

RENI APARECIDA BARSAGLINI

PENSAR, VIVENCIAR E LIDAR COM O DIABETES

CAMPINAS

2006

RENI APARECIDA BARSAGLINI

PENSAR, VIVENCIAR E LIDAR COM O DIABETES

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Canesqui

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B28p

Barsaglini, Reni Aparecida

Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes / Reni Aparecida
Barsaglini. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Ana Maria Canesqui
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Representações sociais. 2. Diabetes Mellitus. 3.
Antropologia médica. 4. Saúde coletiva. I. Canesqui, Ana
Maria. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

Título em inglês : To think, to live and to deal with diabetes

Keywords: • Social representations

- Diabetes Mellitus
- Medical Anthropology
- Public Health

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

**Banca examinadora: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui
Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz
Profa. Dra. Solange L'Abbate
Profa. Dra. Edir Pina de Barros
Prof. Dr. Romeu Gomes**

Data da defesa: 18-12-2006

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Canesqui

MEMBROS:

- 1- Prof^a. Dr^a. Ana Maria Canesqui**
- 2- Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz**
- 3- Prof^a. Dr^a. Solange L'Abbate**
- 4- Prof^a. Dr^a. Edir Pina de Barros**
- 5- Prof. Dr. Romeu Gomes**

MEMBROS SUPLENTE:

- 1- Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correa**
- 2- Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/12/2006

DEDICATÓRIA

*Dedico o presente trabalho
à minha família*

À Prof.^a Dr.^a. Ana Maria Canesqui, pela oportunidade e privilégio de tê-la como orientadora e pelo seu envolvimento com a pesquisa auxiliando-me cuidadosamente neste percurso, sempre com muita competência, dedicação, generosidade e paciência.

À Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas, que por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva reafirma o seu compromisso com a educação de boa qualidade.

A possibilidade de concluir o presente trabalho no prazo regular deveu-se, em grande parte, à dedicação exclusiva proporcionada pelo afastamento integral autorizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso/Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, que demonstra, com esse apoio, a valorização da qualificação dos seus servidores. Por isso, agradeço aos colegas que colaboraram para que isso fosse possível.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

À Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP, por consentir a realização da pesquisa junto às unidades básicas de saúde e por disponibilizar o banco de dados sobre diabetes. Esse agradecimento é extensivo aos profissionais de saúde que, pacientemente, aceitaram em participar da pesquisa, compartilhando seus saberes e experiências ao conceder entrevistas em meio às tantas demandas do seu serviço.

Um agradecimento especial dirige-se aos portadores de diabetes e familiares que, gentilmente, abriram as portas de seus lares para que eu pudesse conhecer, por meio de relatos e de observações, um pouco do adoecimento vivenciado e, em consequência, das suas vidas.

Aos colegas do doutorado e, especialmente, do grupo de estudos em Antropologia e Saúde pelas discussões, sugestões, troca de idéias e experiências que nos breves encontros proporcionavam reconforto (nas dúvidas e desabafos) e incentivo para desenvolver a pesquisa.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a. Edir Pina de Barros que, sempre com muito carinho, apresentou e estimulou esse desafio necessário que é a compreensão “do outro”.

Por fim, agradeço aos meus familiares, que, direta e indiretamente, motivaram e contribuíram para a realização deste trabalho, inspirando, apoiando e estimulando-me, incondicionalmente, nesta caminhada.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxi</i>
ABSTRACT	<i>xxv</i>
INTRODUÇÃO	29
CAPÍTULO I- Revisão da literatura socioantropológica sobre diabetes e referencial teórico-conceitual adotado	39
1- Abordagens socioantropológicas do diabetes no contexto anglo-saxão	42
2- Abordagens socioantropológicas do diabetes nos contextos mexicano e brasileiro	52
3- As representações sociais, a experiência da enfermidade e a proposta de uma abordagem construtivista integradora do diabetes	58
CAPÍTULO II- Objetivos e metodologia	67
1- Universo empírico da pesquisa	70
2- Dimensões do estudo e categorias analíticas adotadas	84
3- Trabalho de campo: procedimentos, instrumentos, fontes e coleta dos dados	88
4- Tratamento dos dados: organização, síntese, interpretação e análise	91
5- Divulgação dos resultados da pesquisa e procedimentos éticos adotados	92

CAPÍTULO III- O saber biomédico e a prática dirigida ao diabetes.....	93
1- Saber médico e biomedicina	95
2- A intervenção biomédica dirigida ao diabetes mellitus	104
3- Por que tratar coletivamente o diabetes?	122
4- As intervenções dirigidas ao diabetes no universo pesquisado.....	127
CAPÍTULO IV- Diabetes na perspectiva dos profissionais de saúde.....	133
1- As representações eruditas sobre o diabetes: conceito, etiologia, classificação	135
2- Aspectos do controle do diabetes	146
2.1- Sobre os fatores de descontrole e os indicadores de controle do diabetes	147
2.2- Sobre a dieta	153
2.3- Sobre o uso dos medicamentos	159
2.4- Sobre a prática dos exercícios físicos	166
3- As representações sobre o diabético	171
CAPÍTULO V- Diabetes na perspectiva dos adoecidos.....	181
1- As representações não eruditas sobre o diabetes	184
2- As interpretações causais do diabetes	197
3- Aspectos do gerenciamento do diabetes	210
3.1- Sobre a dieta	212
3.2- Sobre a prática dos exercícios físicos	218
3.3- Sobre o uso dos medicamentos	220
3.4- A relação com as terapias e os serviços de saúde	227

4- As diferenças de gênero no pensar, vivenciar e lidar com o diabetes	234
CAPÍTULO VI- Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes: estudos de casos.....	245
1- Melissa	248
2- Cosme	267
CONSIDERAÇÕES FINAIS	289
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	301
ANEXOS.....	323
ANEXO 1- Conjunto de serviços e programas que compõem a rede de atendimento sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP.....	325
ANEXO 2- Formulário de caracterização dos informantes (portadores de diabetes e profissionais de saúde)	327
ANEXO 3- Roteiro de entrevista semi estruturada (portadores de diabetes).....	329
ANEXO 4- Roteiro de entrevista semi estruturada (profissionais de saúde).....	331
ANEXO 5- Termo de esclarecimento e de consentimento pós-esclarecimento....	332

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Perfil dos informantes portadores de diabetes do tipo 2, do sexo feminino quanto à idade, escolaridade, ocupação, estado civil, aspectos familiares, renda e tempo de diagnóstico de diabetes – 2005/2006.....	77
Quadro 2- Perfil dos informantes portadores de diabetes do tipo 2 do sexo masculino quanto à idade, escolaridade, ocupação, estado civil, aspectos familiares, renda e tempo de diagnóstico de diabetes – 2005/2006.....	78
Quadro 3- Perfil dos profissionais de saúde entrevistados quanto ao cargo ocupado, idade, sexo, formação profissional, tempo de experiência na rede pública de saúde e existência de caso de diabetes na família – 2006.....	82
Quadro 4- Categorias e questões temáticas das representações sociais sobre diabetes.....	85
Quadro 5- Categorias e questões temáticas da experiência com o diabetes.....	87
Quadro 6- Procedimentos, instrumentos, conteúdos e fontes dos dados primários.....	88
Quadro 7- Classificação brasileira do diabetes mellitus – 2002.....	107
Quadro 8- Elementos clínicos e fatores de risco a serem considerados na suspeita de diabetes.....	109
Quadro 9- Critérios diagnósticos do diabetes e de outros distúrbios hiperglicêmicos baseados em valores venosos (plasmáticos ou séricos)	110
Quadro 10- Metas do tratamento do diabetes mellitus tipo 2.....	116



RESUMO

Este estudo analisa as representações sociais e a experiência com o diabetes mellitus, articulando a dimensão simbólica, a partir dos significados e do sentido atribuído à enfermidade, e a dimensão concreta do seu gerenciamento. A investigação é pertinente devido à importância epidemiológica do diabetes no quadro sanitário brasileiro, à escassez de pesquisas sobre as enfermidades ou as condições crônicas na área de Antropologia e Saúde, além de se constituir em oportunidade para articular os planos micro e macroanalíticos no estudo do adoecimento. Foi empregada a metodologia qualitativa, na perspectiva socioantropológica, combinando as técnicas da pesquisa documental, da entrevista, do relato oral e da observação em campo (bairros, residências, serviços de saúde) para coletar as informações sobre as quais se procedeu, posteriormente, a análise temática. A análise dos dados sobre o saber biomédico e os modelos de intervenção baseou-se em textos básicos sobre o assunto e em documentos oficiais normativos sobre a atenção dirigida ao diabetes, complementando-se com os discursos dos adoecidos com a enfermidade, de não-adoecidos e de profissionais de saúde que atendem os diabéticos. Pela abordagem que se designou “construtivista integradora”, para a qual a realidade social é constituída pelas práticas interacionais e interpretativas, mas também pela participação de elementos da estrutura social, as representações sociais e a experiência da enfermidade foram tomadas articuladamente numa relação de influência circular como componentes do processo de adoecimento, relativizando, dessa forma, tanto a determinação social ou cultural quanto a total autonomia/liberdade do indivíduo. O conceito de representações sociais valeu-se da sociologia francesa com a abordagem herzlichiana, e a experiência da doença respaldou-se no suporte fenomenológico. Concluiu-se, neste estudo, que as formas como o adoecido pensa e lida com o diabetes envolvem fatores de ordem estrutural, simbólica, do contexto da vida diária, da biografia do sujeito, da experiência (prévia e atual, pessoal e de outras pessoas) e do próprio curso da doença. Os profissionais de saúde, embora imbuídos pelo discurso médico-científico, reinterpretam o saber erudito sobre o diabetes no exercício de sua prática, a partir da experiência (profissional e pessoal), passando-a pelo crivo das representações. Em ambos os segmentos, o adoecimento mobiliza saberes e práticas que, reciprocamente, são reelaborados em função da experiência, das representações e pela intermediação dos elementos contextuais.

Palavras chaves: representações sociais, experiência da enfermidade, diabetes.



ABSTRACT

The study analyzed the social representations and experience with diabetes, articulating the symbolic dimension based on the signification and the sense attributed to the illness, and the real dimension of its management. The investigation is pertinent to the epidemiological importance of diabetes regarding the condition of the public health in Brazil, the scarcity of researches on illnesses or chronic conditions in the Anthropology and Health area, besides the fact that it represents an opportunity to elaborate the macro and micro analytical plans in the study of the illness. The study applied the qualitative methodology through a social-anthropological perspective combining the techniques of documental research, interview, oral account and field observation (districts, households, health services) to gather the information which gave grounds for the thematic analysis. The analysis of the data on the biomedical knowledge and on the intervention models was based on basic texts on the issue, and on official normative documents about the attention given to diabetes, including the accounts of diabetics, non-diabetics and of health professionals who treat the illness. Through this “integrating constructivist” approach, to which social reality consists of interactional and interpretative practices and, also, of the participation of social structure elements; the social representations and the illness experience were articulately taken in a relation of circular influence as components of the illness onset process, making, this way, both the social and cultural determination and the individual’s total autonomy/freedom relative. The concept of social representations is grounded in the French Sociology with the Claudine Herzlich approach, whereas the illness experience found grounds in the phenomenological support. The study concluded that the way a person suffering from diabetes thinks and deals with it involves material and symbolic factors of social context, of the day-to-day life, of the biography of the patient, of experience (current and previous, personal and of other’s) and of the history of the disease itself. Health professionals, though imbued with the medical-scientific speech reinterpret the erudite knowledge on diabetes in their practice based on their personal and professional experience mediated by the representations. In both segments, the illness mobilizes knowledge and practices which are reciprocally redesigned in relation to the experience, to the representations mediated by the contextual elements.

Key-words: Social representations, illness experience, diabetes.



INTRODUÇÃO

O diabetes, sob a perspectiva clínico-epidemiológica, insere-se no grupo das “doenças crônicas não transmissíveis” que possuem um longo período de latência, curso assintomático prolongado, acarretando alterações patológicas irreversíveis com conseqüente incapacidade residual (Lessa, 1998). Distingue-se, por oposição etiológica, das doenças “não-infecciosas” e temporalmente, das “não agudas”; segundo Achuti & Azambuja (2004a), ao lado do câncer, das doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas.

Embora a designação tenha sido amplamente usada pela Epidemiologia, Lotufo (2004) questiona a sua generalidade afirmando haver doenças crônicas para as quais esses critérios não se sustentam e não se aplicam, sugerindo ser adequado abandonar o amplo leque de doenças crônicas para analisar, detidamente, os seus principais grupos baseando-se nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças, sem esquecer de considerar as especificidades contextuais de onde elas ocorrem.

Não obstante, o que é importante reter dessa classificação é o fato de as enfermidades crônicas compartilharem, segundo o paradigma causal corrente, um pequeno número de fatores de risco, que demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população, e que são alvos potenciais de intervenções preventivas como o tabagismo, as dislipidemias, a obesidade, o sedentarismo, a própria hipertensão e o diabetes (Achuti & Azambuja, 2004b).

De modo geral, na sociedade contemporânea, é crescente a presença de doenças crônicas e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é comum elas conviverem com as enfermidades infecto-contagiosas e reemergentes. Sua expressiva freqüência nos perfis de mortalidade e morbidade é atribuída ao envelhecimento da população, à alteração na expectativa de vida, à transição epidemiológica, às mudanças comportamentais de estilo de vida (especialmente em relação aos padrões alimentares). A esses fatores, Lotufo (2004) acrescenta o atual avanço da noção de cidadania e conseqüente extensão de benefícios, havendo maior pressão por medidas de rastreamento (e, então, diagnósticos) e as preventivas às pessoas anteriormente excluídas dos serviços de saúde, mas adverte que tais afirmações carecem de reais bases empíricas que as respaldem ao se referir à realidade brasileira.

Sob um outro ângulo, a cronicidade é um conceito forjado pela sociedade ocidental na interação com o sistema de saúde mental (Heurtin-Roberts & Becker, 1993), para se referir àquelas condições de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, apresentando sintomas contínuos ou periódicos, que, de certo modo, podem interferir em várias dimensões da vida do adoecido e no seu entorno. Não obstante, da fluidez da sociedade moderna e a centralidade do conhecimento biomédico no sistema de cura, o conceito é incorporado, diferenciadamente, pelos grupos sociais que dispõem de interpretações do senso comum sobre as doenças em geral (Canesqui, 2006a).

Esta última autora, ao rever a literatura sobre o assunto, verificou que a Sociologia e Antropologia da Medicina, norte-americana e inglesa, apresentam acúmulos importantes sobre as enfermidades crônicas, enfocando as concepções leigas, privilegiando o ponto de vista dos enfermos, através de pesquisas qualitativas. As enfermidades crônicas conduzem, segundo Conrad (1987), a viver “com e apesar da doença”, e incluem as que não ameaçam a vida, mas impõem a aprendizagem e convivência com elas, as que impõem ameaça à vida (como o câncer), enquanto outras são estigmatizantes ou geram sérias incertezas ao seu portador, completando-se por um outro conjunto que impõem sofrimento, mas são absolutamente deslegitimadas pelo saber médico.

As enfermidades crônicas referem-se a um trabalho auto-reflexivo (Dubet *apud* Herzlich, 2004) que caracteriza, sob um determinado olhar, a experiência da doença, voltando a atenção aos aspectos privados, à vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais. Contudo, é preciso lembrar com Canesqui (2006a) que “a vivência dos adoecidos crônicos também se molda por um conjunto de externalidades às experiências, que se referem às políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde e aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas”.

Por outro lado, ao verificar a literatura nacional, Canesqui (2006a) constatou a escassez de produção científica na área de Saúde Coletiva sobre as doenças crônicas; o predomínio das colaborações epidemiológicas sobre as sociológicas e antropológicas e sugeriu maior atenção, da pesquisa de ciências sociais no campo da saúde, àquelas enfermidades.

Analogamente, o diabetes figura como uma doença crônica pouco estudada pelo referencial socioantropológico, no contexto brasileiro, embora se imponha a necessidade, tanto pela sua magnitude, quanto pelo fato de constituir um evento significativo na biografia das pessoas e que, sendo de longa duração e processual, envolve boa parcela da vida dos adoecidos.

Diante do exposto, o presente estudo analisou as representações sociais e a experiência com o diabetes, articulando a dimensão simbólica, a partir dos significados e do sentido atribuído à enfermidade, bem como a dimensão concreta do seu gerenciamento presente nas ações organizadas, situadas e vivenciadas pelos adoecidos. Devido à cronicidade, esse processo de vivência da doença, que tem início muito antes do diagnóstico e se estende por toda a vida do adoecido, obrigando-o a desenvolver formas personalizadas para conviver, lidar e pensar a sua enfermidade e envolve fatores de ordem estrutural, simbólica, do contexto da vida diária, da biografia do sujeito, da experiência (prévia e atual, pessoal e de outras pessoas) e do próprio curso da doença. Admite-se que esses fatores e as formas de interpretar e gerenciar a doença mantêm uma relação recíproca em que os elementos envolvidos são constantemente atualizados, podendo ser definidos, redefinidos, inovados, reinterpretados, transformados ou reproduzidos.

Assim, a opção de estudar as representações sociais e a experiência dos adoecidos de diabetes foi motivada pelos seguintes aspectos:

- importância epidemiológica desta doença no quadro das condições de saúde, também expressa na atual ênfase das ações e programas oficiais da política nacional de saúde, podendo este estudo contribuir com o processo de planejamento de ações mais sensíveis e coerentes com as especificidades socioculturais e contextuais dos diferentes grupos sociais;

- revisões sobre a produção científica na área de Antropologia e Saúde, em geral, apontam para a carência de pesquisas sobre as enfermidades ou condições crônicas específicas;
- escassez de estudos qualitativos sobre o diabetes, conferindo originalidade ao trabalho;
- oportunidade de articular os planos micro e macroanalíticos no estudo do adoecimento por meio das representações sociais e da experiência da doença.

Para reiterar a iniciativa de aprofundar as discussões sobre as representações sociais e a experiência da doença, é preciso lembrar que “os estudos constroem-se sobre outros estudos, não no sentido de que retornam onde outros deixaram, mas porque melhor informados e melhor conceitualizados, eles mergulham mais profundamente nas mesmas coisas” (Geertz, 1989: 18).

É válido destacar que, apesar de o estudo proporcionar informações restritas a uma situação específica, em dado espaço e tempo, é possível vislumbrar contribuições no sentido de categorias teórico conceituais generalizáveis, essas sim podendo se constituir em parâmetros para investigações de outras doenças crônicas, em outros lugares e momentos.

Para apreender o objeto de estudo, optou-se pela metodologia qualitativa, numa abordagem socioantropológica, por considerá-la adequada, uma vez que privilegia (não exclusivamente) a perspectiva do sujeito. Os dados não se restringiram aos adoecidos e seus discursos, mas abrangeram, também, os profissionais de saúde e o discurso do biomédico, por se constituírem em importantes matrizes de significado, integrando o objeto em questão. As técnicas para coleta dos dados compreenderam a pesquisa documental, a entrevista, o relato oral e a observação em campo (bairro, residência, unidade de saúde) própria do método etnográfico.

A investigação desenvolvida se insere na área “Antropologia e Saúde”¹ e, entre as suas contribuições, poderá proporcionar subsídios que contribuam com a formulação e implementação de ações em saúde que sejam culturalmente mais adequadas ou, ao menos, não conflitivas com os valores da população alvo. Nesse sentido, reitera-se que o estudo das

¹ Sobre desenvolvimento e características da área, ver Canesqui (1994; 2003); Nunes (1999); Alves (1998); Minayo (1998).

representações sociais, com outros elementos contextuais e com o privilégio do ponto de vista dos adoecidos, pode informar sobre as formas de pensamento que permeiam as relações na sociedade e que influenciam, em parte, as formas de lidar com a enfermidade.

Quanto ao aporte teórico, o conceito de representações sociais adotado fundamenta-se na abordagem herzlíchiana, que as entende como construções mentais com enraizamentos social e histórico, mas também como interpretação e questão de sentido e cuja análise comporta diferentes níveis, como o macrossocial, o microssocial e o singular/biográfico.

A experiência da doença, por sua vez, apresenta-se como um fluxo de eventos, processos corporais e trajetória de vida, tomando lugar num cenário social conectado, portanto, aos contextos social e cultural e à biografia pessoal, que moldam a condição do adoecido. O suporte teórico fenomenológico é adequado, mas foram tomadas as relações sociais mais amplas, isto é, dos homens com o seu corpo e a sociedade, além da interação face a face.

Trabalhou-se com os pólos representacional e o da experiência em articulação, relativizando as “determinações” e “reducionismos”, sejam os sociais, culturais ou individuais. Dessa forma, levou em conta o sujeito em ação lidando com as contingências da vida diária e atribuindo sentido aos acontecimentos, a partir da diversidade de matrizes de significados disponíveis e às quais está exposto na sociedade contemporânea. Esse movimento não se dá em mão única, mas numa influência circular que tem como pano de fundo, elementos que podem constranger ou viabilizar a conformação da interação. Os elementos estruturais, contextuais (sociais e culturais), simbólicos e biográficos foram considerados na análise das representações sociais e da experiência da doença, observando os planos de análise que comportam.

A abordagem teórica adotada foi designada de *construtivista integradora*, por compreender que a realidade social se constitui pelas ações interacionais e interpretativas dos sujeitos sociais, reconhecendo, concomitantemente, a participação de elementos da estrutura social nesta constitutividade, o que a distancia da perspectiva construtivista radical. Assim, a análise do adoecimento relativizou, tanto a determinação social ou cultural, quanto a autonomia/liberdade do indivíduo, passando a entender esses termos numa relação de influência circular ou recíproca.

Como desdobramento, empreendeu-se uma integração dos níveis de análise (nos planos macrossocial, microssocial e biográfico) efetivado pela abordagem articulada das representações sociais e da experiência da enfermidade que comportam tais dimensões.

A partir do que foi exposto, a organização da tese comporta seis capítulos. O primeiro dedica-se à verificação do “estado da arte” por meio de revisão crítica da literatura socioantropológica sobre o assunto, consultada em um conjunto de periódicos nacionais e internacionais (anglo-saxões e mexicanos) e de produções científicas das Ciências Sociais e Saúde e Saúde Coletiva no Brasil. Partiu-se inicialmente de artigos de revisão das doenças crônicas e, a seguir, dos específicos sobre o diabetes; o que proporcionou uma primeira aproximação com o objeto de estudo. A revisão da literatura sobre o diabetes teve caráter exploratório e não exaustivo, com o intuito de identificar as principais características teórico-metodológicas dos estudos, destacando os limites e as possibilidades, apreendendo as suas contribuições em relação à abordagem integradora que se pretendia empregar.

O mesmo capítulo explicita os conceitos-chave e os fundamentos teóricos das representações sociais e da experiência da enfermidade adotados, bem como a proposta de uma abordagem integradora que os articulasse.

O esclarecimento dos objetivos traçados e da metodologia qualitativa utilizada figura no segundo capítulo, que descreve o percurso do estudo, o seu delineamento, as técnicas e os instrumentos empregados na coleta dos dados, a seleção dos sujeitos e a sua caracterização, a operacionalização do trabalho de campo (coleta de dados primários com a realização das entrevistas e de dados secundários nas fontes textuais), o tratamento e a análise dos dados, a divulgação da pesquisa e os procedimentos éticos adotados.

O terceiro capítulo abordou o saber biomédico em relação à sua construção e às características do conhecimento e da prática clínica, bem como a intervenção dirigida ao diabetes quanto aos seus aspectos teóricos e técnicos mais gerais, a partir de literatura básica sobre a enfermidade e de documentos oficiais da política nacional de saúde dirigida a essa doença.

Nos dois capítulos seguintes, debruça-se sobre o material de caráter etnográfico, dando voz aos profissionais de saúde vinculados à medicina científica e aos adoecidos quanto aos aspectos das representações, da experiência e do gerenciamento em relação à enfermidade em questão. As representações sobre o diabetes, sua etiologia e classificação, os pontos-chave do tratamento assentado na categoria central do controle da enfermidade (obtido por meio da tríade medicação/dieta/exercícios físicos) e as idéias gerais sobre o paciente diabético com as suas características mais marcantes foram focalizados sob a perspectiva dos profissionais de saúde e compuseram o quarto capítulo. De forma semelhante, o quinto capítulo trouxe à discussão as formas de pensar e gerenciar o diabetes tomado sob o ponto de vista dos adoecidos na sua vivência com essa enfermidade desde a sua origem e descoberta. Diante disso, verificou-se que tanto os conceitos são revistos em função da experiência, como esta é interpretada e se apóia em elementos ideativos mais gerais sobre a saúde, a doença e os elementos relacionados ao controle e tratamento do diabetes.

Como arremate, o sexto capítulo apresenta dois estudos de caso sobre a vivência com o diabetes, relatados por uma mulher e por um homem, ilustrando as discussões que permearam toda a pesquisa. E, por fim, nas considerações finais os principais aspectos evidenciados na investigação são sintetizados, destacando algumas das divergências e convergências nas formas que os adoecidos e os profissionais de saúde pensam e lidam com o diabetes. A esse respeito, observou-se que, em ambos os segmentos, o adoecimento mobiliza saberes e práticas que, reciprocamente, são reelaborados em função da experiência vivida, além de passarem pelo filtro das representações, populares e eruditas, e pela intermediação de elementos contextuais.



CAPÍTULO I-

**Revisão da literatura socioantropológica sobre
diabetes e referencial teórico-conceitual adotado**

Este capítulo divide-se em duas partes. A primeira subdivide-se em dois tópicos e analisa as características dos estudos sobre o diabetes encontrados na literatura socioantropológica consultada e a segunda explicita o referencial teórico e conceitual adotado, apresentando os conceitos da representação social e da experiência da enfermidade, bem como a proposta de uma abordagem integradora que permita a articulação de ambos.

Em relação à análise dos **estudos socioantropológicos sobre o diabetes**, a revisão de literatura abrangeu um conjunto de periódicos nacionais e internacionais (anglo-saxões e mexicanos) e de produções científicas das Ciências Sociais e Saúde e Saúde Coletiva² no Brasil; partindo-se de artigos de revisão das doenças crônicas (exceto “mentais”, por merecer investigação à parte), seguidos aos de diabetes. Ressalta-se, ainda, o caráter exploratório e não exaustivo da referida revisão, que não se limitou a um período, sendo que o estudo mais antigo encontrado é datado de 1981 e o mais recente de 2004, com destaque para uma significativa produção na década de 1990.

Abordar a dimensão sociocultural do diabetes significa olhar para o sujeito (con)vivendo com uma condição que o acompanha em todos os lugares da vida (Adam & Herzlich, 2001) e cujas formas de explicar, representar e lidar decorre de um constante movimento, onde a interpretação e a ação se realimentam reciprocamente em um contexto (Canesqui, 2006a).

Em linhas gerais, no contexto anglo saxão, a investigação socioantropológica das doenças crônicas teve como marco a obra clássica *Chronic illness and the quality of life*, organizada nos anos 1970 por Anselm L. Strauss, intensificando-se nas décadas seguintes. Na parcela da produção acadêmica norte-americana examinada, notou-se a proximidade dos trabalhos com a clínica, confirmando a tradição da antropologia aplicada e com forte tendência (mas não homogeneidade) em compreender a relação indivíduo-doença, preocupada com o êxito do modelo biomédico, em última instância.

² Periódicos internacionais – *Social Science & Medicine; Sociology of Health & Illness; Diabetes Care; Journal of Health & Social Behavior; Culture, Medicine & Psychiatry; Medical Anthropology Quarterly; Qualitative Health Research; Salud Pública de México; Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, e nacionais – *Cad. de Saúde Pública; Rev. de Saúde Pública; Ciência e Saúde Coletiva; Cad. de Saúde Coletiva; Horizontes Antropológicos; Physis*.

Na América Latina, os estudos sobre as doenças crônicas surgem no início dos anos 1980, a princípio sob forte influência do pensamento histórico estrutural economicista seguido pela perspectiva dos enfermos (Mercado-Martinez et al., 1999). Os artigos mexicanos destoam dos norte-americanos ampliando o entendimento da doença às outras relações do adoecido e aos significados atribuídos a ela. Na literatura brasileira, os estudos socioantropológicos sobre tais doenças são escassos, ainda mais sobre o diabetes, mesmo que se imponha a sua necessidade.

Os estudos analisados sobre o diabetes foram organizados segundo os contextos (anglo-saxão, mexicano e brasileiro), as abordagens e os eixos de análise identificados.

1- Abordagens socioantropológicas do diabetes no contexto anglo-saxão

Uma das marcas dos estudos sobre as doenças crônicas, entre elas o diabetes, no contexto norte-americano foi a abordagem da *experiência da enfermidade*, desenvolvida como reação ao médico-centrismo presente nas teorias sociológicas de orientação funcionalista, baseadas em modelos teóricos para entender a doença e que predominou até os anos de 1950. Essa nova perspectiva centra-se no “paciente” e enfatiza o processo subjetivo de vivência da enfermidade, partindo do ponto de vista dos adoecidos e em situações concretas do mundo da vida. A investigação da experiência assenta-se na interpretação e significados da doença, na organização social do mundo do sofredor e nas estratégias para gerenciá-la (Conrad, 1990).

Não obstante, diferentes vertentes foram desenvolvidas, com sutis particularidades, quanto aos aspectos da experiência que enfatizam, sejam objetivos, subjetivos ou intersubjetivos; expressos em temas sobre as conseqüências da doença; os significados; as formas de enfrentamento; a diversidade e variação da experiência propriamente e os respectivos fatores mediadores, macro e microssociais, que podem moldá-la. Essas abordagens identificadas nos estudos socioantropológicos sobre o diabetes, na literatura pesquisada, são apresentadas a seguir, destacando-se os aspectos mais relevantes à pesquisa desenvolvida.

1.1- Cultura e enfermidade

Em geral, esses estudos partem da perspectiva de determinados grupos (étnicos, imigrantes, profissionais, adoecidos, familiares) envolvidos com o diabetes, buscando identificar as construções individual e microcultural sobre a doença, assim como entender de que forma tais características moldam a experiência da enfermidade. Concorda-se que a experiência é construída social e culturalmente, entretanto, nesse processo, varia o peso atribuído ao indivíduo (autonomia) ou aos elementos externos (influências) a ele, o que requer análises que integrem esses planos do adoecimento (Canesqui, 2003; Pierret, 2003).

As explicações leigas sobre o diabetes foram amplamente estudadas por meio da estrutura do *modelo explicativo* da enfermidade, proposto na década de 1980 por Arthur Kleinman no âmbito da Antropologia Médica norte-americana. O conceito refere-se ao modo como um episódio de doença é interpretado e entendido pelo paciente, curador ou outro ator envolvido, contemplando cinco pontos básicos: a etiologia; o início dos sintomas; a patofisiologia; o curso da doença (severidade) e o tratamento (Alves, 1993). Nesses estudos, busca-se identificar incongruências entre diferentes modelos (do médico, do paciente) ou entre os seus aspectos, visando melhorar a comunicação e a negociação na situação terapêutica e obter melhores resultados na adesão às prescrições (Cohen et al., 1994; Arcury et al., 2004; Loewe & Freeman, 2000; Chesla et al., 2000).

