

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**Vivendo com o Diabetes Mellitus:  
a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública  
de saúde no Rio de Janeiro**

**por:**

**Rosa Cristina Maias Neto**

Dissertação de Mestrado com vistas a obtenção do título de Mestre em  
Ciências na área de Saúde Pública

**Orientador:** Prof. Dr. Carlos E. A. Coimbra Junior

Rio de Janeiro, agosto de 2003

## **Resumo**

Esta investigação visa conhecer as experiências e percepções de sujeitos portadores de diabetes mellitus tipo2 atendidos no ambulatório de uma unidade de pública de saúde. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. Buscamos conhecer como diagnosticaram a doença e os modelos de tratamento utilizados, identificando possíveis dificuldades no cumprimento do tratamento no modelo médico e averiguando diferenças de gênero.

Os dados revelaram que o diagnóstico é conhecido quando tratam de outras doenças ou durante exames pré-operatórios. Indivíduos assintomáticos só percebem a instalação e a evolução da doença quando os sintomas se agravam ou suas complicações surgem. O tratamento é realizado, então, visando evitar o surgimento das complicações e/ou prevenir o seu agravamento. Foi observado que o modelo de tratamento mais utilizado é o médico, mas outros tipos de medicina também são empregados. A dieta se apresenta como uma dificuldade por mexer com hábitos alimentares pessoais e do núcleo familiar, além do elevado custo na compra de produtos especializados a essa clientela. As explicações sobre a etiologia da doença revelaram que os homens apontam situações de trabalho e de estresse com estranhos, no chamado mundo da rua. As mulheres indicam ocorrências no âmbito doméstico, preocupações e problemas de família.

Palavras Chave: Diabetes Mellitus, Doença Crônica, Tratamento, Experiência da Doença

## **Abstract**

This research aimed at identifying the experiences and perceptions of a type2 diabetic group from an outpatient clinics public hospital. A qualitative research was conducted and a descriptive study has been done. Data was gathered by semi-open interviews. The patients' texts interviews were content analyzed through building thematic matrixes focusing on diagnostic and treatment experiences. Data indicated that the diagnostic is known when they are treating others diseases. Asymptomatic individuals identify the disease and its evolution when the symptoms are strong and its complications appear. Treatment, then, is made to avoid the diseases' complications. It should be recognized that although the medical treatment is the most used, they also make use of other kind of medicine. Changes in the diet are the most difficult for type2 diabetic, not only because it's expensive, but also because of the necessity of preparing different meals for the family. Men's etiology has appointed to work situations and have to do with their experiences out of home. Observing the women's perspective, they identify the cause of their illness with events related to the domestic life.

Key Words; Diabetes Mellitus, Chronic Disease, Treatment, Illness Experience

## Agradecimentos

A **Deus** por tudo o que me presenteou nesta vida, especialmente pelos pais maravilhosos que me deu.

Aos meus **pais** por seu amor incondicional, seus ensinamentos, sua compreensão nos momentos difíceis em que estive intolerável. Ambos vitais e fundamentais em minha vida. Divido com eles mais esta conquista.

A **Carlos E. A. Coimbra Jr.**, meu orientador, por sua paciência, credibilidade e confiança em mim depositada. Por seus ensinamentos e todo o apoio que me deu.

A **todos aqueles** que tão gentilmente se dispuseram a participar da pesquisa e a dividir comigo um pouco da sua experiência de vida com o cuidado de sua saúde. Sem eles, este trabalho não existiria.

A professora **Suely F. Deslandes** por todo o seu apoio, ainda quando o mestrado não passava de um projeto em minha vida. A ela todo o meu agradecimento e reconhecimento.

A professora **Rosely M. Oliveira** por suas contribuições e comentários críticos, seu interesse e paciência todas as vezes que precisei. E, foram algumas.

A professora **Sheyla M. Souza** por seus comentários e propostas. Sei que não pude atender a todos. Mas acredite, dei tudo o que pude.

A professora **Marilena Correa** por suas contribuições ainda durante a qualificação do projeto de pesquisa.

Aos **amigos do IEDE** quem dividiram comigo seus conhecimentos acerca do Diabetes Mellitus, em especial ao Diretor do Instituto Dr. **Ricardo Meirelles**, quem me permitiu realizar a pesquisa na unidade; toda a atenção e disponibilidade do Chefe de Divisão Médica Dr. **Raul Faria Jr.** e do Chefe do serviço de Diabetes Dr. **Leão Zagury**. Porém, ainda estudante universitária, reconheço o importante papel do Chefe (e amigo) do Serviço Social Sr. **Evanir P. Alves** ao me acolher em sua equipe por dois anos consecutivos. Hoje, anos mais tarde, tenho a oportunidade de, publicamente, reconhecer o que fez no passado e, mais do que os laços profissionais, a amizade que daí nasceu. Gostaria de agradecer ainda o apoio dos profissionais mais próximos das equipes de Serviço Social e Enfermagem.

A toda minha **turma de mestrado**, as amigas **Giovane e Renata**, com quem, mais diretamente, dividi toda angústia e incerteza nessa caminhada. A todas a minha amizade na certeza de *“quem vai sempre leva um pouco de nós, mas também sempre deixa um pouco de si”*.

Aos **funcionários** da Secretaria do Departamento de Endemias, obrigado por tudo.

A **todos os amigos** que de uma forma ou de outra colaboraram para que esta jornada se fizesse mais leve e humorada. Sábios conselhos que ajudaram a segurar meu *“natural jeito estressado e ansioso de ser”*.

Às memórias de:

Antonio Emygdio Ribeiro

José da Silva

“... os homens, embora devam morrer,  
não nascem para morrer, mas para começar”

(Hannah Arendt)

## TABELAS E FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> - Prevalência de Diabetes Mellitus e intolerância à glicose, ajustada por idade, na população de 30 a 69 anos, em algumas capitais brasileiras	03
<b>Figura 1</b> Prevalência de Diabetes Mellitus, por grupo etário, na população brasileira de 30 a 69 anos	04
<b>Figura 2</b> – Portadores de Diabetes Mellitus, previamente diagnosticados na população brasileira, de 30 a 69 anos, segundo o tipo de tratamento.	05
<b>Tabela 2</b> – Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa quanto ao grupo etário e gênero – Ambulatório de diabetes do IEDE, 2002	33
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa quanto ao estado civil e o gênero – Ambulatório de diabetes do IEDE, 2002	34
<b>Tabela 4</b> – Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa quanto aos sintomas iniciais e o gênero – Ambulatório de diabetes do IEDE, 2002	37

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
<b>Capítulo 1 O PROBLEMA</b>	<b>02</b>
1.1. Introdução	02
1.2. Diabetes Mellitus no Brasil	03
1.3. Aspectos Subjetivos	06
<b>Capítulo 2 POPULAÇÃO E MÉTODOS</b>	<b>09</b>
2.1. Sujeitos da Pesquisa	09
2.2. O Serviço de Atendimento – O IEDE	10
2.3. Estratégias em Campo	12
2.4. Metodologia de Investigação: coleta e análise dos dados	13
<b>Capítulo 3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
3.1. Aspectos Sócio-culturais do Processo de Saúde-doença	15
3.2. Aspectos Sócio-culturais do Diabetes Mellitus	22
<b>Capítulo 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>33</b>
<b>4.1. Caracterização dos entrevistados</b>	<b>33</b>
<b>4.2. Representações Do Diabetes Mellitus</b>	<b>37</b>
Diagnosticando o Diabetes Mellitus	37
Explicando o Ser Diabético: “a origem da doença”	40
Conhecimentos Acerca da Doença	44
<b>4.3. Tratando O Diabetes Mellitus</b>	<b>48</b>
<b>4.2.1. Da Medicina Popular</b>	<b>48</b>
Da Medicina Caseira	48
Da Medicina Religiosa	50
<b>4.2.2. Da Medicina Oficial</b>	<b>53</b>
<b>4.3. Das Dificuldades Do Tratamento</b>	<b>61</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	

## CAPITULO 1 O PROBLEMA

### Introdução

Nas últimas décadas as doenças crônicas não transmissíveis vêm adquirindo grande visibilidade no Brasil por afetar um número crescente de indivíduos, independente de sua situação socioeconômica. Sua seriedade é tanta que, o cuidado de portadores de doenças crônicas, foi colocado no mesmo nível de prioridade que a atenção à saúde materno-infantil (Araújo, Santos, Cavaleti & Costa, 1999). O diabetes mellitus figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associado às doenças coronariana, renal e amputações de membros inferiores (Sociedade Brasileira de Diabetes, consulta eletrônica: <http://www.diabetes.org.br>, arquivo capturado em jul. de 2001). Esses são alguns dos dados que podem justificar a importância que o diabetes mellitus vem adquirindo no grupo de doenças crônicas.

Mais freqüente a partir dos 40 anos de idade, a doença está associada, dentre outras, ao envelhecimento, aumento da esperança de vida da população, dietas hipercalóricas e sedentarismo. O alto risco de desenvolver suas diferentes complicações, ao longo do tempo, poderá representar um impacto socioeconômico, consequência da maior demanda por consultas, exames, internações e cirurgias. Por esse motivo, o Ministério da Saúde tem recomendado que sejam efetuadas intervenções visando prevenir ou evitar o surgimento desses fatores de risco (Guimarães & Takayanagui, 2002).

O diabetes mellitus é uma doença com características contraditórias. Se por um lado está associado ao envelhecimento e a longevidade, por outro, quando mal controlado, contribui para a redução da capacidade de trabalho, da expectativa de vida e o incremento do tratamento ambulatorial. A expectativa de vida pode ter aumentado, mas as condições gerais em que se vive contribui para uma vida saudável? Como obter sucesso no tratamento de uma doença enfocando somente o aspecto biológico quando a saúde e a doença dependem, segundo Queiroz & Puntel (1997), dos componentes subjetivos e emocional? Sob essa perspectiva, a expectativa de vida pode continuar subindo, porém lado a lado com as doenças crônicas.

O diabetes mellitus, então, se apresenta como um problema de saúde pública, porque contribui para reduzir a capacidade para o trabalho e a expectativa de vida, devido à elevada morbidade, mortalidade, incapacidades e o custo do tratamento ambulatorial e hospitalar (Mello Jorge, 2001).

## 1.2. Diabetes Mellitus no Brasil

As alterações na incidência do diabetes mellitus no Brasil são desconhecidas. Somente em meados da década de 80 foi realizado o primeiro censo nacional de diabetes, assim como são recentes as Campanhas Nacionais para a sua prevenção. O Ministério da Saúde supunha que a doença fosse um importante problema de saúde pública, devido ao diabetes constar nos atestados de óbito de seus portadores como uma informação secundária. A causa básica principal tem sido as doenças associadas como as doenças cardiovasculares (DCV) e os acidentes vasculares encefálicos (AVE).

O primeiro censo nacional de diabetes, realizado entre novembro de 1986 e julho de 1988, encontrou a prevalência de 7,6% para a doença. Como instrumento daquela pesquisa, foi utilizado o inquérito domiciliar em um grupo entre 30 a 69 anos de idade, em 9 capitais brasileiras (Malerbi & Franco, 1992).

Tabela 1 - Prevalência de Diabetes Mellitus e intolerância à glicose, ajustada por idade\*, na população de 30 a 69 anos, em algumas capitais brasileiras (Brasil, 1996)

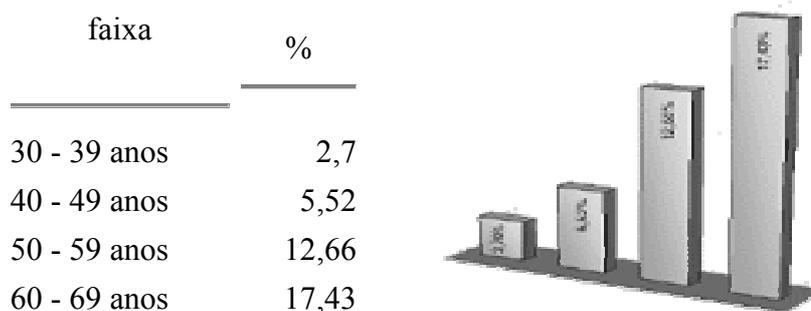
Capital	Prevalência %	
	Diabetes Mellitus	Intolerância à glicose
Belém	7,2	9,5
Brasília	5,2	4,5
Fortaleza	6,5	5,8
João Pessoa	7,9	7,2
Porto Alegre	8,9	12,2
Recife	6,4	5,4
Rio de Janeiro	7,5	9,2
Salvador	7,9	4,8
São Paulo	9,7	11,2
Total	7,6	7,7

\* População padrão = população brasileira do Censo de 1980

Os maiores índices de prevalência concentram-se nas regiões sul e sudeste, cujas cidades são mais industrializadas e onde o sistema de informações em saúde é melhor. Essas mesmas cidades receberam um grande número de migrantes, em busca de melhores condições de vida,

os quais tiveram de adequar seus hábitos alimentares a nova região. Passaram, então, a levar uma vida mais sedentária, o que favoreceu ao ganho de peso.

Figura 1 – Prevalência de Diabetes Mellitus, por grupo etário, na população brasileira de 30 a 69 anos:

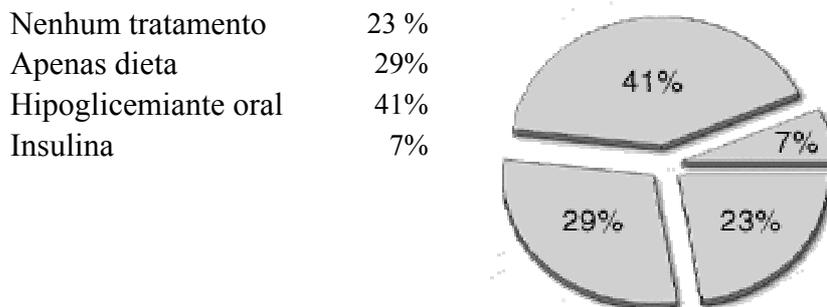


Fonte: Ministério da Saúde/Estudo multicêntrico consulta eletrônica: [http://www.diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat\\_set.html](http://www.diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat_set.html), capturado em 23/06/2002.

A prevalência do diabetes foi igual para ambos os sexos, 7,4% e estatisticamente insignificante quanto à diferença entre brancos, 7,5%, e não brancos 7,1%. No que se refere à idade foi observado um aumento da prevalência a partir dos 50 anos.

Foi observado que 68,3% não seguiam qualquer modelo de tratamento. Desse percentual, 46% desconheciam o diagnóstico de diabetes e 22,3% apesar de saber ser portadores não realizavam qualquer tipo de tratamento, estando vulneráveis às complicações e fora do alcance de qualquer ação preventiva. Dentre os previamente diagnosticados (Figura 2), 29% aderiram à dieta; 41% utilizavam hipoglicemiantes orais e 7% tinham prescrição de insulina. A baixa indicação de insulina, como justifica Malerbi & Franco (1997), pode estar relacionada a uma possível dificuldade de sua utilização pelos portadores de diabetes e/ou a sua prescrição pelos profissionais de saúde.

Figura 2 – Portadores de diabetes previamente diagnosticados na população brasileira, de 30 a 69 anos, segundo o tipo de tratamento



Fonte: Ministério da Saúde/Estudo multicêntrico consulta eletrônica: [http://www.diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat\\_set.html](http://www.diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat_set.html), capturado em 23/06/2002.

Outra explicação para a baixa indicação de insulina seria a atual tendência de valorizar a assistência, a portadores de doenças crônicas, não centrada na terapia medicamentosa. No caso de diabéticos tipo2, os altos índices de intervenção farmacológica podem dificultar a mudança esperada de hábitos, considerados pouco saudáveis, como o alcoolismo, o tabagismo e a conseqüente adoção de outras atitudes quanto à alimentação e a prática de atividade física regular (Guimarães & Takayanagui, 2002).

Quanto à situação do estado do Rio de Janeiro, observa-se que este apresenta a prevalência de 7,1%, com um maior impacto na faixa etária dos 60 anos de idade. Observando-se a variável do sexo, as maiores taxas foram encontradas entre as mulheres, 8,7% do que entre os homens 5,3%. Entre estes foi identificada uma tendência a comparecer menos aos serviços de saúde. Uma das justificativas para esta realidade estaria em uma dificuldade de se ausentar do trabalho. Talvez esse motivo explique, ao contrário, um maior registro de casos entre a população feminina portadora da doença, assim como a sua maciça presença nos ambulatórios (Oliveira, 1992).

No estado do Rio de Janeiro, entre os que conheciam a sua condição de portadores de diabetes mellitus, 19,5% não se tratavam, 31,8% seguiam apenas dieta, 40,7% tinham prescrição de hipoglicemiantes orais e 8,0% usavam insulina. No que se refere às medidas terapêuticas, dos 41,6% que não seguiam nada, 27,6% desconheciam ser portadores da doença e 19,5% sabiam ser portadores de diabetes, mas não se tratavam (Malerbi & Franco, 1992).

### 1.3. Aspectos Subjetivos

Neste trabalho os sujeitos da pesquisa não são percebidos como pacientes passivos, objeto da ação de um profissional ativo. Esta visão é fruto do conceito de doença estritamente biológico, cujas dimensões psicossociais ou culturais dos doentes não são levadas em consideração (Mercado, 2002). Ao considerar apenas os aspectos biológicos, os subjetivos são excluídos, ou seja, a interpretação ou a ação do próprio indivíduo doente. Desse modo, as explicações tecidas acerca de sua doença não seriam válidas.

Segundo Deslandes (2002: 116) “*o modelo médico não só ignora as significações que os pacientes constroem sobre sua dor, a hospitalização e as expectativas que tecem sobre o atendimento, como os faz acreditar que estas são inoportunas e equivocadas*”. A perspectiva de um *paciente passivo* “*que espera serenamente um resultado (e) sofre ou é objeto de uma ação*” (Ferreira, 1999: 1470), se baseia em uma concepção de saúde estritamente biológica e que desconsidera a dimensão do indivíduo – social, psicológica e cultural. Qualquer interpretação que não seja comprovada cientificamente é considerada inválida para explicar a doença.

Neste estudo o termo doença integra diferentes aspectos como o subjetivo, social, econômico e cultural da experiência da doença. Aspectos estes que influenciam a própria definição e a busca de ajuda como aponta Fitzpatrick (1990: 13). Existe hoje um número crescente de pessoas que são portadoras de uma (ou mais) doença crônica entre jovens, adultos, idosos, homens e mulheres de qualquer classe social. Estas pessoas chegam a conviver longos anos com a(s) mesma(s) e, no decorrer dessa convivência, podem reinterpretar os sintomas da(s) doença(s) e o próprio tratamento.

A doença crônica implica em uma transformação da vida de seu portador, pois, ainda que continue envolvido nas mesmas atividades de antes (estudo, trabalho, lazer, etc.) nunca mais será o mesmo, devendo (re)organizar e (re)adaptar sua vida em função do cuidado e controle de sua saúde e de seu bem estar. Pois, sendo a sua evolução incerta e diferente em cada indivíduo, o surgimento e/ou o agravamento e a evolução das complicações é diferente em cada indivíduo (Mercado, 2002). De seu portador espera-se que visite frequentemente o ambulatório e desenvolva uma rotina diária de ações específicas, visando o cuidado de sua saúde. Processo esse nada fácil ou rápido de ser estabelecido e que depende, dentre outros, dos recursos sociais, econômicos e culturais de que disponha.

Com o crescimento das doenças crônicas, a categoria de doente torna-se cada vez mais importante, por representar uma identidade para o seu portador frente à sociedade. Para Herzlich & Pierret (1984: 82), “*esse processo de identificação é cheio de incertezas e*

*ambigüidades devido à estigmatização que permanece associada à doença. Pois, ser doente, é sempre ser marcado em seu corpo, mesmo se nenhum traço está visível, se ninguém o vê.*”

O ser portador de uma doença crônica não significa ser doente, mas ter uma doença e a conseqüente necessidade de ter de submeter-se a um tratamento. Implica o “viver com” os possíveis limites e possibilidades impostos, pois a doença torna-se uma forma de vida e, através dela, o indivíduo fala de si mesmo e de sua própria vida.

A língua francesa possui apenas um único vocábulo para doença, *maladie*. Na língua inglesa, por sua vez, existem três termos: “*disease (a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico), illness (a doença como é experimentada pelo doente), sickness (um estado muito menos grave e mais incerto (...) o mal estar)*” (Laplantine, 1991: 15). O termo *illness* pode referir-se tanto a doença-sujeito, isto é, a experiência subjetiva de adoecer, quanto à doença-sociedade, os comportamentos socioculturais ligados à doença. Se a doença se refere a um indesejável processo ou estado fisiológicos, a enfermidade é um fenômeno social e psicológico, ligado ao comportamento e à experiência.

O autor avalia que o termo *sickness* poderia integrar as três dimensões da doença: do médico, do sujeito e da sociedade. E, assim, saúde poderia ser definida como o resultado das condições de vida, trabalho, ambiente, nutrição e pobreza.

Observando-se o papel do setor de saúde, verificamos que este teria sido questionado “*no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão da saúde*” (Carvalho apud Buss, 2000: 164). Para Castellanos (1990: 26) as concepções tradicionais precisavam “*apreender a complexidade dos processos determinantes (...) de descrever e explicar as relações entre os processos mais gerais da sociedade com a saúde dos indivíduos e dos grupos sociais*”. Fechar os olhos para esse processo e supervalorizar a perspectiva médica equivale a desconsiderar, culpabilizar e submeter o doente a uma excessiva terapia farmacológica, contribuindo para um atendimento despersonalizado e coisificado<sup>1</sup>. Somado a isso, há os aspectos culturais e simbólicos que teriam um papel importante no tratamento, onde cada sujeito tem suas próprias razões para ajustar ou modificar o tratamento em função da realidade em que vive (Mercado, 1999).

