

---

## COMO NEGOCIAR A RESPONSABILIZAÇÃO EM CONVERSAS SOBRE VIVER COM DIABETES

### *HOW TO NEGOTIATE THE ACCOUNTABILITY IN CONVERSATIONS ABOUT LIVING WITH DIABETES*

Rafael Santos Carrijo e Emerson Fernando Rasera

*Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia/MG, Brasil*

---

#### RESUMO

A Responsabilização é um fenômeno importante em conversas sobre doenças crônicas, tais como o diabetes. Assim, o objetivo deste estudo foi entender como a Responsabilização foi manejada em grupos em que se conversava sobre viver com diabetes. Metodologicamente, este estudo foi inspirado pela Psicologia Discursiva. Foram realizadas cinco oficinas com 25 pessoas com Diabetes *mellitus* Tipo 2 e seus cuidadores. Analiticamente, foram identificadas duas estratégias discursivas: (a) “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros” e (b) “Responsabilizando-se”, subdividida em: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”. As análises mostraram que as estratégias utilizadas permitiram aos participantes se colocarem discursivamente no contexto interacional como pessoas que cuidavam da saúde, bem como administrarem possíveis acusações. Além disso, foi possível compreender como a Responsabilização é um processo discursivo e relacional diretamente relacionado às demandas situacionais do contexto interativo e às expectativas socioculturais.

**Palavras-chave:** responsabilização; diabetes *mellitus*; psicologia discursiva.

#### ABSTRACT

Accountability is an important phenomenon in conversations about chronic diseases such as diabetes. Thus, the purpose of this study was to understand how Accountability was managed in groups that talk about living with diabetes. Methodologically, this study was inspired by the Discursive Psychology. Five workshops were held with 25 people with type 2 Diabetes *mellitus* and their caregivers. Analytically, we identified two discursive strategies: (a) “Blaming others: assigning responsibility to others” and (b) “Blaming oneself”, sub-divided into: “Taking responsibility: the use of other forms of care” and “Taking responsibility: the getting used to living with diabetes”. The analysis showed that the strategies used allowed participants to put themselves discursively in interactional context as people who cared for the health and who managed possible charges. Furthermore, it was possible to understand how accountability is a discursive process directly related to relational and situational demands of the interactive context and socio-cultural expectations.

**Keywords:** accountability; diabetes *mellitus*; discursive psychology.

---

As doenças crônicas, de maneira geral, trazem uma série de desafios aos pacientes, aos cuidadores e às equipes de saúde. Entre os principais problemas relacionados estão: a gravidade das complicações do adoecimento, os elevados gastos públicos e/ou pessoais para seu controle, além de uma baixa inserção no cuidado de si e falta de adesão ao tratamento. Essas questões ganham uma atenção especial quando a incidência dessas doenças é alta, como no caso do Diabetes *mellitus* no Brasil - 6.399.187 de pessoas (Almeida & Matos, 2003; Ministério da Saúde, 2009; Oliveira & Gomes, 2004).

No contexto das doenças crônicas, o autocuidado, a adesão ao tratamento e a responsabilidade do paciente de saber da sua doença e do seu processo de tratamento são considerados conceitos e ações muito importantes. Tendo isso em vista, muitos profissionais buscam engajar seus pacientes num processo em que esses precisam assumir para si o compromisso de autocuidado e de buscar adquirir informações sobre a sua doença. Isto é, essas pessoas são envolvidas num processo de responsabilizar-se pela própria saúde. Os pacientes com Diabetes *mellitus*, por exemplo, são constantemente chamados a responder seja pelo

surgimento do adoecimento, seja pela falta de controle da glicose ou ainda pelas complicações decorrentes da não adesão às formas de cuidado prescritas pelos profissionais de saúde.

Hoje, com a busca por um maior vínculo com a comunidade, participação popular e corresponsabilidade em aspectos do processo saúde-doença, práticas tradicionais em saúde estão sendo questionadas e tem-se discutido a necessidade de revisão de algumas ações em saúde (Gil, 2006). Nesse sentido, é central a crítica à visão tradicional de adesão ao tratamento e ao processo de responsabilizar individualmente o paciente pela própria saúde. Camargo-Borges e Japur (2008) comentam que foi com o crescimento do capitalismo que o autocuidado e, por conseguinte, a adesão ao tratamento 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 à risca as normas e diretrizes prescritas por um especialista. Ainda de acordo com essas 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.

