jefferson, segundo Potter (2000)

Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética da UFU

APÊNDICES

Apêndice 1: Consentimento Livre e Informado para participação na pesquisa

Apêndice 2: Convite

Apêndice 3: Questionário Sócio-Demográfico

Apêndice 4: Música: “O que é, o que é” (Gonzaguinha)

Apêndice 5: Poema/ Texto: “Ela apareceu assim...” (Rafael Santos Carrijo)

Apêndice 6: Cartões com imagens

Apêndice 7: Oficinas: “Diabetes e Vida”

1. Apresentação

"Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas" (Autor desconhecido).

Todo texto científico, de uma forma ou de outra, além da história descrita, oficialmente apresentada, contém histórias que escapam às convenções sociais do mundo da escrita acadêmica. Detalhes pequenos que fazem a diferença, histórias pessoais, relatos de bastidores, muitos e muitos “causos”, que dão um tom diferencial para essas narrativas.

Acredito que pesquisar e redigir um texto científico é um jeito de contar histórias. Certamente histórias que têm um estilo de escrita diferente da literatura, dos contos, dos poemas, mas que não deixam de ser histórias. Essas, de certa maneira, mesmo sem querer, contam um pouco de nós. Algumas denunciam nossas motivações ou até os encontros e os desencontros do pesquisador com o objeto de estudo escolhido.

Por isso, para que o leitor entenda melhor o que será apresentado aqui, com todas as expectativas, contradições, convites e reflexões, gostaria de, desde já, contar um “causo”. Um “causo” que nasce, antes de mais nada, de uma confissão: tenho um interesse pessoal pela temática *Diabetes mellitus*. Não se apressem! Calma, meus companheiros de leitura! Não, não tenho diabetes. Tampouco desenvolvo algum tipo de trabalho profissional em contextos de atendimento em saúde a essas pessoas. Mas, então, vocês podem estar se perguntando: por que estudar algo relacionado ao contexto do diabetes?

A minha vontade de pesquisar algo relacionado a essa temática se dá, principalmente, por eu ter muitas pessoas em minha família com essa doença. Assim, vivendo em um contexto em que falar e viver com diabetes é algo muito comum, determinadas situações e

conversas me levam a alguns questionamentos e reflexões. Noto, por exemplo, que algumas pessoas da minha família falam que convivem de forma harmoniosa e sem sofrimento com o diabetes. Outras, por sua vez, comentam que não se consideram “doentes”, pois “se não sentem qualquer tipo de dor, então não têm doença nenhuma”. Há também aquelas que se descrevem como atentas ao controle da glicose, se considerando responsáveis, disciplinadas e em constante vigilância. Também acho curioso que algumas pessoas com diabetes contam que conseguem seguir as prescrições de saúde propostas pelos profissionais, outras não e, dizem que apesar de não seguirem à risca as prescrições médicas, têm uma boa saúde, porque não ficam “esquentando a cabeça” nem “procurando problema e doença onde não existe”. Há ainda aquelas que dizem que não querem passar a vida inteira medindo a glicose ou a pressão arterial. Diante dessas conversas que me causam inquietações, estranhamentos, curiosidades e, sendo muito sincero, até algumas angústias, com esta proposta de estudo, desejo compreender alguns aspectos que estão relacionados ao universo discursivo do diabetes¹, isto é, entender o que e como as pessoas com diabetes falam sobre si mesmas, sobre suas vidas, sobre essa doença, que jeitos de conversar que utilizam para falar sobre saúde, sobre responsabilidade, cuidado, entre outros.

Essa vontade de estudar algo relacionado ao contexto do diabetes, de certa forma, esteve presente durante a minha graduação em Psicologia. Porém, no começo, de uma forma diferente da que proponho neste momento. Logo no início da graduação, durante as aulas, sempre me interessei por qualquer menção que fosse feita a essa enfermidade ou ainda ao atendimento psicológico de pessoas com diabetes, provavelmente por ser uma doença comum no meu cotidiano. Quando cursei a disciplina MTPP (Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia), no segundo ano do curso, montei um projeto de pesquisa tendo o diabetes como objeto de estudo. No semestre seguinte, comecei a amadurecer a ideia desse projeto até

¹ Optou-se, neste trabalho, pelo uso do gênero masculino para se referir ao “Diabetes”, seguindo a tendência do emprego do termo na literatura científica.

transformá-lo numa proposta de trabalho de Iniciação Científica. No período de 2005 a 2007, com a supervisão da Professora Dra. Marília Ferreira Dela Coleta, comecei a estudar a influência de variáveis psicossociais na adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas (*Diabetes mellitus* e hipertensão arterial). No primeiro ano (2005 a 2006), pesquisei a influência da variável psicológica *locus* de controle e dos sintomas depressivos nos comportamentos de adesão ao tratamento de paciente com diabetes. No ano seguinte (2006 a 2007), estudei a influência do *locus* de controle, das crenças em saúde e dos sintomas depressivos nos comportamentos de saúde cardiovascular de pessoas com hipertensão arterial. O desenho metodológico dessas duas investigações foi quantitativo, pautado por teorias da Psicologia Social Cognitiva.

Na mesma época em que realizava essa pesquisa com hipertensos, comecei a me interessar por perspectivas teóricas em Psicologia que compreendiam os fenômenos e os objetos psicológicos de uma forma mais contextual e situada. Nesse período, durante uma disciplina com a professora Dra. Paula Cristina Medeiros Rezende, em que refletíamos sobre pesquisas científicas na área de Psicologia Escolar, ouvi pela primeira vez falar sobre o Construcionismo Social. Recordo-me que Paula dizia que mais do que uma abordagem teórica, o Construcionismo era uma postura filosófica, era uma forma de ver, ser e de estar no mundo. Essa fala me marcou muito e me deixava curioso para conhecer mais sobre o Construcionismo. Nesse mesmo período, ao participar de um encontro científico de Psicologia em nível regional, mais precisamente, de um mini-curso com o professor Dr. Emerson Fernando Raser, comecei a refletir sobre as contribuições da proposta construcionista para a prática psicológica e isso me deixou mais intrigado. Porém, sendo, mais uma vez, sincero: de início, apesar de existir uma certa admiração pela perspectiva, também existia, e, certamente, com maior intensidade, um certo estranhamento com relação ao Construcionismo, uma vez que a proposta dessa epistemologia era muito diferente das que eu

conhecia até aquele momento. Fiquei um pouco assustado com a maneira relativista de enxergar o mundo. O que antes eu tinha como certo, adequado, que havia sido me apresentando como o correto, era, agora, colocado em xeque como sendo apenas uma versão. Isso me incomodava bastante e me deixava inseguro. No entanto, com o tempo e com o amadurecimento das leituras na área, fui me tornando cada vez mais interessado e atraído pelo convite construcionista. Assim, aos poucos, o Construcionismo Social foi se tornando para mim, uma possibilidade teórico-metodológica e uma escolha em termos de prática profissional como psicólogo. A possibilidade de compreender e atuar sobre os processos relacionais humanos numa perspectiva mais situada, contextual e que valorizava o diálogo e a negociação de sentidos como uma forma de intervenção iam ao encontro do que eu desejava como profissional.

Passado esse estranhamento inicial, o meu encontro e interesse pelo Construcionismo me permitiram a oportunidade de realizar uma Iniciação Científica pautada pela metodologia qualitativa e pelo referencial teórico construcionista, bem como a participação em um estágio curricular na área de Psicologia Clínica, em que trabalhei com psicoterapia de grupo nessa abordagem. Essas experiências foram muito ricas, me proporcionaram grandes aprendizagens e me levaram a escolher a pesquisa qualitativa e o Construcionismo Social. Vale dizer que essa última atividade de Iniciação Científica e esse estágio curricular em terapia de grupo foram orientados pelo mesmo orientador desse trabalho de Mestrado.

Diante disso, para realizar este estudo, promovi um encontro de interesses: primeiro, pelo *Diabetes mellitus*, uma doença que me chama bastante atenção e que faz parte do meu contexto familiar; em segundo, a pesquisa qualitativa e a epistemologia construcionista social, que, hoje, representam minhas escolhas para pensar e fazer ciência.

Como se pôde ver, nesse primeiro capítulo, descrevi as motivações pessoais para realização desta pesquisa.

No segundo capítulo, faço uma breve introdução sobre a temática *Diabetes mellitus*, apontando e comentando sobre alguns dados epidemiológicos que situam essa doença como um problema de saúde pública. Além disso, também proponho um breve esboço das características dos trabalhos acerca dessa temática na área da Psicologia e comento sobre a utilidade da proposta deste estudo.

Já no terceiro capítulo, apresento o *Diabetes mellitus* como uma construção social. Para isso, esboço a epistemologia que sustenta o estudo, bem como algumas formas de se descrever o diabetes presentes na literatura científica. Finalmente, proponho algumas implicações dessas descrições na construção de concepções sobre diabetes, sobre pessoa com diabetes, causas da doença e cuidados com a saúde, como também o efeito do uso desses vocabulários e suas implicações para as práticas profissionais em saúde, contribuindo para a promoção da normatização e da individualização nesse contexto.

No quarto capítulo, por sua vez, convido o leitor a entender o processo de Responsabilização enquanto um fenômeno discursivo e interacional e não, cognitivo e individual. Assim, definimos esse fenômeno e discutimos como ele se insere no campo discursivo do diabetes. Além disso, apresentamos o enquadramento teórico que utilizamos para estudá-lo e as formas pelas quais tem sido pesquisado em trabalhos pautados por uma perspectiva discursiva.

Tendo comentado alguns estudos sobre *Diabetes mellitus* na Psicologia, bem como apresentado a epistemologia que dá sustentação teórica a pesquisa, as formas de se descrever a doença produzidas pela ciência e discutido o fenômeno da Responsabilização, em seguida, no capítulo cinco, explico a metodologia do trabalho pautada pela Psicologia Discursiva, uma proposta de realização de análise do discurso influenciada pela epistemologia construcionista social. Nesse capítulo, destaco também o objetivo do trabalho, os passos de construção e

análise do corpus da pesquisa, bem como os aspectos éticos envolvidos nesse processo de investigação.

No sexto capítulo, trago uma análise do manejo do processo de Responsabilização em oficinas em grupo com pessoas com Diabetes *mellitus*. Nesse sentido, analiso as estratégias discursivas de Responsabilização que surgiram nas conversas em grupo. Nesse movimento, nomeei duas estratégias discursivas gerais de acordo com sua função na interação: 1) “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros” e 2) “Responsabilizando-se”. A última estratégia apresentou dois movimentos distintos, por isso nomeamos duas sub-estratégias: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”. Tais estratégias permitiram com que os participantes se colocassem discursivamente no contexto interacional de forma a apresentarem-se como alguém que cuida da saúde e administrarem possíveis acusações.

E, finalmente, no sétimo capítulo, discuto algumas das principais questões levantadas no capítulo seis, bem como ao longo de todo o trabalho. Dessa maneira: 1) resgato alguns aspectos apresentados na análise da Responsabilização; 2) reflito sobre a Responsabilização como um processo discursivo diferente do autocuidado em saúde; 3) pondero sobre as possibilidades e limitações da Psicologia Discursiva, bem como dos procedimentos metodológicos e das contribuições do uso de recursos culturais e artísticos para a construção do corpus da pesquisa; 4) traço uma interface entre pesquisador e pesquisa; e 5) discuto sobre as implicações desse estudo para a prática profissional.

2. Diabetes *mellitus*: estatísticas, contextualizações e pesquisas

“Meu corpo não é meu corpo, é ilusão de outro ser. Sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim ele oculta” (Carlos Drummond de Andrade em “As contradições do corpo”).

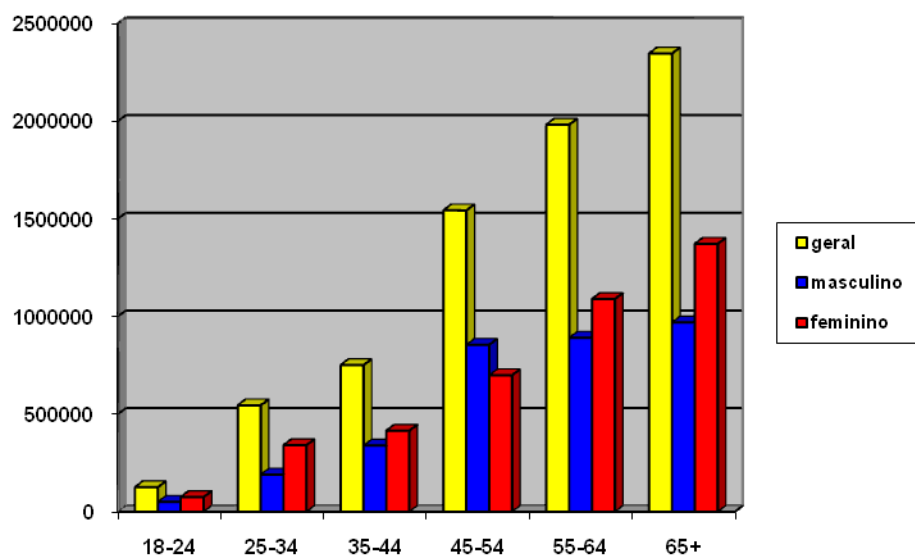
Na mitologia grega, Tântalo, rei de Corinto, era filho de Zeus e de uma mulher chamada Plutó. Tântalo era muito querido pelos deuses, sempre lhe convidavam para participar das festas do Olimpo, onde eram servidos o néctar e a ambrósia, a bebida e o alimento divinos. Certa vez, esse rei, muito curioso, queria saber se os deuses tinham conhecimento daquilo que não presenciavam. Sendo assim, Tântalo resolve dar uma festa e convidar todas as divindades. Ele queria testar a onisciência divina. Para isso, ele rouba o néctar e a ambrósia do Olimpo e resolve matar, picar e preparar seu próprio filho caçula, Pélopes, para servir aos convidados como o prato principal. Durante a cerimônia, os deuses perceberam o que Tântalo havia feito (furto e homicídio) e, diante disso, se recusaram a ingerir o jovem Pélopes e, como castigo, condenaram Tântalo a viver num vale abundante de vegetação e água. Porém, nesse local, o rei não poderia saciar sua sede nem sua fome. Ao aproximar-se da água para ingeri-la, essa escoava pelas suas mãos, e ao erguer-se para comer os frutos das árvores, esses se moviam para longe do rei com a força do vento. Assim, Tântalo desejava beber, mas não podia, tinha o desejo de comer, mas esse lhe era negado (Bauman, 2003).

Essa história da mitologia me recorda a situação de muitas pessoas com diabetes, que se sentem, de alguma forma, privadas pela doença. Muitas vezes, ouço frases como: “Me dá uma vontade de comer um doce, mas aí eu lembro que não pode, que faz mal, né?! É difícil!”.

Outras vezes ouço: “Até tremo de vontade de comer aquele chocolate, mas se coloco na boca só um pouquinho, vem a mulher e me dá bronca. Não pode, né?!”. Ainda escuto: “Eu como doce mesmo, diabetes não tem nada a ver com comer doce, é problema de pâncreas, é outras coisas”. Essas falas me deixam interessado em entender como é para as pessoas com Diabetes *mellitus* viver com essa doença, como elas conversam sobre questões de saúde, doença e responsabilidade pessoal, ainda mais quando me deparo com o grande número de pessoas com a enfermidade.

Em termos epidemiológicos, têm-se discutido que o diabetes tem alcançado uma incidência bastante alta, tanto é que já está sendo considerado um problema de saúde pública mundial. Em 1985, as estatísticas indicavam cerca de 30 milhões de adultos com a doença no mundo. Em 1995, esse número cresceu para 135 milhões. Porém, os números aumentaram ainda mais em 2002, chegando a 173 milhões de pessoas com o diagnóstico de diabetes. Em 2007, por sua vez, a Assembléia Geral da ONU aprovou a Resolução nº 61/225, na qual o diabetes passou a ser visto como um problema de saúde pública que afeta cerca de 246 milhões de pessoas no mundo (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009). As estimativas apontam para um novo caso de diabetes a cada cinco segundos em todo o mundo (International Diabetes Federation, 2011). Apesar desse índice alto, a previsão para o futuro é ainda maior – 366 milhões até 2030, sendo 90% desses casos de Diabetes *mellitus* tipo 2 vivendo em países em desenvolvimento (Wild & cols., 2004). Há quem diga que o diabetes está entre as cinco doenças que mais matam, chegando cada vez mais ao topo da lista (Brasil, 2011). No Brasil, a incidência média desse na população adulta (acima de 18 anos) é de 6.399.187 de pessoas (Brasil, 2009). O gráfico a seguir auxilia no entendimento do que está sendo apresentado.

Figura 1 – Número de pessoas com Diabetes *mellitus*, Estimativa por faixa etária, Brasil, Vigitel (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), 2007²



Um estudo realizado em 1988 sobre a prevalência do Diabetes *mellitus* em nove capitais brasileiras³ (Malerbi & Franco, 1992) apontou para uma estimativa de 5,2% a 9,7% de diabéticos, entre 30 a 69 anos, vivendo nos centros urbanos avaliados. Nesse estudo, as cidades das regiões Sul e Sudeste foram as que apresentaram as maiores prevalências.

Por sua vez, algumas pesquisas brasileiras referentes à mortalidade de pessoas com Diabetes *mellitus*, isto é, quando se menciona o diabetes na declaração do óbito, têm indicado um aumento na taxa de mortalidade de 6,4 vezes nos últimos anos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

Além da alta incidência e da elevada taxa de mortalidade, Franco (1992) e Lessa, Mendonça & Teixeira (1996) comentam sobre a gravidade do diabetes, uma vez que, se não cuidado adequadamente, produz alterações em vários sistemas e aparelhos orgânicos, fazendo

² Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

³ As capitais brasileiras foram: Belém, Brasília, Fortaleza, João Pessoa, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo.

com que as pessoas com o diabetes sejam mais suscetíveis a complicações como cegueira adquirida, insuficiência renal crônica, doenças cardiovasculares, entre outras.

A cronicidade da doença associada à gravidade das complicações e aos meios necessários para controlá-la, torna o diabetes uma enfermidade bastante onerosa não só para as pessoas portadoras e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Trabalhos como os de Barceló, Aedo, Rajpathak & Robles (2003) apontaram como valor anual total gasto com o diabetes na América Latina e no Caribe, cerca de US\$ 65,216 milhões, sendo US\$ 10,721 milhões gastos diretamente e US\$ 54,496 milhões indiretamente. No Brasil, os custos anuais oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares.

Na literatura científica, existem vários trabalhos referentes à temática diabetes. Os estudos realizados na área da saúde, de forma geral, apresentam como tendência a investigação de aspectos orgânicos estruturais e/ ou disfuncionais, bem como questões psicológicas internas e individuais que podem estar relacionados tanto à etiologia quanto à gestão da doença. Na literatura psicológica, por exemplo, é comum encontrarmos⁴ pesquisas que busquem compreender porque a pessoa com diabetes não adere ao seu tratamento ou ainda estudos que avaliam alguns tipos de intervenções possíveis. Pontieri & Bachion (2010), nessa perspectiva, propõem que as crenças em saúde podem influenciar no processo de adesão ao tratamento de pacientes com diabetes tipo 2. Nesse estudo, utilizando a análise de categorias temáticas segundo Bardin, as autoras propuseram que os participantes da pesquisa apresentavam crenças em saúde de autoridade e de consenso zero, e de barreiras à terapia nutricional, que era entendida como uma imposição restritiva. Dessa maneira, para as autoras, esses tipos de crenças influenciavam negativamente o processo de adesão ao tratamento e, por isso, deveriam ser identificadas e corrigidas no momento do atendimento.

⁴ Optou-se a partir desse momento pela oscilação entre o uso da primeira pessoa do plural e a primeira pessoa do singular. Quando for usada a primeira pessoa do plural, o texto refere-se a um processo de produção de sentidos que envolve mestrando e orientador, bem como o leitor. Por outro lado, quando for usada a primeira pessoa do singular, o texto refere-se a reflexões do pesquisador-mestrando.

Por sua vez, alguns trabalhos como os de Ribas & cols. (2008), buscam compreender os processos de intervenção realizados com esse grupo. Em sua pesquisa, os autores investigaram os fatores que interferem positiva e negativamente no processo de ensino-aprendizagem de pessoas com diabetes, na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde. Nesse estudo, eles identificaram 15 incidentes críticos que permeavam esse processo, sendo 08 com referências positivas e 11 negativas. Os fatores mais valorizados pelos membros da equipe foram: interação entre os participantes no grupo e dificuldade do profissional em lidar com situações adversas no grupo. De acordo com os autores, os resultados da pesquisa apontaram para a necessidade das instituições formadoras em saúde investirem na capacitação de profissionais com competência para trabalhar em grupo, discutindo os aspectos que favorecem positiva e negativamente na educação em diabetes.

Cazarini & cols. (2002), por outro lado, relatam experiências de intervenções psico-educativas com grupo de pessoas com diabetes, apontando a importância de se levar informações sobre a doença, sobre o tratamento, bem como acerca dos cuidados e das complicações de saúde a essas pessoas.

Trabalhos como os de Oliveira & cols. (2009) têm como intuito avaliar modalidades de atendimento para pessoas com diabetes. Em sua investigação, as autoras comentam que o trabalho em grupo com pessoas com doenças crônicas estimula a participação ativa no cuidado da própria saúde. Em uma pesquisa de caráter exploratório e com entrevistas semi-estruturadas, essas autoras investigaram a presença de fatores terapêuticos no relato de participantes de um grupo para pacientes com diabetes. A análise permitiu a identificação dos seguintes fatores terapêuticos: a) 100% de oferecimento de informações; b) 100% de coesão; c) 86% de universalidade; d) 57% de aprendizagem interpessoal; e) 57% de desenvolvimento de técnicas de socialização; f) 28,5% de altruísmo; g) 28,5% comportamento imitativo; e h) 28,5% instilação de esperança. Os resultados obtidos, segundo as autoras, sinalizam que as

intervenções grupais realizadas no contexto da promoção do autocuidado podem ser benéficas para os participantes, permitindo troca de experiências, compreensão ampliada do problema e outras vivências positivas evidenciadas pelos fatores terapêuticos.

Em um levantamento bibliográfico realizado por meio de uma breve busca eletrônica à base de dados *on line* PsycINFO, que agrega trabalhos da área de Psicologia, usando a palavra-chave “diabetes” no período de 2000 – 2010, encontramos, por meio da leitura de títulos, 10.246 trabalhos que se caracterizavam, de forma geral, por abordarem: a comorbidade entre o diabetes e outras doenças; a relação entre traumas psicológicos e o surgimento de doenças crônicas; o funcionamento paternal e os padrões de relações familiares de pessoas com diabetes; o desempenho cognitivo de adultos com diabetes; o bem-estar das pessoas com diabetes, entre outros. Numa outra busca eletrônica *on line*, agora numa base de dados latinoamericana de saúde – LILACS, usando as palavras-chave “diabetes” e “psicologia”⁵ no período de 2000 a 2010, encontramos, por meio da leitura de títulos, 203 trabalhos, que se caracterizavam, principalmente, por tratarem de aspectos relacionados à gestão do diabetes: práticas de exercícios físicos em pessoas com diabetes; pés diabéticos e percepção de lesão neuropática; o conhecimento, a motivação e as barreiras na gestão da doença; a qualidade do sono de pessoas com diabetes tipo 2; entre outros.

Como pudemos notar, os resultados das duas buscas eletrônicas *on line* mostram como o diabetes tem suscitado o interesse dos pesquisadores, bem como apontam para trabalhos em Psicologia orientados por perspectivas teóricas psicobiológicas, comportamentais, cognitivas ou ainda psicanalíticas, sendo escassos os trabalhos que se baseiam numa perspectiva discursiva, com foco na linguagem como produtora de sentidos.

Neste trabalho, por outro lado, propomos um olhar pautado pela epistemologia construcionista social, isto é, uma proposta que leva em consideração a linguagem e os

⁵ Usamos os termos “diabetes” e “psicologia”, pois a base de dados em questão – LILACS – abrange trabalhos na área de saúde de maneira ampla, não sendo específica da área de Psicologia.

relacionamentos humanos no processo de produção de significados, e isso poderá nos permitir estudar aspectos ainda não investigados e relacionados ao diabetes. Ademais, cabe aqui destacar que a pesquisa construcionista social busca enriquecer os vocabulários culturais a respeito do mundo e dos objetos, uma vez que parte do pressuposto que existem múltiplas formas de descrevermos e entendermos um mesmo acontecimento. Dessa maneira, desde já, consideramos importante destacar que não propomos com este trabalho a criação de técnicas para instrumentalizar a prática profissional do psicólogo ou de profissionais de saúde. Pautamo-nos em uma Psicologia preocupada com a cultura, com a linguagem em funcionamento e com a forma com que as pessoas compreendem os fenômenos e os objetos no seu dia a dia. Nossa proposta leva em consideração o caráter construtivo da linguagem e o processo de construção dos fenômenos que, nessa perspectiva, não são entendidos como sendo naturais e universais, mas são continuamente constituídos por meio de processos sócio-históricos e linguísticos.

Nas práticas profissionais no campo da saúde, em geral, por exemplo, temos a tendência a naturalizar não só os fenômenos, mas também as intervenções profissionais. Assim, existem muitos protocolos de atendimento em saúde que não são revistos ou ainda refletidos, repensados. Entender que os fenômenos relacionados à saúde podem ser vistos não só de maneira naturalizada, mas como recursos conversacionais de uma interação, pode nos ajudar a pensar novas práticas profissionais, ampliar as formas que vemos e entendemos os objetos e o mundo, e refletir sobre o porquê determinadas descrições e entendimentos são deixados de lado e outros são privilegiados, sendo mais usados. Se olharmos para a interação, veremos que alguns fenômenos vão sendo construídos e/ ou reformulados de acordo com as demandas situacionais. Portanto, que interesses estão por trás do uso de determinadas explicações e vocabulários e não de outros? Por que certas formas de vida são consideradas “certas” e outras não? Que tipos de pessoas, instituições, grupos, leis, entre outros, são favorecidas

quando privilegiamos determinados conhecimentos, formas de conversar e não outras? Que tradições e formas de vida são suprimidas ou desvalorizadas quando uma descrição é considerada a certa e outras não?

Este estudo, portanto, poderá contribuir para o enriquecimento cultural e a criação de novas formas de entendermos o diabetes, o que, de certa maneira, pode representar um espaço para se pensar sobre práticas que promovam a transformação social por meio da ampliação ou até mudança dos jeitos de se conversar sobre essa temática. Entretanto, é importante destacar que não buscamos aqui produzir uma verdade única e inquestionável. Concordando com Guanaes & Japur (2008), acreditamos que adotar uma perspectiva orientada pela epistemologia construcionista social em pesquisa, consiste em questionar o caráter natural e essencial das nossas descrições.

A seguir, pautados pelo entendimento construcionista de que somos seres produtores de significados por meio da linguagem, trazemos algumas formas de se conversar sobre o Diabetes *mellitus* construídas pela ciência. Acreditamos que esse movimento de compreender os sentidos disponíveis nos deixará mais sensibilizados para visualizar como as pessoas conversam sobre diabetes nas suas interações e quais são as implicações relacionais de certos jeitos de se conversar.

3. A construção social do Diabetes *mellitus*: Construcionismo Social, repertórios interpretativos e implicações para o campo das práticas profissionais em saúde

“É por isso que insisto mais uma vez: enfermidade nasce é das palavras” (Padre Fábio de Melo em “Mulheres de Aço e de Flores”).

Neste capítulo, apresentamos o Diabetes *mellitus* como uma construção social. Para isso, esboçamos a epistemologia que sustenta o nosso estudo, bem como trazemos algumas formas de se descrever o diabetes presentes na literatura científica. Finalmente, propomos algumas implicações dessas descrições na construção de concepções sobre diabetes, sobre pessoa com diabetes, causas da doença e cuidados com a saúde, como também o efeito do uso desses vocabulários e suas implicações para as práticas profissionais em saúde, contribuindo para a promoção da normatização e da individualização.

3.1 A epistemologia construcionista social

Numa perspectiva construcionista social, acredita-se que a linguagem constroi a realidade. Assim, parte-se do entendimento de que vivemos num mundo de sentidos (significados) que não são produtos da mente individual, mas são construídos por meio da linguagem na interação humana (Spink, 2003; Grandesso, 2000).

A epistemologia construcionista social nasceu do encontro de três movimentos: na Filosofia, com os filósofos que propunham a não representação; na Sociologia do

Conhecimento, com a desconstrução retórica da ideia de representação objetiva da realidade; e na Política, em busca de dar espaço (“voz e vez”) aos grupos socialmente marginalizados (Spink, 2004).

Segundo autores construcionistas, como Raseria & Japur (2007), a linguagem não é simplesmente um meio estático de expressão e transmissão de informações, mas algo que orienta e organiza as nossas ações no mundo, que constroi ativamente a realidade. Isto é, quando usamos uma frase, uma palavra ou expressões, como por exemplo: “eu não conseguir o texto dessa aula” ou “hoje estou desanimado, não vou sair de casa”, essas não são “inocentes”, “soltas” e sem orientação. Num olhar construcionista social, são entendidas como sendo direcionadas para atender alguns interesses e como tendo efeitos no contexto conversacional que estamos inseridos. Assim, em cada contexto de interação humana, as palavras podem assumir diferentes significados. Ou seja, as palavras têm efeitos na construção da realidade, permitindo a realização de ações sobre o mundo.

Como discutimos antes, as possibilidades de significação, nessa perspectiva, não são internas, não nascem do cérebro ou da mente como produtores de conhecimento, mas são dadas por meio da interação humana: dos acordos, das negociações, dos conflitos, das discussões, dos consensos, das conversas entre as pessoas. Segundo Spink (2004), o processo de produção do conhecimento se dá relacionalmente a partir do encontro de três tempos: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto. O tempo longo representa o conhecimento sócio-historicamente produzido em diferentes espaços (religião, ciência, tradições, senso comum, entre outros). A História nos disponibiliza determinadas explicações e descrições, que estão diretamente relacionadas a questões sociais, políticas, econômicas, entre outras. O tempo vivido, por sua vez, consiste no tempo do processo de socialização das pessoas, isto é, as experiências pessoais ao longo da vida. Durante a história da nossa sociabilidade, temos acesso a algumas explicações e descrições e a outras não; e isso, vai nos criar a possibilidade

de entender determinadas coisas de um jeito e não de outro. Finalmente, o tempo curto é o tempo do acontecimento, do “agora”, do “face a face”, da interação dialógica imediata. Durante uma interação, de acordo com algumas necessidades e disposições, algumas explicações e descrições vão sendo utilizadas e outras não. A interação cria espaço e limita algumas possibilidades de entendimento. Assim, de acordo com essa autora, para compreendermos o modo como os sentidos são construídos precisamos, assim, considerar a interface desses três tempos (longo, vivido e curto), por meio dos quais ocorre a produção de sentidos.

Dessa maneira, nos entendimentos construcionistas, as possibilidades de significação são dependentes dos contornos sócio-históricos e do uso social que as pessoas fazem da linguagem. Pensando assim, o Construcionismo Social busca, por meio de uma postura crítica e reflexiva, uma indagação constante sobre as formas com que os significados são produzidos. Por exemplo: que grupos são privilegiados ou prejudicados quando se descreve ou entende uma situação de determinada forma e não de outra? Assim, o fazer ciência, nessa proposta, assume uma postura questionadora sobre o próprio processo de produção do conhecimento científico, questionando a retórica de verdade e a autoridade subjacente a esse próprio saber (Rasera & Japur, 2007). Que interesses existe ao se entender esse fenômeno dessa maneira? Qual a consequência disso para a vida social?

Conforme Guanaes (2006), no campo da Psicologia, o discurso construcionista social busca um olhar diferenciado quando comparado a perspectivas representacionistas ou individualistas. A essencialidade dos processos internos e das realidades psicológicas é, na proposta construcionista, questionada, e termos psicológicos como pensamento, memória, atenção, inconsciente, pulsão, entre outros, deixam de ser vistos como representativos da realidade e passam a ser vislumbrados como modos possíveis de explicar e compreender os

objetos, fenômenos e processos, usados pelas pessoas nas suas relações diárias com diferentes propósitos, de acordo com as demandas da situação de interação.

Portanto, numa investigação construcionista, como se pôde perceber, não se busca explicar uma realidade generalizada e objetivada do mundo, mas tem-se como intenção a compreensão dos processos situacionais, contextuais, por meio dos quais as pessoas explicam, descrevem e compreendem as coisas e suas experiências. “A pesquisa construcionista não descreve o que as coisas são, mas o processo pelo qual elas são ativa e continuamente construídas entre as pessoas” (Rasera, 2005, p. 24).

Diante disso, neste estudo, buscamos compreender como as pessoas se relacionam com aquilo que elas chamaram de “diabetes” ou de “viver com diabetes” durante as conversas realizadas. Quando utilizamos essa forma de entendimento não estamos desconsiderando a existência de sintomas ou características que definem o que se convencionou, em termos de nomenclatura biomédica, como “*Diabetes mellitus*”. Estamos partindo, por outro lado, do pressuposto que os sentidos sobre o diabetes não existem a priori, mas são construídos continuamente e dialogicamente pelas pessoas. Acreditamos, portanto, que, dependendo de com quem se está falando e do contexto, o diabetes adquirirá um sentido que será local e específico àquela conversa.

3.2 Os repertórios interpretativos do *Diabetes mellitus*

Tendo em vista que a linguagem é uma ferramenta de construção de sentidos, precisamos entender quais são as descrições e explicações disponíveis socialmente e construídas historicamente a respeito do *Diabetes mellitus*.