Não obstante, os estudos dos modelos explicativos problematizam a perspectiva do adoecido em detrimento da perspectiva do profissional de saúde e do amplo contexto institucional e econômico, como apontam Hunt & Arar (2001), que sugerem ampliar a análise para além da relação do adoecido com os serviços de saúde. Nesse sentido, Conrad (1990) recomenda considerar o adoecido não somente como “paciente” (que dedica pequena parte de seu tempo a esse papel) e extrapolar o cenário médico para focar o gerenciar da vida globalmente. Reciprocamente, as características daqueles espaços também exercerão influências, positivas ou negativas sobre o sujeito adoecido e o curso da doença.

Outra observação pertinente, feita por Hunt & Arar (2001), refere-se à compreensão da enfermidade não só como experiência, mas também como *significado* (da doença, de sensações e de elementos das prescrições, como controle do diabetes, dieta, medicamentos) que varia nos diferentes grupos sociais. Além disso, essas autoras chamam a atenção para o caráter processual das explicações, que não obedecem a um padrão rígido, não são únicas, nem definitivas, isto é, podem ser múltiplas, não homogêneas nos grupos e variam ao longo do tempo, o que é coerente com a dinâmica das relações sociais, das quais o sujeito ativamente é parte. Critica-se o caráter estático do modelo explicativo que não comporta a multiplicidade de explicações nem as constantes avaliações e atualizações feitas pelos sujeitos na vida cotidiana, variando no tempo, no espaço e no curso da doença (Alves, 1993; Young, 1982).

A dinamicidade das explicações causais do diabetes foi analisada enfocando a sua compreensão sob as influências ambientais, psicossociais e culturais da saúde e da doença (Garro, 1995, 1996; Daniulaityte, 2004), ao contrário do modelo biomédico que se assenta numa visão individualista de explicação e de intervenção. Hunt et al. (1998) complementam que a explanação causal do diabético expressa-se em *fatores provocantes* não excludentes (comportamentos que a pessoa faz/fez ou falhou ao fazer e eventos como acontecimentos em pontos específicos da vida), combinando elementos advindos do saber biomédico com os da história pessoal como o estilo de vida (tabagismo, bebidas, abuso de drogas, falta de dormir), trauma emocional (morte de parente), trauma físico (acidente de carro, reação medicamentosa).

Esse mosaico explanatório evidencia a insuficiência do saber biomédico de causalidade, corroborando Buchilet (1991), para quem a aparição da doença suscita, no adoecido, perguntas como “*por que eu?*”, “*por que agora?*”, “*como?*”; requerendo uma interpretação do evento na totalidade do seu quadro sociocultural de referência. Para a autora, a busca de sentido liga-se à causalidade e faz com que o indivíduo inclua, mas extrapole, a dimensão orgânica, pois além de ser evento individual singular, a doença está “imediatamente inscrita num contexto pragmático e simbólico e num corpo socializado” (Dozon & Sindzingre, *apud* Buchilet, 1991: 25).

Para tanto, é oportuno observar as histórias causais que sempre circundam os episódios de enfermidade e cura, integrando narrativamente a experiência da doença no amplo contexto da vida daqueles que a vivenciam (Matingli & Garro, 1994; Hunt et al., 1998; Kleinman & Seeman, 2000), mas transcendendo as situações concretas da vida cotidiana.

Outros estudos dos modelos explicativos leigos sobre o diabetes deslocam o foco do indivíduo para identificar o sistema de atitudes e crenças subjacentes que orienta o comportamento (Greenhalgh et al., 1998) em específicos grupos culturais (étnicos, imigrantes), incluindo as características das explicações, dos sintomas e as respectivas variações inter e intragrupal (Garro, 1995; Poss & Jezewski, 2002). Embora varie o peso atribuído aos elementos culturais, o pressuposto de uma *modelação cultural* dos sintomas, das explicações e da experiência como um todo, encontra respaldo na corrente culturalista que inspirou a Antropologia norte-americana no período entre as guerras mundiais, especialmente com os estudos *folk*, das “síndromes delimitadas pela cultura”, das quais o *susto* foi fartamente investigado junto aos povos latino-americanos.

Embora essa abordagem avance ao “dar voz ao paciente”, subjaz a intenção em conhecer as crenças sobre o diabetes por meio dos modelos explicativos, embutindo uma avaliação de certo/errado (cuja referência é o modelo biomédico) para melhor subsidiar intervenções e mudar comportamentos, “corrigindo-os” se julgar necessário. Além de etnocêntrica, essa lógica estabelece uma relação mecânica e simplista entre crença e comportamento, aproximando-se do que Duarte (1993: 46) chamou “intervencionismo crítico”, ilustrativo do pragmatismo da Antropologia Médica norte-americana.

1.2- Vida cotidiana e enfermidade

Inspirada na perspectiva fenomenológica, essa abordagem visa entender o impacto do diabetes no mundo da vida do adoecido e as formas e estratégias para gerenciá-lo (diagnóstico, autocuidado, aderência às prescrições, processos interativos, tomada de decisão, trajetória da doença), o que envolve um processo *subjetivo* (dotado de sentido e significação) e *intersubjetivo*.

As influências no gerenciamento do diabetes foram agrupadas por Maclean (1991) nas categorias *individual* (temperamento, atitudes), do *próprio diabetes* (severidade, tempo de diagnóstico) e *contextual* (rede de apoio, equipamentos de automonitoramento, normas sociais e culturais, ambiente de trabalho), destacando um *ciclo de aprendizagem* enquanto experiência contextualizada e resultante da convivência com o diabetes (que seria a essência do autocuidado). Assim, esse autor contesta os estudos que associam “mau” gerenciamento à percepção de não-gravidade, à interferência nas ações habituais, à complexidade das prescrições, à falta de informação, à deterioração do conhecimento e à habilidade de gerenciar; pois eles ignoram a constelação de significados associados ao viver com diabetes e a relação desses significados com o contexto social e cultural.

Sobre esse tópico, Thorne et al. (2003) acrescentou a influência do curso da doença no autocuidado, havendo grande atenção no início, seguido por períodos de estabilidade ao gerar rotinas que são intensificadas por ocasião de crises e episódios agudos. Desse modo, aprende-se a gerenciar os efeitos desfavoráveis das doenças conforme os contextos, as circunstâncias, as perspectivas e os valores singulares (Schoenberg et al., 1998), visando obter um controle que permita viver tão “normalmente quanto possível”. Para tanto, empreendem-se esforços para equilibrar os imperativos da doença àqueles aspectos significativos da vida a partir de constantes avaliações das suas prioridades, como participar de atividades sociais, manter a performance no trabalho, atender às demandas familiares etc. (Thorne et al., 2003).

Contrários aos estudos que associam não aderência às prescrições médicas ao conflito entre os aspectos dos modelos explicativos, Schoenberg et al. (1998) identificaram a criação de “histórias” de significados para o diabetes que conecta a atual estratégia de gerenciá-lo às práticas e histórias prévias, ao repertório de conhecimentos e às atuais circunstâncias social, econômica e de saúde; fundadas num contexto pessoal e societal que acomoda a doença como um evento na vida. Os autores consideram, na aderência, o significado atribuído ao diabetes que envolve interpretação e não prendem a análise às determinações estruturais, além de afirmarem não haver regra única, definitiva e estática, mas uma composição diversificada de fontes e domínios de influências na tomada de

decisões. Contudo, ao lado da não passividade ante as recomendações médicas, a análise das relações dos adoecidos restringe-se à dimensão microssocial, aparentemente, libertas de constrangimentos macrossociais.

1.3- Identidade e enfermidade

O foco dessa abordagem é o impacto da doença na identidade, as modificações no autoconceito e no *self*, sob influência clássica do interacionismo simbólico de Goffman (1980), o qual inspirou Hopper (1981) ao investigar o *estigma*³ com as conseqüências nas habilidades físicas, na interação social, no trabalho e no autocuidado do diabetes. Embora, o diabetes não dependente de insulina imprima no adoecido “apenas” atributos *depreciáveis* (não imediatamente visíveis) ao invés de *depreciativos* (Goffman, 1980), o diabético pode ser estigmatizado nas relações familiares e íntimas devido à dieta especial, sintomas físicos e nervosismo, impotência sexual, energia e mobilidade limitadas; que se tornam aparentes e “denunciam” uma identidade deteriorada. Perceber a possibilidade de estigmatização pode desencadear o esforço do adoecido em ocultar⁴ a doença/condição (Scambler & Hopkins, 1989).

Entretanto, a abordagem goffmaniana generaliza o conceito de estigma imprimindo total passividade do sujeito, à medida que aceita os valores e as normas sociais prevalentes e estigmatizantes, não cogitando que os adoecidos podem rejeitá-las engajando-se num ativismo político para mudá-las (Adam & Herzlich, 2001). São possibilidades que não seguem padrões, mas variações compreendidas na totalidade das relações.

Uma outra vertente baseia-se no conceito de *ruptura e reconstrução biográfica* de Bury (1982) para se referir às modificações na identidade, na estrutura dos significados, nas relações e na organização concreta da vida impostas pela doença e seguida de esforços

³ Estigma é um tipo de relação entre o atributo (meios de categorizar as pessoas negativamente ou afirmativamente) e o estereótipo (identificação do indivíduo com esse atributo), de modo que o portador de estigmas possui atributos que o distingue dos outros tornando-o diminuído ou socialmente inferior (Goffman, 1980). Embora ligado à pessoa, o estigma surge nas interações, por isso seus portadores evitam expor sua condição *escondendo* ou escolhendo a quem e quando revelar; *reduzindo* a estigmatização sem negar a condição; *retirando-se* da vida social (isolamento).

⁴ Scambler & Hopkins (1989) distinguem o estigma *enacted* ao discriminar pessoas por serem definidas como diferentes e estigma *felt* quando deriva do medo da descoberta dessa diferença e vergonha por possuí-la.

para reestruturá-las; aos questionamentos e às explicações sobre o sentido da existência, da auto-imagem e do autoconceito. Sob essa perspectiva, Rajaram (1997) explorou a ruptura e a reconstrução biográfica diante de crises de hipoglicemia, enfocando diabéticos e suas esposas quanto aos esforços para manter um sentido positivo da imagem pessoal e social (para si e para os outros). O diferencial é que contemplou a família atingida pela doença e analisada como fonte de apoio, ou recurso, tanto para o gerenciamento prático, como para a interpretação da doença.

A reconstrução biográfica compreende formas ativas de enfrentamento (ajustamento, acomodação, superação) do impacto da doença, empreendidas em situações concretas, o que envolve um processo de interpretar e dar significado aos sintomas, de construir o sentido das situações e de legitimar o próprio processo de enfrentamento pelo adoecido e sua rede de apoio como a família, os parentes, os vizinhos, os conhecidos (Radley, 1989; Anderson, 1991), buscando restabelecer o equilíbrio na vida diária, na identidade pessoal e social.

O conceito de ruptura biográfica pode ser útil ao estudo do diabetes acrescido da complementação de Williams (2000), que nota haver situações e condições em que o adoecido não julga a ocorrência da doença como ruptura, mas como *continuidade* e elemento de *confirmação e reforço biográfico*⁵, ou como *doença normal e inevitável* (coerente no contexto da idade, padrões de co-morbidade, baixa expectativa de saúde, situações de sofrimento, opressão, privação material, injustiça e adversidades gerais), levando a recebê-la como antecipação biográfica e com resignação.

A ênfase nas interações microssociais do adoecimento, dessa abordagem, não deve negligenciar as variações nos grupos étnicos; pela posição no ciclo de vida; pelas circunstâncias socioestruturais, pois é inviável extrair completamente a enfermidade da totalidade da experiência da vida social, exceto para o propósito de análise (Hopper, 1981).

⁵ Sobre o significado da infecção pelo HIV, Carricaburu & Pierret (1995) verificaram que hemofílicos e homens homossexuais reinterpretavam o passado reforçando componentes das identidades prévias, *confirmando* uma vida repleta de experiências com doenças ou reafirmando a luta, individual e coletiva, pessoal e política como *gay*.

1.4- Determinantes macroestruturais e enfermidade

Menos comum, essa abordagem focaliza o papel de elementos externos (políticos, econômicos, ideológicos, institucionais, organizacionais), do amplo contexto, que podem moldar a experiência da enfermidade. Alguns estudos como os de Poss & Jezewski (2002), Chesla et al. (2000) e Garro (1995; 1996), embora voltados para determinados aspectos do diabetes em diferentes grupos culturais, alertam que para compreender a doença é essencial examinar os fatores sociais, políticos e econômicos que afetam as populações, como a pobreza extrema, as aglomerações, a nutrição inadequada, o racismo, o sistema de saúde ineficiente, as condições opressivas de trabalhadores. Essa visão é compartilhada por Frankenberg (1980) e Helman (1994), que sugerem que os estudos antropológicos não se limitem à análise dos costumes isoladamente, pois a cultura não existe num vácuo, mas num contexto particular composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla.

A inclusão de elementos analíticos macrossociais são bem-vindos, mas o risco é incorrer num “reducionismo macro sociológico”, como Duarte (1993) designou a tendência, na Antropologia Médica norte-americana, de deslocar a análise para as relações sociais e de poder ao explicar as doenças. Apesar de ser uma “explícita tentativa de afastamento e crítica da redução biomédica e busca concomitante de novas bases de racionalidade” para a compreensão da doença, essa mudança apenas substituiu um reducionismo por outro, composto por questões de poder/classe/dominação, de oposição de gêneros e de migração/mudança (op. cit., 1993: 56).

Nesse sentido, ao examinar as circunstâncias da vida de mulheres diabéticas imigrantes, chinesas e anglo-canadenses, Anderson (1991) verificou que os respectivos estilos de gerenciar a enfermidade constituíam-se em formas pragmáticas de lidar com a dura realidade material no contexto interativo da vida diária. Para esse autor, atribuir tais estilos à etnicidade (como se as pessoas seguissem roteiros étnicos dados previamente que ditam as crenças sobre a doença e o seu gerenciamento) ou individualizar os problemas sociais (como no autocuidado, considerado ideologia espelhada no individualismo próprio no estado capitalista), ofusca o contexto social da doença e exclui as desvantagens sociais e a falta de cuidados adequados de saúde.

O esforço de Anderson (1991) em articular os níveis micro e macroanalíticos é sugerido por Pierret (2003) e, também, por Castro (1995), para quem a natureza social do processo saúde e doença não resulta de características da estrutura social, nem da liberdade e criatividade do indivíduo exclusivamente, mas de um complexo fenômeno sociológico esboçado na realidade social objetiva e subjetiva. A menos que ambos os níveis sejam considerados simultaneamente, o estudo da enfermidade pode resultar numa ênfase demasiadamente mecanicista ou espontânea, conclui o autor.

Por fim, as variações dos significados e das formas de gerenciar o diabetes entre mulheres da mesma categoria étnica, vistas em Anderson (1991), decorre do mesmo movimento simultâneo de compartilhar e se diferenciar descrito por Guedes (1998) na sociedade contemporânea, onde há “um potencial desigual das classes e segmentos para difundir e legitimar sua visão de mundo, inserida num intrincado jogo de forças que, mesmo os mais despossuídos, operam na afirmação e recriação de sua diferença, reapropriando-se de esquemas que lhe permitem interpretar de modo específico as suas experiências de vida” (op.cit.: 48).

1.5- Metaetnografias e revisões

Os dois artigos encontrados de meta análise ou meta etnografia sobre o diabetes analisam, comparativamente, os resultados de estudos qualitativos, sintetizando os “dados processados”, focalizando conceitos específicos na sua totalidade e a conexão entre eles (Paterson et al., 1998), além de disponibilizar uma riqueza de referências sobre o assunto.

Nos 43 estudos analisados por Paterson et al. (1998) destaca-se o *equilíbrio* (em vez de controle) aprendido pela experiência para gerenciar a doença; o tempo de diagnóstico no controle do diabetes que permite aprimorar o reconhecimento de padrões singulares das respostas do corpo e identificar variações de glicemia; a inserção de “intervalos” no autocuidado nos quais testa-se comer alimentos não prescritos ou em ocasiões especiais (“licenças sociais”).

Em Campbel et al. (2003), entre os dez estudos analisados, Kelleher (1988) desenvolve o conceito de “gerenciamento estratégico” ajustável e flexível no processo da pessoa *controlar* ou *ser controlada* pelo diabetes e que é adquirido na experiência para manter um “senso de controle”, segurança e independência. Nesse sentido, Murphy & Kinmonth (1995) demonstram que os pacientes questionam a validade dos conselhos médicos, interpretando-os, podendo dar respostas diferentes das prescritas e esperadas. Conforme a gravidade atribuída à doença, os autores classificaram os diabéticos em três grupos, que variam ou se combinam com o tempo e podem influenciar o tratamento: aquele para quem a doença é “séria, mas não para mim” (tem um tipo não grave), é “séria, mas posso controlar” (com mudanças comportamentais), é “séria para mim” (pessimismo, sente-se candidato às complicações). O’Connor et al. (1997) denominam “*respondentes positivos* e *negativos*” os pacientes que seguem ou burlam a dieta e a medicação; e Maclean (1991) distinguiu a avaliação de “saúde” e “bem-estar” no gerenciamento do diabetes.

Embora os estudos de revisão tratem de questões gerais das doenças crônicas, fornecem pistas importantes à análise do diabetes, como Conrad (1990), que classificou os estudos da experiência da enfermidade na perspectiva *externa* (minimiza ou ignora a realidade subjetiva do adoecido) e *interna* (focaliza a dimensão subjetiva de viver *com* e *apesar* da doença⁶).

Sem desconsiderar o pioneirismo daqueles estudos, é oportuno articular as duas perspectivas, como recomenda Pierret (2003) em recente revisão⁷ sobre a experiência da doença crônica, na qual identificou três pontos de enfoque: a *subjetividade* (conseqüências da doença no *self* e identidade, o estigma, a culpa e a vergonha, a ruptura biográfica e as narrativas; o significado atribuído à doença cotejado com a idade, o gênero, a classe social); a *vida cotidiana* (impacto na vida diária, estratégias e recursos para reorganizá-la, incluindo o papel da rede social e dos grupos de apoio; processo de “tornar-se doente” e “ser doente”); a *estrutura social* (como fatores macrossociais moldam a experiência da doença,

⁶ Na perspectiva *externa* estão os estudos do papel e carreira do doente, comportamento na doença, e na *interna* estão os de como o sujeito nota algo errado; o significado para ele; as teorias e explicações desenvolvidas para dar sentido ao evento; como gerencia o problema e os regimes; a busca de cuidado médico; preocupações e expectativas; impacto do diagnóstico (econômico, social, relacional); enfrentamento do rótulo médico (Conrad, 1990).

⁷ A autora analisou 47 artigos do *Journal of Health and Social Behavior* e *Social Science and Medicine* nos últimos 25 anos e dois artigos de revisão publicados no *Sociology of Health and Illness*.

o papel da política e do sistema de saúde, do conhecimento médico, da mídia e da organização dos adoecidos neste processo). A autora, contudo, reconhece o desafio teórico e metodológico em articular essas dimensões e trabalhar a inter-relação, os efeitos recíprocos e a retroalimentação das mesmas.

2- Abordagens socioantropológicas do diabetes nos contextos mexicano e brasileiro

Esses estudos, em que predomina a produção mexicana, são marcados pelo afastamento da centralidade do indivíduo e visam compreender, interacional e processualmente, a enfermidade em outros espaços e nas relações do diabético, não restrita ao âmbito dos serviços; considerando a influência dos atributos dessas relações, o gênero, as variadas práticas de vida, os significados e as representações da doença, diferindo de abordagens baseadas, exclusivamente, na experiência ou em dados objetivos.

Nos estudos socioantropológicos sobre o diabetes no contexto mexicano, nota-se a distinção do conceito de *padecimiento*, porém a matriz teórica advém da tradição norte-americana da **experiência da enfermidade**. Partem da perspectiva dos enfermos, privilegiando os significados e a interpretação atribuídos a sua experiência, enfocando o manejo do tratamento, a trajetória e a carreira no padecimento, bem como as relações entre seus elementos objetivos e subjetivos (Mercado-Martinez, 1992; Mercado-Martínez et al., 1999). No Brasil, Silva (2001) analisou a construção da experiência do viver com diabetes a partir de narrativas, sob influência da perspectiva hermenêutica de Paul Ricoeur e interpretativa de Clifford Geertz. As limitações dos estudos da experiência são as mesmas citadas anteriormente.

Os modelos explicativos de Kleinman são adotados para investigar as explicações sobre a enfermidade, a seleção e a avaliação do tratamento, considerando a influência do contexto socioeconômico, cultural e político nas interpretações da enfermidade e nas práticas empreendidas pelo adoecido. Destacam a heterogeneidade cultural, a estratificação social e a variação dos modelos explicativos fundamentadas numa teoria leiga causal do padecimento (Navarro et al., 2002; Mercado-Martinez & Ramos-Herrera, 2002).

Ressalta-se que Navarro et al. (2002) não desvinculam o significado social, a experiência da enfermidade e o contexto do adoecido, seja no plano da vida diária (a rede de apoio, os antecedentes pessoais, as características e a dinâmica familiar), como da cultura (o “*susto*” como causa) e da estrutura social (história de pobreza, trabalho difícil, busca de melhores condições).

Uma outra abordagem do diabetes enfoca a **rede de apoio e o padecimento**, destacando a *família* como uma instância privilegiada ao estudo da enfermidade, pois, além de ser uma potencial fonte de apoio *emocional* (companhia, informação, conselhos), *tangível* (preparar refeições, supervisionar horários) e *econômico* (prover recursos na aquisição de medicamentos) que pode auxiliar os sujeitos nas situações de doença (Robles-Silva, et al., 1995), constitui-se também no elo entre o indivíduo e a sociedade.

Vários estudos encontrados investigaram as características da estrutura e o funcionamento familiar (lugar, papel, sexo, idade do diabético e do cuidador; extensão; disfunção familiar⁸), conhecimentos (antecedentes da doença, analfabetismo), atitudes e práticas alimentares (valores, costumes, experiências emocionais com alimentos e com a educação nutricional) do grupo familiar e as associações com o controle metabólico (Valadez-Figueroa et al., 1993; Robles-Silva et al., 1995; Méndez-López et al., 2004).

É válido frisar que a ocorrência (e convivência) da doença pode mudar a conformação e a dinâmica da família para acomodar a nova situação, mas, reciprocamente, as características da família influenciam o impacto da doença na vida do adoecido. Entretanto, como é comum nos estudos sobre o apoio social, observam-se dificuldades em especificar a sua relação com o processo saúde-doença (Bloom, 1990; Eaker, 2003), além de não descentralizarem, na literatura analisada, a atenção para outras fontes potenciais de apoio (formais e informais).

⁸ Dinâmica familiar consiste de um conjunto de forças positivas e negativas que influenciam o comportamento dos seus membros, fazendo a família funcionar bem ou mal como unidade. Na dinâmica familiar funcional mesclam-se sentimentos, comportamentos e expectativas que permitem a cada integrante desenvolver-se como indivíduo, sentindo-se integrado e apoiado. Já na disfuncional há uma rigidez que não permite revisar alternativas de conduta e, então, as demandas de mudança geram estresse, descompensação e sintomas (Méndez-López, 2004).

Embora pouco freqüentes, verificou-se a presença dos estudos das **representações sociais** do diabetes que destacam o papel das bagagens culturais, crenças, valores, as condições estruturais, as ideologias, bem como as fontes de informação do senso comum sobre a doença, tudo isso no marco de um contexto específico que confere sentido social às representações. No México, Torres-Lopez (1999) enfocou as variações das representações do diabetes segundo o gênero (aceitação, recusa ou resignação; causas; projeções futuras; experiência própria como fonte de informação) e, no Brasil, Péres (2004) centrou-se nos sentimentos, pensamentos e comportamentos de mulheres diabéticas, norteando-se pelo referencial da Psicologia Social.

No contexto brasileiro, entre os poucos estudos socioantropológicos encontrados sobre o assunto, alguns sobressaem. A busca de subsídios à elaboração de ações educativas dirigidas ao controle metabólico, motivou a pesquisa de Motta (2001), que utilizou a metodologia do grupo focal para investigar as representações de mulheres sobre o diabetes e o seu tratamento. O relato sobre como é viver com diabetes, por adoecidos atendidos em um programa ambulatorial, foi objeto de pesquisa de Gonzáles (1993), por meio do método etnográfico, destacando as metáforas da enfermidade que reforçam o seu caráter de permanência (*doença perigosa, exasperante, que ataca e fica*). A coleta de dados limitada ao espaço dos serviços de saúde, embora facilite a sua execução, pode ser fator gerador de constrangimentos aos informantes para expressarem as suas opiniões.

De forma semelhante Silva (2001) empregou a análise interpretativa aplicada às narrativas de portadores de diabetes para abordar a construção da experiência com essa enfermidade, verificando que os significados e os sentidos atribuídos a ela, são elaborados pelas pessoas no percurso do processo de viver, podendo se diversificar de acordo com as suas experiências pessoais e culturais. Este tipo de estudo contrapõe-se ao enfoque macro-estrutural e determinista ao contemplar a interpretação da experiência do sofrimento, contextualizando-o e rompendo com uma análise apenas subjetiva. Contudo, as narrativas constituem uma forma de discurso que se organiza no tempo e num mundo que é criado pelo narrador e apresentam variações no tempo e no espaço, entre os grupos sociais ou de acordo com a natureza da doença. A esse respeito, Bury (2001) divide as narrativas em tipos que incluem as *contingentes* (referem-se às crenças, às origens das doenças e aos

efeitos na vida cotidiana), as *morais* (reportam-se às mudanças na pessoa, na enfermidade e na identidade) e as *essenciais*/"*core*" (revelam os nexos/ligações da experiência ao contexto cultural e ao próprio sofrimento).

De maneira geral, esses últimos estudos citados são norteados pela perspectiva da psicologia social e da fenomenologia e com clara preocupação com a intervenção. Por outro lado, a inclusão da dimensão simbólica, com interlocução com a tradição francesa, enriquece a análise da doença por não excluir o plano do mundo prático e a ação do sujeito, mas reafirma a mediação por elementos mais estáveis da ordem social. O risco é estabelecer uma relação de determinação entre as representações sociais e as práticas, pressupondo passividade do sujeito ante a ordem social.

Para concluir esta revisão bibliográfica sobre o diabetes, alguns aspectos são destacados:

- os estudos norte-americanos intensificam-se nos anos 1990, desenvolvendo análises que distinguem a "illness" (enfermidade, sob o ponto de vista do doente) da "disease" (doença, no modelo biomédico), transitando da experiência da enfermidade (vivência subjetiva e intersubjetiva) ou da identificação de modelos interpretativos do senso comum, para as análises dos seus macrodeterminantes (políticos, ideológicos, econômicos). Essa parece ser a tônica dos estudos mais recentes, ignorando a visão do doente, sem estabelecer os nexos entre as micro e macroabordagens;
- apenas parte dos estudos mexicanos se aproximou da abordagem da experiência do padecimento, segundo o enfoque dos modelos explicativos da Antropologia Médica norte-americana, sendo que alguns incorporam a análise das representações sociais e de suas variações, não como modelos estáticos, mas como formas de conhecimento mutáveis e orientados para a ação, combinando referencial fenomenológico com a perspectiva da psicologia social. Essas observações valem para os escassos estudos brasileiros encontrados que, além de restritos às produções sob forma de teses e

- dissertações, ligam-se a instituições e programas da área de enfermagem com um típico compromisso em subsidiar ações educativas nas intervenções;
- estudos mexicanos incluem, como inovação, a dinâmica da família no manejo do padecimento, possibilitando articular a influência recíproca da estrutura social na família. Esta se inscreve no modo de vida, mediando a relação indivíduo/sociedade, devendo ser, portanto, considerada no estudo do adoecimento;
 - quanto ao universo populacional, ele pouco se modifica nos diferentes contextos, compondo-se de grupos étnicos e de imigrantes (frequentes nos estudos anglo-saxões), diabéticos (tipo 1 e 2), não-diabéticos, esposas de diabéticos (a inclusão de familiares é mais frequente nos estudos mexicanos), adultos e profissionais de saúde. Nota-se o predomínio da pesquisa qualitativa com emprego de técnicas de relatos orais (entrevistas, narrativas, depoimentos, histórias de vida, grupos focais) sendo comum combiná-los com técnicas quantitativas (associação, significância);
 - no contexto norte-americano, as abordagens teóricas empregadas variaram, baseando-se na fenomenologia e no interacionismo simbólico sendo, tendencialmente, afeitas à corrente construtivista tradicional. Em geral, centram-se na ação do sujeito em situação, com análise contextual voltada para elementos mais imediatos das interações, talvez pela tradicional proximidade desses estudos com a clínica na tradição da Antropologia Médica. Os estudos mexicanos, por sua vez, aproximam-se de outras práticas sociais. Ressalta-se a necessidade de buscar maior “calibragem” entre análises que articulem elementos macro e microssociais e, também, biográficos no processo de adoecimento;
 - ao lado do predomínio da dimensão da experiência da enfermidade em detrimento da dimensão simbólica, das representações, nota-se ausência de qualquer referência à abordagem histórica;

- os estudos tendem a não abranger outros atores envolvidos no processo de adoecimento, como os profissionais de saúde (oficiais e não oficiais), colegas de trabalho, grupos de apoio; a não ser sob o crivo do conhecimento médico que fundamenta a intervenção;
- os estudos que abordam os elementos culturais (e suas variações, comparações) salientam a importância de não dissociá-las do contexto mais amplo da sociedade na qual se inserem;
- os estudos enfocam mais o diabetes tipo 2, talvez pela importância epidemiológica e possível contribuição à intervenção, o que não exclui a necessidade de pesquisar outras formas igualmente importantes (o diabetes gestacional, infantil, juvenil, do tipo 1);
- ausenta-se nos estudos a problematização da participação institucional, da política, organizacional e profissional dirigida ao diabetes, embora esses aspectos participem da conformação do pensar e vivenciar a doença;
- nos estudos do entendimento e gerenciamento do diabetes sugere-se investigar as variações intra-étnicas, geracionais, ocupacionais e de classe, além das de gênero, etnias e terceira idade.

Decorre do exposto o interesse na abordagem das representações sociais e da experiência dos adoecidos com o diabetes que, além de construção social, as considere como questão de interpretação e de atribuição de sentido. Assim, investigou-se a diversidade do representar e do vivenciar o diabetes não como dimensões que se determinam, mas como instâncias que integram o mesmo fenômeno: o adoecimento. Nesse processo, se interpenetram os elementos do nível macro e microssocial, além do biográfico, que se complementam na constitutividade da realidade e é a partir dessas premissas que se fundamenta, teoricamente, o estudo realizado.