Portanto, diante das críticas a algumas ações e conceitos em saúde, faz-se importante a busca de novas explicações e entendimentos para ampliação da rede de sentidos sobre alguns fenômenos que acontecem nesse contexto, indo para além de uma lógica tecnicista e moralista. Dessa forma, as discussões acerca da Responsabilização tornam-se muito importantes, pois em conversas sobre saúde é muito comum notarmos jogos que envolvem, em certa medida, responsabilizar ou culpabilizar o paciente. De acordo com Castiel e Diaz (2007), hoje, a saúde e o corpo passaram a ser vistos como propriedades individuais; assim, ser saudável, ter um corpo bonito e disposto, configura-se como uma responsabilidade pessoal ou até uma obrigação moral. A implicação disso é o desencadeamento de um processo de atribuição de responsabilidade pessoal ou até de culpabilização das pessoas pela ausência ou diminuição da própria saúde. Ademais, os mesmos autores afirmam que a busca por uma saúde idealizada acaba apagando as responsabilidades e os determinantes sociais que permeiam o processo de adoecimento.

A Responsabilização é um fenômeno que está presente em diferentes contextos discursivos, seja da saúde, seja do trabalho, seja da família, entre outros. Neste trabalho, entendemos a Responsabilização a partir dos pressupostos da Psicologia Discursiva.

Segundo Edwards e Potter (1992), a Responsabilização (*Accountability*) é um processo linguístico por meio do qual as pessoas respondem, prestam contas e/ou justificam-se para outras pessoas por ações que elas realizaram ou não realizaram, por falas proferidas e situações ocorridas. Assim, ao engajar-se nesse processo, elas podem desculpar-se, buscar alcançar aceitação social, defender-se de possíveis acusações, atribuir responsabilidades, minimizar culpas e assim por diante. Mais precisamente, o processo de negociar a Responsabilização tem implicações identitárias interacionais para as pessoas envolvidas em uma conversa. Todavia, é importante destacar, neste momento, que não encontramos na língua portuguesa uma tradução exata para o termo “*Accountability*” utilizado por Edwards e Potter (1992), porém traduzimos esse termo como “Responsabilização”, de maneira a enfatizar o processo discursivo de negociar a responsabilidade sobre os acontecimentos, o que é próprio às conversas humanas.

É impossível não respondermos pelo que nos aconteceu ou nos acontece. Sempre estamos envolvidos num jogo de Responsabilização. Fazemos isso, respeitando expectativas sociais e morais. Na verdade, diferentes atividades humanas apresentam-se de forma padronizada em termos de condutas socialmente esperadas. Assim, negociamos a Responsabilização, isto é, respondemos, justificamos ou prestamos contas de algo, buscando nos afinar, nos ajustar a essas expectativas. A Responsabilização pode ser compreendida, dessa maneira, como: (a) um processo conversacional que visa atender demandas sociais e interacionais; e (b) como sendo voltada para a ação, para criar realidades no contexto interacional.

A Responsabilização (*Accountability*) é um aspecto contemplado no Modelo de Ação Discursiva de Edwards e Potter (1992), que busca analisar o efeito das palavras no contexto interacional e baseia-se na Psicologia Discursiva – uma abordagem teórico-metodológica que não propõe nenhuma técnica para estudar os 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, é uma perspectiva que pauta-se por uma visão social e relacional das pessoas; que está preocupada em entender o que está acontecendo nas interações, o que as pessoas estão fazendo e como elas estão fazendo. Assim, não considera a mente, as emoções, a intersubjetividade, as intenções, as atitudes, a memória, as crenças, as cognições, as pulsões e assim por diante, como entidades ou processos, mas como construções

(descrições) orientadas para realização de ações no contexto interacional (Wiggins & Potter, 2008).

De acordo com Wiggins e Hepburn (2007), a Psicologia Discursiva tem-se apresentado com uma disciplina da Psicologia ao mesmo tempo que constitui 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. Mais diretamente, a proposta da abordagem discursiva não está interessada na linguagem como tradicionalmente tem feito a Psicologia. Ao contrário, a Psicologia Discursiva está centrada na linguagem como um recurso para construção da realidade, e não como um reflexo de mundo interno. Dessa forma, a Psicologia Discursiva busca novos significados para alguns conceitos psicológicos, tais como a personalidade, que é entendida, nesta perspectiva, como identidade, algo situado, contextual e fluído, e não como uma entidade estável, que define as pessoas como sendo as mesmas em qualquer situação ou contexto. Então, por meio da contribuição da abordagem discursiva, 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.

Assim, considerando a relevância do processo de Responsabilização no contexto das conversas em saúde e as contribuições da Psicologia Discursiva no entendimento desse processo, o objetivo deste estudo foi entender como a Responsabilização foi negociada por pessoas com Diabetes *mellitus* em oficinas grupais em que conversava-se sobre viver com diabetes.

### Método

Foram realizadas cinco oficinas em grupo, nas quais estiveram presentes adultos com Diabetes *mellitus* Tipo 2, acompanhados de alguns de seus cuidadores. As pessoas com diabetes eram usuárias dos serviços de uma Unidade Básica de Saúde da Família de uma cidade de Minas Gerais. Ao longo dos cinco encontros grupais realizados, estiveram presentes 25 pessoas. Dessas 25 pessoas, 21 tinham diabetes e 4 eram acompanhantes (cuidadores), bem como 17 eram mulheres e 8 eram homens. A média de idade dos participantes era de 61 anos. Das 21 pessoas com diabetes, 11 sabiam que tinham a doença há mais de 10 anos. O total de horas de conversas em grupo gravadas em áudio foi de cerca de 8 horas.