Com estas questões em mente e frente a experiência profissional com portadores de uma doença crônica, chamou-nos atenção *como esses indivíduos diagnosticavam o diabetes? Quais medidas terapêuticas adotavam?* Desse modo, esta dissertação de mestrado teve como objeto de pesquisa resgatar a experiência do processo de tratamento de diabéticos tipo2.

---

<sup>1</sup> Coisificar: V. t. d. Reduzir (o ser humano, ou elemento(s) ligado(s) a ele) a valores exclusivamente materiais; Tratar como coisa

Nossos pressupostos eram três. O primeiro é que os diabéticos tipo2, sem complicações, não consideravam-no uma doença séria por não apresentarem sintomas perceptíveis. Em segundo lugar, contraditoriamente, realizavam o tratamento visando a evitar o surgimento ou a evolução de suas complicações. Supúnhamos também que métodos alternativos de tratamento influenciariam as prescrições médicas.

Outros questionamentos que nos acompanhavam durante a pesquisa diziam respeito a: *Se sentem alguma dificuldade para tratar no sistema médico profissional o diabetes? Dificuldades essas de que tipo: econômica, o tratamento de outras doenças crônicas, a relação profissional de saúde-usuário? Diante dessa(s) dificuldade(s), qual (ais) o(s) tratamento(s) utilizado(s)?*

Por objetivo geral tínhamos “*conhecer as medidas terapêuticas adotadas por portadores de diabéticos tipo 2 no cuidado de sua saúde*”.

Como objetivos específicos: (1) Conhecer como diagnosticaram a sua doença; (2) Analisar os meios utilizados no tratamento do diabetes (modelo oficial/modelo alternativo); (3) Investigar possíveis dificuldades para a realização do tratamento orientado pelo médico; (4) Averiguar a ocorrência de eventuais diferenças de gênero nas experiências do cuidado do diabetes.

## CAPITULO 2 POPULAÇÃO E MÉTODOS

### 2.1 Sujeitos da Pesquisa

Participaram desta pesquisa portadores de diabetes mellitus tipo 2, cujo tratamento não se iniciou com prescrição de insulina. Porém, não foram excluídos aqueles indivíduos que, no decorrer de seu tratamento, tiveram a prescrição da mesma. Interessou-nos apenas os diabéticos tipo 2, porque seus portadores vêm a diagnosticar a doença em idade adulta, quando já adotaram hábitos e estilos de vida próprios. Acreditamos ser mais difícil, na idade adulta, modificar essas mesmas condutas em função do tratamento de uma doença crônica do que na juventude.

Chegávamos ao ambulatório antes das 7:00 horas da manhã com o fim de observar o movimento de chegada, organização e espera pela consulta. Estas se iniciavam por volta das 8:30 horas, o que nos permitia entrevistar com calma os primeiros *pacientes*. Assim que chegávamos ao ambulatório passávamos pela sala da enfermagem, cumprimentávamos a equipe como que pedindo permissão para adentrar seu espaço. Procedíamos à consulta dos mapas de atendimento diário e tomávamos nota da ordem de chegada. Favorecida pela familiaridade com a rotina ambulatorial e observando o vai-e-vem de pacientes, os primeiros a chegar eram facilmente identificados. Com essa preocupação, visávamos identificar aqueles que seriam primeiro chamados para a consulta. O próximo passo era passear o olhar pela sala de espera e escolher o entrevistado.

Com o passar do tempo à rotina de trabalho tornou-se essa e a abordagem a mesma. Após nos aproximar e observar seu crachá de paciente, perguntávamos se era diabético, às quartas feiras ocorrem consultas de dermatologia, destinadas a qualquer paciente do IEDE. A seguir, buscávamos conhecer qual tipo de diabetes era portador, inquirindo o uso de insulina. Quando a resposta era positiva, indagávamos o tempo de uso. Caso fosse desde o início do tratamento, sorriamos, agradecíamos a atenção e abordávamos outro paciente.

Quando identificávamos alguém com o perfil desejado, cuja terapêutica não houvesse se iniciado com a prescrição de insulina, o convidávamos a participar de uma pesquisa em curso com diabéticos tipo 2 para conhecer como vinham se tratando. Após perguntar seu nome e localizá-lo na relação que se tinha em mãos, lhe era garantido que não seria, naquele momento, chamado pelo médico, devido até a própria hora, 7:15, 7:20 da manhã. Os próprios completavam comentando que “*É cedo, antes das 8:30 não começa. É até bom porque ajuda a passar o tempo e esperar o médico chegar!*” Assim, este era conduzido à sala utilizada e realizávamos a entrevista.

Uma certa ansiedade em ser chamado para a consulta era uma questão que precisávamos contornar. Alguns pacientes receavam que a entrevista atrapalhasse a consulta. Quanto a isso nós procurávamos tranquilizá-los e assegurávamos que, se fossem chamados, interromperíamos a mesma, solicitando apenas que retornassem para finalizá-la. Felizmente essa situação foi pouco freqüente. Em seguida, preenchíamos a ficha de entrevista e percebemos que todo esse processo contribuiu para aquilo que os americanos chamam de “*quebrar o gelo*” e criar uma relação de maior confiança e descontração. Caso contrário, a entrevista e a própria pesquisa estaria prejudicada, pois o mesmo pouco exporia sua experiência no cuidado de sua saúde. Somente em dois casos as entrevistas não foram gravadas, sendo realizadas anotações: um dos casos a pedido da participante e outro por nossa própria sugestão. Esta segunda entrevista durou mais de duas horas e resultou em encaminhamento para receber orientações de um profissional de Serviço Social.

Algumas vezes os entrevistados solicitavam informações sobre algum aspecto da doença. Nesses momentos retornávamos a questão ao próprio, evitando emitir qualquer opinião que influenciasse o seu relato. Mais do que falar de suas experiências terapêuticas, os participantes relatavam particularidades de suas vidas. Esses momentos eram usados por alguns para falar de seus problemas. Observávamos a necessidade latente de falar de suas vidas e de suas experiências com o diabetes em particular. O que não significa a realização de entrevistas mais breves – em média estas variaram de quarenta e cinco minutos a duas horas e meia. Algumas foram relativamente fáceis de conduzir e de transcrever. Outras, como a primeira, até hoje se pode sentir a forte carga emocional do entrevistado ao narrar suas experiências. O entrevistado, *M1, 45, mecânico de manutenção*, mostrou-se acessível desde a primeira abordagem ainda na sala de espera. Mas, o relato de sua história de vida carregada de preocupações com a família, o pagamento das contas no fim do mês, manter os filhos na escola e a ameaça de uma “*demissão voluntária*” da estatal onde trabalha, ainda hoje é capaz de nos afetar tão profundamente como no dia em que escutamos sua *experiência particular com o diabetes!*

## **2.2. O Serviço de Atendimento – O IEDE<sup>2</sup>**

Este trabalho foi realizado durante os meses de julho e agosto de 2002 no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luis Capriglioni – IEDE, reconhecido no Brasil como a única instituição pública de referência em sua área de especialização – endocrinologia,

---

<sup>2</sup> Anexo 3

diabetologia, metabologia e nutrição (Resolução SES/GAB 645, 1991). O Instituto concentra, no nível estadual, as principais iniciativas dentro do que se pode chamar de políticas de saúde voltadas especificamente para o atendimento de portadores de diabetes e distúrbios endocrinológicos.

Funcionam atualmente no interior do Instituto dois ambulatórios, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde, exceto às quintas-feiras pela manhã quando ocorrem sessões clínicas. Um dos ambulatórios destina-se ao atendimento de diabéticos e o outro a portadores de problemas endócrinos.

O Centro Cirúrgico do instituto dispõe de uma enfermaria do período pré e pós-operatório. Os portadores de diabetes permanecem em outra enfermaria. Esta é composta por quartos, com dois postos de atendimento de enfermagem e uma sala médica, onde se encontram os prontuários e são realizadas reuniões médicas.

Outros serviços especializados oferecidos aos inscritos no IEDE são: Andrologia, Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Dislipidemia, Fisioterapia, Ginecologia, Medicina Nuclear, Nutrição, Odontologia, Oftalmologia, Psiconeuroendocrinologia, Psicologia, Psiquiatria e o Serviço Social. A limpeza, a alimentação e a segurança são serviços terceirizados.

A farmácia dispensa insulina e outros medicamentos específicos. Porém, não fornece seringas, agulhas e reagentes.

Nos fundos da unidade, no térreo de um dos anexos, funciona o laboratório. Aberto de segunda a sexta-feira atende a demanda dos inscritos no SUS de todo o estado do Rio de Janeiro para a realização de exames na sua especialidade. Aqueles inscritos no IEDE não precisam marcar, devendo realizar seus exames trinta dias antes da próxima consulta. Os pacientes de outras unidades de saúde devem marcar seus exames. Inicialmente o procedimento era único para todos. Mas, com o crescimento da demanda, essa medida precisou ser adotada, visando organizar e agilizar o atendimento do laboratório.

A Unidade do Pé diabético, instalada dentro do Setor de Fisioterapia, conta com profissionais de: Fisioterapia, Enfermagem e Serviço Social. Os pacientes são encaminhados do ambulatório de diabetes, segundo avaliação médica. Trabalho importante na prevenção das complicações vasculares e neurológicas das extremidades.

Localizado no segundo andar de um dos anexos, o ambulatório de diabetes é composto por dezoito salas, dois banheiros públicos e um posto de enfermagem para onde os pacientes se dirigem e deixam seus cartões de matrícula, dispostos por ordem de chegada. No dia anterior, os prontuários já foram separados, por um funcionário do setor de marcação de consultas, e encaminhados ao ambulatório de diabetes. A enfermagem o marca na lista de

presença, separa o seu prontuário e os arruma por ordem. Assim, quando os médicos do corpo clínico e os residentes chegam, o atendimento é iniciado.

Um segundo passo do paciente, após a entrega do cartão, é dirigir-se, à direita, a sala de glicemia e injeções para realizar o teste de glicose. Feito isso, se acomodam em um dos bancos de madeira da sala de espera, aguardando a chamada para a consulta médica.

Nem todas as salas que compõem o ambulatório são consultórios médicos. Iniciando a caminhada pelo lado direito temos a sala 1 como sala de repouso onde, quando necessário, os pacientes ficam em observação ou no soro. A sala seguinte, sala de glicemia e injeções, destina-se a realização de diferentes testes ou aplicadas injeções. O consultório de enfermagem, ao lado, é seguido pela sala de vídeo onde são realizados grupos de sala de espera ou grupos de educação em diabetes. Seguem-se cinco consultórios médicos, sendo o último utilizado pelo oftalmologista.

Continuando o caminho de volta pela esquerda, temos um consultório médico, ao lado uma sala utilizada pela dermatologia e outros consultórios, ligados dois a dois entre si por uma porta de comunicação. Alguns consultórios não têm balança, sendo comum a circulação de pacientes acompanhados pelo profissional que o atende naquele dia (residente e/ou médico corpo clínico) nesses espaços. Mais adiante encontramos 2 banheiros públicos, ao lado uma sala destinada ao trabalho de pesquisa, estudo e organização do grupo de enfermagem e uma outra sala para curativos.

Retornando, finalmente, ao posto de enfermagem, nosso ponto de partida, o qual sofreu algumas alterações físicas. Durante muito tempo era apenas um balcão, onde o público tinha um maior contato físico com os profissionais que ali permaneciam. Há alguns anos este foi fechado por paredes, grades e uma porta, preservando o material de trabalho, como computador, uma sala também utilizada pelas profissionais de enfermagem e os próprios profissionais de possíveis agressões.

Até ao início do mês de julho de 2002, haviam 58.680 pacientes inscritos no Instituto. Infelizmente, não há a possibilidade de precisar o número de diabéticos registrados. A média de atendimentos do serviço de diabetes, no primeiro semestre de 2002, foi de 553/mês.

### **2.3. Estratégias em Campo**

Inicialmente pensamos em apresentar nossa proposta aos médicos do ambulatório e solicitar que encaminhassem, após a consulta, aqueles indivíduos com o perfil desejado. Mas isso poderia vir a causar problemas. Se todos comessem a encaminhar seus “*pacientes*”,

devido ao tempo de duração da mesma, mais de uma hora na maioria das vezes, seria pouco provável que esperassem. Donas de casa, diaristas, trabalhadores esperariam tanto tempo? Não, provavelmente, não. Começamos a pensar numa abordagem direta e, antes de iniciar a pesquisa, nos (re) apresentamos a equipe de enfermagem que, nos conhecia, de anos anteriores, quando estagiária em Serviço Social no IEDE. Explicamos os motivos de nossa presença no ambulatório e solicitamos permissão para usar uma das salas para as entrevistas. Feito isso, o trabalho de campo pode ser iniciado.

Nas primeiras duas semanas permanecemos no serviço três dias as segundas, terças e quartas feiras. Após duas semanas de indas e vindas, observação da dinâmica ambulatorial e de informações valiosas da equipe de enfermagem, mudamos a rotina. Apesar de observarmos uma preferência por parte da população em comparecer ao serviço à segunda-feira, o movimento ambulatorial era fraco e não chegamos a entrevistar alguém. Os dias que mais movimentavam o ambulatório mostraram ser quartas e sextas feiras. Adotamos, então, a rotina de permanecer em campo nesses dias pela manhã.

Após o rotineiro cumprimento, a sala que passamos a usar para as entrevistas era aberta e iniciávamos o trabalho. Na sala da oftalmologia, local disponível para as entrevistas, muitos indagavam sobre suas consultas, comentavam a longa espera pelo atendimento, falavam do encaminhamento dado pelo médico para uma avaliação. Após o segundo ou o terceiro comentário do tipo, passamos a esclarecer antes de entrar na sala nosso papel de pesquisadora, apresentando o crachá da ENSP/FIOCRUZ, nossa formação em Serviço Social e não em Medicina. Isso pareceu resolver esse problema e outro, o da assinatura do termo de consentimento (anexo 2). A leitura desse documento logo no início contribuiu ainda para explicar os objetivos da pesquisa e responder aos aspectos envolvidos na relação pesquisador-entrevistado.

#### **2.4. Metodologia de Investigação: coleta e análise dos dados**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados.

No método qualitativo, os sujeitos da pesquisa são vistos como sujeitos ativos e que interpretam o mundo onde vivem. Possuidores de um conhecimento do senso comum são capazes de identificar, analisar e propor soluções para os seus problemas (Queiroz & Puntel, 1997).

O preenchimento de uma ficha, com alguns dados dos participantes, ajudaram a traçar o seu perfil (anexo 1).

Do roteiro de entrevista faziam parte as questões abaixo relacionadas:

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Questão</b>
<b>Diagnóstico</b>	Identificar descoberta doença	Como e quando descobriu ser diabético? Por que Sr(a) acha que se tornou diabético(a)? O que sabe sobre diabetes?
<b>Tratamento</b>	Conhecer medidas adotadas no manejo da doença	Como tem se tratado? Por que se deve tratar o diabetes? Sr(a) tem alguma dificuldade para tratar o seu diabetes? Fez tratamento de outra doença no último ano?

Depois de transcritas, procedemos à análise do seu conteúdo, visando recortar questões relacionadas a escolha de terapias e aos aspectos da vida diária que interferissem no modelo oficial, biomédico, de tratamento da doença.

Temas foram utilizados em um esforço de “*descobrir os núcleos de sentido*” (Minayo, 1996: 209) sobre determinado assunto.

O material foi analisado procurando identificar nas entrevistas as categorias diagnóstico e tratamento. A definição prévia dessas categorias deu-se por uma questão do tempo disponível para a conclusão da pesquisa.

A categoria diagnóstico seria o passo inicial para identificar a descoberta da doença. Outras categorias poderiam ter sido identificadas, mas correríamos o risco de uma excessiva fragmentação dos discursos. O diagnóstico desencadeia uma reflexão sobre a etiologia da doença e, assim, ao investigar a categoria diagnóstico, incluímos o processo de percepção do adoecimento.

Com a categoria tratamento visávamos conhecer as medidas terapêuticas adotadas no manejo da doença. Desejávamos perceber as práticas adotadas no cotidiano para cuidar de sua saúde.

## CAPITULO 3 – REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1. Aspectos sócio-culturais dos processos de saúde-doença e tratamento

Em fins do século XIX, o desenvolvimento industrial contribuiu para importantes mudanças na sociedade e na concepção da medicina, do corpo, do trabalho e do consumo. Havia a necessidade da mão de obra estar saudável para a produção. O trabalho surge como uma necessidade social. A saúde, por sua vez, passou a ser vista como a capacidade para o trabalho e a doença, inversamente, como incapacitante.

O Estado tomou para si a responsabilidade de garantir a saúde dos indivíduos e, através da medicina, passou a exercer um “*controle mais refinado*” sobre os mesmos. O corpo adquiriu uma outra importância e visibilidade, transformando-se no “*ponto para o qual convergem[iam], de um lado, o exercício de um poder que lhe é externo, e de outro, a percepção de si como sujeito – que lhe é interna*” (Herzog, 1991: 146). Do ponto de vista do Estado, o corpo deveria ser cuidado pelo sujeito para atender as necessidades da sociedade em que está inserido. Porém, para o indivíduo, sendo o mesmo de sua propriedade, caberia a ele próprio decidir o que fazer, como e quando para se cuidar.

A maior parte da população, ainda hoje, só se considera doente quando lhe falta força para o trabalho. E, sendo a sua subsistência garantida com a remuneração recebida por suas atividades laborais, as executam até os limites de sua capacidade física. A tomada de decisão de se tratar é influenciada, então, por uma auto-avaliação de sua própria resistência para a realização das tarefas cotidianas. Quando se percebem, de fato, adoentados e a sua subsistência se vê ameaçada, é chegado o momento de buscar assistência médica.

O corpo, mais do que um bem adquirido no nascimento constitui-se em um instrumento importante para a convivência em sociedade. Através dele, o indivíduo percebe e interpreta suas experiências físicas e psicológicas. O seu uso no trabalho é fundamental para a sobrevivência da maioria dos entrevistados. Por esse motivo é compreensível a visão que a classe trabalhadora tem de saúde como capacidade para o trabalho e de doença como incapacidade. Se somada a essa situação houver dificuldade no acesso ao serviço público de saúde para o tratamento e para realizar exames de laboratório, compreende-se ainda melhor porque, muitas vezes, o mesmo é abandonado. As longas e demoradas filas de espera na madrugada e a peregrinação pelos laboratórios da rede pública de saúde prejudicam o exercício de seu trabalho. A perspectiva de vida em curto prazo (obtenção de alimentos, remédios, pagamento de contas, por exemplo) é mais valorizada do que a preocupação, em longo prazo, dos efeitos de um tratamento precário.

Vista como um desequilíbrio, a doença interfere em todos os aspectos da vida humana e na relação com o próprio corpo, no trabalho e no lazer. Para Herzog, a ocorrência de uma disfunção demarca o início do processo vivido pelo indivíduo que, vai do estar doente/sentir-se mal, ser doente e, finalmente, ser paciente. Este último estágio constitui-se em um diferencial frente ao seu grupo.

O “*estar doente*” tem início com um mal estar passageiro. Estado subjetivo em que alguns sintomas são identificados pelo indivíduo, levando-o a automedicação e, posteriormente, a busca de assistência médica. O diagnóstico seria o responsável por transformar o *estar* em *ser* doente, identificando-o como portador de uma doença, por exemplo, *sou diabético*. Uma relação de tutela e controle, no processo terapêutico, se estabelece, convertendo-o em paciente. Isto é, em alguém que está sob o cuidado médico e espera serena e resignadamente os “*resultados do tratamento que precisa seguir*” (Herzog, 1991). A perda de um status de normalidade, de ausência da doença, criado pelo saber médico, faz com que passe a conviver com a possibilidade sempre presente de adoecer. Situação vivida pelos portadores de doenças crônicas.

O crescente interesse pelos aspectos socioculturais dos problemas de saúde-doença, vem apontando uma outra perspectiva, além da biomédica, no seu estudo. A experiência do adoecimento, longe de ser um evento unicamente biológico, sofre influências de fatores culturais, sociais e econômicos. Relacionar a doença a esses âmbitos apresenta-se, então, como um dos problemas postos à antropologia da saúde.

Em seu trabalho de 1962, Mechanic já havia introduzido o conceito de “*comportamento em relação à doença*” (*illness behavior*), isto é, as atitudes e a avaliação dos indivíduos em relação aos sintomas. O autor assinala a importância, para os programas de saúde e para o entendimento do processo de saúde-doença, de se compreender esse comportamento.

O ponto de partida para estudar o comportamento em relação à doença seria o clássico estudo de Parsons<sup>3</sup> acerca do “*papel social do doente*” (*sick role*). Segundo Mechanic, quando o indivíduo é legitimado pelo médico ou outro *expert* como doente, este novo papel social assume prioridade sobre os demais. Novas expectativas em relação a esse indivíduo surgem e, no caso de doenças crônicas, observar tais papéis e expectativas é importante, porque dizem respeito tanto ao “*viver com*” como ao manejo da doença.

Mechanic teria sido um dos primeiros autores a se interessar pelo tema da “*experiência da enfermidade*”. O termo “*comportamento do enfermo*’ diz respeito ao processo pelo

---

<sup>3</sup> PARSONS, T., 1951. The Social System. New York: Free Press.

*qual(1) a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados; (2) a ajuda é requisitada; (3) o regime de vida é transformado”* (Alves, 1993: 264).

Para Conrad (1990), o trabalho de Mechanic contribuiu para uma aproximação ao estudo da experiência do adoecimento. Os estudos existentes de doenças crônicas enfocam o processo ou a mudança, isto é, o desenvolvimento de sua nova identidade ou a carreira de paciente, mas sem se aprofundar.