Uma das formas possíveis de realizarmos essa análise é por meio do uso do conceito teórico-metodológico de repertórios interpretativos. Para Potter e Wetherell (1996), os

repertórios interpretativos são blocos de construção de significados disponíveis socialmente e utilizados pelas pessoas durante suas interações. São expressões, termos, metáforas, explicações, entre outros, que são usados pelas pessoas diariamente em suas relações durante o processo de produção de significados. De acordo com os autores, os repertórios interpretativos são construções linguísticas relacionadas ao conteúdo, que nos permitem compreender a dinâmica e a variabilidade dos recursos discursivos usados no dia a dia das pessoas para construir versões do mundo.

Quando, em nossas interações, utilizamos essas descrições e vocabulários socialmente disponíveis, eles, ao mesmo tempo, possibilitam determinados sentidos e/ou constroem e limitam outros. Isto é, eles validam ou deslegitimam determinadas formas de vida em relação a outras. Os repertórios interpretativos são usados de acordo com a dinâmica interacional e as possibilidades linguísticas. Esse conceito está relacionado, assim, a uma visão de sujeito que é usuário da linguagem e que a utiliza para atingir determinados interesses e realizar determinadas ações no contexto interacional. Dessa forma, as pessoas utilizam os repertórios interpretativos independente da sua categoria social; isto é, o fato da pessoa ser um médico, um paciente ou um familiar de uma pessoa doente, não determina diretamente o uso de determinado repertório interpretativo, pois eles estão disponíveis na sociedade e as pessoas os utilizam aleatoriamente, combinadamente e a todo instante.

Para compreendermos as descrições e explicações socialmente disponíveis a respeito do *Diabetes mellitus*, buscamos dar visibilidade aos repertórios interpretativos predominantes no meio social. Nesse processo, nos deparamos com diferentes atores sociais produzindo sentidos acerca desse objeto. Tanto a ciência como a mídia e a cultura, de forma geral, têm produzido diferentes entendimentos acerca dessa temática. Por exemplo, facilmente podemos encontrar blogs na internet que apresentam o viver com diabetes como algo rotineiro, comum na vida das pessoas, ou ainda como algo “glamourizado”. Nesses blogs cheios de “glamour”

não é incomum vermos nomes de artistas famosos como o cantor Elvis Presley, as atrizes Halle Berry e Elizabeth Taylor, a cantora brasileira Ana Carolina e o músico Dado Villa-Lobos como pessoas com a doença. Ademais, não é difícil encontrarmos artistas como Nick Jonas, do Grupo musical pop “Jonas Brother”, que publicamente afirma ter diabetes e que usa seu status de celebridade para apoiar instituições de cuidado em saúde para pessoas com a doença e incentivar outros jovens com diabetes a manter a glicose controlada.

Além disso, também encontramos sites que organizam grupos relacionados à temática, como a Sociedade Brasileira de Diabetes⁶, que traz informações gerais para o público e para os profissionais, a Associação dos Diabéticos de Barreira e Moita⁷, que aborda assuntos gerais sobre a doença, como também a etiologia e as formas de cuidado e a Associação de Diabetes Juvenil⁸, que oferece dicas e informações para pais de crianças e adolescentes com a doença.

Apesar de existir um grande material produzido acerca do diabetes pela mídia e pela internet, não temos a intenção, neste trabalho, de realizar uma análise buscando compreender a forma com que a mídia, a cultura de forma geral ou os movimentos sociais têm construído o diabetes enquanto um fenômeno e sim, como a ciência, por meio de repertórios interpretativos, tem construído o objeto *Diabetes mellitus*. O conhecimento produzido pela ciência é, aos poucos, incorporado pelas pessoas nas suas relações cotidianas. Porém, elas fazem isso a seu modo não utilizando à risca o que foi delineado como científico. Na interação do dia a dia, as pessoas utilizam diferentes repertórios interpretativos de acordo com as necessidades e demandas interacionais. Isto é, no cotidiano, as pessoas podem utilizar os repertórios de forma combinada, sendo que a especificidade e delimitação de cada repertório ficam mais fluídas e menos claras.

⁶ Acesso: <http://www.diabetes.org.br/>

⁷ Acesso: <http://associadiabetes.blogspot.com/>

⁸ Acesso: <http://adj.org.br/>

Tendo isso em vista, fizemos uma leitura intensiva e reflexiva de textos sobre o *Diabetes mellitus* em diferentes campos do conhecimento. Nesse movimento, alguns sentidos foram se tornando mais fortes, mais pregnantes. Na tentativa de oferecer uma visão panorâmica sobre eles e, ao mesmo tempo, produzir algumas distinções que pudessem nos sensibilizar para a multiplicidade de sentidos das conversas cotidianas sobre diabetes, buscamos agrupá-los e nomeá-los em: repertório interpretativo histórico, repertório interpretativo biomédico e repertório interpretativo psicológico. Esses repertórios, a nosso ver, são os mais presentes na literatura científica, bem como podem ser facilmente reconhecidos nas conversas cotidianas sobre diabetes. A ciência, por meio desses vocabulários, foi construindo e criando formas de significação sobre o que, historicamente, convencionou-se chamar de *Diabetes mellitus*. A sociedade, por sua vez, utiliza esses repertórios construídos pela ciência em vários contextos relacionais, buscando realizar ou restringir determinadas possibilidades. O uso desses repertórios produz efeitos, constitui realidades – eles não só influenciam a nossa compreensão sobre um assunto, mas também e, principalmente, nos constituem, bem como constroem aquilo que entendemos como doença, como instituições, como profissões, leis, políticas, entre outros. Cada repertório interpretativo cria “verdades”. Para que o leitor entenda como essas construções ocorrem no campo discursivo do diabetes, trazemos adiante as principais descrições propostas por esses repertórios do campo do diabetes.

3.2.1 O repertório interpretativo histórico

Uma das maneiras utilizadas para compreender o diabetes é o repertório interpretativo histórico. Segundo esse repertório, o diabetes é uma doença muito antiga na história do homem e foi, ao longo do tempo, sendo marcada por algumas hipóteses e suposições, construindo um campo de conhecimento. Entretanto, a história que contaremos nesse

momento é uma história que aborda a constituição do diabetes como um problema, uma doença.

As primeiras suspeitas do diabetes, de acordo com Gama (2002), datam da era egípcia e também das escritas do povo judeu. A tradição oral conta a história de um ancião que, por volta de 1500 a.C., no Egito, começou a apresentar sede intensa, urinar muito e, em pouco tempo, veio a falecer. Outro indício histórico do diabetes no passado é o Papiro de Ebers, documento médico egípcio descoberto num túmulo em Tebas (cidade do antigo Egito) com data de 1550 a.C., que continha descrições sobre muitas doenças, entre elas uma que se caracterizava pelas pessoas apresentarem emissão frequente e abundante de urina (Delfino & Mocelin, 1997).

Na Grécia, o médico romano Aretaeus (81 a 138 d.C.) da Capadócia, relatou uma doença cujos principais sintomas eram: eliminação constante de urina, sede incontrollável e emagrecimento, que segundo ele, eram devido a influências estranhas que afetavam a bexiga e os rins. Aretaeus observou que, na maioria das vezes, as pessoas que tinham esses sintomas entravam em coma antes da morte (Arduino, 1980). Foi esse médico romano também que usou pela primeira vez o nome “diabetes” que, em grego, significa “passar através de”, pois, para ele, a emissão frequente da urina assemelhava-se a uma drenagem de água por meio de um sifão. Conforme Aretaeus, as pessoas que tinham diabetes tinham um fluxo constante de urina. Na verdade, ele acreditava que se tratava de uma “condição terrível”, em que a pessoa nunca parava de urinar; que ocorria o derretimento da carne e dos membros em urina. O médico entendia também que a vida das pessoas com diabetes era curta, dolorosa e desagradável (Delfino & Mocelin, 1997).

Nos séculos V e VI d.C., de acordo com Arduino (1980), especialistas em Medicina da Índia descreveram, com detalhes, alguns sintomas dessa doença, destacando o sabor adocicado da urina das pessoas com diabetes, denominando a condição de doença de

Madhumeha (urina doce). Para estes hindus, tratava-se de uma enfermidade em que as pessoas apresentavam uma urina doce como mel, pegajosa e capaz de atrair as formigas.

Avicena (960-1027 d.C.), um grande médico árabe, também descreveu algumas características do diabetes, destacando a perda das funções sexuais e da gangrena como possíveis sintomas relacionados à doença. Para o médico, no diabetes, o fígado estava comprometido, sendo a tuberculose e o furúnculo complicações muito comuns da doença (Arduino, 1980).

O termo “*mellitus*” foi acrescento à nomenclatura do diabetes por Cullen (1709-1790), a fim de distinguir essa condição de outras nas quais a urina não era doce e não tinha gosto (diabetes insípido). O termo “*mellitus*”, de origem latina, quer dizer “mel ou adocicado” (Delfino & Mocelin, 1997).

Em 1815, de acordo com Arduino (1980), o médico Chevreul propôs que o açúcar presente na urina das pessoas com diabetes era indistinguível do açúcar presente na uva. Mais tarde, em 1838, Peligot deu nome a esse açúcar de glicose. Por esta razão, os médicos passaram a experimentar a urina das pessoas com suspeita de diabetes. Posteriormente, em 1889, os cirurgiões alemães, Oskar Minkowski (1858-1931) e Joseph von Mering (1849-1908), estudando o papel do pâncreas na digestão de gorduras, acreditaram que a extirpação do pâncreas no cão provocava o aparecimento de sintomas muito semelhantes ao diabetes humano (Delfino & Mocelin, 1997).

Em 1901, Eugene Opie, nos Estados Unidos, observou alterações nas ilhotas de Langerhans⁹ de pacientes com diabetes, desenvolvendo a hipótese de que essas seriam a sede da doença. Nessa mesma época, Sobelow e Schulze, demonstraram que a ligadura dos canais excretores resultava em atrofia do pâncreas, sem que houvesse alteração nas ilhotas ou aparecimento de diabetes em animais (Arduino, 1980).

⁹ As ilhotas de Langerhans são células especiais do pâncreas (alfa, beta, delta e PP) que produzem insulina e glucagon, que agem como reguladores do metabolismo celular (Sociedade Brasileira de Endocrinologia, 2002).

Dessa forma, após esses experimentos, os pesquisadores levantaram a hipótese de que o pâncreas deveria produzir uma substância que fosse capaz de regular o metabolismo da glicose. Mais precisamente, em 1913, Shaefer supôs que as ilhotas de Langerhans seriam as responsáveis pela produção dessa substância que atuava no metabolismo da glicose e propôs que o nome dessa seria insulina (*insula*, do latim, significa ilha). Porém, a insulina só foi identificada e comprovada em 1921, em Toronto, por Frederick Grant Banting, com a colaboração do estudante de medicina Charles Best. Banting comprovou que a injeção dessa substância (insulina) diminuía os níveis de glicemia em cães pancreatectomizados, melhorando os sintomas da doença. Em 1922, Leonard Thompson, um garoto de 11 anos, que estava à beira da morte, recebeu a primeira injeção de insulina com a finalidade terapêutica (Arduino, 1980; Gama, 2002). A partir daí, a insulina se tornou uma grande companheira de muitas pessoas com diabetes. A identificação da insulina representou, na verdade, um marco na história do Diabetes *mellitus*. Tal descoberta rendeu o prêmio Nobel de Medicina a Banting, que ficou eternizado como uma espécie de “herói”.

Dessa maneira, o repertório interpretativo histórico nos indica como diferentes explicações, principalmente causas, foram sendo construídas acerca do diabetes ao longo do tempo. De início, acreditava-se que era uma doença em que ocorria o derretimento da carne e essa escoava pela urina, depois, tem-se a percepção do sabor adocicado da urina, seguida da observação de alterações nas ilhotas de Langerhans e, finalmente, da descoberta da insulina. Esse repertório promove assim: 1) o entendimento do diabetes como algo antigo na história humana; 2) a percepção de mudanças na compreensão do que seria o diabetes; 3) a noção de que a disfunção do diabetes é resultante de esforços de médicos e pesquisadores, validando o conhecimento científico; e 4) o diabetes como problema do corpo relativo ao funcionamento do organismo. Por meio dessas proposições, entendemos que o repertório interpretativo histórico compreende: a) o diabetes como um fenômeno sócio-histórico; b) a pessoa com

diabetes como alguém com uma doença, com um problema; c) as causas do adoecimento como sendo variáveis por meio de processos sócio-históricos; e d) o cuidado com o diabetes como sendo contingente à história, isto é, em cada época, acreditava-se em formas diferentes de cuidado; além disso, a identificação da insulina se constituiu como um marco importante na forma de cuidar da doença.

Como vimos, esse repertório conta uma história médica sobre o diabetes, porém, apesar disso, ele nos permite refletir sobre algumas descrições, mostrando que elas são situadas e históricas. Em geral, isso é importante, pois quando estamos lidando com questões relacionadas à saúde, geralmente tendemos a apagar a história e a olhar para os objetos como sendo universais e naturais.

3.2.2 O repertório interpretativo biomédico

O repertório interpretativo biomédico nos convida a compreender o diabetes como uma doença do corpo biológico, propondo explicações etiológicas, classificações, critérios de diagnóstico, processos fisiopatogênicos, formas de tratamento, entre outros. Nesse repertório, o *Diabetes mellitus* é considerado:

“... uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial” (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002, p. 5).

Os sintomas das pessoas com *Diabetes mellitus*, em geral, são: excesso de sede (polidipsia), aumento de fome (polifagia), aumento da quantidade e da frequência do ato de urinar (poliúria), emagrecimento, sonolência, formigamento nas extremidades dos pés e das mãos, dor abdominal e cansaço nas pernas. Em alguns casos, a pessoa com diabetes pode não apresentar esses sintomas, mesmo existindo a suspeita da doença. Para confirmar ou refutar o diagnóstico é necessário a realização de exames laboratoriais de glicemia capilar. Os critérios

atualmente aceitos para o diagnóstico do diabetes são: a) sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia causal¹⁰ acima de 200mg/dL; b) glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dL; em caso de pequenas elevações da glicemia, deve-se confirmar o diagnóstico pela repetição do teste em outro dia; e c) glicemia de duas horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose acima de 200 mg/dL.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), a classificação atual do diabetes baseia-se na etiologia da doença, assim utiliza-se quatro classes clínicas: o Diabetes *mellitus* tipo 1, o Diabetes *mellitus* tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e o Diabetes Gestacional. O diabetes Tipo 1 é encontrado, principalmente, em crianças, adolescentes e pessoas mais jovens, correspondendo de 5% a 10% dos casos. Esse tipo é resultado da destruição de células beta-pancreáticas (tipo de células do pâncreas que transporta os hormônios – insulina e glucagon – produzidos nas ilhotas de Langherans) pelo próprio organismo, o que causa deficiência absoluta de insulina. O diabetes Tipo 2, por sua vez, é mais frequente em adultos após os 40 anos. Essa classe clínica é caracterizada por efeitos na ação e secreção da insulina; assim, para compensar essa deficiência, ocorre um aumento na produção de insulina para manter a glicose em níveis normais; porém, quando esse aumento não acontece, é que ocorre o diabetes. Essa é a forma mais comum de diabetes abrangendo de 90 a 95% de todos os casos diagnosticados. Além disso, a categoria “outros tipos específicos de diabetes” envolve várias formas de Diabetes *mellitus* decorrentes de defeitos genéticos nas células beta-pancreáticas, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, uso de fármacos diabetogênicos, como a cortisona, os diuréticos e os betabloqueadores, entre outras condições. Finalmente, o diabetes gestacional trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante o período gestacional. Por sua vez, há ainda que se comentar do pré-diabetes, um estado

¹⁰ Entende-se por glicemia causal aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.

intermediário entre a homeostase normal da glicose e o Diabetes *mellitus*. Nessa condição, a pessoa apresenta o exame de glicemia de jejum alterado, porém em concentrações de glicemia inferiores ao critério de diagnóstico de diabetes, entretanto mais elevadas que o valor de referência normal.

Quando não controlado adequadamente, o diabetes pode ocasionar disfunções, danos ou falência em vários órgãos, principalmente rins, olhos, vasos sanguíneos e coração. As complicações de saúde mais comuns são: nefropatia (podendo evoluir para a insuficiência renal), retinopatia (com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia), risco de úlceras nos pés (pés diabéticos), amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção anatômica, incluindo disfunção sexual. Além disso, pessoas com diabetes apresentam um maior risco de desenvolver doença vascular aterosclerótica, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002).

No que diz respeito aos aspectos que podem predispor o aparecimento do diabetes, Costa & Almeida Neto (2004) comentam que algumas situações cotidianas podem contribuir para a alteração na produção da insulina. Entre essas situações, temos: as infecções, a obesidade, a gravidez, as cirurgias, as emoções fortes, o estresse, o envelhecimento e o uso de medicamentos diabetogênicos em doses altas e por tempo prolongado: cortisona e derivados, alguns diuréticos, alguns estrógenos (pílulas anticoncepcionais e determinados medicamentos para climatério), entre outros. Entretanto, para esses autores, a maior parte das pessoas com diabetes tipo 2, por exemplo, pode herdar de seus familiares uma predisposição para o aparecimento do diabetes, sendo as situações descritas, apenas fatores que precipitam o aparecimento da doença e não, necessariamente, os determina.

Com relação ao prognóstico do diabetes, comenta-se que o diabetes tipo 2 exige das pessoas com a doença, em geral, a administração de comprimidos antidiabéticos orais. O tratamento médico do Diabetes *mellitus* tipo 2 implica em: estratégias de educação visando

conscientizar sobre a doença e suas complicações, modificações do estilo de vida (parar de fumar, adoção de atividades físicas e reorganização de hábitos alimentares) e, se necessário, o uso de medicamentos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002). Dito de outro modo, considera-se, assim, como uma doença marcada pela necessidade de controle contínuo, por meio de exames regulares, uso de medicação, a adoção de uma dieta alimentar (com diminuição, principalmente, na quantidade de carboidratos e açúcares) e exercícios físicos, para o não agravamento do quadro.

Conforme Costa & Almeida Neto (2004), a Associação Americana de Diabetes (ADA) desenvolveu um programa para prevenção ou retardamento do aparecimento do diabetes em pessoas consideradas como pré-diabéticas¹¹. Segundo as diretrizes desse programa, apenas 30 minutos de atividades físicas diárias todos os dias, em combinação com redução de peso corporal de 5 a 10%, contribuem para redução em 58% dos riscos do aparecimento do diabetes.

Portanto, o repertório interpretativo biomédico promove: a) uma compreensão do diabetes como uma doença do corpo biológico, natural e universal; b) a noção de que a pessoa com diabetes é aquela cujo pâncreas, ou mais precisamente, cujas células beta-pancreáticas estão sendo destruídas ou não estão produzindo insulina suficiente, para diminuir a concentração de glicose no sangue; c) a compreensão de que as causas do diabetes estão relacionadas à pré-disposição genética (hereditariedade), infecções, obesidade, gravidez, cirurgias, envelhecimento e uso de alguns medicamentos; e d) a ideia de que os cuidados frente ao diabetes consistem em realizar dieta alimentar, praticar exercícios físicos, mudar o estilo de vida (parar de fumar, beber, etc) e fazer a administração de medicamentos e/ou de insulina (quando necessário).

¹¹ As pessoas com pré-diabetes podem permanecer com a glicemia de jejum alterada ou com intolerância a glicose, sem apresentar sintomas do diabetes durante anos. Alguns estudos sugerem que esse período “assintomático” pode ser bastante grande podendo acarretar danos em vasos arteriais (Costa & Almeida Neto, 2004).

De forma geral, a descrição produzida por esse repertório gera uma compreensão de que a pessoa com diabetes é vítima do próprio corpo, isto é, a pessoa com essa doença é colocada num lugar de paciente, como alguém sujeito ao mau funcionamento do próprio organismo e que deve obedecer às prescrições do profissional de saúde: tomar medicamentos, realizar o controle alimentar e atividades físicas.

Assim, esse repertório produz, a nosso ver, uma valorização ativa dos especialistas, que definem o que é o diabetes, quais são suas causas, os principais sintomas, o que deve ser feito para “minimizar” esse déficit do organismo e quais são as possíveis complicações caso esse não seja controlado.

De maneira geral, o repertório interpretativo biomédico, caracterizado pelo uso de vocabulários biomédicos, é considerado dominante e hegemônico no campo da saúde (Spink, 2003), promovendo uma objetificação da saúde e da doença, nesse caso, do diabetes. Entretanto, apesar de sua hegemonia, temos outras formas possíveis de entendermos o diabetes.

3.2.3 O repertório interpretativo psicológico

O repertório interpretativo psicológico é uma alternativa possível quando conversamos sobre diabetes, porém sua proposta é complementar ao repertório biomédico. Nessa perspectiva, o diabetes é compreendido como uma doença do corpo influenciada por aspectos psíquicos e/ou emocionais (Grendene, 2007; Kendall-Tackett, 2009; Marcelino & Carvalho, 2005; Alcântara, Zanetti & Oliveira, 2008).

Marcelino & Carvalho (2005), num trabalho de revisão bibliográfica sobre os aspectos emocionais vivenciados pelas crianças com diabetes, comentam que pesquisas têm demonstrado que o diabetes se trata de uma doença psicossomática. Ademais, para esses autores, as explicações mais comuns verificadas nesses estudos apontam para o surgimento

dessa doença ligado a: traumas emocionais na infância, modificações externas violentas, perda dos pais por meio de morte ou separação, conflitos parentais ou com a família e/ou na escola. Além disso, comentam também que o diabetes pode provocar sentimentos como menos-valia, inferioridade, baixa auto-estima, medo, revolta, ansiedade, negação da doença, regressão, desesperança, incapacidade de amar e de se relacionar bem com as pessoas, como também ideias de suicídio e depressão. Entretanto, os autores pontuam que a presença ou não desses sentimentos dependerá dos recursos internos e da personalidade de cada pessoa, da forma com que a pessoa com diabetes recebeu a notícia da doença e como a família e o círculo de amigos reagiram e reagem ao diagnóstico. Além disso, Marcelino & Carvalho (2005) pontuam que a pessoa com diabetes apresenta uma dinâmica psíquica pela qual tem dificuldades de lidar com o afeto. Metaforicamente, os autores acreditam que a pessoa não permite com que o afeto, o amor (simbolizado pelo açúcar), entre em seu corpo (suas células) e isso faz com que a concentração de glicose no sangue aumente. Essa postura, nos dizeres dos autores, é uma forma de evitar possíveis sofrimentos e frustrações, isto é, o “desejar não amar ou não ser amado” (“não deixar o açúcar entrar no sangue”) é uma forma de não sofrer.

De acordo com Kendall-Tackett (2009), pessoas que sofreram eventos traumáticos têm maiores chances de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios gastrointestinais, entre outras. As pesquisas científicas na área de Psiconeuroimunologia, segundo a autora, têm demonstrado que eventos estressores promovem uma desregulação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, bem como no sistema nervoso simpático. Em outras palavras, têm-se sugerido que os eventos traumáticos durante a vida podem levar ao desenvolvimento de complicações de saúde por meio de respostas inflamatórias que têm um papel etiológico em doenças crônicas como o Diabetes *mellitus*.

Além de se preocuparem com os aspectos possíveis envolvidos na etiologia do Diabetes *mellitus*, alguns trabalhos, nessa perspectiva, investigam também os efeitos do diabetes no

funcionamento mental. Yeung, Fischer & Dixon (2009), por exemplo, acreditam em perdas cognitivas em pessoas com diabetes. Os autores, explorando os efeitos do Diabetes *mellitus* tipo 2 no funcionamento cognitivo de pessoas de meia idade e idosas (53 – 90 anos), compararam o desempenho de dois grupos, um com pessoas sem diabetes (grupo controle) e outro com a doença (grupo experimental), na realização de testes neuropsicológicos. Os aspectos cognitivos investigados nesse estudo foram: memória episódica, memória semântica, fluência verbal, funções executivas e velocidade neurocognitiva. Os resultados encontrados indicaram que o desempenho nos aspectos “funções executivas” e “velocidade neurocognitiva” foi superior no grupo controle, isto é, aqueles que não tinham diabetes apresentaram um desempenho superior comparadas àqueles que tinham a doença nos aspectos anteriores. Esse achado, segundo os autores, sugere que o diabetes pode estar relacionado a alterações de alguns aspectos cognitivos, entretanto, são necessárias pesquisas longitudinais futuras para serem feitas afirmações conclusivas.

Outros estudos apontam para a relação de comorbidade entre o diabetes e a depressão (Lutsman & cols., 2000; Gavard, Lustman & Clouse, 2003; e Moreira & cols., 2003). No estudo de Lutsman & cols., por exemplo, cujo objetivo foi identificar se a depressão estava associada com o mau controle glicêmico, verificou-se que em pacientes com diabetes (independente se forem do tipo I ou do tipo II) a sintomatologia depressiva se apresenta de duas a três vezes mais frequente do que na população geral, afetando de 15 a 20% desses pacientes e tendo um efeito negativo sobre o controle glicêmico e o tratamento a longo prazo do diabetes. Para Ciechanowski, Katon & Russo (2002), as pessoas com diabetes e sintomas depressivos também ampliam a percepção dos sintomas da doença, isto é, sentem com maior intensidade os sinais característicos do diabetes quando comparados com os não-deprimidos. Teng, Humes & Demetrio (2005) comentam que pacientes com a comorbidade Diabetes *mellitus* e depressão apresentam pior controle glicêmico e maior incidência de complicações

do diabetes, como a retinopatia, a disfunção sexual, a nefropatia, a neuropatia e as complicações macrovasculares. Entretanto, vale destacar que apesar desses trabalhos apontarem para a associação diabetes-depressão, Musselmann, Betan, Larsen & Phillips (2003) advertem que os mecanismos fisiológicos que propiciam essa comorbidade ainda não estão claros para os pesquisadores. Na verdade, nas palavras dos autores, alguns estudos apenas sugerem que alterações do transporte da glicose em regiões específicas do cérebro poderiam ocorrer em pacientes diabéticos, o que favorece o aparecimento de sintomas depressivos. Outros, por sua vez, propõem que as alterações hormonais do diabetes, principalmente da hipercortisolemia, bem como o aumento da ativação imunoinflamatória, poderiam provocar um maior risco de pessoas deprimidas desenvolver o diabetes.

Há ainda os estudos que propõem uma correlação entre o diabetes e os transtornos alimentares. Conforme Papelbaum & cols. (2004), nesse tipo de investigação, tem-se proposto que a preocupação persistente que as pessoas com diabetes têm com a alimentação poderia conduzi-las para condutas alimentares inadequadas. Nesse processo, o ganho de peso combinado com o tratamento insulínico geraria uma insatisfação corporal que estimularia práticas compensatórias como a bulimia, a anorexia ou ainda a compulsão alimentar periódica. Na literatura científica, de acordo com aqueles autores, os trabalhos que propõem a associação entre diabetes e transtornos alimentares apontam para uma prevalência que varia entre 6,7% e 20,9% no Diabetes *mellitus* tipo 1 e 2,5% e 34,8% no Diabetes *mellitus* tipo 2. Nesses, a bulimia nervosa foi o transtorno alimentar mais observado no diabetes tipo 1, enquanto a compulsão alimentar periódica foi a que apresentou maior incidência no diabetes tipo 2. Para os autores, a forma com que essa associação diabetes-transtornos alimentares ocorre depende do tipo de diabetes. Por exemplo, no diabetes tipo 1, acredita-se que a necessidade de modificações dos hábitos alimentares relacionados ao tratamento da doença, funcionaria como um fator de predisposição para o desenvolvimento de um transtorno

alimentar. Já no diabetes tipo 2, a presença do transtorno alimentar (geralmente, episódios de compulsão alimentar) contribuiria para facilitar o ganho de peso e o posterior desenvolvimento do diabetes. Desta forma, Papelbaum & cols. (2004) sugerem que os transtornos alimentares poderiam interferir no controle glicêmico e promover um aumento das complicações do Diabetes *mellitus*. Por isso, pontuam a necessidade de um tratamento adequado para esses transtornos, de maneira a reduzir possíveis problemas futuros para as pessoas com diabetes.

Peres, Santos, Zanetti & Ferronato (2007) propõem que existe uma ambivalência na forma com que as pessoas com diabetes vivenciam seu processo de adoecimento. De um lado, existem sentimentos de raiva e revolta, decorrentes das privações e imposições feitas pelo tratamento no que diz respeito à alimentação, à atividade física e aos medicamentos. De outro, emoções ligadas à felicidade e responsabilidade pessoal pela oportunidade de cuidar de si. Assim, para os autores, a identidade da pessoa com diabetes é construída por meio de um processo que exige das pessoas entrar em contato com emoções que são perturbadoras e que são fruto de abdições do dia a dia com a doença. Esse processo de entrar em contato com essas emoções conflituosas pode, nos dizeres dos autores, gerar mágoa, ansiedade, preocupação, conduta de vigilância constante para manter os próprios impulsos e o desejo de desrespeitar os limites impostos pelo controle nas pessoas com diabetes. E essas emoções contribuem para a falta de adesão ao tratamento, aspecto apontado na literatura psicológica como presente em pessoas com diabetes.

De forma geral, o repertório interpretativo psicológico¹² propõe: a) o entendimento do diabetes como uma doença do corpo influenciada por aspectos ligados ao campo do psíquico; b) uma compreensão da pessoa com diabetes como alguém que vivenciou sofrimento psíquico

¹² Apesar de apontarmos uma implicação daquilo que consideramos ser um repertório interpretativo psicológico do diabetes, vale destacar que, na Psicologia, temos uma grande diversidade teórica e, nesse momento, não abarcamos todas as perspectivas existentes e sim, as que têm sido mais utilizadas na literatura sobre diabetes.

na infância, e/ou tem déficits cognitivos, e/ou é deprimida, e/ou têm transtornos alimentares; c) a ideia de que o diabetes é causado por eventos traumáticos na infância, emoções fortes, estresse, depressão e transtornos alimentares; e d) a noção de que uma forma de cuidado frente ao diabetes é o controle das emoções.

Por meio desse repertório, pudemos ver o diabetes como uma doença causada por traumas na infância e como resultado de um psiquismo pouco afetivo. Além disso, também pudemos entendê-lo como uma doença que acarreta perdas, tais como: prejuízos cognitivos, depressão e transtornos alimentares. Isto é, esse repertório produz uma lógica em que não é apenas o corpo biológico que não está funcionando, mas também o “corpo psíquico”. Assim, a pessoa com diabetes é situada como vítima de duas maneiras: pelo corpo biológico e pelo próprio psiquismo.

3.2.4 Sintetizando o efeito dos repertórios interpretativos: individualismo e normatização nas práticas profissionais em saúde

Para dar maior visibilidade às construções realizadas por meio dos repertórios interpretativos histórico, biomédico e psicológico sobre o diabetes, a seguir, trazemos um quadro contendo as visões de diabetes, de pessoa com diabetes, das causas e dos tratamentos construídos por meio do uso desses repertórios.

Quadro 1 – Alguns repertórios interpretativos sobre o Diabetes *mellitus* e as construções que esses realizam

REPERTÓRIOS INTERPRETATIVOS	Diabetes	Pessoa com diabetes	Causas do diabetes	Formas de cuidado do diabetes
<i>Histórico</i>	Diabetes é uma construção sócio-histórica.	Pessoa com um problema, com uma doença.	Variaram com o tempo histórico.	Variaram com a história, sendo a identificação da insulina um marco na forma de cuidado.
<i>Biomédico</i>	Diabetes é uma enfermidade do corpo biológico, natural e universal.	Pessoa com deficiência absoluta de insulina ou com produção insuficiente dessa.	Pré-disposição genética (hereditariedade); infecções; obesidade; gravidez; cirurgias; envelhecimento; uso de alguns medicamentos; estilos de vida inadequados.	Dieta alimentar; exercícios físicos; mudança de estilo de vida (parar de fumar, beber, etc); administração de medicamentos e/ou insulina (quando necessário).
<i>Psicológico</i>	Diabetes é uma enfermidade do corpo biológico influenciada por aspectos psicológicos.	Pessoa que vivenciou sofrimento psíquico na infância; tem déficits cognitivos; deprimido; com transtornos alimentares.	Eventos traumáticos na infância; emoções fortes; estresse; depressão; transtornos alimentares.	Controle das emoções.

Os três repertórios interpretativos apresentados – histórico, biomédico e psicológico – promovem uma visão de diabetes muito ligada a ideia de déficit, de problema e de vitimização. Tais repertórios constituem o diabetes como uma doença, como um mal do corpo, e a pessoa com diabetes como alguém com uma disfunção orgânica incurável, com risco de complicações para a saúde (sejam essas físicas, cognitivas, psíquicas ou sociais) ou até de morte. Esses repertórios enfatizam a doença de tal maneira que constroem a pessoa com diabetes como tendo uma identidade patológica – com o destaque grande para a doença – e isso dificulta a abertura para outras descrições de si possíveis.

De maneira geral, os repertórios interpretativos usados para entender questões de saúde têm sido marcados por uma lógica do déficit e têm sustentado a importância de se seguir à risca as prescrições dos profissionais de saúde. Além disso, entende-se ainda de uma maneira bastante linear, que o não cumprimento das recomendações dos especialistas pode levar a sérios prejuízos para a saúde. Porém, nos perguntamos: será que não existem pessoas com diabetes que estão em boas condições de saúde mesmo não seguindo “adequadamente” a dieta? Será que escolher não seguir a prescrição do profissional de saúde à risca é, majoritariamente, sinal de inadimplência com a própria saúde?