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 específica, por questões de conveniência – facilidade de acesso dos pesquisadores. O contato com os participantes do estudo foi feito por meio das agentes de saúde da UBSF escolhida.

Optamos em 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 histórias, entre outros. Escolhemos utilizar as oficinas como um recurso para a construção do corpus da pesquisa, pois essas além de fortalecer os vínculos interpessoais entre os participantes propiciam reflexões e discussões (Rasera & Japur, 2007; Wilkinson, 1998).

As oficinas em grupo foram organizadas de maneira com que cada encontro fosse composto por pessoas diferentes. Os encontros foram coordenados pelo primeiro autor, com o auxílio de uma estudante de Psicologia, e tiveram duração média de 1h40 min. Esses, por sua vez, foram estruturados por meio das seguintes etapas: (a) contrato sobre as regras e objetivos grupais e apresentação pessoal; (b) apresentação de música, poesia e cartões com imagens, estimulando diferentes sentidos possíveis para refletir-se sobre o diabetes; (c) rodada de perguntas e respostas; e (d) fechamento.

Essas oficinas em grupo foram audiogravadas e transcritas na íntegra. O padrão de transcrição dos trechos selecionados para a análise foi adaptado conforme as convenções de transcrição propostas por Jefferson (1985).

Para a análise do corpus, utilizou-se a análise do discurso influenciada pela Psicologia Discursiva (Edwards & Potter, 1992). Assim, os passos da nossa análise foram: (a) transcrição das conversas do grupo; (b) leitura curiosa, atenta e interrogativa, de maneira a criar sentidos com o material coletado; (c) identificação de trechos de conversas que estivessem explicitamente relacionadas ao processo de Responsabilização; (d) identificação de trechos que ilustravam diferentes estratégias discursivas vinculadas à Responsabilização; e (e) análise do uso das estratégias discursivas para a negociação da Responsabilização.

Nosso foco analítico consistiu em entender a função das estratégias discursivas na interação. As estratégias discursivas são formas linguísticas que as pessoas utilizam para produzir determinados efeitos e realizar ações nas interações. Na identificação dessas

estratégias, 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; 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 vocabulários utilizados e seus efeitos nas relações; e (c) a processualidade de interação do grupo (a sequência das falas e as implicações interacionais do uso de certas formas de conversar).

Este estudo obedeceu aos critérios éticos da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos (Ministério da Saúde, 1996).

### **Resultados e discussão: negociando a Responsabilização**

Por meio da análise realizada, identificamos e nomeamos duas estratégias discursivas empregadas no processo de negociação da Responsabilização de acordo com sua função na interação: (a) “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros” e (b) “Responsabilizando-se”, a qual contemplou duas subestratégias: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”.

Os nomes utilizados neste estudo são fictícios e foram escolhidos pelos próprios participantes durante uma das atividades das oficinas grupais. Quando for utilizada a primeira pessoa do singular durante as análises, o texto refere-se à interação entre o primeiro autor e os participantes do estudo.

#### *Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros*

No processo de Responsabilização ocorrido nas conversas em grupo, encontramos a estratégia discursiva de “Responsabilizando aos outros: atribuindo responsabilidade a terceiros”, que se caracteriza pela diminuição da responsabilidade pessoal pela etiologia ou gestão do diabetes. Por meio do uso dessa estratégia, notamos que as pessoas passaram a não se responsabilizarem pela origem da doença ou por algum mal-estar que sintam, apresentando-se, assim, como aquelas que não podem ser acusadas por ter ficado doente. Para dar visibilidade ao uso dessa estratégia, analisamos o extrato a seguir.