Um outro agrupamento possível nos estudos da área de saúde é a sua divisão a partir de duas perspectivas. A visão tradicional *etic* (externa) e a dos doentes, *emic* (interna). A visão *etic* minimiza, ou não leva em consideração, o ponto de vista do indivíduo, típico do olhar médico. Desde a perspectiva *emic*, o ponto de vista do doente é levado em consideração e este desempenharia um papel ativo nos cuidados de sua saúde e na convivência com a doença. A sua subjetividade e a de seu grupo são valorizadas, buscando compreender as estratégias de adaptação, suas teorias e explicações para o mal que o acomete. Afinal, todos esses aspectos são elementos que influenciam na forma de cuidar de sua saúde. Para Conrad (1990: 1260)

*“As pessoas que estão doentes gastam uma pequena fração do seu tempo na carreira de paciente (...) precisamos estudar como as pessoas manejam suas doenças no seu cotidiano, muitas sem relação com os seus status como paciente. (...) Eu sugiro que conscientemente reconceitualizemos nossos pesquisados como sofredores ou pessoas com do que pacientes”* .

Dessa maneira, uma das preocupações da antropologia da saúde está em evitar a valorização de uma perspectiva, seja a biomédica, a cultural ou a social, sobre as demais. Porque:

*“reduzir a experiência da doença a uma determinação biológica, tanto quanto tomá-la como efeito da cultura, ou mesmo como resultado da combinação entre ambos os ‘fatores’, conduz a uma visão por demais parcial e empobrecida dos processos de adoecimento e terapia”* (Alves, Rabelo & Souza, 1999: 14).

No processo de adoecimento todas as perspectivas jogam um papel igualmente importante para a sua compreensão. Se a experiência subjetiva do sentir-se mal tem suas raízes na cultura, são os processos sociais que *“definem e legitimam (...) comunicam e*

*negociam significados para as suas aflições e para as aflições dos outros*” (p. 15). Não se trata de sobrepor uma perspectiva à outra, isto é, subjetividade *versus* biologia. Mas de considerar como a doença se integra à experiência humana e se torna objeto de ação da mesma.

Lidar com a doença como uma *situação-problema* permite reintegrá-la à vida diária. Não se trata apenas de cuidá-la durante o encontro terapêutico, mas de dar-lhe vida fora daquele contexto e de observar seu comportamento, sua influência e interferência no cotidiano de seu portador. Poderemos compreender, assim, como se dá a combinação entre os conhecimentos pré-existentes e o movimento de inclusão ou de exclusão de outros saberes, identificando como os mesmos foram adquiridos. Com isso, Alves, Rabelo & Souza (1999) chamam atenção tanto para o aspecto prático da doença como para a influência que a cultura exerce na existência humana. Não se trata de sobrepor a subjetividade à perspectiva biomédica, mas de considerar como a doença se integra à experiência humana, tornado-se objeto de ação da mesma.

Parafraseando Souza (1999), definir, explicar e dar sentido a experiência da aflição requer atos de interpretação que não são a mera projeção de significados subjetivos e nem a reprodução de significados culturais. Antes de tudo, é um processo interativo com outros indivíduos, “(...) *com os quais se dialoga, negocia, debate, para produzir definições e modos de manejar a doença*” (p. 89). O evento do adoecimento se faz acompanhar por perceptíveis mudanças na rotina de seu portador, sensibilizando os indivíduos que o rodeiam para o fato. Esse grupo contribui para definir a situação do adoecimento, escolher um dos modelos de assistência à saúde e avaliar os resultados alcançados.

Almeida Filho (2001) discute, a partir da obra de Kleinman, a importância teórica das noções de doença-*disease*, sofrimento-*illness* e mal estar-*sickness*<sup>4</sup>. Para Kleinman, segundo Almeida Filho, se em uma sociedade diferentes processos de cuidado persistem, é porque cada um deles atua em distintas dimensões da doença. Por esse motivo, saúde e sofrimento devem ser considerados, para além da biomedicina, como resultantes da complexa interação dos fatores biológico, psicológico e social.

O sistema de cuidado de saúde (*health care system*) seria o resultado das explicações da doença e da escolha dos tratamentos a seguir. A doença e o sofrimento são, segundo Kleinman, ambos construções da sociedade em que “*a saúde, o sofrimento e o cuidado são partes de um sistema cultural e que, por isso, deve ser compreendidos através da sua mútua relação*”. (Almeida-Filho, 2001: 758). A experiência da doença, para além de um processo

---

<sup>4</sup> Como apontado na introdução desta tese. Estamos usando o termo doença no sentido de *illness* e patologia para expressar *disease*.

biológico, envolve normas, valores e expectativas do indivíduo e da sociedade a que pertencem, expressando-se no pensar e no agir da coletividade.

Para Almeida Filho(1999) Kleinman não conseguiu se libertar e ultrapassar dos pressupostos que ele próprio questionava e criticava. Apesar de sua visão multidisciplinar de saúde-doença; de considerar a importância das crenças e dos significados culturais e individuais e; ainda de sua proposta de integrar os diferentes setores do Sistema de Cuidado à Saúde dos diferentes modelos explicativos, não houve um deslocamento da abordagem médico-antropológica da doença para a saúde. Kleinman teria continuado limitado à cultura e a idéia de saúde como ausência de doença, do retorno do doente a um estado normal, sem problematizar o que seria essa normalidade. Resumidamente

*“ele não conseguiu seguir o seu próprio critério de discutir as categorias de saúde, enfermidade e cuidado de forma integrada, restringindo-se a analisar a enfermidade em suas relações com a cura, sem efetivamente analisar o conceito de saúde”* (idem; ibidem).

Almeida Filho (1999) aponta terem sido os estudos antropológicos de Good & Good que deram continuidade à idéia de Kleinman na conceituação da enfermidade. A cultura seria a fronteira entre o normal e o patológico, pautada por valores morais. Para Good & Good, a atividade clínica seria uma prática interpretativa e hermenêutica. Porém o seu conhecimento se situaria no nível biológico, partindo da decodificação das queixas dos doentes, visando identificar o processo patológico ou psicológico para diagnosticar e tratar da doença.

O desconforto físico e o estresse emocional provocado pela doença contribuem para que os indivíduos circulem entre os diferentes modelos de assistência à saúde: o *leigo* (tratamento familiar), o *popular* (curandeiros, clarividentes, etc.) e o *profissional* (Hellman, 1996). Cada um destes possui seus próprios modelos explicativos na compreensão e tratamento da doença. Após o diagnóstico médico, o indivíduo pode recorrer a outras terapêuticas que o apóie no convívio com a doença. Alguns conjugam diferentes meios de cura, visando à: obter um relativo controle da mesma, evitar a evolução das complicações agudas e crônicas, contribuir para o seu bem estar e adiar o inevitável – a própria morte.

Para Hellman, o processo de tratamento teria início pelo modelo leigo de assistência, baseado na troca de informação e consulta dos indivíduos entre si. A assistência ao doente seria realizada por seu núcleo familiar, sob a forte influência da experiência feminina nessa atividade e, por seus conhecimentos de diferentes recursos caseiros para restabelecer a saúde. Nesse modelo de assistência percebemos, nitidamente, a influência das crenças e da cultura

agindo no comportamento individual, na alimentação, no trabalho, nos hábitos, para a prevenção de doenças e no restabelecimento da saúde. O doente e seu cuidador compartilham os mesmos pressupostos do processo de saúde-doença. Nada impedindo que, em outro momento, aquele que hoje cuida possa vir a ser cuidado. A experiência de um membro de seu entorno social adquire legitimidade desde o momento em que seja portador de uma doença, use determinada medicação continuamente, trabalhe em um consultório médico ou outra situação similar. Os conhecimentos conquistados pela experiência passam a servir de exemplo a seguir.

O setor popular (*folk*) é classificado, por Hellman, como intermediário entre o leigo e o profissional. Grupos heterogêneos, compostos por práticas sagradas ou seculares, curandeiros, clarividentes, adeptos do uso de ervas, etc., seguem uma variedade de estilos e códigos de conduta. Como no setor leigo, no popular o doente e seu cuidador encontram-se numa situação de igualdade. Os valores culturais são os mesmos e a interação entre ambos não é prejudicada por diferenças socioeconômica ou educacional, por exemplo. A origem da doença, o significado e o tratamento são aspectos familiares a ambas as partes. Situação rara na relação com os profissionais da medicina moderna. A saúde é o resultado do equilíbrio entre os diferentes setores social, natural e sobrenatural da vida do doente. Por isso, o interesse do profissional do setor popular em conhecer todos os aspectos de sua vida.

O tratamento popular possui algumas características que o torna mais vantajoso do que o oferecido pela medicina oficial. A família não é excluída do processo de diagnóstico e tratamento, dividindo com o doente a responsabilidade pelo mesmo. Hellman analisa que o fato de se comunicarem em uma mesma linguagem propicia um ambiente informal, de proximidade e acolhimento. Desse modo, se faz mais fácil influenciar a mudança de hábitos e atitudes anteriores por outros considerados saudáveis.

Finalmente, no setor profissional, encontramos as profissões organizadas e amparadas por lei - a organização médica e outras categorias - cuja atuação é orientada por um código de ética. Apesar de toda a preocupação com a normatização para a sua atuação, estes profissionais representam “*uma pequena parte dos cuidados de saúde do mundo (...) com a maior parte desse cuidado ocorrendo no setor leigo e popular*” (Hellman, 1996: 75). Dessa maneira, diferentes tipos de assistência à saúde podem ser utilizados, concomitantemente ou não. Após uma automedicação sem sucesso, a similaridade de sintomas vivenciados por alguém de seu entorno social e os recursos socioeconômicos e culturais disponíveis, o doente decide qual(ais) meio(s) de tratamento utilizar.

Aparentemente o modelo médico insiste em não reconhecer o papel da sociedade e da cultura na elaboração de sua dor, no processo de tratamento e hospitalização. A terapêutica

continua sendo orientada e explicada, exclusivamente, pela intervenção química ou física, apesar das evidências da influência que os fatores ambientais, sociais, econômicos e culturais exercem sobre a saúde e a doença. Mas, reconhecemos que toda regra tem sua exceção e há aqueles que buscam romper com tais práticas, realizando um atendimento menos impessoal.

Queiroz & Puntel (1997: 81) definem dois tipos de tratamento: a medicina oficial e a medicina popular. Esta última subdividida em popular e religiosa. Dispensando maiores comentários, a medicina oficial se refere aquela prática institucionalizada e regulamentada por lei.

Para a medicina popular a saúde dependeria de um estado de equilíbrio do indivíduo consigo mesmo e com o meio em que vive. Quando um dos setores de sua vida, familiar e/ou social se desestabiliza, a doença se instala. A saúde, então, é restabelecida quando o fator que gerou o desequilíbrio é identificado e eliminado.

A medicina caseira baseada, principalmente, no uso de ervas medicinais, chás e infusões, é um recurso profundamente enraizado na cultura popular. Compradas em mercado, na feira ou cultivadas em casa, poucas são as famílias que dispensam o seu uso ao menor sinal de mal estar. Transmitidas de pessoa a pessoa, as receitas são difundidas entre familiares, vizinhos e mesmo desconhecidos. O seu uso é empregado, principalmente, no início do processo de adoecimento, enquanto o doente avalia os sintomas como sendo um mal estar leve e passageiro. Com o agravamento de seu estado e o início do acompanhamento médico, suspendem ou combinam à medicação prescrita (Queiroz & Puntel, 1997).

Na medicina religiosa, os autores identificaram ações de benzimento. Porém, indo mais além, incluímos o comparecimento a algum culto religioso, assim como a inserção nas atividades de evangelização da comunidade em que residem. A religião, mais do que uma obrigação e, do temor a Deus, atua como instrumento para amenizar as dificuldades do cotidiano. No caso dos portadores de diabetes, oferece suporte para resistir as dificuldades no convívio com a doença e, de esperança na sua cura, pois *“se Deus quiser, ele pode me curar”*.

Conforme salientado por Queiroz & Puntel (1997), não há um comprometimento ideológico do indivíduo que pode freqüentar, ao mesmo tempo, diferentes agências (catolicismo, kardecismo, neopentecostalismo, etc). Aparentemente, não há a intenção de conversão a qualquer uma destas. Importa o objetivo final a ser alcançado, um relativo bem estar, através do controle dos sintomas e, porque não dizer, a desejada cura.

Apesar de abordarem as representações e estratégias de pacientes e trabalhadores de saúde acerca da hanseníase, adotaremos neste trabalho a terminologia utilizada por Queiroz & Puntel (1997) em sua obra. Ambas as doenças, hanseníase e o diabetes mellitus, envolvem sentimentos os mais diversos que interferem diretamente no tratamento. Muitas vezes,

sentimentos de medo, negação da doença, mal estar, tristeza pela perda da saúde, estigma e preconceito só vêm a ser conhecidos e problematizados quando da realização de estudos de pós-graduação e pesquisa. No dia a dia, o tratamento pode não ser tão simples quanto aparenta. A automonitoração, por sua vez, se mostra mais complexa se somada a fatores pessoais: desconforto; baixa instrução; medo das aplicações de insulina; confusão na administração de diferentes medicamentos, desemprego, ignorância da real ameaça que o seu precário controle acarreta, dentre outros.

### **3.2. Aspectos Sócio-culturais do Diabetes Mellitus**

A maior parte dos estudos apresentados neste item, utilizando principalmente metodologias qualitativas para abordar aspectos subjetivos acerca do diabetes mellitus, foram realizados por pesquisadores latino-americanos, principalmente do México e norte-americanos. Dentre os estudos mexicanos, encontramos duas teses de doutorado (Mercado, 2002 e Lopez, 1999). Essas produções são de extrema riqueza ao apresentar variadas interpretações e ações de atenção desenvolvidas por seus portadores.

Um grupo de idosos portadores de hipertensão, diabetes e artrite foi pesquisado e examinadas suas principais características socioculturais de seu sofrimento. Uma forte influência das crenças populares nas ações de cuidado da saúde e, a combinação de ervas à terapêutica biomédica, foi identificada (Campos-Navarro, Torrez & Arganis-Juarez, 2002).

Estas (e outras) doenças crônicas são vividas e reinterpretadas por seus portadores, transformando em uma experiência única a própria vida e a doença. As explicações elaboradas, após o diagnóstico, tendem a buscar identificar erros passados que poderiam ter contribuído para o seu adoecimento. Por isso, o diagnóstico dessas doenças pode representar, para alguns, um momento de reavaliar sua vida e planejar o futuro.

Dos 50 sujeitos entrevistados por Campos-Navarro, Torrez & Arganis-Juarez, com idade entre 50 e 75 anos, 10% desconheciam o que poderia ter causado o diabetes mellitus. Mas, ao longo das entrevistas, correlacionaram explicações biomédicas ao seu modo de vida. Os homens culpam o trabalho e as mulheres, por sua vez, apontam alterações emocionais, sustos ou preocupações como causa da doença.

O diabetes teria sido avaliado de modo negativo e qualificado como uma doença horrível e destrutiva. Foi definido ainda como uma doença do açúcar no sangue e da falta de insulina no organismo. Porém, os aspectos individuais, socioeconômicos e familiares surgiram como

sendo os responsáveis pelo seu início. A etiologia biomédica, como se percebe, não é capaz de sozinha convencer seus portadores dos motivos que levaram a desenvolver a doença.

Quanto ao tratamento utilizado, apesar da forte influência da medicina oficial, o uso de ervas se mostrou amplamente utilizado, aconselhado por um parente ou conhecido.

A família, segundo averiguaram os autores ainda é a principal fonte de apoio com que contam os portadores de diabetes. Fundamental quando lembram ser a amostra da pesquisa composta por idosos, alguns aposentados. Os homens, com condição de trabalhar, realizavam “*bicos*” para complementar sua renda familiar. As mulheres, mais ligadas as atividades domésticas, apoiavam suas filhas, noras e cuidavam de netos.

Hunt, Valenzuela & Pugh (1998) realizaram estudo de tipo etnográfico, para investigar o comportamento de autocuidado e os conceitos de sofrimento de portadores de diabetes mellitus não insulino dependente. Nos Estados Unidos, a doença chegou quase a alcançar proporções epidêmicas entre uma minoria pobre e negra. Foram entrevistados, no ambulatório de dois hospitais públicos, quarenta e nove usuários, portadores da doença por, pelo menos, um ano.

As dificuldades relacionadas ao manejo do tratamento de doenças de longa duração, além da necessidade da mudança no comportamento desses indivíduos, são incontestáveis. Por isso o interesse dos autores de compreender o precário controle, pautado pelas características culturais do grupo. Justificam que “*para melhor compreender as orientações do sofrimento dos pacientes, é importante examinar a relação entre as suas razões e suas experiências com o sofrimento e o tratamento*” (p. 959). Apesar de todo o esforço realizado por esses indivíduos no cuidado de sua saúde e, acreditarem-se aderidos ao tratamento, podem estar seguindo inadequadamente as prescrições recomendadas.

Garro (1996), baseada em resultados de uma pesquisa anterior, realizou estudo comparativo entre três comunidades indígenas do Canadá, interessada nas explicações dos indivíduos por sua responsabilidade pessoal em desenvolver a doença. A amostra compôs-se de 34 participantes, selecionados a partir de uma lista de portadores de doenças crônicas dos centros de saúde das aldeias. A maior participação feminina foi justificada pela possibilidade dos homens se consultar em outros serviços. As mulheres estavam mais restritas aos serviços oferecidos na aldeia.

O diabetes foi considerado pelos entrevistados como uma “*doença do homem branco*”. Ainda que fosse uma doença nova, encontrava-se, com relativa frequência, dando a impressão de que todos estavam diabéticos. Outros descreveram-no ainda como o “*excesso de açúcar no corpo*”, associado a uma mudança na alimentação. Para a totalidade dos entrevistados, a

doença seria causada pela ingestão de açúcar, seguida por um excessivo consumo de bebida alcoólica e o excesso de peso.

Não havendo diferenças nas orientações recebidas nos centros de saúde das aldeias, o estímulo a redução do peso foi muito citado. Ao que parece, a insistência profissional nesse aspecto, deixou na comunidade indígena a impressão de que o diabetes é uma doença séria. Apesar da diferença cultural, a autora percebeu haver dificuldades quanto à dieta. Depois de um certo tempo, as prescrições dietéticas seriam abandonadas por dificuldades no seu cumprimento, devido ao tamanho das famílias, associado ao custo. Por uma questão econômica, por exemplo, abandonam o consumo de ervas, mantendo a ingestão de hipoglicemiantes e insulina. Estes últimos seriam oferecidos no centro de saúde. As ervas, por sua vez, envolveriam certa despesa.

O contato com os europeus introduziu nas aldeias, na concepção dos entrevistados, diferentes moléstias. Qualquer outra doença (*illness*) seria uma herança dessa interação, provocada por mudanças de hábitos alimentares e do ambiente. Daí resulta a noção de “doença do homem branco”.

O diabetes, assim como o câncer, a tuberculose, por exemplo, constituiria-se em uma entidade que, estranha ao contexto social e histórico, foi imposta ao grupo e estaria além do seu controle. Porém, há uma divergência nas mensagens passadas por curandeiros indígenas e profissionais da medicina oficial. Os primeiros enfatizam o controle individual e levam em consideração o significado histórico da doença para o grupo. Em contrapartida, os segundos mantêm uma mesma postura de responsabilizar seu portador, desconsiderando o contexto histórico da doença para a comunidade.

Anderson, Blue & Lau (1991) realizaram estudo comparativo entre 15 mulheres brancas (termo dos autores) e 12 chinesas, acerca do complexo processo de manejar e conviver com o diabetes mellitus. Interessava observar diferenças, segundo atributos étnicos e ideológicos na reestruturação de suas vidas. Um ponto em comum, entre ambos os grupos, seria a percepção de ruptura e reorganização do estilo de vida e a redefinição de sua auto-imagem. Mais uma vez, evidencia haver uma quebra da rotina cotidiana e, nesse processo, o indivíduo reavaliaria sua vida anterior. Contudo, reestruturar a vida, em face de uma doença crônica, não é um evento que possa ser realizado de uma única vez. Processo contínuo que afeta os aspectos psicológico, social e econômico da vida de seu portador.

Ao observar as ações de cuidado de sua saúde (monitoração da glicose, as escolhas terapêuticas, etc) Os autores concluíram que a etnia não implicava em diferenças no padrão de cuidados. Quando as prescrições médicas eram bem compreendidas, as mulheres chinesas executavam-nas do mesmo modo que as mulheres brancas. Apenas combinavam a outros

recursos da medicina chinesa. As ervas desempenhavam o papel de um tônico ou suplemento alimentar – semelhante ao uso de vitaminas no ocidente. Aquelas que não realizavam automonitoração, não o faziam apenas por uma questão financeira e/ou por falta de conhecimento suficiente de como proceder ao teste.

O contexto social em que vive o indivíduo interfere no cuidado de sua saúde e na reestruturação de sua vida em face da doença. Dependendo dos recursos financeiros disponíveis, assim como do apoio familiar, garantir a sua subsistência pode vir antes do que o desejável monitoramento do diabetes. Assim, a atenção dispensada à saúde, tem menos haver com uma questão étnica do que financeira. A história de vida de duas entrevistadas, uma branca de classe média e outra chinesa da classe trabalhadora, serviu de exemplo para ilustrar tantas outras experiências. A discriminação no trabalho foi citada como uma situação de estigma. Porém, se a primeira pode se demitir de um emprego que não lhe satisfazia, com o apoio do cônjuge, a da classe trabalhadora dependia do trabalho na fábrica para complementar a renda familiar.