Camargo-Borges & Japur (2008) comentam que o autocuidado e, por conseguinte, a adesão ao tratamento, com o crescimento do capitalismo, passaram a ser compreendidos dentro de uma lógica moralista e higienista, isto é, pautados por uma concepção em que cuidar da própria saúde implica em seguir normas e diretrizes prescritas por um especialista. Entretanto, de acordo com as autoras, tanto o autocuidado quanto a adesão ao tratamento são construções sócio-históricas que nem sempre estiveram relacionadas à ideia de que as pessoas que não aderem à terapêutica proposta para o seu tratamento não cuidam da própria saúde. As conversas grupais com pacientes de um centro de saúde realizadas pelas autoras sugeriram, por exemplo, que um paciente pode não tomar um medicamento prescrito, não por falta de

cuidado com a própria saúde, mas, pelo contrário, por não ter se sentido escutado e acolhido durante a consulta, entendendo que houve um descaso do profissional de saúde em ouvir suas queixas e optando, assim, conscientemente, por não usar a medicação. Mas se olharmos para essa situação do uso do medicamento, por exemplo, tentando entender rigidamente que tomar medicamento é certo e não tomar medicamento é errado, em qualquer circunstância, dificilmente entenderíamos essa outra versão da história e provavelmente entraríamos numa “queda de braço” com nossos pacientes que não levaria a resultados satisfatórios. Será que temos dado espaço (voz e vez) para escutar os nossos pacientes durante a realização de nossas práticas profissionais em saúde? Será que nossos atendimentos são realmente o que nossos pacientes esperam? Não tomar medicamentos está inquestionavelmente errado em qualquer circunstância? Sem dúvida nenhuma é muito importante refletirmos sobre essas questões, porém sem esquecer que além da hierarquização que está incutida nessas formas verticalizadas em que o profissional dita o que é certo e o que é errado para os pacientes, existe ainda nessa postura uma negação do direito de cada pessoa escolher o que é bom ou não para si mesmo.

Os repertórios interpretativos ligados à ideia do déficit e a uma individualidade no manejo da própria doença têm construído uma visão de diabetes e de pessoa com diabetes marcada pela lógica do problema. Em outras palavras, existe uma medicalização da vida, que, hoje, está tão naturalizada, que é muito difícil pensarmos o diabetes de maneiras diferentes. Isto é, o diabetes é doença, é uma doença crônica, é incurável. Porém, como vimos, o repertório interpretativo histórico nos propõe versões alternativas para o diabetes, a de um diabetes que foi sendo construído e significado ao longo do tempo como uma doença crônica.

Muito provavelmente o leitor deve estar pensando: “diabetes é uma doença e pronto, isso é fato, não tem o que se discutir”. Entretanto, cabe aqui destacar que não estamos discordando de que não ocorra uma disfunção na produção da insulina, ou que não exista uma

elevação da glicose, estamos propondo, por outro lado, que os conhecimentos que temos acerca do diabetes não são naturais e universais, foram inventados em um dado momento histórico e, hoje, não levamos isso em consideração, acreditando que eles sempre foram assim. Isto é, existe uma concepção de estabilidade ontológica e não se questiona que esse conhecimento, que promove uma ideia de déficit, foi construído por meio de processos históricos e sociais. Não podemos apagar ou negar a história, pois o diabetes pode ser compreendido além da ideia da doença, além das noções que os Consensos de Diabetes¹³ produzem, e talvez, isso possa ser muito útil para que pessoas com diabetes possam se relacionar de forma diferente com sua doença, às vezes até de uma forma mais satisfatória.

Segundo Gergen (1997), no contexto de saúde mental, um discurso que promove a ideia do déficit gera: hierarquização e desgaste social, que são processos que situam as pessoas nos lugares de doentes e/ ou de profissionais; fortalecimento da enfermidade à medida que a doença vai se constituindo como uma entidade; auto-enfraquecimento para os pacientes, que vão se constituindo em termos identitários como pessoas doentes; e crescimento profissional e propagação e fortalecimento da ideia de doença. De forma geral, o discurso do déficit promove a criação de vocabulários e descrições ligadas a uma ideia de problema, e essas são utilizadas nos relacionamentos humanos. Por meio desse discurso, as pessoas passam a ser vistas como pessoas com um problema que precisa ser controlado. Se esse não o for, essas são consideradas fracas ou até descuidadas com a saúde. A implicação do uso desse tipo de discurso é que ele fortalece o problema (a doença), saturando a vida das pessoas com a enfermidade e diminuindo espaços para entendimentos diferentes. A vida da pessoa com a doença fica marcada pela enfermidade e outras formas possíveis de significação vão ficando à margem. Quando elas não cuidam da saúde, são consideradas, moralmente, como fracas ou ruins.

¹³ Os Consensos em saúde são documentos, construídos por profissionais de saúde, que definem o que é a doença.

Ao se construir essa lógica do problema, do déficit, da doença, vai sendo estabelecido “o que é certo” e “o que é errado” e isso é mantido por meio de um mecanismo de produção de culpa. Como sugerem Castiel & Diaz (2007), a ideia de culpa está atrelada a um julgamento e a uma desaprovação de alguém que, de alguma forma, falhou, fez transgressões em relação à moral ou às leis vigentes de um determinado contexto. Essa culpabilização é um recurso poderoso para normatizar e controlar a vida das pessoas, pois constroi a ideia de responsabilidade individual pela saúde. Segundo os autores, essa normatização é uma forma de controle social e isso gera a proliferação de que determinadas condutas são um risco para saúde, bem como temores e medos, produzindo a ideia de uma “saúde persecutória”, que deve ser alcançada a qualquer custo, independente se o que está sendo proposto é entendido como bom ou agradável à pessoa.

Broom & Whittakerb (2004) comentam sobre a moralidade presente nas práticas de saúde de incentivo ao controle dos níveis glicêmicos em pessoas com diabetes. Para os autores, a linguagem de controle é um código público cultural em que estar no controle é altamente valorizado, implicando no triunfo do “eu racional” sobre a desordem física. Por outro lado, não conseguir alcançar o que é prescrito pelos profissionais como o controle ideal, é visto como um fracasso, uma falha moral, uma desqualificação.

Essa moralização também é encontrada em outros contextos de saúde. Burns & Gavey (2004), em um estudo sobre a bulimia e o discurso sobre o controle do peso, entrevistaram 15 mulheres que praticavam bulimia e concluíram que o discurso sobre o “peso saudável”, medicamente definido pelo índice de massa corporal (IMC) e considerado como um equilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto energético, é construído a partir de imperativos culturais que, por sua vez, delineiam práticas profissionais de saúde que, prevêm uma certa racionalidade e um “benefício para a saúde”, mas que, na prática, acabam dando suporte para práticas de compensação alimentar, como a bulimia. Isto é, segundo os autores, existe uma

imagem social em que a “gordura” está associada à preguiça, à fraqueza, ao descontrole, ao descuido, à falta de saúde, enfim, ao desviante. Assim, qualquer excesso de peso é considerado como insalubre. Num mundo de pessoas esbeltas, estar em situação de sobrepeso é ser diferente, fora dos padrões. Dessa forma, por exemplo, as estratégias de saúde que têm sido definidas para prevenção da obesidade podem, inadvertidamente, contribuir para a propagação e para o entendimento simplista de que ser magro é ser saudável. Isso pode ser visto no nosso cotidiano em muitos casos de reportagens jornalísticas em que inúmeras mulheres e jovens se sentem insatisfeitas com seus corpos, mesmo não sendo consideradas em situação de sobrepeso. Outras se submetem a procedimentos cirúrgicos e estéticos, mesmo não estando em situações clínicas que apontem para isso. Dessa maneira, a retórica da “vida saudável”, tão importante em alguns contextos e situações, também pode ser problemática para a vida de muitas pessoas.

Certamente, o leitor deve estar se perguntando: “Mas então o que devemos fazer, já que o que tem sido feito não tem sido bom?”. Não estamos desmerecendo o que tem sido feito no campo profissional da saúde, porém acreditamos que apontar alguns impasses e contradições das formas de conversar mais usuais em saúde pode contribuir para a sua transformação. É evidente que muitos desses jeitos de falar são úteis em muitas situações e momentos, no entanto, deve-se ampliar as formas de compreensão de aspectos relacionados à saúde e à doença, para que nos contextos em que essas formulações linguísticas mais usuais têm gerado sofrimento ou algum tipo de problema, outras formas possíveis sejam utilizadas.

Portanto, como vimos, nesse capítulo, discutimos as implicações do uso de alguns repertórios interpretativos do diabetes, apontando para a produção da ideia de déficit, problema, culpa e até de uma “saúde persecutória”. Refletimos também sobre diferentes formas de falar sobre saúde marcadas por uma “simples”, “inocente” e “responsável” ideia de

autocuidado com a saúde, de maneira a apontar como elas podem levar a uma identidade patológica e a um temor e controle intenso.

No capítulo seguinte, apresentaremos o foco da nossa análise – a Responsabilização, como também a maneira com que tal fenômeno se insere nas discussões sobre diabetes, o referencial teórico que adotamos para entender os processos de manejo da Responsabilização e algumas pesquisas que têm sido desenvolvidas nesse sentido.

4. A Responsabilização: Diabetes *mellitus*, Psicologia Discursiva e alguns estudos

“Todo mundo cobra do mundo, ser responsável, seguir sempre a lei. Mas todo o mundo acha que o mundo é um palácio e que ele é o rei” (Autor desconhecido).

No capítulo anterior, comentamos que muitas práticas profissionais em saúde podem contribuir para a individualização e normatização do processo saúde-doença, criando espaço para o surgimento de uma “saúde persecutória”, que se pauta pela ideia de que alcançar índices e valores ditos saudáveis se trata de um dever, uma obrigação das pessoas. Essa forma de pensar a relação das pessoas com a saúde exige que elas respondam pelas maneiras como têm manejado o cuidado em saúde em diferentes situações do cotidiano. Nesse contexto, o fenômeno discursivo da Responsabilização ganha importância. Assim, nesse capítulo, convidamos o leitor a entender tal processo. Para isso, apresentaremos nos parágrafos a seguir em que consiste o processo de Responsabilização, como ele se insere no campo discursivo do diabetes, bem como o enquadramento teórico-metodológico que utilizamos para estudá-lo e as formas pelas quais tem sido pesquisado em trabalhos pautados por uma perspectiva discursiva.

De maneira geral, a Responsabilização como um processo discursivo é um aspecto fundamental da vida em sociedade. A todo o momento, estamos respondendo, prestando contas, justificando algo que fizemos, deixamos de fazer ou que nos aconteceu às pessoas. Quando um estudante, por exemplo, é questionado sobre seu baixo desempenho num exame avaliativo, não é incomum o encontrarmos se derresponsabilizando pelo aconteceu. Nesse

movimento, ele pode criar alguma justificativa para a situação. Como por exemplo: uma noite de sono mal dormida, problemas afetivos na família, aulas cansativas e explicações ruins por parte do professor, briga com a namorada, falta de tempo para estudar todo o conteúdo devido ao fato de trabalhar, prova mal elaborada, questões confusas, dificuldade de compreensão de alguns tópicos, falta de concentração, algum problema de saúde e assim por diante. Por outro lado, se uma pessoa se sair bem no trabalho, possivelmente ela irá responsabilizar-se por isso; isto é, atribuir a si mesmo tal feito, como por exemplo, dedicação pessoal, esforço, experiência, entusiasmo, entre outros. Isto é, em diferentes situações, estamos constantemente respondendo pelo que aconteceu ou está acontecendo. De acordo com Edwards & Potter (1992), a Responsabilização implica em formas de conversar que as pessoas utilizam durante as interações, para responder às situações e/ ou aos outros. Nesse processo, elas se justificam, prestam contas, se desculpam, buscam aceitação, atribuem responsabilidades, minam acusações e constroem imagens interacionais mais satisfatórias para si mesmas do ponto de vista social.

Na linguagem cotidiana, quando conversamos de assuntos relacionados à saúde, por exemplo, de alguma forma ou de outra, sempre esbarramos em questões ligadas à Responsabilização. Falar em alimentação hoje é conversar principalmente sobre aspectos ligados à saúde, a algum tipo de vigilância de peso e de controle alimentar, bem como observação de um cardápio rico em fibras ou proteínas, entre outros, e dificilmente pensar nos alimentos como uma forma de prazer, como degustação ou até como um lazer. No nosso cotidiano, a expressão “comer bem” é usada, na maior parte das vezes, como sinônimo de se alimentar daquilo que é considerado e definido como sendo saudável. Assim, somos a todo instante convidados a respondermos, nos responsabilizando pela nossa alimentação. Em nossa cultura, quando se está um pouco acima do peso, é muito comum escutarmos as pessoas dizerem que isso acontece, pois “têm uma tendência genética para engordar” ou porque o

trabalho toma muito tempo, impedindo a realização de alguma atividade física. Ou ainda, que elas se esforçam, mas o problema é que o corpo não ajuda. Isto é, estamos constantemente respondendo a determinadas demandas culturais.

Realizar exercícios físicos como caminhada, fazer musculação ou uma hidroginástica, também são vistos, hoje, dentro dessa mesma lógica de um “fazer obrigatório e necessário”, pois implica diretamente numa postura ativa de busca por um padrão de corpo tido como ideal, delineado em função de satisfazer necessidades estéticas sociais, ou de realizar alguma atividade física, pois isso é, tradicionalmente, visto como “bom para a saúde”. Recomenda-se, por exemplo, segundo a Organização Panamericana de Saúde, que se realize, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física para diminuir o risco de contrair doenças cardiovasculares (Brasil, 2003). Dessa maneira, em nossa cultura, é muito comum encontrarmos pessoas “malhando” e lotando as academias, pois a “ditadura da boa forma”, a busca pelo corpo ideal ou ainda a “saúde persecutória” os faz se sentir responsáveis em ter um belo corpo ou em ter saúde.

Apresentamos aqui o exemplo da alimentação e da atividade física, que têm se constituído como um padrão idealizado a ser alcançado. Porém, diferentes atividades humanas, especialmente no campo da saúde, também se apresentam de forma padronizada em termos de condutas socialmente esperadas. Dessa maneira, fica fortemente evidenciado que vivemos inseridos numa cultura em que existem jeitos determinados para ser e estar na sociedade. E é justamente por isso, que estamos envolvidos num jogo de responder às situações e às pessoas. Responsabilizar-se é, portanto, uma ação que está diretamente relacionada a responder a expectativas sociais e obrigações morais.

Analisando estudos empíricos sobre a Responsabilização em contextos de saúde, encontramos alguns artigos que exemplificam tal processo. Em um trabalho que aborda as mensagens de responsabilidade produzidas por textos informativos de promoção em saúde

sobre HIV na Inglaterra, Dodds (2002) comenta que as mensagens anunciadas apresentaram enfoques que tanto culpabilizavam as pessoas infectadas pelo vírus quanto propunham responsabilidades sociais e organizacionais relativas à doença. Entretanto, como sugere o autor, de forma geral, tais mensagens promoviam e fortaleciam a culpabilização das pessoas infectadas pelo vírus não estimulando as pessoas que as lêem, a entenderem a situação de se ter HIV de forma mais ampla, o que pode acarretar sensíveis implicações para os esforços de prevenção do HIV.

No campo discursivo do diabetes, também notamos muitos movimentos que acabam, de alguma forma, responsabilizando ou até culpabilizando as pessoas por terem desenvolvido a doença, bem como por não conseguirem manter a taxa de glicose nos valores considerados ideais ou ainda por terem alguma complicação de saúde em virtude dessa.

Em conversas sobre diabetes com profissionais de saúde, possivelmente, escutaremos alguns dos seguintes questionamentos: “Por que será que aquele cara não cuida da saúde dele?”, “O que eu faço para ele entender que não pode comer açúcar?”, “Não adianta passar remédio, se ele não fecha a boca!”, “Aquele lá faz tudo errado, não tá nem aí para a saúde!”, “Ih... ele ali não gosta dele não, tudo que eu falo, ele faz diferente!”. Essas falas nos sugerem que não fazer o prescrito pelo profissional de saúde, é, de alguma forma, “uma ofensa à própria saúde”, e a pessoa com diabetes que não segue a prescrição médica é considerada como um “réu”, aquela que “não deu conta” ou que transgrediu o estabelecido.

Quando uma pessoa é diagnosticada com Diabetes *mellitus*, busca-se, primordialmente, ao longo do seu tratamento médico, alcançar um controle satisfatório dos níveis glicêmicos, seja pela administração de medicamentos ou de insulina, ou ainda pela adoção de alguns hábitos, como dietas e restrições alimentares, prática de exercícios físicos, evitar bebidas alcoólicas e cigarro, entre outros. Durante o tratamento, a pessoa com diabetes é submetida, assim, a uma cultura da vigilância, marcada pela busca dos níveis ideais de glicose no sangue.

Isto é, o papel reservado ao paciente com diabetes é de alguém que deve “vigiar a si mesmo”, controlar e seguir o prescrito pelo profissional de saúde.

Biomedicamente entende-se o diabetes como sendo uma enfermidade causada por “estilos de vida inadequados”, dos quais as pessoas são responsabilizadas (respondem), em muitos casos, tanto pela etiologia quanto pela gestão ou pelas complicações de saúde. Assim, a pessoa com diabetes é, na maioria das vezes, responsabilizada tanto por ter ficado doente, no caso do diabetes tipo 2, por ter tido uma alimentação rica em gorduras e carboidratos ao longo da vida, como também, quando já tem diabetes e não alcança os índices tidos como ideais, por não ter seguido as prescrições recomendadas. Além disso, em casos de complicações de saúde, é também vista como a culpada por não ter cuidado da própria saúde. Isto é, em diferentes situações, a pessoa é, de alguma forma, responsabilizada, pois se trata de alguém que “não cumpriu” com seus deveres, que não seguiu o estabelecido, alguém que não conseguiu, que teve uma falha moral.

Não é difícil vermos no dia a dia muitos profissionais travando uma verdadeira “batalha” com alguns dos seus pacientes com diabetes, buscando junto a esses uma maior adesão ao tratamento, um melhor “controle” sobre a própria saúde. Porém, no meio dessa “batalha”, podemos nos deparar, de um lado, com profissionais se esforçando para “colocar os pacientes na linha”, para fazê-los seguir metas, prescrições, para torná-los mais “responsáveis” e, de outro, com os pacientes se dedicando para “provarem” que cuidam da saúde, que cuidam de si, mesmo que seja de um jeito diferente do proposto pelos médicos, ou ainda, para justificarem que quando não cuidam da forma que lhes foi prescrita, ainda assim, são pessoas boas e responsáveis.

Motivados por essas questões, neste trabalho, escolhemos estudar o processo de Responsabilização. Queremos compreender como pessoas inseridas no campo discursivo do diabetes (pacientes com a doença e seus cuidadores) conversam sobre questões ligadas a esse

fenômeno. Como essas pessoas manejam a Responsabilização? Como elas conversam sobre diabetes, sobre responsabilidade, saúde, cuidado? Como elas respondem às situações? Como se apresentam ao longo das conversas? Que imagens elas constroem para si mesmas na interação?

Para compreendermos o fenômeno da Responsabilização, escolhemos nos apoiarmos, como já foi dito antes, pela epistemologia construcionista social, que acredita que a linguagem constroi realidades e que abarca diferentes campos do conhecimento, como a Comunicação Social, a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia, a Educação, entre outros. No campo específico da Psicologia, temos algumas propostas relacionadas a essa epistemologia. Mais precisamente na Psicologia Social, uma das possíveis perspectivas utilizadas é a Psicologia Discursiva, uma proposta inglesa para se realizar análise do discurso.

4.1 A Psicologia Discursiva e a Responsabilização

A Psicologia Discursiva é uma abordagem teórico-metodológica que não propõe nenhuma técnica para estudar processos internos, mentais ou subjetivos, bem como pressupostos para visualizar regularidades de comportamentos ou eventos neurais que estão acontecendo em algum lugar ou por trás do fenômeno interacional. Pelo contrário, ela se pauta por uma visão social e relacional das pessoas; está preocupada em entender o que está acontecendo nas interações, o que as pessoas estão fazendo. Assim, não considera a mente, as emoções, a intersubjetividade, as intenções, as atitudes, a memória, as crenças, cognições, pulsões e assim por diante, como entidades ou processos, mas como construções (descrições) orientadas para realização de ações no contexto interacional (Wiggins & Potter, 2008).

Podemos ainda dizer, que a Psicologia Discursiva nos proporciona uma forma de realizar análise do discurso com um enfoque fortemente empírico e com pressupostos e

conceitos que buscam entender a linguagem em funcionamento nas interações. Mais diretamente, muitos trabalhos em Psicologia Discursiva buscam identificar o uso de estratégias discursivas em contextos conversacionais e analisar o efeito desse uso durante o processo interacional. As estratégias discursivas são processos linguísticos que produzem determinadas ações na interação.

Segundo Hepburn & Wiggins (2007) e Wiggins & Potter (2008), a Psicologia Discursiva se organiza e se fundamenta por meio de três princípios básicos:

1) **Orientação para ação:** o discurso é o dispositivo por meio do qual as ações são coordenadas nas interações. O discurso é a ação primária do meio social; por meio dele, culpamos, justificamos, convidamos, elogiamos, entre outros. Assim, nessa perspectiva, busca-se entender que tipos de ações são produzidas por meio do uso de diferentes tipos de descrições;

2) **Situação:** a Psicologia Discursiva trata o discurso situado por meio de três aspectos:

2.a Sequencialidade: o ambiente principal para o entendimento de qualquer enunciado é o enunciado anterior e o novo enunciado. Isto é, para se entender o sentido e o efeito da fala das pessoas deve-se olhar a sequência da conversa, o que foi dito antes e o que foi dito depois a cada fala, para assim, podermos visualizar o efeito de cada enunciado, o que uma pessoa diz e o que o outro entendeu;

2.b Institucionalidade: o discurso está situado institucionalmente, de tal forma que as identidades institucionais (por exemplo, terapeuta e paciente) e as tarefas (por exemplo, problemas de gestão, oferecimento de conselhos/ aconselhamento, avaliações) são relevantes para se compreender o que acontece na interação. Ou seja, as pessoas ocupam lugares nas

conversas e manejam interesses de acordo com as categorias sociais que utilizam para si mesmas e para os outros; por exemplo, o simples fato da pessoa pertencer a uma determinada categoria social – como jogador de futebol, músico, psicólogo, médico – já é suficiente para que sua explicação ou seu conhecimento seja entendido como verdadeiro em determinado contexto relacional;

2.c Retoricalidade: o discurso está situado retoricamente, de modo que qualquer descrição pode ser considerada como uma descrição alternativa e não necessariamente como uma “verdade”. Isto é, o discurso vai ter maior ou menor status de “verdade”, de acordo com o uso de algumas estratégias discursivas para o convencimento do interlocutor.

3. **Construção:** a Psicologia Discursiva considera o discurso como construído e como construtor. O discurso é construído por meio de uma variedade de recursos discursivos diferentes (palavras, metáforas, categorias, repertórios interpretativos, entre outros). Por sua vez, o discurso constroi diferentes versões do mundo, incluindo versões de ações, eventos, histórias, estruturas e organizações sociais, características psicológicas e experiências fenomenológicas. A Psicologia Discursiva estuda as ações feitas por essa construção (como uma pessoa, por exemplo, usa uma versão de que ficou presa num engarrafamento no centro da cidade como uma justificativa para o atraso ou uma falta em uma reunião) e a forma com que essa construção é utilizada para parecer ser estável, objetiva, verdadeira e independente do interesse do locutor.

Conforme Wiggins & Hepburn (2007), podemos dizer também que a Psicologia Discursiva, em particular, tem se apresentado com uma disciplina da própria Psicologia, no sentido de constituir um novo palco e até um novo instrumento para a realização de intervenções, bem como um convite para re-elaboração discursiva e sistemática de termos que

comumente são entendidos como entidades e processos que compõem o mundo interior. Porém, como vimos até aqui, a abordagem discursiva não está interessada na linguagem como tradicionalmente a Psicologia o tem feito. Pelo contrário, a Psicologia Discursiva está centrada na linguagem, no discurso, porque ele é, nessa lógica de entendimento, a arena principal para o entendimento do que chamamos de identidade. Porém, cabe aqui destacar que entendemos esse termo como algo situado, contextual e fluído, e não como uma entidade estável, que define as pessoas como sendo as mesmas em qualquer situação. Assim, dentro dessa compreensão, podemos entender as conversas como espaços interativos em que os falantes constroem, gerem e utilizam “constructos psicológicos” para realizar algumas ações e alcançar alguns interesses.

Muitas investigações da Psicologia Discursiva re-elaboram tópicos em Psicologia, como scripts sociais, categorias e esquemas, e termos psicológicos como “raiva”, “opinião”, “crenças”, “memória”, entre outros. Por exemplo, MacMartin & LeBaron (2007) examinaram o uso pragmático do termo “distorções cognitivas” tanto por parte dos terapeutas quanto pelos pacientes em um contexto de terapia de grupo com abusadores sexuais, de modo que constataram que esse termo funcionava como um recurso discursivo para manejar o agenciamento pessoal, em alguns casos, até para diminuir a culpa e a responsabilidade pelo crime. Antaki, Barnes & Leudar (2007) comentam que, muitas vezes, na sua prática profissional, o terapeuta diz estar usando um procedimento técnico com uma função específica, mas o efeito desse na interação acaba tendo um sentido diferente para o paciente do que o pretendido pelo terapeuta. Focando no uso das “formulações terapêuticas” (resumos, paráfrases, metáforas, parágrafos do terapeuta após a fala dos clientes), os autores analisaram a forma com que essas tinham como objetivo passar algumas mensagens para os clientes e a maneira pela qual esses resistiam e/ou minavam o conteúdo dessas formulações. Isto é, ao longo das sessões, o cliente atribuiu o seu problema ou dificuldade a algum aspecto; o

terapeuta, por sua vez, traduziu essa dificuldade em termos psicológicos e apresentava uma explicação para convencer o cliente sobre as causas do seu problema; caso o cliente não aceitasse tal explicação, então, passava a criar estratégias para afastar as hipóteses do terapeuta e convencê-lo propondo outra versão para a história.

Edwards (2007) sugere que a Psicologia Discursiva também contribui para se refletir sobre a relação entre sujeito e objeto, no sentido de fornecer a possibilidade de se pensar sobre aspectos que são importantes e, em alguns casos, não tão valorizados pela Psicologia tradicional, como as peculiaridades de alguns contextos institucionais, tais como em tribunais, interrogatórios policiais, entre outros, que são espaços em que as motivações dos falantes e os interesses, bem como a dúvida, a suspeita e a controvérsia, são características relevantes no processo interacional. De forma geral, como comentam Wiggins & Hepburn (2007) uma investigação discursiva nos estimula a ver as pessoas como incorporadas em uma trama complexa de relações institucionais e interacionais, permeadas, em função disso, por limitações e possibilidades. Segundo Potter & Puchta (2007), a Psicologia Discursiva nos oferece uma psicologia prática, dinâmica e colaborativa.

Nos dizeres de Wiggins & Hepburn (2007), tal perspectiva permite com que seus pesquisadores possam desenvolver uma investigação crítica e discursiva, que pode intervir na vida social, seja por meio de uma nova leitura de termos e ações psicológicas, ou ainda, da identificação de práticas problemáticas em contextos de atendimento, ou também, por meio de intervenções sociais e mudanças de políticas públicas. Fasulo & Fiore (2007), por exemplo, em uma pesquisa pautada pela Psicologia Discursiva, problematizaram uma prática desenvolvida numa instituição educacional, apontando para o descompasso entre o objetivo declarado por essa que buscava melhorar as habilidades sociais de jovens autistas e as práticas de correção da fala utilizadas por seus funcionários. Segundo os autores, o uso de “questionamentos contínuos”, que eram usados como um tipo de intervenção educacional e

terapêutica para eliciar a fala e pensar avaliações posteriores, acabava por transformar o que deveria ser um diálogo em um interrogatório.

Como uma possibilidade metodológica, a Psicologia Discursiva tem estabelecido uma importante parceria com a área da saúde, principalmente no sentido da proposição de novos objetos e métodos de investigação. Dessa forma, seus estudos têm sido uma alternativa aos trabalhos marcados por vertentes mais tradicionais no contexto da Psicologia e da área da saúde. Algumas de suas investigações, por exemplo, têm buscando compreender as justificativas para o uso e o não uso de próteses auditivas em idosos (Ribeiro & Rasera, 2008). Outras, por sua vez, têm tentando visualizar o uso de conceitos psicológicos como “pensamento positivo” (Wilkinson & Kitzinger, 2000) ou ainda a gestão da dieta alimentar em pessoas com diabetes (Peel, Parry, Douglas & Lawton, 2005), como vocabulários que permitem com que as pessoas durante as interações produzam ações, negociem posições e construam identidades.

“A Psicologia Discursiva conta com um empiricismo sofisticado oferecido por meio de suas formas de gravação, manipulação e representação da interação; ela constitui uma abordagem sistemática e base analítica para estudar o mundo como ele acontece, contribuindo, assim, para o estudo da vida humana” – tradução nossa (Wiggins & Hepburn, 2007, p. 281)

Uma proposta metodológica inspirada pela Psicologia Discursiva é o Modelo de Ação Discursiva de Edwards & Potter (1992), que busca analisar o efeito das palavras no contexto interacional – o que se realiza quando algo é dito. Isto é, tal modelo está interessado em entender como as práticas discursivas organizam o mundo e produzem certos jeitos de ser ao invés de outros. Observa-se, assim, três aspectos: a Ação, o Fato e o Interesse, e a Responsabilização (Accountability) . A Ação está relacionada ao jeito com que as pessoas constroem, por meio da linguagem, práticas nas suas interações. Isto é, falar é visto como fazer, como uma ação. Assim, ao falarmos algo durante uma interação estamos construindo realidades, criando algumas possibilidades e restringindo outras. Nesse aspecto, evita-se

entender o discurso como produto de entidades psicológicas internas. O Fato e o Interesse, por sua vez, dizem respeito à maneira como que as descrições são organizadas e manejadas retoricamente, para parecerem verdadeiras, legítimas e naturais, bem como à maneira em que elas são encadeadas dentro de uma sequência de apresentação e argumentação, buscando valorizar determinadas versões e minar outras. Finalmente, a Responsabilização (*Accountability*) está ligada à forma com que as práticas discursivas são usadas para responder ou não às pessoas ou situações. Nesse movimento, as pessoas se justificam, se desculpam, convencem, buscam alcançar aceitação, se defendem de acusações, atribuem responsabilidades e assim por diante. Mais precisamente, o manejo da Responsabilização tem implicações identitárias para as pessoas na interação. Isto é, as pessoas ao usarem esse recurso buscam construir identidades mais positivas e satisfatórias para si mesmas do ponto de vista social.

Neste estudo, buscamos compreender como pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 e seus cuidadores/ acompanhantes, durante uma situação de oficina em grupo, manejaram o processo de Responsabilização. Enquanto fenômeno discursivo e interacional tal processo abarca os três aspectos propostos pelo Modelo de Ação Discursiva de Edwards & Potter (1992) – Ação, Fato e Interesse e Responsabilização, porém escolhemos como foco analítico compreender o manejo da Responsabilização em conversas sobre diabetes, mas isso não implica que os outros aspectos não estejam perpassados em nossa análise. No movimento de respondermos às pessoas e ou ocasiões, realizamos ações, construímos fatos e manejamos interesses.

Algumas pesquisas têm utilizado o conceito de Responsabilização para investigar como algumas pessoas gerem situações e questões ao longo das interações. Por exemplo, num estudo pautado pela Psicologia Discursiva, que investigava como os participantes de um fórum na Internet de um site holandês sobre o veganismo¹⁴ manejavam a escolha dos

¹⁴ Veganismo é uma filosofia de vida que acredita na defesa dos direitos dos animais, se negando a consumir qualquer produto que tenha sido testado ou que seja de origem animal.

alimentos, a saúde e a responsabilidade (*Accountability*), Sneijder & Te Moder (2004) notaram que os participantes do site atribuíam a responsabilidade por quaisquer problemas de saúde que tivessem, como deficiência de vitaminas ou osteoporose, à ações individuais e não ao veganismo enquanto uma prática. Segundo os autores, alguns trabalhos científicos descrevem os riscos para a saúde de se ser adepto da filosofia de vida veganista, assim, os participantes do fórum ao longo das conversas na internet usavam jeitos de conversar para minarem essas acusações, situando o veganismo como uma prática benéfica para eles e os seus problemas de saúde como questões individuais distanciadas dessa filosofia. O estudo também apontou que os participantes desse site propuseram soluções para os seus problemas de saúde envolvendo ações que estavam ligadas à prática veganista. Para os autores, o uso dessas estratégias discursivas permitiu aos falantes manejarem a Responsabilização, resistindo às suposições negativas contra o veganismo como uma prática nociva e o constituindo como uma filosofia de vida saudável.

Em um estudo sobre o estresse e o manejo da Responsabilização em docentes, Hepburn & Brown (2001), embasados pelos princípios da Psicologia Discursiva, entrevistaram 15 professores do ensino secundário escocês. De acordo com os autores, as pesquisas científicas nos últimos 15 anos passaram a entender o professor como o transportador primário do estresse e com isso, a maior parte dos sindicatos de ensino do Reino Unido começaram a discutir e entender o estresse como um problema político, passando a reivindicar intervenções do governo na educação. A implicação disso foi o crescimento das queixas de estresse por parte dos professores e contestação por parte dos gestores que passaram a focalizar esse problema não como algo estrutural e/ou organizacional, mas como sendo dos docentes. Em vista disso, os autores buscaram estudar as conversas sobre estresse de professores, de maneira a visualizar a forma pelas quais as descrições de “estresse” eram empregadas e quais as ações e os efeitos produzidos em função disso. A análise apontou para o uso do termo

“estresse” como uma forma de gerir a própria responsabilidade, de descrever condições “ruins” de trabalho e para denunciar papéis enrijecidos e relações institucionais hierarquizadas no contexto escolar. Entretanto, segundo os autores, as descrições usadas pelos professores nesse manejo da Responsabilização tiveram como consequência os seguintes entendimentos: a) estresse visto como um problema de saúde individual; b) problemas de ensino, em geral, compreendidos como resultados do estresse de professores; c) o professor “estressado” tendo a obrigação de procurar uma ajuda especializada; e d) retirada do foco das questões relacionais e estruturais da organização escolar, passando-se a entender o estresse como um problema psicológico, portanto, individual do professor, ignorando, assim, possíveis mudanças institucionais. Para os autores, o estudo mostra o caráter construtivo da linguagem e sugere que o termo “estresse” empregado como uma categoria individualizada, mesmo buscando denunciar condições de trabalho não ideais, acaba por oferecer meios para a individualização da questão e para a necessidade de se controlar psicologicamente o problema. A pesquisa constitui, então, nos dizeres dos autores, um convite para os professores refletirem sobre seus argumentos e para os sindicatos que representam a classe procurarem formas mais sensíveis para defender os direitos e as condições dos profissionais.