#### Extrato 1

01 José Henrique: *O problema, Rafael, diabete, eu sei:: NÃO sei de que*

02 *maneira que vem esse tal diabete.*

03 Rafael: *Entendi::*

04 José Henrique: *NÃO TEM cura, um sara o outro não, né. Tem gente na*

05 *sua família aqui que não tem diabete. Tem um cara novo aí, ele tem*

06 *diabete, esses dias ele tava bebendo:: né, TIPO 1, né. Ele é*

07 *magrinho, tem 31 anos, é muito amigo meu, ta lá parado, num pode*

08 *nada, se ele não pará, ele vai morrê, né, num pode andá, num pode*

09 *cumê pão de queijo, dexá cumê:: Ele me considera irmão. Eu tinha*

10 *uma dor de cabeça, aqui ó, tinha dia dela ficá a noite inteira*

11 *duendo(.) mais tomei um remédio, comprado na farmácia, tomei e foi*

12 *uma beleza, tomei e nunca mais senti. Agora eu tava falando:: desde*

13 *criança como na banha carne de porco, meu primo é médico.*

14 Rafael: *É? Entendi:: (.)*

15 José Henrique: *Sabe, toda vida comi na banha de porco. Mais isso é*

16 *problema é da minha MãE, ela tinha diabete, né?!*

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

18 José Henrique: *Ela veio da Itália, né? É bom saber. Ela tem, irmã,*

19 *irmão, primo, tudo tem diabete também. E o diabete é uma doença,*

20 *faz muito mal pra mim, não é?*

21 Rafael: *Entendi:*

22 José Henrique: *Entende. Gosto de baixa no restaurante come a*

23 *vontade:: carne a vontade, tem que pará mesmo. MAS se eu não PARÁ,*

24 *ele vai morre:: morre não resolve.*

No início desse extrato, José Henrique começa descrevendo-se como uma pessoa conhecedora do diabetes (linha 1). Assim, ele situa-se interacionalmente como alguém que sabe o que vai falar, empregando um verbo que denota confiança e certeza – “*eu sei*”. De acordo com Potter (2000), a hierarquia de modalização dos verbos pode promover níveis diferentes de factualidade à argumentação. O efeito desse tipo de verbo nesse contexto é criar um argumento de autoridade (Farneda, 2007) para José Henrique, que sabe o que está falando.

Em seguida, ele afirma que a doença vem de algum lugar que não sabe (linhas 01 e 02). José Henrique usa o termo “*NÃO*” com uma intensidade de voz maior do que no restante da frase, o que confere um caráter indeterminado para a doença, que vem de algum contexto desconhecido. Além disso, esse membro do grupo refere-se ao diabetes como “*esse tal diabete*”. O uso do termo “*tal*” parece promover uma ideia de distanciamento, separação da doença, como se essa 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 – a doença vai constituindo-se como algo que não é seu.

Após isso, uso a expressão “*entendi*” e José Henrique, então, comenta, de forma enfática, que se trata de uma doença que “*NÃO TEM cura*” (linha 04). O participante complementa com uma ambigüidade na qual “um sara o outro não” e caracteriza, mais uma vez, o diabetes como algo indeterminado. Essa fala nos sugere um movimento de diminuição da responsabilidade pessoal frente à doença a partir da valorização do caráter indeterminado do surgimento do diabetes.

Adiante, o participante conta a história de um amigo que descobriu que estava com diabetes. José Henrique descreve o amigo como “*magrinho*” e tendo “*31 anos*”. Ele recorre a categorias sociais que não estão, culturalmente, associadas a maiores riscos para a saúde – a magreza e a juventude – 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, supostamente, como mais saudáveis, aumentando assim o caráter imprevisível da doença. O conteúdo dessa história legitima a ideia anterior apresentada pelo participante de que a doença tem um

caráter indeterminado e não está associada a um grupo de pessoas.

Nessa mesma sentença, é interessante perceber que José Henrique comenta enfaticamente que a doença do amigo era diabetes “*TIPO I*” (linha 6). De forma discreta e indireta, o participante apresenta-se como conhecedor da doença e seus diferentes tipos. José Henrique comenta, logo em seguida, que o amigo está “*lá, parado*”, “*num pode nada*”, “*se ele não pará, ele vai morre*”. 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. A justaposição dessas descrições gera um forte senso de contraste que serve para ressaltar a diferença entre ambos, construindo, então, situacionalmente, uma descrição de José Henrique como quem sabe e 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 (linhas 09 a 12). É interessante notar que não foi qualquer remédio, mas um remédio comprado na farmácia. Contar essa história ajuda a fortalecer a identidade negociada pelo participante, a de alguém que reconhece os sinais e sintomas, empreende ações de cuidado validadas por profissionais de saúde e cuida de sua saúde.

Após isso, uso um “*É?*” interrogativo e, em seguida a expressão “*entendi:::*” (linha 14), José Henrique, então, comenta que “*isso é problema da sua mãe*”, “*ela tinha diabetes*” (linhas 15 e 16). Essas descrições abrem espaço para o entendimento de que José Henrique não pode ser acusado de ter tornado-se 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. Podemos notar que o conteúdo desses argumentos está ligado à ideia de “*hereditariedade*”, isto é, de uma doença de família, e isso parece fortalecer a fala do participante. O uso de concepções e/ou vocabulários biomédicos é bastante comum e aceito na sociedade atual e carrega uma lógica de estabilidade e de universalidade (Spink, 2003). Curiosamente, nesse momento da conversa, José Henrique descreve sua mãe a partir da expressão “*ela veio da Itália*”. Essa caracterização parece conferir à doença um caráter distante, estranho, exótico e antigo. José Henrique promove, dessa maneira, um distanciamento no tempo e no espaço com relação a sua doença, diminuindo, assim, sua responsabilidade pessoal frente ao surgimento da enfermidade.