Segundo os autores *“complexos fatores influenciam o modo da mulher manejar sua doença (...) a experiência de classe é profundamente modelada por relações de produção”* (p. 109). Aplicações de insulina ou a simples ingestão de medicamentos pode se tornar um desafio.

Conclui-se, então, que um nível educacional mais elevado pode facilitar o seu relacionamento com o profissional de saúde, contribuindo para uma melhor compreensão das ações envolvidas no tratamento. O simples fato de manter o contato com profissionais de saúde e falar o mesmo idioma, não garante a ajuda necessária para manejar o diabetes mellitus. Anderson, Blue & Lau apontaram que não se pode querer responsabilizar alguém por sua saúde, quando este dispõe de recursos insuficientes para sua subsistência. A situação socioeconômica, o apoio social disponível e a própria relação que é estabelecida com os profissionais que prestam assistência são alguns dos fatores podem vir a dificultar o manejo diário do diabetes mellitus.

O apoio social é *“similar a um amortecedor do estresse originado pela doença crônica, além de influir no desenvolvimento de condutas de saúde ou do autocuidado, assim como na observação do tratamento médico”* (Robles-Silva et al., 1995: 187).

O ato de apoiar aos portadores de doenças crônicas tem sido apontado como elemento chave no seu tratamento. Este pode ser oferecido tanto por um componente do grupo familiar como por alguém em quem o indivíduo confie.

As mulheres, quase sempre, recebem maior apoio dos filhos(as) e os homens de suas esposas. Quando o apoio oferecido provém de um dos cônjuges, somente em algumas

situações, as esposas são apoiadas pelos maridos. Contudo, quando os maridos trabalham fora, ou estas comparecem sozinhas a consulta, ou se dependem de que estes as levem, podem faltar as consultas. Essa situação aponta para a importância de se conhecer a composição familiar e o grau de parentesco do sujeito que apóia ao doente por dois motivos: 1) a possibilidade destes em colaborar com os profissionais de saúde, transformando-se em elo de ligação com o usuário; 2) ser reconhecidos como fonte de apoio do doente, visando melhorar o cuidado e a atenção de sua doença (Robles-Silva et al., 1995).

Diferenças nos modelos explicativos de profissionais e usuários são evidentes. Apenas no que diz respeito às ações envolvidas no tratamento são similares. A maior preocupação do profissional está no impacto do diabetes mellitus no corpo físico. Os portadores relatam, por sua vez, o impacto da doença em suas vidas. Cohen et al. (1994), em investigação etnográfica dos modelos explicativos de portadores e profissionais, concluiu haver significativas diferenças entre ambos os modelos. Participaram 39 pacientes e 15 profissionais de medicina.

A maior parte dos usuários demonstrou desconhecer a causa de sua doença e apontaram a hereditariedade, os traumas, o excesso de peso e o mau funcionamento do pâncreas como fatores etiológicos. Os profissionais teorizaram acerca de causas genéticas, problemas de auto-imunidade e obesidade.

Questionados sobre seu papel de doentes (*sick role*) concordaram ser uma condição permanente e avaliaram ser a doença “pra vida” (e não até a morte). Nessas condições, a visão acerca do diabetes pode ser considerada como positiva. Os profissionais, por sua vez, avaliaram a doença como sendo severa e, lembram ainda, suas complicações.

Segundo observou Cohen et al., os medos e as dificuldades foram descritos mais detalhadamente por seus portadores, especialmente no que se relaciona às profundas e dramáticas mudanças nas relações de amizade e do estilo de vida. As ações necessárias ao controle da doença foram consideradas como obstáculos, acarretando: divórcios, perda de emprego, depressão, problemas sexuais, infertilidade, dificuldades para participar de comemorações, viajar e discriminação no trabalho para citar alguns.

Os medos dos portadores de diabetes foram classificados pelos profissionais como sendo dificuldades. Se os primeiros se queixam de ser incapazes de se alimentar do mesmo modo dos outros indivíduos, os profissionais salientam o dever de “*cuidar/dar atenção à dieta*”. Somente no modelo explicativo do tratamento, observaram os autores haver maior concordância entre ambos. Mas, se os primeiros seguem o tratamento visando controlar o nível de glicose no sangue, ter uma vida mais longa e com boa saúde, o mais importante para os profissionais é prevenir as complicações.

As dificuldades dos portadores de diabetes, como averiguou Cohen et al., são estranhas aos profissionais. O medo de uns é percebido como dificuldades pelos outros. Uma das afirmações dos autores, com a qual estamos de acordo, é a de que ao entrevistar usuários que atendem regularmente a uma unidade de saúde, encontramos uma maior similaridade de modelos explicativos do que os que raramente comparecem as consultas. Mas, mesmo em acompanhamento sistemático, as diferenças são inevitáveis.

Outro estudo, similar ao anterior, conduzido por Loewe & Freeman (2000), apresenta os modelos explicativos, de 22 pacientes e 17 profissionais, sobre: a causa, sintomas e perspectivas de futuro, dentre outros. Compreender a explicação acerca da doença de seus portadores melhoraria a comunicação entre as partes. Uma relação de proximidade contribuiria para que o indivíduo maneje com mais segurança o seu tratamento e para que os profissionais conheçam as dificuldades daqueles que atendem.

Para os autores a principal diferença está no objeto de interesse de profissionais e pacientes. À medicina importa os processos orgânicos internos, responsáveis por estados mórbidos que podem levar a morte e prevenir a evolução da doença para estados de maior gravidade. Por sua vez, os portadores de diabetes visualizam menos o funcionamento interno do que a aparência externa de seu corpo e a sua autonomia, afetada por amputações ou problemas oftalmológicos, por exemplo.

No México, encontramos um grupo de pesquisadores que, desde os anos oitenta está envolvido com o estudo de doenças crônicas sob uma linha sociomédica. O interesse pelo tema surgiu após constatarem o incremento de ditas doenças no país; da pouca estrutura dos serviços de saúde para atender a esse tipo de doença, voltados para as doenças agudas; pelo impacto que representam na vida de seus portadores e de seu grupo familiar, além da baixa resolubilidade da ação médica para resolver tal situação (Mercado, Herrera, & Valdez, 2000).

Os autores salientam a importância da experiência da doença, da incorporação do ponto de vista do indivíduo e de sua subjetividade para a área da saúde. Algumas das dimensões exploradas em seu trabalho são trajetórias, carreira do sofrimento e manejo do tratamento.

Depois de um longo tempo acompanhando e pesquisando acerca de doenças crônicas, observaram a centralidade dos fatores socioeconômicos para o tratamento. Um número reduzido conseguia cumprir as orientações prescritas e a grande maioria dos que freqüentavam as unidades de saúde, não estavam controlados. Constataram que o tratamento sofre ajustes ou é abandonado em função da realidade em que vivem e das demandas postas pelo núcleo familiar. Diversos motivos podem levá-los a suspender (temporariamente ou não) o tratamento, assim como, numa relação de custo-benefício, combinar outras terapias de modelos diferentes.

A resposta do indivíduo à doença e o posterior manejo do tratamento são influenciados, em grande parte, por suas crenças e experiências. Estas interferem no comportamento do doente, na busca de ajuda especializada e/ou no uso da medicina caseira.

Múltiplas formas de início do diabetes mellitus foram identificadas, os quais combinavam fatores socioeconômicos, emocionais e orgânicos. Dentre os fatores emocionais, a raiva (*coraje*) é a causa mais citada, especialmente no ambiente de trabalho. O que não quer dizer que alguns portadores da doença não saibam dizer a razão de ter desenvolvido o diabetes.

Os autores observaram que os participantes não justificaram a etiologia da doença segundo o modelo explicativo biomédico. Apesar de mencionarem a hereditariedade e saber ser uma das argumentações dos médicos, não a aceitavam como justificativa, porque seus pais ou avós não eram portadores de diabetes.

Mercado, Herrera & Valdez (2000) relaciona os recursos materiais (que influenciam na escolha dos serviços utilizados) e a trajetória do sofrimento (processo mutante que vai do início dos sintomas à morte) à atenção médica. Esta pode, então, ser avaliada como boa, ambivalente ou ruim. A amostra de sua pesquisa foi composta por mulheres pertencentes a classe trabalhadora e que, além do diabetes, sofriam também de hipertensão e artrite. Revelam que para os sujeitos com trajetórias estáveis e que conviviam com a doença por até dez anos, a atenção médica foi qualificada como boa. Quando descreviam suas vidas, percebe-se que sofreram poucos ou nulos efeitos negativos em decorrência do diabetes e possuíam recursos suficientes para arcar com os custos de uma consulta no serviço particular.

Aqueles indivíduos que passavam por oscilações em sua trajetória e cujos recursos financeiros eram escassos, a atenção médica foi avaliada de modo ambivalente. Porém foram mulheres, idosas, com mais anos de convívio com a doença, que só contavam com a ajuda do seguro social, que qualificaram negativamente a atenção médica. Sofrendo de outras moléstias e, apesar de comparecerem as consultas, não sentiam melhorar os sintomas.

De acordo ao exposto, a percepção e a avaliação da atenção médica é realizada combinada à disponibilidade de recursos financeiros. Recursos esses que possibilitam a escolha de um serviço e contribuem para a própria condição estável de sua saúde. Os indivíduos com poucos recursos, apresentando complicações e sem opção de escolha, queixam-se com mais frequência dos serviços de saúde.

Como Mercado (1992) discute, a maioria dos portadores de diabetes mellitus sobrevivem com poucos recursos para atender suas necessidades básicas, convivendo há, pelo menos, 5 anos com o diabetes mellitus. Uma das principais representações elaboradas por aqueles que atendem a um serviço público ambulatorial, é a de viver na pobreza, passando, por vezes, por

privações na alimentação. Como consequência, a doença e a atenção médica não são prioridades imediatas.

A representação desses sujeitos sobre si mesmos envolve três percepções distintas, associadas aos sintomas e as complicações desenvolvidas. Metade destes são assintomáticos e desconhecem ter algum parente afetado pela doença. Assim, esses dois fatores juntos, contribuem para não acreditarem ser portadores de diabetes, pois não apresentam sintomas ou sequer tinham um parente afetado pelo mesmo. A frequência a um serviço de saúde se dá, então, desde que não afete suas atividades cotidianas.

Existem aqueles que apresentavam sintomatologia leve e, por isso, têm plena consciência de sua condição de portadores de diabetes. Quando a taxa de açúcar no sangue sobe, os sintomas da doença são facilmente identificados, como cansaço, fome e uma vontade intensa de urinar. O tratamento, então, é seguido a risca, visando diminuir os sintomas. Nesse momento, observa-se que põem em prática outras estratégias como a ingestão de chás. Mercado observou que os mexicanos costumam também ingerir ainda a urina de um parente. Cessados os sintomas, abandonam o tratamento. Dentre os poucos são os que convivem com alguma das complicações da doença: cegueira, problemas renais ou amputação. Nesses casos, contam com o cuidado permanente de um familiar, a esposa ou uma filha.

Foram elaboradas por membros deste grupo de pesquisa do México duas teses de doutorado (Lopez 1999; Mercado, 2002). A última publicada primeiramente em 1996, teve uma segunda reimpressão em 2002.

Lopez (1999) analisou as representações de portadores de diabetes acerca de sua doença, da atenção dispensada e seus projetos de futuro. A autora pretendeu identificar a existência de diferenças, segundo uma perspectiva de gênero e de seu papel social. A autora identificou que os participantes da pesquisa conceituavam o diabetes como uma doença de conotações femininas, como uma “mulher” ou “menina”, difícil de tratar e pouco confiável. Outros adjetivos negativos, para citar alguns, qualificavam-na como volúvel, traiçoeira e caprichosa. Doença do “açúcar alto”, aponta a contaminação do sangue, afetando progressivamente o organismo e debilitando-o. O diabetes foi ainda avaliado como um companheiro ou um parente, demonstrando, a clareza, de sua permanência e de sua cronicidade.

O diabetes invadiu suas vidas, interferindo em seu corpo e em toda a sua vida (trabalho, lazer, etc.), causado por uma predisposição do indivíduo e de suas condições de vida. A hereditariedade, somada ao comportamento, contribuiria para o seu desenvolvimento. Para o seu controle, seria necessário uma combinação de múltiplas ações. Aliar aos diferentes tipos de medicina – oficial e popular – o equilíbrio físico, religioso, emocional, social, de trabalho e

familiar. Observamos que o conceito de saúde-doença estaria, desse modo, ligado a uma visão integral do indivíduo.

Cabe ressaltar que, dentre as ações da medicina oficial para o controle do diabetes, a dieta se mostrou polêmica, por alterar padrões tradicionais e mexer com hábitos alimentares. O seu custo econômico e a necessidade de preparar diferentes pratos são tidos como problemas. Os homens demonstraram sentir mais profundamente os efeitos do diabetes em suas vidas, relatando, segundo Lopez, maiores dificuldades para executar suas atividades laborais, afetando seu papel de chefe e provedor de família. Para as mulheres as alterações emocionais são as mais sentidas.

O aspecto religioso se mostrou presente nas representações dos entrevistados, considerando a doença como de vontade divina. Mas, se foi Sua<sup>5</sup> vontade que se tornassem diabéticos, a Ele também cabe decidir e dar suporte no seu controle e na sua cura. O castigo divino surgiu como fator etiológico, em resposta a transgressões, principalmente, alimentares.

Mercado (2002), por sua vez, ao investigar o “*sofrimento, a incapacidade, a forma como valorizam, vivem e enfrentam dia a dia uma doença crônica* (p. 11)”, se uniu ao coro defensor da incorporação do ponto de vista dos indivíduos na análise dos problemas de saúde. Se trata de analisar a doença não pela perspectiva tradicional dos aspectos biológicos e das alterações orgânicas, mas a partir da dimensão pessoal e subjetiva. Na fala do autor

*“sua interpretação do que lhes ocorre, seus variados e frequentes efeitos devastadores em sua vida diária, suas expectativas, demandas seus motivos, sua busca permanente de alternativas para o seu tratamento e a sua valorização da atenção recebida, para citar somente algumas delas”* (idem, ibidem).

Mercado (2002) concluiu que, para os entrevistados, o problema de saúde não tem haver com uma alteração orgânico-patológica, mas que são expressão de uma série de dificuldades do seu contexto de vida. A atenção dispensada a sua doença tem sido guiada pelo emprego constante (e cada vez maior) dos conhecimentos do próprio indivíduo, de seu grupo social e pelo uso de plantas medicinais. O autor observou que, apesar do crescente uso de serviços médicos, há uma rejeição ao hospital, considerado como um local onde se morre. Os serviços particulares são pouco procurados e a assistência pública, e outros oferecidos gratuitamente ou a baixo custo, são os mais concorridos.

---

<sup>5</sup> Sua e Ele – referem-se a Deus

As recomendações terapêuticas podem deixar de ser seguidas face as dificuldades para comprar a medicação prescrita. Quando cumpridas, podem adquirir somente os remédios mais necessários ou os que os seus recursos permitem, de modo tal que durem o maior tempo possível. Significa dizer que modificam o modo de ingestão para alcançar tal fim (Mercado, 2002).

Os textos de medicina descrevem a manifestação dos sinais e sintomas iniciais do diabetes (as *polis*) diferente da experiência do indivíduo. Uma série de mudanças corporais e emocionais são notadas por estes, as quais dificultam suas atividades cotidianas. Esse processo de mudança pode ser vago ou bem definido, com duração de dias, semanas, meses ou repentinamente.

A princípio, o diagnóstico é realizado pelos próprios, a partir do contato com outros indivíduos de seu grupo social, por comparação dos sintomas. Dentre as várias técnicas empregadas para confirmar suas suspeitas, Mercado considera três originais:

- 1) urinando no quintal de casa e observando os resíduos (em nossa pesquisa essa técnica também foi mencionada);
- 2) automedicação por três dias com hipoglicemiantes. Os sintomas melhorando, sua desconfiança se confirmaria;
- 3) ingestão de doces e sucos, piorando os sintomas, é sinal de estarem diabéticos.

Porém, 76% confirmaram o diagnóstico através de profissionais de saúde, ao buscar tratamento para os sintomas (sem saber que mal os acometia), ou durante o tratamento de outra doença qualquer.

Para os profissionais de saúde o diagnóstico faz parte da rotina de seu processo de trabalho. Para o indivíduo é um momento de incertezas. Diferentes comportamentos podem ser adotados, indiferença, mais comum aqueles sem qualquer conhecimento ou convívio anterior com a problemática do diabetes mellitus. Ou, em outros casos, experimentam sentimentos de tristeza, medo e desespero. Justifica-se esse comportamento por haver acompanhado de perto a convivência de um parente com a doença, antevendo seu próprio futuro.

As mulheres mostram-se preocupadas com as complicações e com as tarefas de cuidado de sua família, assim como expressaram apreensão pelo futuro de seus filhos e netos pequenos. No caso masculino, o manejo diário da doença interfere no consumo de bebidas alcoólicas, no trabalho e na falta de perspectiva de cura.

Mercado observou que a estratégia mais valorizada por esses indivíduos para atender a sua saúde é a atenção médica. Um número reduzido cumpre todas as suas recomendações. A necessidade de praticar uma atividade física é compensada nos afazeres diários (fazer

compras, caminhar até o supermercado, etc.). Diante da escassez de tempo para si mesmos, caminhar sem uma finalidade aparente (comprar alguma coisa, ir ao trabalho, etc.), lhes parecia inútil (Mercado, 2002; Lopez, 1999).

Como observamos, as diferentes ações são desenvolvidas no cuidado da saúde por portadores de diabetes, desde a medicina popular caseira até a oficial. Porém, se a influencia do saber popular é ampla no manejo diário do diabetes, não podemos negar a hegemonia da medicina oficial.

## CAPÍTULO 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Os sujeitos da pesquisa compõem-se de 29 entrevistados, 16 mulheres e 13 homens. Conforme a Tabela 1 apresenta, nossa preocupação foi equilibrar o número de participantes de ambos os sexos e alcançar diferentes faixas etárias. Pelo menos metade dos entrevistados está na terceira idade, experimenta a sua retirada do mercado de trabalho e a redefinição de seu papel social.

Tabela 2 – Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa quanto ao grupo etário e gênero – Ambulatório de diabetes do IEDE, 2002

<b>IDADE</b>	<b>FEMININO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>TOTAL</b>
30 – 40	1		<b>1</b>
41 – 50		4	<b>4</b>
51 – 60	3	3	<b>6</b>
61 – 70	8	5	<b>13</b>
71 – 80	4	1	<b>5</b>
81 - 90			
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

Observamos que os entrevistados solteiros pertencem exclusivamente ao sexo feminino. Quanto aos homens, a maioria está casada e representa quase o dobro do número de mulheres casadas.

Tabela 3 – Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa quanto ao estado civil e o gênero – Ambulatório de diabetes do IEDE, 2002

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FEMININO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>TOTAL</b>
Solteiro	6		<b>6</b>
Casado	5	9	<b>14</b>
Separado	2	3	<b>5</b>
Viúvo	3	1	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

O envelhecimento, e com este a aposentadoria, significa uma perda salarial e, além de tratar diabetes, realizam acompanhamento médico de outras doenças como a hipertensão, por exemplo. Os relatos de sobrevivência com magras rendas, o malabarismo feito para poder comprar alimentação, pagar contas e múltiplas medicações foram freqüentes. Muitos realizavam tratamento de outras doenças também crônicas em outras unidades de saúde. Os medicamentos, na maior parte das vezes, tinham de ser comprados, pois não encontravam nas farmácias das unidades em que estavam inscritos e, quando por ventura recebiam, além de não receberem toda a medicação prescrita, a quantidade era insuficiente para durar até a próxima consulta. No confronto entre ter de escolher entre as necessidades mais imediatas e a compra de medicamentos, qual das duas costuma ser satisfeita?

*“É, eu tenho a dificuldade, porque pelo motivo do meu salário ser baixo. Eu tenho dificuldade, às vezes, de comprar medicamento(...) Fica difícil pra mim estar gastando com outras coisas, porque eu tô pagando à prazo, né. Eu quero arranjar uma moradia melhor pra mim.”* (3F, 60 anos, Técnica Enfermagem).

Quanto à renda, a grande maioria refere sobreviver com um salário mínimo, sendo complementada com a ajuda de outros membros do grupo familiar. As mulheres relatam uma menor renda, recebendo salários individuais mais baixos em comparação aos homens.

Para algumas, sobreviver é um milagre de Deus, bem resumido nas palavras de 10F, 64 anos, doméstica *“(...) Ele (Deus) tem me ajudado muito. Viver com R\$ 200, 00 não é fácil, entendeu (...) isso aí é um milagre”*. Os homens relatam maiores rendas individuais, chegando, inclusive, a dez salários mínimos.

No tocante ao labor masculino, encontramos funções como mecânico de manutenção, porteiro, técnico de refrigeração ou vigia de shopping. Alguns dos homens aposentados citam a realização de bicos “(...) *pra ver se ajuda a comprar pelo menos os remédios (...) pra quem ganha R\$ 200, 00 reais, não dá*”. (9M, 68 anos, aposentado por invalidez). Entre as mulheres, três dedicam-se exclusivamente as atividades do lar, mas outras seis atuam como passadeira, lavadeira, servente de escola, zeladora, técnica de enfermagem e auxiliar de cozinha.