Brooks (2009), estudando debates sobre transtornos alimentares entre ouvintes, profissionais de saúde e radialistas de um programa de rádio no Reino Unido durante o período de 2004 a 2007, buscou investigar o uso de práticas gramaticais e metafóricas ao longo do manejo da Responsabilização. Segundo a autora, os distúrbios alimentares permeiam questões relacionadas à culpa e à moralidade, constituindo um terreno interessante para se examinar o trabalho discursivo realizado para gerenciar a responsabilidade pessoal, bem como visualizar questões de agenciamento e de escolhas. A análise sugeriu que os participantes frequentemente orientavam seus comportamentos alimentares como sendo patológicos, de maneira a reduzir sua responsabilidade pessoal pela “desordem”. Mais precisamente, o estudo

propôs que os participantes utilizavam diferentes práticas discursivas para transmitir uma posição de passividade frente à doença ao invés de agenciamento com relação às práticas alimentares problemáticas. Entretanto, para a autora, mesmo com uma agência pessoal reduzida, ainda assim pode-se notar uma responsabilização moral pelo problema, que ainda individualiza a questão. No final do trabalho, Brooks comenta que sua proposta representa uma tentativa de uma reflexão mais ampla, de maneira a entender como os transtornos alimentares têm sido construídos em espaços públicos importantes como a mídia.

Examinando uma reunião de escola de ensino médio norte-americana em que estavam presentes uma estudante que havia sido mãe recentemente, sua família (mãe e irmão), o diretor, a vice-diretora e uma assistente social, Buttny & Rath (2007) estudaram como práticas discursivas utilizadas durante uma conversa num contexto escolar podem ser utilizadas para construir, orientar e gerenciar problemas como questões delicadas (“problemáticas”), bem como para gerir questões de Responsabilização. A análise mostrou como profissionais da escola acabaram criando “problemas potenciais” ao tentar sondar assuntos pessoais e questões delicadas sobre a relação da mãe e de sua família com o pai do bebê. De acordo com os autores, as escolas norte-americanas têm apresentado um movimento de entrar no domínio privado da vida dos seus alunos, tentando instruí-los em questões pessoais, como sexo, uso de álcool e drogas. Assim, tal análise, conforme os autores, é uma oportunidade para se refletir sobre as fronteiras discursivas entre a escola e a família, não no sentido de definir o que é apropriado ou não para discussões escolares, mas no de pensar sobre quais são as implicações práticas das reuniões escolares para a vida dos alunos e como essas fronteiras entre escola e família podem orientar os falantes durante a interação.

O'Reilly (2007), ao estudar o uso do termo “criança desobediente” (“travessa”) num contexto de terapia familiar, buscou compreender, por meio de pressupostos da Psicologia Discursiva, as implicações de tal descrição no funcionamento do processo terapêutico e para o

manejo da Responsabilização dos membros envolvidos. Analisando 22 horas de transcrição de sessões de terapia de quatro famílias atendidas por duas terapeutas, a autora observou como práticas discursivas foram construídas ao longo de algumas sessões e os efeitos interacionais específicos de tais construções. Em sua análise, O'Reilly propôs que os membros das famílias usavam jeitos de conversar para constituir as crianças e seus comportamentos como sendo “desobedientes”. Para ela, os próprios processos terapêuticos criaram espaço para esse tipo de conversa, que tinha como implicações para as famílias: a) permitir a realização de uma avaliação mínima, pouco específica e superficial, do sistema familiar, pois se tratava de um termo ambíguo, um eufemismo; b) não definir claramente qual(is) comportamento(s) era(m) problemático(s), deixando uma vasta gama de possibilidades; c) por se tratar de um conceito que não é técnico e vago, todos da família o poderiam usar conforme fosse conveniente (ora problemático, ora mal ou até agressivo) e não significava que algum membro havia sido diretamente prejudicado; e d) embora parecesse ser um termo simplista à primeira vista, ele poderia ser definido e interpretado de múltiplas formas em diferentes situações pelos membros da família, isto é, de acordo com os interesses de cada um. Segundo a autora, a negociação dessa descrição no contexto de terapia familiar permitiu às famílias manejarem a Responsabilização, focando a atenção do atendimento sobre a criança e criando um espaço mais satisfatório para si mesmas durante o processo. De acordo com O'Reilly, seu trabalho é importante no sentido de se poder pensar as práticas de terapia familiar e o uso da linguagem para descrever e interpretar problemas em situações terapêuticas.

Em uma análise embasada pela Psicologia Discursiva, Gibson (2009) estudou a representação da reforma previdenciária do Reino Unido por meio da reflexão do uso do repertório interpretativo “esforçado” num fórum de discussão de um site de notícias da internet. Tal site propunha reflexões em torno do lançamento do livro “*Reducing dependency*,

increasing opportunity: Options for the future of welfare to work” (Freud, 2007 conforme citado por Gibson, 2009), que tratava do futuro do sistema previdenciário do país. Dos 2.698 comentários publicados no site foram analisados 183, que apresentavam temáticas ligadas ao esforço, à preguiça e ao trabalho árduo. Por meio da análise do corpus, o autor identificou o uso do repertório interpretativo “esforçado” para caracterizar os beneficiários do sistema. O repertório foi utilizado para caracterizar as pessoas que não eram dependentes diretas do sistema previdenciário como pessoas dedicadas e que trabalham muito, bem como para descrever as pessoas dependentes do sistema como preguiçosas ou pouco dispostas ao trabalho. A análise permitiu observar como práticas discursivas podem construir versões para o desemprego e para o bem-estar social, como também visualizar a maneira pela qual as pessoas podem utilizar explicações para essas questões gerindo responsabilidades. Para Gibson, seu estudo nos chama atenção para a maneira que a linguagem pode executar diversificadas funções, e como o uso de um repertório interpretativo, nesse caso, “esforçado”, pode contribuir para situar um problema social como uma questão individual, relacionada a comportamentos de preguiça ou falta de esforço, afastando a responsabilidade do governo frente a algumas questões sociais.

Esses são alguns exemplos de trabalhos que vêm sendo desenvolvidos utilizando e/ou discutindo o conceito de Responsabilização (*Accountability*) proposto pela Psicologia Discursiva. De maneira geral, tais estudos nos convidam a visualizar a utilização de dispositivos metodológicos empíricos para entender a linguagem como ação. Nesse processo, focam-se na compreensão do uso de alguns recursos linguísticos e no efeito interacional do emprego desses na interação. Porém, é importante destacar que tais trabalhos diferem dos estudos que se focam em outros aspectos do Modelo de Ação Discursiva proposto por Edwards & Potter (1992), como por exemplo, a construção retórica dos fatos e dos interesses. Os últimos apresentam como característica a definição mais detalhada de quais são os

dispositivos, recursos retóricos utilizados durante as interações. No livro “*Representing reality*”, Potter (2000) comenta sobre alguns desses dispositivos usados no processo de construção da factualidade, entre eles: interesse (*stakes*), inoculação de interesse e confissão de interesse que são usados para prejudicar, minar outras descrições alternativas ou para se defender de possíveis críticas; direitos das categorias (*category entitlements*), direitos, deveres e expectativas ligados às categorias sociais; uso de narrativas e metáforas; emprego de descrição empírica; *footing*, para dar a impressão de neutralidade; e *gerrymandering*, ou seja, selecionar um aspecto da descrição e ignorar outros. Contudo, nas pesquisas sobre Responsabilização não encontramos a definição ou delimitação dos recursos linguísticos utilizados nas interações da mesma maneira que no campo da construção dos fatos.

Acreditamos que nosso trabalho poderá se constituir como uma possibilidade para entendermos o processo de Responsabilização não como uma realização cognitiva individual, mas como um recurso interacional, que permite às pessoas negociarem sentidos e realizarem ações. Além disso, este estudo nos convida a compreender os cuidados em saúde de forma contextualizada e não definidos a priori. O cuidado em saúde, nessa proposta, passa a ser assim algo mais complexo, que vai além do que é definido pelos profissionais de saúde. Passa a ser objeto de negociação dialógica, assumindo um caráter menos prescritivo e individual, e mais relacional.

Adiante, apresentamos a proposta deste estudo, destacando o contexto, os participantes, bem como os passos de construção e análise do corpus da pesquisa.

5. O caminho escolhido para a pesquisa: o objetivo, o método e as considerações éticas

“Se procurar bem você acaba encontrando não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia (inexplicável) da vida” (Carlos Drummond de Andrade em “A procura de poesia”).

São tantos os caminhos escolhidos ao longo de uma pesquisa. Temos momentos de idas, vindas, voltas, mudanças, frustrações, empolgações, reflexões, reconciliações...

Nesse momento, iremos apresentar o caminho, a estrada que foi construída pela rota que trilhamos.

5.1 O objetivo do estudo

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender como pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 e seus cuidadores e/ou acompanhantes, em situação de interação em grupo, manejaram o processo de Responsabilização.

5.2 O Método

5.2.1 O contexto e os participantes do estudo

Neste estudo, foram realizadas cinco oficinas em grupos, com adultos de meia idade e idosos de 30 a 70 anos, de ambos os sexos, com Diabetes *mellitus* Tipo 2 e cuidadores e/ou acompanhantes desses (familiares, amigos, vizinhos), usuários dos serviços de uma Unidade Básica de Saúde da Família de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Ao todo, estiveram presentes 25 pessoas nas cinco oficinas em grupo, sendo 21 com diabetes e 04 acompanhantes. A média de participação foi de cinco pessoas por grupo. Dezesete de todos os participantes eram mulheres e oito eram homens. A média de idade foi de 61 anos. Dezesete pessoas eram casadas, três viúvas, duas divorciadas, duas solteiras e uma amasiada. Dezoito participantes tinham ensino fundamental incompleto. Dez pessoas eram donas de casa e oito aposentados. A renda salarial média foi de até dois salários mínimos. Onze pessoas sabiam que tinham diabetes há mais de 10 anos.

A escolha por investigar o Tipo 2 foi decorrente da literatura científica descrevê-lo como o tipo mais frequente de diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002). Por sua vez, optamos por uma instituição de saúde específica¹⁵, por questões de conveniência – facilidade de acesso do pesquisador-mestrando. A quantidade de grupos realizados (cinco) deveu-se ao fato dessa instituição de saúde contar hoje com cinco agentes comunitárias na ativa e pretender-se realizar um grupo com cada conjunto de pacientes com diabetes assistidos por cada uma das agentes. Não buscamos com essa escolha representatividade numérica, mas uma possível diversidade de falas. Apesar das adversidades que uma vida comunitária pode ter, como “fofocas” e alguns desentendimentos, a maior parte dos moradores conhecerem uns a

¹⁵ UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família. Atualmente são atendidas nessa instituição de saúde cerca de 145 pessoas com diabetes.

vida dos outros, entre outros aspectos, optamos por pessoas que pertenciam a uma mesma área geográfica de um bairro, por acreditarmos que isso potencialmente possibilitaria uma maior proximidade e espontaneidade durante as conversas, permitindo com que as pessoas se sentissem mais à vontade durante os grupos, dado pertencerem ao mesmo contexto social.

A escolha por até 10 participantes em cada grupo foi devido ao fato de considerarmos que esse número de pessoas permitiria o desenvolvimento organizado das atividades, a negociação de sentidos entre as pessoas e também um maior aprofundamento das conversas realizadas.

Optamos trabalhar com grupos por entendermos que o grupo é um importante espaço para construção de significados, sendo possível observar as conversas das pessoas sobre si mesmas, suas vivências, suas histórias, entre outros.

Como critérios para inclusão no estudo foram observados: 1) ser usuário do serviço de saúde da UBSF escolhida; 2) ter o diagnóstico de Diabetes *mellitus Tipo 2* ou ser cuidador (acompanhante) da pessoa com diabetes; 3) estar na faixa etária de 30 a 70 anos (em geral, essa é a fase de manifestação do diabetes tipo 2); e 4) concordar e assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1).

Inicialmente, convidamos apenas as pessoas com diagnóstico de diabetes para participar das oficinas, porém alguns dessas foram aos grupos acompanhadas de familiares ou amigos para os grupos. Diante disso, resolvemos convidar esses cuidadores e/ou acompanhantes para também participar das atividades e das conversas dos grupos, o que, a nosso ver, foi algo que enriqueceu as conversas.

Nosso contato inicial com os participantes foi feito por meio do envio de cartas convidando-os para os encontros em grupo (apêndice 2) e esclarecendo os objetivos da pesquisa. Após esse primeiro contato por cartas, entramos em contato com eles por meio de

telefone, a fim de explicitar com mais detalhes o que era a pesquisa, começar a criar vínculo com esses participantes e reforçar o convite para a participação.

5.2.2 Passos de construção do corpus

As oficinas em grupo foram organizadas de maneira com que cada encontro fosse composto por pessoas diferentes. O nosso intuito não era realizar um trabalho com finalidade terapêutica, mas criar um espaço para que as pessoas pudessem refletir sobre suas vidas e sobre o diabetes, por isso em cada encontro grupal tinha-se pessoas diferentes, pois buscávamos a diversidade.

Esses encontros ocorreram no espaço de uma casa próxima à instituição de saúde para facilitar o acesso dos participantes, uma vez que na instituição de saúde específica não se tinha espaço físico para a realização da proposta. Nessa casa próxima a instituição, já ocorriam as reuniões de “Diabéticos e Hipertensos”, em que a equipe de saúde fazia a entrega, a cada dois meses, de medicamentos para os usuários do serviço.

Todos os cinco encontros de grupo foram coordenados por mim (pesquisador-mestrando), com o auxílio de uma colaboradora, estudante do curso de Psicologia, e obedeceram ao formato de oficinas, com duração média de 1h40 min. O objetivo geral dessas oficinas foi criar um momento para que as pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 e/ou seus cuidadores e acompanhantes, pudessem refletir sobre si mesmas, suas vidas e sobre o diabetes. Propusemos, assim, exercícios e atividades que preparavam as pessoas para a conversa, deixavam-nas mais à vontade e estimuladas para a interação. Em seguida, utilizamos uma forma não diretiva de condução.

As oficinas foram estruturadas obedecendo ao seguinte formato: a) **contrato e apresentação**: apresentação do pesquisador, da pesquisa, do termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, aplicação de um questionário com questões sócio-demográficas (apêndice 3), conversa sobre como seriam as oficinas e as condutas necessárias para a realização dessas, bem como a apresentação entre os participantes; b) **utilização de recursos culturais/artísticos da mídia brasileira:** som/ música, texto/ poesia e cartões com imagens, de maneira a apresentar diferentes sentidos possíveis para se refletir sobre o diabetes (ver apêndice 4, 5 e 6); c) **rodada de perguntas e respostas:** os participantes responderam perguntas referentes ao processo de vivência com diabetes; e d) **fechamento:** proposição de reflexões sobre as atividades realizadas e agradecimentos. Para permitir a visualização do roteiro das oficinas que denominamos de “Oficinas: Diabetes e Vida”, sugerimos a consulta ao apêndice 7.

Como pudemos notar, o corpus da pesquisa foi construído por meio de grupos em formato de oficinas e obedeceram aos seguintes procedimentos:

a) Gravação e Transcrição dos encontros em grupos: todos os encontros foram audiogravados e, em seguida, transcritos na íntegra.

b) Diário de campo: o pesquisador-mestrando e uma colaboradora de pesquisa (aluna do curso de Psicologia) utilizaram diários de campo, no qual fizeram anotações sobre os momentos marcantes e teceram reflexões após os encontros com os grupos. O diário de campo não foi analisado sistematicamente como um instrumento de pesquisa, mas foi empregado no sentido de enriquecer os detalhes da transcrição, bem como permitir reflexões que pudessem contribuir no momento de análise do corpus. Foi por meio do uso do diário de campo que se deu início ao processo de aproximação e imersão com o corpus da pesquisa. À medida que fui descrevendo os momentos e as conversas mais marcantes, bem como fui lendo os relatos da colaboradora de pesquisa, fui criando mais familiaridade com o material,

fazendo associações e me sensibilizando frente a algumas falas. Enfim, o diário de campo foi uma ferramenta que me possibilitou refletir mais aprofundadamente sobre o material coletado.

5.2.3 Passos de análise do corpus

Em uma proposta metodológica qualitativa, utilizamos a análise do discurso, influenciada pela Psicologia Discursiva (Edwards & Potter, 1992).

A análise do discurso, segundo Gill (2002), é o nome que se dá a uma grande diversidade de estudos de textos, que rejeitam a noção realista da linguagem como uma forma de se ter acesso as estruturas internas das pessoas. A análise do discurso estrutura-se por meio de quatro ideias principais: 1) preocupação com o discurso (como foco); 2) linguagem como construída e como construtora de realidades; 3) discurso como ação; e 4) convicção na organização retórica do discurso.

Os passos da nossa análise foram:

- I) Transcrição das conversas do grupo;
- II) Leitura curiosa, atenta e interrogativa, de maneira a criar sentidos com o material coletado;
- III) Identificação de trechos de conversas que estivessem explicitamente relacionadas ao processo de Responsabilização;
- IV) Identificação de trechos que ilustravam diferentes estratégias discursivas relacionadas ao processo de Responsabilização;
- V) Análise do uso das estratégias discursivas para o manejo da Responsabilização.

O padrão de transcrição dos trechos selecionados para a análise foi adaptado conforme as convenções de transcrição propostas por Gail Jefferson (Potter, 2000) – ver anexo 1.

Nosso foco analítico consistiu em entender a função das estratégias discursivas na interação, isto é, o efeito do uso das palavras ao longo das conversas dos grupos. As estratégias discursivas, como já foi dito antes, são formas linguísticas que produzem determinados efeitos, ações, nas interações .

Para isso, analisamos três aspectos do processo de produção de sentidos:

- a) o uso de recursos linguísticos (uso de formulações gramaticais – advérbios, conjunções, tempo verbal empregado, modo verbal, entre outros; pausas; aumento ou diminuições na intensidade de volume de voz em algumas palavras ou expressões; processos de construção retórica dos fatos; risos; entre outros);
- b) o conteúdo das conversas, isto é, alguns repertórios interpretativos utilizados;
- c) a processualidade de interação do grupo (a sequência das falas e as implicações do uso de certas formas de se conversar);

5.3 Considerações éticas

Este estudo foi encaminhado para análise, registrado sob o número 225/09 em 25 de setembro de 2009 (anexo 2) e obteve aprovação do Comitê de Ética da UFU. A pesquisa obedeceu aos critérios éticos da resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi apresentada para os participantes, seguindo-se pelo pedido de autorização de gravação e da assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Informado. Foi

comunicado aos participantes a possibilidade de não participarem das oficinas caso não quisessem ou de deixar de participar dessas, mesmo durante a sua realização.

Minha postura enquanto coordenador do grupo ao longo das oficinas pautou-se pelo interesse, pela curiosidade e pela compreensão empática à fala dos participantes. Em muitos momentos, utilizei falas de sustentação das conversas, buscando não compreender precipitadamente ou julgar o que as pessoas estavam falando; em outras situações, utilizei, principalmente, perguntas de esclarecimento ou exploratórias. Ao longo das oficinas, não tínhamos a intenção de realizar uma intervenção com fins terapêuticos. Isto é, não objetivamos criar um grupo para o tratamento, mas, em certa medida, um grupo para o cuidado, pois as oficinas foram planejadas possibilitando um contexto de acolhimento e um espaço de reflexão para essas pessoas.

Ao longo da realização da proposta, foi mantida uma postura ética e atenta à fala dos participantes. Caso esses demandassem algum atendimento psicológico ou ainda, devido a algum tipo de conversa ficassem fortemente emocionados, ser-lhes-ia oferecido, a meu critério, algum tipo de atendimento psicológico, seja encaminhamento ou um atendimento mais rápido, emergencial.

Todos os encontros em grupo foram gravados em gravador digital e após transcritas, as gravações foram apagadas. Os nomes utilizados ao longo do trabalho são fictícios, a fim de garantir a confidencialidade da identidade dos participantes.¹⁶

Após a análise dos dados da pesquisa, o material transcrito foi transformado em um banco de dados para esta análise e para possíveis pesquisas futuras. Vale destacar que todos os participantes foram esclarecidos sobre a composição desse banco de dados (conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no apêndice 1).

¹⁶ O nome de cada participante utilizado nos extratos de análise foi escolhido pelas próprias pessoas durante as atividades das oficinas em grupo. Quando essas escolhiam o mesmo nome, mesmo estando em grupos diferentes, por exemplo: Maria, foi acrescentado um segundo nome para marcar a diferenciação das pessoas. Exemplo: Maria Cláudia, Maria Lúcia, Maria Paula e assim por diante.

Como uma forma de compromisso ético do trabalho, será dada uma cópia deste estudo para a Secretária de Saúde do município onde foi realizada a pesquisa e outra para a instituição de saúde (UBSF), por meio da qual tivemos acesso aos participantes. Diante disso, ficaremos a disposição para conversar sobre os resultados da pesquisa e sobre quais as possíveis implicações desses para se pensar sobre os atendimentos em saúde realizados.

6. Manejando a Responsabilização: o uso de estratégias discursivas

Será que vamos ter que responder pelos erros a mais, eu e você?” (Dado Villa-Lobos e Renato Russo em “Será”).

Neste capítulo, apresentamos a análise do manejo do processo de Responsabilização ocorrido em alguns trechos das oficinas em grupo. Nesse sentido, analisamos a seguir as estratégias discursivas de Responsabilização que surgiram em conversas em grupo com pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2; isto é, os jeitos de conversar que as pessoas utilizaram durante as interações para responder ou não às pessoas e/ ou situações: justificar, desculpar, ter aceitação, atribuir responsabilidades, minar acusações e construir imagens mais satisfatórias para si mesmas do ponto de vista social.

Por meio da análise realizada, nomeamos duas estratégias discursivas empregadas no manejo da Responsabilização de acordo com sua função na interação: 1) “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros” e 2) “Responsabilizando-se”. A última estratégia apresentou dois movimentos distintos, por isso nomeamos duas sub-estratégias: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”. Apresentaremos a seguir cada uma dessas estratégias discursivas e seu funcionamento em diferentes contextos interacionais durante os encontros de grupo.

6.1 Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros

No processo de Responsabilização, encontramos a estratégia discursiva de “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros”, que implica num movimento de diminuição ou de diluição da responsabilidade pessoal pela etiologia ou gestão do diabetes. Nesse movimento, notamos que as pessoas passaram a não se responsabilizar pela origem da doença ou por algum mal-estar que sintam, apresentando-se como aquelas que não podem ser acusadas por ter ficado doente. Assim, elas delegam a responsabilidade pelo surgimento da doença ao “emocional” no primeiro extrato, a uma “falta de defesa do organismo” no segundo extrato e à “família” no terceiro extrato.

EXTRATO 01 – “A minha é mais emocional”

Nesse extrato, temos uma conversa em que Maria Lúcia comenta com o grupo que seu diabetes não dependeu de suas ações ou hábitos, mas que esse é “emocional”, advindo do falecimento de sua mãe. Nessa conversa, essa participante e José Henrique comentam que não gostam de comer doces, e que o diabetes desenvolveu-se em suas vidas por causa do “emocional” e da “raiva”.

Rafael: ALGUÉM pensa alguma coisa diferente:: (.) do seu José Henrique? Do diabetes::

Maria Lúcia: A minha é mais:: (0.2) e-mo-ci-o-nal. Eu dei isso quando a minha mãe faleceu (.) eu, eu tava com começo de diabetes (.) e tomando remédio (.) e quando a minha mãe faleceu (.) é que eu vi (.) °que jeito que era a minha°, porque eu fiquei (0.2) emocionada, né?

Rafael: Entendi::

Maria Lúcia: ELA subiu (0.2) °de um dia pro outro, ela subiu°.

Rafael: Então, é:: no caso, a diabetes da senhora é emo[cional]?

Maria Lúcia: É!]

Rafael: Veio com o falecimento da mãe=

Maria Lúcia: =É, ela veio com o nervoso=

José Henrique: =E na RAIVA, né? Quando passa raiva, ela aumenta.

Rafael: Ela sobe [também?

Maria Lúcia: E QUANDO] eu abuso, abuso de coisas:: assim gordurosas, (.) né? (0.2) É que °me faz mal°. DOCE eu quase num como, NUM SEI nem te falá::(.) Eu como mais fruta=

José Henrique: =EU NUM GOSTO DE DOCE! EU NUM COMO DOCE, só fruta, verdura, jabuticaba:::

Maria Lúcia: E:: (.) minha mãe morreu de diabetes.

Rafael: Ah::: tá!:::

Maria Lúcia: E:: eu tenho um irmão (.) com diabetes também (.), que °vai amputar o pé° agora. (.) °Por causa da diabetes°.

Rafael: Entendi:::

A conversa selecionada começa quando convido o grupo a apresentar ideias diferentes das sugeridas por José Henrique num momento anterior de conversas. Diante disso, Maria Lúcia comenta que o seu diabetes é “emocional”. Após isso, ela conta a história do surgimento de sua doença, que, segundo ela, veio com o falecimento da mãe. As histórias, de acordo com Potter (2000), dão maior senso de realidade à fala. Dessa maneira, ao iniciar a sua apresentação de argumentos, usando esse recurso linguístico, Maria Lúcia confere a sua fala maior legitimidade, densidade.

Em seguida, a participante chama o diabetes, num primeiro momento, de “isso”. O uso desse pronome demonstrativo parece ser uma forma de promover um distanciamento, uma separação com relação à doença ou até um estranhamento, de maneira a situar o diabetes como algo que não é seu, é externo a ela, é um “isso”.

Adiante, essa mesma participante comenta de maneira pausada, num ritmo fragmentado de fala (usa pausas após algumas frases), que, antes do falecimento da mãe, estava com início de diabetes e tomando medicamento, entretanto, com a morte dessa, viu como era sua doença. Desde o início da conversa até esse momento, Maria Lúcia imprime um ritmo mais demorado para sua fala (utiliza muitas pausas), o que parece ser uma forma de enfatizar a informação apresentada. De acordo com Cotes (2007), o uso de pausas tem como efeito, entre outras funções, conferir maior destaque à exposição, valorizando o conteúdo apresentado pelo falante, bem como criando expectativa e suspense no ouvinte. Assim, a participante ao usar uma fala marcada pelo uso de pausas coloca em relevo o que ela está dizendo e convida o ouvinte a se engajar (prestar atenção) na sua história.

Além disso, Maria Lúcia também comenta que, antes da morte da mãe, “estava com começo de diabetes” e tomava os medicamentos, isto é, ela cuidava de si, fazia o esperado. Essa forma de argumentar coloca a participante no contexto interativo como uma pessoa que fazia o esperado antes de adoecer, porém que foi pega de surpresa por um acontecimento: o falecimento da mãe. Tal situação deixou-lhe “emocionada”, e, portanto, doente. Desde a primeira sentença do extrato, podemos visualizar esse movimento de criar uma identidade positiva do ponto de vista social na interação – alguém que cuida de si, bem como uma espécie de utilização de um argumento implícito, pautado por uma concepção psicologizada, com o entendimento de que as emoções podem causar doenças.

Após essas falas, uso a expressão “entendi” e Maria Lúcia continua sua argumentação enfatizando que “ELA” (a diabetes) subiu, de um dia para o outro. Isto é, a doença não surgiu por meio de um processo contínuo de hábitos pessoais (que poderiam ser de sua responsabilidade), mas de um dia para outro, foi algo imprevisto e frente a uma fatalidade na vida de Maria Lúcia: a morte de um ente querido (a qual, em geral, não se tem controle e/ ou responsabilidade). Nesse sentido, vale destacar que a participante usa o pronome pessoal “ela”

para se referir à doença, bem como o termo “subiu”, o que nos assinala um movimento de personificação para o diabetes, em que esse representa uma pessoa que realizasse ações, faz coisas. Essa fala diminui a responsabilidade pessoal da participante, fortalecendo o fato dela não poder ser culpada pela doença.

Além disso, a participante usa a expressão “de um dia pro outro, ela subiu” numa intensidade de voz mais baixa e após isso, utiliza uma pausa de dois segundos. Parece que o efeito do uso dessa diminuição de intensidade de voz e das pausas é a criação de um senso de dramaticidade para a situação, em que Maria Lúcia constroi para si uma imagem vitimizada, pois adoeceu por causa de uma fatalidade. Ela não teve responsabilidade por ter ficado doente. “De um dia para outro”, “a diabetes” subiu e, ela, então, ficou doente. Maria Lúcia, assim, foi pega de surpresa. Mas ela não sofreu por qualquer coisa e sim, pela morte da mãe. Sofrer pela morte de um ente querido, principalmente de uma mãe, é algo socialmente esperado; é sinal de ser um bom filho. Isto é, além de retirar a responsabilidade pelo adoecimento, Maria Lúcia constroi para si uma identidade positiva: a de uma boa filha, uma boa pessoa. Ademais, vale dizer também que esse jeito de argumentar desenvolvido pela participante também evita a possibilidade dela ser vista como alguém que adoeceu por um motivo banal. Em outras palavras, além de não poder ser responsabilizada pelo próprio adoecimento, Maria Lúcia ficou doente devido a uma fatalidade, um motivo concreto, “forte”, consistente. Portanto, ela não pode ser vista como uma pessoa “fraca”, que adoece porque qualquer coisa.

Dando prosseguimento à conversa, confirmo com a participante se o diabetes dela era emocional. Ela, então, responde afirmativamente e com intensidade de voz maior antes mesmo que eu pudesse terminar a frase. Não esperar a conclusão da minha fala e responder enfaticamente, parece ser uma forma de Maria Lúcia se colocar na conversa como alguém que sabe o que está falando, que tem confiança sobre o que diz.

Dou sequência à minha fala buscando entender se a doença veio com o falecimento da mãe. Porém, imediatamente após meu turno de conversa, a participante responde enfaticamente com um “É”, comentando que “ela veio com o nervoso”. O pronome pessoal “ela” é usado, novamente, para se referir ao diabetes, o que nos faz pensar num processo de personificação da doença. A palavra “nervoso” é um termo pertencente ao repertório psicológico e parece ser usada para caracterizar um sofrimento inesperado e difícil de ser controlado. O efeito do uso dessa palavra nesse contexto é o fortalecimento da produção da isenção de responsabilidade pessoal pela etiologia da doença.

Diante dessas conversas, José Henrique apoia e sustenta a fala da participante, propondo, enfaticamente, que o diabetes surge com a “raiva”: “Quando passa raiva, ela aumenta”. Ele utiliza uma proposição do tipo “se/ então”, para estabelecer uma relação de causalidade e isso parece criar um efeito de realidade à ideia de que o psicológico “causa” o diabetes. Os argumentos baseados na lógica e no silogismo conferem um senso de racionalidade à fala (Edwards, 1994; 1995). Por sua vez, tal argumento contribui para diminuir, novamente, a responsabilidade pessoal.

Busco, então, compreender essa relação estabelecida pelo participante: “Ela sobe [também?]”. Entretanto, Maria Lúcia, simultaneamente ao final de minha fala, começa a dizer, enfaticamente, que “a diabetes aumenta” quando ela abusa de alimentos “gordurosos”. Nesse momento, ela parece fazer uma confissão, assumir que “desvia da norma”, porém faz isso, utilizando um argumento com conteúdo biomédico – “o diabetes aumenta quando se come alimentos gordurosos”. Esse tipo de explicação tem uma grande aceitação e utilização no nosso cotidiano quando conversamos de questões ligadas à saúde (Spink, 2003). Portanto, usar um vocabulário com esse tipo de conteúdo cria um senso de que a participante sabe o que “faz bem” e o que “faz mal” para sua saúde e isso contribui para situar-lhe positivamente na interação como alguém que entende da própria saúde. Dito de outro modo, fazer uma

confissão utilizando metáforas e explicações hegemônicas naquele contexto discursivo, permite com que a participante possivelmente não receba tantas críticas ou confrontações.

Entretanto, Maria Lúcia continua a sua fala contando que: “DOCE eu quase num como, NUM SEI te falá:::”. Ela enfatiza a palavra “DOCE” e a expressão “NUM SEI” demarcando a ideia de que ela “faz as coisas certas”. A participante comenta ainda que costuma comer mais frutas – um tipo de alimentação considerada saudável. É curioso observar aqui que Maria Lúcia propõe que “sua diabetes aumenta” quando ela abusa de “alimentos gordurosos”, bem como destaca que tem o costume de ter uma alimentação adequada. A implicação do uso desses argumentos, que estão ligados a uma lógica de cuidado pessoal ou até de autocontrole, é o fortalecimento de uma identidade positiva para a participante: alguém que sabe o que “faz bem”, o que “faz mal” e que tem uma alimentação saudável (frutas). Tais falas além de estarem ligadas a concepções biomédicas, que têm definido, tradicionalmente, o que é bom ou não no campo da saúde, têm um efeito positivo mais genérico. Em nossa cultura, tradicionalmente, o cuidado de si e o autocontrole são posturas extremamente valorizadas; esses são entendidos como sendo um indício de equilíbrio e as pessoas que os têm, são bem vistas socialmente.