Novamente, utilizo a expressão “*entendi:::*” (linha 21), 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 diz que precisa parar, porque, se não parar, pode morrer (linhas 22 a 24). Ao usar essa sentença que parece estar ligada a uma lógica de autocontrole e autocrítica, José Henrique fortalece sua autodescrição de alguém responsável e que cuida da saúde. O participante emprega a conjunção adversativa “MAS” e o termo “PARA” 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 fossem coisas que aparecessem para o outro e não para ele mesmo. José Henrique, novamente, parece externalizar o diabetes, separando-se da doença.

Portanto, ao longo do extrato selecionado foi possível notar como que José Henrique, por meio do uso da estratégia discursiva “Responsabilizando aos outros”, foi constituindo-se como uma pessoa que não teve responsabilidade pelo adoecimento, o qual foi decorrente da ação de terceiros. Contudo, a utilização de tal estratégia esteve associada à apresentação de si como alguém conhecedor da doença e cuidador de si mesmo. Houve também, durante o trecho analisado, um interjogo entre a apresentação de José Henrique como conhecedor do diabetes e como alguém que não é responsável por essa doença. Parece, assim, que o uso dessa estratégia ameaça a identidade do falante que corre o risco de ser considerado irresponsável e, portanto, exige e ganha legitimidade a partir da afirmação da responsabilidade, do conhecimento e do envolvimento do falante com o tópico da conversa.

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

### *Responsabilizando-se*

Nessa estratégia, o processo de Responsabilização é negociado de tal maneira, que as pessoas passam a responsabilizar-se pelo diabetes, não responsabilizando aos outros. Encontramos duas formas diferentes de uso dessa estratégia discursiva, por isso, subdividimo-la em: “Responsabilizando-

se: o uso de outras formas de cuidado” e “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes”.

### *Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado*

Os participantes, ao utilizarem essa estratégia, respondem pelas suas ações, apresentando-se como responsáveis pelo cuidado de si. Todavia, por não seguirem as recomendações médicas, constituem-se discursivamente como pessoas que utilizam outras formas de cuidado, como podemos analisar no trecho a seguir:

#### Extrato 2

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

02 Maria Lúcia: *Essa aqui:: é uma imagem bonita:: né?! Que a gente DEVE*

03 *fazer, e e e:: é °bonito e tudo°, MAS que eu °não faço°.*

04 Rafael: *A senhora num faz não?*

05 Maria Lúcia: *NÃO. Minha pressão sobe, e num pode ficar andando muito*

06 *no sol.*

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

08 Maria Lúcia: *É!]*

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

10 Maria Lúcia: *É!]*

11 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, que é valorizada por ela, que é algo que se “DEVE” fazer, “MAS” que ela não faz. Ela utiliza o conectivo “e” três vezes, fala com intensidade de voz mais baixa “*é bonito e tudo*”, enfatiza a conjunção adversativa “MAS” e termina falando com intensidade de voz mais baixa novamente que “*ela não faz*”. Essa forma de falar, marcada pela repetição titubeante de um conectivo, oposição entre avaliação e a ação, aumento e diminuição de intensidade de voz, nos sugere que Maria Lúcia parece estar desculpando-se por não

realizar a resposta preferencial na situação, por não fazer algo que seria esperado.

Além disso, nesse fragmento de trecho, 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. O efeito de toda essa argumentação é situar Maria Lúcia como alguém que entende que os exercícios físicos são importantes, necessários, mas não só para ela, para todas as outras pessoas com diabetes. Portanto, esse modo de utilizar tal estratégia discursiva diminui a responsabilidade individual e ameniza a potencial crítica por não seguir o que supostamente, no seu entendimento, deveria fazer como uma pessoa com diabetes.

Em seguida, utilizo uma pergunta buscando entender o que foi dito pela participante (linha 04). Ela, então, responde desenvolvendo uma argumentação, em que apresenta um motivo para que ela não faça exercício físico – esse prejudica sua saúde (linhas 05 e 06). 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 situacionalmente como alguém que sabe o que está dizendo. Além disso, Maria Lúcia recorre a uma explicação com conteúdo biomédico relacionado às doenças, utilizando vocabulários como “pressão sobe”, o que confere maior efeito de factualidade para sua fala, situando-lhe como alguém que segue a lógica dominante em saúde. Assim, a não realização de exercícios físicos é situada na conversa como uma forma de cuidado e não como descuido, desleixo ou preguiça.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado”, nesse contexto interacional, permitiu 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 esse é o seu jeito de cuidar-se. Tal estratégia possibilitou-lhe, assim, apresentar-se como uma pessoa que é responsável e que cuida de si.