A ocupação e conseqüente baixa remuneração podem ser entendidas se observarmos a sua escolaridade. Somente dois homens completaram o ensino superior e, dentre as mulheres, dez mencionam ter apenas o primeiro grau incompleto. O menor nível de escolaridade dificulta o acesso a melhores empregos, submetendo-as a funções mal remuneradas. A maior parte das famílias dos entrevistados partilha de condições de vida precária, instabilidade econômica e vivem preocupados devido à: baixa remuneração, ameaça de desemprego, serviços públicos deficientes, a própria situação da(s) doença(s) e outros. Alguns são oriundos de outros estados da federação e citam dificuldades de adaptação a cidade. Como o entrevistado abaixo explica:

*“As situações do dia á dia. (...) A gente tem aquele ritmo: trabalhar para sobreviver é o que a gente aprendeu. Então, se não tá empregado, tá faltando tudo. O coração dispara e até hoje continua. A glicose está super alta. Dificilmente ela controla.*

***M: Mas, hoje o Sr está empregado... – sou cortada.***

*Não, graças a Deus eu tenho emprego. (...) Minha terra natal não é o Rio de Janeiro, minha terra natal é no campo. Eu saí de lá do interior para ter uma vida melhor. A luta do dia a dia é que a gente procura coisa melhor. (...) a gente tem dificuldade no início. Hoje que a gente entrou no ritmo já se torna um pouco mais fácil”. (1M, 45 anos, mecânico de manutenção).*

*“É aquilo que eu te falei da alimentação. (...) (Relata que os produtos dietéticos são caros) Ainda mais pobre assalariado. O diet é bem mais caro, eu nem olho o preço, eu não vou comprar mesmo. Pra comprar alimentação comum já é difícil. (...) “Ah, 200 pra ela dá!” Mas não sabe que eu tiro 100 pra pagar o lote e vivo com 100. Esses 100 eu tiro passagem, remédio e alimentação. Essa semana gastei R\$12, 00 que vim aqui duas vezes”. (18F, 35 anos, zeladora).*

Esses e outros relatos são importantes, pois podem orientar os diferentes profissionais de saúde acerca dos motivos pelos quais determinados procedimentos terapêuticos funcionaram com alguns indivíduos e com outros não. Como veremos no decorrer deste trabalho, o modelo terapêutico transmitido pelos profissionais aos pacientes é, relativamente, padronizado, baseado em dieta, atividade física e medicação. O modelo seguido pelos portadores de diabetes, muitas vezes, sofre ajustes em função de suas dificuldades pessoais, seja financeira, de adaptar a rotina terapêutica prescrita ao seu cotidiano ou de preconceito diante da aplicação de insulina. Examinar e compreender essas experiências poderá ajudá-los a rever seu modo de reagir à doença, alcançar melhores condições de vida e prevenir ou retardar o desenvolvimento de complicações. Quanto aos benefícios para os serviços de saúde, estes poderão ser melhorados, vindo a responder as reais necessidades de seu público alvo, ou seja, os portadores de diabetes mellitus.

Não podemos apresentar a variável da naturalidade por não tê-la incluído antes. Mas percebemos que alguns são provenientes de outros estados da federação. Estes e os mais idosos realizam uma comparação de suas vidas anteriores, seja em sua terra natal ou na juventude, ambas percebidas como mais saudáveis ou menos “estressante”. Não podemos afirmar, mas nos questionamos se essa comparação não estaria sendo feita entre um antes e um depois do diagnóstico de sua doença? Pois esta, em maior ou menor escala, afeta suas vidas e implica em mudanças.

Quanto às opções de lazer, surgidas nas entrelinhas dos relatos de suas vidas cotidianas, a religião, a ida ao culto ou a evangelização de outros de porta em porta, foi apontada como uma delas.

*“Caminho porque eu sou testemunha de Jeová, né, sou crente. Então, tem que sair no campo. Sabe por que sair no campo? A gente bate na casa dos outros pra tudo quanto é lado. São três horas, quer dizer que aí eu já andei muito. Já me ajudou muito. O médico fala pra mim andar bastante”. (4F, 68 anos, do lar)*

Levar de porta em porta a palavra de Deus ao outro é visto como uma obrigação do cristão e uma fonte de prazer. As longas caminhadas pelas ruas do bairro são percebidas como uma atividade física, justificando para os mesmos ser desnecessário dedicar mais horas de seu dia exclusivamente à prática, por exemplo, da caminhada.

## 4.2. REPRESENTAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

### Diagnosticando o Diabetes Mellitus

Cresce a cada dia o número de estudos sobre representações de saúde-doença. Muitos são os autores interessados no tema, porém, Alves & Rabelo (1998) apontam a necessidade de se repensar o estudo das representações sociais e mesmo das práticas em saúde-doença.

No que se refere às características clínicas dos sujeitos da pesquisa entrevistados, as variáveis averiguadas por este estudo dizem respeito aos sintomas iniciais e ao tempo de convivência com a doença. As informações apresentadas na Tabela 4 foram obtidas a partir da questão “*como e quando descobriu ser diabético?*” Situações e sintomas iniciais diversos foram descritos.

Clinicamente, o diabetes é diagnosticado pela investigação dos sintomas e de exames laboratoriais de sangue e urina. A sua identificação precoce é essencial para a redução dos índices de morbidade e mortalidade. Os sintomas iniciais que os sujeitos entrevistados relataram para a busca de atendimento de saúde são: a poliúria; a polidipsia (conseqüência da intensa diurese, acarretando desidratação e sede excessiva); polifagia (sintoma menos relatado, pois o apetite, no imaginário popular, associa-se a idéia de saúde); perda de peso (tabela 4). A tabela abaixo apresenta apenas o primeiro sintoma citado pelos sujeitos da pesquisa. Por esse motivo temos apenas 29 sintomas e excluímos uma combinação de mais de um sintoma.

Tabela 4 – Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa quanto aos sintomas iniciais e o gênero – Ambulatório de diabetes do IEDE, 2002

SINTOMAS	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Coceiras Vaginais	3		3
Emagrecimento	1	3	4
Exames Pré-operatório	3	1	4
Outros*	6	5	11
Polidipsia	2		2
Poliúria		1	1
Tremedeira	1	1	2
Visão turva		2	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

\* inclui outros sintomas relacionados ao estado emocional.

O emagrecimento e os exames pré-operatórios foram os mais citados. O emagrecimento, um dos sintomas que mais preocupa a esses indivíduos, pode referir-se tanto a uma má alimentação, quanto representar um sinal de estar doente.

A categoria outros foi composta por sintomas classificados pelos entrevistados como relacionados a um estado emocional, uma preocupação com família e/ou trabalho; a perda de parente e o tratamento de outras doenças. O diabetes seria, então, o resultado de marcantes experiências emocionais, ocasionadas por problemas do cotidiano. Dessa perspectiva a causa da doença não é identificada como o resultado de uma alteração orgânica, mas expressão de uma série de dificuldades e problemas da vida diária.

A polidipsia, entendida como um comportamento incomum por uma das entrevistadas, fez com que buscasse atendimento médico.

*“(...) por dia eu acho que bebia uns 12 copos de água, daqueles duplos. E foi assim que eu descobri. Aí fui no médico perguntar a ele. “Que é que a gente tinha que bebia tanta água?” (...) Ele disse “Diabetes. Você está com diabetes e está bem alta, porque se você está bebendo essa quantidade de água por dia, é porque está bem alto a sua glicose”. Fui fazer estava com 250” (8F, 73 anos, aposentada)*

A pergunta inicial do roteiro de entrevista, *como e quando descobriu ser diabético(a)?*, tinha por objetivo identificar os sintomas iniciais e o tempo de convivência com a doença. O reconhecimento do diabetes é dificultado, seja por um desconhecimento, ou pela própria evolução gradual das complicações crônicas. Devido a sua evolução silenciosa, o indivíduo sente dificuldade para afirmar o momento exato em que desenvolveu a doença. O entrevistado 17M, 66 anos, aposentado, descreve sua experiência inicial da seguinte maneira:

*“Por acaso. Comecei a urinar muito e comentar com pessoas mais idosas e tudo. Então, eles me aconselharam a procurar o médico, porque deve ser diabetes. (...) Pra mim eu achava aquilo normal, porque eu bebia muita água”.*

Outros entrevistados, do mesmo modo, não relacionaram os sintomas iniciais ao diabetes, confundindo-os com um mal estar súbito ou de estresse: cansaço, sonolência, fraqueza ou irritabilidade. Um fato que convém não perder de vista é a convivência de alguns

com outras doenças crônicas, cujos sintomas são de igual ou maior intensidade que o diabetes mellitus.

Apenas dois entrevistados, 24M, 46 anos, vigilante de shopping e 25M, 60 anos, aposentado, foram capazes de estabelecer essa associação. O primeiro por ter mãe e tias diabéticas aponta:

*“sintoma de diabetes qual é? Sede e ir no banheiro a toda hora. Então, eu descobri (...) Aí eu fui no PAM lá do Méier, comecei a emagrecer, né. (...) fiz uns exames, esperei (...) eu sabia. (...) Eu conheço essa doença porque minha mãe e minha tia são diabéticas”.*

No caso de 25M, 60 anos, aposentado, devido a um maior conhecimento acerca da doença, o seu nível socioeconômico e o fato de ter um cunhado médico, ao pegar o resultado de alguns exames e observar a taxa de glicose alterada, desconfiou da situação.

*“Quando eu recebi essa notícia de que eu tava diabético, aliás, quando eu vi o exame, eu já desconfiei, tá. Porque o nível tava muito alto da glicose. Quando eu tive a confirmação, eu pensei foi o seguinte “Bom, vou entrar no tratamento. Vou fazer o tratamento pra melhorar. Aí comecei a fazer o tratamento, consegui normalizar. Em 6 meses de tratamento tava tudo normal. De lá pra cá nunca mais passou do normal, a glicose.”*

Se alguns receberam, a primeira vista, o diagnóstico da doença com serenidade e a missão de ser mais um aspecto diário a ser cuidado, outros não. Para 23F, 61 anos, doméstica, foi motivo de grande revolta. A entrevistada inicia falando de uma cirurgia de mama no hospital de oncologia, do tratamento, da alta, da sua volta ao trabalho e das primeiras férias, após a cirurgia. Em sua cidade natal onde foi visitar a família, após um grande consumo de manga, ingerir muito guaraná, os primeiros sinais se manifestaram: coceiras vaginais.

No decorrer de sua fala compreendemos sua linha de raciocínio. Durante tratamento oncológico, nas conversas de sala de espera, o senso comum do grupo era que o processo de tratamento desencadearia o diabetes mellitus. A usuária questionou o profissional de medicina que acompanhava o seu caso, o qual desmentiu haver qualquer relação entre o tratamento de câncer e o início do diabetes. Quando se descobriu diabética sentiu-se traída pelo médico, tendo uma reação negativa ao diagnóstico.

*“ele disse “agora você já é diabética!” Ah, mas eu briguei tanto com esse médico! Eu chamei ele de mentiroso! Porque, antes disso, as mulherada, você deve saber como é que uma mulher é (...) elas sempre diziam lá que quando a gente terminava de fazer esse tratamento, virava diabética. Aí eu perguntei pra ele “É verdade que quando a gente termina de fazer uma operação dessas, a gente vira diabética?” “Não tem nada haver!” (...) E quando aconteceu isso comigo, aí eu chamei ele de mentiroso. “Doutor, o senhor é mentiroso, o senhor me mentiu. O senhor roubou a minha confiança!” Ah, eu disse tanto desaforo pra ele. Ele deixou eu falar, chorar, depois (...) ele foi me explicar que o diabetes vinha de mãe e de pai, minha avó, da minha tataravó (>>>) Não foi devido a operação.” (23F, 61 anos, doméstica)*

Quando estimulada a recordar o momento inicial do diagnóstico, recomeça a chorar profunda e sentidamente. Relata que a doença acabou com a sua vida e que não tinha prazer em mais nada. Conforme narrava suas emoções, ainda hoje, oito anos depois, podemos sentir a profunda tristeza por haver se tornado portadora de diabetes.

Quanto ao tempo de convivência, cinquenta por cento dos usuários entrevistados convivem com o diabetes por mais de dez anos. Acreditamos que, nos primeiros tempos, quando ainda não possuíam informações acerca da doença e pouca experiência com a mesma, esses indivíduos procuravam seguir mais de perto as prescrições recomendadas. Com o passar dos anos, vão se tornando mais confiantes e aprendendo a conhecer e a identificar melhor os seus sintomas. Esses indivíduos vão ganhando na experiência cotidiana o status de *“experts quanto à identificação, seleção e o uso das alternativas (...) segundo cada um dos problemas, experiências e recursos disponíveis”* (Mercado, 2002: 315). Passam, então, a manejar melhor as orientações recebidas frente a sua situação socioeconômica e pessoal.

### **Explicando o ser diabético: “a origem da doença”**

A percepção do diabetes como uma doença de evolução silenciosa foi identificada por alguns, como *“um negócio que é sorrateiro, né. A gente não sente, ela vai...”* (27F, 60 anos, servente de escola). Os sintomas se manifestam sem que esses indivíduos se dêem conta e se

fazem presentes quando atingem, nas palavras de 25M, 60 anos, aposentado, “*um grau muito elevado*”.

Interessava-nos conhecer quais informações detinham acerca da doença de que eram portadores, uma de nossas perguntas era “*por que achavam que tinham se tornado diabéticos(as)?*”. Através desta e de outras questões, poderíamos ter uma melhor compreensão do momento do diagnóstico e conhecer as práticas adotadas no cuidado de sua saúde.

Quando verificamos as explicações do por que haviam se tornado diabéticos, dois padrões de resposta se destacam: uma ausência de conhecimento e outra relacionada a um estado emocional. Dez entrevistados (6 mulheres e 4 homens) não souberam dizer o motivo de haver desenvolvido a doença. Muitos não tinham antecedentes na família ou nunca souberam de algum caso. Três entrevistadas, ao menos, conheceram seus pais e, por isso, ignoravam se entre os parentes haveria algum portador de diabetes.

*“Não sei. Porque na minha família não existe nenhum caso de diabetes, só eu. (...) Eu não conheci meu pai, não conheci minha mãe. Nós somos 9 irmãos, ninguém tem problema. Eu sou a primeira que apareci com esse problema”.* (12F, 66 anos, aux. Cozinha)

*“Não sei. Diz que é de família. Eu não conheci meus pais. Meus pais morreram eu tinha 9 meses. Eu não conheci, fui criada por tios, por madrinha, né”.* (22F, 73 anos, pensionista)

O estado emocional foi bastante valorizado pelos entrevistados, quer como fator desencadeante, seja no controle da doença. As respostas foram as mais diversas: problemas familiares, financeiros, desemprego e o próprio estado emocional do indivíduo. Ser emotivo é tido como fator responsável por desenvolver o diabetes.

*“Eu não sei. Assim, o susto que eu levei, que foi muito grande, né, da morte do meu filho. (...) Ai então, eu não sei se foi por isso, pela morte do meu filho que eu me tornei diabética”.* (3F 60 anos, técnica enfermagem)

*“Olha, eu não sei se era nervoso. Qualquer coisa me preocupava, entendeu. Tinha muita preocupação com os filhos, com o neto, entendeu. E foi isso que...eu acho que a minha diabetes é emocional. As vezes eu tô calma e tudo, não sinto nada”. (5F, 68 anos, do lar)*

Dois entrevistados justificaram a doença à acidentes de trânsito. Um simplesmente citou que diagnosticou ao chegar à emergência e o outro devido ao tempo de internação e tratamento.

*“(...) deve ter sido causado porque eu sofri esse meu acidente de motocicleta. Fiquei um ano e dois meses internado. Ela [a médica] falou que talvez fosse por causa da minha emoção que eu tinha diabetes emocional, entendeu? E, de repente, também por medicamentos que eu tomei muito, né. E talvez tenha sido por isso”. (26M, 50 anos, aposentado)*

*“Olha eu não tenho explicação. Eu só sei que eu sofri um acidente de carro e quando eu fui pro hospital, eu estava diabético. Eu fiquei lá internado, fiz uma bateria de exames. Me disseram “Você é diabético!”” (16M, 65 anos, aposentado)*

Um dos objetivos deste estudo foi o de observar as diferenças entre as experiências femininas e masculinas com o diabetes. Em seu estudo Lopez (1999) já sinalizava com a possibilidade de observar os resultados, não só desde a ótica do sexo, mas também desde uma perspectiva de gênero. Para a autora esta perspectiva possibilita analisar as formas simbólicas que a cultura utiliza para institucionalizar a diferença entre homens e mulheres.

A respeito dos motivos de terem se tornado diabéticos, os homens estabelecem uma relação com o mundo da rua e do trabalho. A esfera doméstica se mostrou um domínio predominantemente feminino. Todavia, o entrevistado abaixo foi exceção:

*“Eu tornei diabético devido a problemas sociais. Eu tive problemas particular que eu fiquei muito tenso, muito nervoso. E, aquilo eu acho que teve... pra mim a causa foi aquilo. Pra mim foi aquilo! Porque se minha família não tem ninguém, eu sendo uma pessoa calma, tranqüila,*

*nunca tive envolvimento com nada. Só que eu sempre gostei de trabalhar, ter minhas coisas muito certas. O único problema particular de família, houve um descontrole familiar que me chocou muito e daí pra cá foi aquela agonia, pra mim foi a causa do meu diabetes”. (14M, 67 anos, aposentado).*

A hereditariedade foi lembrada por alguns entrevistados. Nesse caso, a doença seria um presente ou um prêmio. Os entrevistados são os primeiros casos conhecidos na família de diabetes:

*“É hereditário. A minha mãe era diabética. Graças a Deus eu fiquei com a doença dela. Porque meus irmãos são muito pobres, mais do que eu. Vivem na roça. Se são, talvez nem sabem”. (13M, 59 anos, Técnico Refrigeração).*

Alguns entrevistados atribuíram a culpa pelo início do diabetes aos seus hábitos alimentares, com o consumo abusivo de bebidas doces, sucos, refrescos e refrigerantes.

*“(silêncio) Aí é que eu não sei lhe responder. Eu era uma pessoa que eu comia muita comida gordurosa, mocotó, rabada, feijoada. Sempre fui chegado a essas comidas. Hoje em dia não posso comer nada disso” (21M, 49 anos, vigia).*

*“Eu acho não, eu sei porque. Porque eu sempre fui, perdão da expressão, “tarado por doce!” (frisa). Eu sempre comi muito doce, mas muito mesmo. Tomava sorvete, comprava aqueles potes de 2 litros de sorvete. Sorvete, lá em casa, a minha mulher quase não tomava, o meu filho também não ligava, quem tomava era eu”. (25M 60 anos, aposentado)*

Um cardápio rico em carboidratos e gorduras seria percebido como um sinal de qualidade de vida e boa alimentação. Por isso não é difícil entender, como veremos adiante, a

dimensão que a alimentação assume como uma das dificuldades do tratamento. O início da doença tem relação para seus portadores, mais do que uma explicação biomédica, a especificidade de suas histórias e experiências pessoais.

### **Conhecimentos acerca da doença**

Deste subitem fazem parte os conhecimentos, idéias e crenças acerca do diabetes. São respostas construídas a partir de suas histórias pessoais e das circunstâncias em que vivem. Entendemos que estas informações mudam não só com o passar do tempo, mas na interação com outros sujeitos - profissionais de saúde ou não.

A resposta a questão “*o que sabe sobre diabetes?*”, a maioria, em um primeiro momento, respondia “*não saber*”. Após alguns momentos de reflexão seus saberes iam aflorando. Produto de suas próprias experiências, observações, somadas às informações adquiridas das mais variadas maneiras: participação em grupos educativos, orientações médicas, materiais impressos por laboratórios, cartazes expostos nos serviços de saúde por onde andam em peregrinação, programas de rádio e/ou televisão foram os mais citados.

Para alguns, os grupos educativos aparecem como uma atividade positiva. Contribuem para se informar e aprender sobre a doença da qual são portadores e com a qual terão que conviver pelo resto de suas vidas. É necessário

*“conviver com o diabetes sabendo [ter] um parceiro , sabendo [ter] que cuidar dele (...) ter de olho nele pra ele não me pegar de surpresa”*  
(14M, 67 anos, aposentado)

Entendemos que, se inicialmente os entrevistados respondiam não saber nada a respeito do diabetes, isso não significa que, de fato, não detenham informações sobre o mesmo. A visão da doença como “*um parceiro*”, “*um amigo*”, “*como algo eu tenho que cuidar*” e que “*não tem cura*” denota a consciência de sua cronicidade e incurabilidade. O cuidar visa manter o controle e evitar o desenvolvimento de suas complicações.

Os entrevistados mencionaram participar de grupos realizados no ambulatório, por algum participante da equipe de profissionais do instituto (principalmente da enfermagem),

quando comparecem as consultas médicas. Outros citaram receber algum tipo de material informativo, publicação impressa por algum laboratório, em casa. Demonstram o interesse por programas de televisão que aborde questões relacionadas à saúde e ao diabetes em particular.

*“Hoje eu vou até assistir o globo repórter, porque vai ensinar um negócio da banana verde pra diabetes e pro colesterol. Aí eu vou assistir (...) aí eu vou assistir pra ver. (...) essa banana verde eu vou ver como é que é”. (5F, 68 anos, do lar)*

*“Aí depois eu procurando saber, leio. Vinha um jornalzinho pra mim, de 3 em 3 meses, de São Paulo, Bom Dia. Eu fiz associação lá no PAM São Francisco Xavier. Aí eles mandaram (...) até hoje” (6M, 51 anos, porteiro).*

*“Conforme eu sempre participei de palestra, tomei conhecimento de que o diabético ele tando compensado, ele pode viver bem, igual a qualquer ser humano, entendeu? (...) As palestras, então, pra mim foram muito importantes. Eu nunca recuso uma palestra. Sempre tô presente na palestra dando a minha contribuição, o meu conhecimento, passando para algumas pessoas que, por ventura, não tenham esse conhecimento. Talvez não participe de palestra” (14M, 67 anos, aposentado).*

No contexto desta questão (*o que sabe sobre diabetes?*) a alimentação se fez muito presente, sendo citada por ambos, mulheres e homens. O sentimento dos entrevistados em relação a dieta é de proibição e perda. Somente um entrevistado expressou uma disposição afetiva positiva:

*“No meu caso, eu conheço um sentimento de substituição. Eu deixo de comer o que eu não posso e passo a comer outras coisas que eu posso. (...) Eu faço (frisa) sobremesa diet. (...)Eu posso comer sobremesa normalmente, pra mim satisfaz plenamente. Então eu adotei um sistema de substituição. Se eu não posso comer um doce normal, eu como um doce diet, mas que eu faço”. (25M, 60 anos, aposentado)*

As complicações, muito valorizadas, seriam desencadeadas devido ao precário controle da doença e dos elevados níveis de glicose no sangue. A amputação de membros inferiores, as complicações oftalmológicas e o coma foram bastante citados.