3- As representações sociais, a experiência da enfermidade e a proposta de uma abordagem construtivista integradora do diabetes

Os conceitos possuem conotações específicas conforme a opção teórica adotada pelo pesquisador, sendo, então, necessário explicitar os suportes teóricos e conceituais que iluminarão o caminho da abordagem integrada pretendida. O cuidado deve ser rigoroso, pois tais escolhas trazem conseqüências à apreensão do objeto e requerem uma metodologia coerente aos seus princípios, pressupondo que o pesquisador esteja ciente das suas possibilidades e limitações.

O primeiro conceito a ser esclarecido é o de **representações sociais** que tem sido empregado em vários campos do conhecimento (história, psicologia social, sociologia, antropologia), apresentando variações nas respectivas abordagens teóricas e metodológicas. Com a gradativa inserção das Ciências Sociais e, especificamente, da Antropologia na área de saúde no Brasil, que se deu mais significativamente a partir da década de 1970 (Nunes, 1992; Alves, 1998), o estudo das representações sociais de saúde e doença foi ganhando espaço, cujos enfoques teóricos e metodológicos se constituíram em objeto de análise de vários autores (Canesqui, 1994, 2003; Gomes et al., 2002; Gomes & Mendonça, 2000; Queiroz, 2000; Alves & Rabelo, 1998; Minayo, 1994). Como apontam, por vezes houve o emprego “frouxo” do conceito de representações sociais sem que os autores permanecessem fiéis aos marcos teóricos que lhe deram origem (Herzlich, 1991), decorrendo daí a sua explicitação a seguir.

Historicamente, o conceito advém das *representações coletivas* de Durkheim (1978), como categorias de pensamento, pelas quais uma sociedade elabora e expressa sua realidade. Elas são eminentemente sociais, têm características de fato social como as instituições e estruturas, com existência própria, exterioridade ao indivíduo, estão formadas, se impõem e exercem coerção sobre as consciências dos homens que não podem mudá-las do que são. Para o autor, é a sociedade que pensa e se impõe, quase absoluta, aos indivíduos por meio de regras/normas sociais que, passivamente, são incorporadas e seguidas conscientemente ou não. Durkheim pretendia delimitar o campo da sociologia tomando a dimensão coletiva da sociedade como objeto e relegando as representações individuais ao domínio da Psicologia. Contudo, a sua visão determinista e positivista, que

coloca o indivíduo como produto das instituições sociais, rendeu-lhe várias críticas (Minayo, 1994; Gomes & Mendonça, 2000).

Após certo “adormecimento”, o conceito durkheimiano foi reformulado em 1961 por Serge Moscovici (vinculado à Psicologia Social), que criou o termo e a teoria das *representações sociais* para tratar a influência recíproca entre a estrutura social e o sujeito, escapando de uma relação de determinação pelo social, para uma construção da realidade por sujeitos atores. Na mesma década, criticando a ênfase atribuída por Moscovici à ação do indivíduo na produção das representações sociais, outra abordagem adveio da Sociologia francesa, com Claudine Herzlich, que relativizou a determinação social e a autonomia do sujeito, articulando os níveis micro e macrosociais de análise e “proporcionando maior calibragem entre o indivíduo e a sociedade, ambos impregnando as noções de saúde e doença investigadas” (Canesqui, 2003: 112).

Para Herzlich (1991), representações sociais são “categorias de pensamento social” que expressam um discurso sobre dado fenômeno e são compostas pelo conjunto das concepções, valores e relações de sentido⁹ que permeiam uma sociedade e, sendo forjadas pelos homens, mediatizam sua relação com outros homens, com a natureza e com a sociedade envolvendo interpretação e sentido. Entre as características da abordagem herzlichiana das representações, algumas merecem destaque:

- a relação entre *representações e a conduta individual*: não há ligação mecânica nem padrões fixos de relação entre elas. O estudo da representação busca “evidenciar o código pelo qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas” (op. cit., p. 27), mas não prediz condutas individuais pois, embora as orientem, sua explicação inclui outras variáveis. Alves & Rabelo (1998) também criticam estudos em que as práticas são deduzidas das representações sociais;

⁹ O emprego de “sentido” inspira-se em Berger & Luckmann (2004), como um senso de coerência e consciência de que existe uma relação entre as experiências. Constrói-se a partir de parâmetros aprendidos no curso da socialização (em fluxo), sempre reconsiderados em função das vivências contingenciais, ressoando com o conceito fenomenológico de “estoque de conhecimento”, mas extrapolando aqui as relações face a face.

- sobre a *realidade e a autonomia* das representações sociais: essas não possuem significado imediato sendo ingênuo crer na “transparência dos discursos dos sujeitos sociais” e incorrer numa sociologia espontânea (Bourdieu et al., 1994) ou reificar as representações sociais já que são a própria construção do real que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele;
- sobre a *generalidade do nível de análise*: há um nível de análise mais global das representações sociais presente na lógica comum, partilhada nos discursos gerais cabendo ao pesquisador indicar o seu enraizamento na realidade social e histórica; e um outro nível (que poderia chamar-se *local*) em que a construção/atualização/transformação das representações se efetiva continuamente nos microprocessos interativos por meio dos discursos interpretativos (cristalizando uma representação), mas que requer que sejam ressituidas no plano macrossocial para serem compreendidas (Herzlich, 1991: 32).

Provisoriamente, indicam-se três níveis analíticos das representações sociais que consistem de abstrações, pois na realidade há um imbricamento, interpenetração desses níveis, com sentido nunca em mão única:

1. **macrossocial**: o pensamento coletivo em si, cristalizado e acessível por diferentes discursos;
2. **microssocial**: compartilhamento local, na vida diária por grupos sociais e culturais e respectivos contextos imediatos, articulados com o cenário mais amplo;
3. **singular**: ativadas biograficamente, fazendo as atualizações, reinterpretações, transformações das suas prévias noções e valores encarnados, agora, numa trajetória específica.

Em relação à saúde e à doença, para interpretar, dar sentido e lidar com ela, as pessoas se apóiam em conceitos, símbolos e estruturas de referência interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais de pertencimento, bem como em experiências individuais com a doença, contatos com serviços e profissionais de saúde, com outras terapias, com a mídia etc; evidenciando a variação das representações sociais no tempo e no espaço, em função de “crivos” como gênero, ocupação, idade, classe social, entre tantos outros (Adam & Herzlich, 200).

Essa diversidade de referências se constitui em matrizes de significados na produção das representações sociais, que não são excludentes nem impermeáveis, mas coexistem e "circulam", possibilitando combinações diversas, tanto no plano dos significados, quanto no das ações concretas, como ilustra o estudo de Camurça & Giovannini (2003) sobre os distintos sentidos das comemorações da Semana Santa em Tiradentes/Minas Gerais.

Da mesma forma, as representações sociais de saúde e doença encontram seus substratos em múltiplas fontes, incorporando saberes biomédicos, populares, religiosos, imaginários, afetivos (Gomes, 1994), além tradições (crenças, valores) sobre o corpo, a vida, a morte e as experiências de vida (Minayo, 1992), seja qual for o grupo em questão, pois as interpretações são compósitas, apresentando tendências e predominâncias, mas nunca isentas de nuances de outras.

Estas interconexões podem ser apreendidas a partir três pólos, apontados e verificados por Laplantine (2001) entre os autores franceses, pelos quais as representações da doença foram abordadas: na terceira pessoa, se referindo aos valores médicos de uma época; na segunda pessoa quando parte do ponto de vista de outros atores que não o adoecido (profissionais de saúde, familiares, não adoecidos, por exemplo); e na primeira pessoa ao analisar os sistemas interpretativos forjados subjetivamente pelos próprios doentes.

A pluralidade de influências de sistemas de significação e de práticas de saúde, além da heterogeneidade de domínios culturais na sociedade contemporânea (Canesqui, 2003; Guedes, 1998) apresentam-se mais intensas em grupos urbanizados devido à ampla

exposição às várias influências simultâneas entre as quais a biomedicina, que é hegemônica, justificando a inclusão da sua análise no presente estudo. É o caso da influência dos meios de comunicação de massa, os sistemas oficiais e alternativos de saúde (saberes, profissionais, agentes de cura, usuários), as religiões, a própria experiência acumulada com a doença e a experiência de outras pessoas da sua rede de parentesco (familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho), as tradições, as crenças, a política e os serviços sociais e de saúde, entre outros.

Um outro conceito chave, pertinente à presente pesquisa, é o de **experiência da enfermidade** que compõe uma linha de investigação socioantropológica que se reporta à doença em ato, na perspectiva dos adoecidos e tem, em geral, a análise temporalmente circunscrita ou situacional. No Brasil, esses estudos se fundamentam, em grande parte, na fenomenologia e pressupõem que a experiência é interpretada pelo conhecimento prático (senso comum) e que a própria compreensão da enfermidade prende-se à experiência contrapondo-se, dessa forma, aos estudos de representações e às perspectivas sistêmica, estrutural ou histórico-estrutural (Alves, 1993) e polarizando-se na análise dos microprocessos sociais.

A expansão do conceito é encontrada em Hunt et al. (1989), para quem a experiência é influenciada pela *trajetória* da doença; pela *persistência de construtos prévios à doença* (idéias, crenças) levando às constantes explicações e reinterpretações devido às mudanças de sintomas, às respostas ao tratamento, aos efeitos colaterais e à satisfação global com o cuidado; pelo *ambiente social* nas circunstâncias da vida diária dos doentes e sua inserção na estrutura social.

Na abordagem de Hunt et al. (1998), as pessoas refazem seus entendimentos da doença construindo sentido em uma estrutura prévia, consistente com as suas experiências corporais, que se dão *em* e *por* particulares situações de vida. Assim, admite existir elementos ideativos, mais estáveis que permeiam a sociedade e que podem ser resgatados como parâmetros ou filtros na construção de significados aos eventos da vida e, concomitantemente, tais eventos estimulam a atualização daqueles elementos. A enfermidade como evento da vida, para que seja interpretada e faça sentido, requer que o adoecido recorra tanto àqueles elementos ideativos (prévios), como à experiência em si que

se dá em um corpo socializado. Vislumbra-se, assim, na análise do adoecimento, a pertinência em contemplar a sua dimensão simbólica (das representações), sem excluir a sua dimensão concreta (da experiência) antes, pelo contrário, articulá-las.

Um exemplo dessa organização compósita é extraído da obra de Ginzburg (1987), cujo personagem – o moleiro Menocchio – apresentava uma singularidade de pensamento, mas com limites bem precisos: da cultura de seu tempo e classe. Assim, aquele homem (particular) trazia informações de seu espaço e tempo, que estavam disponíveis a ele, mas que apesar de se constituírem em referências prévias, não eram reproduzidas fielmente. Isso porque passavam por uma reelaboração original, possível de verificar ao confrontar os dados de diferentes fontes (seus depoimentos, sua biografia, características da região, sua rede social, ocupação profissional, literatura disponível na época).

A desigualdade social presente em sociedades como a brasileira pode engendrar formas específicas de representar e lidar com a enfermidade, por isso a posição que os sujeitos ocupam na estrutura social é um fator importante a ser considerado na pesquisa. Porém, a análise requer o cotejamento, além dos fatores estruturais, também os elementos subjetivos e contextuais, ou seja, pertencentes aos níveis macro e microsocial, como já sugerido por Pierret (2003) e corroborado por Canesqui (2003) em relação aos estudos brasileiros da experiência da doença.

Por um lado, esses estudos “deram visibilidade às questões, antes esquecidas sob as macrodeterminações, como as crenças, os valores, as construções de conhecimentos e os significados dados à doença pelos indivíduos; mas, por outro lado, os sujeitos foram libertados, às vezes excessivamente, das amarras das determinações, sem que quaisquer constrangimentos pesem sobre eles” (Canesqui, 2003: 119). Para essa autora, além de imprimir excessiva fluidez dos processos socioculturais e ausência de relações de força e de poder (de fato, permanentemente, construídas e reconstruídas) ao analisar os itinerários terapêuticos, tais estudos ignoram a influência da organização da produção/oferta de serviços de cura (oficiais ou não) nas escolhas terapêuticas e de serviços.

Em suma, para representar e lidar com a doença, o sujeito apóia-se em referências socioculturais que são reinterpretadas quando “ativadas” pela sua experiência de adoecido, podendo ganhar novos contornos, se transformar ou serem reproduzidas, mas sempre mediadas por elementos mais estruturais da sociedade. O desenrolar da doença, as mudanças nas circunstâncias biográficas e as alterações contextuais e socioculturais mais amplas imprimem dinamicidade ao processo, mantendo em fluxo essas relações sociais.

Propõe-se esse movimento pendular, de realimentação recíproca nas dimensões do concreto e do pensado (envolvidas na doença), para analisar a representação e a experiência do diabetes, suscitando abordagens teóricas e metodológicas que articulem as dimensões micro e macrosociais constitutivas da realidade (Canesqui, 2003). Contudo, um modelo analítico integrado não se encontra pronto, requerendo esforços para compô-lo, como proposto e denominado na presente pesquisa de abordagem **construtivista integradora**, exposta a seguir.

Os estudos socioantropológicos sobre o adoecimento tendem, atualmente, a adotar uma postura teórica não polarizada na determinação social ou cultural (estrutural) ou na autonomia/liberdade do indivíduo (construtivista tradicional), o que pressupõe não uma relação de dedução, mas de “determinação circular” entre o todo (sociedade e cultura) e a parte (indivíduo). Contudo, para integrar esses dois pólos é preciso compor um quadro teórico e metodológico, não como uma nova “escola” ou “corrente” homogênea, mas como espaço de uma *problemática construtivista* (Corcuff, 2001).

Essa vertente construtivista (*integradora*) toma o adoecimento como construções históricas e cotidianas de atores individuais e coletivos. O termo “construção” remete aos produtos (duráveis ou temporários) das elaborações anteriores e aos processos em reestruturação; e por “historicidade” entende-se que o mundo social se constrói a partir de pré-construções sociais passadas que são reproduzidas, apropriadas, deslocadas e transformadas, enquanto outras são inventadas nas práticas e nas interações da vida diária; e, por fim, que a herança passada e esse trabalho diário abrem-se num campo de possibilidades no futuro (Corcuff, 2001).

O “construcionismo tradicional” mostra-se limitado para abordar a construção social da doença por recusar que estruturas sociais fundamentais da sociedade (classe, raça, gênero, fatores profissionais e institucionais, etc.) desempenham papéis chaves nas representações da saúde e doença (Brown, 1995); evidenciando a necessidade de uma versão integradora do referencial.

O esforço integrador que articula, complementarmente, o pólo da representação social com o da experiência da doença é sugerido por Gomes et al. (2002) para os quais “a compreensão dos significados exige interpretação sobre a experiência, sendo esta um processo de *feedback* do próprio processo de interação. (...) Os significados são negociados também num espaço comunicacional e político, onde a enunciação coletiva reflete a atualização de um universo discursivo e de experiências vividas e projetadas” (op. cit.: 1212).

Assim, o presente estudo buscou articular a experiência da doença ao seu contexto de produção, material e simbólico, com as representações sociais, tomadas nos campos discursivo e das práticas, em que significam e são significadas reciprocamente. Acrescenta-se que, na enfermidade, representá-la e vivenciá-la, se desdobram em um *corpo*, cujas sensações e sinais objetivos são percebidos e interpretados em função de uma multiplicidade de parâmetros, materiais e não materiais, somente compreendida na totalidade da vida do adoecido. Essa totalidade, no entanto, apresenta-se multifacetada e em constante movimento, o que imprime uma provisoriedade e parcialidade nos achados, aos quais o pesquisador deve estar ciente.

A apreensão da construção da experiência da doença em modelos abertos apóia-se no conceito fenomenológico de *estoque de conhecimentos*, que comporta desde o saber radicado no corpo (habilidades corporais adquiridas no passado) não acessível discursivamente até uma série de receitas genéricas que orientam os sujeitos em situação para enfrentar e resolver problemas na vida cotidiana (Schutz, 1979). Esse estoque não é definitivo, mas fluido e processual no percurso biográfico e permanece aberto a retificações ou corroborações de experiências por vir. As interações face a face marcam esse raciocínio, não obstante, elas foram estendidas às relações sociais mais amplas, num movimento de mão dupla nos planos micro e macrossociais.

Nesse sentido, “uma microssociologia não pode pretender estudar a interação social como uma produção local e auto-suficiente, assim como os teóricos do macro também não podem ignorar os microprocessos”, mas reconhecer uma autonomia relativa de cada nível de análise sem negligenciar a correlação entre eles (Cicourel, 1981: 53). Para este autor, os dados de análise são “fragmentos” extraídos de um amplo contexto e a noção de integração dos planos micro e macro constitui apenas um recurso investigativo, pois ela está presente/ocorre na vida diária. No entanto, transitar nos planos micro e macrosociais de análise de saúde-doença requer uma abordagem “*sofisticada*” (Guedes, 1998) que reconheça a singularidade do pensar e do agir em diversas trajetórias individuais e sociais, que só ganham sentido se remetida ao modo de vida.

É válido ressaltar que, saúde e doença são um processo complexo com várias dimensões (biológica, técnica, ética, política, institucional entre outras) e não se pretende reduzi-lo a uma questão exclusivamente sociocultural ao estudá-lo nessa perspectiva. O recorte se impõe como recurso para aprofundar a análise, mas não ignora haver provável influência de outras dimensões.

Em suma, o estudo adotou o que se designou, aqui, como abordagem “*construtivista integradora*”, que entende a realidade social constituída pelas práticas interacionais e interpretativas sem negligenciar a participação de elementos da estrutura social nessa constitutividade. A noção de integração transversaliza a pesquisa do adoecimento, se expressando nos diferentes níveis de análise (macrossocial, microssocial e biográfico contextualizado); nas dimensões simbólica (das representações) e concreta (da experiência) da doença; na relativização do peso das estruturas e da ação na construção da enfermidade.

As proposições teóricas colocadas *a priori* estiveram abertas em função das solicitações do objeto de estudo em questão ao longo do processo investigativo.



CAPÍTULO II

Objetivos e metodologia

O objetivo **geral** estabelecido na presente pesquisa é analisar as representações sociais e a experiência com o diabetes mellitus, de homens e mulheres residentes em um bairro de classe trabalhadora no município de Piracicaba – SP. Para tanto, se definiu como objetivos **específicos**: 1. identificar e descrever as características do saber biomédico e as intervenções oficiais dirigidas ao diabetes em relação aos seus fundamentos, definição, classificação, tratamento e prevenção; 2. analisar as idéias, os conceitos e as formas de lidar com o diabetes e com os diabéticos, expressas pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde selecionados; 3. analisar as representações sociais e a experiência do diabetes tipo 2, entre adultos diabéticos.

Quanto ao tipo, trata-se de estudo qualitativo, na perspectiva socioantropológica, considerada adequada à apreensão dos pontos de vista dos sujeitos, tomando como referência o grupo social ao qual pertencem, suas experiências e o contexto sociocultural no qual se inserem. A abordagem qualitativa permite observar vários elementos simultaneamente num grupo, propiciando o conhecimento aprofundado de um evento (Víctora et al., 2000). Na pesquisa realizada, possibilitou compreender as representações, as práticas, os esquemas de conhecimentos e saberes, os comportamentos ante a doença, as formas de intervenção e gerenciamento desenvolvidas por profissionais de saúde e adoecidos.

A metodologia escolhida deve ser coerente com a opção teórica adotada, uma vez que ambas se articulam no processo investigativo. Assim, essa investigação, que trabalhou com a abordagem construtivista integradora, não se constituiu de etapas estanques, mas de momentos permeáveis a elementos novos, não previstos, “imponderáveis”, com os quais o pesquisador pode se deparar ao lidar com o seu objeto. Assim, o pesquisador organiza o seu trabalho e se instrumentaliza teoricamente, mas está aberto, no confronto com o universo empírico, para proceder à permanente reelaboração do conhecimento que decorre de tal cotejamento.

Este capítulo trata do percurso metodológico do estudo e aborda o delineamento do seu desenho; as técnicas e os instrumentos utilizados na coleta dos dados; a seleção dos sujeitos e a sua caracterização; a operacionalização do trabalho de campo (coleta de dados primários com a realização das entrevistas e de dados secundários nas fontes textuais); o tratamento e a análise dos dados; bem como a divulgação da pesquisa e os procedimentos éticos adotados.

1- Universo empírico da pesquisa

O universo empírico refere-se ao local onde foi desenvolvida a pesquisa, aos grupos estudados (homens e mulheres adultos portadores e não portadores do diabetes tipo 2; profissionais de saúde) e aos outros componentes que se constituíram em objetos de análise como os textos e os documentos sobre o diabetes e a intervenção dirigida a ele. A especificação do local, a identificação da literatura, os critérios de seleção e a caracterização dos sujeitos envolvidos são explicitados a seguir.

1.1- O local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Piracicaba, município paulista com 328.312 habitantes (IBGE, 2000), em dois bairros de classe trabalhadora, que constitui a maior parcela da clientela do sistema público de saúde. Atualmente, um dos bairros selecionados não é considerado periférico, possuindo infra-estrutura como asfalto, energia elétrica, serviços de telefonia, saneamento básico (água, esgoto, coleta de lixo), estabelecimentos comerciais (pequenos mercados, farmácias, padarias, açougues, quitandas, etc.) e sociais (abrigo de idosos, creches, escolas, centro comunitário, igrejas), além de contar com um Posto de Saúde e relativa proximidade com a rede de agências bancárias, hospitais, correios. Nesse primeiro bairro, concentrou-se a seleção dos portadores de diabetes e parte dos profissionais de saúde entrevistados (os que atuam no Posto de Saúde), cujo número de participantes foi complementado no segundo bairro (que conta com três equipes de Saúde da Família), um pouco mais afastado da área central da cidade, mas com grande movimentação devido à proximidade a uma importante universidade privada local.

A rede de atendimento à saúde, conforme o documento interno intitulado “Manual do Acolhimento” (Piracicaba, 2003), é formada pelo conjunto de serviços e programas da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP, que coordena as ações e a implantação das políticas públicas de saúde. Essa rede pode, às vezes, se complementar fora dos serviços municipais, porém de forma hierarquizada, lançando mão de unidades de referência de outras cidades. Os serviços e programas que compõem esse sistema público de saúde encontram-se arrolados no Anexo 1, interessando destacar nesse momento os serviços de atenção primária que são compostos por 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), também designadas Postos de Saúde, e por 20 Unidades de Saúde da Família (USF).

A pesquisa transcorreu junto a quatro unidades de saúde vinculadas ao sistema público de saúde do município de Piracicaba/SP, sendo que uma funciona no modelo tradicional de atenção (identificado por Posto de Saúde 1) e três nos moldes do Programa de Saúde da Família (identificadas por USF 1, 2 e 3). A seleção dos bairros, para o desenvolvimento da investigação, levou em conta a facilidade de acesso; o fato de contar com serviços de atenção primária com considerável tempo de funcionamento (pressupondo a consolidação de vínculos e influências estabelecidos com a população) e dispor de número suficiente de potenciais informantes portadores de diabetes cadastrados pelas unidades de saúde. A princípio o estudo envolvia apenas uma unidade de saúde, porém, após entrevistar os profissionais de saúde deparou-se com a necessidade de ampliar o número de depoentes para garantir a consistência das informações, sendo então selecionadas mais três USFs. O critério de seleção empregado baseou-se na localização das unidades que facilitaria o acesso físico a elas, viabilizando o agendamento e a realização das entrevistas (que requeriam flexibilidade de horários da pesquisadora conforme a agenda de atividades dos profissionais), além da maior disponibilidade da maioria dos servidores, uma vez que toda a equipe permanece em período integral na unidade.

O Posto de Saúde é a unidade selecionada que funciona há mais tempo – desde o final da década de 1980, implantada na esteira do Sistema Único de Saúde – e tem, atualmente, 4.369 famílias matriculadas, perfazendo o total de, aproximadamente, 13.107 usuários. É oportuno lembrar que, sendo uma unidade de saúde do modelo tradicional de atenção, o número de habitantes da sua área de abrangência é maior já que o cadastro

familiar é feito apenas mediante a procura espontânea. Na modalidade do Programa de Saúde da Família, o número de famílias a serem atendidas por equipe é limitado (até 1.000) e todas que residem na área adscrita são cadastradas, ainda que não utilizem o serviço público de saúde. Assim, as Unidades de Saúde da Família (USF) participantes da pesquisa foram implantadas no ano 2.000 e atendem a uma população de 2.766 habitantes na USF 1; 1.838 habitantes na USF 2 e 3.302 habitantes na USF 3. Apesar desses dois tipos de unidades de saúde diferirem quanto à organização dos serviços prestados, ambos contam com os mesmos recursos materiais e o modelo terapêutico dirigido ao diabetes utilizado por elas coincide, compartilhando as diretrizes e as referências teóricas.

1.2- Os textos e os documentos sobre o diabetes

Foi consultado um conjunto de textos sobre o saber médico e a intervenção biomédica dirigida ao diabetes que constituíram as fontes secundárias dos dados. Sobre o saber médico, optou-se pela consulta a textos que realizam uma crítica interna, encontrados em autores, preferencialmente, brasileiros como Luz (1988); Camargo Jr. (2003) e os estrangeiros como Canguilhem (1982), Clavreul (1988) e Laplantine (1991). Quanto à intervenção, as informações foram extraídas da literatura biomédica e de documentos oficiais de órgãos ou entidades ligadas ao diabetes, consistindo das seguintes obras de referência:

- “Cecil. Tratado de medicina interna” (Bennet & Plum, 1997), especialmente o texto “Diabetes melito” (Sherwin, R.S., 1997), tradicionalmente empregado na formação médica (e de outros cursos da área de saúde). Esse texto se destaca pela ênfase e detalhamento sobre a fisiopatologia e a patogenia do diabetes (a secreção e a ação da insulina no organismo em situação normal e no diabetes);
- “Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências” (Duncan et al., 2004), amplamente utilizada na capacitação dos profissionais com atuação na atenção básica (especialmente as equipes vinculadas ao Programa de Saúde da Família);

- “Consenso Brasileiro sobre Diabetes – 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes do tipo 2” (SBD, 2003), que constitui o documento avalizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes e adotado pelo sistema público de saúde como referência na abordagem da enfermidade em questão;
- “Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus” (Brasil, 2001), elaborado pelo Ministério de Saúde e se constitui, atualmente, em referência para capacitar profissionais da rede básica de saúde sobre o assunto e para orientar e instruir a reorganização dos serviços e do atendimento aos portadores de diabetes e de hipertensão arterial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A seleção dessas obras não foi exaustiva pois fugiria aos objetivos centrais da pesquisa mas, buscou proporcionar uma visão geral do diabetes nos aspectos conceituais que orientam as intervenções biomédicas, aproximando o leitor do assunto. Para tanto, recorreu-se à consulta preliminar aos profissionais de saúde (*experts*) vinculados à instituições de ensino superior consolidadas na oferta de cursos na área de saúde na região; com significativa experiência acadêmica no âmbito da graduação (Medicina e Enfermagem) e da pós-graduação, especialmente em Saúde Coletiva e em Saúde da Família (especialização e residência multiprofissional).

O fato de não buscar literatura na área especializada (endocrinologia) justifica-se por serem os clínicos gerais e os generalistas que atendem a quase totalidade dos diabéticos na rede pública de saúde, embora se saiba ser comum o especialista ministrar esses conteúdos aos alunos. Além disso, o interesse repousa nos aspectos mais gerais sobre o diabetes, cujas informações foram suficientemente encontradas na literatura, intencionalmente, selecionada.

1.3- Os adultos, portadores e não portadores de diabetes do tipo 2

Foram entrevistados 13 homens e 15 mulheres diagnosticados com diabetes tipo 2, predominantemente, não usuários de insulina; sendo que esse número se mostrou suficiente para saturar os temas. A inclusão de adultos justifica-se pelo fato do diabetes tipo 2 ser desenvolvido, geralmente, após os 40 anos, exceto nos casos em que está fortemente associado à obesidade, bem como por pressupor a sua maior autonomia na tomada de decisões para gerenciar a doença.

Procurou-se excluir, o quanto possível, os sujeitos que apresentassem outras doenças ou complicações mais sérias do diabetes, entendendo que essas condições poderiam imprimir especificidades no pensar e lidar com a doença. No entanto, incluir indivíduos que apresentavam exclusivamente diabetes tornou-se inviável e incompatível com a realidade da enfermidade já que poucos são os diabéticos com esse perfil, e estes se encontram dispersos. Além disso, é próprio do diabetes tipo 2 a co-morbidade, especialmente pela associação com a hipertensão arterial e outros agravos advindos do desgaste corporal provocado pela idade. Assim, manteve-se o critério de exclusão das complicações sérias, mas flexibilizou-se a co-existência de outras enfermidades, desde que não incapacitantes.

O tempo de diagnóstico da enfermidade, anteriormente estipulado em pelo menos três anos, também pôde ser alterado, pois os possíveis diferenciais mostrariam maior ou menor autonomia e destreza no gerenciamento do diabetes que é influenciado pelo tempo de convivência com ele.

A identificação dos informantes se fez a partir da lista de portadores de diabéticos cadastrados junto ao HIPERDIA¹⁰ (disponível de 2003 e 2004) e residentes na área de abrangência da unidade de saúde selecionada. Estabelecia-se o contato (telefônico ou pessoal), explicavam-se os objetivos da pesquisa e agendava-se a primeira entrevista a ser realizada na casa do informante e conforme a sua disponibilidade.

¹⁰ HIPERDIA é o sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, previsto pelo “Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus”, proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001) e implantado desde 2003 em Piracicaba/SP. Os dados são atualizados mensalmente e podem ser desagregados.

Inicialmente, apenas mulheres participariam do estudo devido à facilidade de identificá-las e encontrá-las nas suas casas e pela frequência maior aos serviços de saúde em relação aos homens. No entanto, ponderou-se a escassez de estudos que envolvem os homens, justamente diante dessa dificuldade, além de ser oportuna a ocasião para verificar possíveis variações na representação e na experiência da enfermidade atribuídas ao gênero.

As dificuldades encontradas pelas recusas ou desculpas dos homens em concederem entrevista eram desanimadoras chegando-se, por vezes, a cogitar em desistir de incorporá-los à pesquisa, porém, a superação desse entrave se constituiu, ao mesmo tempo, em desafio e estímulo para tentar contorná-lo. Assim, com a lista de homens diabéticos cadastrados esgotada e com apenas três entrevistas realizadas com eles, solicitou-se ajuda ao serviço de saúde (que tinham dados cadastrais mais atualizados) na indicação de potenciais informantes, reconhecidamente, acessíveis a nossa abordagem chegando-se, dessa forma, aos 13 depoentes do sexo masculino. A análise dessa resistência, por se tratar ela própria de uma questão de gênero, compõe um dos tópicos analisados no quinto capítulo.