#### *Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes*

Por meio do uso dessa estratégia, percebemos que os participantes responderam pela gestão da

doença, aumentando a responsabilidade pessoal e situando-se discursivamente como pessoas que se acostumaram a viver com diabetes, aprenderam algumas coisas, resignaram-se diante de outras e passaram a ter autocontrole. Pudemos visualizar também uma naturalização da doença, que passou a ser descrita como sendo uma rotina na vida das pessoas e, conseqüentemente, permitindo que elas se apresentassem como aquelas que aprenderam a viver com o diabetes, que conseguiram vencê-lo. No extrato seguinte, podemos analisar o funcionamento dessa estratégia.

#### Extrato 3

01 Maria Paula: *A gente que não encaixa na maneira que a vida da gente é,*

02 *né? Porque as crianças (.) às vezes, a gente, não tem o coração tão puro*

03 *pra entender como as crianças (.) vê a vida, né? Ai muitas vezes (.) a*

04 *gente:: num vê dessa maneira também:: tão bonita, né.*

05 Rafael: *Entendi.*

06 Maria Paula: *Como as criança vê.*

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

(0.15)

08 Rafael: *É bonita?::*

09 Marina: *Num é:: TÃO bonita não.*

(risos)

10 Maria Paula: *Não é muito boa não!*

(risos)

11 Rafael: *NÃO!?*

12 Ana Clara: *É:: bonita mais ou menos!*

(risos)

13 Maria Paula: *Ah:: a gente aprende a vivê com ela, né. (.) No começo (.)*

14 *num é fácil (.), (risos) mas:: depois (.) a gente passa a nem gostá mais*

15 *de doce. (risos)*

16 Marina: *A minha:: assim:: a diabetes (.), eu já faço mais, né, (.) cuida*

17 dela, com regime, né?! Então NÃO me atrapalha tanto, eu tô ACOSTUMANDO,

18 né?! E trabalhando, pra esquecer um pouco, né?! Então:: TEM que viver

19 com ela, TEM que saber:: (risos) controlar, né?! Tomando as coisas

20 direiti::nho, (.) os remé::dio (.) controlando:: comê as coisas que não

21 faz mal, né, que não faz mal, né?! Eu acho que o diabetes:: a pessoa

22 vevi muito tempo, se saber viver, né?! Levar ela, a pessoa vevi muito

23 tempo. Mas se a gente souber controlar, né, BEM, num é? Num tem como,

24 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 (linhas 01 a 04). Diante disso, pergunto sobre como seria a vida com diabetes (linha 07). Uma pausa de aproximadamente quinze segundos persiste no grupo. Em seguida, quebrando o silêncio pergunto: “É bonita?:?” (linha 08), utilizando uma palavra que fora destaque na conversa anterior sobre a música. Marina, Maria Paula e Ana Clara, então, comentam que a vida com diabetes não é “muito bonita” (linhas 09 a 12). Após a fala de cada uma das participantes, notamos a presença de risos, que parecem funcionar como um recurso para descontrair uma conversa aparentemente delicada, possivelmente difícil ou tensa. Em nossa cultura, o humor pode ser um recurso que ameniza o clima das situações, permitindo que a conversa se torne menos pesada.

Maria Paula, por sua vez, comenta que “a gente aprende a vivê com ela” (linha 13). O sujeito “a gente” consiste de uma forma genérica, inclusiva e indeterminada de afirmar determinada ação, que potencialmente pode abarcar qualquer um. Adiante, ela afirma que no começo não é fácil e, após isso, utiliza risos (linhas 13 e 14). Em seguida, emprega a conjunção adversativa “mas” e conclui afirmando que “a gente passa a nem gostá mais de doce” (linhas 14 e 15). Usar a estrutura linguística “no começo... mas depois...” imprime na fala 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”, e, finalmente, alguns risos que tiveram como efeito descontrair a conversa. Mais precisamente, os risos, mais do que promoverem a amenização da conversa, produzem a ideia de que viver com a doença não é algo tão difícil como sugerido por sua fala e por Marina no início do trecho analisado. Essa diminuição da problemática da situação cria espaço para destacar uma espécie de aprendizagem obtida com o diabetes. Assim, ao usar recursos linguísticos que diminuem a dificuldade da situação e produzem um senso de aprendizagem, Maria Paula vai apresentando-se como alguém que teve uma aprendizagem diante de uma dificuldade.

Em seguida, Marina comenta que “cuida dela, com regime, né” (linha 17) e que essa “NÃO me atrapalha tanto” (linha 17), pois ela está se “ACOSTUMANDO” com a doença (linhas 17 e 18). A palavra regime denota uma espécie de controle, de vigilância. Dessa forma, ao dizer que cuida do diabetes por meio do “regime”, a participante começa a produzir um sentido de autocontrole, mostra que ela é uma pessoa 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 acostumando-se a conviver com ela (linhas 17 e 18). O efeito disso não é somente a criação de um senso de autocontrole, mas também a construção da ideia de que ela está conseguindo lidar bem com a doença. Portanto, Marina é uma pessoa que cuida bem de sua saúde, que faz o esperado.