A história de um dos entrevistados que correlacionou a perda da visão ao diabetes, nos remete ao apontado por Mercado (1992). Relata que ingeria a medicação somente visando a realização do exame de sangue. Quando os resultados apresentavam-se normais, suspendia o remédio. O próximo resultado, como seria de se esperar, vinha alterado e, então, reintroduzia a medicação. Segundo o entrevistado estava seguindo rigorosamente as prescrições médicas. Pessoas de seu entorno, familiares, amigos e/ou conhecidos também portadores de diabetes, alertaram-no que

*“E: “Não, não tem que ser assim, não. Procura um hospital ou vai num outro médico. Isso aí tem que dar continuidade. Tem que tar sempre tomando esse remédio.” Aí pessoas que tinha lido, que liam muito sobre isso, começou a me explicar, explicar. O meu filho já tava mais entendido nisso “É pai, não pode ser assim, não!” Aí fui procurando saber, saber, vim pra qui. Aí, pronto! Aqui já engrenou o tratamento certo.” (17M, 66 anos, aposentado)*

A desinformação, somada à ausência de sintomas leva, muitos dos portadores de diabetes, a abandonar o tratamento. Somente irão retomar o acompanhamento ambulatorial quando uma de suas complicações se manifesta.

***M: O senhor disse que foi medicado e fez a dieta. Como a diabetes baixou, o senhor não voltou mais ao médico. Mas a dieta e o remédio, o senhor também abandonou?***

*E: Abandonei. Mas isso daí eu atribuo a uma falta de informações que não me passaram, entendeu? E, não é que nem aqui que, tem cartaz por tudo quanto é lado que, você fica sabendo do que você tá tendo, dos sintomas e deixei. Deixei, sentia bem, não acontecia nada. Foi agravando, chegou uma hora (...) muito cansaço, emagreci bastante.*

***M: Esse primeiro médico era particular ou era público?***

*E: Era público”. (26M, 50 anos, aposentado)*

Outros entrevistados mencionaram a existência de dois tipos de diabetes, um menos severo do que outro. O tipo mais brando possibilita ao seu portador alcançar o controle da doença com dieta, atividade física e hipoglicemiante. O tratamento é realizado, então, visando a evitar a prescrição de insulina. Quando o indivíduo atinge este estágio, desenvolveu um tipo de diabetes considerado grave e, pode desenvolver, de um momento para o outro, uma de suas complicações. Quando se inicia a terapêutica com insulina, em seu imaginário, é porque há uma maior concentração de açúcar no sangue e uma maior dificuldade para normalizar a glicose.

## 4.2. TRATANDO O DIABETES MELLITUS

### 4.2.1. Da Medicina Popular

Neste subitem buscaremos responder “como os portadores de diabetes têm se tratado”. A questão aberta lhes possibilitava enumerar, possivelmente por ordem de importância (quem sabe de dificuldade), as ações desenvolvidas no cuidado de sua saúde.

Desde a ótica da antropologia, pensar a questão do tratamento é aceitar a possibilidade do uso de diferentes recursos terapêuticos disponíveis em nossa sociedade. Para Alves & Souza essa escolha é influenciada pelo contexto sociocultural, onde cada indivíduo encontra uma maneira para resolver seus problemas de saúde. Não há um padrão único de comportamento, utilizando-se de uma ou mais alternativas que alivie o seu sofrimento. Somente após haver escolhido “*é que o indivíduo começa a interpretar a sua situação, suas ações e o estado de coisas*”. (Alves & Souza, 1999: 134).

Os usuários, então, recorrem a três tipos diferentes de terapêutica, simultaneamente ou não, sendo a medicina oficial a mais utilizada. Porém, os entrevistados, não descartam o uso da medicina popular e suas ramificações, a caseira e a religiosa (Queiroz & Puntel, 1997).

#### Da Medicina Caseira

A medicina caseira diz respeito ao uso de chás e ervas medicinais, assim como de simpatias ou qualquer outro meio compartilhado entre os seus iguais. Todo tipo de receita preparada em casa, com ervas ou outros produtos é qualificada como medicina caseira. Quase todos os entrevistados demonstraram conhecer diferentes chás e outras receitas “*muito boas*” para controlar o diabetes, como as abaixo mencionadas:

*“E: (...) Já tomei insulina hoje, já tomei o chá. Eu tomo também a pata de vaca dentro do álcool, né. É eu tomo pata de vaca. Faço aquela garrafa, tomo 15 gotas em meio copo de água. Ai ajuda também. Eu só tomo esse, a pata de vaca e a insulina.*

**M: Quem ensinou pra senhora a pata de vaca?**

*E: Ah minha filha, foi uma vizinha que eu tenho. (...) Garra ela, pica, bota dentro litro álcool e deixa. Ai, daqui a três dias, ela tá dessa cor*

*aqui (aponta para o verde). Aí vai botando aquelas 15 gotas dentro de ½ copo de água e toma a hora que a gente quiser”. (4F, 68 anos, do lar)*

*“Às vezes, eu faço chá de pata de vaca, chá de Jamelão, chá dessa folha de insulina. Eu levei um pezinho até daqui uma vez. Tinha ali num cantinho do muro. Eu tirei uma mudinha, levei, pegou. Mas, quem disse que eu tomava? Tomava nada! Sei lá, não gosto de chá”. (5F, 68 anos, do lar)*

As receitas caseiras, segundo os entrevistados, têm as suas vantagens, por ser um remédio considerado “*natural*”. Mas a rotina do preparo pode desestimular o seu uso contínuo. Obrigação por obrigação, tendem a cumprir o tratamento médico oficial.

*“Me ensinaram também tomar pepino. Pegar de um a sete, bater no liquidificador e tomava aquilo. Chegava nos sete, quando chegasse nos sete, no outro dia voltava até chegar a um. Pro diabetes, pro diabetes. Uma simpatia do pepino pro diabetes. Tá vendo que eu vou fazer? Primeiro que eu não sou, olha só, como é o nome que se diz, eu não sou desse negócio de rotina”. (10F, 64 anos, doméstica)*

*“E: (...) me falaram do tremoço. Deixa de molho 3 dias em água filtrada na geladeira, um punhado em ½ litro, pra baixar a glicose. Ele é um pouquinho amargo depois que põe de molho. (18F, 35 anos, zeladora)*

Aqueles que, em algum momento de sua carreira de portador de diabetes, fazem (ou fizeram) uso dessas receitas, buscam, esperançosamente, controlar a taxa de glicose no sangue e diminuir a quantidade de remédios ingeridos. Com esse intuito, os entrevistados dizem que

*“Ajuda, ajuda sim. Foi justamente por isso que eu pensei... Ele tava alto, mas não fazia abalo nenhum! Eu tava normal. Ele tá alto, mas eu tô normal”. (4F, 68 anos, do lar).*

*“(...) Teve um mês que eu não pude comprar o remédio e não fiz o chá. Cheguei aqui a glicose estava 109. Se fosse o caso do meu diabetes ser muito alto, teria subido sem remédio”. (18F, 35 anos, zeladora).*

Alguns dos sujeitos da pesquisa iniciaram o uso de plantas medicinais por indicação de um amigo, vizinho ou parente portador de diabetes. Alguns mencionaram haver diminuído a quantidade do medicamento prescrito pelo médico para testar a eficácia das ervas. O resultado do exame de sangue é o indicador da sua eficiência. Há aqueles que nunca se valeram desse recurso para lograr o controle do diabetes. Seja por considerar amargo ou pela convicção incondicional nas prescrições médicas.

*“Olha, eu já bebi uma erva, uma chá... bajuru. Tomei, não aconteceu nada, aí não tomei mais não. Ficar tomando coisa ruim, com gosto horrível e você não vê efeito nenhum. (...) É isso aí eu só tomo o remédio aqui do hospital, mais nada. (...)”.* (26M, 50 anos, aposentado)

O não saber identificar os diferentes tipos de ervas e a possibilidade de utilização de alguma prejudicial à saúde, faz com que se deva evitar o seu consumo.

*“(...) há um perigo de você pegar uma erva dessas qualquer, indicada por um vizinho, e te dá uma complicação. Isso tem a beça. As pessoas que não, elas não cuidam, não visam muito isso, entendeu. “Ah, porque a minha vó que fazia!” Isso é errado. A pessoa tem que ter consciência disso. (...) Às vezes naquelas ervas de insulina tem outra erva aí. Cria uma erva daninha qualquer que tu, sem querer, mistura no chá, e aí? Vai te atacar o fígado, vai te atacar o que for, vai te dar uma alergia braba”.*  
(26M, 50 anos, aposentado)

Observamos que o recurso a esse tipo de tratamento é utilizado no momento inicial, ao diagnosticar a doença. Mas, devido as razões expostas, tendem, pouco a pouco, a diminuir ou abandonar o seu uso.

### **Da Medicina Religiosa**

No caso da medicina religiosa, esta se revelou como espaço de solidariedade e compreensão nas questões ligadas ao convívio diário com a doença. Os entrevistados encontram um ouvinte sensível que, se não pode dar uma explicação científica para o que lhes

acontece, contam, ao menos, com alguém com um estado de espírito predisposto a escutá-los. A ajuda material, para a compra de remédios, por exemplo, é outro recurso que encontram entre seus companheiros de religião.

***M: A Igreja ajuda a senhora? Lhe dá apoio?***

*E: Se pedir dá. Eu que tenho vergonha (...) todo mundo dá. (...) vai na casa da gente, conversa. Eles são muito bom, muito legal com a gente. (...) Tem muita gente que não gosta, não. Mas tem um pessoal tão bom, tão compreensivo. Se eles chegar na sua casa (...) e você disser “Ai, eu tô com uma dor de cabeça!” Minha filha, daqui a pouco tem três, quatro. Uma vai lavar, a outra vai passar, a outra vai fazer o seu almoço, outro vai na rua”. (4F, 68 anos, do lar)*

O recurso à religião não visa igualar-se ou competir com a medicina oficial, ao contrário, tem sim uma relação de complementaridade. Podemos observar na sociedade, com o crescimento e o fortalecimento das igrejas evangélicas, a importância que os cultos religiosos adquirem na vida dos indivíduos:

*“Porque a tranqüilidade dá tudo (...) hoje eu tenho muito, muito mesmo! Hoje ele vem comigo aqui, ele vai na Universal (...) porque ele não ia! De jeito nenhum”! (20F, 60 anos, aposentada).*

Os cultos atuam como um elo de união entre o casal, que passaram a freqüentar juntos a mesma igreja. A menção a Deus como fonte de apoio e suporte para as dificuldades do cotidiano no relacionamento com familiares, vizinhos, trabalho, no próprio manejo da doença foi constante.

*“Agora eu tô admirada que ela tá com essa coisa toda e, graças a deus, tô bem. Eu nunca fico assim. Quando ela tá alta, eu não fico assim, não. Já é por Deus mesmo” (4F, 68 anos, do lar).*

A intervenção divina seria a responsável pelo bem estar, apesar de todo o mal estar sentido pelos múltiplos problemas de saúde. Outros esperam fervorosamente o momento em que Deus opere um milagre em suas vidas, “*Só Deus cura. Isso aí, médico nenhum dá volta. É uma doença miserável, sabe?*” (28M, 75 anos, aposentado). Ou:

*“Porque Deus querendo tem, né! (...) Eu acho que mais fé tem que ter em Deus. Porque se não for Ele, nada nós podemos fazer” (7F, 74 anos, do lar).*

*“Eu tenho vontade de ficar boa. Mas não fica! Não fica. Os médico já falou isso. De repente os médico também não é Deus. Quem sabe, quem sabe é Deus”. (15F, 67 anos, pensionista).*

Em alguns momentos a questão religiosa se mostra contraditória. Ao mesmo tempo em que Deus tem o poder de curar qualquer pessoa pela fé, por outro lado, nem todos são merecedores desse milagre.

*“Olha a gente tem que ter noção. Eu sou evangélica. Tem muita gente evangélica, a fé muito grande, fala assim: “Eu tô curada! Vou parar meus remédios!” Aí joga os remédio tudo fora. “Deus me curou!” E morre de diabetes. Porque Deus fala. Mas não é assim, não. Deus só cura quem tem que ser curado, entendeu? Não adianta pegar meus remédios e jogar fora. Eu tanto tenho fé que eu já te contei muita coisa de fé. Mas tem que ser uma coisa concreta. Tem que ser uma coisa que você saiba que é..., entendeu. Se amanhã tocar fundo no meu coração, que eu veja que Deus tá dizendo que você está curada? Eu jogo meus remédios fora! Com certeza”. (10F, 64 anos, doméstica)*

O depoimento acima aponta um conflito de idéias, onde a doença pode representar uma provação na vida de seu portador. *“Porque nem tudo Deus cura, nem tudo. Porque tem coisas que você tem que ter, tem que passar por aquilo” (10F, 64 anos, doméstica).* Uma mistura de sentimentos, fé, esperança e a consciência da cronicidade do diabetes se confundem durante a entrevista. Porém, percebemos que, apesar de dizer ser a doença incurável, ela própria jogará sua medicação fora caso Deus lhe envie um sinal de estar curada.

A diferença entre homens e mulheres ficou bem demarcada nesta questão. Partiu, com mais freqüência, das mulheres a menção na confiança em Deus e em que Este as cure. Comparecendo aos cultos, orando em seus lares ou *“saindo no campo”* para levar a Sua palavra, têm a certeza de que suas preces serão atendidas. Enquanto esse favor não é

concedido por Deus, pelo menos demonstram o efeito tranquilizador e estimulante para seguir adiante na luta diária.

*“Deus é muito bom! Eu acho que Jesus é uma coisa muito importante na vida da gente. Quem sabe se um dia ele vai dizer “Filha, você está boa!” E eu estou boa! Então, eu acredito sempre Nele”* (20F, 65 anos, aposentada).

Os homens se reconhecem e se valem do apoio divino no seu dia a dia, guardam para si esse sentimento, não exteriorizando-o tão freqüentemente como as mulheres. Mencionam, vez por outra, um tímido *“Graças a Deus”*.

A religião seria, então, um meio segundo Oliveira & Romanelli (1998) de aliviar o impacto negativo da doença. Se não evita o sofrimento, dota de sentido e significado os acontecimentos da vida do indivíduo.

#### **4.2.2. Da Medicina Oficial**

O tratamento do diabetes mellitus tem por objetivo o controle metabólico e a prevenção de suas complicações crônicas. Com isso os sintomas podem ser aliviados, as doenças associadas cuidadas e a mortalidade reduzida. Para alcançar tais objetivos diferentes estratégias são traçadas e introduzidas segundo a resposta de cada indivíduo: a educação em diabetes, a automonitoração, aliadas a um plano alimentar e de atividade física.

A dieta é essencial ao controle metabólico e a redução de peso, no caso de obesidade. O controle alimentar é peça fundamental no tratamento do diabetes. Sem o mesmo, persiste um estado de desequilíbrio com: aumento de peso, teor de gordura no sangue, aumento da glicose e do ácido úrico.

O exercício físico contribui para o emagrecimento, o combate ao sedentarismo e a baixa dos níveis de glicose no sangue. Essas medidas podem evitar a evolução das complicações mais freqüentes: retinopatias, neuropatias, nefropatias, macro e microangiopatias. Os trabalhos a respeito de idosos têm frisado a importância do plano alimentar e da prática de uma atividade física (Mendes, 1996; Guimarães & Takayanagui, 2002) para a melhora da qualidade de vida deste segmento populacional.

O manejo da doença é complexo e solicita de seu portador atenção no cuidado dos pés, além do abandono de hábitos considerados não saudáveis pelos profissionais de saúde - o

tabagismo e o etilismo. As entrevistas apontaram que reorganizar o estilo de vida<sup>6</sup> pode (ou não) ser uma missão árdua. Alguns dos sujeitos da pesquisa mencionam conflitos pessoais, porque conviver com uma doença crônica envolve uma rotina de cuidados diários. A mudança no estilo de vida, por vezes, é negociada visando ao menor custo emocional, físico e financeiro. Um único entrevistado, com maior renda familiar e nível educacional, manifestou certo conhecimento do limite de seu corpo no cuidado cotidiano. Trouxe uma consciência de limite imposto pela doença. Naturalmente, é incontestável que preferia não ser diabético.

*“A única coisa que eu posso dizer é que, embora possa parecer uma coisa absurda, foi bom pra mim descobrir que eu sou diabético. Por quê? Porque eu me obriguei, me eduquei a fazer a dieta, a fazer exercício físico. Pra quem pesava 84kg, não tinha ânimo pra fazer mais nada, tava mole, tava preguiçoso, tava dormindo e comendo. Eu me transformei numa pessoa que eu durmo normalmente. Não vivo com sono como eu vivia antigamente. Eu vivia com sono, agora não. Eu faço a minha caminhada, gosto, passei a gostar. Até quando não faço, até sinto falta da caminhada, do exercício físico. Me sinto bem, tenho ânimo” (25M, 60 anos, aposentado).*

O tratamento do diabetes proporcionou, então, uma busca de uma melhor qualidade de vida e saúde. Relatou ter reestruturado profundamente seus hábitos alimentares e passou a praticar uma atividade física.

Questionados do por que se deve tratar o diabetes, os entrevistados justificam ser esta uma doença que acarreta “*problemas sérios que dá, né. De amputação de perna, de braço, de tudo (...) tá arriscado a entrar em coma*” (20F, 65 anos, aposentada). As complicações pairam ameaçadoras sob suas cabeças, prova disso foi ter sido mencionadas por todos.

As entrevistas demonstraram quanto os aspectos dietético e medicamentoso do tratamento estão condicionados aos recursos financeiros. Cabe lembrar o perfil socioeconômico dos entrevistados, vivendo em constante tensão frente ao desemprego, baixa remuneração e a realização de bicos para citar alguns aspectos. Assim, tanto a compra de

---

<sup>6</sup> É preciso relativizar o uso do termo para não culpabilizar o doente por sua própria doença. A teoria do estilo de vida compreende a doença como resultante do modo de vida dos indivíduos (Barreto & Carmo, 1992). Diferentes ações são estimuladas visando a uma vida chamada de saudável com um plano alimentar, físico e sem elitismo e tabagismo. Mas é preciso vigiar e evitar qualquer emissão de julgamento moral e respeitar as opções individuais.

remédios, quanto de produtos dietéticos, se vê limitada pelos seus vencimentos. Não é demais recordar que, parte dos entrevistados, é portador de outras moléstias que exigem cuidados específicos.

O preparo das refeições, por exemplo, para além da preferência pessoal por determinado alimento, a tentação pelo “*proibido*”, envolve o âmbito doméstico e a “*chateação de fazer uma comida diferente pra cada um. Porque um não come isso, outro não come aquilo*” (19F, 71 anos, aposentada). O cansaço de comer sempre a mesma coisa, a carne de frango, por exemplo, por ser o mais barato, é outra queixa freqüente.

*“Certamente, a gente que é pobre, com esse salarinho que a gente ganha, a gente não pode fazer um ... Fazer um.... como é que fala.... dieta. Não pode fazer certamente, porque a gente não pode comer de tudo. Porque eles fala que é barato comer negócio de verdura, essas coisas assim. É barato, é verdade. Mas a gente enjoa, se enjoa. Ainda mais eu sou uma pessoa assim (>>>) Comer só peixe ou peito de galinha. Uma coisa que eu não gosto de peito de galinha. Eu detesto aquilo. Não gosto. Como assim pra cumprir a dieta, porque o sangue tá ruim” (28M, 75 anos, aposentado).*

Aqueles com melhor renda familiar relataram seguir as prescrições recomendadas. Ou seja, tentam combinar os alimentos; evitar comidas pesadas e gordurosas; maior consumo de frutas, legumes e verduras; cortar ou diminuir doces, frituras e bebidas alcoólicas. Sem dúvida, o poder aquisitivo favorece o cuidado com a quantidade e a qualidade da alimentação como exemplificado nas palavras deste entrevistado

*“É claro que se a pessoa não pode escolher o que vai comprar pra comer, fica difícil financeiramente. Financeiramente fica difícil. A pessoa pra fazer esse tipo de dieta tem que escolher” (25M, 60 anos, aposentado).*

O equilíbrio nutricional exigido pelo diabetes pode entrar em conflito com um código de valores de classe. Alimentos leves, pouca gordura e emagrecimento podem ser reconhecidos como um estado de doença e fraqueza. O depoimento que se segue ilustra, claramente, tais valores:

*“Se não tratar... tem gente que não faz a dieta correta, conforme eu também não faço. Porque, se eu fizer, uma dieta correta mesmo (...) não vou ter pernas nem pra andar (...) a dieta da diabetes conforme é... é a porta do cemitério. Eu, com esse corpo, não vou agüentar. A pessoa fica murcho, mas murcho mesmo”.* (9M, 68 anos, aposentado por invalidez)

Com isso, pretendemos chamar atenção para que saúde/doença, ou o estado físico, constitui-se em um elemento forte de classificação das pessoas, suas qualidades/identidades e de suas experiências de vida. A doença *“é uma realidade construída e o doente é um personagem social”* (Minayo, 1996: 175). Daí que as diferenças, no campo da saúde, possuam uma determinação tão marcada na vida das pessoas.