Frente a esses argumentos, José Henrique, mais uma vez, apoia a fala de Maria Lúcia, descrevendo enfaticamente e repetindo duas vezes, que é alguém que não gosta de doce, e sim, de frutas e verduras – alimentos considerados saudáveis. O participante chega a destacar um tipo específico de fruta que ele gosta de comer – jabuticaba – isto é, produzindo uma descrição mais detalhada, que ajuda-lhe a constituir-se como alguém que cuida de si mesmo. De acordo com Potter (2000), uma descrição detalhada cria um forte senso de racionalidade, dando a impressão de que o que está sendo exposto é uma verdade.

Após as falas de José Henrique, Maria Lúcia comenta que a mãe morreu de diabetes. É interessante perceber que isso não foi dito anteriormente no momento da conversa em que ela

parecia criar uma imagem que isentava-lhe da responsabilidade pessoal pelo desenvolvimento do diabetes: a doença surgiu de uma fatalidade e não, de posturas adotadas por ela. O tema “morte” parece fortalecer o efeito de dramaticidade dado pela participante. Em nossa cultura, a morte é entendida como aquilo que “não tem solução”, é um sinal de impotência, de impossibilidade, de “não se pode fazer nada diante dela”. Assim, a participante, mais uma vez, não pode ser responsabilizada, pois “diante da morte”, o que nos é reservado é o lugar do sofrimento, da dor e da emoção. Novamente, Maria Lúcia cria uma imagem vitimizada para si mesma.

Diante disso, uso a expressão “Ah::: tá!::” prolongando o som no final da última palavra, o que parece ter convidado Maria Lúcia a continuar o desenvolvimento de seu argumento, pois ela comenta que tem um irmão que irá “amputar o pé” por causa do diabetes. A forma com que ela fala sobre a amputação do pé do irmão nos chama a atenção: utiliza uma intensidade de voz mais baixa – “°vai amputar o pé°” e “°Por causa da diabetes°”, bem como um ritmo fragmentado de fala (uso de pausas entre as frases). Como já comentamos nesse trecho, o uso das pausas valoriza a informação apresentada, bem como gera expectativa e suspense, porém, combinado com outros recursos linguísticos (diminuição de intensidade de voz e o conteúdo das informações apresentadas) parece reforçar um senso de dramaticidade para situação de Maria Lúcia, criando um drama em sua vida, bem como a identidade de uma pessoa vitimizada, preocupada pela situação do irmão, ou ainda consigo mesma, “temendo” que uma possível amputação possa vir a lhe acontecer. Nas duas hipóteses, a implicação desse jeito de conversar é o fortalecimento de uma identidade positiva para a participante, que é uma boa filha, e que pode ser tanto uma boa irmã como uma pessoa que sabe os riscos de não cuidar do diabetes.

Portanto, nesse extrato, vimos como Maria Lúcia, por meio da criação de um senso de dramaticidade para sua situação, diminuiu a responsabilidade pessoal pela origem da doença,

delegando essa a outros, ao “emocional”; constituiu-se como uma boa filha; criou a imagem de uma pessoa que conhece sobre diabetes, desde a alimentação adequada até as possíveis complicações de saúde; e constituiu-se como uma irmã preocupada com a situação do irmão ou uma pessoa preocupada consigo mesmo. Os recursos linguísticos usados nesse processo de dramatização foram: contar histórias, uso de pausas, proposição do tipo “se/ então”, interromper a fala e responder enfaticamente, descrição detalhada e diminuição da intensidade do volume de voz.

Vimos também como José Henrique apoiando e sustentado as falas de Maria Lúcia (falando depois dela) constituiu-se como alguém que sabia o que estava falando, situando-se na conversa como alguém que cuida de si.

Tal trecho apresenta um processo de psychologização do diabetes. A etiologia da doença foi descrita como sendo da ordem do “emocional”. Isto é, a participante passou a ter diabetes, porque sofreu com a morte da mãe. Um choque inesperado, uma perda de alguém próximo, fez com que ela ficasse doente. O conteúdo dessa estratégia discursiva, nesse caso, esteve ligada ao repertório psicológico do diabetes, muito difundido socialmente, que entende essa doença como sendo do campo psicológico.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidades a terceiros” permitiu a Maria Lúcia diminuir a responsabilidade pessoal pela etiologia do diabetes, ao mesmo tempo que situou-lhe interacionalmente como uma boa pessoa do ponto de vista social.

EXTRATO 02 – “Ela só aparece, por falta de defesa no organismo da pessoa”

Nesse extrato, os participantes conversam sobre o que causa o diabetes e a influência dos alimentos doces no processo de surgimento da doença. Por se tratar de um trecho mais extenso, o dividimos em duas partes a fim de facilitar a compreensão da análise.

Extrato 02.1

José Antônio: Queria perguntar uma coisa PRA você, é:: cê acha (.) que a, a diabetes (.) pode começá com cê ingerindo doce. Quê que cê acha?

Sebastião: NÃO TEM NA-DA a vê! A diabetes é uma:: COI:: uma DOENÇA, que sai por FALTA de uma defesa do organismo.

José Antônio: Por que (.) num podi comê doce, então?

Sebastião: Porque o doce NUM TEM NA-DA a vê com a diabetes, porque a diabetes, (.) ela SÓ aparece na pessoa (.) por FALTA de defesa no organismo da pessoa, (.) porque SE tivesse aquela defesa, o senhor NÃO TINHA diabetes não, moço. Tava citando o seu L., seu L. S., que mora perto do barracão lá. Seu L. come doce de-ses-pe-ra-da-men-te. IGUAL come comida de SAL, ele come doce.

O trecho começa com José Antônio me perguntando se o diabetes desenvolvia-se com o consumo de alimentos doces. Entretanto, antes mesmo que pudesse responder, Sebastião toma a palavra propondo que o diabetes é uma doença que surge pela falta de defesa do organismo. Responder uma pergunta que não lhe foi direcionada, utilizar a expressão “NÃO TEM NA-DA a vê” com intensidade de voz maior e separando as sílabas da palavra “nada”, bem como enfatizar as palavras “DOENÇA” e “FALTA”, colocam Sebastião no contexto interativo como uma pessoa que sabe o que está falando, que conhece quais são as causas do surgimento da doença, se constituindo, assim, como uma espécie de perito sobre o assunto. Mais precisamente, responder uma pergunta que não lhe foi direcionada, cria o sentido de que o participante tem segurança sobre o que está falando. De forma geral, esses jeitos de conversar utilizados por esse membro do grupo geram um efeito de diminuição da responsabilidade pessoal com relação à etiologia da doença.

Diante da fala desse participante, José Antônio questiona o porquê da pessoa com diabetes não poder comer doce. Sebastião responde, mais uma vez, utilizando enfaticamente a

expressão “NÃO TEM NA-DA a vê”, deslegitimando a possibilidade de entendimento de que o doce está relacionado ao surgimento do diabetes. Em seguida, esse membro do grupo utiliza também uma sentença fragmentada, com pausas, o que parece produzir uma valorização da sua explicação. As pausas têm diferentes funções nos contextos discursivos, porém, podem servir para reforçar ou destacar uma ideia, valorizando o conteúdo da exposição do falante (Cotes, 2007; Marchuschi, 2008).

Além disso, esse participante emprega com intensidade de voz maior a palavra e a expressão “FALTA” e “NÃO TINHA”, o que contribui para reforçar a sua ideia. Utiliza ainda uma proposição do tipo “se/ então”: “Porque SE tivesse aquela defesa, o senhor NÃO TINHA diabetes não, moço”, estabelecendo uma relação de causalidade entre diabetes e falta de defesa do organismo, o que confere um sentido de realidade para sua fala (Edwards, 1994; 1995). Aumentar a intensidade de voz e utilizar as proposições “se/ então” contribuem para dar um tom mais factual aos argumentos desenvolvidos por Sebastião.

O participante comenta também sobre uma pessoa – a qual ele dá nome, sobrenome e ainda cita o local onde mora – que come doce “de-ses-pe-ra-da-men-te”. Atribuir características e detalhes a essa pessoa que ele cita, confere um sentido de factualidade ao que está sendo dito. Para Potter (2000), uma descrição detalhada é um recurso linguístico que cria um forte senso de realidade. Ademais, Sebastião também separa as sílabas da palavra “desesperadamente” chamando atenção para o modo de consumo de alimentos da pessoa; isto é, alguém que come doces “desesperadamente” não tem diabetes, logo, a hipótese de que o consumo de doces cause diabetes parece agora menos provável.

Sebastião diz ainda que essa pessoa come doce “IGUAL come comida de SAL”. Nesse momento, vemos uma espécie de comparação com algo que é muito comum no mundo da alimentação. Em geral, em nossa cultura, as pessoas costumam comer mais alimentos salgados do que doces. Assim, ao falar que existe uma pessoa que come doce “igual” come

comida salgada e não tem diabetes, Sebastião deslegitima a possibilidade de utilização do argumento de que “o doce” é o causador do diabetes.

Extrato 02.2

José Antônio: Ele come QUALQUER [um doce?

Sebastião: E NEM] sonha em ter diabetes. A diabetes (.) é produzida por FAL-TA de uma defesa do organismo.

Maria Cláudia: É::: falta de insulina no corpo.

Sebastião: É!

Maria Cláudia: É quando o organismo da gente (.) não produz insulina para queimar o açúcar, né, (.) que a gente ingere. Ai (0.3) ele tá doente (.) ele não produz (.) ai o açúcar vai pro sangue.

Sebastião: Por quê que ELE adoece? Ele adoece (.) por UMA FALTA de defesa::

Maria Cláudia: É!

Sebastião: DAQUELE organismo, NUM É?

Maria Cláudia: É, ele adoece (.) por causa de defesa qualquer no:: (.) no corpo, no organismo, (0.3) ele adoece, e para de:: produzir insulina.

Sebastião: AI (.) aparece a diabetes.

Maria Cláudia: É, ai:::

Sebastião: O açúcar fica TUDO no sangue então, não é?!

Rafael: Ah::: entendi::

Sebastião: Ai NUM QUEIMA o açúcar, QUÊ que acontece?

Maria Cláudia: É::

Sebastião: A pessoa (.) fica cum diabetes. É isso ai, né? NUM É outra coisa!

José Antônio questiona Sebastião sobre a pessoa que ele disse conhecer que “come doce igual come comida de sal”, se “Ele come QUALQUER [um doce?]”. José enfatiza a palavra “QUALQUER”, nos dando indícios de que parece existir “doces” aos quais as pessoas com

diabetes podem comer. Porém, não dando prosseguimento a esse assunto e antes mesmo que o outro participante terminasse sua fala, Sebastião responde completando sua exposição anterior: “[E NEM] sonha em ter diabetes. A diabetes (.) é produzida por FAL-TA de uma defesa do organismo”. Aqui, ele interrompe a fala do outro participante, usa expressão “E NEM” com intensidade de voz maior, bem como usa uma expressão popular “E NEM sonha”, que tem como efeito valorizar o que ele está dizendo. Além disso, esse membro do grupo também enfatiza e separa as sílabas da palavra “FALTA”, o que parece fortalecer ainda mais seu argumento. Ademais, recorre a um repertório biomédico relacionado às doenças – “falta de defesa do organismo” – para propor sua explicação. Os vocabulários biomédicos, enquanto hegemônicos no campo discursivo da saúde, têm um senso de estabilidade e de veracidade em nossa cultura (Spink (2003), o que ajuda a conferir um caráter de verdade quando usados na interação.

Maria Cláudia, então, afirma que se trata de falta de insulina no corpo. Sebastião, em seguida, enfaticamente, confirma a fala da participante. Dando prosseguimento, ela parece fazer uma espécie de explicação de como funciona o mecanismo de desenvolvimento do diabetes: fala de maneira fragmentada (usando pausas entre as frases), recorre a um vocabulário com conteúdo biomédico e faz uma apresentação usando três ações, para explicar o surgimento do diabetes: “o organismo da gente não produz insulina para queimar o açúcar”, “ele tá doente” e “o açúcar vai pro sangue”. A “lista de três partes”¹⁷ é um recurso linguístico que consiste nos falantes apresentarem três aspectos/ descrições possíveis em sequência. O efeito dessa apresentação é criar um senso de completude, de conclusão, que produz uma sensação de que aquilo deve ser acatado (Potter, 2000). Dessa maneira, a forma com que a participante propõe sua explicação confere um efeito de realidade para sua proposta: as pausas

¹⁷ Tradução Nossa. O termo utilizado pelo autor é “*three-part lists*”.

dão destaque à explicação, o vocabulário biomédico cria um senso de realidade e a “lista de três partes” confere um sentido de estabilidade e concretude para o que está sendo proposto.

Ao ouvir isso, Sebastião comenta que as pessoas “adoecem por uma falta de defesa”. A participante concorda com ele. Assim, esse membro do grupo completa sua ideia: “DAQUELE organismo. É interessante notar que, no final da sentença, ele usa a expressão “NUM É”, buscando uma espécie de confirmação dos seus interlocutores. Maria Cláudia, por sua vez, legitima a proposta, utilizando, mais uma vez, uma fala fragmentada, com pausas, e com o prolongamento da última sílaba de algumas palavras, o que valoriza a sua exposição. Além disso, novamente, emprega vocabulários com conteúdos biomédicos, o que confere legitimidade à sua fala. Sebastião, então, parece concluir a exposição usando uma fala que conclui a lógica da argumentação: “AI (.) aparece a diabetes”.

Maria Cláudia concorda com o participante, mas ele não para sua explicação, comentando, que, assim, o açúcar fica “TUDO” no sangue. Sebastião enfatiza a palavra “TUDO”, de modo a reforçar e valorizar o que disse anteriormente. Por sua vez, termina a sentença usando a expressão “não é”, chamando outros interlocutores a concordarem com ele.

Diante disso, uso uma fala mostrando que entendi o que ele havia proposto, porém sem concordar ou discordar com o argumento. Assim, ele continua: “Ai NUM QUEIMA o açúcar, QUÊ que acontece?”, enfatizando a expressão “NUM QUEIMA” e “QUÊ” para fortalecer sua proposta. Maria Cláudia concorda e Sebastião conclui sua argumentação: “A pessoa (.) fica com diabetes. É isso ai, né? NUM É outra coisa!”. O participante usa a expressão “NUM é outra coisa” para encerrar o assunto, concluindo a argumentação e ainda restringindo outras possibilidades de entendimento para as causas de desenvolvimento do diabetes.

Por meio desse extrato, podemos perceber que o uso da estratégia discursiva “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros” permitiu aos falantes “retirarem” a responsabilidade pessoal pela etiologia da doença atribuindo ao corpo (a uma

falta de defesa do organismo) o motivo do adoecimento. Isto é, por meio do uso dessa estratégia, diminuiu-se a responsabilidade pessoal frente à etiologia da doença. Assim, a pessoa que passou a ter diabetes, não pode ser responsabilizada ou julgada por isso.

Ao propor explicações revestidas de conteúdos biomédicos, os participantes utilizaram argumentos de autoridade (Farneda, 2007), isto é, formas de conversar que visam fortalecer uma exposição, uma ideia e silenciar outra(s). Os argumentos de autoridade permitem ao falante situar-se no contexto interativo como uma pessoa que sabe o que está dizendo, como alguém bem informado e qualificado. Dessa maneira, ao utilizar vocabulários com conteúdos biomédicos, que têm um forte senso de realidade em nossa sociedade, os participantes construíram identidades positivas para si mesmos na interação: pessoas que conheciam e entendiam de uma doença que representa o assunto principal do grupo.

Além disso, nesse extrato, pudemos ver o uso de recurso linguísticos, tais como: a interrupção da fala e o responder enfaticamente, o uso de pausas, o emprego de descrição detalhada, proposição do tipo “se/ então” e lista de três partes, que tiveram como implicação valorizar o entendimento biologizado de que o diabetes surge por uma falta de defesa do organismo e enfraquecer a ideia de que está relacionado à ingestão de alimentos doces.

É importante destacar aqui, que apesar dos participantes terem utilizado vocabulários do repertório biomédico das doenças, eles não empregaram as explicações e metáforas que, comumente, abarcam o conhecimento biomédico sobre as doenças, principalmente, sobre o diabetes. Isto é, na verdade, eles utilizaram termos e expressões vinculados ao repertório biomédico, mas não ao conhecimento científico delineado nesse campo. Dessa forma, por meio desse trecho, pudemos compreender que os repertórios interpretativos são usados cotidianamente nas interações e as pessoas fazem isso a seu modo, não propondo exatamente o que uma concepção biomédica ou o campo de conhecimento dessa área costuma afirmar. De acordo com o conhecimento biomédico, por exemplo, o diabetes não é causado por uma falta

de defesa do organismo e sim, por estilos de vida inadequados, deficiência e/ ou baixa produção de insulina no corpo ou ainda, hereditariedade.

EXTRATO 3 – “Isso é problema é da minha mãe”

O extrato selecionado mostra uma conversa entre eu e José Henrique, que conta ao grupo como o diabetes surgiu em sua vida. Nesse processo, ele é aquele que não ser responsabilizado por ter ficado com diabetes e sim, sua família.

José Henrique: O problema, Rafael, diabete, eu sei:: NÃO sei de que maneira que vem esse tal diabete.

Rafael: Entendi::

José Henrique: NÃO TEM cura, um sara o outro não, né. Tem gente na sua família aqui que não tem diabete. Tem um cara novo aí, ele tem diabete, esses dias ele tava bebendo:: né, TIPO 1, né. Ele é magrinho, tem 31 anos, é muito amigo meu, ta lá parado, num pode nada, se ele não pará, ele vai morrê, né, num pode andá, num pode cumê pão de queijo, dexá cumê:: Ele me considera irmão. Eu tinha uma dor de cabeça, aqui ó, tinha dia dela ficá a noite inteira duendo(.) mais tomei um remédio, comprado na farmácia, tomei e foi uma beleza, tomei e nunca mais senti. Agora eu tava falando:: desde criança como na banha carne de porco, meu primo é médico.

Rafael: É? Entendi::: (.)

José Henrique: Sabe, toda vida comi na banha de porco. Mais isso é problema é da minha MÃE, ela tinha diabete, né?!

Rafael: Ah::: a mãe do senhor tinha diabetes também?

José Henrique: Ela veio da Itália, né? É bom saber. Ela tem, irmã, irmão, primo, tudo tem diabete também. E o diabete é uma doença, faz muito mal pra mim, não é?

Rafael: Entendi:

José Henrique: Entende. Gosto de baixa no restaurante come a vontade:: carne a vontade, tem que pará mesmo. MAS se eu não PARÁ, ele vai morre:: morre não resolve.

Logo no início desse extrato, José Henrique começa descrevendo-se como uma pessoa conhecedora do diabetes: “O problema, Rafael, diabete, eu sei”. Assim, já no começo da conversa, ele situa-se interacionalmente como uma pessoa que sabe o que vai falar, empregando um verbo que denota confiança e “certeza”. De acordo com Potter (2000), a hierarquia de modalização dos verbos pode promover níveis diferentes de factualidade à argumentação. Dizer “eu sei” é se colocar no lugar de alguém que realmente sabe o que está falando, que não tem só uma opinião, mas tem uma certeza sobre o que diz. O efeito disso é criar um argumento de autoridade (Farneda, 2007) para José Henrique, que sabe o que está falando.

Assim, como um conhecedor do diabetes, ele afirma que a doença vem do acaso, de algum lugar que não sabe: “NÃO sei de que maneira que vem esse tal diabete”. José Henrique usa o termo “NÃO” com uma intensidade de voz maior do que no restante da frase, confere um caráter indeterminado para a doença, que vem de algum lugar desconhecido. Além disso, esse membro do grupo se refere ao diabetes como “esse tal diabete”. O uso do termo “tal” parece promover uma ideia de distanciamento, separação com a doença. Isto é, por meio desse termo, ele externaliza a doença, separa-se do diabetes, como se esse fosse algo que não fizesse parte da sua vida. A implicação desses jeitos de conversar é que José Henrique começa a criar espaço para a construção de uma identidade distanciada do diabetes.

Após isso, uso a expressão entendi e José Henrique, então, comenta, de forma enfática, que se trata de uma doença que “NÃO TEM CURA, um sara e o outro não”. O participante utiliza, com intensidade de voz maior, a expressão “NÃO TEM CURA” e caracteriza, mais uma vez, o diabetes como algo indeterminado: “um sara o outro não, né”. Essa fala nos sugere

um movimento de diminuição da responsabilidade pessoal frente à doença, bem como de valorização do caráter indeterminado do surgimento da doença. Em outras palavras, podemos dizer que o efeito dela na interação é como se José Henrique dissesse: “As pessoas com diabetes não pudessem ser culpadas, responsabilizadas”.

Em seguida, o participante conta a história de um amigo que descobriu que estava com diabetes. Segundo o participante, o amigo era “magrinho” e “tem 31 anos” (jovem, novo). José Henrique recorre, aqui, a categorias sociais que não estão, culturalmente, associadas à maiores riscos para a saúde – “magro” e “jovem” (novo, com 31 anos) – para caracterizar seu amigo. Parece que José Henrique usa essas categorias para destacar que o diabetes pode acontecer com qualquer pessoa, inclusive com aqueles tidos como “mais saudáveis”. Não precisa ser alguém mais velho ou ser obeso para ter a doença. O conteúdo dessa história legitima a ideia anterior apresentada pelo participante de que a doença tem um caráter indeterminado e não depende das ações das pessoas. Para Potter (2000), as narrativas, as histórias, são recursos linguísticos que permitem ao falante dar maior senso de realidade à sua fala, uma vez que conferem mais credibilidade e detalhamento a exposição.

Nessa mesma sentença, é interessante perceber que José Henrique comenta que a doença do amigo era diabetes tipo 1. Aqui, o participante se apresenta, mais uma vez, como “o conhecedor da doença”: ele conhece até os tipos de diabetes. José Henrique comenta também que o amigo está “lá, parado”, “num pode nada”, “se ele não pará, ele vai morrer”. Essa fala situa o amigo num lugar de doente, ao mesmo tempo, que coloca o participante como uma pessoa que sabe o “que faz mal”, o que “deve e não deve ser feito”, construindo, assim, a identidade de alguém que cuida de si.

Dando prosseguimento, o participante conta uma situação em que teve dor de cabeça, tomou um remédio “comprado na farmácia” e essa passou. É interessante notar que não foi qualquer remédio, mas um remédio comprado na farmácia. Contar essa história, nesse

momento da conversa, ajuda a fortalecer a identidade construída pelo participante. O uso da expressão “NÃO TEM CURA”, das categorias “magro”, “31 anos” (jovem, novo) e diabetes “tipo 1” no sentido de descrever o amigo, bem como o ato de contar a história sobre a dor de cabeça e o uso do “remédio comprado na farmácia” parecem ter como implicação constituir José Henrique como alguém responsável, que conhece a própria doença, que toma medicamentos “adequados” e que cuida da sua saúde.

Após isso, uso um “É?” interrogativo e, em seguida a expressão “entendi:::”, José Henrique, então, comenta que desde criança “comia na banha do porco”, que “isso é problema da sua mãe”, “ela tinha diabetes” e “ela veio da Itália”. Essas descrições além de corroborarem, mais uma vez, com a imagem de uma pessoa responsável que o participante vem construindo ao longo da conversa, também abrem espaço para o entendimento de que José Henrique não pode ser acusado de ter se tornado uma pessoa com diabetes. Ele comenta que a mãe tinha essa doença, bem como a irmã, o irmão e o primo da mãe, isto é, uma família com histórico de diabetes, e que a mãe era da Itália (um lugar distante). Isso parece representar uma forma de minar qualquer possibilidade de ser responsabilizado pela doença: trata-se de algo ligado aos hábitos alimentares da sua infância, os quais não dependeram dele, mas da família, da mãe. Além disso, a doença da mãe, veio de longe, da Itália, de um outro país, um outro continente, uma outra cultura. Isto é, José Henrique promove um distanciamento no tempo e no espaço com relação a sua doença, diminuindo, assim, sua responsabilidade pessoal frente ao surgimento da enfermidade. Ademais, podemos notar que o conteúdo desses argumentos está ligado a ideia de “hereditariedade”, isto é, de uma doença de família, e isso parece dar muita força para a fala do participante. O uso de concepções e/ ou vocabulários biomédicos, como já comentando, é bastante comum e aceito na sociedade atual, e carrega uma lógica de estabilidade e de universalidade (Spink, 2003).

Ainda na organização dos argumentos anteriores, em que José Henrique comenta sobre o desenvolvimento do seu diabetes, ele utiliza uma sentença que, à primeiro momento, parece estar desconectada semanticamente das outras, mas que tem um impacto na construção da sua retórica. Ele diz que “seu primo é médico”. José Henrique poderia ter usado qualquer categoria para se referir a um primo, como por exemplo: alguém próximo, uma pessoa inteligente, uma pessoa que ele gosta muito, alguém que fosse trabalhador, responsável, entre outros. No entanto, ele utiliza a categoria “médico” e isso contribui para situar o participante como alguém que sabe o que está falando. José Henrique é, assim, o conhecedor do diabetes, pois ele não tem qualquer primo, mas um primo médico. A categoria médico é, culturalmente, representante do conhecimento em saúde. Segundo Potter (2000), o recurso linguístico “direito das categorias” é bastante usado no processo de construção dos fatos. Tal recurso implica no entendimento de que as categorias sociais contêm direitos, deveres e expectativas. Isto é, na prática, não importa dizer se a pessoa sabe ou conhece determinado assunto, o fato dela pertencer a certa categoria, como, por exemplo, jogador de futebol, médico, psicólogo, já é suficiente para situar, interacionalmente, essa pessoa como alguém que têm certos conhecimentos. Portanto, José Henrique é aquele que sabe o que está dizendo, que entende sobre a própria saúde, pois tem um primo “médico”.

Utilizo a expressão “entendi:::”, o que parece ter dado espaço para o participante continuar desenvolvendo seu argumento, pois, em seguida, ele comenta que gosta de ir a restaurantes e comer carne à vontade, porém, logo em seguida, diz que precisa parar, porque, se não parar, pode morrer. Ao usar essa sentença que parece estar ligada a uma lógica de autocontrole e autocrítica, José Henrique fortalece sua identidade de alguém responsável e que cuida da saúde. O participante emprega a conjunção adversativa “MAS” e o termo “PARÁ” de forma enfática, de maneira a destacar a necessidade de não comer mais carne gordurosa. Isso tem como efeito, mais uma vez, o fortalecimento da identidade de

responsável. No entanto, é interessante notar a peculiaridade desse momento da interação: ele usa a expressão “ele vai morrer” e não “eu vou morrer”. Essa forma de conversar nos sugere um possível movimento de distanciamento com relação à doença. É como se a doença e até mesmo a morte fosse coisas que aparecessem para o outro e não para ele mesmo. José Henrique, novamente, parece externalizar o diabetes, separando-se da doença.

Ao longo do extrato selecionado é interessante notar como que José Henrique foi se constituindo como uma pessoa conhecedora da doença, que não teve responsabilidade pelo adoecimento, que veio por meio de terceiros (alimentação na infância e/ ou pela genética da família), como também, como alguém distanciado do diabetes, quase como uma pessoa que não tem a doença e como alguém que cuida da própria saúde.

Os recursos linguísticos utilizados foram: modalização de verbos, emprego de argumento de autoridade, uso de narrativas e direitos categoriais.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: atribuindo responsabilidade a terceiros” contribuiu para José Henrique ser uma pessoa que não pode ser responsabilizado por ter ficado doente, ao mesmo tempo, que ajudou-lhe a criar o sentido de uma pessoa que sabe como cuidar da própria saúde.

6.2 Responsabilizando-se

Nessa estratégia, o processo de Responsabilização é manejado de tal maneira, que as pessoas passam a se responsabilizar pelo diabetes, não responsabilizando aos outros. Encontramos dois movimentos diferentes nessa estratégia discursiva, por isso, a subdividimos em duas: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”.

6.2.1 Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado

Nesse processo, os participantes respondem pelas suas ações, apresentando-se como responsáveis pelo cuidado de si. Todavia, apesar de não seguirem algumas recomendações médicas, constituem-se discursivamente como pessoas que utilizam outras formas de cuidado.

EXTRATO 04 – “*E se a gente comê aquilo ali pensando que vai fazer mal, vai fazê mesmo*”

Nesse extrato, alguns participantes do grupo entendem que o psicológico, mais precisamente, o pensar, provoca o mal estar e não, o comer o não recomendado. Assim, propõe-se uma outra forma de cuidado: comer e evitar ficar pensando que a comida vai fazer mal. Como se trata de um trecho muito grande, resolvemos dividi-lo em quatro partes a fim de facilitar a compreensão da análise.

Extrato 04.1

Rafael: Então a família traz:: alegria, proteção, saudade::. É isso gente?

Maria Lúcia: É:: agora isso aqui:: eu faço muito:: e a gente num pode comer:: igual:: eu gosto. EU gosto.

Rafael: O bolo?

Maria Lúcia: °É°.

Rafael: E como é que é dona Maria Lúcia, gostar e num podê comê?

Maria Lúcia: É porque a gente come com:: com MEDO:: e:: pens:: ando nisso, COME pensando assim, SE eu comê, eu VOU passar mal. NÃO pode comer muito:: esse aqui me faz mal (.) e é assim:: (0.3).

José Henrique: E se [você pensar::

Maria Lúcia: Mas tem que] fazer.

José Henrique: Vai fazê, passa mal mesmo, né.

Maria Lúcia: É::

Rafael: Mas, como é que é, seu José Henrique?

José Henrique: E se a gente comê aquilo ali PENSANDO que vai fazer mal, VAI FAZÊ mesmo.

No início dessa interação, faço uma pergunta confirmando meu entendimento referente às conversas anteriores no grupo. Maria Lúcia, então, começa a contar aos participantes o porquê de ter escolhido um cartão contendo a imagem de um bolo durante a realização de uma das atividades da oficina. A participante prolonga o som da última sílaba de cada frase, o que confere um ritmo mais lento para a conversa. Parece que ela conta ao grupo um assunto que é aparentemente delicado ou até polêmico. Maria Lúcia afirma que gosta de algo não recomendado para pessoas com diabetes – o bolo. Porém, ela não o nomeia como sendo “o bolo” e sim, se refere a ele como “isso aqui”. O pronome demonstrativo “isso” parece ter sido empregado para definir algo que não pode ser nomeado, não pode ser dito ou ainda, algo de que se deve manter um certo distanciamento (bolo/ doce $\neq$ pessoa com diabetes). Em outras palavras, podemos dizer que tanto a conversa lentificada, que produz o sentido de um assunto delicado, quanto o emprego do pronome demonstrativo para fazer referência ao alimento “proibido” funcionam como uma espécie de proteção contra possíveis críticas ou confrontações à participante. No final da sentença, Maria Lúcia usa o sujeito “a gente” – “a gente num pode comer”, num movimento de convidar outras pessoas a participarem da ação verbal, não a deixando sozinha. O emprego desse sujeito reconhece a responsabilidade individual e convida pessoas diferentes a participarem da situação. Mais precisamente, a oração completa – “a gente num pode comer” – contribui para colocar a participante no contexto de interação como alguém responsável, que sabe o que é recomendado para pessoas com diabetes.

Diante dessa argumentação, pergunto: “isso” era “o bolo?” e Maria Lúcia responde afirmativamente com intensidade de voz mais baixa, o que parece ser uma forma de criar um

sentido de constrangimento diante da situação, de dizer o que não devia ser dito, ou ainda uma forma de se esquivar de uma possível confrontação.

Então, questiono-a: “como que é gostar e não poder comer?”. A participante, assim, responde utilizando novamente o sujeito “a gente”, o que sugere um jeito de chamar outras pessoas para essa responsabilidade de “não comer algo doce” e não apenas restringir isso a uma possível responsabilidade pessoal. Em seguida, ela comenta que come (o bolo) pensando que pode fazer mal. Tal argumentação contribui para situar Maria Lúcia no contexto interativo como uma pessoa que sabe sobre as recomendações de saúde prescritas para pessoas com diabetes – evitar comer alimentos doces – e sobre as implicações da transgressão dessas recomendações – mal estar. Esse senso de autocritica tem como efeito a construção de uma identidade positiva e satisfatória para Maria Lúcia: uma pessoa que, dentro de uma lógica biomédica, sabe o que é “bom” ou “não” para sua saúde.

Após isso, ela utiliza uma proposição do tipo “se/ então” comentando que se a pessoa comer com medo, pensando que vai passar mal, então, ela irá se sentir mal. O uso dessa proposição estabelece uma relação de causalidade ao que está sendo apresentando, dando mais veracidade para a proposta da participante (Edwards, 1994; 1995). Nessa sentença, Maria Lúcia enfatiza as palavras “COME”, “SE” e “VOU” o que confere mais destaque e evidência para sua argumentação.

José Henrique, ao ouvir isso, comenta por meio de uma proposição se/ então: que se “a gente comê aquilo PENSANDO que vai fazer mal, VAI FAZÊ mesmo”. O participante dá ênfase a palavra “PENSANDO” e a expressão “VAI FAZÊ”, utilizando após a última palavra o termo “mesmo”, reforçando a sua ideia. O uso dessa proposição associado às ênfases em algumas expressões legitimam a proposição apresentada por Maria Lúcia, bem como sugerem uma outra forma de cuidado com a saúde: comer o alimento doce sem pensar que isso possa gerar algum tipo de mal estar.

Extrato 04.2

Rafael: Então quer dizer: se a gente pensa que vai fazer mal, ai que faz mesmo?

José Henrique: VAI fazê. PASSÁ mal.

Rafael: Entendi.

José Henrique: Porque a gente fica com aquilo na cabeça.

Deise: É a CULPA, né?

José Henrique: A culpa? (.)

Deise: É a CULPA!