O segmento dos adultos não diabéticos participantes da pesquisa refere-se aos familiares presentes durante as entrevistas que emitiam suas idéias, complementavam as informações expressas pelo portador de diabetes, lembravam fatos vivenciados relacionados ao diabetes (a descoberta e a reação diante do diagnóstico, o impacto na dinâmica familiar, as crises decorrentes do aumento ou queda de glicemia) e, às vezes, retificavam relatos, principalmente, aqueles referentes ao cumprimento das recomendações para o controle do diabetes (dieta, uso de medicamentos). Apesar de tímidas, as suas intervenções foram oportunas e esclarecedoras.

A caracterização das mulheres e homens portadores de diabetes tipo 2 participantes da pesquisa é apresentada nos Quadros 1 e 2, respectivamente, sendo válido registrar que, de acordo com a prerrogativa ética e visando preservar a identidade dos informantes, todos os nomes que constam nestes quadros e que são utilizados no presente estudo são fictícios.

Quanto à idade dos informantes, nota-se nos Quadros 1 e 2 uma média de 61,8 anos, com concentração na faixa dos 60 anos e poucos casos abaixo de 50 anos, sendo coerente com a característica do diabetes como enfermidade própria de idades mais avançadas.

De modo geral, a escolaridade é baixa, com a maioria da frequência dos casos limitados ao ensino fundamental e há maior discrepância quando se comparam os dados por sexo, sendo facilmente visível a menor escolaridade das mulheres, o que se reflete, por sua vez, na sua renda nas famílias chefiadas por elas. Essa característica parece ser comum na classe trabalhadora, na qual cabe às mulheres o papel central na reprodução biológica e social voltada ao ambiente doméstico onde a instrução formal não é tão essencial e, muitas vezes, é algo assumido na juventude e impõe a interrupção dos estudos. Nesse sentido, percebe-se que parte significativa dos homens (6 deles) concluiu o ensino fundamental, reforçando o seu empenho em buscar a qualificação que aumenta suas possibilidades para melhor desempenhar o seu futuro papel de provedor na família.

Quadro 1- Perfil dos informantes portadores de diabetes do tipo 2, do sexo feminino quanto à idade, escolaridade, ocupação, aspectos familiares, renda e tempo de diagnóstico de diabetes – 2005/2006

Nome	Idade	Escolaridade*	Ocupação	Estado civil e situação familiar**	Posição na família	Nº. de pessoas na unidade doméstica	Renda familiar (em R\$)	Renda per capita (em R\$)	Situação da moradia	Diagnóstico diabetes (anos)	Outras enfermidades referidas
Célia	56	2	Aposentada, diarista	2	Chefe	01	550,00	550,00	Própria	11	Hipertensão, colesterol
Melissa	56	2	Aposentada	5	Filha	02	800,00	400,00	Própria	08	Hipertensão, sinusite, reumatismo
Dulce	79	1	Aposentada	1	Chefe/mãe	02	800,00	400,00	Própria	20	Hipertensão
Leonor	51	4	Bordadeira	3	Mãe/esposa	03	950,00	315,00	Cedida	28	Hipertensão, obesidade
Benta	74	4	Aposentada	1	Chefe/mãe	04	800,00	200,00	Cedida	12	Hipertensão
Dália	64	3	Aposentada	1	Mãe	02	1.000,00	500,00	Própria	10	Hipertensão
Márcia	51	2	Lavadeira	4	Esposa	02	650,00	325,00	Alugada	11***	Hipertensão
Zilda	62	2	Do lar	3	Esposa	04	1.500,00	375,00	Própria	04	Hipertensão
Serena	50	5	Do lar	3	Mãe/esposa	03	1.300,00	434,00	Própria	14	Hipertensão, cálculo na vesícula, depressão
Geralda	63	3	Pensionista	1	Chefe/mãe	02	750,00	375,00	Própria	08	Hipotireoidismo, artrite
Rosa	48	5	Do lar	3	Mãe/esposa	04	1.600,00	400,00	Alugada	04	Depressão
Celina	67	2	Pensionista	2	Chefe/mãe	01	550,00	550,00	Própria	10	Depressão
Zoraide	49	2	Doméstica	1	Chefe	03	700,00	234,00	Própria	05	-
Dalva	63	1	Do lar	3	Mãe	03	400,00	134,00	Própria	20***	Hipertensão, nefrite
Hélia	63	4	Do lar	4	Esposa	02	600,00	300,00	Própria	06	Hipertensão

Legenda: * 1 – analfabeta; 2 – alfabetizada (mobral, supletivo); 3 – Fundamental incompleto; 4 – Ensino fundamental completo; 5 – Ensino médio incompleto

** 1 – viúva, vive com familiares; 2 – viúva, vive sozinha; 3 – casada, vive com marido e familiares; 4 – amasiada, vive com companheiro; 5 – solteira, vive com familiares.

*** – Usuária de insulina

Quadro 2- Perfil dos informantes portadores de diabetes do tipo 2 do sexo masculino quanto à idade, escolaridade, ocupação, estado civil, aspectos familiares, renda e tempo de diagnóstico de diabetes – 2005/2006

Nome	Idade	Escola- ridade*	Ocupação	Estado civil e situação familiar**	Posição na família	Nº. de pessoas na unidade doméstica	Renda familiar (em R\$)	Renda per capita (em R\$)	Situação da moradia	Diagnóstico de diabetes (anos)	Outras enfermidades referidas
Jorge	71	2	Aposentado	1	Chefe	02	700,00	350,00	Própria	15	Hipertensão
Justino	58	4	Aposentado	4	Chefe	03	950,00	317,00	Própria	20	Hipertensão, úlcera estomacal
Pedro	63	4	Aposentado	3	Chefe	03	2200,00	734,00	Própria	10	Hipertensão, AVC
Carlos	58	2	Caseiro	3	Chefe	04	1.150,00	288,00	Cedida	05	Hipertensão, problema joelho
Clóvis	66	5	Aposentado e casas aluguel	3	Chefe	03	2.000,00	667,00	Própria	20	Hipertensão
Osmar	64	4	Aposentado	3	Chefe	03	2.000,00	667,00	Própria	08	Hipertensão, dor na coluna, AVC
Edson	63	4	Aposentado	3	Chefe	04	2.500,00	625,00	Própria	10	Hipertensão
Alaor	71	2	Aposentado e guarda de creche	3	Chefe	03	1.900,00	634,00	Própria	< 1 ano	Depressão
Cosme	64	3	Aposentado e vendedor	3	Chefe	03	1.200,00	400,00	Própria	16	Hipertensão
Nicolau	70	2	Aposentado	4	Chefe	02	1.200,00	600,00	Própria	05	Hipertensão
Cícero	65	4	Aposentado	4	Chefe	03	1.200,00	400,00	Alugada	08***	Hipertensão
Jonas	61	4	Aposentado	3	Chefe	03	1.500,00	500,00	Própria	10	Hipertensão
Alfredo	60	3	Aposentado	3	Chefe	03	1.300,00	433,00	Própria	10***	Problema de fígado

Legendas: * 1 – analfabeto; 2 – alfabetizado (móbil, supletivo); 3 – Fundamental incompleto; 4 – Ensino fundamental completo; 5 – Ensino médio incompleto

** 1 – viúvo, vive com familiares; 2 – viúvo, vive sozinho; 3 – casado, vive com esposa e familiares; 4 – amasiado, vive com companheira.

*** – Usuário de insulina

Quanto à situação ocupacional, um grande número de informantes são aposentados; no entanto, as mulheres o são mais por idade e os homens por tempo de contribuição em serviço (na indústria metalúrgica típica da região e no funcionalismo público, especialmente), incidindo no valor recebido e na aposentadoria mais precoce devido a sua inserção, ainda bem jovem, no mercado de trabalho. As mulheres entrevistadas nunca abandonam a ocupação *do lar*, mas acumulam-na e, mesmo quando citam outras atividades remuneradas, essas se caracterizam pela informalidade e como extensão das tarefas domésticas (lavar, passar, faxinar, bordar), que são essenciais na composição e complementação do orçamento familiar, mesmo nas situações em que convivem com companheiro. Os homens, igualmente, desenvolvem estratégias para complementar a aposentadoria retornando ao mercado de trabalho, desempenhando atividades como autônomos (vendedor de produtos variados – atividade praticada anteriormente), fazendo os chamados “bicos” referentes a pequenos consertos e reparos no ramo em que antes trabalhavam (eletricidade, encanamento, carpintaria e marcenaria) ou mesmo como “curiosos” (atividades de pedreiro, por exemplo). Podem contar, ainda, com o aluguel de pequenos imóveis construídos (com os seus próprios esforços para esse fim) no terreno dos fundos da sua residência; ou com alguma poupança feita em épocas de melhores condições financeiras, que garante recursos para uma situação de “precisão”, como referem dois dos informantes.

A renda familiar e *per capita*, a escolaridade e a ocupação estão, direta ou indiretamente, relacionadas; o que fica evidente ao notar que nas casas chefiadas por mulheres os valores da renda são menores (nos 6 casos em que são chefes a renda *per capita* fica abaixo de 2 salários mínimos, cuja referência na ocasião da coleta dos dados era de R\$300,00) em comparação aos homens. No entanto, uma particularidade que os dados brutos não mostram e que merece ser pontuada é o caso dos filhos que residem na mesma unidade doméstica e que trabalham, mas os pais e as mães parecem evitar, na medida do possível, contar com o seu ganho na composição do orçamento familiar, alegando desconhecer quanto recebem, justificando “ser coisa deles e a gente nem mexe...”. Contudo, a contribuição ao orçamento doméstico procede de forma indireta como os tíquetes refeição ou alimentação, utilizados nas compras alimentares e de alguns dos remédios de uso regular

e no pagamento de determinada conta mensal (água, telefone, energia). O mesmo ocorre quando os filhos são casados e têm suas próprias casas, havendo um apoio mútuo, principalmente no caso das filhas que, devido ao trabalho, contam com a mãe no cuidado dos seus filhos pequenos, compensando com auxílios de diferentes naturezas, na troca de serviços e recursos.

O fato dos informantes, quase na sua totalidade, disporem de moradia própria (fruto dos seus esforços na aquisição de terrenos quando esses compunham a periferia da cidade em um bairro sem nenhuma estrutura básica como energia, água encanada e asfalto) se constitui em um *alívio* ao orçamento, sem o que *não se sabe como poderia ser*, como afirmam.

Quanto ao estado civil, é notável a diferença entre os sexos, em que a maioria das mulheres, principalmente quando viúvas, acaba optando por viverem sozinhas (2 casos) ou com familiares (em 6 casos), enquanto os homens casados legalmente ou amasiados, na sua maioria, convivem com as esposas, companheiras e filhos (12 casos). Na correlação com a chefia da casa, percebe-se o critério subjacente do membro provedor e uma hierarquia por gênero, de modo que as mulheres são chefes nas situações em que moram sozinhas ou com as filhas, pois, na presença de filhos (quando empregados), a eles é atribuído esse papel. Os homens (esposos, pais) são considerados chefes em todos os casos, mesmo quando é a mulher quem administra os recursos (devido à incapacidade decorrente de problemas de saúde), confirmando o seu papel de cuidadora, e o homem, complementarmente, não deixando de ser o esteio, o provedor material e moral da casa. Quando convivem com companheiro, as mulheres se identificam como esposas e, acrescentando-se a presença de filhos, designam-se como esposa e mãe.

O tamanho das unidades domésticas é relativamente pequeno, com duas a três pessoas, o que se explica, em parte, por se tratar de informantes mais envelhecidos em que os filhos, freqüentemente, estão profissionalmente formados, se formando ou constituíram a própria família e se dispersaram, ficando em geral um deles (se solteiro), junto aos pais ou residindo em casas próximas, quando casados. É comum os filhos solteiros que estudam ou trabalham em outra cidade retornarem à casa dos pais somente nos fins de semana, feriados e datas especiais.

Os dados sobre o tempo de diagnóstico de diabetes mostram que os informantes do sexo feminino convivem há mais anos com a enfermidade (9 delas com mais de 10 anos) do que os homens. Se isso reflete a descoberta mais precoce da doença entre as mulheres, provavelmente, se explique pelo maior consumo de serviços de saúde que elas fazem, além do “cuidar de si” e do corpo, ser parte da socialização feminina. Por outro lado, esse fato é bastante pertinente na literatura socioantropológica sobre o diabetes, especialmente devido ao tempo de convivência com a doença ter conseqüências no seu gerenciamento e controle, cujo aprimoramento faz-se com o passar do tempo, como será visto adiante.

Por fim, mostra-se nos Quadros 1 e 2 a marcante presença de algumas das comorbidades referidas e, especialmente, a sua associação com hipertensão arterial.

1.4- Os profissionais de saúde

O estudo abrangeu todos os profissionais de saúde atuantes nas quatro unidades de saúde selecionadas e que desenvolviam ações diretamente relacionadas ao tratamento do diabetes; perfazendo, assim, o total de 19 entrevistados sendo 5 médicos; 4 enfermeiras; 1 nutricionista e 9 auxiliares de enfermagem; cuja caracterização encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3- Perfil dos profissionais de saúde entrevistados quanto ao cargo ocupado, idade, sexo, formação profissional, tempo de experiência na rede pública de saúde e existência de caso de diabetes na família – 2006

Cargo	Idade	Sexo	Tempo de formado (anos)	Tempo de serviço na rede pública de saúde (anos)	Tempo de serviço na unidade atual (anos)	Pós-graduação	Diabetes na família
E	31	F	06	1,5	1,5	- Especialização em 02 áreas ¹	Não
E	41	F	17	14	1,5	- Especialização	Mãe
E	42	F	15	06	06	- Especialização ¹	Não
E	47	F	25	06	< 1	- Especialização em 02 áreas ¹	Pai
N*	48	F	26	01	01	- Mestrado e doutorado na área de formação	Sobrinha
M	51	M	27	14	10	- Residência médica em 03 áreas ²	Avô
M	37	M	13	07	01	- Residência médica em 02 áreas ²	Não
M	37	M	08	03	03	- Residência médica ²	Não
M	33	M	08	05	05	- Residência médica ² - Especialização ¹	Não
M	44	M	18	10	06	- Residência médica ² - Especialização ¹	Avó
AE	43	F	10	< 1	03	-	Irmão
AE	58	F	29	08	03	-	Tio, primo
AE	34	F	04	03	02	-	Pai, irmã
AE	30	F	05	05,5	< 1	-	Tio
AE	35	F	04	05	04	-	Primo
AE	61	F	18	24	06	-	Não
AE	49	M	07	06	06	-	Mãe
AE	50	F	13	06	06	-	Não
AE	23	F	04	< 1	< 1	-	Não

Legendas: E – enfermeiro(a); N- nutricionista; M – médico(a); AE – auxiliar de enfermagem

1 – sendo uma delas em Saúde da Família; 2 – sendo uma delas em clínica médica

* – Trabalho voluntário

No Quadro 3 destaca-se o predomínio de profissionais do sexo feminino, formados em enfermagem, mantendo uma tendência histórica da categoria devido, em parte, à associação das atividades do *cuidar* ao papel atribuído às mulheres na sociedade ocidental. Quanto à idade dos entrevistados, nota-se concentrar na faixa entre 30 a 49 anos (14 casos), especialmente entre os profissionais de nível superior (9 casos). Igualmente, na categoria de auxiliar de enfermagem há dois casos na faixa dos 50 anos e um acima de 60 anos, explicados pela reinserção no mercado de trabalho após aposentadoria, como estratégia de complementação salarial.

Em relação ao tempo de formado, observa-se maior agrupamento dos profissionais entre 4 a 10 anos (9 ocorrências), mais proeminente entre a categoria de nível médio (6 casos) refletindo, talvez, o grande e crescente empregador constituído em parte pelo setor público de saúde, que se torna atrativo num contexto nacional de escassez de postos de trabalho. O tempo de experiência na rede pública de saúde se mostra considerável em relação ao tempo de formado, sendo que os casos de ingresso mais tardio talvez tenham sido estimulados pela estabilidade do vínculo empregatício nos órgãos públicos. Há exceção de um informante, auxiliar de enfermagem, em que o tempo de formado é menor do que os anos de experiência na rede pública de saúde, devido à prévia atuação dele no extinto cargo de atendente de enfermagem.

Sobre o tempo de prestação de serviços na atual unidade de saúde, é interessante compará-lo ao tempo de atuação na rede pública de saúde de modo que, em 9 casos, os profissionais permaneceram na mesma unidade desde que foram admitidos. Esse dado é importante porque expressa a baixa rotatividade dos profissionais de ambos os tipos de unidades de saúde selecionadas, favorecendo o conhecimento mais aprofundado sobre o território de atuação e o perfil da população, que facilita o estabelecimento de vínculos com ela e a programação de ações mais adequadas as suas reais necessidades.

A formação em pós-graduação (especialização ou residência médica), citada por todos os profissionais de nível superior, favorece a complementação da formação básica de graduação e a ampliação das condições de concorrência e das possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Além disso, confirma-se que o atendimento ao diabético, no nível da atenção primária, é feito por profissionais com formação geral, sendo frequente

que os conhecimentos técnicos sejam atualizados por capacitações específicas (em diabetes, hipertensão arterial) oferecidas pela instituição à qual se vincula ou por iniciativa própria.

A busca de especialização em Saúde da Família (citada por 4 profissionais) denota uma tendência na qualificação, motivada pela oferta do curso e pela necessidade desse profissional na rede pública de saúde diante da prioridade da atenção primária, representada pelo Programa de Saúde da Família, presente na agenda da política nacional de saúde.

A informação sobre a existência de portadores de diabetes na família mostrou-se pertinente na compreensão da produção de relatos mais detalhados dos profissionais sobre a enfermidade, ressituaando o discurso biomédico proporcionado pela educação profissional, ante a experiência, especialmente, nos casos em que há proximidade/convívio com diabéticos.

2- Dimensões do estudo e categorias analíticas adotadas

Na abordagem proposta do diabetes, o estudo abarcou duas dimensões:

- a) **conceitual** – baseada em pesquisa documental, identificou as características do saber médico e os principais aspectos da intervenção biomédica dirigida ao diabetes, quanto à definição da enfermidade, às estratégias terapêuticas, à política e às ações públicas propostas para enfrentá-lo;
- b) **empírica** – com aproximação ao método etnográfico (envolvendo entrevistas e observações que propiciaram maior contato e convivência com adoecidos e profissionais de saúde seja no bairro, na residência ou na unidade de saúde), essa dimensão buscou analisar a perspectiva dos adoecidos e a dos profissionais de saúde quanto ao pensar/representar o diabetes, os diabéticos e a experiência com a enfermidade.

Para apreender as representações sociais, partiu-se das elaborações ideativas mais gerais sobre o diabetes (e não do próprio caso em si), analisando os significados e sentidos atribuídos à enfermidade, cujas categorias analíticas adotadas e as respectivas questões temáticas correspondentes são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4- Categorias e questões temáticas das representações sociais sobre diabetes

Categorias		Questões temáticas
a	<i>Conceito e classificação do diabetes</i>	- O que é o diabetes? ^{1,2,3} - Há tipos de diabetes? Quais? - Diabetes é uma doença? Por quê? ^{1,2} - O diabetes tem cura? ^{1,2} - Considera-se uma pessoa saudável? Por quê? ¹
b	<i>Conceito de adoecido com o diabetes (o diabético)</i>	- Como é uma pessoa diabética? ^{1,2,3} - Como é o paciente diabético? ³
c	<i>Causalidade</i>	- Qual(is) a(s) causa(s) do diabetes? ^{2,3}
d	<i>Prevenção</i>	- É possível evitar o diabetes? Como? ^{2,3}
e	<i>Tratamento</i>	- Há tratamento para o diabetes? Qual(is)? ^{2,3}
f	<i>Gravidade</i>	- O diabetes é um problema sério/grave? Por quê? ^{2,3}
g	<i>Identificação do diabetes pelos sintomas</i>	- O que sente o diabético (sintomas)? ^{2,3}

Legenda: 1 – adultos diabéticos; 2 – adultos não diabéticos; 3 – profissionais de saúde

É válido ressaltar que, no caso dos adultos portadores de diabetes, não se ignora que as representações estejam impregnadas, também, pela experiência da doença. Por esse motivo, as categorias de *c* a *g* serão abordadas como representação somente no caso dos adultos não diabéticos e profissionais de saúde.

Quanto à experiência com o diabetes, as informações dos relatos foram tomadas como explicações elaboradas pelos seus portadores e sendo construções compartilhadas pelo grupo socioeconômico e cultural ao qual pertencem. Não obstante, tais informações

podem ser reproduzidas, ignoradas, reinterpretadas ou transformadas pelos sujeitos, em função de elementos contextuais, biográficos, do próprio curso da doença e do contato com o saber biomédico através dos profissionais de saúde. Os aspectos investigados da experiência do diabetes dos adoecidos estão expressos pelas categorias apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5- Categorias e questões temáticas da experiência com o diabetes

Categorias		Questões temáticas
a	Origem e causalidade	- Como descobriu que era portador de diabetes? - Qual a causa do seu diabetes? <i>Verificar: como aparecem a hereditariedade e a alimentação nas explicações; vinculação a fatores provocantes e sua natureza (social, relacional, biológica etc.)</i>
b	Curso do diabetes	- Como se desenvolve a doença ao longo do tempo? - O que pode acontecer se a pessoa não controlar o diabetes? O que considera pior? Por quê? (<i>verificar complicações</i>) Expectativas futuras: - O que espera acontecer com a evolução do seu diabetes? - Há algo que o preocupa? O quê? Por quê? - O que sente diante da possibilidade de vir a usar insulina?
c	Corpo: usos e sensações no diabetes	- Como a doença age e o que provoca no corpo? (<i>incluiu-se o sangue posteriormente</i>) - O diabetes afetou de alguma forma seu corpo? Como? - Como percebeu, inicialmente, em seu corpo a presença do diabetes? (<i>verificar as sensações corporais percebidas e expressas</i>) - Como percebe alterações (objetivas e subjetivas) da glicemia? O que faz?
d	Impacto do diabetes na totalidade da vida (o antes e o depois do diagnóstico)	<i>Verificar possíveis alterações trazidas pela doença nas relações sociais em vários espaços da vida diária (família, trabalho, instituições de saúde, lazer, vizinhança, amizade) e, simultaneamente, influências positivas ou negativas proporcionadas pelas características da sua rede de relações para lidar com a doença.</i> - O que mudou na sua vida depois que descobriu o diabetes? <i>Verificar como situa o diabetes na sua vida (o relato). Notar a ruptura biográfica, o reforço biográfico ou a visão de “doença normal”.</i>
e	Rede de apoio (formal e informal)	- Participa de atividades organizadas (grupos, associações)? Quais? - Que tipo de ajuda obteve após o diagnóstico do diabetes? De quem? - A família colaborou ou colabora de alguma forma? Como? Quando?
f	Tratamento e gerenciamento do diabetes	- O que é preciso para um gerenciamento ideal do diabetes? - Qual foi o tratamento prescrito pelo serviço de saúde, para o seu caso? O que acha/como o avalia? Consegue seguir? Por quê? - Usa outra forma de tratamento (alternativo, complementar)? Qual(is)? Por quê? - Tem alguma dificuldade ou obstáculo para seguir as prescrições? Qual(is)? Por quê? - O que considera mais importante no tratamento do diabetes? Por quê? - Seu diabetes está controlado? Por quê? - Dieta: segue conforme a prescrição (por que); lembra-se de ocasiões em que não seguiu a dieta (quais, por que); é preparada separada; quem “cuida” dela? - Medicamento: o que acha de tomar medicamentos todos os dias; há ocasiões em que altera ou suspende a dose e o horário (qual, por que, quando)? - Exercícios físicos: o que acha deles; pratica alguma atividade física (qual, por que)?
g	Fonte de conhecimentos sobre o diabetes	- Como e quando obteve as informações sobre a doença e seu gerenciamento? (<i>verificar diversidade de fontes e a aprendizagem a partir da auto-observação</i>)

3- Trabalho de campo: procedimentos, instrumentos, fontes e coleta dos dados

O trabalho de campo compreendeu o aporte combinado de dados oriundos de diversas fontes como as observações (nas residências e unidades de saúde), os depoimentos e os documentos escritos. A coleta de informações deu-se no período entre agosto/2005 a julho/2006 e foi realizada, integralmente, pela própria pesquisadora.

Devido às características do objeto de estudo e à opção pela pesquisa qualitativa, é importante coletar dados de diferentes procedências, visando apreender suas manifestações (explícitas ou tácitas, ditas e não ditas) utilizando, para tanto, a *triangulação* (Víctora et al., 2000), a qual prevê a diversificação das fontes da informação. Para confrontá-los é necessário eleger procedimentos e instrumentos capazes de apreender os conteúdos pertinentes aos objetivos propostos na pesquisa. Tais elementos foram organizados, separados segundo as origens dos dados, sendo que as **fontes primárias** estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6- Procedimentos, instrumentos, conteúdos e fontes dos dados primários

Procedimentos	Instrumentos	Conteúdos	Fontes dos dados
Entrevista estruturada	Formulário com perguntas fechadas	Dados socioeconômicos, ocupacionais e familiares	- Todos os informantes (exceto dados familiares para os profissionais)
Entrevista semi-estruturada	Roteiro temático	Representações e aspectos da experiência do diabetes	- Adultos diabéticos e não diabéticos
		Representações sobre o diabetes e o diabético	- Profissionais de saúde do serviço selecionado
Relato oral dirigido	Tema específico	A ocorrência do diabetes na vida	- Adultos diabéticos
Observações e anotações	Diário de campo	Registro de conversas informais, observações, reflexões	- Pesquisadora e elementos ou situações que avaliar atinentes ao objeto de estudo, identificados ao longo do processo investigativo

É oportuno ressaltar que o relato oral pressupõe a entrevista, mas se constitui em um procedimento distinto que busca verificar como o informante situa o evento da enfermidade (o diabetes) na totalidade de sua vida. Por meio dele verificou-se a quais acontecimentos e eventos o informante vincula a irrupção da doença, pois, segundo Queiroz (1987), ao discorrer sobre um evento específico (solicitado e dirigido pelo pesquisador), o que é transmitido ultrapassa o caráter individual e se insere nas coletividades das quais o informante faz parte. Isso quer dizer que, apesar de “pinçado”, o evento ocorre em meio às influências que nele se cruzam e, por isso, sua organização em relato sintetiza informações pertinentes às relações com os membros de seu grupo, de sua ocupação, de sua camada social, de sua sociedade global, às suas experiências diretas e indiretas, às tradições, às crenças entre outros. Cabe ao pesquisador desvendar ou estabelecer as possíveis conexões na análise lembrando, com Queiroz (1987), que a técnica em questão pode ser mais bem aproveitada se combinada com informações vindas de outras fontes.

No caso dos 28 diabéticos, foi agendada uma primeira entrevista na sua residência, que visava aproximar-se do informante e proceder a apresentação da pesquisadora, esclarecer os objetivos do estudo e coletar os dados sobre a unidade doméstica (formulário fechado de caracterização – Anexo 2). Nessa ocasião, agendava-se um outro encontro que seria pautado pelas temáticas de um roteiro semi-estruturado (Anexo 3) e aberto à incorporação de questões novas e não previstas que se mostrassem pertinentes à compreensão do objeto. Sendo necessário, retornava-se mais uma vez à residência para explorar pontos que mereciam maior detalhamento. Em geral, foram realizadas duas entrevistas em cada residência, que variavam de uma a uma hora e meia de duração, sendo que as informações pertinentes ao roteiro eram gravadas (desde que autorizadas) e as demais eram registradas de próprio punho em um caderno.

As entrevistas com os 19 profissionais foram realizadas na própria unidade de saúde, empregando-se formulário estruturado e roteiro semi-estruturado, com duração média de uma hora cada depoimento, os quais se limitaram a um encontro agendado e outros ocasionais no próprio local de trabalho, mas não menos importantes e proveitosos.

Além das entrevistas, as anotações e as conversas “informais” propiciaram o acesso a informações preciosas ao estudo, complementando questões junto aos profissionais, aos diabéticos e a outros usuários do serviço de saúde. Por essa via, a pesquisadora observou a sua dinâmica e o teor dos diálogos que se davam na sala de espera e demais espaços das unidades de saúde, das casas e do bairro; constituindo-se atividades previstas no trabalho de campo.

Quanto às **fontes secundárias** de dados, elas são inerentes à pesquisa documental, que, neste estudo, compreenderam os textos e documentos sobre o saber médico e a intervenção biomédica dirigida ao diabetes, sendo que os conteúdos almejados e os dados correspondentes levantados foram, respectivamente, os seguintes:

- o *saber médico* – os dados foram coletados junto aos textos sobre o desenvolvimento da medicina moderna abordando o contexto e as características do seu discurso e as conseqüências concretas ao modelo de atenção à saúde;
- o *modelo biomédico* – versou sobre a descoberta clínica do diabetes e a sua atual abordagem na literatura médica dirigida à formação básica na área de saúde. Analisou a definição, a classificação, a etiologia, o diagnóstico e os pontos-chave da prevenção e do tratamento recomendados aos portadores de diabetes; ou seja, as características do modelo biomédico que norteiam o conhecimento e a prática clínica propostos ao controle dessa enfermidade;
- a *política e as ações oficiais* dirigidas ao diabetes – apresentou os objetivos planejados e resultados esperados e as instruções técnicas do sistema oficial de saúde para o atendimento aos portadores de diabetes. Os documentos oficiais disponibilizados *on-line* pelo Ministério da Saúde e os registros internos dos serviços de saúde local constituíram fontes privilegiadas desse tipo de dados e foram complementadas por informações obtidas junto aos profissionais de saúde e por observações da dinâmica ambulatorial local. É válido ressaltar que esse tópico ateu-se à descrição, em linhas gerais, da proposta de intervenção que orienta a organização e o tipo de ações para

abordar o diabetes na rede pública de saúde; sem a pretensão de proceder a uma avaliação institucional que requereria suporte teórico e metodológico específicos e fugiriam aos objetivos da presente pesquisa.

Para proporcionar uma idéia geral sobre a distribuição dos casos de diabetes atendidos pelas unidades de saúde participantes da pesquisa, foram levantados nos seus cadastros internos, dados sobre o número de portadores de diabetes entre a população das respectivas áreas de abrangência de cada unidade de saúde selecionada e que estão apresentadas no final do terceiro capítulo.

4- Tratamento dos dados: organização, síntese, interpretação e análise

O tratamento dos dados deu-se de forma processual, e um tanto artesanal, como esperado devido à aproximação da pesquisa ao referencial etnográfico, de modo que foram organizados em categorias temáticas, pelas quais se agrupou os assuntos, a partir dos roteiros e das informações coletadas, considerando os fatos compartilhados, significativos, singulares e estabelecendo os nexos entre o plano empírico e o teórico. As entrevistas foram transcritas literalmente, lidas muitas vezes e editadas pela pesquisadora.