Para a maioria dos homens, seguir a *dieta correta* significa evoluir para um estado de fraqueza e doença. Por esse motivo outro entrevistado não faz dieta, mas procura seguir uma *“comida balanceada”* e, assim poder ingerir uma quantidade maior de alimentos.

Na maioria dos casos, a dieta se constitui em tarefa difícil. Aos poucos, muitos a abandonam, sendo mais difícil romper com o que lhes dá prazer, em um contexto de vida que nem sempre é prazeroso. Na concepção dos entrevistados estes acreditam estar cumprindo as orientações médicas quando realizam pequenas mudanças ou restrições de seus hábitos. A dificuldade no controle da taxa de açúcar no sangue teria uma etiologia que lhes foge ao controle pessoal. Por mais que se esforcem, que diminuam as quantidades e a qualidade dos alimentos ingeridos, não conseguem controlar suas emoções, justificando-se aí ser portador de *“diabetes emocional”*.

*“É, o meu açúcar é mais emocional (...) porque a minha filha está se separando. Não é que eu não aceite, não. É que eu tenho um neto (...) ele era cheio de problema, entendeu?”* (10F, 60 anos, doméstica)

A restrição alimentar pode causar ainda um comportamento de autoisolamento do indivíduo no convívio com seu grupo de origem. Alguns mencionaram estar *“trancados”* para participar de festas, e, assim, deixam de participar das *“farrinhas”* com os amigos: *“(...) tudo na vida da gente depende desse diabetes (...) hoje eu já sou trancado, né”* (16M, 65 anos, aposentado).

No que diz respeito a medicação prescrita, não observamos significativa diferença entre o uso de hipoglicemiantes ou insulina. A ingestão de hipoglicemiantes pareceu-nos a ação que exige menor esforço de adaptação e com maior adesão. O único inconveniente

citado seria a quantidade de “*bolinhas no estômago*” devido a simultâneos tratamentos. Porém, o mesmo não ocorre com a insulina.

Existe em torno da aplicação de insulina uma mística que a torna temida e estigmatizada. Para os entrevistados, a necessidade do seu uso indica que o indivíduo é portador de (ou a sua situação evoluiu para) um tipo de diabetes mais grave e profundo.

*“(...) eu sou diabético tipo2 (...) se a pessoa não tratar, passa para o tipo1. Aí começa a ter que usar insulina (...) Eu não gostaria disso ( se eu puder evitar, eu vou evitar. Pra mim já é um avanço muito grande (...) da doença se eu tiver que usar insulina”. (25, 60 anos, aposentado)*

A menção de que a doença precisa ser tratada para evitar as complicações e o uso de insulina foi freqüente. O desconforto das injeções e a falta de técnica para se autoaplicar também foram lembrados. Quando esta é prescrita, os sujeitos da pesquisa mencionaram passar pela consulta de enfermagem para aprenderem o necessário para a autoaplicação. Porém justificam igualmente sentir medo de errar. Poucos foram aqueles que correlacionaram o seu uso à figura estigmatizada do usuário de drogas.

***M: A senhora teria algum outro comentário sobre a sua experiência de diabética que não tenha falado e que gostaria contar?***

*E: Como assim? – Silêncio. Eu convivo bem com ele. Eu já fui revoltada quando foi pra me pegar e tomar insulina. No inicio pra pegar foi uma luta.(...) Porque eu achava que eu não era drogada pra andar me picando. Isso era na minha cabeça, entendeu? Aí foi uma luta. (>>>) Mas aí com muita conversa, com muita coisa (>>>) “Eu só ia viver se eu tomasse a diabetes, a insulina”. E eu acabei que peguei a insulina. (10F, 64 anos, doméstica)*

Os cuidados especiais de armazenamento que a insulina requer, durante a realização de longas viagens, também foram citados. Os frascos são acomodados em isopor e conservados em gelo, o qual é trocado a cada parada. Parecendo ter escutado o depoimento acima, do aprendizado diário que a vida oferece, 6M, 51 anos, porteiro, sempre ao iniciar uma viagem, toma o cuidado de esclarecer, ao motorista e aos outros passageiros, sua condição de portador de diabetes. Desse modo, tenta evitar qualquer situação estranha quando, durante o trajeto, precise autoaplicar insulina.

***M: O senhor tem alguma dificuldade para tratar o seu diabetes?***

*E: Não. Não sinto nenhuma dificuldade não. A dificuldade que eu sinto, só, vamos supor, vou viajar pra algum lugar vou ter que levar a insulina. (...) Aí, às vezes, dentro do ônibus eu aplicando, o pessoal ficava olhando, pensando que podia ser até droga. Eu dizia “Oh, eu sou diabético!” Mostrava a carteirinha. Tem pessoa que fica grilada, ficava assim olhando. (...). Vão me ver com seringa, vão pensar que é outra coisa. “Não, não esquenta não!” “E eu ainda tenho o vidrinho pra vocês confirmar”.*

De uma maneira mais direta e visível, os dois entrevistados acima sinalizam possíveis situações de estigma a que o portador de diabetes pode estar exposto. O estigma, na atualidade, é mais utilizado para apontar um distúrbio físico de seu portador. Importa mais a própria desgraça de possuí-lo do que a sua evidência corporal (Goffman 1988).

Toda uma identidade social é criada para esse indivíduo, de desacreditado ou desacreditável, podendo ser o portador de diabetes encaixado em ambas. Quando estamos frente a alguém bem controlado, sem complicações, e desconhecemos o diagnóstico, defrontamo-nos com um *desacreditável*. Mas, se este passou por uma cirurgia mutiladora, defrontamo-nos com um *desacreditado*. Neste caso, passa a ser desacreditado não por sua condição de portador de diabetes, mas por ser portar uma deficiência física. Isso ocorre porque a sociedade confere atributos aos indivíduos, classificando-os segundo um padrão referencial *normal*. A medicina vem contribuir para o estabelecimento desse padrão com o qual somos socializados. A ida ao médico pode representar a promessa de cura como o adiamento da morte (Herzog, 1991). O diagnóstico, então, joga um papel importante, realizando a passagem de um estado normal para outro crônico.

A atividade física apresentou algumas particularidades, de acordo com a faixa etária e o estado de saúde dos sujeitos da pesquisa. Nenhum destes apresentava mutilações que os impedisse de caminhar. Os mais idosos, acima de 70 anos de idade, poderiam sentir dificuldade para praticá-la devido a presença de alguma complicação (oftalmológica, dores nas pernas ou mal-estar), pelo estado de conservação das calçadas do bairro, da violência urbana ou pelo receio de passar mal. Esses fatores podem contribuir para que não se exercitem.

*“Não caminho. Tenho medo de andar na rua (>>>) por tudo né doutora. Assalto, tiro, bala perdida, tudo (...). (22F, 73 anos, pensionista)*

*“Fazia. Mas um dia passei mal na estrada, sozinho (...) Me deu muita dor nas pernas, uma tremura nas pernas, eu sentei lá no chão, rolei, não tinha ninguém pra me ajudar. (...) Daí pra cá nunca mais fiz nada”. (28M, 75 anos, aposentado)*

Na faixa dos 60 anos de idade, apesar da maioria estar aposentada, justificam ser arrimo de família e nem sempre dispor de tempo livre para os exercícios solicitados. Realizam bicos para complementar a renda mensal familiar, cuidam de netos ou um parente idoso.

*“E: Eu ando, ando. (...) Eu ando da Pavuna a Acari a pé. (...) Às vezes, pego, carrego papel (>>>) eu faço carreto de papel, carrego na cabeça. (...).”*

***M: Era o que o senhor estava falando dos bicos que o senhor faz, de vez em quando?***

*E: É dos bicos, pra ver se ajuda a comprar pelo menos os remédios”. (9M, 68 anos, aposentado por invalidez)*

Dentre os adeptos da caminhada, observamos no seu discurso uma diferença entre o que é considerada atividade física para profissionais de saúde e para os sujeitos da pesquisa. Os primeiros solicitam, dentre outras coisas, que seja realizada com frequência e, pelo menos, por uma hora diária. Para os segundos, qualquer ação que envolva deslocamento é considerada como uma atividade física. As mais citadas foram: ir ao supermercado, dar uma volta no quarteirão, subir ou descer a escada do prédio onde moram, ir a banca de jornal ou percorrer a pé a distância de casa ao trabalho e vice-versa.

***“M: E atividade física? A senhora pratica alguma?***

*E: Ah, pede. Mas eu não posso fazer. A minha atividade física é subir na escada, é descer, é lavar e botar na... subir no ônibus”. (10F, 64 anos doméstica)*

*“E: Olha, atividade física, vou falar, eu não faço, não faço corretamente ela. Mas eu tô procurando. Depois da última consulta aqui, eu tô procurando andar pelo menos meia hora todo dia.*

***M: Por que o senhor diz que não faz correto?***

*E: (...) Teria que fazer todo dia., (...) eu gasto meia hora da Central aqui (...) eu joga isso em cima de exercício físico. (...) Não faço aquela caminhada igual eu vejo o pessoal faz. (...) Eu como tenho que sair todo dia, eu ando todo dia (>>>) meia hora”. (14M, 67 anos, aposentado)*

Para os mais jovens, com vínculo empregatício formal ou não, o trabalho parece dificultar a prática de um exercício físico. Longas jornadas de trabalho e o tipo de ocupação desenvolvida mostram-se uma boa maneira de exercitar-se.

*“Eu acho que eu nem posso praticar mais, porque o que eu passo de roupa! Eu trabalho com aqueles ferros de 2 ½ kg, não tem nem condições. É muito cansaço”. (11F, 56 anos, passadeira)*

*“(...) fora a atividade de pedreiro, não deixa de ser uma atividade física. Virar massa, chapar massa na parede, subir em andaime, descer de andaime, vai ali, vem, quer dizer, é uma atividade física”. (21M, 49 anos, vigia)*

Como observamos, falar das ações envolvidas na terapêutica do diabetes, há um conjunto de idéias e valores que não são considerados no modelo médico oficial de tratamento. Este propõe mudanças na vida de seus portadores que, segundo o relato dos sujeitos da pesquisa, são difíceis e até impossíveis de realizar. As dificuldades citadas vão desde tempo para realizar uma simples caminhada até a disponibilidade de recursos financeiros para a compra de medicação e alimentação apropriada (e única para toda a família) são postos em uma avaliação de custo-benefício.

### 4.3. DAS DIFICULDADES NO TRATAMENTO

Neste subitem serão abordadas outras questões que surgiram no processo de tratamento dos sujeitos da pesquisa. Peças importantes para a compreensão de suas escolhas no cuidado da saúde, a comunicação entre as partes, o acesso aos serviços e a utilização das unidades de emergência foram os mais valorizados.

O interesse por conhecer possíveis dificuldades no tratamento está no fato de observar como estas influenciariam no mesmo. Não interessava a questão da adesão, mas em como esses obstáculos conduziam os entrevistados por um ou outro tipo de tratamento. Cabe lembrar que o nosso objetivo era conhecer a experiência do processo de tratamento de diabéticos tipo2. É indiscutível, até mesmo pelo local onde a pesquisa se realizou, que a terapêutica mais utilizada e estimada tem sido a oficial. Porém, esse fato não exclui o interesse dos portadores de diabetes por outras ações que julguem contribuir para incrementar sua saúde.

O processo de tratamento na chamada medicina popular mostrou-se flexível. Essas ações eram passadas de pessoa-a-pessoa, tendo sido já experimentadas por alguém, indicada por um conhecido ou um profissional da área. O maior problema apontado pelos sujeitos da pesquisa está na rotina diária do preparo de chás e/ou outros. Obrigação por obrigação preferem cumprir o tratamento prescrito por um profissional.

No que diz respeito à medicina religiosa não foram observados relatos de possíveis dificuldades na condução do seu tratamento. Orações são feitas tanto na presença da pessoa, na igreja, como à distância, pelo seu grupo.

A relação com a medicina oficial, por sua vez, mostrou diferentes fatores que contribuem para um tratamento confuso dos portadores de diabetes. A amostra da pesquisa é pequena para generalizarmos esta experiência. Ainda que as entrevistas tiveram lugar no ambulatório de uma determinada unidade, profissionais e serviço não estiveram em julgamento. O que importa são as experiências dos indivíduos. Outros serviços foram citados, evidenciando a peregrinação pela rede de saúde a que estão expostos e os motivos que levam a mesma.

Quando questionávamos se *sentiam alguma dificuldade para se tratar*, as respostas apontaram para diferentes questões ligadas as ações do tratamento: dieta e remédio; do relacionamento familiar e social; até questões ligadas ao atendimento nos serviços de saúde e no próprio Instituto.

Os usuários avaliaram o serviço público, no geral, de maneira negativa. Aqueles que residem mais distantes do centro da cidade lastimaram a falta de atendimento na sua região.

Sendo obrigados a buscar assistência médica em outros municípios, consideram enganosa a propaganda do governo quanto a disponibilidade de medicamentos nos postos de saúde e de materiais para testes de sangue.

*“Aí eu fui no posto da Pavuna, chego lá, não tinha fitinha, o aparelho de pressão estava quebrado, de medir a pressão, e não tinha o aparelhinho. Ele falou que tinha! Como é que pode você controlar a sua diabetes desse jeito? Fica difícil. Então, o governo não vá pra televisão falar que tem. O cidadão tem que (...) se virar, com seus meios próprios” (26M, 50 anos, aposentado)*

O “virar-se com seus meios próprios” demonstra o quanto esses sujeitos percebem suas vidas largadas a própria sorte. A interrupção do tratamento pode se dar por dificuldades diversas da vida cotidiana, as quais podem ultrapassar a própria vontade.

*“Eu comecei na Lagoa (...) ele me encaminhou diretamente pra cá, porque aqui diz que é o ideal para esse tipo de doença. Aí eu vim pra cá, em 92. (...) Teve uma época que eu saí daqui do Rio, fui pra Salvador trabalhar (...) eu fiquei 1 ano e 10 meses lá e continuei tomando o daonil®. Só que alguma coisa, ou alimentação ou, seja o que for, eu não fazia exame lá, lá era só trabalho (...) Então, quando eu voltei pro Rio que eu fui fazer exames, manter o ritmo, aí a glicose estava disparada”.*  
*(1M, 45 anos, mecânico de manutenção)*

Por motivos diferentes, o trabalho é uma das causas primeiras para o abandono temporário do tratamento e/ou o não comparecimento às consultas médicas. Cumprem apenas o tratamento medicamentoso, particularmente o uso de hipoglicemiante, sem o acompanhamento de um profissional.

*“(...) se eu não quisesse me tratar, eu não vinha aqui. Eu quero me tratar, eu quero me cuidar. Eu acho que o médico tem que ter até consciência disso. Você tá gravando, né? (...) Pô, o cara deixou de ir pro trabalho (...) Cheguei 6 horas da manhã aqui pra entregar a ficha direitinho, furar meu dedinho, tudo direitinho. Aí, eu chego ali, o médico vai me atender... mais ou menos o quê? (olha pro relógio) Já são 9 e*

*pouco, vamos dizer lá pras 10. Pras 10 mais ou menos.” (24M, 46 anos, vigilante de shopping)*

Esse mesmo entrevistado relata a resistência dos empregadores em aceitar a declaração médica das horas passadas no Instituto. Muitos patrões argumentam acerca do tempo de espera gasto nas unidades.

*“Tô preocupado, porque onde eu trabalho, eles não aceitam... (...) O meu horário lá é 8 horas. Cheguei 6 horas da manhã aqui. Aí eu vou pedir ao médico o dia, ele vai me dar “Ah, vou te dar só o horário que você foi atendido, de 8 da manhã, mais ou menos, até, vamos dizer 10 horas da manhã.” Aí eu chego, levo lá pro trabalho, eles não aceitam. Vou perder.”.*

Quanto ao Instituto em particular, os sujeitos da pesquisa realizaram críticas e propuseram sugestões para a melhora do atendimento. Receosos a princípio foram capazes de exteriorizar suas impressões a respeito do serviço. Afinal, não seriam identificados, não estavam sendo entrevistados por alguém da própria unidade e, por último, desejavam (desejam) um atendimento cada vez mais eficiente. A primeira crítica diz respeito ao tempo de espera pela consulta médica.

*“E eu sou o quarto, já são dez pras nove e não fui chamado ainda. Normalmente, eu deveria ter sido, se começasse às 8. Porque ninguém leva mais do que 15 minutos no consultório” (25M, 60 anos, aposentado).*

*O único detalhe que tem aqui no hospital que a gente tem que reconhecer, que a gente tem que entender, eles marcam 7 horas, mas só começam a atender 8h30min, tá entendendo?” (21M, 49 anos, pedreiro)*

O reduzido número de médicos e a escassez de medicação disponível na farmácia também foram lembrados.

*“Eu acho que aqui só tem um problema, médico. O problema aqui é médico. (...) Eu acho que é a falta de médico. Os médicos aqui são muito*

*bons. Muito bons mesmo. Eu acho que é falta de médico, tá faltando a direção da casa aqui, contratar mais pessoas, o Estado.” (24M, 46 anos, vigilante de shopping).*

*“Ah, compro. A insulina não, eles me dão aqui. Mas o remédio eu não tenho sorte aqui não. Tenho que comprar. O glifage® o diamicron®, tudo isso, eu tenho que comprar” (23F, 61 anos, doméstica).*

Observando o aspecto da relação com o corpo de profissionais envolvidos no tratamento, percebemos em seus depoimentos um misto de respeito e medo. Os longos anos de estudo e preparo para o exercício da profissão são reconhecidos e respeitados. Porém, o medo advém do não cumprimento rigoroso de suas prescrições acompanhado da ameaça em perder a vaga no Instituto e da avaliação médica durante a consulta.

*“Toda vez que está perto da consulta, eu fico ansiosa “Será que eu emagreci? Será que eu engordei?” Às vezes, eu penso em nem vir a consulta pra dar mais um tempo e ver se eu consigo emagrecer. Eu sinto meu rosto ficar vermelho. Me dá vontade de sair da sala correndo, rasgar o cartão. É a terceira vez que ela ameaça. Só que a pessoa vê que não está emagrecendo, ela começa a chorar”. (18F, 35 anos, zeladora)*

No entender dos entrevistados quando o médico não alcança o resultado desejado, o desacerto não é do profissional. Cabe ao doente buscar um outro que resolva o seu problema, *“pois você pode se dar melhor com um do que com outro” (19F, 71 anos, aposentada).* Esse é um dos fatores que leva a peregrinação por diferentes serviços de saúde e ao abandono do tratamento ambulatorial, contribuindo para elevar o número de atendimentos nas emergências. Recorrer a esses espaços para o cuidado de sua saúde é situação comum entre os portadores de diabetes.

Os serviços de emergência vêm recebendo um número cada vez maior de usuários que poderiam e deveriam estar sendo assistidos em consultas ambulatoriais (Deslandes, 2002). Geralmente são indivíduos, inicialmente, assintomáticos, sem um profissional ou serviço de referência, itinerário confuso, ora atendidos por um serviço particular, ora no serviço público. Um dia o estado de sua saúde torna-se sensível, desestabiliza e este indivíduo dá entrada em

uma das emergências da cidade. Essa situação pode se repetir constantemente até que, por um motivo ou outro, iniciam tratamento ambulatorial.

*“Olha, eu tô aqui, foi um rapaz até que me encaminhou lá do hospital do Andaraí. (...) “Oh, e aqui é pronto socorro, cara! Quer cuidar disso aí? Vai lá no Moncorvo, Moncorvo Filho.” (...) Aí eu vim pra cá, tô aqui achando sensacional” (24M, 46 anos, vigilante de shopping).*

O acompanhamento assistemático, conseqüentemente, dificulta a criação de vínculos entre o portador de diabetes e a unidade de saúde. O Instituto não possui atendimento de emergência, o que foi lamentado por alguns dos entrevistados. *“Aqui não tem emergência. Aqui, eu acho que devia ter um médico de emergência. Devia ter um postinho aqui pra emergência” (26M, 50 anos, aposentado).* Em situação de crise, vêem-se obrigados a sair em busca de atendimento em um dos prontos-socorros da cidade, onde não têm prontuário com sua história clínica.

O aspecto medicamentoso, como as entrevistas apontaram, continua predominando no tratamento. Entre a indicação de insulina e/ou de hipoglicemiantes, a ingestão de comprimidos pareceu-nos a mais fácil de seguir pelos portadores de diabetes, por não exigir aprendizado ou sacrifício. O único inconveniente citado seria a quantidade de *“bolinhas no estômago”* devido aos simultâneos tratamentos. Metade dos entrevistados tinham indicação de hipoglicemiantes e a outra de insulina. Esta é fornecida pela farmácia, não havendo necessidade de comprá-la. Situação inversa ocorre com outros medicamentos, diante da dificuldade para encontrá-los na farmácia, a sua compra é condicionada pelos recursos financeiros disponíveis.

*“Aqui é difícil pra se tratar. Eu vim aqui em dezembro pra daí a três meses (última consulta março). A doutora não veio. Remarcaram pra hoje, dificulta o tratamento. Fiquei sem remédio. Eles só dão remédio se vier pra consulta. Fiquei comprando e é difícil pra comprar, ganho pouco e tem o problema de pressão” (11F, 56 anos, passadeira).*

Parecendo ter escutado este entrevistado, outro argumenta que se possuem matrícula e se tratam no Instituto, deveriam poder retirar a medicação necessária na farmácia.