José Henrique: Por isso tem que comê, comê e pronto, cabô, cabô, e passou. NUM passa mal.

Após a fala de José Henrique: “E se a gente comê aquilo ali PENSANDO que vai fazer mal, VAI FAZÊ mesmo”, faço uma pergunta de confirmação de meu entendimento e ele responde afirmativamente que se comer pensando que vai passar mal, se passa mesmo. Além disso, completa seu argumento explicitando que o mal estar ocorre porque “a gente fica com aquilo na cabeça”. José Henrique recorre, nesse momento, ao uso do sujeito “a gente”, o que parece promover uma ideia de generalização ao que está sendo dito, como se isso acontecesse a outras pessoas também. O consenso e a colaboração são, nos dizeres de Potter (2000), recursos linguísticos que conferem maior facticidade à fala.

No entanto, após isso, Deise sugere que o mal estar pode ser um sentimento de culpa. A participante emprega com intensidade de voz maior a palavra “CULPA”. José Henrique, num primeiro momento, parece ficar em dúvida ou titubeia frente a essa fala. Deise, entretanto, sustenta seu argumento enfatizando que é a culpa a causadora do mal estar. A fala de Deise parece carregar uma certa desconfiança ou até uma espécie de julgamento implícito à postura de José Henrique, pois em duas sentenças próximas, a participante enfatiza a palavra “CULPA” e utiliza períodos curtos, dando ideia de que estava certa sobre o que estava

dizendo ou ainda num movimento de confrontação ao participante. Por sua vez, José Henrique comenta: “Por isso tem que comê, comê e pronto, cabô, cabô, e passou. NUM passa mal”. Dessa maneira, ao usar a expressão “tem que”, que caracteriza uma espécie de prescrição, esse participante confere à sua exposição um caráter de seriedade, que cuida de si, que segue alguma coisa concreta para se cuidar, que não faz algo a esmo. Ademais, ele recorre também à repetição, um recurso linguístico usado como dispositivo retórico para fortalecer seu argumento (Kock, 2008). Porém, usa a repetição inserida em uma sequência de apresentação de passos que parecem dar um sentido de completude e fechamento às suas ideias: “comê, comê, pronto, cabô, cabô e passou”. Além disso, o participante termina sua fala por meio de uma conclusão destacando que “NUM passa mal”, com ênfase na palavra “NUM”, restringindo outras possibilidades de entendimento.

Extrato 04.3

Rafael: Ai nem faz mal:: se comê, num:: num faz mal?!=

Solange: =Comê NUM faz mal?::

José Henrique: NÃO!

Solange: Se ocê levá um bolo de laranja com geléia, e comê, ai, ocê vai vê, pode tê consciência, que vai fazê mal.

José Henrique: Ai ai ai::(inaudível). Bolo eu nunca comi:

Solange: MAS FAZ?!::

José Henrique: Bolo eu NUNCA comi, né? Às vezes eu ponho um trem na cabeça:: NUNCA pensei nisso.

Buscando verificar o entendimento do que estava sendo discutido no grupo, pergunto se comer pensando que vai fazer mal, provocava o mal estar. Solange, por sua vez, imediatamente após minha frase, utiliza uma pergunta com tom de ironia, de satirização:

“Comê NUM faz mal?::”. Ela enfatiza a palavra “NUM”, utiliza um período curto e fala imediatamente após minha sentença, o que parece ser um indício de uma contestação. No entanto, José Henrique, novamente, sustenta sua opinião, utilizando um “NÃO” com intensidade de voz maior e dizendo, mais adiante, que “nunca comeu bolo”, o que parece agora distanciar-lhe da possível crítica de Solange. Nesse momento, o participante passa, então, a ser aquele que nunca comeu bolo, praticamente um “atestado” de que ele, enquanto uma pessoa com diabetes, cuida da saúde e não pode ser apontando ou culpado por alguma negligência com a saúde. Dito de outro modo, podemos entender esse jeito de conversar de José Henrique como uma forma de proteção contra possíveis críticas dirigidas a ele. Solange colocou em xeque a ideia de José Henrique, que atribuiu ao pensamento o ato de passar mal. Ele, por sua vez, diz que não come bolo. A fala do participante produz uma identidade mais satisfatória para si mesmo na conversa, contribuindo para situar-lhe como alguém responsável, uma vez que o assunto começou por causa de comer bolo (algo doce) mesmo tendo diabetes. José Henrique, assim, diz, de maneira enfática, que “NUNCA” comeu bolo, e “NUNCA” pensou nisso. O efeito dessa fala é produzir a isenção de sua responsabilidade pela etiologia da doença, ao mesmo tempo em que também lhe protege de possíveis julgamentos.

Extrato 04.4

Rafael: Então se a gente num pô na cabeça num acontece nada?

José Henrique: NADA::

Rafael: Mais alguém pensa:: também:: desse [jei:

Fernanda: Você num] acha que o psicológico acaba:: acaba:: trazendo problema? Pra vida da gente?

Rafael: Calma aí, dona Fernanda, deixa eu entender:: Fala, conta mais pra gente.

Fernanda: É assim:: se você fica naquela (.) aí vai acontece, vai acontece (.) acaba acontecendo. É o SEU psicológico, o cérebro, grava aquilo, e ele vai fazê aquilo, de alguma forma, ele faz aquilo, seja a DOENÇA QUE FOR, se a gente tivê preocupado.

Rafael: Entendi:

Fernanda: Eu acredito nisso, que o psicológico mexe MUITO com o organismo da gente.

José Henrique: Demais:: Muito, MUITO mesmo, né? Pelo menos ele MEXE muito, também MEXE MUITO comigo.

(risos)

Fernanda: É o comando de tudo, né? O cérebro. Se você:: tivê, você tivê preocupado, ele funcionou::

José Henrique: Num tem, [num tem:

Deise: com o] organismo trabalhando:

José Henrique: (inaudível)

Utilizo um questionamento do tipo “se/ então”: “Aí nem faz mal... se comê, num... num faz mal?!”, de modo a verificar a relação de causalidade entre comer, pensar e passar mal. José Henrique responde, enfaticamente, usando a palavra “NADA”, de maneira a destacar que nada acontece se a pessoa comer e não pensar que vai fazer mal. O “pensamento” passa, então, a ser o responsável pelo mal estar e não o ato de comer o “não recomendado”. Fortalece-se, nesse momento, a nova forma de cuidado prescrita anteriormente: comer e não pensar que vai fazer mal. A implicação disso é a construção de uma identidade positiva para José Henrique, que, em virtude dessa forma de cuidado propõem uma postura de cuidado com a saúde: evita ficar pensando no mal estar quando come algum alimento não recomendado. O participante é, assim, aquele que cuida da sua saúde por meio da vigilância dos seus pensamentos.

Diante dessa conversa, Fernanda interrompe minha fala utilizando uma sentença interrogativa e genérica, em que sugere que o “psicológico” traz problemas para nossa vida. Nesse movimento, a participante utiliza um período com o prolongamento da última sílaba de algumas palavras, o que dá um ritmo mais lento para sua exposição. Interromper a minha fala e conversar de uma maneira mais pausada parece ser uma forma de dar destaque, enfatizar o que vai ser proposto (Cotes, 2007). Em seguida, ela utiliza as palavras “psicológico” e “cérebro”, representantes de um repertório psicológico, delineando o que causa o problema. O efeito dessa forma de conversar é a responsabilização do “psicológico” como sendo o culpado pelo mal estar.

Fernanda enfatiza também o pronome possessivo “SEU” se referindo ao psicológico. Isso parece convidar outras pessoas a se envolverem, participarem dessa conversa. Além disso, utiliza a expressão “DOENÇA QUE FOR”, o que parece dar um caráter de generalização ao que está sendo dito. Não importa qual a doença, o “psicológico” e o “cérebro” são sempre os responsáveis pelo problema. Porém, ao mesmo tempo em que responsabiliza o psicológico, a participante cria uma espécie de condição para que esse psicológico provoque o mal estar: “se a gente tivê preocupado”. Assim, nesse momento, cabe às pessoas não se preocuparem e isso evitaria o mal de acontecer. Portanto, exige-se uma responsabilidade pessoal da pessoa com a doença na situação – precisa evitar as preocupações.

Diante dessa conversa, José Henrique, que ao longo da interação tinha sido anteriormente “confrontado”, concorda com Fernanda utilizando as palavras “MUITO” e “MEXE” com intensidade de voz maior, numa tentativa de solidificar o argumento em que o “pensamento” e o “cérebro” podem provocar o passar mal. Fernanda, diante disso, reforça ainda mais a sua exposição, afirmando que o “cérebro” é o “comando de tudo”. José Henrique, então, utiliza o termo “Num tem” duas vezes, de maneira a criar um caráter quase que incontestável ao que está sendo dito. É como se dissesse: “Não se tem mais o que dizer. É

isso e pronto!”. Ao legitimar a fala de Fernanda, José Henrique situa-se na interação como aquele que cuida da própria saúde “vigando” (monitorando) seus pensamentos e tem a legitimação dessa participante do grupo para isso. Existe aqui um movimento em que ele ora se afasta de uma possível responsabilidade pessoal, ora ora a assume. O “pensamento” e o “cérebro” passam, dessa maneira, a ser personificados como atores que realizam ações, independente da nossa vontade. Ademais, ao mesmo tempo, de acordo com a conversa, a pessoa com diabetes pode ter um certo controle sobre a situação, vigiando os pensamentos.

Como se pôde ver ao longo de todo o trecho a estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” foi utilizada no sentido de justificar o consumo de alimentos doces. Ao propor uma nova forma de cuidado – vigiar os próprios pensamentos – José Henrique se constituiu como uma pessoa responsável, que cuida da saúde. Os recursos linguísticos utilizados foram: sujeito “a gente”, proposição do tipo “se/ então”, consenso e colaboração, repetição e uso de pausas. Tais recursos combinados com o emprego de palavras e termos relacionados a um repertório interpretativo psicológico, como “medo”, “pensamento”, “psicológico” e “cérebro” permitiram o manejo da Responsabilização, de tal maneira que a responsabilidade pelo comer e passar mal não estava relacionada ao ato de comer “o que não se pode”, mas a como fazê-lo. Conforme apresentado por José Henrique podemos ter um certo controle da situação por meio do monitoramento dos próprios pensamentos. É interessante notar que a maior dos participantes parece ter ficado impotente frente à ação do psicológico. José Henrique, por outro lado, se apresenta como alguém que tem uma postura de agente na situação.

Nesse extrato, o uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” apontou para uma psicologização do diabetes relacionado à gestão da doença. Além disso, vale destacar que além de justificar o consumo de alimentos doces, tal estratégia permitiu a criação de uma identidade positiva para José Henrique no contexto

interativo, pois ele, mesmo comendo o alimento não recomendado, pode ter controle dos “fenômenos psicológicos” causadores do mal estar. Assim, trata-se de uma pessoa que cuida de si.

EXTRATO 05 – “Diabetes num gosta de nada amargoso”

No extrato que se segue, fazemos a análise de uma conversa em que os participantes propõem uma outra forma de cuidado: tomar chá de ervas amargas e/ ou produtos naturais. Segundo os participantes, o diabetes “não gosta de amargoso”, assim, se tomarmos um copo de chá amargo, o “diabetes é curado”. Em um momento anterior a esse trecho, o grupo conversava sobre alguns pratos e tipos de comida que gostavam, e sobre uma alimentação mais saudável para pessoas com diabetes.

Novamente, por se tratar de um trecho relativamente grande, resolvemos dividi-lo em duas partes buscando, assim, facilitar a compreensão da análise.

Extrato 05.1

Sebastião: Como pão de queijo e um café sem açúcar:: normal, né?! Porque o café sem açúcar é:: sadio.

José Antônio: Exatamente!

Sebastião: Porque aí (.) ele num tem nada de:: açúcar. Ai, ele é amargoso, né?!

José Antônio: É amargoso::

Sebastião: E o amargoso é contra a diabetes, né? Diabetes num gosta de nada amargoso, se ocê pudesse tomar:: todo dia um copo de marcela em jejum, todo dia:: se ocê tive:: a diabetes tá sarada, curada.

José Antônio: Eu tomo a losma.

Maria Cláudia: Ai! (risos)

Rafael: Losma, o senhor toma losma?

Sebastião: E a losma é VIOLENTA mesmo, ela é MAIS amargosa que a marcela.

Rafael: Ai ela abaixa, a diabetes?

Maria Cláudia: E::LA abaixa.

José Antônio: Eu tomo três goles por dia, quando eu vejo que eu fiz muita extravagância, como muito car:: carboidrato, né?!

Nesse trecho, Sebastião conta ao grupo que gosta de comer pão de queijo e tomar café “normal”, pois o café sem açúcar, segundo ele, é “sadio”. O uso da conjunção causal ou explicativa “porque” tem como efeito o fortalecimento da afirmação do participante, o que, por sua vez, confere mais factualidade à sua fala. Na verdade, pode-se até se dizer que esse membro do grupo, por meio de uma frase com esse tipo de conjunção, acabou produzindo um pressuposto em que “a ausência do açúcar” é entendida como algo saudável.

José Antônio concorda com Sebastião, que comenta que o “amargoso é contra o diabetes”. O uso da expressão “é contra” nos assinala uma espécie de caráter de oposição, nos dando a impressão de uma possível “luta” entre a doença (diabetes) e o “amargor”, como se fossem coisas opostas. Além disso, Sebastião afirma que o “diabetes não gosta do amargoso”. Nesse momento, vemos uma personificação da doença, que passa a ser um alguém com gostos e desgostos.

Em seguida, por meio de uma proposição do tipo “se/ então”, o mesmo participante comenta que: “se ocê pudesse tomar:: todo dia um copo de marcela em jejum, todo dia:: se ocê tive:: a diabetes tá sarada, curada”. Tal proposição parece criar um senso de lógica para o que está sendo dito, conferindo maior efeito de realidade à fala (Edwards, 1994; 1995).

Assim, de maneira geral, até aqui, vemos Sebastião construir uma argumentação em que o diabetes é entendido como uma doença contrária ao que é amargo e que pode ser até “curada”, se for usado chás “amargos”. Nesse trecho, é importante percebermos que a forma de cuidado proposta pelo participante é bem detalhada e parece ter um caráter prescritivo: ele

fala o tipo de chá que toma (marcela), o modo de tomar (em jejum) e a frequência de uso (todo dia). No final, conclui que se a pessoa fizer isso, “a diabetes tá sarada, curada”. Com esse jeito de falar, propondo uma forma de cuidado – “tomar a marcela em jejum todo dia” – Sebastião começa a construir para si a identidade de alguém que sabe como cuidar da sua doença.

José Antônio, em seguida, conta que toma a losma, pois essa é “VIOLENTA mesmo”. O participante usa a palavra “VIOLENTA” com intensidade de voz maior, enfatizando a ação da erva, bem como a emprega como um adjetivo, o que qualifica a eficácia do chá. Ademais, ele também emprega o termo “mesmo” para reforçar a ideia apresentada, enfatizando o “poder” de sua forma de cuidado.

Busco confirmar se com o uso da losma a diabetes abaixa. Maria Cláudia, então, responde afirmativamente. José Antônio, por sua vez, continua comentando que ele toma “três goles” do chá por dia. Falar a frequência de ingestão da erva confere um caráter de seriedade e cuidado para a sua proposta e legitima sua ação de cuidado de si. De acordo com Potter (2000), o uso de representações numéricas pode maximizar ou minimizar o conteúdo de uma descrição. Além disso, tal recurso confere à descrição maior clareza e precisão, o que a eleva a um patamar superior a juízos de valor e avaliações qualitativas vagas. Assim, falar a quantidade de “goles” é uma forma de maximizar o potencial de “cura” da erva.

Em seguida, o participante comenta que faz uso do chá quando “fez muita extravagância”. Admitir que, em alguns momentos, faz uma possível “extravagância” pode ser uma forma de criar espaço para valorizar sua forma de cuidado posterior, pois, dando prosseguimento à fala, ele comenta que quando isso acontece, toma o chá. Mais adiante, José Antônio explicita essa “extravagância”, que surge quando ele come muito carboidrato. Nomear os alimentos parece ser uma forma de conferir mais credibilidade à sua fala,

destacando e legitimando a forma de cuidado. Para Potter (2000), fazer referência a alguns termos pode maximizar ou minimizar o efeito retórico de uma descrição.

Extrato 05.2

Rafael: Entendi.

José Antônio: Como uma pizza::

Rafael: Anram::

Maria Cláudia: Como macarrão::

José Antônio: Macarrão::

Maria Cláudia: Batatinha::

José Antônio: Batatinha::

Maria Cláudia: Molho, um arroz::

José Antônio: Molho, carne::

Maria Cláudia: Uma carne::

José Antônio: Ai eu pego (.) e vou lá e tempero ela, no primeiro dia (.) eu tomo três goles dela.

Rafael: Anram.

José Antônio: Ai NUM TEM diabetes mesmo [que::

Maria Cláudia: Resista].

Rafael: Ela abaixa na hora?

José Antônio: Eu NUM TOMO mais remédio. Eu num tenho mais MEDO dela, porque eu sei CER-TE-ZA que ela abaixa.

Rafael: Tá bom! Então o senhor tá dizendo que tomar losma faz o senhor não ter medo da diabetes?

José Antônio: Eu NÃO TENHO medo dela, porque eu confio nela, porque ela NUM GOSTA do amargo.

Rafael: É?!:: Ah:: diabetes num gosta do amargo?!

Luiz: Eu tomo é a farinha da casca de maracujá.

Rafael: Farinha da casca de::?

Luiz: É!

Rafael: Ah:: ela também abaixa?

Luiz: É, quando ela tá:: alta demais, tem dia que eu tomo:: farinha pra podê baixá.

Uso a expressão “Entendi” e os participantes começam a contar os tipos de alimentos que eles ingerem que parecem ser considerados como “não saudáveis”. José Antônio, então, comenta que quando come esses tipos de alimentos, ele “pega”, “vai lá” e “tempera” o chá. Isto é, o participante emprega a “lista de três partes” para dar um sentido de completude, de conclusão para a sua exposição (Potter, 2000), o que contribui para valorizar e destacar sua forma de cuidar de si. Ademais, ele comenta que faz isso, no primeiro dia, isto é, logo após ter ingerido os alimentos “não saudáveis”, e ingere “três goles por dia”. Falar que toma o chá após a ingestão desses alimentos e citar a frequência de uso, como já foi comentado, fortalece mais ainda a sua ação de cuidado.

Utilizo o termo “Anram” e ele diz: “Ai NUM TEM diabetes mesmo que::”, enfatizando a expressão “NUM TEM”, o que nos assinala um movimento para minar possíveis entendimentos alternativos ou oposições ao seu argumento. Nesse movimento, o participante se vale do recurso linguístico de “formulação de casos extremos”, maximizando e generalizando a informação apresentada, o que contribui para conferir factualidade à exposição do falante (Potter, 2000). Por sua vez, Maria Cláudia fala junto com o participante e completando sua argumentação, o que parece ser uma forma de aproveitar a identidade positiva de alguém que cuida de si que José Antônio vai construindo no contexto interacional.

Questiono, mais uma vez, o participante, se tomando esse chá o diabetes abaixa na hora. Ele, então, responde dizendo: “Eu NUM TOMO mais remédio. Eu num tenho mais MEDO dela, porque eu sei CER-TE-ZA que ela abaixa”. Esse membro do grupo enfatiza a expressão “NUM TOMO”, o que nos remete a uma forma de destacar a eficácia da sua forma de

cuidado, nos dando a impressão de que a considera até superior aos remédios, pois comenta que não os toma mais.

José Antônio afirma ainda que não tem mais “MEDO” da doença, pois sabe “CER-TE-ZA” que ela abaixará. É interessante notar que o participante usa a palavra “MEDO” com intensidade de voz maior; uma palavra que, culturalmente, está associada a um sentimento “ruim”, que, em geral, paralisa o homem. O efeito dessa palavra no contexto interacional parece ser o de criar um sentido de periculosidade para o diabetes. Porém, ao mesmo tempo que emprega a palavra medo, o participante também utiliza, com ênfase, e separando as sílabas, a palavra “CER-TE-ZA”, o que contribui para fazer um contraponto ao medo e acentuar o valor e a potência do chá que utiliza. Em outras palavras, criar um sentido de periculosidade para a doença, mas, ao mesmo tempo, legitimar a potência da “solução”, têm como efeito dar credibilidade para a forma de cuidado proposta.

Uso uma fala confirmatória do meu entendimento e José Antônio, mais uma vez, responde enfatizando que “NÃO TEM medo dela”, porque “confia nela”, sabe que ela “NUM GOSTA do amargo”. Vemos aqui uma personificação da doença, que, “não gosta do amargo”. Nesse contexto é importante notar que a personificação resgata o caráter de polaridade, de oposição entre o diabetes e o amargor que, inicialmente, Sebastião havia proposto. Isso contribui, mais ainda, para reforçar a argumentação de José Antônio, que é aquele que cuida bem de sua saúde.

Dando prosseguimento à conversa, utilizo uma fala para confirmar a relação entre o diabetes e o não gostar do amargo proposta pelo participante. Luiz, então, comenta que toma farinha de casca de maracujá. Até então, esse participante não havia se envolvido nessa conversa sobre os chás amargos. Porém, agora, ele comenta que toma a casca de maracujá quando ela, “a diabetes”, está alta demais, e toma, para poder abaixá-la. Ficamos com a impressão de que Luiz aproveita o contexto argumentativo desenvolvido pelos outros

participantes, em que propunham o uso de formas de cuidado alternativas para a saúde (chás, ervas e produtos mais naturais, orgânicos), para criar para si, a identidade de alguém que também cuida da própria saúde.

Nos dois trechos anteriores, vimos como os participantes, ao propor o uso de chás, de ervas e de produtos naturais, construíram identidades positivas para si no contexto interacional: pessoas que cuidam da própria saúde. Os recursos linguísticos empregados (comparação, proposição do tipo “se/ então”, uso de representações numéricas e termos de referência para maximização da descrição, uso de lista “de três partes e formulação de casos extremos) tiveram como efeito destacar o valor e a eficácia das ações de cuidado utilizadas.

Foi possível visualizar também, num momento específico da interação, que a utilização de chás amargos, parece ser entendida como superior ao uso de medicamentos, dando margem para uma possível justificativa para a suspensão desses. Não estamos, nesse momento, fazendo uma apologia ao uso ou não de medicamentos, até porque isso seria epistemologicamente incoerente com a nossa proposta. Entretanto, acreditamos ser importante chamar atenção para a implicação específica de uma forma de conversar.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” contribuiu, nesse caso, para criar a identidade de pessoas responsáveis, que cuidam da sua saúde, justificando até uma possível não utilização de medicamentos.

EXTRATO 06 – “A senhora num faz exercício físico porque a pressão sobe?!”

No extrato seguinte, converso com Maria Lúcia sobre um cartão contendo a imagem de pessoas fazendo caminhada, que ela havia escolhido durante uma das atividades de um dos grupos. Nesse contexto interacional, ela apresenta uma forma de cuidado de si diferente das mais usuais em saúde, diante de uma possível confrontação ou dúvida de minha parte.

Rafael: Ah:: então tá bom:: e a dona Maria Lúcia?

Maria Lúcia: Essa aqui:: é uma imagem bonita:: né?! Que a gente DEVE fazer, e e e:: é °bonito e tudo°, MAS que eu °não faço°.

Rafael: A senhora num faz não?

Maria Lúcia: NÃO. Minha pressão sobe, e num pode ficar andando muito no sol.

Rafael: Entendi:: Então a senhora num faz exercício [físico?

Maria Lúcia: É!

Rafael: Porque a pressão so::be, sobe:: e tem o sol, aí acaba fi[can::

Maria Lúcia: É!

Rafael: do difícil, né?! (.) Entendi::

Nesse trecho de conversa, Maria Lúcia é convidada a falar sobre sua escolha de um cartão com a imagem de pessoas fazendo caminhada. Assim, ela comenta que se trata de uma imagem bonita, convidando outras pessoas a concordarem com ela sobre a beleza da imagem – uso da partícula “né?!” [sentença que termina com jeito de “afirmativa-interrogativa” (“?!”). Em seguida, a participante enfatiza que é algo que se “DEVE” fazer, “MAS” que ela não faz. Após isso, utiliza a partícula “e” três vezes, fala com intensidade de voz mais baixa “é bonito e tudo”, enfatiza a conjunção adversativa “MAS”, e termina novamente falando com intensidade de voz mais baixa, que “ela não faz”. Essa forma de falar, marcada pela repetição de uma palavra, aumento e diminuição de intensidade de voz, nos sugere que Maria Lúcia parece estar se desculando por não fazer algo que seria “esperado” de uma pessoa com uma doença crônica (diabetes): a atividade física. Além disso, é interessante perceber que ela não diz que isso é algo que ela deva fazer, mas que “a gente DEVE fazer”. O uso do sujeito “a gente” cria espaço para o entendimento de que a prática de exercícios físicos é algo que todas as pessoas com diabetes deveriam fazer e não apenas ela; isto é, a participante compartilha a responsabilidade individual. O efeito de toda essa argumentação é situar Maria Lucia como

alguém que entende que os exercícios físicos são importantes, necessários, mas não só para ela, para todas as outras pessoas com diabetes.

Após isso, utilizo uma pergunta buscando entender o que foi dito pela participante. Ela, então, responde desenvolvendo uma argumentação, em que apresenta um motivo para que ela não faça exercício físico – esse prejudica sua saúde. Maria Lúcia começa sua resposta de forma enfática com um “NÃO” e, em seguida, diz que não faz, porque a pressão sobe e não se deve realizar exercício físico ao sol. O uso do termo “NÃO” com intensidade de voz maior, parece lhe constituir como alguém que sabe o que está dizendo. Além disso, Maria Lúcia recorre a um repertório interpretativo biomédico relacionado às doenças, utilizando de vocabulários com conteúdos biomédicos, como “pressão sobe”, o que confere maior efeito de factualidade para sua fala, situando-lhe como alguém que segue a lógica dominante em saúde (Spink, 2003). Dificilmente se questiona algo que, culturalmente, foi dito como verdade pela Medicina. Assim, a não realização de exercícios físicos é situada na conversa como uma forma de cuidado e não como descuido, desleixo ou má vontade.

Utilizo um “entendi” e um questionamento confirmando o que ela havia contado. Isso parece ter sido ouvido pela participante como desconfiança, dúvida ou até confrontação frente à sua fala, pois, antes que terminasse a frase, Maria Lúcia responde enfaticamente com um “É”. Em outras palavras, diante de algo que poderia ser uma confrontação a sua forma de cuidado, ela se coloca na conversa como alguém que sabe o que está falando, como uma pessoa que tem definida a sua própria forma de cuidado com a saúde.

Repito o que a participante havia dito, perguntando se ela não realizava a prática de atividade física por causa da pressão que subia e devido ao sol. Tal fala parece ter aumentado a possível desconfiança ou dúvida com relação ao que ela havia dito. Assim, a participante interrompe a minha fala e responde de forma enfática afirmativamente. Maria Lúcia parece resistir a essa possível dúvida com relação à sua forma de cuidado, se colocando na conversa

como uma pessoa que “sabe o que está dizendo”. Para isso, ela recorreu novamente ao uso de um repertório interpretativo biomédico.

Nesse extrato, foi possível perceber como as minhas perguntas de esclarecimento, de confirmação foram entendidas como uma possível confrontação ou dúvida e, portanto, convidaram Maria Lúcia a desenvolver uma argumentação para situar-lhe como alguém que cuida da saúde. A repetição de algo buscando uma confirmação foi entendida como uma dúvida, uma desconfiança.

Os recursos linguísticos utilizados foram: o uso do sujeito “a gente” e interromper a fala e responder enfaticamente.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” permitiu com que Maria Lúcia se defendesse e se justificasse diante de uma possível “confrontação” ou dúvida com relação a sua forma de cuidado, situando-se na interação como alguém que não faz “o esperado” e que isso é o seu jeito de cuidar-se. Tal estratégia possibilitou-lhe apresentar-se como uma pessoa que é responsável e que cuida de si.

6.2.2 Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes

Por meio do uso dessa estratégia, percebemos que os participantes puderam responder pela doença, bem como aumentar a responsabilidade pessoal na gestão do diabetes, situando-se discursivamente como pessoas que se acostumaram a viver com a doença, aprenderam algumas coisas, resignaram-se diante de outras e passaram a ter autocontrole de si. Podemos visualizar também uma naturalização do diabetes, que passa a ser descrito como sendo uma rotina na vida das pessoas e, conseqüentemente, permitindo com que as pessoas se apresentassem como aquelas que aprenderam a viver com o diabetes, que conseguiram vencer uma “dificuldade”. No extrato sete, vemos conversas em que as pessoas passaram a não gostar de doces, a superar a vontade de comê-los. No extrato oito, por outro lado, os membros

do grupo conversam sobre como controlar o diabetes; nesse processo, eles descrevem a doença como algo que não é difícil de ser controlado.

EXTRATO 07 – “Vai indo, a gente aprende a não gostar”

Nos trechos a seguir, temos uma conversa em que Luiz comenta com o grupo sobre um cartão com a imagem de um prato de macarrão, que ele havia escolhido durante umas das atividades da oficina. Nesse contexto, Luiz e Maria Cláudia discutem sobre o processo de “acostumar-se com a doença”: passam a não gostar e perdem a vontade de comer doce.

Extrato 07.1

Luiz: AGORA:: esse macarrão aqui, (0.3) eu fiquei com ela, MAS::: (risos)
(risos dos participantes do grupo)

Rafael: O senhor gosta de macarrão? (0.3) É bonito, né?

Luiz: Gosto, MAS NUM posso.

Rafael: Gosta, mas [num::

Luiz: Gosto, mas] NUM POSSO!

Rafael: E:: COMO é que é gostar e:: não poder, seu Luiz? Explica pra gente, pra gente:: poder entender.

Luiz: °Dá vontade, eu como um pouquim só°, NUM COMO BASTANTE, °só pra matar a vontade mesmo°, como eles fala: “Só pra matar a vontade mesmo”.

Luiz começa contando ao grupo algo que, aparentemente, parecia-lhe pouco confortável no contexto interacional: escolher um cartão com a imagem de um prato de macarrão. Ele usa o termo “AGORA” com intensidade de voz maior, demora um pouco entre cada sentença (de dois a três segundos), fala pausadamente e termina com a conjunção adversativa “MAS”, o que nos sugere que o participante parece querer fazer algumas ressalvas, justificativas, com relação à escolha de tal figura. Isto é, essa conjunção adversativa dá um caráter de oposição à

fala, cria um sentido de uma certa dificuldade, mal estar na situação – seleção do cartão. Luiz escolheu o cartão com a imagem do macarrão, mas parece que existem alguns “por quês” que precisam ser ditos e/ ou explicados sobre essa escolha.

Diante disso, pergunto se ele gosta de macarrão e faço um questionamento com tom de afirmação se essa imagem seria bonita. Termino a sentença usando a partícula “né”, o que parece ter funcionado como uma forma de consentimento para o participante falar sobre essa escolha, pois, em seguida, Luiz afirma: “Gosto, mas NUM POSSO”. Entretanto, mesmo com um suposto “consentimento”, esse membro do grupo parece ter tido uma necessidade de, novamente, destacar o seu “não poder”. Frente a isso, começo um questionamento de esclarecimento, mas antes mesmo que pudesse terminá-lo, Luiz afirma novamente “Gosto, mas] NUM POSSO!”. Até aqui, a conversa nos dá indícios de que o participante parece ter um interesse em produzir a ideia do “não poder” comer esse tipo de alimento, buscando uma espécie de lugar livre de reprovações e/ ou críticas no contexto interacional.

A formulação da expressão “Gosto, mas NUM POSSO!” nos chama bastante atenção, pois nos assinala uma espécie de opressão, em que o “sentir vontade” e o desejar comer o “não recomendado” se configuram como aspectos que precisam ser suprimidos, negados. Em nossa cultura, de maneira geral, as conversas sobre saúde são permeadas por uma lógica em que o paciente deve seguir à risca a prescrição do profissional. Nesse sentido, vemos uma concepção subjacente que entende que o paciente não sabe o melhor para si mesmo, porém o profissional, *expert* em questões de saúde, sabe o que é melhor para o paciente. Assim, uma pessoa com diabetes gostar de macarrão (de massas) num contexto discursivo ligado a questões de saúde, parece ser algum tipo de transgressão, um “absurdo”, um “crime”. Portanto, Luiz fala de maneira a antecipar a possibilidade de críticas.

Questiono-o sobre como seria o “gostar e não poder”. Luiz, então, começa a responder numa intensidade de voz mais baixa: “°Dá vontade, eu como um pouquim só°”; em seguida,

ênfatiza: “NUM COMO BASTANTE”; depois, volta a falar com intensidade mais baixa: “só pra matar a vontade mesmo”; e então, conclui: “como eles fala: ‘Só pra matar a vontade mesmo’ ”. É interessante notar que ele, inicialmente, afirma a vontade de comer usando uma intensidade de voz mais baixa do que vinha usando até então, bem como utiliza o advérbio de intensidade no diminutivo “pouquim”, o que nos aponta para uma conversa sobre um assunto aparentemente delicado, polêmico. Em seguida, fala de maneira enfática que não come muito e destaca, mais uma vez, com intensidade de voz mais baixa, que faz isso “só para matar a vontade”. Nessa sentença, podemos notar que ele usa uma expressão bastante popular do nosso cotidiano, o que nos sugere uma espécie de convite a “terceiros” para legitimar seu argumento: “Como eles fala: ‘Só pra matar a vontade mesmo’ ”. Em geral, as expressões populares têm um efeito genérico em nossa cultura, delineando um saber que, dificilmente, é confrontado. Dessa maneira, ao usar esse tipo de expressão, Luiz legitima sua fala, protegendo-se contra as possíveis críticas. Além disso, ele emprega a partícula “só”, que parece ter como efeito a diminuição da gravidade da situação, da transgressão. Esses jeitos de conversar, portanto, permitem ao participante constituir-se, discursivamente, como alguém que não se desvia da regra, do esperado, que não faz uma transgressão, mesmo escolhendo o cartão com a imagem de algo “que deveria ser evitado” por ele.