Ressalta-se que, na perspectiva qualitativa, não há separação inflexível dos diferentes momentos da pesquisa: ao mesmo tempo em que se conhece o contexto, as pessoas, o que fazem, como vivem; já são feitas interpretações e análises que subsidiam futuras observações e questionamentos. Nesse processo, algumas questões podem sobressair, vir à tona; requerendo novos direcionamentos, novos eixos de discussão e “olhares” para o trabalho, o que, segundo VÍctora et al. (2000) é inevitável e saudável, mas que não deixa de prescindir de limites. Da mesma forma, é prudente observar que a permeabilidade inicial do projeto não se confunde com a espontaneidade e transparência dos dados¹¹ que não “falam por si”, mas requerem clareza do pesquisador quanto ao direcionamento do seu estudo, sendo esse caminho sempre iluminado pela teoria, ou seja, “um fato só se torna dado quando atravessado pelo suporte teórico” (op.cit.: 76).

¹¹ Para Bourdieu (1994), um problema na análise da pesquisa é a *ilusão da transparência*, ao crer que o real se descortina espontaneamente. Nesse caso, o pesquisador sobrepõe o objeto de realidade social ao objeto de realidade sociológica, tornando-o vítima da *sociologia espontânea*, não distinguindo um problema social de um sociológico.

Conforme sugerem Víctora et al. (2000), pode-se partir da *síntese de dados*, que consiste na fase intermediária entre a coleta de dados e a análise final, efetuando uma sistematização que funciona como o primeiro momento de organização e seleção da massa de dados brutos, a partir da qual é possível começar a refinar as análises. Esse momento indica os caminhos a seguir, os temas principais que despontaram dos dados de campo e que comporão os resultados propriamente ditos. Na forma de texto provisório, compõe o início da “lapidação” dos dados, pela qual se definirão as associações a explorar no âmbito da análise/interpretação dos dados.

Considerando a técnica da triangulação pertinente à pesquisa qualitativa (Víctora et al., 2000; Minayo, 1992; Triviños, 1987), a *análise dos dados* se dá por meio da discussão suscitada pelos temas e dados, sob diferentes ângulos proporcionados pelas fontes e técnicas diversas, buscando abranger a máxima amplitude “microscópica” (Geertz, 1989) na descrição, explicação e compreensão do fenômeno, mas sempre atento às suas raízes históricas, seus sentidos socioculturais e com vinculações essenciais com a macro realidade social.

5- Divulgação dos resultados da pesquisa e procedimentos éticos adotados

Será encaminhada uma cópia da pesquisa ao setor responsável pelo “Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus” da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP.

De acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde sobre a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto do estudo proposto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, conforme consta no Parecer nº 394/2005, CAAE: 0199.0.0146.000-05.

Todos os sujeitos que participaram dessa investigação (diabéticos e profissionais de saúde) foram previamente consultados, esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sobre a garantia de observar os cuidados para a sua não identificação e sobre o caráter não obrigatório da sua colaboração. Diante disso todos concordaram em participar como informantes subscrevendo o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4).



Capítulo III

**O saber biomédico e a prática dirigida ao
diabetes**

Embora não seja a única referência utilizada pelos adoecidos para lidar com o diabetes, o saber biomédico tem sua relevância, e talvez predomine nesse quadro devido ao reconhecimento dos resultados positivos no controle dessa enfermidade; pela sua hegemonia no setor saúde de modo geral; pela crescente oferta e acesso no sistema público universal de saúde brasileiro e pela ampla divulgação através dos vários meios de comunicação de massa.

Essa constatação estimulou a elaboração do presente capítulo, que aborda o saber biomédico em relação à construção e às características do conhecimento e da prática clínica, bem como a intervenção dirigida ao diabetes quanto aos aspectos teóricos e técnicos gerais, a partir de literatura básica sobre a enfermidade e documentos oficiais da política nacional de saúde.

1- Saber médico e biomedicina

Longe de pretender apresentar a história da medicina, a intenção neste item é situar e caracterizar o saber médico subjacente à prática atual da medicina, visando subsidiar o entendimento da intervenção dirigida ao diabetes. Para tanto, parte-se do desenvolvimento da medicina moderna, que está, umbilicalmente, vinculada ao desenvolvimento da ciência moderna.

Os antecedentes da ciência moderna encontram-se na cosmologia (enquanto ordenação geral daquilo que existe e das formas de apreender este “real”) dominante na alta Idade Média (séculos XII e XIII) ligada à visão religiosa da Igreja Católica, que entendia as modificações da natureza, e tudo o mais nela envolvida, como derivada de um “motor primeiro”, o qual se coadunava com semelhante concepção presente nas tradições religiosas monoteístas (Camargo Jr., 2003). A partir de um processo histórico de dessacralização na decifração, explicação e transformação da realidade (principalmente da Natureza) e da crítica em relação ao saber constituído, essa episteme¹² teocêntrica vai se deslocando progressivamente a partir do Renascimento (séculos XV e XVI), culminando

¹² O termo refere-se a uma ordem “inconsciente” de organização de saberes, a princípio, “não pensados” (Luz, 1988).

com a formação da racionalidade científica moderna como um novo modo de produzir enunciados de verdades que, quanto ao método, irá se assentar, essencialmente, no experimentalismo (Luz, 1988).

A aplicação sistemática do método experimental deslocará o alicerce da cosmologia ocidental para as disciplinas da astronomia e da física e, com elas, o desenvolvimento da mecânica clássica, pelas quais o Universo (e não mais o “cosmo”) assume a feição de máquina, expresso pelos relógios e os modelos planetários que são criados abundantemente nesse período (Luz, 1988). Essa tendência se fortalece com o surgimento do positivismo comteano, quando a teoria do conhecimento presente em Kant¹³ é substituída por um debate polarizado de sobrevalorização do saber científico (a razão pura). É no bojo dessas transformações, em fins do século XVIII e início do século XIX, que surge a *clínica* (Foucault, 1980), sendo importante ressaltar que essa nova episteme fornecerá as bases de sustentação para as construções simbólicas da medicina moderna, impregnando o imaginário médico até os nossos dias com essa visão de mundo mecanicista.

No entanto, essa incorporação do referencial analítico mecanicista não foi direta nem imediata, havendo sobrevivência, na história da medicina, das visões medievais sobre saúde e doença que oscilam, segundo Canguilhem (1990), entre duas representações fundamentais: uma *ontológica* como concepção organicista, localizante e mecanicista em termos de causalidade (predominante, ainda hoje, nas teorias médicas), e outra *dinâmica* de caráter naturalista (e vitalista) supondo a harmonia das “forças vitais” no homem, cujo desequilíbrio constitui a enfermidade. Igualmente, até fins do século XVIII persiste a visão humoralista do processo saúde-doença, permanecendo os purgantes, as lavagens e as sangrias como recursos terapêuticos.

Essa trajetória, ocorrida na passagem do século XVIII para o XIX, não foi abrupta, mas diluída no tempo trazendo a consolidação de uma das vertentes de caracterização das doenças vistas não mais como fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares. A perspectiva central do saber e da prática médica modernos migra de

¹³ Esse filósofo do Iluminismo estabeleceu as fronteiras e os limites do conhecimento humano em três grandes áreas: o conhecimento científico, o conhecimento moral e o conhecimento estético (Queiroz, 2003).

“uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças”, instaurando-se como um discurso sobre objetividades em que o corpo humano se torna a sede das doenças e essas, entidades patológicas (Luz, 1988: 83, 86).

A “inauguração” (não sem descontinuidades) dessa nova racionalidade médica¹⁴ foi viabilizada pelas disciplinas naturais como a física, a fisiologia, a química, a botânica, a história natural (e depois a biologia), que ofereceram à medicina (por isso “biomedicina”) os elementos teóricos conceituais e os métodos de observação que, juntos aos da anatomia (que rompeu com as velhas concepções do organismo humano), da patologia e da cirurgia, constituirão o núcleo predominante do saber e da prática médica. Nesse sentido, a (anatomia)clínica¹⁵ configurou-se numa ciência das entidades patológicas centrada no corpo e nas lesões.

Assim, a medicina no século XIX só se tornou científica, e a clínica médica só ganhou consistência, por ser possível localizar as doenças pela anatomia patológica (Foucault, 1980), propiciada, por sua vez, pela incorporação (desde o século XVII) de um novo equipamento – o *hospital*, e de uma nova técnica – a *necropsia*, trazendo transformações institucionais na prática e no ensino da medicina.

Entre essas transformações, está a centralidade do hospital, que passa de antigo “local de refúgio” destinado aos doentes pobres, mendigos e idosos cujo grande remédio era a alimentação (Adam & Herzlich, 2001), para local privilegiado de pesquisa e ensino em que era possível reunir as inúmeras observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas e realizar as necropsias. Não se ignora que, no contexto social, a importância do hospital adveio de uma motivação militar (recuperar soldados) e o crescimento da medicina nas cidades foi estimulado pelo processo migratório do campo pela revolução industrial; o que explica, em parte, a França ter sido um dos principais pólos de desenvolvimento da medicina (Camargo Jr., 2003).

¹⁴ Seus fundamentos residem numa cosmologia e é definida, operacionalmente, como um sistema, lógica e teoricamente, estruturado composto de cinco elementos: 1) uma morfologia ou anatomia humana; 2) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; 3) um sistema de diagnósticos; 4) um sistema de intervenções terapêuticas e 5) uma doutrina médica (Luz, 1992).

¹⁵ A medicina anatomoclínica repousa sobre três princípios: toma a doença como resultado de lesões orgânicas e não mais de um conjunto de nebulosos sintomas; observação do paciente junto ao leito do hospital; desenvolvimento de novas técnicas de exames como a percussão e a auscultação (Adam & Herzlich, 2001: 36).

Com isso, as dimensões da racionalidade médica ocidental estarão, desde então, sempre referidas às doenças: a doutrina médica¹⁶ embute a idéia de que elas são objetos autônomos traduzíveis pela ocorrência de lesões decorrentes de uma cadeia de eventos com uma ou múltiplas causas; o sistema diagnóstico dirige-se a sua identificação partindo da caracterização das lesões; a terapêutica hierarquiza-se pela capacidade de atingir as suas causas últimas; a morfologia e a dinâmica vital servem como auxiliares para caracterizar o processo mórbido, e até a definição da saúde é assumida como a ausência de doenças (Camargo Jr., 2003: 110), de modo que a “normalidade” se caracterizará pela oposição à “patologia” (Canguilhem, 1982).

Há ainda, baseado em Camargo Jr. (2003), conseqüências concretas dessa lógica:

- na hierarquização da medicina em eixos pela proximidade à “cientificidade”, sendo mais valorizado o eixo explicativo (do diagnóstico) pela inclusão nas ciências experimentais; ficando o eixo semiológico (próximo da prática e, então, da “arte”) relativamente depreciado;
- na formação profissional, com fragmentação do saber em diferentes áreas especializadas;
- na determinação de um modelo de atenção apoiado no uso desmedido de exames complementares, na desvalorização da subjetividade do paciente (e do próprio médico), na farmacologização excessiva com propensão iatrogênica intrínseca;
- na terapêutica que, na prática, se centra nos medicamentos e nas cirurgias (abrindo espaço à ação dos propagandistas da indústria farmacêutica e de equipamentos) em detrimento de outras técnicas (dietas, exercícios, massagens) descritas pelos manuais; que é denunciado pelo pouco apuro

¹⁶ A expressão refere-se a um conjunto de princípios gerais que norteiam a medicina e que são relegados ao terreno de implícitos que, assim, não são confrontados nem discutidos, mas impregnam cada palmo da atividade médica sem se submeter aos cânones do dogma científico, sendo apenas inferidos pelo exame do seu discurso e prática (Camargo Jr., 2004: 116-118).

com que são prescritas, até por supor que os pacientes não as seguirão. Há de considerar a influência na valorização dessas técnicas, também, pelo domínio exclusivo pelo médico ou partilhado com outros profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas), mas numa convivência que pode nem sempre ser tão tranqüila;

- na ênfase das ações curativas, haja vista que a intervenção preventiva, embora voltada à prevenção de doenças, não se encaixa por definição no conceito de terapêutica;
- na subordinação das práticas curativas e preventivas ao referencial teórico da doença em que a terapêutica visa deter o seu transcurso temporal, evitar seu agravamento ou minimizá-lo, reduzir o impacto de eventuais limitações dela decorrentes; o que corresponde aos níveis primário, secundário e terciário de prevenção mas definidos pela história natural das doenças.

A aproximação da medicina com a ciência foi estratégica por lhe emprestar e garantir a legitimidade social necessária para se fixar como produtora de verdades no campo da saúde e da doença, como bem exprime Clavreul:

A medicina invoca – com justa razão – a ciência, e porque ciência tornou-se sinônimo de verdade, que a medicina constitui um bastião resistente, tanto aos mais vigorosos ataques quanto aos elogios desajeitados, e que seu próprio totalitarismo é suportado como um mal do qual é preciso esperar um bem. (Clavreul, 1983: 49)

Ocorre que, no momento do exercício concreto da medicina, aquela relação hierárquica científica do discurso inverte-se predominando o eixo menos valorizado do ponto de vista da legitimação social notando-se, então, o divórcio entre a ciência das doenças e a arte de curar (Camargo Jr., 2003: 127). Embora o médico procure sempre se colocar no pólo objetivo desse confronto, ele não está imune às contradições da subjetividade, pois o seu raciocínio está sujeito ao crivo da sua *experiência* que ressitua o conhecimento “objetivo” agora encarnado, de fato.

Dessa forma, confirma-se que *nem tudo é ciência na medicina*, estando implícita na noção tão difundida da “arte da medicina” (como a criação inspirada) que expressa a combinação de conhecimento médico, intuição e julgamento; refletindo a necessidade de relativizar o papel das teorias médico-científicas ao desempenhar a função terapêutica, ao mesmo tempo em que pode justificar quaisquer atitudes pelo aspecto do “bom senso” (Camargo Jr., 2003: 139).

As doenças sendo tomadas como objetos concretos, esvaziados de significado social, cultural ou psíquico, fazem com que frequentemente o médico (e os profissionais de saúde, por extensão) as veja de modo diverso das preocupações dos pacientes. Porém, como esses, os profissionais vêem o mundo informados por elementos ideativos, simbólicos que permeiam a sociedade e o tempo em que vivem, de modo que na sua prática podem adotar condutas próprias nas quais as evidências teóricas são filtradas, simultaneamente, pela sua experiência e representações; muito embora estejam sempre “protegidos” pelo escudo da racionalidade científica. Como aponta Camargo Jr. (2003), apesar do discurso generalizante, o tratamento continua sendo uma instância individual, quer se pense em médico (cada médico tem a sua conduta), quer se pense em paciente (para cada paciente a conduta de um mesmo médico pode ser variável). Essa peculiaridade da medicina é bem ilustrada pelo profissional de saúde, participante da presente pesquisa, ao discorrer sobre as características dos pacientes diabéticos:

É muito individual de paciente para paciente. Tem paciente que, vamos dizer, entre aspas é mais “resistente” à doença. Esses, até com níveis mais descontrolados têm menos complicação que outros com níveis mais bem controlados. Mas quase todos, se não controlarem, vão ter complicações e se controlarem bem controlado, as complicações podem ser mínimas. Mas não tem um padrão, como nada em medicina [risos]. Cada caso é um caso.

Questiona-se se condutas individualizadas não comprometem a reprodutibilidade (atributo básico do experimento científico) e, então, o caráter “científico” da terapêutica. Contudo, tais condutas podem ser eficazes e apropriadas, corroborando que a “cientificidade” não é condição fundamental, em si, para o sucesso terapêutico. Ao contrário do que os seus ideólogos supõem, a prática médica depende muito da habilidade

individual e da “inspiração” dos seus praticantes o que a torna, de fato, mais íntima da arte do que da ciência propriamente.

Um outro desdobramento provocado pelo desenvolvimento da medicina científica refere-se à doença que nunca existiu na consciência do homem e passa a existir na ciência do médico, quando as informações clínicas e as técnicas laboratoriais permitem saber que estão doentes pessoas que assim não se sentiam. Contudo, “é de direito, senão de fato, porque há homens que se sentem doentes, que existe uma medicina e não porque existem médicos que os homens tomam, através deles, conhecimento de suas doenças” (Clavreul, 1983: 131). Para esse autor, não existe nada na ciência que não surgiu antes na consciência, no caso, do doente, o que merece interpretação, pois é porque os médicos e cirurgiões são herdeiros de uma cultura médica transmitida pelos clínicos de ontem que podem ultrapassar e superar a perspicácia de seus clientes hoje, ou seja, se o conhecimento da doença pelo médico pode prevenir a experiência da doença ao doente é porque, outrora, essa experiência suscitou o conhecimento.

Nesse sentido, Leriche (*apud* Clavreul, 1983) chamou a atenção do público médico de que o sofrimento não corresponde à doença e existe independentemente dela ser medicamente localizável, embora o discurso médico o identifique à dor e como sintoma, sinal ou indício. É clássica a sua definição de doença como o “que incomoda os homens no exercício normal de sua vida e a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”; contrapondo-se à negação do direito do doente de se referir primeiro ao que sente, permitindo, com isso, preconizar certas invenções médicas e cirúrgicas que traziam alívio físico sem visar à cura da “doença” no sentido médico do termo. Leriche fez uma distinção entre a doença do médico (segundo critérios objetivos) e a do doente¹⁷ (sentida por ele), mas que não foi de fato assimilada pelos médicos, pois, mesmo as intervenções paliativas e antiálgicas que praticavam eram percebidas como aspectos menores da sua profissão.

¹⁷ Segundo Laplantine (1991), essa noção foi também desenvolvida no contexto anglo-saxão, que dispõe de uma tripla terminologia para abordá-la pelos conceitos de: *disease* (a doença objetiva na visão médica), *illness* (a doença experimentada subjetivamente pelo doente) e *sickness* (expressa condições sociais, históricas e culturais; por exemplo, mal-estar).

De fato, aquele que acusa sofrimento e dor, sem que o diagnóstico seja estabelecido não é considerado “verdadeiro doente”, restando-lhe ser classificado e impelido às áreas da psiquiatria e psicossomática, limitando-se a receber remédios inócuos. É o caso das “síndromes”, sem comprovações etiológicas e diagnósticas pela biomedicina (fadiga crônica, fibromialgia, dores crônicas lombares, dores têmporo-madibulares, lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT), cujos sintomas e dores são permanentemente deslegitimados pelo saber médico e pelos médicos (Canesqui, 2006a) por se constituírem de condições de sofrimento percebidas pelos adoecidos, mas que fogem do enquadramento espacial corporal necessário ao diagnóstico. Essa situação rende aos sofredores a perambulação pelos serviços de saúde sendo, em muitos deles, “rotulados sob designações pejorativas que os enquadram como ‘poliqueixosos’ ou portadores de doenças e dores ‘imaginárias’ e ‘psicológicas’” (Canesqui, 2006a), além de “pitiáticos”. A experiência deslegitimada do sofrimento reforça o materialismo científico que separa corpo e mente, tornando-a medicamente invisível, enquanto ignora as implicações morais e os significados simbólicos da enfermidade aos quais os antropólogos chamam a atenção (Kirmayer, 1988).

Na verdade, a lesão não basta para fazer da doença clínica a doença do doente, da mesma forma que os pressupostos e conclusões das experiências clínicas em laboratórios são questionáveis para estabelecer as fronteiras do “normal” e do “patológico”. Estas são, às vezes, especulativas ou valorativas, por deduzirem o estado de *normal* pela manifestação, maior ou menor, de sintomas que expressam *desvios* considerados patológicos que supõe um “estado padrão normativo, uma *Ordem* reguladora” (Canguilhem, 1990: 111). Por seu turno, a *ordem médica* não tem que ser defendida e nem demonstrada, impondo-se por si mesma, estando presente em nossa vida da concepção até a morte, com autoridade legal para tanto pois, “mais que a eficácia da medicina, é a sua cientificidade que constitui lei. Ninguém contesta que o saber médico, ao menos em parte, seja verdadeiro e verificável; à maneira de uma crença que, mesmo transfigurada, ultrapassa de longe a crença em qualquer religião que seja” (Clavreul, 1983: 40-1).

A noção de consciência mórbida é questionada, e esta não pode ser considerada autônoma ao discurso médico. Se é verdade, como afirma o autor, que “não há nada na ciência que não tenha primeiro aparecido na consciência”, há de se ponderar que, reciprocamente, essa consciência evolui com o progresso da ciência. Sem dúvida, o sofrimento do doente precede a busca de ajuda supondo haver um saber médico o qual espera que saiba mais que ele próprio e o ajude. O doente só fica livre para ser ou não examinado, para aceitar ou não um tratamento, em circunstâncias em que o saber médico é incerto, caso contrário, a intenção será livrá-lo da doença (Clavreul, 1983). Partindo desse princípio, a atenção às doenças crônicas torna-se problemática.

Hoje o retorno ao conceito de doença é inevitável mas, ela permanece um fato qualitativo testemunhando que o organismo não é mais capaz (ao menos temporariamente) de assegurar a manutenção das constantes biológicas, justificando a intervenção e postulando que o saber médico pode restaurar a ordem perdida. Não obstante, é emitir um juízo de valor decidir se alguém está doente ou com saúde, normal ou anormal e nesse tribunal o único juiz reconhecido é o médico, sendo qualquer outra pessoa, *a priori*, suspeita de incompetência, sobretudo o doente que não pode ser ao mesmo tempo juiz e parte (Clavreul, 1983). A ordem médica é da alçada da ciência, mas é, também, uma ordem jurídica porque decide sobre os casos e as intervenções necessárias, além de decretar um não-lugar aos que sofrem por não serem reconhecidos como doentes. Tomar a doença como entidade permite ao médico despossuí-la do doente e dominá-la. Assim se entende Leriche que diz “se se quer definir a doença, é preciso desumanizá-la”, pois, se o saber médico é um saber sobre a doença, o homem só interessa como terreno onde ela evolui.

Enfim, o desenvolvimento da ciência e da medicina atrelada a ela teve conseqüências ao cuidado das doenças e à condição dos doentes de hoje, pois “estar doente significa ‘estar sob cuidados’: o diagnóstico, as receitas do médico, os exames e tratamentos que o paciente deve fazer condicionam a sua cura e, também, estruturam sua percepção e experiência da doença” (Adam & Herzlich, 2001: 44). Diante disso, apresenta-se a seguir a definição e a proposta de intervenção dirigida ao diabetes, sob a óptica do modelo biomédico.

2- A intervenção biomédica dirigida ao diabetes mellitus

Este tópico aborda a intervenção dirigida ao diabetes segundo o modelo biomédico que, sem pretender discorrer detalhadamente, aproxima o leitor do assunto, proporcionando-lhe uma visão geral dessa enfermidade e os principais aspectos eruditos que a fundamentam. Para tanto, examina a compreensão do conceito, a etiologia, a classificação e o diagnóstico do diabetes, bem como as características das possíveis complicações do seu tratamento, cujas informações foram extraídas da literatura biomédica e de documentos oficiais de órgãos ou entidades ligadas ao diabetes (Bennet & Plum, 1997; Sherwin, 1997; Duncan et al., 2004; SBD, 2003; Brasil, 2001), conforme indicado anteriormente.

Quanto ao **conceito**, a denominação “diabetes”, de origem grega, significa “sifão” devido à semelhança da grande produção típica de urina (poliúria), com a saída do vinho dos tonéis pelos sifões. O adjetivo “mellitus”, de origem latina, foi adicionado para distinguir esta condição em que a urina é adocicada, de outras sem gosto (Delfino & Mocelin, 1997).

Na perspectiva biomédica, a história do diabetes mellitus divide-se em dois períodos marcados pela era pré-insulina, que parte das primeiras descrições da doença datadas de 1550 antes de Cristo (encontradas no papiro de Ebers, no Egito, em 1862 da era cristã); e a descoberta da insulina em 1921 (Delfino & Mocelin, 1997).

O diabetes insere-se no grupo das “doenças crônicas não transmissíveis” as quais possuem um longo período de latência, curso assintomático prolongado, envolvimento de múltiplos fatores de risco, com participação importante do ambiente; ausência na quase totalidade da interação com outra população, além da humana, no seu quadro epidemiológico; e acarretarem alterações patológicas irreversíveis com conseqüente incapacidade residual (Lessa, 1998). Essas doenças distinguem-se etiológica e temporalmente, por oposição, como “não-infecciosas” e “não agudas”, respectivamente; compreendendo, segundo Achuti & Azambuja (2004a), majoritariamente, o diabetes, o câncer, as doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas. Embora a designação “doenças crônicas não degenerativas” seja amplamente empregada no contexto

epidemiológico e se baseie na definição proposta pela Organização Mundial de Saúde, Lotufo (2004) questiona a generalidade do conceito afirmando haver doenças crônicas para as quais os seus critérios não se sustentam e não se aplicam; sugerindo que as análises se voltem às especificidades dos principais grupos dessas enfermidades conforme a Classificação Internacional de Doenças.

Não obstante, o que é importante reter dessa classificação é o fato de serem enfermidades que compartilham, segundo o paradigma causal corrente, um pequeno número de fatores de risco, que demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população e que são alvos potenciais de intervenções preventivas como o tabagismo, as dislipidemias, a obesidade, o sedentarismo, a própria hipertensão e o diabetes (Achuti & Azambuja, 2004b).

Orientado pelo “Consenso¹⁸ Brasileiro sobre Diabetes/2002” (SBD, 2003), o sistema oficial de saúde no Brasil define diabetes como uma síndrome de **etiologia** múltipla, decorrente da falta de insulina (produzida pelo pâncreas) e/ou da sua incapacidade em exercer adequadamente os seus efeitos para que o corpo funcionar bem e para que possa utilizar a glicose (açúcar) como principal fonte de energia. Caracteriza-se pelo aumento crônico da taxa de glicose no sangue (hiperglicemia) com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas.

Nota-se variação, quanto à designação, que aparece ora como *síndrome*, ora como *distúrbio crônico que compromete o metabolismo da glicose* (Sherwin, 1997), ora se refere a um *grupo heterogêneo de doenças* (Duncan et al., 2004); que têm em comum um quadro de hiperglicemia resultante de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Em consequência, as causas do diabetes, como sugere a definição, são múltiplas e apontadas vagamente, relacionadas à sua classificação (SBD, 2003). São basicamente atribuídas à destruição das células beta pancreáticas decorrente de doença auto-imune ou de caráter desconhecido; à resistência à insulina e defeito na sua secreção que é fortemente ligado ao

¹⁸ “Consensos médicos” sobre diagnósticos ou tratamento de diferentes enfermidades são, geralmente, elaborados por Sociedades Médicas e, excepcionalmente, por centros universitários. Para tanto, participam médicos, considerados grandes conhecedores do assunto, às vezes ligados à academia, outras vezes indicados pelas Sociedades Médicas devido ao notório saber ou grande experiência clínica (Chacra, 2001). Decorrem de discussões e tratam de aspectos conceituais e técnicos sobre dadas enfermidades e são revistos periodicamente.

excesso de peso; defeitos genéticos associados a outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos (comportando, então, causa iatrogênica) e diminuição da tolerância à glicose por ocasião da gestação.

A **classificação** atual do diabetes, segundo o modelo biomédico, utiliza o conceito de estágios clínicos pelos quais ocorreria uma evolução ao longo de um período variável, passando de uma fase de normalidade para uma fase em que há alteração na glicemia de jejum, seguido de uma tolerância diminuída à glicose que pode culminar com o diabetes propriamente ou reverter para a normalidade da tolerância à glicose. A detecção precoce dos estágios permite identificar indivíduos com maior risco para desenvolver o diabetes e doença cardiovascular, possibilitando prevenir ou retardar o seu aparecimento. Essa nova classificação, baseada na etiologia, elimina os termos diabetes mellitus insulino dependente (IDDM) e não insulino dependente (NIDDM), passando a ser designados diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 – DM1 e DM2, respectivamente.

Segundo a classificação pelo Consenso Brasileiro de Diabetes (SBD, 2003), há vários tipos de diabetes, cujas características e causas são expostos no Quadro 7, apresentado a seguir.

Quadro 7- Classificação brasileira do diabetes mellitus – 2002

Especificação	Características/causas
Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)	Resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida. Corresponde 5% a 10% do total de casos. A forma progride rapidamente e é comum em crianças e adolescentes, porém pode ocorrer também em adultos. A forma lentamente progressiva ocorre, geralmente, em adultos e é referida como diabetes latente auto-imune do adulto.
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina. A maioria dos pacientes tem excesso de peso e a cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves. O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir dos 40 anos de idade, embora possa ocorrer mais cedo, mais raramente em adolescentes. Abrange 85% a 90% do total de casos. Nos Estados Unidos, nos últimos anos, a incidência de diabetes do tipo 2 vem crescendo entre crianças e jovens, em associação ao aumento da obesidade.
Outros tipos de Diabetes mellitus	Contém várias formas de DM decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com uso de fármacos diabetogênicos. Por exemplo: <ul style="list-style-type: none">– Defeitos genéticos funcionais da célula beta;– Defeitos genéticos na ação da insulina;– Doenças do pâncreas exócrino;– Endocrinopatias;– Induzidos por fármacos e agentes químicos;– Infecções;– Formas incomuns de diabetes imunomediado;– Outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes.
Diabetes mellitus gestacional	Diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM e de tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez.

Fonte: Consenso Brasileiro sobre Diabetes – 2002 (SBD, 2003).

A maioria dos casos de diabetes é do tipo 2 (~ 90%), uma pequena proporção apresenta o tipo 1 (~ 8%) e a fração menor restante engloba os demais tipos (Duncan et al., 2004).

Dessa forma, o **diagnóstico** de diabetes baseia-se no grau de hiperglicemia alcançado, sendo recomendado trabalhar com a *suspeita* de diabetes ao investigá-lo, a partir da presença de elementos clínicos ao lado de *fatores de risco* como mostra o Quadro 8 a seguir.