*“Se eu tenho um protocolo, se eu tenho um prontuário, (...) e tenho um cadastro no computador, que eu sou diabético, que eu tenho que pegar remédio, eu acho que eu deveria pegar esse remédio sem grande burocracia.” (13M, 59 anos, Técnico Refrigeração).*

Um fator que chamou nossa atenção foi o relato de que, após iniciarem o tratamento no Instituto, a maior parte começou o uso de insulina. Alguns foram orientados a buscá-lo visando a essa finalidade. Aspecto que pode ser justificado por ser a unidade destinada ao atendimento dos casos de maior dificuldade no controle da doença.

Quanto à realização da dieta, esta envolve não só a preferência pessoal por um ou outro alimento, como a condição econômica de cada um dos entrevistados. O preço das mercadorias é o primeiro obstáculo na hora de fazer o supermercado. Ultrapassadas as questões de escolha e de compra, surge o âmbito doméstico do preparo das refeições. Em muitos casos um único prato é preparado para toda a família, o que pode gerar conflito. Nem todos concordam em se alimentar da mesma maneira que o portador de diabetes. Conciliar a ingestão de diferentes alimentos com o gosto pessoal e/ou o enjôo de outro (como foi citado o frango) também se revelou um transtorno.

Especificamente há aqueles entrevistados que são portadores de outros problemas de saúde, os quais solicitam cuidados dietéticos específicos e, que podem entrar em conflito com a dieta para diabetes. Uma de nossas entrevistadas é portadora de diabetes tipo 2, de problema endócrino e cardíaco e ainda do mal da gota. A mesma relata ficar

*“sem saber o que fazer. Porque eu preciso comer muita verdura pra emagrecer. Mas, com o mal da gota, a nutricionista me tirou todos os vegetais escuros (...) ela diz que faz mal (...). Eu também não posso comer miúdos, carne vermelha... Olha, é brincadeira. Eu não sei mais o que fazer, sabe!” (19F, 71 anos, aposentada).*

Nesses casos, a noção de “seguir uma dieta de fome” (19F, 71 anos, aposentada) foi a mais freqüente. “Você olha assim a comida, não pode comer. Não pode comer nada! E quem vai segurar a fome?” (1M, 45 anos, mecânico de manutenção). Outra percepção relacionada à dieta e ao diabetes é a noção de “não poder comer as coisas que gosta” (5F, 68 anos, do lar).

As experiências aqui apresentadas não são novas. Assim como são de conhecimento dos profissionais de saúde as estratégias que a clientela utiliza para se cuidar. De um modo geral, a disciplina que o tratamento lhes exige, muitos não estão preparados para suportar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os fatores que podem interferir no cuidado diário da saúde de portadores de diabetes mellitus tipo 2. As entrevistas aqui apresentadas apontam a utilização de diferentes recursos nesse cuidado, sendo o mais valorizado e empregado o tratamento médico.

O presente estudo mostrou a importância das representações que esses sujeitos têm sobre a experiência do tratamento e das mesmas nas reinterpretações elaboradas, a partir do discurso profissional, acerca da etiologia e do próprio tratamento. Ficou evidente que foi durante a realização de outros tratamentos e de exames pré-operatórios que, a grande maioria soube ser portador de diabetes mellitus. Esse fato aponta o possível desconhecimento dos sintomas da doença. O seu diagnóstico também não garante que prossigam com o tratamento, mas em alguns casos, suscitou o interesse por se informar sobre diferentes aspectos sobre o diabetes.

Pensando no planejamento de um atendimento voltado para portadores de diabetes mellitus, pressupomos que deva existir equidade no acesso aos serviços de assistência médica, no que se refere à satisfação das necessidades básicas de saúde; investimento na qualificação profissional; suporte financeiro; estrutura física e oportunidades de atendimento.

De acordo com os resultados desta pesquisa, seria importante que se tentasse dar um outro enfoque ao tratamento das doenças (especialmente as crônicas) para além do enfoque biológico, o qual retira dos indivíduos seus aspectos psicossociais. Examinado e respeitando tais aspectos, poderemos melhor entender as interpretações sobre suas experiências e expectativas. É importante que se conheça as considerações desses sujeitos em relação ao seu tratamento e a prioridade dada às ações terapêuticas recomendadas (alimentação, atividade física, medicação, etc.). O atendimento a esse segmento deve:

- conhecer as experiências individuais, compreendendo os conhecimentos que detenham acerca da doença antes de iniciar qualquer processo educativo.
- o processo educativo deve ser capaz de instrumentalizá-los para lidar com as possíveis mudanças em seu estilo de vida, preconizadas pelas ações terapêuticas recomendadas; desenvolvendo a capacidade de decisão e negociação das mesmas.
- atenção individualizada, percebendo-se cada sujeito como uma pessoa singular. Partindo de uma avaliação geral, aprofundar nas suas necessidades. Durante o diagnóstico, profissional-paciente juntos devem avaliar fatores de risco para o cuidado de sua saúde, elaborando um plano de tratamento o mais próximo possível da realidade individual.

- a instituição deve ser capaz de atender as necessidades desses sujeitos, de modo que possa realizar as mudanças necessárias ao cuidado da saúde dos que ali se tratam: acesso aos profissionais, a medicação e o desenvolvimento conjunto da habilidade para tomar decisões.
- cooperação, coesão e comunicação da equipe de profissionais. Cada um em sua especialidade é um educador em potencial.
- Treinamento constante de toda equipe de modo a oferecer um atendimento de qualidade. É preciso discutir formas de lidar com dificuldades dos pacientes no cuidado diário de sua saúde.
- criação de grupos de discussão que propiciem um espaço seguro para que os pacientes falem sobre suas experiências (dificuldade, expectativas) e descubram que não estão sozinhos com seus problemas. Os grupos contribuem para desenvolver a capacidade de escuta e acolhimento do outro.
- encontros regulares entre a equipe de profissionais para reavaliar os resultados do trabalho acerca do atendimento oferecido. O registro das informações possibilita a discussão e a criação de normas e procedimentos do serviço, identificando pontos frágeis do próprio atendimento e buscar saídas para elevar a qualidade do mesmo. Seria desejável promover uma maior integração dos diferentes profissionais de saúde entre si e com a clientela, baseados numa relação de parceria e cumplicidade no enfrentamento da doença.
- maior esforço, por parte dos profissionais de saúde, em adequar o jargão científico ao repertório da clientela, de modo que esses sujeitos possam: compreender como se encontram de saúde; sentir-se acolhidos pela equipe de profissionais e, assim, ter a evolução e/ou agravamento das complicações da doença retardados.
- adotar a perspectiva de gênero em estudos futuros e explorar as diferentes explicações e experiências de ambos os sexos.

Por último, tais sugestões não são mais do que o desejo de ver a execução do trabalho baseado em parceria e cooperação mútua entre os diferentes profissionais de saúde. Aliança importante quando o que desejamos é a tão almejada qualidade de vida do portador de diabetes mellitus ou de qualquer outra doença crônica.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALMEIDA-FILHO, N. de, 2001. Para uma Teoria Geral da Saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 753-799.
- ALMEIDA-FILHO, N. de, COELHO-ÁVILA, M. T. & TOURINHO-PERES, M. F.. O Conceito de Saúde Mental. 1999. *Revista da Universidade de São Paulo*, nº 43.
- ALVES, P. C. A, 1993. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 263-271.
- ALVES, P. C. & SOUZA, I. M. A, 1999. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: *Experiência da Doença e Narrativa* (RABELO, M.C.), pp. 125-138, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ.
- ALVES, P. C. & RABELO, M. C., 1998. Repensando os estudos sobre representações e praticas em saúde/doença. In: *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* (ALVES, P. C. org.), pp. 107-121, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ/Relumê-Dumará.
- ANDERSON, Joan M.; BLUE, Connie & LAU, Annie, 1991. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. *Social Science & Medicine*, 33(2): 101-113.
- ARAUJO, R. B.; SANTOS, I. S. dos; CAVALETI, M. A.; COSTA, J. S. D. da Costa & BÉRIA, J. U., 1999. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Revista de Saúde Pública*, 33 (1): 24-32.
- ARENDT, H., 1991. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro, Forense.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S. dos & GIGANTE, D. P., 2001. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, 35(1): 88-95.
- BACKSCHEIDER, J. E., 1974. Self-care requirements, sel-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *American Journal of Public Health*, 64(12): 1138:1146.

- BARBOSA, R.B.; BARCELÓ, A. & MACHADO, C.A., 2001. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de *diabetes mellitus* no Brasil: relatório preliminar. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 10(5): 324-327.
- BARCELÓ, A. & RAJPATHAK, S., 2001. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 10(5): 300-308.
- BLUMHAGEN, D., 1980. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 4: 197-227.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 1996. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. *Coordenação de doenças crônico-degenerativas*. Brasília.
- BRITO, I. C.; LOPES, A. A & ARAÚJO, L. M. B., 2001. *Associação da Cor da Pele com Diabetes Mellitus Tipo 2 e Intolerância à Glicose em Mulheres Obesas de Salvador, Bahia*. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 45(5): 475-480, out..
- BUSS, P. M., 2000. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177.
- CARVALHO, A I., 1996. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1): 104-121.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R., 1998. Medicina, médicos, doenças e terapêuticas: exame crítico de alguns conceitos. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. N°. 170. Instituto de Medicina Social.
- CAMPOS-NAVARRO, R., TORREZ, D. & ARGANIS-JUÁREZ, E. N., 2002. Las representaciones del Padecer en Ancianos con Enfermedades Crónicas: un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5): 1271-1279.
- CASTELLANOS, P. L., 1990. Sobre o Conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Organización Panamericana De La Salud, Opas*, 10(4): 25-32.
- CASTRO, R., 1995. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. *Social Science & Medicine*, 41:1005-1021.

- CHARMAZ, K., 1990. Discovering chronic illness: using grounded theory. *Social Science & Medicine*, 30(11): 1161-1172.
- CHIMENO, M. T. S., 1995. *Diabetes Mellitus, uma avaliação epidemiológica dos serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- CHRISMAN, N. J., 1977. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 1(4): 351-377.
- COELHO, M. O., 2001. A dor da Perda da Saúde. In: *Psicossomática e a Psicologia da Dor* CAMON, Valdemar A. A), p. 69-92, São Paulo, Pioneira.
- COHEN, Marlene Z.; TRIPP, Toni; SMITH, Christopher; SOFOROMAN, Bernard & LIVELY, Sonja, 1994. Explanatory models of diabetes: patient practioner variation. *Social Science & Medicine*, 38(1): 59-66.
- CONRAD, P., 1990 Qualitative Research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Social Science & Medicine*, 30(11): 1257-1263.
- \_\_\_\_\_. 1987. The experience of illness: recent and new directions. In: *The Experience and Management of Chronic Illness* (J. Roth & P. Conrad, eds.), pp. 1-31, Greenwich: Jai Press Inc.
- DA MATTA, R., 1993. *Relativizando: uma introdução à antropologia*. Petrópolis, Vozes.
- DESLANDES, Suely F., 2002. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- DURÁN-GONZALEZ, L, BRAVO, F. P., HERNÁNDEZ-RINCÓN, M. & BECERRA-APONTE, J., 1998. El diabético optimista. *Salud Publica de México*, 40(1): 1-3.
- DURÁN-VARELA, B. R.; RIVERA-CHAVIRA, B. & FRANCO-GALLEGOS, E., 2001. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnostico de DM2. *Salud Publica de México*, 43(3): 233-236.
- EISENBERG, L., 1997. Disease and Illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 1(1): 9-23.

- EISER, C. & TOOKE, J. E., 1995. Quality of Life in TypeII Diabetes: evaluation and applications. *Pharmaco Economics* (supl), 8 (supl 1): 17-22.
- ESCOBAR, M. C.; PETRÁSOVITS, A.; PERUGA, A.; SILVA, N.; VIVES, M. & ROBLES, S., 2000. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en America Latina. *Salud Publica de México*, 42(1): 56-64.
- ESPINAL, R.; MUNAR, F.; BALAGUER, G.; ESPULGA, C., & TRILLA, S., 1985. Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en un grupo de diabéticos tipo II (DMNID). *Atención Primaria*, 2(6): 315-8.
- FERREIRA, A. B. de H., 1999. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FITZPATRICK, R.; HINTON, J.; NEWMAN, S.; SCAMBLER, G. & THOMPSON, J.. La enfermedad como experiencia. México, Fuentes impresores, 1990.
- FABREGA, H., 1977. Group differences in the structure of illness. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 1(4): 379-394.
- FRANCO, L. J., 1992. “Bases epidemiológicas para o controle do Diabetes Mellitus.” IN: *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia: qualidade de vida, compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: COOPMED Ed. ABRASCO, 13 a 17 de Julho, p. 79 à 86.
- FRANCO, L. J.; MAMERI, C.; PAGLIARO, H.; IOCHIDA, L. C. & GOLDENBERG, P., 1998. Diabetes como causa básica ou associada de morte no Estado de São Paulo, Brasil, 92. *Revista de Saúde Pública*, 32 (3): 237-45.
- GALLEGOS, E. C.; CÁRDENAS, V. M. & SALAS, M.T., 1999. Capacidades de autocuidado del adulto com diabetes tipo2. *Ver de Investigación y Educación en Enfermería*, 23 (2): 23-34.
- GARRO, L. C., 1996. Intracultural variation in causal accounts of diabetes: a comparasion of three canadian anishinaabe (ojibway) communities. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 20: 381-420.

- \_\_\_\_\_, 1995. Linda C.. Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an anishinaabe (ojibway) community. *Social Science & Medicine*, 40(1): 37-46, 1995.
- \_\_\_\_\_, 1994. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). *Social Science & Medicine*, 38(6): 775-788.
- GERHARDT, U., 1990. Qualitative Research on chronic illness: the issue and the story. *Social Science & Medicine*, 30(11): 1149-1159.
- GOFFMAN, E.. 1988. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LCT.
- GOLDENBERG, P.; FRANCO, L.J.; PAGLIARO, M.; SILVA, R. de S. & SANTOS, C. A., 1996. Diabetes Mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1): 37-45.
- GOLIN, C.; DIMATTEO, M. & GELBERG, L., 1996. The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*, 19(10): 1153-64.
- GONÇALVES, H; COSTA, J. D. & MENEZES, A M.B., 1999. Percepções e limites: visão do corpo e da doença. *PHYSIS*, 9(1): 151-173, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- GUIMARÃES, F. P. M. & TAKAYANAGUI, A. M. M. 2002. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Nutrição*, 15(1): 37-44.
- HELMAN, C. (1990). Culture, Health and Illness. London: Wright.
- HERZLICH, C., 1991. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. In: *PHYSIS*, 1(2): 23-34, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- HERZLICH, C. & PIERRET, J., 1988. De Ayer a Hoy: Construcción Social del Enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, (43):21-30.
- \_\_\_\_\_, 1984. Malades d’hier, maladies d’aujourd’hui. Paris, Payot.
- HERZOG, R., 1991. “A percepção de si como sujeito-da-doença”. *PHYSIS*, 1(2): 143-155, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

- HUNT, Linda; JORDAN, B.; & IRWIN, S., 1989. Views of what's wrong: diagnosis and patient's concept's of illness. *Social Science & Medicine*, 28(9): 945-956.
- HUNT, L. & VALENZUELA, M., 1998. Porque me tocó a mi? Mexican-American diabetes patient's causal stories and their relationship to treatment behaviors. *Social Science & Medicine*, 46(8): 959-969.
- JORNAL DO INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIS CAPRIGLIONE -IEDE, 1995. Rio de Janeiro: IEDE, número 2, mai./jun..
- \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: IEDE, número 3, jul./ago..
- \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: IEDE, número 4, Set./Out..
- \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: IEDE, número 5, Nov./Dez..
- KARLANDER, S.; ALINDER, I.; & HELLSTROM, K., 1980. Knowledge of diabetes mellitus, diets and nutrition in diabetic patients. *Acta Medica Scandinavica*, 207(6), 483-8.
- LAPLANTINE, F. Antropologia da Doença. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- LOEWE, R. S. & FREEMAN, J., 1998. Doctor talk and diabetes: towards an analysis of the clinical construction of chronic illness. *Social Science & Medicine*, 47(9): 1267-1276.
- \_\_\_\_\_, 2000. Interpreting diabetes mellitus: differences between patient and provider models of disease and their implications for clinical practice. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 24: 379-401.
- LOPEZ, T. M. T., 1999. "Sangre y Azúcar": Representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Facultad de Lletres, Universitat Rovira i Virgili. Tese de doutorado.
- LOWERY, B.J. & JACOBSEN, B.S., 1984. Attributional analysis of chronic illness outcomes. *Nursing Research*, 34(2): 82-88.
- MAIAS-NETO, R. C., 1995/1996. *Relatório de estágio II e IV apresentado a disciplina de Estágio Supervisionado de Serviço Social II e IV* da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FSS/UERJ.

- 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. *Diabetes Care*, 15:1509-1516.
- \_\_\_\_\_, 1997. *Diabetes Mellitus: Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento/Elaboração*. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde
- MAUSS, M., 1974. Sociologia e Antropologia. São Paulo, EPU.
- MCLEANH, 1991. Patterns of diet related self-care in diabetes. *Social Science & Medicine*, 32(6): 689-696.
- MECHANIC D, 1962. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15: 189-194.
- MELLO JORGE, M. H. P. de, 2001. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: organização Pan-Americana da Saúde.
- MENENDEZ, E., 1997. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 69:237-270.
- MERCADO, F. J., 2002. Entre el infierno y la gloria: la experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- \_\_\_\_\_, 1998. El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria. La perspectiva de los enfermos con diabetes. *Relaciones*, 74: 79-93.
- \_\_\_\_\_, 1992. Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano. *Cuadernos Médicos Sociales*, 61:49-61.
- MERCADO, F. J.; HERRERA, I. M. R. & VALDEZ, E., 2000. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3): 759-772.
- MERCADO, F. J.; ROBLES, S. L.; RAMOS, H. I.; MORENO, L. N. & ALCÁNTARA, H. E., 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1): 179-186.

- MERCADO, F. J.; ROBLES, L.; ALCANTARA, E.; MORENO, N. & RAMOS, H. I., 1997. Enfermedad crónica y sector popular urbano. *Ciudades*, 33:20-26.
- MERCADO, F. J.; ROBLES, L.; RAMOS, H. I.; TORRES, T.; ALCANTARA, E. & MORENO, N., 1998. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular urbano. In: *Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México* (F. J. Mercado & L. Robles, eds.). Guadalajara: Universidad de Guadalajara. (in press)
- MINAYO, M. C. de S., 1999. Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO.
- \_\_\_\_\_, 1996. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO.
- OLIVEIRA, J. E. P. de, 1992. Prevalência do Diabetes Mellitus no Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- OPAS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD), 2001. La Diabetes en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 22( 2): 8-14.
- PARSONS, T., 1951. *The Social System*. New York: Free Press.
- QUEIROZ, M. de S. & PUNTEL, M. A., 1997. A Endemia Hansênica: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- ROBLES-SILVA, L. MERCADO, F. J. M.; HERRERA, I. M. R.; ALCANTARA-HERNANDEZ, E. & MORENO-LEAL, N. C., 1995. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública de México*, 35:187-197.
- ROBLES, L. & MERCADO, F. J., 1993. El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no-insulino dependiente. In: *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de investigación en México* (F. J. Mercado, A. Escobar, C. Infante & L. Robles, eds.), pp. 310-343, Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- ROBLES, L.S.; HERNÁNDEZ, E. A & MERCADO, F. J.; 1993. Patrones de prescripción medica a individuos con diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención. *Salud Publica de México*, 35(2):161-168.

- SANDERS, S., 1986. Development of a tool to measure subjective time experience. *Nursing Research*, 35(3): 178-182.
- SCHEPER-HUGHES, N. & LOCK, M., 1986. Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and pedagogy for patients. *Medical Anthropology*, 15:137-140.
- SILVEIRA, M. L. da, 2000. O Nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2001. <http://www.diabetes.org.br>, arquivo capturado em jul. de 2001.
- SONTAG, S., 1990. *Illness as Metaphor*. New York: Anchor Books.
- SOUZA, I. M. A., 1999. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves, I. M. A. Souza org.), pp. 89-124, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- UCHOA, E. & VIDAL, J. M., 1994. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4): 497-504.
- URDANETA, M. I. & KREHBEIL, R., 1989. Anthropology Approaches to Diabetes. *Medical Anthropology*, 11(3): 269-282.
- VERAS, R. P. & ALVES, M. I. C., 1995. A população idosa no Brasil: Considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80* (M. C. S. Minayo, org.), pp. 320-337, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1998. Global Burden Of Diabetes. Press Release WHO/63. <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-63.html>

# ANEXOS

# **ANEXO 1**

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

### **DADOS PESSOAIS**

Sexo:

Idade:

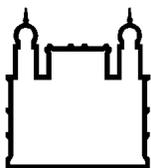
Escolaridade

Estado Civil

Atividade Profissional

Renda familiar:

Moradia:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**

## ANEXO 2

### Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

Nós vamos desenvolver uma pesquisa no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE onde o senhor(a) trata do diabetes. Estamos convidando-o a participar, mas não é obrigado a isso. A sua recusa não mudará nada no seu tratamento e a qualquer momento poderá desistir e se retirar sem problemas. Nossa pesquisa se interessa em conhecer aspectos cotidianos do seu tratamento. Essas informações serão obtidas através de uma entrevista.

Esta pesquisa não oferece qualquer risco para a sua saúde. Mas, como benefício, poderá contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento e dos cuidados de outras pessoas também diabéticas.

As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos total sigilo sobre seus dados pessoais.

Como responsável pela pesquisa, estarei disponível para esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação neste no telefone 2598-2654 e 2598-2683 (DENSP).

Declaro ter entendido os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e concordo em participar.

---

Participante

---

Rosa Cristina M. Neto  
(Pesquisadora)