Extrato 07.2

Rafael: É DIFÍCIL? É difícil gostar e num podê?

Luiz: É:: é MUITO difícil:: mas:: PASSA.

(risos)

Rafael: MAS passa?

Luiz: A [gente::

Maria Cláudia: É difí:::cil!]

Luiz: A gente CONSEGUE! Depois de DEZESSEIS ANOS tendo diabetes, a gente:: TIRA uma coisinha e PASSA por cima.

Maria Cláudia: A gente passa a NÃO GOSTAR das coisas, né? Aquelas coisa assim que a gente assim NÃO PODE comer, a gente fala: “NÃO, num quero NÃO, num gosto” e::

Luiz: Perde a vontade.

Maria Cláudia: É! PERDE A VONTADE!

Rafael: Entendi. Então se faz mal:: quer dizer então que a gente:: aprende a não gostar?

Maria Cláudia: NÃO! (0.3) Vai indo a gente aprende a não gostar, e fala: “NUM QUERO!”. Sabe que NUM PODE, então::

Luiz: É isso mesmo!

Maria Cláudia: Passa a NUM gostar.

Rafael: Entendi:

Dando prosseguimento à conversa, pergunto a Luiz se era difícil comer só para matar a vontade. Por sua vez, o participante comenta sobre essa dificuldade da situação fazendo o prolongamento da última sílaba de algumas palavras, bem como usando pausas após alguns vocábulos, e enfatizando os termos “MUITO” e “PASSA”. É interessante notar que ele usa o advérbio de intensidade “MUITO” para caracterizar essa dificuldade. Mais precisamente, esse advérbio associado ao uso das pausas e os prolongamentos no final das palavras cria uma espécie de validação para a dificuldade da situação.

Anteriormente, Luiz havia dito: “Gosto, mas NUM POSSO!” duas vezes, bem como comentou que só come “pra matar a vontade mesmo” e agora, que “é MUITO difícil:: mas:: PASSA”. Toda essa argumentação cria o sentido de que essa situação é difícil, tem um certo custo, não é fácil, bem como que Luiz sabe o que pode e não pode, e que consegue até fazer a sua vontade passar. Esses sentidos criam espaço para a construção de uma identidade em que Luiz é aquele que cuida de si, que tem controle sobre as próprias vontades. Implicitamente, parece existir nesse momento uma concepção subjacente que valoriza uma postura de vigilância e de controle como formas de cuidado.

Em seguida, confronto o participante no sentido de verificar se essa vontade que ele descrevia passava. Luiz, então, começa a responder, porém, simultaneamente, Maria Cláudia diz de forma pausada “[É difi::cil!]”. A participante interrompe Luiz e responde de forma rápida uma pergunta que não lhe foi direcionada e alongamento a sílaba “fi” da palavra. O efeito disso é o fortalecimento do efeito de dificuldade da situação anteriormente descrita. Isto é, Maria Cláudia se antecipa para descrever a situação como difícil, afastando uma possível ideia de que viver com diabetes pudesse ser uma coisa simples.

Luiz, então, utiliza uma sentença com o sujeito “a gente” e enfatizando o verbo no tempo presente para destacar que é possível conseguir (“consegue”). Nesse momento, o participante chama outras pessoas para fortalecerem seu argumento. Ele não está sozinho, outros também “acostumaram-se com o diabetes”. Tal recurso nos aponta para uma busca de corroboração e consenso, o que, segundo Potter (2000), confere um maior senso de realidade à fala. O tempo verbal no presente, por sua vez, permite ao falante maior participação e engajamento na realização da ação verbal (Kock, 2008). Portanto, essa frase fortalece a responsabilidade pessoal do participante diante da doença.

Logo após esse momento, ele comenta que “depois de DEZESSEIS ANOS tendo diabetes, a gente:: TIRA uma coisinha e PASSA por cima”. Ao utilizar o advérbio de tempo “depois”, seguido da descrição enfática da quantidade de anos que tem a doença (“DEZESSEIS ANOS”), Luiz coloca-se na conversa como alguém que sabe o que está falando, pois é alguém que tem experiência de vida com diabetes. A quantidade de anos com a doença transforma Luiz num perito, em alguém qualificado para falar sobre o assunto, se configurando, assim, como um argumento de autoridade (Farneda, 2007). Por sua vez, o uso do sujeito “a gente” fortalece o argumento de Luiz, que chama outras vozes para reforçar o que está dizendo. O uso do diminutivo “coisinha”, por outro lado, parece produzir uma diminuição, amenização do problema, que passa agora a ser visto como menor. Adiante, ele

conclui “PASSA por cima”. Diminuir a problemática ou a dificuldade da situação, nesse momento, parece uma forma de valorizar a responsabilidade pessoal diante da doença. No início do trecho, Luiz e Maria Cláudia criaram um senso de dificuldade para a situação e isso, a nosso ver, funcionou como uma espécie de preâmbulo para, nesse momento, poderem diminuir essa dificuldade e valorizar uma postura de pessoas responsáveis com relação à doença. Em outras palavras, o participante é aquele que já convive com diabetes há algum tempo e acostumou-se com a doença. Essa normalização do diabetes cria um contexto para que ele seja visto como uma pessoa vitoriosa, vencedora.

Após isso, Maria Cláudia faz um comentário usando o sujeito “a gente”: “A gente passa a NÃO GOSTAR das coisas, né?”. E continua: “Aquelas coisa assim que a gente assim NÃO PODE comer, a gente fala: ‘NÃO, num quero NÃO, num gosto’ ”. A participante enfatiza o “NÃO GOSTAR” e busca por meio da partícula “né”, no final da primeira oração, uma espécie de confirmação para sua fala. Ela também enfatiza os termos “NÃO PODE” e “NÃO”. Além disso, nos chama atenção a quantidade de vezes que a participante emprega o termo “não” nesse trecho (quatro vezes), nos fazendo pensar numa possível situação de opressão, onde o “não pode” ou o “não gostar” constituem a linguagem que deve ser assimilada pelas pessoas com a doença. Na verdade, vemos aqui uma ideia de prescrição fortemente assimilada. Dessa maneira, tal como Luiz, podemos ver que Maria Cláudia, por meio de construções linguísticas, apresenta-se naquele momento da interação como alguém que também não gosta do não recomendado e que também parece ter se “acostumado” a viver com a doença. Esse jeito de conversar parece estar em consonância com o lugar/ o papel do doente em nossa cultura – o de seguir à risca o que é definido como sendo o “certo”.

Após a fala da participante, Luiz dá prosseguimento à conversa destacando que se “perde a vontade”. Maria Cláudia o apoia, repetindo a expressão “PERDE A VONTADE” enfaticamente, o que constroi um caráter de que viver com diabetes é algo normal, natural, em

que se aprende a abrir mão de algumas coisas, como a própria vontade de comer doces. Frente a isso, faço uma pergunta para confirmar meu entendimento. A participante, por sua vez, responde enfaticamente com um “NÃO” e continua dizendo que “Vai indo a gente aprende a não gostar”. O uso do gerúndio na expressão – “vai indo”, define a aprendizagem como um processo, como algo que ocorre ao longo de um período de tempo. O efeito disso é a criação da idéia de uma ação continuada, que implica num envolvimento da pessoa no processo (responsabilidade pessoal). Maria Cláudia, nesse trecho, utiliza com ênfase as expressões “NUM QUERO” e “NUM PODE”.. Com isso, mais uma vez, reforça-se a ideia de naturalização, de acostumar-se com a doença, e, por consequência, o saber o que pode e o que não pode. Nessa sentença, ela nos conta que a pessoa com diabetes aprende a viver com a doença, “aprende a não gostar”, falar “num quero” e “saber que não pode”. Luiz concorda com a participante e ela, novamente, afirma que “passa a NUM gostar”.

Nesse extrato, vemos Luiz e Maria Cláudia apresentando-se como pessoas que, ao longo da doença, foram se acostumando com as mudanças: passaram/ aprenderam a não gostar de doce, sabem que não podem comer e perderam a vontade de comer alimentos doces. O diabetes foi se tornando, assim, algo natural, normal, rotineiro, que fazia parte das suas vidas.

Os recursos linguísticos utilizados foram: o uso do sujeito “a gente”, emprego de expressão popular, uso de verbo no presente do indicativo, interromper a fala e responder enfaticamente, uso de advérbios de tempo e de intensidade e emprego de argumento de autoridade.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes” criou, neste contexto, um sentido de responsabilização pessoal para as pessoas que conseguiram vencer as dificuldades de uma doença “custosa”. Os participantes emergem assim como guerreiros, pois conseguiram vencer algo mal: acostumaram-se e aprenderam a

viver com a doença, superando as vontades e os desejos. Eles transpuseram uma certa dificuldade.

Por meio do extrato, pudemos ver como o senso de dificuldade foi discursivamente criado no contexto interacional: uso de conjunções adversativas, emprego de repetições de expressões, fala pausada, entre outros. Essa dificuldade criou um contexto para a valorização de uma postura de responsáveis na situação. Porém, parece existir também, permeando essas conversas, uma ideia de resignação frente à doença. Em nossa cultura, resignar-se é algo muito valorizado, pois implica numa “superação” frente a um sofrimento. Assim, superar e vencer certas dificuldades em uma doença é algo que pode ser altamente valorizado. O caminho encontrado para fazer isso foi normalizar o diabetes. Para Potter (2000), a normalização é um processo linguístico que consiste em descrevermos algo como sendo rotineiro e natural. O efeito disso é criar um senso de estabilidade para as coisas, de coerência, o que confere mais credibilidade ao falante. Assim, ao longo desse trecho, Luiz e Maria Cláudia apresentaram-se como pessoas que mesmo numa situação difícil, conseguiram vencer. Essa estratégia discursiva possibilitou com que os participantes se colocassem discursivamente de forma positiva no contexto interacional, como pessoas que conseguiram superar os desejos e as vontades e, viver normalmente com o diabetes.

EXTRATO 08 – *“Tem que viver com ela, tem que saber... (risos) controlar, né?!”*

Aqui, vemos uma conversa entre os participantes de um dos grupos após a audição da música “O que é, o que é”, de Gonzaguinha. Por meio dessa canção, passou-se a conversar sobre a vida de maneira geral e, mais especificamente, sobre a vida com diabetes. Nesse contexto, a vida com a doença parece ser vista como “não sendo muito bonita”, porém

algumas participantes comentam que é possível acostumar-se com a doença e passar até a não gostar de doces.

Maria Paula: A gente que não encaixa na maneira que a vida da gente é, né? Porque as crianças (.) às vezes, a gente, não tem o coração tão puro pra entender como as crianças (.) vê a vida, né? Ai muitas vezes (.) a gente:: num vê dessa maneira também:: tão bonita, né.

Rafael: Entendi.

Maria Paula: Como as criança vê.

Rafael: E a vida com diabetes, como é que é?

(0.15)

Rafael: É bonita?::

Marina: Num é:: TÃO bonita não.

(risos)

Maria Paula: Não é muito boa não!

(risos)

Rafael: NÃO!?

Ana Clara: É:: bonita mais ou menos!

(risos)

Maria Paula: Ah:: a gente aprende a vivê com ela, né. (.) No começo (.) num é fácil (.), (risos) mas:: depois (.) a gente passa a nem gostá mais de doce. (risos)

Marina: A minha:: assim:: a diabetes (.), eu já faço mais, né, (.) cuido dela, com regime, né?! Então NÃO me atrapalha tanto, eu tô ACOSTUMANDO, né?! E trabalhando, pra esquecer um pouco, né?! Então:: TEM que viver com ela, TEM que saber:: (risos) controlar, né?! Tomando as coisas direitinho, (.) os remédio (.) controlando:: comê as coisas que não faz mal, né, que não faz mal, né?! Eu acho que o diabetes:: a pessoa vevi muito tempo, se saber viver, né?! Levar ela, a pessoa vevi muito tempo. Mas se a gente souber controlar, né, BEM, num é? Num tem como, né?!

Inicialmente, Maria Paula afirma que, por não termos um coração tão puro como o das crianças, não vemos a vida como sendo tão bonita. Diante disso, pergunto sobre como seria a vida com diabetes. Uma pausa de aproximadamente quinze segundos persiste no grupo. Em seguida, quebrando o silêncio pergunto: “É bonita?::”, utilizando uma palavra que havia se destacado na conversa anterior sobre a música. Marina, Maria Paula e Ana Clara, então, comentam que a vida com diabetes não é “muito bonita”. Após a fala de cada uma das participantes notamos a presença de risos. Os risos parecem funcionar, nesse momento, como um recurso para descontrair uma conversa aparentemente delicada, possivelmente difícil ou tensa. Em nossa cultura, o humor parece ser um recurso que ameniza o clima das situações, permitindo com que a conversa se torne mais leve e menos pesada.

Maria Paula, por sua vez, comenta: “a gente aprende a vivê com ela”. O sujeito “a gente” nos assinala uma forma de chamar outras pessoas com diabetes para o tempo presente da interação, contribuindo para fortalecer a fala da participante, não deixando sua voz sozinha, mas legitimando-a. Adiante, ela afirma que no começo não é fácil e, após isso, utiliza risos. Em seguida, emprega a conjunção adversativa “mas” e conclui: “a gente passa a nem gostá mais de doce”. Usar a estrutura linguística “no começo... mas depois...” imprime na fala dessa participante uma espécie de senso de aprendizado para a situação. Dessa maneira, Maria Paula fala do lugar de alguém que, inicialmente, pensava de um jeito, mas, depois, passou a pensar de outro. Isto é, aprendeu algo. Além disso, utiliza algumas pausas, que parecem funcionar como uma forma de elaborar e/ ou refinar seu argumento, bem como novamente o sujeito “a gente”, convidando outras vozes para fortalecer e legitimar a sua ideia, e, finalmente, alguns risos que tiveram como efeito descontrair a conversa. Mais precisamente, ficamos com a impressão de que os risos mais do que promoverem a amenização da conversa, produzem a ideia de que viver com a doença não é algo difícil. Essa diminuição da problemática da situação cria espaço para destacar uma espécie de aprendizagem obtida com

o diabetes. Aprender com experiências ruins e/ ou com situações difíceis é, em geral, visto como algo positivo em nossa cultura. Assim, ao usar recursos linguísticos que diminuem a dificuldade da situação e produzem um senso de aprendizagem, Maria Paula vai criando uma identidade positiva para si no contexto interacional: a de alguém que teve uma aprendizagem diante de uma dificuldade.

Marina, por outro lado, comenta que “cuida da sua diabetes com regime” e que “essa não lhe atrapalha tanto”, pois ela “está se acostumando com a doença”. A palavra regime denota uma espécie de controle, de vigilância. Assim, ao dizer que cuida do diabetes por meio do “regime”, a participante começa a produzir um sentido de autocontrole pessoal, em que ela é aquela que consegue ter controle do diabetes por meio de práticas consideradas apropriadas do ponto de vista biomédico. Além disso, afirma que a doença não lhe atrapalha tanto e que ela está se acostumando a conviver com essa. O efeito disso não é somente a criação de um senso de autocontrole, mas também e, principalmente, a construção da ideia de que ela está conseguindo lidar bem com a doença. Dessa maneira, Marina é uma pessoa que cuida bem de sua saúde, que faz o esperado.

Em seguida, a participante comenta que está “trabalhando para esquecer um pouco”. O verbo “trabalhar” tem, em geral, um significado cultural positivo. Assim, usá-lo nesse contexto tem como efeito a produção da identidade de alguém que é dedicado, que se esforça, que cuida da saúde. Ademais, o verbo é empregado no gerúndio, que, segundo Mazzarotto, Ledo & Camargo (2002), imprime movimento para a ação verbal. Desse modo, Marina constroi para si a imagem de alguém que continua lutando pela própria saúde.

A participante afirma também, dando ênfase no verbo “ter”, que: “TEM que viver com ela, TEM que saber:: (risos) controlar, né?!”. Essa fala nos assinala um entendimento em que saber viver com a doença, saber controlá-la, é uma obrigação, um dever da pessoa com diabetes. Mais uma vez, vemos a construção do senso de autocontrole. O uso do riso, como

nos trechos anteriores, parece ter como função descontrair a conversa e diminuir e/ ou amenizar a problemática, a dificuldade de se conviver com a doença.

Marina, após isso, diz também que: “Tomando as coisas direitinho, (.) os remédios (.) controlando: comê as coisas que não faz mal, né, que não faz mal, né?!”. Novamente, vemos o uso do verbo no gerúndio dando movimento e mais dinamicidade para a ação verbal e contribuindo para a construção de uma identidade de alguém responsável. Ademais, é possível perceber também o uso de falas que criam um senso de autocontrole: tomar os remédios “direitinho” e comer “as coisas” que não fazem mal. Marina, dessa maneira, se coloca discursivamente como uma pessoa que faz o esperado, que se acostumou com a doença e que segue as recomendações propostas.

Finalmente, ela termina o trecho concluindo que uma pessoa pode ter uma vida boa sabendo conviver com a doença, porém cria uma espécie de condição para isso, por meio do uso de uma proposição do tipo “se/ então”: “...se saber viver, né?! Levar ela, a pessoa vevi muito tempo. Mas se a gente souber controlar, né, BEM, num é?”. Como já foi comentando antes, os argumentos baseados na lógica produzem efeito de factualidade para a fala (Potter 2000). Dessa maneira, a proposição legitima toda a exposição da participante, que lhe ajudou a se constituir positivamente no contexto interacional.

Ademais, é interessante notar que Marina enfatiza a ideia do “saber viver” e no final, conclui sua fala usando o “saber controlar”. Isso nos dá a impressão de que o saber viver bem com diabetes é entendido como sendo a mesma coisa que o saber controlar. Assim, o senso de autocontrole ganha aqui mais força, agora respaldado por uma lógica do viver, no qual saber viver é saber controlar. No final da sentença, ela termina usando “Num tem como, né?!”, o que nos remete a uma formulação de casos extremos, que consiste num recurso linguístico que pode generalizar e maximizar o efeito retórico do argumento apresentado, contribuindo para dar um forte senso de realidade à fala (Potter, 2000). Por sua vez, acreditamos que tal

fala funciona não só para fortalecer a argumentação, mas também para finalizar, esgotar a conversa, deixando pouco ou nenhum espaço para objeções.

Nesse extrato, vimos como duas participantes, Maria Paula e Marina, disseram ter aprendido a conviver com a sua doença. Maria Paula acostumou-se tanto a viver com diabetes que passou até a não gostar de doces. Tal fala nos remete a uma concepção adjacente, em que saber viver é ter autocontrole, é fazer o recomendado, é “não sair da linha”. Marina, por sua vez, explicita isso por meio de uma relação linear em que viver bem é a mesma coisa que saber controlar a doença.

O diabetes foi algo que tornou-se rotineiro, natural, comum no dia a dia das participantes: elas acostumaram-se a viver com ele. Para criar esse sentido, as participantes usaram recursos lingüísticos, tais como: risos, emprego do verbo no gerúndio, uso do sujeito “a gente”, proposição do tipo se/ então e formulação de casos extremos.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes” que, nesse caso, esteve bastante atrelada à produção de um senso de autocontrole, permitiu às participantes criarem identidades positivas para si no contexto interacional, seja porque aprenderam a não gostar de doce, seja porque aprenderam a controlar o diabetes. Acostumar-se com situações difíceis e, mais precisamente, ter autodomínio de si, são formas de ser e estar bastante valorizadas em nossa cultura. Em contextos profissionais e/ ou de tratamento de saúde, por exemplo, as pessoas que têm maior controle de si são consideradas pessoas mais conscientes e com maior status pessoal.

7. Para além do manejo da Responsabilização

“Quero o mundo do meu jeito. Quero falar com a boca cheia. Quero comer com as próprias mãos. Quero poder falar besteiras. Quero dar opinião. Quero o mundo do meu jeito. O que eu quero não é muito. O que eu quero não é pouco. É só a justa medida. O que eu quero não é nada. É só minha felicidade. Quero ser filho da liberdade” (Flávio Santiago e Tím García em “Liberdade”).

Neste capítulo, vamos discutir algumas das principais questões levantadas ao longo de todo o trabalho. Diante disso, o organizamos da seguinte maneira: 1) resgate de alguns aspectos apresentados na análise da Responsabilização; 2) reflexão sobre a Responsabilização como um processo discursivo diferente do autocuidado em saúde; 3) ponderação sobre as possibilidades e limitações da Psicologia Discursiva, bem como dos procedimentos metodológicos e das contribuições do uso de modos e recursos de expressão culturais para a construção do corpus da pesquisa; 4) interface entre pesquisador e pesquisa; e 5) discussão sobre as implicações do nosso estudo para as práticas profissionais.

7.1 Resgatando o caminho percorrido na análise

No capítulo anterior, vimos que diferentes recursos linguísticos foram utilizados para gerar efeitos específicos nas interações. No extrato 01, por exemplo, notamos como contar uma história de sofrimento pela morte da mãe e amputação da perna do irmão, bem como o uso de pausas, diminuição de intensidade de volume de voz, emprego de proposições do tipo “se/ então”, entre outros, contribuíram para a criação de um senso de dramaticidade para a situação vivida pela participante. Tais recursos produziram impacto no ouvinte e criaram uma

imagem vitimizada para a falante, permitindo com que ela diminuísse a possibilidade de ser responsabilizada pelo aparecimento da doença. No extrato 04, por outro lado, pudemos visualizar como recursos linguísticos, tais como o uso do sujeito “a gente”, da repetição de algumas palavras ou termos, da busca por consenso e colaboração, entre outros, permitiram aos participantes responder pela doença, validando uma forma de cuidado diferente da convencionalmente usada e, conseqüentemente, produzindo até uma justificativa (“autorização”) para o consumo de alimentos doces. Por sua vez, no extrato 08, recursos como o riso, o emprego do verbo no gerúndio, formulações de casos extremos, entre outros, possibilitaram aos participantes responder pela doença, criando um sentido de que se pode aprender com o diabetes, o que implicou na diminuição da dificuldade de se viver com a doença e na produção de um senso de autocontrole, algo, tradicionalmente, valorizado em nossa cultura.

Dessa forma, de maneira geral, pudemos perceber que as duas grandes estratégias discursivas foram usadas para construir imagens satisfatórias do ponto de vista social para as pessoas que participaram das oficinas em grupo. Isto é, ao longo da interação, essas se constituíram como boas pessoas, como conhecedoras do diabetes, como pessoas preocupadas, cuidadosas, comprometidas com a saúde, que aprenderam com uma dificuldade, que têm autocontrole, entre outros aspectos.

Assim, pudemos visualizar como o manejo da Responsabilização buscou se afinar, se ajustar às expectativas sociais que permeiam nossas relações. Mesmo quando os participantes apresentaram formas de cuidar de si diferentes das convencionalmente empregadas para o cuidado do diabetes, como foi no caso da sub-estratégia: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” pudemos ver que essas pessoas se apresentaram de forma a se constituir discursivamente como aquelas que atendiam a certas regras sociais.

De forma geral, as nossas análises nos apontaram para uma necessidade de constituição de uma imagem satisfatória socialmente durante o processo de Responsabilização (identidade positiva – pessoas que cuidavam de si e que se protegiam contra possíveis acusações). Tal necessidade parece estar atrelada ao fato de que, em nossa cultura ocidental, em muitos contextos discursivos, uma forma de ser “uma boa pessoa” é responder pelas coisas que acontecem ou aconteceram, é chamar para si a responsabilidade. Quem responde por algo que aconteceu é visto, em geral, como responsável, sério, maduro, ajuizado, entre outros. Em muitos espaços conversacionais, ser responsável é algo altamente valorizado. Por exemplo, em instituições de trabalho, em contextos educacionais ou em atendimento em saúde, o bom empregado, o bom aluno e o bom paciente, é aquele que responde pelos próprios atos, pelas decisões, escolhas e faz o esperado de acordo com o lugar social que ocupa na relação interpessoal. Isto é, parece existir, de maneira geral, uma demanda social para sermos pessoas que respondem pelas situações.

Em geral, as pessoas respondem pelo que aconteceu se responsabilizando. Por outro lado, e quando isso não acontece? E quando respondemos pelas situações não nos responsabilizando? Na estratégia discursiva “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros”, por exemplo, em que os participantes delegaram a responsabilidade pela etiologia ou algum mal estar na doença a outros, podemos notar também um movimento de construção de uma identidade positiva, que minimizava o responder pela situação pela via da responsabilização aos outros. Isto é, mesmo não se responsabilizando pelo que aconteceu, os participantes ainda tinham a necessidade social de criar uma imagem positiva para si mesmos, em geral, se protegendo contra acusações potenciais.

Portanto, a análise nos convida a vislumbrar um processo cultural que induz as pessoas a um lugar em que elas precisam constantemente responder pelas situações e, principalmente,

se constituir como responsáveis, maduras, boas pessoas e assim por diante. Para responder a essa demanda sócio-cultural, as pessoas vão utilizando diferentes recursos linguísticos, que lhes possibilitam realizar o manejo da Responsabilização no contexto interacional.

Assim, neste trabalho, pudemos ver algumas das diferentes ferramentas linguísticas usadas pelas pessoas para responder pelo que lhes acontece ou aconteceu, bem como manejar responsabilidades e possíveis acusações ou confrontações. Portanto, propomos uma leitura do fenômeno da Responsabilização como algo do plano interacional e discursivo, totalmente atrelado às demandas interacionais e sócio-culturais.

7.2 Responsabilização: um processo diferente do autocuidado em saúde

Como já foi comentado antes, em nossa cultura, a todo momento somos convidados a responder pelas situações que nos acontecem. Em algumas ocasiões, podemos ser responsabilizados, nos responsabilizar, ser culpados. Em outras, inocentes, vítimas ou ainda ser pegos de surpresa. E nesse jogo de responder, de utilizar justificativas, argumentações para se situar discursivamente em determinados lugares, buscamos nos constituir com imagens positivas do ponto de vista social.

Assim, a Responsabilização se torna um processo linguístico intimamente relacionado às expectativas sociais e culturais. Em contextos de saúde, tal como estudado nesta pesquisa, o debate sobre Responsabilização exige algumas reflexões atreladas ao processo de autocuidado em saúde, dada a importância desse tema na literatura de saúde, tanto por sua interface como possíveis confusões conceituais daí decorrentes.

Inicialmente, é importante apontar que a Responsabilização não implica em um processo linear de cuidar ou não cuidar da saúde. Quando as pessoas se autoresponsabilizam ou responsabilizam aos outros, elas não estão sendo mais ou menos responsáveis com a sua

saúde. As idéias tradicionais de autocuidado e descuido com a saúde não estão diretamente relacionados ao processo de Responsabilização.

Precisamos compreender a amplitude interacional do fenômeno da Responsabilização. Ao responsabilizar ao outro, uma pessoa não está necessariamente abrindo mão de se cuidar ou de seguir o que se espera em termos médicos. Por exemplo, no extrato 01, a participante atribui ao estado emocional (morte da mãe) o surgimento do diabetes, afastando qualquer possibilidade de entendimento ou acusação de que alguma conduta particular pudesse estar relacionada a etiologia doença. Porém, apesar de se desresponsabilizar pela etiologia do diabetes, ela comenta que sua glicose sobe quando ela abusa de alimentos gordurosos, criando um senso de autocrítica, em que ela sabe o que “é certo” (“faz bem”) e “errado” (“faz mal”) para a própria saúde. Isto é, ela acaba tendo uma ação ligada às condutas médicas esperadas para pessoas com Diabetes *mellitus*.

Da mesma maneira, responsabilizar-se não está necessariamente ligado à ideia de autocuidado baseada na prescrição de profissionais de saúde. No extrato 06, por exemplo, a participante responsabiliza-se, responde pelo cuidado de si não fazendo caminhada. A justificativa para isso está no temor pelo aumento da pressão arterial e na exposição ao sol. Isto é, ela não segue exatamente as prescrições médicas, tem uma forma de cuidado diferente, no entanto, se autoresponsabiliza pela gestão da própria doença. Ademais, vale destacar aqui, que a participante se afasta da prescrição médica como uma forma de cuidado de si.

Essas análises nos convidam a entender a Responsabilização como algo construído discursivamente e diretamente relacionado a demandas situacionais do contexto interativo e às expectativas sócio-culturais e não, como algo que pode ser definido como um constructo psicológico interno, como um processo de tomada de decisões ou atribuição de causalidade, por exemplo.

Como vimos, os repertórios interpretativos do Diabetes *mellitus* contribuem para a produção de uma individualização e normatização da doença, que estão intimamente ligados a essa necessidade social de cuidado de si, traduzida na interação pela busca incessante da criação de identidades positivas do ponto de vista social. Assim, o estudo do processo discursivo da Responsabilização permite compreender como as pessoas lidam com essa necessidade de cuidado, para responder a essa imposição de uma “saúde persecutória”. Como afirmam Castiel & Diaz (2007), a “saúde persecutória” é resultado de um processo de culpabilização, que normatiza e controla a vida das pessoas, imprimindo a ideia de uma responsabilidade pessoal e individual pela saúde. Como pudemos observar, em vários extratos analisados, os participantes antecipavam a crítica e ao controle decorrentes desse modo de vida cultural, repetindo as prescrições estabelecidas e buscando responder de diferentes formas a ele.

Nesse contexto de jogos de culpabilização, usar descrições específicas, bem como certos recursos linguísticos, é uma forma de se engajar num movimento de responder a certas expectativas sociais ou de se afastar de certas imposições. A estratégia “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” explicita uma forma clara de realizar tal afastamento, produzindo micro-resistências no contexto conversacional.

Portanto, a Responsabilização se constitui como um processo discursivo complexo, que não pode ser compreendido como sinônimo ou reflexo do conceito tradicional de autocuidado, bem como que está atrelado a demandas interacionais e sócio-culturais.

7.3 Possibilidades e riscos metodológicos: Psicologia Discursiva, Responsabilização e o uso de recursos/expressões culturais para a construção do corpus

Metodologicamente, pautamos nosso trabalho por meio dos princípios da Psicologia Discursiva, e escolhemos estudar o processo de Responsabilização no contexto discursivo de oficinas em grupo com pessoas com Diabetes *mellitus*.

Optamos em trabalhar com a Psicologia Discursiva como embasamento metodológico, por entendermos que tal perspectiva nos permitiria operacionalizar uma das principais premissas que a epistemologia construcionista social propõe: a linguagem como construtora da realidade. Dessa forma, poder-se-ia demonstrar como as pessoas constroem versões da realidade por meio de suas falas e textos, e produzem, com isso, ações e identidades.

É importante ressaltar que nos apoiamos numa Psicologia Discursiva fortemente influenciada pela Análise da Conversação – proposta teórica que também estuda a interação por meio da fala. Mais precisamente, a Análise da Conversação é uma abordagem teórico-metodológica usada na compreensão da vida social, que se pauta por três pressupostos principais: a) a fala é uma forma de ação; b) a ação é estruturalmente organizada; e c) a fala cria e mantém a intersubjetividade (Wiggins & Potter, 2008). Muitos trabalhos têm se pautado por uma Psicologia Discursiva influenciada pela Análise da Conversação, entre eles podemos citar o livro “*Discursive research in practice: new approaches to psychology and interaction*” de Hepburn e Wiggins (2007), e o livro “*Representing Reality*” de Potter (2000).

A Psicologia Discursiva nos permitiu mostrar a natureza do discurso, como ele é construído e constitutivo, é situacional e orientado para a ação. Mais precisamente, tal perspectiva nos permitiu apresentar, com mais detalhes, como se construiu o processo de Responsabilização por meio do uso de certos jeitos de se conversar.

Apesar de mostrar o caráter construtor e constitutivo da linguagem, o uso da Psicologia Discursiva enquanto alicerce metodológico, também convida a algumas reflexões sobre possíveis riscos para o pesquisador. Por exemplo, ao buscar entender o efeito do uso de determinados recursos linguísticos e estratégias discursivas no contexto relacional, pode-se produzir, por meio dessa perspectiva, uma explicação radicalmente empiricista e objetivista do processo de construção da realidade. Isso pode acontecer porque o modo de análise e o próprio processo de construção do corpus da pesquisa são orientados, nessa perspectiva, por algumas exigências, tais como:

a) Busca por materiais naturalísticos

Os psicólogos discursivos, em geral, procuram realizar suas investigações, preferencialmente, em situações e contextos em que as conversas ocorrem naturalmente, sem uma interferência direta por meio da imposição de categorias ou assuntos que são importantes para o pesquisador. Dito de outro modo, o pesquisador é conduzido pelo ritmo e pelos movimentos do contexto conversacional. Assim, costumam realizar gravações de conversas em família durante refeições, gravar atendimentos em terapia, conversas em sala de aula, entre outros. A polêmica em torno dessa concepção está no fato de que, dessa maneira, parece existir um universo real separado e exterior ao pesquisador e a pesquisa.

b) Padrão detalhado e sistemático de transcrição

Os pesquisadores orientados pela Psicologia Discursiva por buscarem uma compreensão pormenorizada do efeito da linguagem na interação, acabam utilizando procedimentos de transcrição bastante detalhados e sistemáticos, que capturam minúcias da fala, como segundos de pausa, aumento da intensidade de voz, uso de vocábulos, figuras de linguagem, entre outros. O uso desse tipo de transcrição é utilizado como se fosse possível capturar um real.