Quadro 8- Elementos clínicos e fatores de risco a serem considerados na suspeita de diabetes

Elementos clínicos que levantam a suspeita de diabetes	
Sinais e sintomas clássicos	<ul style="list-style-type: none"> • Poliúria (aumento de micções); • Polidipsia (aumento de sede); • Polifagia (aumento de apetite); • Perda inexplicada de peso
Sintomas menos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga, fraqueza e letargia; • Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto); • Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite
Complicações crônicas/doenças intercorrentes	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinúria; • Neuropatia diabética (câimbras, parestesias dos dedos dos pés, dor nos membros inferiores, neuropatia de nervo craniano); • Retinopatia diabética; • Doença aterosclerótica; • Infecções de repetição
Fatores de risco que levantam a suspeita de diabetes	
<ul style="list-style-type: none"> • Idade igual ou superior a 45 anos; • Sobrepeso ou obesidade (IMC = ou > 25kg/m²); • Deposição central de gordura (cintura maior que 102cm no homem e 86cm na mulher, medida na altura da crista ilíaca); • História de pai ou mãe com diabetes; • História de tolerância à glicose diminuída ou de glicemia de jejum alterada; • História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4kg; • Hipertensão arterial (≥ 140/90 mmHg em adultos) • Dislipidemia: hipertrigliceridemia (≥ 250mg/dL) ou colesterol HDL baixo (≤ a 35 mg/dL); • Síndrome de ovários policísticos; • História de doença cardiovascular; • Inatividade física habitual; • Uso crônico de medicamentos diabetogênicos, como corticosteróides. 	

Fonte: Adaptado da American Diabetes Association por Duncan et al. (2004).

Os tipos de exames comumente empregados e a sua respectiva padronização, segundo Duncan et al. (2004), são basicamente três: a glicemia casual (coletada a qualquer horário do dia sem considerar o momento da última refeição); a glicemia de jejum (coletada após 8 a 14 horas de jejum) e o teste de tolerância à glicose – TTG (consiste de glicemia de jejum e glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra ou 82,5g de glicose monoidratada). Os critérios de diagnóstico para o diabetes e outros distúrbios hiperglicêmicos estão descritos no Quadro 9.

Quadro 9- Critérios diagnósticos do diabetes e de outros distúrbios hiperglicêmicos baseados em valores venosos (plasmáticos ou séricos)

Distúrbio glicêmico	Critério diagnóstico
Diabetes mellitus (DM) - o diagnóstico exige confirmação por qualquer um dos critérios, exceto quando há descompensação metabólica inequívoca	Glicemia casual $\geq 200\text{mg/dL}$ na presença de sintomatologia clássica ou Glicemia de jejum $\geq 126\text{mg/dL}$ ou Glicemia de duas horas $\geq 200\text{mg/dL}$
Tolerância à glicose diminuída (TGD) - o diagnóstico exige confirmação	Glicemia de jejum $< 126\text{mg/dL}$ ou Glicemia de duas horas $\geq 140\text{mg/dL}$
Glicemia de jejum alterada - o diagnóstico exige confirmação	$100\text{-}110\text{mg/dL}^* \leq \text{glicemia de jejum} < 126\text{mg/dL}$

* Limite inferior estabelecido em 100mg/dL pela American Diabetes Association e em 110mg/dL pela OMS.

Fonte: Duncan et al. (2004)

A confirmação do diagnóstico refere-se à repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de diabetes. Além disso, a utilização desses exames no processo

diagnóstico depende do contexto, ou seja, se o paciente requer diagnóstico imediato; das condições de realização do exame do serviço (laboratório, tiras reagentes, glicosímetros); se a hiperglicemia estiver associada ao estresse agudo infeccioso, traumático ou circulatório (que não deve considerar diagnóstico de diabetes, pois, muitas vezes, são condições transitórias); se há urgência ou não de diagnóstico.

Nota-se que as características do diabetes (definição, sinais, sintomas, parâmetros laboratoriais de diagnóstico) são validados, preponderantemente, pela vertente epidemiológica que é, como demonstrou Camargo Jr. (2003), solidária à clínica; evidenciando um esforço em objetivar sofrimento do adoecido ao traduzir as suas queixas subjetivas e localizar fisicamente o problema, numa busca que culmina com o diagnóstico que faz surgir e dá existência à doença. A própria classificação do diabetes pela etiologia indica a centralidade da procura pelas manifestações de anomalias que se constituem em “desvios” orgânicos, embutindo uma lógica mecanicista cuja ação concreta será a correção desses desvios, fundamentalmente, baseada na intervenção individualizada. Da mesma forma, os manuais apontam para as possíveis complicações do diabetes, que nada mais são que decorrências de irregularidades orgânicas com repercussão, também, nesse terreno. Com isso, todo o processo terapêutico pode ocorrer no plano físico biológico do indivíduo isoladamente, mas, paradoxalmente, apoiada na generalidade da “anormalidade” pela positividade da disfunção ou lesão orgânica, tendo como corolário o tratamento que pode, então, ser focalizado.

Partindo desses princípios, o controle dos níveis de glicemia é recomendado para evitar ou retardar as complicações vasculares e neuropáticas do diabetes, sendo essa associação debatida há mais de meio século segundo Sherwin (1997), que cita os resultados do estudo clínico chamado *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) realizado em nove anos pelo National Institute of Health, nos Estados Unidos, baseado em evidências científicas, para “convencer” que “o controle faz a diferença”, produzindo benefícios aos adoecidos. O estudo envolveu portadores do diabetes do tipo 1, mas o autor afirma que os resultados podem se aplicar aos diabéticos do tipo 2.

As complicações do diabetes são classificadas em **agudas** e **crônicas**. As primeiras ocorrem quando há desvios muito acentuados e persistentes do controle glicêmico satisfatório (que é de 80 a 180 mg/dL, ao longo do dia) caracterizando a descompensação metabólica (Duncan et al., 2004), cujos principais estados são:

- a) *hiperglicemia*: consiste do aumento da taxa de glicemia (> 300 a 350 mg/dL) que pode evoluir para complicações graves como cetoacidose ou coma hiperosmolar não-cetótico (> 600 a 800 mg/dL), devendo ser detectada e tratada prontamente. A mortalidade aumenta com a idade, ligando-se a alguma doença catastrófica associada (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral) ou às complicações agudas (aspiração, arritmias, edema cerebral). Seu controle depende de insulina e da detecção e tratamento das doenças precipitantes e dos distúrbios hidroeletrólíticos;
- b) *hipoglicemia*: é a diminuição dos níveis glicêmicos (< 50 ou 60 mg/dL) causada pelo desequilíbrio entre a ação medicamentosa (mais comum da insulina), a dieta e o exercício; podendo ser assintomática, mas, geralmente, é acompanhada de sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e de manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor). É a complicação mais freqüente do diabetes tipo 1, afetando 10 a 25% os pacientes, pelo menos uma vez ao ano, podendo acometer também diabéticos do tipo 2. Além do perigo de lesão cerebral irreversível (se prolongada), há riscos de acidentes de trabalho e de trânsito, bem como implicações sociais que podem causar temor no paciente, levando o médico a procurar obter um controle glicêmico abaixo do ideal. Essa intercorrência requer ação imediata e reajuste dos objetivos do tratamento para evitar a crise ao melhorar as capacidades de autocuidado. O programa educativo sobre hipoglicemia (Duncan et al., 2004) prevê instruir os pacientes sobre os sintomas e a importância de detectá-los; portar alimentos que contenham carboidratos de absorção rápida; treinar para o automonitoramento da glicemia capilar (especialmente os usuários de insulina); usar bracelete ou carteira de

identificação como portador de diabetes; dispor de ampola de glucagon em casa (diante do alto risco) e planejar com a família e/ou amigos um esquema de ação no caso de crise grave. Portanto, essas medidas induzem a identificar socialmente o portador de diabetes, podendo gerar experiências estigmatizantes que requerem adaptações para conviver com a doença seja pelo isolamento, seja evitando ou neutralizando aquelas situações discriminadoras.

As complicações diabéticas crônicas são referidas como microvasculares, sendo específicas do diabetes (retinopatia, nefropatia e neuropatia); e outras ditas macrovasculares que, mesmo não sendo próprias do diabetes, são graves e constituem a principal causa de mortalidade associada à enfermidade (Duncan et al., 2004). As principais complicações desse grupo são:

- a) *retinopatia*: manifesta-se com a perda gradual da acuidade visual e se constitui na principal causa de cegueira; evoluindo com o tempo de diagnóstico de diabetes. O rastreamento visa ao diagnóstico precoce de retinopatia grave com possibilidade de intervenção preventiva. O método consiste de fotografias de fundo de olho, sob dilatação da pupila, que são feitas anualmente ou em intervalos maiores de até três anos quando os resultados anteriores não mostram complicação;
- b) *nefropatia*: ligada à insuficiência renal, leva à morte prematura por uremia ou por problemas cardiovasculares e é diagnosticada medindo-se a excreção de albumina em urina de 24 horas;
- c) *neuropatia*: apresenta quadro variado com múltiplos sinais e sintomas dependentes da sua localização nas fibras nervosas sensoriais (afetando a sensibilidade), motoras (atinge pequenos músculos como o ocular, o facial, das mãos e pés) e/ou autonômicas (comprometimento da denervação do sistema cardiovascular, apresentação de hipotensão postural; alterações do hábito intestinal e do aparelho urogenital entre outras). Variam de assintomáticas às fisicamente incapacitantes, e o diagnóstico precoce,

embora possa não mudar o curso clínico da doença, permite detectar indivíduos com neuropatia em membros inferiores e em risco de desenvolver lesões que podem levar a amputações. Apesar de simples, os testes para sua detecção requerem pessoa treinada para aplicá-los e interpretá-los;

- d) *pé diabético*: responde por 40 a 70% das amputações não traumáticas dos membros inferiores, das quais 85% são precedidas por ulcerações, cujos principais fatores associados são a neuropatia periférica, as deformidades nos pés e os traumatismos. O diagnóstico do pé de risco leva a identificar a insuficiência vascular, a neuropatia periférica (com diminuição de sensibilidade) e as deformidades, enquanto o da úlcera (membro inferior) é feito pela história clínica e o exame físico;
- e) *aterosclerose e hipertensão*: a aterosclerose afeta as artérias do coração, dos membros inferiores e do cérebro, sendo a principal causa de morte do diabetes. A prevalência de hipertensão é aumentada, pelo menos, duas vezes em pacientes com diabetes tipo 2 e a sua presença acelera a aterosclerose, a nefropatia e a retinopatia. Por essa razão, torna-se importante tratar qualquer elevação mínima da pressão arterial que passaria despercebida em pacientes não diabéticos.

Quanto ao **tratamento**, propriamente, a intervenção dirigida ao diabetes deve enfatizar a prevenção, simultaneamente, no âmbito primário (identificar indivíduos de alto risco), secundário (detectar casos novos, não diagnosticados) e terciário (tratar os indivíduos acometidos para prevenir complicações agudas e crônicas (Duncan et al., 2004), cujo referencial será sempre a doença norteadada pela sua história natural. No entanto, em países com sistema público de saúde de caráter universal como o Brasil, o desafio está em garantir a identificação e o acompanhamento sistemático dos portadores desses agravos e, ao mesmo tempo, desenvolver ações de promoção de saúde, além de prevenir as complicações e outras doenças, como a hipertensão arterial que acompanha o diabetes do tipo 2 em 68% dos casos (Brasil, 2001).

As estratégias de abordagem do diabetes assentam-se, basicamente, nos seguintes componentes: *educação*; modificações do *estilo de vida* (suspender ou evitar o consumo de fumo e bebidas alcoólicas, manter peso adequado, praticar regularmente atividade física, reorganizar os hábitos alimentares) e uso de *medicamentos*, se necessário (Duncan et al., 2004; SBD, 2003; Brasil, 2001; Sherwin, 1997). Recomenda-se, ainda, o tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovasculares visando reduzir a mortalidade. Entende-se que o componente “educação” refere-se, essencialmente, à motivação dos pacientes para aderirem ao tratamento recomendado e, portanto, de submissão às intervenções biomédicas e ao saber que as preside.

Apesar das estratégias terapêuticas diferirem, os objetivos da intervenção no diabetes do tipo 1 e do tipo 2 são idênticos, os quais pretendem, a *curto prazo*, restaurar o controle metabólico o mais próximo possível do normal e melhorar a sensação de bem-estar; e a *longo prazo*, minimizar o risco de complicações diabéticas como a aterosclerose acelerada, a microangiopatia (retinopatia, nefropatia) e a neuropatia. O Quadro 10 mostra as metas a atingir com o tratamento.

Quadro 10- Metas do tratamento do diabetes mellitus tipo 2

Glicose plasmática (mg/dl)*	• Jejum	110
	• 2 horas pós-prandial	140
Glico-hemoglobina (%)*	Limite superior do método	
Colesterol (mg/dl)	• Total	< 200
	• HDL	> 45
	• LDL	< 100
Triglicérides (mg/dl)	< 150	
Pressão arterial (mmHg)	• Sistólica	< 135
	• Diastólica	< 80
Índice de massa corporal (kg/m²)	20 - 25	

* Quanto ao controle glicêmico, deve-se procurar atingir valores os mais próximos do normal. Como muitas vezes não é possível, aceita-se, nesses casos, valores de glicose plasmática em jejum até 126 mg/dl e de duas horas pós-prandial até 160 mg/dl e níveis de glico-hemoglobina até um ponto percentual acima do limite superior do método utilizado. Acima desses valores, é sempre necessário realizar intervenção para melhorar o controle metabólico.

Fonte: Consenso Brasileiro de Diabetes – 2002 (SBD, 2003).

Nota-se que o “bem-estar” é citado, porém, o parâmetro é técnico e quantitativo assentado na evidência numérica legitimada pela sua intimidade com o pólo científico da prática médica.

A educação **alimentar** é um dos pontos fundamentais no tratamento do diabetes, em geral, e é valorizada nos textos pesquisados, que recomendam a elaboração de um plano alimentar individualizado, baseado na avaliação nutricional e no estabelecimento de objetivos terapêuticos específicos, levando em consideração aspectos nutricionais, médicos e psicossociais. O objetivo geral da orientação é auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares e favorecer a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do diabetes e promover a saúde através da nutrição adequada (SBD, 2003).

Destaca-se a observação de evitar dieta restritiva por ser nutricionalmente inadequada e de difícil aderência, além disso deve ser individualizada para atender às necessidades de acordo com a idade, sexo, estado fisiológico, estado metabólico, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica, disponibilidade de alimentos, entre outros (SBD, 2003). Considerando a freqüente associação do excesso de peso nos portadores de diabetes, o tratamento “agressivo” da obesidade é parte essencial do manejo desses pacientes, devendo-se prescrever um plano alimentar hipocalórico e aumento da atividade física. No entanto, como tais medidas, usualmente, não ocasionam perda de peso sustentada, recomenda-se empregar medicamentos antiobesidade nesses casos.

Os **exercícios físicos** são, também, considerados prioritários, tanto para o manejo quanto para a prevenção do diabetes, resultando na melhora do controle metabólico; redução da necessidade de hipoglicemiantes; auxiliar na promoção do emagrecimento de pacientes obesos; diminuição dos riscos de doença cardiovascular e melhora da qualidade de vida. Antes de iniciar um programa de exercícios deve-se afastar a presença de complicações, bem como ter cuidados extras com os usuários de insulina e de hipoglicemiantes para evitar possível hipoglicemia (reduzir dose de insulina, injetá-la no abdômen ou membros menos exercitados, carregar alimento contendo carboidrato para eventual crise e estar alerta para os seus sintomas).

O tratamento do diabetes, em qualquer tipo ou estágio, inclui a mudança no estilo de vida, implicando, basicamente, a adaptação a um plano alimentar específico e a prática contínua de atividade física, que devem ser estimulados pelos benefícios gerais que proporcionam (Thurm & Harper, 1992; Chacra & Lerário, 1998; Regenga et al., 1998; Boog & Magrini, 1999). Embora haja ampla concordância sobre a sua indicação, os achados do estudo de Guimarães & Takayanagui (2002), que levantaram, pelos relatos dos adoecidos, as principais orientações recebidas no momento do diagnóstico, são um exemplo da ênfase nas recomendações baseadas, quase exclusivamente, no tratamento medicamentoso em detrimento das outras técnicas terapêuticas.

Por um lado, assinala-se, na terapêutica do diabetes, a influência de preceitos epidemiológicos evidentes na noção de “estilo de vida” que, segundo Dever (1988), refere-se ao conjunto de decisões (que envolvem atividades de lazer, padrões de consumo e riscos ocupacionais) tomadas pelos indivíduos, que podem afetar a sua própria saúde e sobre as quais eles têm maior ou menor controle. Acrescenta-se que os “benefícios” parecem se limitar ao aspecto físico químico, salientando o seu impacto na melhora do controle metabólico; ao passo que os ganhos em termos de sociabilidade não são mencionados. Por outro lado, o descompasso entre as recomendações ideais e formais da dieta e da atividade física (apesar de se pautarem em bases científicas) e a prática terapêutica efetivada/real, denunciada pela preferência à terapêutica mais “dura” representada pela intervenção medicamentosa e cirúrgica, é apontada por Camargo Jr. (2003) como traços constitutivos da racionalidade médica ocidental.

A proeminência de um modelo de atenção historicamente médico-centrado parece reger a marginalização dessas técnicas menos agressivas e invasivas, que, em geral, não são executadas exclusivamente por profissionais da medicina, podendo-se entrever uma disputa velada de poder pelo monopólio da legitimidade sobre as questões de saúde e doença. Ademais, a predileção das referidas técnicas é reveladora da subordinação, na biomedicina, das práticas preventivas às curativas e dessas duas ao referencial epidemiológico da história natural da doença. Assim, se idealmente o objetivo final das técnicas terapêuticas é remover as causas e a própria doença, o tratamento das enfermidades crônicas pode motivar certa apatia por parte dos profissionais vinculados à medicina científica, já que são condições que requerem ações paliativas para limitar danos e desconfortos e prover apoio na manutenção das condições gerais do adoecido.

Contudo, não se ignora o risco de transformar as recomendações não farmacológicas do tratamento do diabetes em formas de controle disciplinar, de modo que, em certas circunstâncias, as “orientações” podem se configurar em algum tipo de terapia moral (Camargo Jr., 2003).

A adoção dos hábitos saudáveis citados e comentados acima sempre deverá ser estimulada, no entanto, no diabetes do tipo 2, quando não houver respostas para essas medidas não farmacológicas isoladas, deve-se partir para a indicação de fármacos

priorizando, inicialmente, a escolha dos medicamentos **hipoglicemiantes orais**, que reduzem a incidência das complicações; há boa aceitação pelos pacientes; simplicidade de prescrição, levando ainda ao menor aumento de peso, comparativamente à insulina. Há uma variedade de medicamentos, cujas ações podem ser a de reduzir a absorção de carboidratos; aumentar a sensibilidade à insulina no músculo esquelético e no tecido adiposo, especialmente no fígado (reduzindo a gliconeogênese hepática e aumentando a captação periférica da glicose); estimular a secreção de insulina pelas células beta; aumentar a sensibilidade de tecidos alvos a ela. Podem ser ministrados como monoterapia ou de forma combinada entre hipoglicemiantes ou com a insulina, conforme se fizer necessário.

O emprego da **insulina** nos casos de diabetes do tipo 1 é obrigatório e no tipo 2 pode se tornar necessária ao controle metabólico devido à progressão da doença, em situações de estresse grave e no diabetes gestacional. As preparações de insulina são classificadas como de ação curta, intermediária e longa, e quanto à origem podem ser suína, suína-bovina (mista) e humana, além dos análogos de insulina. A escolha do tipo a ser prescrito considera a sua ação e os horários de aplicação, a comodidade para o paciente e o menor risco de hipoglicemia. Os tempos de ação variam individualmente e conforme o tipo de insulina e a mistura delas no mesmo paciente, e ainda devido ao local de aplicação e às condições climáticas (absorção melhor em dias quentes). Como efeitos adversos, destaca-se como principal a ocorrência da hipoglicemia, requerendo adequação da dose à dieta e aos exercícios; além da lipodistrofia, que consiste de massas, nódulos ou depressões nos locais de aplicação devido às injeções repetidas e às impurezas da insulina, ambas facilmente contornáveis (rotatividade dos locais de aplicação e uso de insulina altamente purificada, respectivamente). A insulina pode ser aplicada por via subcutânea (mais comum), intramuscular ou venosa (alguns tipos e em determinadas situações), utilizando-se seringas ou bomba de infusão¹⁹ (via subcutânea).

¹⁹ Consiste na administração contínua de insulina de ação rápida utilizando uma bomba (seringa cheia de insulina fixada a um dispositivo de infusão, isto é, um cateter e agulha inserida por via subcutânea, preferencialmente, no abdômen) externa, controlada por computador e movida à bateria que libera taxas basais contínuas, programada para variar automaticamente a velocidade do fluxo em certos períodos de tempo. Há limitações no uso desse método, como o transporte da bomba, a interrupção do fluxo que compromete o controle, infecções no local do cateter; além de requerer esforço e sofisticação (Sherwin, 1997).

Como a insulina raramente, ou nunca, restabelece a glicemia aos níveis de não diabéticos, os métodos mais eficazes de tratamento constituem objetivos das pesquisas a longo prazo, como é o caso do **transplante de pâncreas** e os **enxertos de tecidos** produtores de insulina. Devido à complexidade do procedimento, a sua realização limita-se aos grandes centros (Sherwin, 1997) e a um restrito grupo de pacientes (com diabetes tipo 1) pela necessidade de imunossupressão prolongada. Quanto ao **transplante de ilhotas pancreáticas**, há dificuldades em obter números suficientes de ilhotas humanas viáveis; poucos pacientes se tornam insulino independentes; além de haver alta incidência de fracasso devido ao uso de agentes imunossupressores e/ou à rejeição crônica. Assim, o futuro dessa terapia poderá depender mais da manipulação das ilhotas ou do sistema imune para evitar a rejeição do que dos progressos cirúrgicos técnicos.

Enfim, os textos pesquisados que abordam o diabetes estabelecem interlocução e se articulam em conceitos e fundamentos comuns, mas carregam distinções, de modo que os manuais da biomedicina se mantêm próximos das disciplinas das ciências naturais, enquanto os documentos oficiais se respaldam em preceitos epidemiológicos. Nota-se que o lidar com a doença crônica não é tão consensual, sendo que a biomedicina opera no âmbito, essencialmente, individual preocupada com os danos e as alterações na estrutura e na função num plano tissular ou bioquímico, buscando a objetividade das lesões ou disfunções sediadas no corpo responsáveis pelas enfermidades. Essa concepção concorda com a perspectiva funcionalista pela qual as doenças são entendidas como desvios ou anomalias orgânicas, cabendo à terapêutica identificá-las, classificá-las, localizá-las e extirpá-las ou corrigi-las pela intervenção externa visando instaurar ou restaurar a normalidade.

A vertente epidemiológica estende o olhar para o plano coletivo em que o emprego da noção de “estilo de vida” sugere umnexo entre a enfermidade e as específicas formas sociais e culturais de viver. À intervenção sugerida, subjaz a história natural da doença que sublinha a necessidade de atuar em diferentes níveis de prevenção, nos quais se destaca a identificação de fatores de risco que merecem a atenção das políticas e programas de saúde. Reitera-se que essas observações se referem às propostas formais contidas nos textos analisados e não à forma como operam na realidade que podem convergir ou divergir, mas esse assunto merece investigação específica e foge aos objetivos do presente

estudo. Resta salientar que ambas as abordagens, porém, são limitadas uma vez que obscurecem a dimensão sociocultural da enfermidade tomando-a como fatores de risco, em geral, a-históricos inseridos numa história “natural” (Menéndez, 1998); além de negligenciarem os domínios fundamentais da vida social como o simbólico e a cotidianidade, ainda que avanços tenham se efetivado no sentido de compatibilizar teoricamente, no campo da epidemiologia, essas dimensões do adoecimento, como apontou Almeida Filho (2004).

É oportuno apontar, porém, para outra abordagem das doenças crônicas informada pelo referencial sociocultural que parte do ponto de vista dos sujeitos (con)vivendo com uma condição crônica que lhe acompanha em todos os lugares da vida (Adam & Herzlich, 2001) e cuja forma de entender, explicar, representar e lidar com ela decorre de um constante movimento em que interpretação e ação realimentam-se reciprocamente, sendo balizadas pelo contexto sociocultural imediato e mais amplo no qual se inserem os adoecidos (Canesqui, 2006a). Nessa perspectiva, os estudos se voltam aos aspectos privados, à vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença (no plano simbólico e material que envolve representações, interpretações e ações concretas) e à própria vida dos adoecidos (sua trajetória singular). Os cuidados na doença crônica não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais e são influenciados pelas políticas sociais e de saúde, que proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem na vida dos adoecidos e que podem, também, moldar a experiência do adoecimento (Canesqui, 2006a). Assim, tais estudos transitam pelos aspectos da subjetividade, da vida cotidiana, da cultura e da estrutura social ao abordarem as doenças crônicas; focalizando um deles ou analisando-os articuladamente, como verificou Canesqui (2006a) em revisão de literatura sobre o assunto.

Admite-se que a enfermidade é, paradoxalmente, “a mais individual e a mais social das coisas” (Augé, 1984), sendo prudente estar ciente de que qualquer abordagem sempre será parcial devido ao seu caráter processual e multifacetado, de modo a não reduzir, ingenuamente, a sua complexidade a uma única dimensão da vida social.

3- Por que tratar coletivamente o diabetes?

Esse item apresenta informações gerais sobre a magnitude do diabetes, baseado em dados epidemiológicos presentes nos textos consultados, que justificam a inclusão dessa enfermidade como problema de saúde pública e alvo de propostas de intervenção individual e coletiva. Apresenta, ainda, em linhas gerais os princípios e as características de documentos oficiais correntes (Brasil, 2001) que norteiam a atenção ao diabetes no sistema público brasileiro de saúde, guardadas as especificidades de adaptação às realidades regionais e locais.

Diante da alta prevalência e da crescente incidência do diabetes nas populações mundial e brasileira, do grau de incapacidade e morbimortalidade que acarreta e da perda importante de qualidade de vida; as doenças cardiovasculares, como o diabetes e a hipertensão arterial, constituem-se em problemas de relevância médico-sanitária e alvos de intervenções individuais e coletivas. Estimava-se que, em 1995, o diabetes atingiria 4% da população adulta mundial e que em 2025 alcançará a cifra de 5,4%, estando a maioria dos casos nos países em desenvolvimento, acentuando-se a sua concentração na faixa etária de 45 a 64 anos (Duncan et al., 2004). Esses mesmos autores informam que, mundialmente, os custos diretos com o atendimento do diabetes variam de 2,5 a 15% dos gastos nacionais em saúde (dependendo da prevalência local e da complexidade do tratamento disponível), além de outros custos associados à dor, à ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta os doentes e as suas famílias representando, ainda, uma carga adicional à sociedade pela perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

O Brasil não escapa a essa tendência, de modo que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população. Como não há causa única mas fatores que aumentam a probabilidade da ocorrência dessas doenças, a hipertensão arterial e o diabetes representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário (Brasil, 2001). Frequentemente, essas enfermidades levam à invalidez parcial ou total, com graves repercussões ao paciente, à sua família e à sociedade, porém, se diagnosticadas precocemente, elas são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações ou retardar a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes.

O diabetes vem se configurando como problema de saúde pública no contexto brasileiro devido às suas taxas alcançarem proporções epidêmicas, pelas complicações associadas (que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos) e pelos altos custos que acarretam (para o controle e o tratamento de complicações). Estimou-se que no final da década de 1980 o diabetes ocorreria em cerca de 8% da população de 30 a 69 anos residentes em áreas metropolitanas brasileiras, ocorrendo a mesma taxa de prevalência da tolerância diminuída à glicose na mesma faixa etária (Duncan et al., 2004).

Os dados abaixo, apresentados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2003), corroboram a importância médico-econômico-social do diabetes no contexto da saúde pública:

- é a sexta causa mais freqüente de diagnóstico primário de internação hospitalar e contribui significativamente (30% a 50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial;
- cerca de 30% dos pacientes internados em unidades coronarianas intensivas com dor precordial são diabéticos;
- é a principal causa de amputações de membros inferiores e de cegueira adquirida;
- cerca de 26% dos pacientes nos programas de diálise são diabéticos.

Diante do exposto, o Ministério da Saúde propôs em 2001 a reorganização da atenção a essa enfermidade com abordagem, estrategicamente, conjunta à hipertensão arterial, conforme consta no documento oficial intitulado “Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus” (Brasil, 2001), que se constitui referência e orienta o setor público de saúde e é, brevemente, apresentado abaixo.

A associação de ambas as enfermidades em questão é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias no mesmo paciente, justificando a sua abordagem conjunta, ao que se soma o fato de apresentarem vários aspectos em comum, como:

- etiopatogenia: há em ambas a presença de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial;
- fatores de risco comuns como obesidade, dislipidemia e sedentarismo;
- tratamento não-medicamentoso semelhante, através de mudanças nos hábitos de vida;
- cronicidade: são incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente;
- complicações crônicas podem ser evitadas se identificadas precocemente e tratadas;
- são assintomáticas, na maioria dos casos;
- de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudar os hábitos de vida e requerer participação ativa do indivíduo;
- necessidade de controle rigoroso para evitar complicações;
- alguns medicamentos são comuns;
- necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar;
- facilmente diagnosticadas na população.

A proposta de intervenção no âmbito coletivo se embasa no modelo epidemiológico que, tradicionalmente, é a disciplina ocupada em lidar com populações humanas e solidária à Saúde Pública. Esse modelo supõe uma evolução do processo saúde-doença formalizado no esquema teórico da história natural da doença que encerra a lógica

da intervenção biomédica, na medida em que produz conhecimentos sobre os padrões e os fatores que influenciam as ocorrências de enfermidades e agravos, para poder controlá-las e prevê-las. Distingue-se do modelo biomédico ao deslocar o olhar e a prática dos casos individuais para os conjuntos sociais (ainda que o faça em termos de agregados estatísticos); ao investigar os fatores de risco e as relações entre exposição/evento (doença, agravo) e considerá-los alvos na intervenção; ao propor uma concepção preventivista da doença para limitar a extensão e a gravidade dos danos à saúde; ao reconhecer os hábitos de vida nas explicações causais, no desenvolvimento, no controle e/ou solução dos problemas de saúde, especialmente, nas doenças crônicas (Menéndez, 1998).

A cientificidade do modelo epidemiológico, pela proximidade com as disciplinas naturais, confere a legitimidade social e a autoridade necessárias ao seu *status* de método de produção de conhecimentos na área de saúde, pelos quais se pautam as intervenções propostas.

O referido documento, que serviu de material para capacitação dos profissionais de saúde e referência técnica para a sua atuação, baseou-se nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e sociedades científicas, além de outros documentos e trabalhos, incluindo experiências bem-sucedidas, nos estados e municípios brasileiros. O Manual aborda as características mais relevantes do diabetes e da hipertensão, orientando as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, com o objetivo de otimizar recursos (humanos, materiais e financeiros) dentro de critérios científicos.

Retomando ao Plano, o seu público-alvo são os profissionais de saúde atuantes na atenção primária, cujo objetivo é instrumentalizá-los e estimulá-los para que promovam medidas individuais e coletivas de prevenção primária, enfoquem os fatores de risco cardiovascular e do diabetes; orientem e sistematizem medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na rede básica; reconheçam as situações que requeiram atendimento nas redes secundária e terciária; reconheçam as complicações da hipertensão e do diabetes possibilitando as reabilitações psicológica, física e social dos portadores dessas doenças.