Continuando a conversa, a participante comenta que está “... trabalhando, para esquecer um pouco, né” (linha 18). 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 e 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 motivação para tal trabalho e o esquecimento apontam que tal luta dá-se pela busca ativa de resignação.

A participante afirma também, dando ênfase no verbo “ter”, que: “TEM que viver com ela, TEM que saber:: (risos) controlar, né?!” (linhas 18 e 19). Essa fala nos assinala um entendimento de que saber viver com a doença, saber controlá-la, é uma necessidade

para a pessoa com diabetes. O uso do imperativo na construção da fala reforça o sentido de que o que ela propõe deveria ser uma regra a ser seguida por todos. O uso do riso, como nos trechos anteriores, parece ter como função desconstruir a conversa e diminuir e/ou amenizar a problemática, a dificuldade de se conviver com a doença, produzindo, dessa maneira, um senso de aceitação do adoecimento e de responsabilidade individual.

Marina, após isso, diz também que: “*Tomando as coisas direiti::nho, (.) os remé::dio (.) controlando:: comê as coisas que não faz mal, né, que não faz mal, né?!?*” (linhas 19 a 21). Novamente, vemos o uso do verbo no gerúndio, contribuindo seja para marcar o dinamismo da ação, seja para caracterizar algo ainda não acabado, que permanece sendo realizado. Marina, dessa maneira, coloca-se discursivamente como uma pessoa que está fazendo o esperado e está seguindo as recomendações propostas.

Finalmente, ela termina o trecho concluindo que uma pessoa pode ter uma vida boa sabendo conviver com a doença (linhas 21 e 22), 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?*” (linhas 21 a 23). Os argumentos baseados na lógica e no silogismo conferem um senso de racionalidade à fala (Edwards, 1994, 1995). Dessa maneira, a proposição legítima toda a exposição da participante, contribuindo para que ela se constituísse como uma pessoa que se responsabiliza e cuida de si, bem como permitiu reelaborar a resposta inicial referente à vida com diabetes: “a vida com diabetes não é muito bonita”.

Além disso, é interessante notar que Marina enfatiza a ideia do “saber viver” e no final, conclui usando o “saber controlar”. Essa ênfase constroi o sentido de que o saber viver bem com diabetes é entendido como sendo a mesma coisa que o saber controlar. Assim, a possibilidade de autocontrole ganha 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:?!?*” (linhas 23 e 24), 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 que 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 e fazer o recomendado. Marina, por sua vez, explicita isso por meio de uma relação em que viver bem é a mesma coisa que saber controlar a doença. O diabetes foi algo que se tornou rotineiro, natural, comum no dia a dia das participantes: elas se acostumaram a viver com ele. Para criar esse sentido, as participantes usaram recursos linguísticos, tais como: risos, emprego do verbo no gerúndio, uso do sujeito “a gente”, proposição do tipo se/então e formulação de casos extremos.

Curiosamente, uma análise da sequência da conversa mostra que ao justificar porque a vida com diabetes não seria tão boa, as participantes acabam produzindo uma descrição de aprendizagem, desenvolvimento e resignação em relação à vida com diabetes, marcada por um forte senso de responsabilidade individual. É como se a utilização da estratégia “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes” servisse para rever e reparar as respostas do início do trecho analisado. Parece haver, então, uma negociação em que as participantes evitam contrapor-se ao questionamento do coordenador e redimensionam sua afirmação inicial. Visto isso, a resposta de que a vida com diabetes não seria tão bonita torna-se compreensível e legítima, sendo que a vida pode ser bonita, desde que determinadas ações sejam realizadas.

O uso da estratégia discursiva “Responsabilizando-se: o acostumar-se a viver com diabetes” permitiu às participantes criarem, discursiva e situacionalmente, identidades de pessoas que aprenderam a não gostar de doce e aprenderam a controlar o diabetes. Acostumar-se com situações difíceis e, mais precisamente, ter autodomínio 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 responsáveis.

## Conclusões

Por meio da análise realizada, pudemos perceber que as duas estratégias discursivas foram usadas para construir imagens interacionais satisfatórias do ponto de vista social para as pessoas que participaram das oficinas em grupo. Em outras palavras, essas pessoas apresentaram-se ao longo das conversas como pessoas

que cuidavam de si, que eram conhecedoras do diabetes, que eram comprometidas com a saúde, que aprenderam com a doença, que tinha autocontrole e, ao mesmo tempo, que também se protegiam contra potenciais acusações.

Assim, a negociação da Responsabilização buscou ajustar-se às expectativas sociais que permeiam as relações. Mesmo quando os participantes apresentaram formas de cuidar de si diferentes das convencionalmente empregadas para o cuidado do diabetes, como foi o caso da subestratégia: “Responsabilizando-se: o uso de outras formas de cuidado”, pudemos ver que a apresentação discursiva foi feita de modo a atender a certas regras sociais. No extrato 2, a participante não fazia caminhadas para evitar o aumento da pressão arterial.