Assim, além de exigir uma grande dedicação de tempo e esforço do pesquisador, pode-se produzir a ideia de que existe um real que dita o conhecimento verdadeiro e que exige sua apreensão detalhada em minúcias.

c) Recorte do Contexto Macrossocial

Nessa perspectiva, o pesquisador está interessado no efeito das palavras no contexto interacional imediato. Dessa forma, o foco está no contexto microssocial, no tempo do agora, do “face a face”. A História e o contexto macrossocial, bem como o processo de sociabilidade das pessoas envolvidas na interação não são considerados ou são pouco visualizados por meio de breves recortes.

Com relação à construção do corpus da pesquisa, vale comentar também que acreditamos que as oficinas grupais conseguiram gerar uma multiplicidade de sentidos sobre viver com *Diabetes mellitus*. Nesse processo, entendemos que o uso de recursos artísticos como música, poesia e imagens, que foram empregados como ferramentas disparadoras de conversas durante as oficinas, permitiram a criação de um contexto acolhedor e uma atmosfera não-avaliativa, no qual os vocabulários dos participantes orientaram as conversas que aconteceram no grupo. Isto é, os diferentes conteúdos e formas de apresentação permitiram que as conversas acontecessem de forma mais natural, bem como possibilitaram a diminuição de discursos estereotipados sobre diabetes (jeitos de falar sobre diabetes ligados, em geral, a aspectos biomédicos) estimulando diferentes possibilidades para a negociação de sentidos entre os participantes, de maneira que a diferença fosse algo possível, que cabia na conversa, e a reflexão pudesse, então, ser fomentada. Acreditamos, assim, que a pesquisa organizada a partir desses recursos aponta para um caráter interventivo das investigações em ciências humanas, pois ao se gerar uma conversa livre de julgamentos ou de preconceitos,

possibilita-se mudanças de sentidos para os participantes, que passam a pensar até sobre aquilo que lhes parecia diferente. A nosso ver, esse tipo de recurso possibilita gerar o que Andersen (1998) chamou de “diferenças adequadamente incomuns”, que não são tão perturbadoras nem tão diferentes do nosso repertório, mas que geram abertura à mudança. Ademais, por meio dessas ferramentas culturais podemos vislumbrar novas propostas metodológicas para o fazer ciência na área de Psicologia da Saúde.

No que diz respeito à eleição do nosso foco analítico, escolhemos trabalhar com um aspecto do Modelo de Ação Discursiva de Edwards & Potter (1992) – a Responsabilização, pois seu manejo tem fortes implicações identitárias para o contexto interacional. Enquanto uma doença crônica, que não tem cura, o Diabetes *mellitus* pode imprimir uma identidade patologizada ou ainda um movimento de culpabilização para as pessoas que têm o seu diagnóstico. Assim, ficamos interessados em entender alguns aspectos que se entrelaçavam à criação de identidades em pessoas com essa doença. Por isso, escolhemos o manejo da Responsabilização como nosso objeto de estudo. Porém, como já foi comentado, vale lembrar que enquanto fenômeno discursivo, os três aspectos, Ação, Fato e interesse e Responsabilização, ocorrem simultaneamente na interação, e foram, de certa forma, minimamente contemplados na construção da análise. Eleger um aspecto em específico esteve relacionado ao foco da pesquisa, bem como nos permitiu compreender a estruturação e o manejo do fenômeno de forma pormenorizada e com maior clareza.

7.4 Pesquisador e pesquisa

Como já foi dito no início deste texto, tenho e já tive pessoas próximas na família com diabetes: meu pai, meu irmão mais velho, minha tia e minha avó. Assim, estou muito

acostumado com certos discursos e repertórios interpretativos sobre a doença, principalmente, os repertórios biomédicos.

Ao longo das oficinas em grupo, me vi diante do desafio e da tensão de escutar possibilidades de vida com a doença das quais eu discordava, que me pareciam até perturbadoras; como por exemplo: não fazer dieta alimentar ou não tomar medicamentos. Nesse processo, busquei não ficar paralisado naquilo que era estranho, diferente, mas entender que isso não fazia sentido para mim, porém fazia para o outro. Assim, tive que buscar desenvolver uma escuta atenta e sem julgamentos diante de algumas falas, de maneira a compreender qual o sentido que os participantes davam a essas conversas, em que contextos elas surgiam e quais eram suas implicações relacionais.

Entretanto, em muitos momentos tive estranhamentos com relação à fala de alguns participantes. No extrato 06, por exemplo, foi possível perceber como as minhas perguntas de esclarecimento/ confirmação foram entendidas como uma possível confrontação ou até como dúvida diante da fala da participante, criando espaço, assim, para que Maria Lúcia desenvolvesse uma argumentação que a situava como alguém que cuida da saúde. Diante de um profissional de saúde, um psicólogo, parece que a participante, provavelmente, se viu com a necessidade de se apresentar com uma imagem positiva do ponto de vista social: alguém responsável.

Ser coordenador de grupos com pessoas com Diabetes *mellitus* e seus familiares, bem como realizar a análise do manejo da Responsabilização, ora me conduziu a momentos de angústia, ou me proporcionava uma vontade de mudar a forma de entendimento das pessoas, ora gerava curiosidade ou interesse. Dessa maneira, assumo claramente aqui, uma postura contrária à neutralidade científica. Em outras palavras, as interpretações realizadas não são uma verdade, elas não anunciam um mundo à parte, mas estão afinadamente imbricadas à minha história, aos meus relacionamentos, à sociedade em que vivo. Partimos do

entendimento de que nós respondemos pelas interpretações aqui apresentadas. Somos responsáveis pelos sentidos aqui construídos. Eles contam um pouco de nós. Meu lugar neste estudo não é somente de pesquisador, mas de filho, irmão, sobrinho e neto de pessoas com diabetes.

7.5 Implicações para a prática profissional

No capítulo três, vimos que os repertórios interpretativos utilizados pela ciência ao descrever o objeto Diabetes *mellitus*, de forma geral, promovem uma visão de diabetes como um fenômeno individual, ligado à ideia de déficit e de responsabilidade individual. Além disso, vimos que tais repertórios também situam a doença como um problema pessoal, como uma patologia crônica, e a pessoa com diabetes como alguém que precisa ser tratada e cujo tratamento depende da sua responsabilidade pessoal. Isto é, o individualismo e a normatização gerados por grande parte dos repertórios interpretativos sobre diabetes produzem um controle moral, em que seguir as prescrições de saúde é altamente valorizado, ao passo que não seguir é entendido como falha moral.

A análise realizada nos apontou para as estratégias discursivas usadas pelos participantes para se manterem engajados em certos contextos interacionais. Em alguns momentos, vimos verdadeiros malabarismos linguísticos que permitiam aos membros do grupo se apresentar discursivamente como boas pessoas, como responsáveis, como cuidadores da própria saúde.

Se analisarmos a forma com que, em nossa cultura, os atendimentos em saúde estão organizados, perceberemos que nesses a postura de responder e se responsabilizar pela própria doença, principalmente, pelo cuidado de si é algo altamente valorizado. Vivemos imersos na cultura da necessidade de cuidado. O bom paciente é, na verdade, o que se diz responsável por

si mesmo. Culturalmente, temos que saber cuidar do nosso corpo, comer bem, fazer atividade física, tomar os medicamentos, ir ao médico com uma certa frequência e assim por diante. Isto é, o nosso lugar enquanto pessoas em contextos de saúde é o de responder pelo que nos aconteceu, nos responsabilizando. Quando não fazemos isso, passamos a responsabilizar outros, manejando possíveis acusações.

Diante disso, podemos nos perguntar: de onde vem essa necessidade de responder nos responsabilizando pelas situações? Certamente, essa pergunta nos permite diferentes respostas. Mas, por meio da nossa análise, entendemos que existem relações de poder bastante delimitadas que atravessam os atendimentos em saúde. Por exemplo, será que existem limites para a responsabilidade individual nesses contextos? Por que nossos pacientes, seja em contexto de consulta médica, de consulta psicológica ou com outros profissionais, se vêem na necessidade de justificar o que não foi feito ou em argumentar que não podem ser acusados pelo que aconteceu?

Falar em hierarquização de papéis nos parece, no mínimo, explícito nessa questão. Porém, nosso intuito não está em fechar a discussão, mas, por meio das contribuições da Psicologia Discursiva, entender o que acontece, como acontece e quais as implicações diretas desses processos. Frente a isso, podemos pensar: como criar práticas profissionais, sejam médicas, psicológicas ou de outro tipo, que ajudem as pessoas a diminuir essa necessidade de justificar o comportamento desviante? Como sair do campo da “saúde persecutória”, que coloca as pessoas sob uma sentença de condenação, para uma forma de cuidado que não seja ditada como um modelo padronizado, mas que esteja em acordo com as possibilidades de cada pessoa?

Não temos a pretensão de trazer respostas prontas ou de problematizar essa questão sem propor, pelo menos, uma outra alternativa. Em oposição aos modelos tradicionais de saúde, que, em geral, produzem individualismo, normatização, patologização e culpabilização do

paciente, McNamme & Gergen (1999) propõem o conceito de Responsabilidade Relacional, que nos convida a entender o caráter local e situacional de construção dos sentidos. A responsabilidade individual é aqui questionada e diferentes atores sociais – profissionais, pacientes e familiares – são co-responsáveis pela saúde. Tal conceito exige do profissional que ele seja responsivo, isto é, aberto e sensível ao outro, à forma com que esse compreende certas questões e não, apenas prescritivo. Dessa forma, conforme Camargo-Borges, Mishima e McNamme (2008):

“... torna-se sustentável um processo comunicativo que não seja baseado em antagonismos, mas em multiplicidades e aproximações, acreditando-se que os sentidos e a mudança se darão nas relações e nas interações e não na mente de indivíduos”. (Camargo-Borges, Mishima e McNamme, 2008, p. 14 – 15)

Assim, uma prática profissional que se paute pela co-responsabilização de todos os atores sociais envolvidos, isto é, profissionais e pacientes distanciados de um jogo de acusação e culpabilização, mas de compreensão e empatia, e um entendimento das relações de poder que atravessam e sustentam certas formas de se relacionar, pode ser o primeiro passo nesse árduo caminho.

Esperamos que as questões por nós levantadas alimentem outros estudos, gerem outras perguntas e nos engajem num processo contínuo de dialogia. Almejamos também que o fenômeno da Responsabilização possa ser estudado em outros contextos para além do campo da saúde. Desejamos ainda que este trabalho seja um estímulo para buscarmos entender o lugar dos nossos pacientes durante os atendimentos em saúde, as possibilidades de vida que são oferecidas diante das formas que utilizamos para descrever e entender as doenças e os tratamentos. Finalmente, aspiramos que esta pesquisa seja um convite para refletirmos sobre as implicações práticas de entendermos a Responsabilização como um fenômeno discursivo e

relacional e não, como algo cognitivo e interno, que permite a culpabilização e a individualização.

8. Referências

- Alcântara, K. A., Zanetti, R. V. & Oliveira, S. L. (2008). O adolescente diabético numa visão psicossomática. *Intellectus – Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional*, 5. Recuperado em 03 de junho, 2009, de: <http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus>.
- Andersen, T. (1998). Reflexões sobre a Reflexão com as Famílias. Em: McNamee, S. & Gergen, K. J. *Terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes Médicas (pp. 69 – 85).
- Andrade, C. D. (1986). *O Corpo: novos poemas*. Rio de Janeiro: Editora Record, 124 p.
- _____. (2010). *Retrato*. Recuperado em 09 de março, 2010, de: <http://samacc.wordpress.com/2008/04/24/a-procura-de-poesia/>.
- Antaki, C., Barnes, R. & Leudar, I. (2007). Members' and analysts' interests: 'formulations' in psychotherapy. Em: Hepburn, A. & Wiggins, S. *Discursive research in practice new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge University Press (pp. 166 – 181).
- Arduino, F. (1980). *O Diabetes Ontem e Hoje*. Em: _____. *Diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: Guanabara (pp. 1-3).
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S. & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (1), 19-28. Recuperado em 24 de maio, 2009, de: http://ncd.bvsalud.org/dol/docsonline/3/1/013-PAHO_-_The_cost_of_diabetes_in_LA.pdf.
- Bauman, Z. (2003). A agonia de Tântalo. Em: _____. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Zahar. (pp. 13 – 24).
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Dia Mundial do Diabetes: unidos pelo Diabetes*. Recuperado em 24 de maio, 2009, de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Sobre o Diabetes*. Recuperado em 21 de janeiro, 2011, de: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/AREA.CFM?ID_AREA=1739
- Brooks, S. (2009). Radio Food Disorder: The Conversational Constitution of Eating Disorders in Radio Phone-ins. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 360-373.
- Broom, D. & Whittakerb, A. (2004). Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science & Medicine* (58, 2371 – 2382).
- Burns, M. & Gavey, N. (2004). “Healthy Weight” at What Cost? “Bulimia” and a Discourse of Weight Control. *Journal of Health Psychology*, 4 (4), 549 -565.

- Buttny, R. & Rath, S. K. (2007). Discursive practices in talking problems during a school-family meeting. Em: Hepburn, A. & Wiggins, S. *Discursive research in practice: new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge University Press (pp. 247 – 262).
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando os sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 64 – 71.
- Camargo-Borges, C., Mishima, S. & McNamme, S. (2008). Da Autonomia à Responsabilização: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1 (1), 8 – 19. Recuperado em 16 de novembro, 2010, de: <http://www.taosinstitute.net/Websites/taos/Images/ResourcesManuscripts/Camargo-Borges-08%20From%20Autonomy%20to%20Relational%20Responsibility.pdf>
- Carabine, J. (2001). Unmarried Motherhood 1830-1990: A Genalogical Analysis. Em: Wetherell, M., Taylor, S. & Yates, S. J. *Discourse as data: a guide for analysis*. London: Sabe Publication. (pp. 267 – 310).
- Castiel, L. D. & Diaz, C. A. D. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 136 p.
- Cazarini, R. P., Zanetti, M. L., Ribeiro, K. P., Pace, A. E. & Foss, M. C. (2002). Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: porcentagem e causas. *Medicina*, 35, 142 – 150.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J. & Russo, J. E. (2002). The Relationship of Depressive Symptoms to Symptom Reporting, Self Care and Glucose Control in Diabetes. *Diabetes Care*, 25, 731 – 736.
- Costa, A. A. & Almeida Neto, J. S. (2004). *Manual de Diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas*. 4 ed. São Paulo: Sarvier, 204 p.
- Cotes, C. (2007). O uso das pausas nos diferentes estilos de televisão. *Revista da CEPAC*, 9 (2), 228-237.
- Delfino, V. D. A. & Mocelin, A. J. (1997). Diabetes Mellitus: Uma Viagem ao Passado. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 41 (1), 43 – 46.
- Dodds, C. (2002). MesSabe Publications of responsibility: HIV/ Aids prevention materials in England. *Health*, 6 (2), 139 – 171.
- Dominguinhos & Buarque, C. (1999). *Chico Ao Vivo*. São Paulo, Brasil: BMG, 2 Cds.
- Edwards, D. & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. Londres: Sabe Publication, 200 p.
- Edwards, D. (1994). Script formulations: A study of event descriptions in conversation. *Journal of Language and Social Psychology*, 13 (3), 211 – 247.

- Edwards, D. (1995). Two to tango: Script formulations, dispositions, and rhetorical symmetry in relationship troubles talk. *Research on Language and Social Interaction*, 28 (4), 319 – 350.
- _____. (2007). Managing subjectivity in talk. Em: Hepburn, A. & Wiggins. S. *Discursive research in practice\: new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge Univesrity Press (pp. 31 – 49).
- Farneda, E. S. (2007). Estratégias argumentativas no discurso feminino televisivo: um estudo da interação no Programa Saia Justa. *Revista Letra Magna*, (7), 1 – 20. Recuperado em 30 de agosto, 2010, de: http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/98_Eliete_SF.pdf.
- Fasulo, A. & Fiore, F. (2007). A valid person: non-competence as a conversational outcome. Em: Hepburn, A. & Wiggins. S. *Discursive research in practice: new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge Univesrity Press (pp. 224 – 246).
- Franco, L. A. (1992). Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. *Informe Epidemiol SUS*, 3 (1), 47 – 73.
- Gama, M. P. R. (2002). Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI (Editorial). *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental*, 2(2), 3-5.
- Gavard, J. A., Lustman, P. J. & Clouse, R. E. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16, 1167-1178.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Cambridge: Harvard University Press, 356 p.
- Gill, R. (2002). Análise do discurso. Em: Bauer, M. W. & Gaskell, G. (ed). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (pp.244-270).
- Gibson, S. (2009). The Effortul Citizen: Discursive Social Psychology and Welfare Reform. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 393 – 410.
- Gonzaguinha, (2004). *Perfil: Gonzaguinha*. São Paulo, Brasil: Som Livre. 1 CD.
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 422 p.
- Grendene, F. (2007). *O adoecimento do corpo – os psicodinamismos de portadores de diabetes mellitus através do Rorschach*. Porto Alegre, SC. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, SC.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em Terapia de Grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor, 287 p.
- Guanaes, C. & Japur, M. (2008). Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia*, 13 (2), 117 – 124.

- Hepburn, A. & Brown, S. D. (2001). Teacher stress and the management of accountability. *Human Relations*, 54 (6), 691 – 715.
- Hepburn, A. & Wiggins, S. (2007). Discursive research: themes and debates. Em: _____. *Discursive research in practice new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge Univesrity Press (pp. 01 – 28).
- International Diabetes Federation. (2011). *Diabetes Atlas*. Recuperado em 21 janeiro de 2011, de: <http://www.diabetesatlas.org/>
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 35-48.
- Kock, I. G. V. (2008). *Argumentação e Linguagem*. São Paulo: Cortez, 240 p.
- Lessa, I., Mendonça, G. A. S. & Teixeira, M. T. B. (1996). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam*, 5 (120), 389 – 412.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Groot, M., Carney, R. M. & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control. *Diabetes Care*, 23 (7), 934-942.
- MacMartin, C. & Lebaron, C. D. (2007). Arguing and thinking erros: cognitive distortion as a member's caategory in sex offender group therapy talk. Em: Hepburn, A. & Wiggins, S. *Discursive research in practice new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge Univesrity Press (pp. 147 – 165).
- Malerbi, D. A. & Franco, L. J. (1992). Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*, 15, 1509-1516.
- Marcelino, D. B. & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 72-77.
- Marchuschi, L. A. (2008). *Análise da conversação*. São Paulo: Ática, 2008. 94 p.
- Mazzarotto, L. F., Ledo, T. O. & Camargo, D. D. (2002). *Redação: gramática & literatura*. São Paulo: DCL, 536 p.
- McNamee S. and Gergen, K. J. (and Associates) (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. London: Sabe Publication Publication.
- Melo, F. (2008). *Mulheres de aço e de flores*. São Paulo: Editora Gente, 214 p.
- Melo, F. & Chalita, G. (2009). *Cartas entre amigos: sobre medos contemporâneos*. São Paulo: Ediouro, 240 p.

- Moreira, R. O., Papelbaum, M., Appolinario, J. C., Matos, A. G., Coutinho, W. F., Meireles, R. M. R., Ellinger, V. C. M. & Zagury, L. (2003). Diabetes Mellitus e Depressão: Uma Revisão Sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (1), 19 – 29.
- Musselmann, D. L., Betan, E., Larsen, H. & Phillips, L. S. (2003). Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology and Treatment. *Society of Biological Psychiatry*, 54 (3), 317 – 329.
- Oliveira, N. F., Munari, D. B., Bachion, M. M., Santos, W. S., Santos, Q. R. (2009). Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (3), 558 – 565.
- O'Reilly, M. (2007). Who's a Naughty Boy Then? Accountability, Family Therapy, and the "Naughty" Child. *The Family Journal: Counseling and Therapy por Couples and Families*, 15 (30), 234 – 243.
- Organização Pan-americana de Saúde. (2003). *Doenças Crônico Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 60 p.
- Papelbaum, M., Moreira, R. O., Coutinho, W. F., Ellinger, V. C. M., Sichieri, R. Coutinho, E., Zagury, L. & Appolinario, J. C. (2004). Diabetes mellitus e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53 (3), 163-173.
- Peel, E. Parry, O. Douglas, M. & Lawton J. (2005). Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology*, 10, 779-791.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L. & Ferronato, A. A. (2003). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (6). Recuperado em 21 de junho de 2009 de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104116920070006&lng=pt&nr m=iso.
- Pontieri, F. M. & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (1), 151 – 160.
- Potter, J. (2000). *Representing Reality*. London: Sage Publication, 253 p.
- Potter, J. & Puchta, C. (2007). Mind, mouse and moderation. Em: Hepburn, A. & Wiggins. S. *Discursive research in practice new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge Univesrity Press (pp. 104 – 123).
- Potter, J. & Wetherell, M. (1996). From representations to repertoires. Em: Potter, J. & Wetherell, M. (Orgs.). *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior* (pp. 138 – 157). London: Sabe Publication.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia*, 15 (30), 21-29.

- _____. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor, 247 p.
- Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., Oliveira, V. A., Martins, T. A., Mendes, K. D. S., Andrade, N. H. S., Santos, M. A. & Zanetti, M. L. (2008). Incidentes críticos no processo de ensino-aprendizagem em diabetes na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (3), 747 – 755. Recuperado em 21 de junho de 2010 de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a20.pdf>.
- Ribeiro, L. M. & Raseria, E. F. (2008). Os idosos e o uso de próteses auditivas: identificando repertórios interpretativos que justificam essa decisão. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3), 425-433.
- Santiago, F. & Garcia, T. (2011). *Liberdade*. Banda Gabareh. Recuperado em 01 de fevereiro de 2011 de: <http://www.sacrahome.com.br/look/videos/53>
- Sneijder, P. & Te Molder, H. F. M. (2004). 'Health Should Not Have to Be a Problem': Talking Health and Accountability in an Internet Forum on Veganism. *Journal of Health Psychology*, 9(4), 599-616.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2002). *Consenso Brasileiro de Diabetes*. Rio de Janeiro, RJ: Diagraphic.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2009). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes* – [3ª ed.]. – Itapevi, São Paulo, 400p.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 339 p.
- _____. (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 296 p.
- Teng, C.T., Humes, E.C. & Demetrio, F.N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 149 – 159, 2005.
- Villa-Lobos, D. & Russo, R. (1985). *Legião Urbana*. Brasília, Brasil: EMI-Odeon.
- Wiggins, S. & Hepburn, A. (2007). Discursive research: applications and implications. Em: Hepburn, A. & Wiggins, S. *Discursive research in practice new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge Univesrity Press (pp. 281 – 291).
- Wiggins, S. & Potter, J. (2008). Discursive Psychology. Em: Willig, C. & Stainton-Rogers, W. *The Sabe Publication Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SABLE PUBLICATION, 631 p.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalences of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047 – 1053.
- Wilkinson, S. & Kitzinger, C. (2000). Thinking differently about thinking positive: a discursive approach to cancer patient's talk. *Social Science & Medicine*, 50, 797-811.

Yeung, S. E., Fischer, A. L. & Dixon, R. A. (2009). Exploring effects of type 2 diabetes on cognitive functioning in older adults. *Neuropsychology*, 23(1), 1-9.

9. Anexos

Anexo 1

Convenções das Transcrições propostas por Gail Jefferson, segundo Potter (2000):

- 1) Utiliza-se um sublinhado para marcar as sílabas das palavras que são pronunciadas com maior intensidade de voz pelo falante. Por exemplo: trabalho;
- 2) Usa-se dois pontos ou mais após as palavras quando ocorre o alongamento de uma sílaba ou vogal. Por exemplo: “entendi:.” ;
- 3) Utiliza-se palavras escritas em maiúsculo quando a intensidade de voz que é pronunciada a palavra ou expressão é maior do que o restante. Por exemplo: DOCE;
- 4) Usa-se colchetes [], quando ocorre sobreposição de falas (as pessoas falam juntas), de forma a marcar o início e a conclusão dessa sobreposição;
- 5) Usa-se sinal de igualdade =, quando uma pessoa fala logo após a outra. Por exemplo: Rafael: [Veio] com o falecimento da mãe=; Maria Lúcia: =É, ela veio com o nervoso=;
- 6) Utiliza-se o símbolo (.) quando os falantes utilizam pausas pequenas, que não ultrapassam dois segundos. Entretanto, quando esses utilizam pausas maiores ou iguais a dois segundos, utiliza-se o valor do tempo entre parênteses (0.3).
- 7) Usa-se ° ° quando os falantes utilizarem menor intensidade de voz do que o restante da sentença. Por exemplo: ° de um dia pro outro, ela subiu°;
- 8) Quando não se tinha clareza da fala durante a transcrição, colocou-se no trecho a expressão (inaudível).



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131
e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 478/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU 225/09

Projeto Pesquisa: Os sentidos de viver com Diabetes Mellitus tipo 2.

Pesquisador Responsável: Emerson Fernando Rasera

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

Data de entrega do relatório final: janeiro de 2011.

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 25 de setembro de 2009.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista.

10. Apêndices

Apêndice 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Os sentidos de viver com Diabetes *mellitus* tipo 2”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rafael Santos Carrijo (mestrando), Fabiana Marques Barbosa (colaboradora) e Emerson Fernando Rasera (orientador).

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender os significados de viver com Diabetes *mellitus* tipo 2 para pessoas adultas que vivem com Diabetes.

A sua participação na pesquisa consiste em estar presente em um encontro em grupo, no qual poderá falar sobre como é viver com diabetes e esta será uma oportunidade para pensar e dizer sobre coisas que tem vontade a respeito desse tema.

O encontro em grupo será audiogravado e o material resultante da gravação será destruído após a sua transcrição. Em seguida, esse material fará parte de um banco de dados para ser utilizado em análises futuras. A destruição do material gravado garantirá que você não seja identificado. Na verdade, em nenhum momento da realização do trabalho você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Esse estudo será desenvolvido dentro de todas as condições éticas, portanto não oferece risco à sua saúde e você poderá se beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre suas experiências, diminuir possíveis medos, ansiedades e pensar sobre novas formas de vivenciar o diabetes. Além disso, outras possibilidades de atendimento psicológico serão oferecidas, a critério do psicólogo, em qualquer momento de realização do grupo que você venha a necessitar.

Você é livre para deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se desejar, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Você também não terá nenhum gasto e ganho financeiro pela participação na pesquisa.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores no Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará, 1720, bloco 2C, Fone: 32182235, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (CEP/UFU) – Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394531.

Araguari, ____ de _____ de 2009.

Emerson Fernando Rasera

Rafael Santos Carrijo

Fabiana Marques Barbosa

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Apêndice 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO



CONVITE

Caro (a), sr. (a) _____, viver com diabetes pode trazer algumas mudanças para a nossa vida. Muitas vezes, ficamos com vontade de conversar sobre como é viver com diabetes. E nem sempre encontramos espaço para falar sobre isso.

Por isso, gostaria de lhe convidar para participar do Grupo “Diabetes e Vida” que ocorrerá no dia _____ às _____ na Casa Jesus Maria e José, localizada na Rua Dezenove de Outubro, 525, Santa. Terezinha.

No grupo, conversaremos sobre como é viver com diabetes e esta será uma oportunidade para você pensar e falar sobre coisas que tem vontade.

Este encontro faz parte de uma pesquisa que estou realizando com pessoas com diabetes - “Os sentidos de viver com Diabetes *mellitus* tipo 2”. Espero poder entender quais os sentidos que as pessoas dão ao viver com diabetes e assim contribuir para um melhor atendimento em saúde dessa população.

Conto com sua presença!

Atenciosamente,

Rafael Santos Carrijo
Psicólogo
CRP - 29052

Araguari, ____ de _____ de 2009.

Apêndice 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO



QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO:

nº _____

Data: _____

Grupo: _____

1. Nome (opcional) : _____

2. Idade: _____ anos

3. Gênero: () Masculino
() Feminino

4. Estado Civil: _____

5. Escolaridade: () analfabeto
() ensino fundamental incompleto
() ensino fundamental completo
() ensino médio incompleto
() ensino médio completo
() ensino superior incompleto
() ensino superior completo

6. Profissão: _____

7. Qual é o valor da sua renda familiar total (soma de todos os membros da família)?
() 1 salário mínimo (até R\$ 465,00)
() até 2 salários mínimos (até R\$ 930,00)
() até 3 salários mínimos (até R\$ 1395,00)
() até 4 salários mínimos ou mais (até R\$ 1860,00 ou mais)

8. Há quanto tempo sabe que tem diabetes? _____

Apêndice 4

Música:

O Que É, O Que É?

Composição: Gonzaguinha

Eu fico
Com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita...

Viver!
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz...

Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita...

E a vida!
E a vida o que é?
Diga lá, meu irmão
Ela é a batida
De um coração
Ela é uma doce ilusão
Hê! Hô!...

E a vida
Ela é maravilha
Ou é sofrimento?
Ela é alegria
Ou lamento?
O que é? O que é?

Meu irmão...
Há quem fale

Que a vida da gente
É um nada no mundo
É uma gota, é um tempo
Que nem dá um segundo...

Há quem fale
Que é um divino
Mistério profundo
É o sopro do criador
Numa atitude repleta de amor...

Você diz que é luxo e prazer
Ele diz que a vida é viver
Ela diz que melhor é morrer
Pois amada não é
E o verbo é sofrer...

Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé
Somos nós que fazemos a vida
Como der, ou puder, ou quiser...

Sempre desejada
Por mais que esteja errada
Ninguém quer a morte
Só saúde e sorte...

E a pergunta roda
E a cabeça agita
Eu fico com a pureza
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita...

Apêndice 5:

Poema/ Texto:

Ela apareceu assim...

Eu não sei de onde veio essa safada
Eu sempre cuidei de mim.
Um dia fiz um exame
E apareceu a danada.

Agora, meu corpo anda cansado
Meu pé anda inchado
Estou perdendo peso adoidado
Ah... meu Deus, quanta modificação!

Antes eu comia chocolate, goiabada e macarrão
Ah... também adorava um pão!
Mas agora?!...
Só me deixam comer com moderação.

Eu gosto de comer doce
E esse povo fica querendo me controlar
Tentando me regular.
Mas de vez em quando pode, não pode?

Ah... a vida tá tão dura!
Mas tá baum... o que importa é ter saúde!
Ou como diria meu avô:
“O que não mata, engorda!”.

Rafael Santos Carrijo

23 de maio de 2009

Apêndice 6

Cartões com imagens:



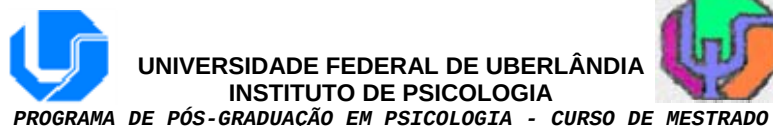








Apêndice 7:



Oficinas: “Diabetes e Vida”

1. Coordenador: Rafael Santos Carrijo (mestrando e psicólogo)
2. Objetivo geral da oficina: proporcionar um momento para que as pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 possam refletir sobre si mesmas e suas vidas.
 - 2.1. Duração média esperada: 1h e 40 minutos.
 - 2.2. Número de participantes: até 10 pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 e cuidadores e/ou acompanhantes dessas pessoas.
3. Passos para realização da oficina:
 - 3.1. Contrato, Apresentação da Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário Sócio-Demográfico e apresentação dos participantes:

Tempo de duração: 20 minutos

 - 3.1.1. Apresentação do pesquisador e dos objetivos da pesquisa;
 - 3.1.2. Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário Sócio-Demográfico;
 - 3.1.3. Contrato: conversa sobre o que será feito e a conduta esperada durante a realização da oficina;
 - 3.1.4. Apresentação dos participantes (atividade: as pessoas se reunirão num formato de roda e cada participante deverá falar seu nome e o (s) nome (s) da (s) pessoa (s) que o antecedia (m) nesta roda);

3.2.Utilização de recursos culturais da mídia brasileira: preparação para conversas

Tempo de duração: 30 minutos

3.2.1. Som/ Música: os participantes fizeram a audição da música “O que é, o que é” de Gonzaguinha.

3.2.2. Texto/ Poema: cada participante leu um verso do poema “Ela apareceu assim” (de Rafael Santos Carrijo).

3.2.3. Imagem: foi distribuído aleatoriamente 03 cartões com imagens¹ para cada participante; cada pessoa, após receber os cartões, deveria tentar trocar duas dessas imagens com os outros participantes, de forma a permanecer com um dos cartões que inicialmente recebeu e com dois outros novos que trocou.

3.3. Rodada com perguntas e respostas:

Tempo de duração: 30 minutos.

Ação: O coordenador propôs uma atividade em que foi passada uma caixa contendo perguntas norteadoras enquanto, ao fundo, era tocada uma música. No momento em que a música parava, o participante que estivesse com a caixa na mão deveria sortear uma pergunta e respondê-la. O restante do grupo foi convidado a comentar a pergunta e respondê-la.

Perguntas norteadoras:

O que é o diabetes?

Se você fosse contar para uma pessoa que não tem diabetes, como contaria sobre a vida de uma pessoa que tem diabetes?

Como descobriu que estava com diabetes?

O que a pessoa que tem diabetes sente?

Muda alguma coisa na vida da pessoa com diabetes? Se sim, o que muda?

Como você cuida do diabetes?

Se você não tivesse diabetes, sua vida seria diferente? Se sim, como ela seria?

O que a sua família acha de você ter diabetes?

3.4. Comentários:

Tempo de Duração: 20 minutos

¹ Foram apresentados um total de 30 cartões contendo imagens da mídia brasileira com conteúdos relativos à alimentação, ao lazer, à prática de exercícios físicos, à família e às relações afetivas, e a questões de saúde de maneira geral.

Ação: O coordenador perguntou aos participantes sobre o que foi mais marcante nas conversas realizadas, bem como que tipo de aprendizagens obtiveram com as conversas e como essas aprendizagens poderiam ajudar-lhes na forma com que lidam com o diabetes.

3.5. Finalização:

Agradecimento aos participantes pela presença.