O resultado esperado pelo Plano é vincular os portadores de diabetes e hipertensão às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Embora a sua implementação se justifique em investir na prevenção e melhorar a qualidade de vida; não se ignora a intenção de evitar a hospitalização e os gastos do setor público com as complicações advindas das doenças em questão, principalmente devido ao alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna, como também os interesses econômicos, citados por Camargo Jr. (2003), de grandes empresas privadas²⁰ (farmacêutica, equipamentos médicos) envolvidas no setor saúde.

As estratégias para efetivação do Plano estão sumarizadas a seguir, consistindo na:

- articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e as secretarias municipais de saúde, por meio do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); para sensibilização, elaboração e implementação do referido Plano;
- capacitação dos profissionais atuantes no nível primário de atenção (unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família), oferecendo o curso de “Atualização terapêutica em Diabetes mellitus e hipertensão arterial”, de forma descentralizada;
- fortalecimento e expansão da atenção primária por meio de estímulos à intensificação da implantação do Programa de Saúde da Família;
- produção de material instrutivo para os profissionais de saúde e para a clientela alvo;

²⁰ Chama a atenção, ao final da versão do atual Consenso Brasileiro de Diabetes disponibilizado pelo Ministério da Saúde, a informação de que o projeto foi inteiramente financiado pela ACED – Associação para o Controle e Educação em Diabetes, entidade formada por 11 empresas (privadas) do setor farmacêutico, seguido da identificação destas.

- criação e gerenciamento de um banco de dados para cadastramento de diabéticos e hipertensos – o HIPERDIA, com alimentação sistemática (periodicidade mensal);
- financiamento da aquisição dos medicamentos básicos (insulina e hipoglicemiantes orais) para tratar essas enfermidades, bem como os equipamentos e insumos para monitorá-las (aparelhos para medir pressão arterial; glicosímetros; fitas reagentes etc.).

Pretende-se que as ações dirigidas ao diabetes e à hipertensão se integrem às rotinas dos serviços e não como programa compartimentalizado, que fragmenta o atendimento à clientela.

Assim sendo, coube à esfera estadual capacitar os profissionais de saúde e, como contrapartida, adquirir medicamentos e equipamentos, como no caso da aquisição e distribuição de glicosímetros aos portadores de diabetes usuários de insulina e cadastrados no HIPERDIA, realizada no estado de São Paulo em 2006. Em Piracicaba/SP, essa iniciativa contou com o apoio da Prefeitura Municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, que complementou a compra dos equipamentos e se responsabilizou pela sua distribuição e orientações de manejo e pela atualização e manutenção do cadastro dos diabéticos e hipertensos no município.

4- As intervenções dirigidas ao diabetes no universo pesquisado

As informações a seguir mostram como estão organizadas as ações dirigidas ao diabetes nas quatro unidades de saúde que participaram da presente pesquisa e são, ainda, apresentados dados gerais sobre a distribuição do diabetes nas respectivas áreas de abrangência desses serviços, visando situar o leitor e subsidiar a compreensão do próximo capítulo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe, como a sua porta de entrada, o nível primário de atenção, também designado de rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, que, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população; sendo o restante atendido em ambulatórios de especialidades – nível secundário – e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar – nível terciário (Brasil, 2000).

No nível primário de atenção, o Programa Saúde da Família (PSF) ocupou destacado papel nos últimos anos no Brasil, difundindo-se a partir de 1996, representando uma estratégia para reorganizar a rede básica e constituindo-se em eixo de reorientação do modelo de atenção. Sob essa nova óptica, a concepção de saúde não é mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, por meio da incorporação das ações programáticas de forma mais abrangente e pelo desenvolvimento de ações intersetoriais (Brasil, 2000). Voltada, prioritariamente, às populações com risco biológico e socioeconômico aumentados, a referida proposta caracteriza-se por ter a família como a sua unidade nuclear de atuação, pretender a integração com a comunidade onde se insere, fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e enfatizar a prevenção e a educação em saúde (Goldbaum et al., 2005). As ações de promoção, prevenção e tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, além da hanseníase e da tuberculose, figuram entre as prioridades do PSF na atenção ao adulto (Paiva et al., 2006).

Em Piracicaba/SP, a rede pública de saúde está estruturada para atender os portadores de diabetes no nível primário de atenção, tanto nas unidades básicas de saúde (postos de saúde) pelo clínico geral; quanto nas unidades de Saúde da Família pelo médico generalista e pela equipe como um todo. Conta, ainda, com unidades de referência às quais são encaminhados os casos especiais para avaliação ou acompanhamento de endocrinologia, oftalmologia (para exames periódicos de controle de retinopatia) e cirurgia vascular.

Em geral, a identificação dos doentes e dos indivíduos de risco para o diabetes e hipertensão arterial ocorre por investigação de rotina, durante os atendimentos (médicos ou de enfermagem) nas unidades de saúde, sendo no PSF facilitado pela prática do cadastramento e acompanhamento das famílias moradoras na área de abrangência (realizado pelo Agente Comunitário de Saúde), no qual constam informações sobre as enfermidades e perfis de cada membro da unidade doméstica. Se o risco é detectado, procede-se às orientações e vigilância constantes e quando o diagnóstico é oficializado pelo serviço de saúde, o portador de diabetes ou hipertensão é cadastrado no HIPERDIA.

Sendo assim, nos postos de saúde, o cadastramento de diabéticos talvez apresente um sub-registro devido à demanda espontânea própria desse serviço (embora a distribuição gratuita de medicamentos seja um atrativo); o que nas áreas cobertas pelo PSF é facilitado pela busca ativa dos casos. O acompanhamento acurado de pacientes com quadros mais graves de diabetes e complicações merece a atenção de ambos os tipos de unidades de saúde, mas talvez a sua vigilância seja facilitada no PSF por contar com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Quanto aos **medicamentos**, em geral, após ser cadastrado no HIPERDIA, o portador de diabetes ou hipertensão poderá receber a medicação prescrita periodicamente, desde que disponível na rede pública de saúde, mediante a apresentação de receita médica que tem validade por determinado período (em geral três meses, quando estão compensados) pressupondo a sua renovação por ocasião de consulta médica. Os dados cadastrais são confirmados mensalmente seguindo um fluxo da unidade de atendimento do diabético para a coordenação do HIPERDIA na Secretaria Municipal de Saúde que consolida os dados e os envia para o Ministério da Saúde. Esse procedimento visa garantir a continuidade das ações evitando interrupções e falta de medicamentos que comprometeriam o tratamento adequado das enfermidades.

Em relação à **orientação alimentar**, ela é feita quase totalmente pelo profissional de enfermagem e de medicina, pois as unidades não contam com o atendimento de nutricionistas, exceto em casos de trabalhos voluntários ou de estagiários. O fato dos profissionais de saúde terem conhecimentos básicos sobre dietética não exclui a necessidade e relevância do nutricionista, que tem formação específica e pode dispensar tempo exclusivo às orientações e esclarecimentos de dúvidas aos adoecidos.

Os **exercícios físicos** são programados pelos serviços de saúde, que os vinculam aos trabalhos com grupos (diabéticos, hipertensos, obesos) e se baseiam em caminhadas e práticas de relaxamento e alongamento, que são coordenados, predominantemente, pelos profissionais do próprio serviço. Da mesma forma, é comum não disporem de profissional com formação específica (educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador em saúde) e de local reservado para o desenvolvimento das atividades.

As ações dirigidas à orientação alimentar e aos exercícios físicos assemelham-se nos dois tipos de unidades de saúde. Todavia nota-se que, apesar dessas recomendações constarem e serem valorizadas no tratamento do diabetes, elas são quesitos que contam, reconhecidamente, com pouca aderência por parte dos adoecidos, devido a uma série de fatores de diferentes naturezas. Diante disso, confirma-se a preponderância dos medicamentos na intervenção dirigida ao diabetes, conforme será visto adiante. Esses aspectos-chave na abordagem do diabetes (medicamento, dieta, exercícios físicos) serão retomados e analisados detalhadamente, na perspectiva dos profissionais de saúde e dos diabéticos, nos capítulos seguintes.

Quanto ao monitoramento da glicemia e da pressão arterial, as unidades de saúde dispõem dos mesmos recursos materiais (equipamentos, medicamentos, exames) e organizativos (consulta médica periódica, orientações de enfermagem, trabalhos e atendimentos grupais). Não obstante, a vigilância e o estímulo/motivação para adoção dos comportamentos considerados saudáveis e apropriados aos pacientes diabéticos e hipertensos, no PSF parecem se distinguir e otimizar pelo atendimento programado e dirigido aos grupos e por realizar reuniões periódicas, ainda que prevaleça o seu caráter técnico. Em alguns casos, tais ocasiões não se limitam à prática de atividade física e proporcionam discussões conjuntas, bazares e confraternizações; além de contarem com maior participação de toda a equipe (em especial o médico que permanece mais tempo na unidade) e dispõem do controle intradoméstico viabilizado pelo Agente Comunitário de Saúde, que o faz regular, intensa ou pontualmente, sempre que necessário.

O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo adequado que tenha a sua base no nível primário de atendimento (Assunção et al., 2001) e que esse ordene os encaminhamentos e racionalize o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais complexos. No entanto, embora as ações sejam padronizadas e orientadas por diretrizes comuns, a organização interna e a dinâmica proposta pelo PSF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permitem a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos, como também verificou Paiva et al. (2006).

O Ministério da Saúde recomenda que 60 a 80% dos casos de diabetes mellitus e hipertensão arterial sejam tratados na rede básica municipal (Brasil, 2002), porém há de se considerar que esse controle depende de vários fatores, sendo alguns relacionados ao paciente, outros ao serviço de saúde e ainda outros referentes à realidade social em que o cuidado se desenvolve. Entre eles destaca-se a necessidade de que haja a oferta do atendimento e que seja conhecido pela população, acessível, resolutivo e de qualidade; sendo imprescindíveis a vinculação do paciente às unidades de saúde, a garantia do diagnóstico e de insumos para tratar e monitorar a enfermidade, bem como a disponibilidade de profissionais capacitados. A esse respeito, o contato mais intenso com a unidade de saúde pode promover maior adesão às recomendações (Paiva et al., 2006; Araújo et al., 1999), o que reitera a conveniência do PSF pelo melhor conhecimento que possui da clientela e do seu contexto, e pelo acompanhamento detido dos casos pela equipe.

Quanto ao número de casos de diabetes atendidos, os registros em documentos internos de cada unidade de saúde participante da pesquisa apresentam os seguintes dados referentes ao primeiro semestre de 2006: no Posto de Saúde há 313 portadores de diabetes cadastrados; na Unidade de Saúde da Família 1 (USF1) há 74; na USF2 há 67 e na USF3 há 109. São casos de diabetes do tipo 1 e 2, já que as informações não estavam desagregadas.

É válido ressaltar que o Posto de Saúde possui uma área de abrangência relativamente grande e em funcionamento há bem mais tempo (fim da década de 1.980) em relação às Unidades de Saúde da Família (implantadas em 2.000), o que explica, em parte o maior número de diabéticos cadastrados. Acrescenta-se que qualquer morador da sua área

de abrangência pode se cadastrar e se beneficiar dos serviços de controle do diabetes e da hipertensão (como a aquisição de medicamentos) ainda que não sejam usuários regulares dos serviços públicos de saúde (como os que possuem convênios particulares) – o que é garantido pelo princípio da universalidade da atenção do Sistema Único de Saúde.

Essa breve abordagem sobre o saber médico e a intervenção dirigida ao diabetes se fez necessária para tornar mais clara as interpretações que seguem nos dois capítulos vindouros, que abordam o diabetes na perspectiva dos profissionais de saúde e dos diabéticos, pois o saber biomédico, a organização e a oferta de serviços de saúde se constituem importantes matrizes de significados e de práticas em saúde e doença que não podem ser ignoradas na análise do processo de adoecimento, quaisquer que sejam os atores em foco. Entretanto, a matriz biomédica pode ser ora hegemônica, ora subordinada, ora sobreposta, ora justaposta, mas, em geral, não é exclusiva, pois o adoecimento é vivenciado (pelos que curam e os que são curados) como fenômeno, ao mesmo tempo, corporal biológico, sociocultural e, sendo assim, a sua apreensão, sob uma única perspectiva, será sempre parcial. Dessa forma, os profissionais de saúde e os adoecidos reproduzem, rejeitam, inventam, reelaboram, atualizam, apropriam ou reapropriam, contínua e provisoriamente, de esquemas ideativos e práticos, que têm disponíveis no seu contexto (histórico, social, cultural), para representar e lidar com o diabetes e que são cotejados, reciprocamente, com a sua experiência (pessoal, familiar, profissional) com o adoecimento.



CAPÍTULO IV

**Diabetes na perspectiva dos profissionais de
saúde**

O presente capítulo trata da perspectiva dos profissionais de saúde vinculados à medicina científica em relação a alguns aspectos conceituais e gerenciais sobre o diabetes. Os dados foram organizados em tópicos focalizando as representações sobre o diabetes, fortemente associadas à sua etiologia; a classificação do diabetes e os critérios empregados para fazê-la; os pontos-chave do tratamento (medicação, dieta, exercícios físicos), que se assenta na categoria central do controle da enfermidade. Verificou-se, ainda, as idéias gerais que esses profissionais de saúde têm do paciente diabético, apontando as suas características mais marcantes, e as necessidades expressas para o aprimoramento do atendimento do portador de diabetes. A análise levou em conta o próprio saber erudito e a sua reelaboração sobre o diabetes nos aspectos citados, quando colocados em prática a partir da experiência (profissional e pessoal) e filtrados pelas representações.

Os relatos dos 19 profissionais de saúde entrevistados e caracterizados anteriormente (Quadro 3) estão identificados conforme a formação, empregando-se E à enfermagem; M à medicina; N à nutrição e AE ao auxiliar de enfermagem.

1- As representações eruditas sobre o diabetes: conceito, etiologia, classificação

As representações do diabetes identificadas junto aos profissionais de saúde confluem, predominantemente, para a designação de *doença* ou *patologia* explicada por uma *alteração, deficiência, distúrbio* ou *disfunção* que é, em geral, localizada em determinados órgãos e, portanto, inscrita no corpo físico, trazendo como consequência danos orgânicos. Essa relação entre lesão funcional, sintomas clínicos e alteração orgânica tem suas raízes na objetivação das doenças que animou o pensamento médico do século XIX e que encontrou os seus fundamentos científicos nos avanços da anatomopatologia (especialmente com Morgani e Bichat), favorecendo uma concepção geográfica que permitiu isolar o problema para melhor combatê-lo mas que, por outro lado, tornou-o a-histórico, minimizando o espaço da influência das circunstâncias e das condições externas no processo do adoecimento reduzindo-o ao domínio biológico (Laplantine, 1991: 50), o que repercutiu na fragmentação e na especialização do saber médico e nas formas de tratamento.

Sendo assim, do ponto de vista medicina científica, o conceito da doença está fortemente vinculado à sua causa (Camargo Jr., 2003) de modo que, no caso, o diabetes decorreria de um “processo” longo e lento afetado por fatores genéticos, hereditários, ambientais ou comportamentais, em detrimento de “eventos” provocantes ou precipitadores (Loewe & Freeman, 2000) como é comum encontrar nas explicações causais não eruditas verificadas mais adiante. A definição do diabetes como *síndrome*, embora se refira a um conjunto de sinais e sintomas, igualmente, não ultrapassa as fronteiras biológicas da enfermidade, pois são as alterações físicas devidas a uma lesão que trazem problemas em outras esferas e não o contrário, ao afirmarem que o diabetes *é o aumento do açúcar na corrente sanguínea tendo várias conseqüências físicas, emocionais e psicológicas*.

Em outros casos, observa-se a definição do diabetes ligada às suas conseqüências, mas que vão além dos limites biológicos, ao qualificá-la de doença *chata* (porque *tem que ter paciência*), ou *ingrata* (porque *tudo o que é gostoso não pode comer*), de ser um *transtorno* ou *assustadora*; remetendo à dimensão simbólica do impacto social e psicológico pela desordem, que pode provocar no modo de tocar a vida. A possibilidade de ser “rotulado” de diabético é temida por evocar efeitos na identidade masculina quando à virilidade e à liberdade, materializada pela ameaça da impotência sexual e *ficar sem as pernas*, respectivamente, segundo um informante. É válido ressaltar que essa idéia não exclui o preceito das lesões/alterações, mas subjaz e convive com ela, da mesma forma que se procede a uma naturalização do hábito alimentar quando conclui que *quem não gosta de doce? Não tem, não existe. Até uma criança já nasce assim. Como você vai controlar? É difícil, não tem como*. Os depoimentos a seguir ilustram a ênfase biologicista sobre o conceito de diabetes:

Seria uma doença na qual há alteração no metabolismo da glicose e o indivíduo não consegue captá-la adequadamente por vários fatores: no diabetes do tipo 1 há redução na liberação da insulina, por uma doença auto-imune que destrói as células beta das ilhotas de Langerhans produtoras da insulina, há diminuição da sua produção e diminui a capacidade do indivíduo para captar a glicose por dentro das células. Diabetes do tipo 2 é uma doença que também tem uma alteração no metabolismo da glicose, onde a sua captação, nesse indivíduo, está diminuída nos 2 tecidos, mas o fator preponderante que leva ao

desenvolvimento desse quadro não é mais a diminuição, mas uma alteração dentro das células onde o mecanismo de transmissão do sinal de insulina dentro dela fica alterado. (N1)

É um distúrbio metabólico relacionado aos carboidratos que resulta no aumento da glicemia, seu descontrole. Sendo crônico causa efeitos em vários órgãos. Isso, basicamente, é uma síndrome hoje em dia, em que entram vários fatores associados. Não é uma doença isolada. (M1)

A relação conceito/causa na enfermidade, como é fácil notar, permeia os depoimentos, sendo freqüente o emprego da expressão *multifatorial* para explicar a etiologia do diabetes, sugerindo a preponderância da multicausalidade, mas que gira em torno da falência de um órgão, facilitada pelo componente hereditário e alimentar. No entanto, pode-se dizer que essa pluralidade é aparente, pois ela “também se resume a uma série de causas igualadas entre si no concurso da produção da doença, que deságuam num mesmo estuário – a lesão, não sendo mais do que a unicausalidade elevada a alguma potência, achatando perspectivas e apagando diferenças” (Camargo Jr., 2003: 81). Embora se admita a ocorrência de elementos extrabiológicos na produção das doenças, eles estão subordinados ao referencial biológico.

Aprofundando essa visão, a explicação da causa última, às vezes, fica suspensa no ar supondo um caráter *idiopático* da enfermidade, aproximando-se de uma das concepções causais verificadas junto aos adoecidos, que é a de desgaste natural corporal expresso pelo *cansaço* dos órgãos e conseqüente falência dos mesmos, mas sem causa aparente. A confluência para uma naturalização causal se expressa nos relatos:

As causas mais importantes são próprias do pâncreas, depois vem as causas alcoólicas, traumáticas, auto-ímmunes às vezes por uma infecção viral como uma pancreatite viral, mas o mais importante são as primeiras. Existem fatores hereditários, famílias inteiras de diabéticos, ou às vezes um pai diabético gera um filho diabético e outros normais. Há relação hereditária sim. Agora, até desenvolver, ou pelo menos sabidamente, um diabetes, eu não vejo muito problema na alimentação estar provocando-o. O problema da alimentação extremamente exagerada cria uma obesidade e aí você terá uma insuficiência

pancreática, mas não para os níveis de ser um diabético, exclusivamente. (M2)

São várias as causas. Por uma falência do órgão, uma diminuição da produção da insulina pelo pâncreas; ou porque a célula não está sendo permeável à entrada da glicose. Então, seriam essas duas razões pelas quais aumenta a glicose no sangue. (...) Mas por que o pâncreas deixaria de produzir? E agora?... Seria uma falência do órgão? Não sei dizer por que num certo momento ele pararia. Sei lá... ele está cansado.... Não sei por que, mas é uma coisa interna... (E2)

O caráter interno nas causas do diabetes (inato ou adquirido) sobressai, no entanto, os profissionais citam a relevância da participação dos *hábitos alimentares* e do *comportamento do indivíduo* na produção da enfermidade, nos quais se entrevê nuances do componente social e cultural. Os hábitos decorreriam de padrões de comportamento aprendidos e compartilhados ao longo do processo de socialização primária (pois alguns profissionais fixam essa assimilação na infância), vindos *de casa*, sendo considerados *errados* por terem como parâmetro o padrão saudável recomendado, que é sempre burlado e considerado correto pelos adoecidos.

Por outro lado, os hábitos podem advir, também, de características e transformações da sociedade (capitalista) mais ampla que impõe determinado modo de vida às pessoas (embora varie em maior ou menor grau nos diferentes grupos sociais), marcado pelo *sedentarismo* e *consumismo* numa idealização, quase saudosista, de um passado de costumes mais saudáveis. A referência recai tanto na qualidade duvidosa (nociva?) dos alimentos industrializados – mais variados, disponíveis e acessíveis, acrescida das “táticas” de propaganda e *marketing* envolvidas na divulgação, distribuição e na geração da necessidade do consumo – quanto nas novidades tecnológicas que, cada vez mais, poupam-nos de atividades físicas. Nesse sentido, cria-se um ambiente excessivamente tecnicizado, proeminente nas populações urbanizadas que Virilio (*apud* Le Breton, 2003), perspicazmente, designou de “humanidade sentada”, em que os usos do corpo se atrofiam.

Sob o prisma dos hábitos, pode-se pensar haver um deslocamento da responsabilidade do plano individual para o grupal (essencialmente para a família) ou para o coletivo (a sociedade), mas que, às vezes, não se sustenta quando insinua a autonomia pessoal na opção de mudanças de estilo de vida, ao que se poderia chamar de “culpabilização do adoecido”. Nesse sentido, é preciso estar atento para não incorrer no que Valla (1998) designou “culpabilização da vítima”, enquanto uma imagem construída em torno das condições de vida e de trabalho da população trabalhadora para justificar, em parte, a precariedade dos serviços públicos para essas parcelas da sociedade. Como exemplo, acusam-se os pais de uma criança desidratada por não se preocuparem com o filho, culpa-se a criança da classe popular que não aprende na escola por não se esforçar, ou explica-se o acidente sofrido pelo operário como resultado de sua falta de atenção. Assim, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva em que a inoperância, a ausência ou a irresponsabilidade das instituições sociais (que resultam em acidentes de trabalho, doenças infecto-contagiosas e fracasso escolar, entre outras ocorrências) se justificam pelo local de moradia, o baixo salário, o nível de escolaridade (Valla & Stotz, 1989).

Esse processo decorreria, em parte, da desqualificação da classe trabalhadora sob dois aspectos: ao tomar a escolaridade como parâmetro da competência, de modo que o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, põe em segundo plano o saber popular acumulado; e quando se constrói uma imagem generalizada do pobre como “bruto”, “carente”, “nulo”, ignorando haver diversidades no interior das classes populares e infantilizando os seus membros; ao chamá-los de mentirosos, se alegam problemas de saúde, de apáticos se demonstram desinteresse na sala de aula, ou ao acusá-los de não compreender os conselhos de prevenção e tratamento das doenças (Valla et al., 1993).

A questão dos hábitos permeia os relatos dos depoentes a seguir:

Pode-se já nascer com o problema ou desenvolvê-lo durante a idade adulta por problemas como não fabricar a insulina na quantidade certa ou por hábitos errados que é quando a gente ingere, desde criança, uma alimentação errada. Como eu fiz errado a vida toda, com a idade isso vai aparecer. Com certeza, eu não vou escapar. Então, hábito é isso, acho que vem de casa. (E4)

Há uma ligação com a genética e com os hábitos. Vivemos numa sociedade capitalista de consumo e mudança de hábitos. Antigamente tínhamos menos casos de diabetes, já que não existia tanto sedentarismo, e hoje não. Vivemos num ambiente de sedentarismo, que fez aumentar o número de diabetes. Quando falo de “hábitos” quero dizer, principalmente, alimentares, mas não só porque, por exemplo, hoje nós temos carros e antigamente andávamos a cavalo ou a pé, hoje temos vidro elétrico e antes não. Quer dizer, existe a cultura, o hábito cultural, mudanças de hábito hoje em dia. O gasto de energia era muito maior, o que incide no sedentarismo e isso tem uma relação íntima com o diabetes como também as hiperlipidemias. (M3)

Há, ainda, a combinação de fatores e *perfis* de ordem viral, imunológico, hereditário, como tendência natural do organismo (*a própria genética do humano*) e o modo de vida (enquanto estilo de vida pouco saudável que leva à obesidade), mas que devem ser, como parece sugerir o depoente, relativizados e considerados em conjunto e não de forma mecânica. Os aspectos externos aparecem mais como fatores de risco, dependentes de comportamentos individuais saudáveis do que causas propriamente. Entre eles encontra-se a obesidade, resultante do abuso pelos excessos cometidos ao longo da vida, que sobrecarregaram o pâncreas e danificaram o organismo ao comprometer as suas funções. Dessa forma, complementam-se as causas hereditárias e genéticas que se mostram insuficientes para explicar o desenvolvimento de diabetes, sendo necessário, de acordo com o informante, acrescentar *um pouquinho mais do que isso*, e envolve *consciência*, que parece incidir na questão moral de cuidar de si (a obesidade pode ser uma negligência a esse dever). Essas conexões estão presentes nos excertos seguintes:

Teria a etiologia viral, imunológica, o fator hereditário que seriam mais no diabetes do tipo 1, mas não é assim uma causa tão determinista. Outra é a tendência do organismo da pessoa de desenvolver, vamos dizer, sem causa aparente. A pessoa já tem um fator familiar, tem o próprio modo de vida, é mais obesa – mas não chega ser um fator porque tem gente obesa e não tem e gente magra que tem. (M1)

No tipo 2, geralmente, é hereditário, obesidade, a própria seqüência da vida, os abusos como comer demais, não fazer dieta para nada e a obesidade já entra. (...) A causa mesmo, seria sobrecarga no peso de

tudo o que falei e o pâncreas deixa de funcionar ou funciona em parte, não consegue trabalhar. (...) A genética eu não posso explicar, mas hereditário se tem pai e mãe diabética ou avós a pessoa pode chegar a ter diabetes. Mas eu acho que é um pouquinho mais do que isso – consciência porque mesmo uma pessoa que descobre ser diabética se fizer a dieta, tomar a medicação direitinho, consegue viver bem. (AE8)

Em um dos depoimentos, o fator emocional é citado como causador do diabetes, sumarizando nessa categoria os aspectos biológicos através dos hormônios (próprios da gravidez) e os aborrecimentos engendrados no contexto social, as frustrações na vida prática, influenciadas pelos modelos virtuais de realização veiculados, principalmente, pela mídia. Essa imbricação de vários fatores de diversas ordens se aproxima da noção socio-somática de “nervoso” própria da classe trabalhadora que foi descrita por Duarte (1986), sendo marcada pelas condições, situações ou eventos que extrapolam a corporalidade e afetam a vida moral, os sentimentos e a auto-representação do sujeito; dando origem aos sofrimentos ou “perturbações físico-morais”, como será retomado com maior atenção no capítulo seguinte.

Duas observações, no entanto, merecem ser feitas sobre a explicação causal abaixo, sendo uma constatada e outra aventada: a primeira refere-se ao fato do informante ter vivenciado de forma muito próxima um caso de diabetes gestacional com as características por ele narradas; a segunda supõe o seu pertencimento à classe trabalhadora, compartilhando com ela a categoria físico-moral descrita a qual influencia a interpretação do processo de adoecimento, semelhante ao que Boltanski (1979) verificou em seu estudo junto aos profissionais de saúde. As dimensões intercambiantes na causalidade e na manutenção do diabetes constam no relato:

Em geral, o diabetes é gerado mais pelo fator emocional do que interno. Esse fator, mas não só no diabetes gestacional, vem do fato de, além de estar grávida a pessoa não aceitar a vida do jeito que ela é. Por questões de auto-estima, ela idealiza que o mundo tem que ser daquele jeito: eu não posso ser feio, não posso ser pobre, não deveria estar morando aqui. E isso depois de uma certa idade (dos 30, 40 anos) ela visualiza consigo que o mundo se fechou e a mídia passa essa imagem. Até uma certa idade você tem uma chance mas depois disso,

não. O relacionamento familiar ou conjugal dela faz com que se sinta dependente do outro – uns do pai, dos irmãos, outros do marido, da esposa. E a cobrança que ela faz dela, naquela situação, é maior do que deveria ser. Tanto é que, a tendência é que quando começa a melhorar do diabetes emocional, aparece o uso de psicotrópico, para haver melhor aceitação. (...) O diabetes emocional pode vir a colidir com um diabetes de fundo orgânico, porque chega um tempo que o organismo se habituou a ter aquela deficiência ou simplesmente vai definhando outras atividades que teria que ter, pois o nosso organismo é um relógio que não pode faltar uma pecinha porque a engrenagem não dá certo. É como uma coroa dentada. (...) Então, para mim, como causa, o emocional tem essa importância. Da parte orgânica pode ser uma deficiência que a pessoa adquiriu ou que ela mesma tenha nascido, uma coisa congênita mesmo. (AE7)

Quanto à **classificação** do diabetes, os profissionais de saúde entrevistados apontam o tipo 1, que é auto-imune, imputado à hereditariedade e à genética, manifestando-se na infância ou juventude; o tipo 2 adquirido na fase adulta, geralmente, associado ao excesso de peso e ao envelhecimento; como também um tipo hormonal (desenvolvido na gestação) e emocional. A avaliação da gravidade atrela-se, essencialmente às conseqüências que podem sobrevir do diabetes e ao fato de supor ser uma enfermidade crônica, incurável. Desse modo, o diabetes do tipo hormonal ou emocional pode ser considerado *menos grave* pela sua natureza transitória, como também seria grave quando há recusa da cura, decorrente da ponderação dos ganhos secundários que compensariam a manutenção daquela situação (de doente). Essa idéia vai ao encontro do que Adam & Herzlich (2001) descreveram como o vivenciar a experiência da enfermidade como “libertadora”,²¹ quando ela permite esquivar-se de um papel social repressor da individualidade, possibilitando reencontrar o sentido da vida que não se encontrava na dimensão social. Essa utilidade da enfermidade se coloca, assim, no espaço inter-relacional:

²¹ Haveria, ainda, duas formas de vivência da experiência da doença: a) “destrutiva”, quando há interrupção das atividades acompanhada da destruição dos laços do sujeito com os outros e perdas diversas nas suas capacidades e papéis, não conseguindo visualizar possibilidade de reconstruir a identidade, dependente inteiramente da integração social. A pessoa luta contra a situação e nega a doença enquanto for possível; b) “ofício”, quando não provoca mudança radical na auto imagem, conservando um papel valorizado preservando a sua identidade social pela luta contra a doença, que se torna elemento central da sua vida como uma atividade profissional e base de uma integração social específica e persistente (Adam & Herzlich, 2001: 78-79).