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, constituir-se 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.

É interessante notar também, por meio da análise realizada, que as pessoas desculparam-se antes mesmo de serem questionadas sobre o que haviam comentado. Isso parece estar relacionado ao fato de que em conversas sobre saúde, antes mesmo de sermos confrontados e/ou questionados pelas posturas adotadas, antecipamo-nos, defendendo-nos e nos justificando. Parece existir, assim, uma busca pela necessidade de constituir-se como alguém que cuida de si.

Dessa maneira, o estudo do processo discursivo da Responsabilização nos permite compreender como as pessoas lidam com essa necessidade de responder a uma espécie de imperativo de cuidado de si, que gera uma “saúde persecutória”. Como afirmam Castiel e 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 individual pela saúde. Como pudemos observar nos extratos analisados, os participantes antecipavam-se à crítica e ao controle decorrentes desse modo de vida cultural, repetindo as prescrições estabelecidas e/ou 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 engajar-se num

movimento de responder a certas expectativas sociais ou de afastar-se de certas imposições. As estratégias discursivas analisadas explicitam uma forma de realizar tal afastamento, produzindo microrresistências no contexto conversacional. A Responsabilização, portanto, constitui-se como um processo discursivo complexo, que está atrelado a demandas interacionais e sócio-culturais, não se tratando de um constructo psicológico interno, como atribuição de causalidade, *locus* de controle ou um processo de tomada de decisões.

Finalizando, acreditamos que este estudo nos convida a alguns questionamentos que demandam maior investigação: como criar práticas profissionais, seja médicas, psicológicas ou de outro tipo, que ajudem as pessoas a diminuir essa necessidade de justificar o comportamento em saúde? 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, hermético, mas que esteja em acordo com as possibilidades de cada pessoa? Eis, então, um desafio para profissionais de saúde e pesquisadores da área.

## Agradecimentos

Agradecemos aos participantes deste estudo por terem compartilhado conosco suas histórias e à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa concedida.

## Referências

- Almeida, V. & Matos, A. P. (2003). A diabetes na adolescência: um estudo biopsicossocial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 61-76.
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando os sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 64 – 71.
- Castiel, L. D. & Diaz, C. A. D. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 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.
- Edwards, D. & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. Londres: Sage Publication.
- Farneda, E. S. (2007). Estratégias argumentativas no discurso feminino televisivo: um estudo da interação no Programa Saia Justa. *Revista Letra Magna*, 7, 1 – 20. Acesso em 30 de agosto, 2010, em [http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/98\\_Eliete\\_SF.pdf](http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/98_Eliete_SF.pdf)

- Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1171 – 1181.
- Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. In I. T. Dijk (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis* (Vol. 3, pp. 24-34). London: Academic Press.
- Mazzarotto, L. F., Ledo, T. O., & Camargo, D. D. (2002). *Redação: gramática & literatura*. São Paulo: DCL.
- Ministério da Saúde. (1996). *Resolução n. 196*, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *Dia Mundial do Diabetes: unidos pelo Diabetes*. Acesso em 24 de maio, 2009, em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1457](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457)
- Oliveira, V. Z. & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 459 – 469.
- Potter, J. (2000). *Representing reality*. London: Sage Publication.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social*. São Paulo: Vetor.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2002). *Consenso Brasileiro de Diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Spink, M. J. (2003). A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In M. J. Spink, *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 194 - 203). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Wiggins, S. & Hepburn, A. (2007). Discursive research: Applications and implications. In A. Hepburn & S. Wiggins, *Discursive research in practice new approaches to psychology and interaction* (pp. 281 – 291). Cambridge: Cambridge University Press
- Wiggins, S. & Potter, J. (2008). Discursive Psychology. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology* (pp. 73 – 90). London: Sage Publication.
- Wilkinson, S. (1998). Focus group in health research: Exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3, 329–348.

Recebido em: 25/07/2011

Revisão em: 07/04/2012

Aceite em: 05/05/2012

Rafael Santos Carrijo é Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia e psicólogo social da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG. Endereço: Avenida Mato Grosso, 1942. Araguari/ MG, Brasil. CEP 38440-046.

Email: [rafael\\_carrijo@yahoo.com.br](mailto:rafael_carrijo@yahoo.com.br)

Emerson F. Rasera é Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo e Professor da Universidade Federal de Uberlândia. Endereço: Rua Goiás, 467/804. Uberlândia/MG. CEP 38400-064  
Email: [emersonrasera@gmail.com](mailto:emersonrasera@gmail.com)

#### Como citar:

Carrijo, R. S. & Rasera, E. F. (2013). Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. *Psicologia & Sociedade*, 25(3), 653-663.