Se for de fundo emocional dizem que cura, mas, às vezes, a pessoa não quer se curar. Ela se acha fraca ou vê que pode usar aquilo como arma, é conveniente e ela esquece do malefício que faz a si própria. (...) Muitas vezes a pessoa vem ao médico para utilizar em casa: “vejam só a mãe não está bem”; “silêncio, meu filho, me ouça: não faça barulho que a mamãe está doente”, “procure chegar mais cedo em casa, não crie confusão que a mãe não está legal”. Ela usa o serviço público e a própria doença para manter o relacionamento, manter uma rédea curta ou o domínio familiar que já não existe mais porque ela se incapacitou moralmente e psicologicamente de tudo e aquela vida que ela planejou desde o namoro não é a de casada. (AE7)

Acho que o diabético em si, como todos que têm uma doença diagnosticada, se coloca “eu sou diabético”, para que você olhe para ele de maneira mais respeitosa. Acho que ele usa um pouco disso para conseguir outras coisas: “eu não gosto dessa situação, mas eu prefiro, às vezes”. (E4)

Sob outro ângulo, o diabetes é considerado “grave”, não pela cronicidade em si, mas pelas conseqüências que podem advir, com o decorrer do tempo de convivência com ele e pelo tratamento dispensado através do autocuidado, ou seja, a gravidade da evolução do seu quadro dependeria do empenho e da capacidade de controle do próprio adoecido para manter-se “compensado”. A propósito, essa é uma distinção usual feita pelos profissionais para se referirem a um quadro estável e dentro dos padrões de referência estipulados para aquele caso, podendo haver variações dos valores das taxas de glicemia que seriam toleráveis desde que controladas ou dominadas. Embora não haja consenso, um informante afirma que “picos” ocasionais de hipo ou hiperglicemia (uma alteração rápida e pontual) não caracterizariam um diabetes descompensado.

Ocorre que, se por um lado a gravidade pode ser suavizada pelo autocontrole, por meio da vontade das pessoas, por outro ela é passível se ser exacerbada pelas dificuldades envolvidas para tal, bem como pela co-morbididade, que é comum acometer o segmento mais idoso, portador de diabetes. Entender o autocuidado como dependente de disposição individual embute o julgamento de incapacidade para se controlar (descumpra a dieta, não pratica atividade física, não toma os medicamentos conforme a prescrição, ou seja, não “colabora” para melhorar a sua própria saúde, que é o que se espera do doente) indicando uma falha moral (Fischler, 1995).

Ao argumento acima se junta outro fator que qualifica a gravidade do diabetes referente à sua invisibilidade, somada à natureza progressiva e degenerativa, de modo que se pode abrandá-la, mas não se escapa às conseqüências inerentes a essa enfermidade no seu curso que *em tratamento pode haver complicações, embora possam ser menores e demorar mais a aparecer*, segundo informa um depoente. Nesse sentido, a preocupação dos profissionais parece voltar-se, primariamente, aos estados ou processos internos que levam a sérias morbidades (neuropatia, nefropatia, falência renal etc.) e à morte, como verificou Loewe & Freeman (2000), mas que muitas vezes estão subjacentes e insuficientemente visíveis para sensibilizar (ou conscientizar) os adoecidos, que estão mais preocupados com os danos corporais que lhes tragam impedimentos práticos na vida cotidiana. Apesar de reconhecerem que os problemas decorrentes podem ocasionar limitações ou incapacidades e comprometer a *qualidade de vida* da pessoa, o mais importante é estancar ou retardar esse processo latente, para prevenir a progressão da enfermidade aos seus mais avançados estados, por meio de *controles*, com os tratamentos que atenuam a gravidade do diabetes, como será abordado mais adiante. O caráter degenerativo e invisível, que pode surpreender o adoecido, e o quadro de co-morbidade estão presentes nos trechos reproduzidos abaixo:

É grave porque é silenciosa. Normalmente não se manifesta, quando aparece já se instalou e está grave. (...) Em relação ao tratamento, eu considero ela crônica só que com conseqüências graves (...). A gente acaba colocando-a como grave mais porque tem que conscientizar as pessoas. (...) O diabetes tipo 1 eu não vejo como grave, mas a 2 eu consigo ver como uma doença mais crônica porque várias coisas vão estar junto com ela. Acho que a pessoa bem acompanhada, bem tratada, que faz um regime.... Ah, mas mesmo assim o diabetes não vem sozinho... (E4)

Eu costumo falar que o diabetes é que nem cupim na madeira: quando você for ver o teto caiu na sua cabeça. Isso porque ela não traz prejuízos a curto, curtíssimo prazo, quer dizer, é uma doença crônica que traz prejuízos com o tempo. (M2)

Além do comprometimento físico, um informante afirma que a gravidade do diabetes ocorre por abranger o aspecto relacional configurando-se como condição estigmatizante ferindo e *fragilizando a auto-imagem* da pessoa que se sente *tolhida*

podendo levá-la ao isolamento social tornando-a *chata* por querer, mas não poder participar integralmente das atividades sociais que, invariavelmente, são coroadas por refeições compartilhadas socialmente ou com a família.

Em relação à **cura**, os profissionais afirmam não existir, exceto nas situações do diabetes gestacional ou emocional. Persiste essa idéia mesmo quando a causa principal, como a obesidade, é eliminada, requerendo uma vigilância contínua e permanente para preveni-la ou controlá-la. No entanto, são unânimes em destacar o papel do “controle”, que, para eles, assenta-se na intervenção baseada na tríade: medicamento, dieta e exercícios físicos, que, seguidos adequadamente, podem amenizar os inconvenientes da cronicidade, permitindo ao sujeito uma *vida normal*. Diante da impossibilidade de cura, resta ao portador de diabetes o controle que requer habilidades, vontade e comportamentos que são “problemáticos” aos sujeitos, por lhes solicitar verdadeiros *malabarismos*, como reconhece e define um informante, para manter o equilíbrio em meio às circunstâncias difíceis, desfavoráveis e conflitantes com o seu modo de vida. O controle parece ser julgado como dependente da vontade autônoma do sujeito embutindo características da personalidade, mas também são vistos como incompatíveis com o conjunto das práticas da vida cotidiana, podendo se constituir em problema para o adoecido.

Ademais, percebe-se a ênfase na intervenção medicamentosa e cirúrgica desse tripé, em detrimento dos demais pilares do tratamento, que está implícita na informação sobre os enfoques das pesquisas atuais sobre diabetes, mantendo-se fiéis à tradição biomédica, o que pode ser compreendido, recorrendo-se a Camargo Jr. (2003), que aponta os interesses comerciais nos resultados científicos e os maciços financiamentos por empresas (farmacêutica, de equipamentos médicos, de publicações técnicas) privadas. Como ilustram os depoimentos:

Quando é adquirida – por obesidade – chega a ter cura sim. Se a pessoa descobre no comecinho e faz uma dieta rigorosa, eu acredito que ela chega a ter cura sim, o pâncreas volta a funcionar normal. Só que tem que estar sempre alerta, não pode dizer “ah, sarei vou abusar...” (AE8)

Uma vez implementado, o diabetes não tem cura. Há terapias que estão ainda sendo desenvolvidas, como a bomba de infusão para o paciente diabético tipo 1. (...) Existe tratamento hoje em termos de insulina inalada. Sobre o transplante de ilhotas, tem vários estudos sendo feitos, mas ainda efetivamente não é uma terapia. Começaram também trabalhos com células-tronco para regeneração dessas células produtoras da insulina – mas é mais para o tipo 1. (NI)

2- Aspectos do controle do diabetes

Considerando a relevância, atribuída pelos profissionais de saúde, ao controle no tratamento do diabetes, pretendeu-se nesse item verificar a sua opinião sobre três aspectos: a) os fatores que identificam serem responsáveis pela alteração/descontrole dos níveis de glicemia em pessoas já em tratamento; b) os indicadores utilizados para atestar se o diabetes está controlado; c) os comportamentos dos pacientes diabéticos atendidos, em relação à implementação dos pontos-chave do controle do diabetes (medicamento-dieta-exercícios físicos).

A discussão sobre controle passa pelo tema da *adesão* ou *aderência*²² ao tratamento com vasta literatura publicada em língua inglesa (Lutfey & Wishner, 1999) como também apontou Cyrino (2005) sobre o seu emprego na área de educação em saúde no Brasil, preocupada com os resultados das intervenções e com estímulo do autocuidado no diabetes. Uma discussão mais aprofundada desse assunto fugiria dos propósitos do presente trabalho, sendo suficiente para o momento assumir que a categoria controle é central, tanto para os profissionais, quanto para os portadores de diabetes, ainda que adquira diferentes significados para ambos os grupos, mas coincidem com a dimensão gerencial da enfermidade, na qual se observa haver pontos de convergência e divergência entre eles.

²² Adesão e aderência, segundo Cyrino (2005), são alternativas para a tradução da palavra *compliance* da língua inglesa que se refere ao grau de concordância entre as recomendações médicas e o comportamento adotado pelo doente no tratamento de uma enfermidade. Para este autor, os termos são preferíveis às expressões “obediência” ou “submissão” às ordens médicas, evitando seu sentido negativo que presume uma relação vertical entre adoecidos e profissionais de saúde, sendo que o atual deslocamento para a “aceitação do tratamento” parece marcar, ainda que de forma sutil, uma diferença nessa relação.

Sob a perspectiva dos profissionais de saúde o controle significa manter o nível de glicose dentro de padrões de referência (Cohen et al., 1994) sendo necessário, para tanto, seguir as recomendações terapêuticas que se assentam no uso do medicamento na dose e nos horários indicados, na adoção da dieta adequada e na realização de mudanças ao estilo de vida saudável. Esse conceito será retomado no capítulo seguinte sob a óptica dos portadores de diabetes.

2.1- Sobre os fatores de descontrole e os indicadores de controle do diabetes

Após a confirmação do diagnóstico de diabetes e a fase de adaptação à medicação, os níveis de glicemia podem apresentar alterações, aumentando (no caso da hiperglicemia) ou diminuindo (na hipoglicemia). Entre os fatores identificados, pelos profissionais de saúde, como responsáveis pela elevação ou queda da glicemia, foram apontados basicamente aqueles de ordem emocional (representado pelo estresse), alimentar e medicamentoso. O *estresse*, como fator de desequilíbrio do diabetes, foi amplamente citado, sendo entendido como uma força externa sobre a qual as pessoas têm pouco ou nenhum controle, decorrente de diferentes experiências vividas (eventos, demandas diárias, interações conflituosas) dentro do amplo contexto da vida no qual estão sujeitas às diversas pressões, tensões e constrangimentos devidos às circunstâncias sociais e emocionais, que podem repercutir sobre o seu estado de saúde (Broom & Whitaker, 2004).

Nos relatos, o estresse apresenta-se como sinônimo da categoria *emocional* e como tal parece se restringir a um fenômeno individual, psíquico derivado de características da personalidade (*peessoas ansiosas*) e explicados em termos físico orgânicos, embora reconheçam a participação de estímulos externos. Tanto é que, ao serem questionados sobre a conduta para reequilibrar essas situações, afirmaram que *se tiver algum problema realmente da parte emocional, estresse, parte psicológica, a gente pode conversar e encaminhar para psicólogo ou psiquiatra*. Em outros momentos, os informantes aproximam o estresse da noção de “nervoso”, contudo, este é equiparado a apenas um fator estressante com repercussões no plano bioquímico e comportamental como compensação na alimentação (*descontar na comida*), e não como a expressão de

sofrimentos físico-morais das classes trabalhadoras, própria da acepção duartiana. De modo semelhante, em um dos relatos abaixo, o informante detalha o mecanismo físico-químico desencadeado pelo estímulo estressor externo, imprimindo a primazia da naturalização do comportamento apoiada em expressões como esta: *o lado animal da gente*, sugerindo que fatores socioculturais seriam secundários nesse processo. O esforço de explanação científica é evidente nos relatos:

O nervoso. Independente do tipo de fator gerador do estresse, no final você vai ter uma preocupação excessiva, um estresse, um nível de preocupação seja familiar, econômico, do local onde mora desagradável ou que o irrite. Tem vários níveis. Há pessoas que são ansiosas por natureza e geram um quadro depressivo crônico, uma insatisfação com a sua vida e causa um estresse endógeno, vamos colocar assim. Se o sujeito não tem uma vida tranqüila, geralmente, é muito difícil controlar o diabetes: porque ele tem fome, ele não vem, vem muito ruim ou vem mais ou menos, ou vem 3 ou 4 vezes fazer o exame que deu mais ou menos bom. O estresse tem um papel seja ele emocional, financeiro, econômico, cultural. É um transtorno nervoso que pode ter uma série de facetas. Eles falam “meu diabetes é emocional”, mas eu acho que todos são fatores geradores de ansiedade que levam à busca da geladeira: o sujeito desconta na comida. (M2)

Pelo emocional pode subir, porque o nosso organismo capta a glicose, transforma em glicogênio e armazena no fígado e deixa lá para uma situação de estresse emocional ou físico, como numa cirurgia, num ferimento, o corpo entende que precisa jogar mais glicose no organismo para reverter essa situação, para cicatrizar. No caso do diabetes isso não é legal. Ou então, o lado animal da gente, num estado de ansiedade, de preocupação extremos mesmo, ele nos prepara para a luta, você fica tenso e nesse momento o fígado começa a jogar glicose no seu organismo e aí vai subir a taxa. Porque a produção de insulina não é diferenciada nesses casos. (AE3)

Um outro fator citado que pode “alterar a glicemia”, segundo os entrevistados, decorre de falhas técnicas do adoecido no gerenciamento da enfermidade em relação ao uso correto da medicação e o cumprimento das recomendações alimentares prescritas. A alteração dos níveis glicêmicos pode advir do fato de não seguir o regime alimentar

proposto e adequado aos portadores de diabetes; pelos exageros/abusos alimentares cometidos (incluindo o consumo de bebidas alcoólicas ou o compensar a ansiedade na comida); bem como pelas irregularidades nos intervalos entre o uso da medicação e o consumo de alimentos que ocasiona a hipoglicemia. A relação entre a ansiedade e o ato de comer, inspira-se numa abordagem psicologizante em que o impulso ao alimento (*pulsão da dieta*, nas palavras do depoente) se constitui numa manobra concreta para o preenchimento da percepção de vazio de fundo emocional, conforme explicou um profissional da área em conversa informal durante a realização do trabalho de campo.

Quanto aos medicamentos pode haver manipulação das doses e dos horários pelos adoecidos (abordado adiante), como pode estar ocorrendo uma insuficiência da ação terapêutica do medicamento utilizado diante do curso natural do diabetes (necessitando aumentar a dose ou mudar de fármaco com outro princípio ativo), aliado ao processo de envelhecimento. As questões da dieta, do medicamento e do estresse estão sumarizadas nos depoimentos seguintes:

Você questiona primariamente se ele está tendo uma pulsão da dieta, se está cumprindo-a e se está usando certo a medicação. Passou disso, questiona-se a prática da terapêutica e pensa-se em mudá-la. O nervoso, como falam, o estresse, acaba mexendo com a parte hormonal, mexe com o comportamento total do corpo humano, sim. (M5)

O próprio hipoglicemiante, conforme a célula vai entrando em fadiga, acaba descontrolando, não é suficiente mais. E também a alimentação, o indivíduo faz os seus excessos e acaba descontrolando. Tem o estresse que acredito que seja até por uma questão endócrino, há uma relação muito grande do nervosismo com a liberação de adrenalina... O nervoso é o emocional. Tem uma relação íntima sim. Antigamente a gente achava que não, mas hoje sabe-se que o estresse, o nervosismo acabam aumentando a glicemia sim. Por uma questão fisiológica até. (M3)

O conhecimento dos fatores que podem descontrolar o diabetes permite que se proceda uma vigilância a partir de um monitoramento, tanto dos níveis aceitáveis de glicose no sangue quanto dos comportamentos adequados. O controle, para os profissionais, parece

ter um significado dual (Hunt & Arar, 2001), sendo primordial a manutenção dos níveis de glicemia dentro dos valores padronizados de normalidade (ideal ou tolerável) bem como a indução dos adoecidos a desenvolver comportamentos de autocuidado, o que, nos relatos coletados, parece se traduzir pelo sucesso da *conscientização*.

Depois do diabetes ser diagnosticado e compensado (ou “nivelado” aos padrões de normalidade), alguns procedimentos são necessários para monitorar a taxa de glicose que se baseiam, essencialmente, em parâmetros objetivos aferidos mediante a realização *exames* de sangue específicos, cujos resultados se constituem nos principais **indicadores** (não exclusivos) de que o diabetes está controlado. Entre eles, os mais comuns são obtidos pelos testes de:

- glicemia capilar (de ponta de dedo) feita na unidade de saúde com o glicosímetro, que permite uma verificação rápida sendo esporádica e indicada diante de sinais e sintomas dos adoecidos que, em geral, procuram o serviço de saúde com queixas e solicitam o teste;
- glicemia de jejum, realizada em laboratórios e solicitada rotineira e periodicamente conforme o tempo de diagnóstico (mais freqüente no início do tratamento) e os resultados obtidos;
- hemoglobina glicada ou glicosilada, também laboratorial, que fornece um histórico de três meses anteriores refletindo o comportamento do adoecido em relação às prescrições (em especial quanto à alimentação). É solicitada mediante resultados de glicemia pouco satisfatórios visando refinar a investigação dos fatores que a desequilibraram.

Não menos importantes, como indicadores do diabetes controlado, são as sensações corporais relatadas pelos adoecidos (talvez sejam mais relevantes para esses do que para os profissionais), entretanto são pouco confiáveis se tomadas isoladamente, pois, segundo os informantes, em alguns casos elas podem coincidir na glicemia alta ou baixa ou, simplesmente, não serem percebidas (principalmente na hiperglicemia), a não ser quando os níveis já estão, exageradamente, nos seus extremos e, por isso, mais perigosos. A esse

respeito, do ponto de vista clínico, a máxima de Leriche que definia a saúde como o “silêncio dos órgãos”, pode ser reorientada para “primeiramente, a saúde nada mais seria que o silêncio das ciências médicas, tão ruidosas em falar de patologias”, como fez Michel Serres (*apud* Cyrino, 2005) e que parece ser mais apropriada para o caso das enfermidades crônicas. A confirmação da hipo e da hiperglicemia pelo exame é importante para o adoecido para que ele aperfeiçoe sua aprendizagem na distinção das sensações corporais de um e de outro caso, pois elas não seguem o mesmo padrão para todas as pessoas, além de não serem estabelecidas de uma vez por todas, podendo modificar-se com o curso da enfermidade.

Reciprocamente, o exame de glicemia não é tomado em si como indicador de diabetes controlado, mas requer interpretação, dentro de um quadro clínico e um histórico do paciente, como também pela sua demanda por atendimento eventual (fora do agendamento) e pelas conversas informais que mantém com os profissionais. Entretanto, a autoridade do indicador objetivo, proporcionado pelo exame, sobressai em meio aos demais indícios de diabetes controlado, apesar do bem-estar percebido e aparentado pelo sujeito. A confiança na objetividade numérica está presente nas palavras dos informantes:

Na hiperglicemia o paciente sente dores na perna, fraqueza, boca seca. E quando vêm com hipo eles têm sudorese intensa, fraqueza chegando, às vezes, até desmaiar, perder a consciência. Costumam colocar bala na boca nesses casos. Mas às vezes pode confundir. Então, o mais garantido é checar porque o perigo é achar que está baixa, comer doce para subir e se ela já estava alta é perigoso. (AE5)

Só no sangue. É a única maneira de saber se ele é controlado ou não, porque é uma doença silenciosa. (...) Se a glicemia está alta você pode não sentir nada, só vai sentir se estiver nas porções extremas para entrar num coma diabético, por hiper ou hipoglicemia. Uma glicemia de 140, 170, 200, você não sente nada, está perfeito, mas vai lá, tira o sangue e está alta. Talvez sinta um pouco mais de sede, urina mais, mas nada que incomode, nada que vá doer. (NI)

Pelo comportamento que ele passa para ti na consulta, quando conversa contigo no corredor da unidade, ou o fato de não vir constantemente ao médico, mas só nas consultas pré-agendadas, de rotina. E quando vier na consulta rotineira verificar se tudo está correto, caso contrário ele terá que vir com mais assiduidade. E a própria referência dele estar transmitindo. (AE7)

Indiretamente, as informações técnicas podem ser vistas como indicadores de que as prescrições estão sendo cumpridas, já que o diabetes está controlado e, sendo assim, os exames operariam, também, como formas de vigilância dos comportamentos do adoecido. Nesse sentido, ressalta-se, em um dos relatos, que o controle por meio de um tipo de exame que fornece dados retroativos a três meses, quando foi revelado ao adoecido, provocou constrangimento já que essa modalidade de vigilância denuncia a transgressão às regras impostas pelo saber médico, além de representar uma intrusão na sua autonomia e privacidade. Às vezes, os adoecidos utilizam estratégias para “burlar” as recomendações médicas, com a intenção última de aliviar o peso da vigilância acirrada que a ele se volta, como também para não ser alvo de repreensões pelas transgressões cometidas, como reconhece o profissional. Nas expressões dos entrevistados:

Você faz a hemoglobina glicosilada e vê que, nos últimos 3 meses, apesar de estar bem, ele está brincando com a dieta. Aí você vai conseguir saber se ele está controlado mesmo porque no dia-a-dia parece que está quando ele vem, mas certeza só pegando o exame de sangue na mão. A hemoglobina glicada ou glicosilada conta bem o que o diabético faz: se faz regime na véspera do exame ou uma semana [risos] ... Eles capricham porque eles não têm a noção dessa visão anterior que o profissional de saúde tem. Se você conta isso para o paciente, ele fica sem referencial, fica perdido. Eu, por exemplo, contei para o meu pai e ele ficou chateadíssimo. Eu falei “cada vez que você vai no endócrino ele sabe se você fez regime de véspera ou de semana”. (E4)

Todos os nossos pacientes são acompanhados, mas controlados é uma faixa muito pequena. Porque tenho visto os resultados anteriores na memória dos aparelhos [glicosímetros] que eles trazem, e puxa!, cada glicemia que eu falo “meu Deus!” – super alta. E agora mais ainda,

porque eles comem e fazem o teste para ver a quanto foi. (...) Acho que se sentem um pouco discriminados por ser diabético, todo mundo com aquela coisa em cima, falando “tem que tomar isso, tem que fazer aquilo!” [risos]. É o maior controle em cima. (E3)

Por fim, em um depoimento, o critério de fixação dos padrões de referência de normalidade na taxa de glicemia verificado por determinados exames, é questionado por envolver interesses da indústria farmacêutica. De fato, o conhecimento médico é a arena das práticas de um complexo médico industrial que o circunda, constituído de instituições mutuamente influenciadas na sociedade capitalista, de modo que “as escolas de formação, os hospitais de ensino, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as companhias de publicações técnicas originaram-se em tempos e lugares diferentes, mas desenvolveram-se como instituições intimamente relacionadas, forjando fortes laços sociais, econômicos e mesmo epistêmicos entre elas” (Camargo Jr., 2004: 136-7). Salienta-se a necessidade de que os profissionais de saúde disponham de instrumentais (técnico, político e ético) suficientes para posicionarem-se criticamente e enfrentar as forças maciças desse complexo, ao mesmo tempo em que se questiona o quanto eles detêm tais recursos. Nas palavras do depoente:

Para mim, o exame que define melhor é a hemoglobina glicosilada. A glicemia, por uma questão de marketing, de poder dos laboratórios, veja: antigamente o parâmetro era de 140, depois caiu para 130, depois para 120, para 110 e agora está com 100. Então eu acho que é mais aí uma manipulação dos grandes laboratórios para forçar esse valor, tendo em vista o uso de hipoglicemiantes. (M3)

2.2- Sobre a dieta

Os profissionais de saúde são unânimes ao referir que a maioria dos diabéticos não segue rigorosamente as prescrições alimentares, sendo que alguns tentam, restringem-se de alguns alimentos, mas em determinados momentos *quebram* a dieta. Em grande parte, admitem que o padrão alimentar proposto é *difícil* ou *complicado* e entre as barreiras ou dificuldades, por eles apontadas, predominam (não exclusivamente) aquelas que dependem

de decisões individuais, de modo que seguir a dieta resultaria da *aceitação da enfermidade*, da *falta de consciência*, da *ansiedade*, da *baixa auto-estima*, da *falta de informação*. É comum utilizar esse último item (falta de informação) para justificar a não aderência ao tratamento aparecendo, nos relatos, aliado ao desinteresse, à falta de envolvimento (cooperação) do adoecido; desdobrada na falta de conhecimentos sobre a doença e as suas complicações. Como consequência, pressupõe-se a necessidade de criar estratégias na tentativa de “educar” e “motivar” (à adesão) o paciente o que leva, às vezes, à armadilha simplista do “depósito” de informações/conteúdos caracterizando a comunicação unidirecional que, por muito tempo, predominou como modelo na orientação das práticas educativas nos serviços de saúde (Cyrino, 2005).

A “falta de conhecimento” parece embutir-se na necessidade de *conscientização* dos adoecidos, ou seja, esclarecer e sensibilizá-los para aderirem ao tratamento. Não se quer dizer que as informações são dispensáveis, pelo contrário, são essenciais (ainda que não sejam determinantes) e os adoecidos se interessam em recebê-las, no entanto, elas somente assumem “significado e valor de incentivo à ação quando cotejadas com as necessidades cotidianas da pessoa; reportadas às características e a sua inserção numa rede de relações sociais; além da intermediação dos elementos da estrutura social, os sistemas de valores e as suas referências culturais” (Adam & Herzlich, 2001: 85-6). Como relatam:

Falamos aqui no grupo que a pessoa precisa “se conscientizar para a ação”. A gente tenta conscientizar o pessoal, mas a ação a partir da compra do alimento, se ela vai fazer certo ou não, se tem disposição para fazer atividade física, depende da ação da pessoa mesmo. (M4)

Eu não acho muito fácil a dieta, depende muito do grau de entendimento do paciente; depende do que você informa a ele, da maneira que ele enxerga a vida, se não tem muito mais expectativa de vida; e depende de paciente para paciente. Mas o paciente chega aqui e eu no primeiro dia que atendo informo o que é o quadro de diabetes, quais são as complicações que advêm se eles não seguirem adequadamente a dieta, fizerem o exercício físico e tomarem a medicação que foi prescrita; então vejo que todos os pacientes junto aos quais eu fiz esse trabalho e houve uma certa aceitação, é porque

eles queriam escutar, estavam abertos para aprender; e aí a resposta é melhor - tem uma diminuição da glicose sérica, a hemoglobina glicosilada melhora. O paciente que reluta para entender e aprender um pouco do que eu estou querendo fazer, ele aprende, demora a ter esse quadro de glicemia compensado. (N1)

O fato de não ignorar outros elementos, como os “hábitos” além da informação, amplia a compreensão do complexo processo envolvido na adesão ou não à dieta constituindo-se em avanço, pois contempla aspectos culturais, embora a decisão para agir é isolada desses referencias e dependente da vontade própria. A mudança de hábitos, que é reconhecida pelo informante como problemática, poderia ser vista pelo ângulo citado por Greenhalgh et al. (1998), em que seria conveniente pensar propostas de intervenção apoiadas em elementos culturais já existentes na população/grupo atendido aproveitando os hábitos saudáveis para subsidiar o maior controle da respectiva doença, prevenir complicações e melhorar da qualidade de vida. Para tanto, o diálogo para o conhecimento “do outro”, é imprescindível.

Da mesma forma, o reconhecimento de componentes culturais sobressaem sobre o poder aquisitivo (que *vendo bem, em termos econômicos, a alimentação saudável é mais barata do que a que a pessoa faz aí e faz errado*, diz um profissional) quando afirmam que o “gosto” (comida que *tem um paladar*) por determinados alimentos e pelo tipo de alimentação (*de sítio, de tradição italiana e portuguesa*) influenciam o consumo alimentar e não somente por saber que foram interditados por fazerem bem ou mal à saúde. Em outro caso, a necessidade de *disciplina* pressupõe a imposição de regras que, no caso, conflitam com padrões culturais de consumo alimentar (do açúcar, no caso) e o prazer proporcionado pelo doce associando-o ao seu (real ou suposto) potencial de amenizar a ansiedade e ser relaxante. O pretexto de que os alimentos adequados são mais caros e, por isso, de difícil acesso à classe popular, bem como o conhecimento das complicações do diabetes (embora tenham uma parcela de peso nos critérios de escolhas alimentares) não se sustentam diante de experiências concretas vivenciadas por alguns dos informantes, confirmando que o comportamento alimentar não se orienta por fatores exclusivamente racionais e materiais. Com essa constatação, é comum os profissionais se verem impotentes para lidar com a questão, além das tentativas de conscientização serem vistas como

infrutíferas e desalentadoras diante da resistência à adesão. A decisão colocada ao indivíduo na mudança de hábitos, o consumo do açúcar como construção cultural e solidez dos hábitos interiorizados, permeiam os depoimentos seguintes:

Quando a pessoa tem a informação, entra o hábito que é aquilo que já vem, o reflexo da criação. (...) Mudar hábito alimentar é difícil e gradativo (...) Mas é algo que reforço as mesmas orientações cada vez que vem aqui. (...) Coloco bem claro que o paciente tem dois caminhos para seguir: um com uma velhice mais tranqüila, saudável e outro caminho errado e ele vai sofrer. (...) Acho que são pessoas com pouco amor à vida, auto-estima, e é realmente difícil de lidar. Não aceitam limitações, não querem mudar. Você explica e dá a opção: “a opção de fazer e de não fazer. Se não quiser fazer o problema é seu, vai doer em você; em mim não vai doer [risos]. (N1)

Diabetes tem que ter disciplina, saber que não pode comer. (...) Vem da parte cultura, a criação por não conseguir ficar sem açúcar. Fomos criados com açúcar, numa sociedade com açúcar. A primeira coisa que se faz para uma criança que está chorando? Molha a chupeta no açúcar e põe na sua boca para ver se ela não vai ficar calminha. O açúcar relaxa, o doce é gostoso. (AE4)

Meu tio tem dinheiro e é diabético, toma insulina, faz visita regular ao médico, faz controle de exames, mas não pega na dieta. Até os 30 anos morou em sítio, com avó italiana e outra portuguesa e faziam aqueles doces, era fazenda de cana-de-açúcar. Descobriu diabetes, e aí? Sempre comeu o que quis, adora churrasco, adora cervejinha de fim de semana. Colocar na cabeça dessa criatura o que ele não pode fazer daqui para frente é difícil. É mais fácil para quem tem uma condição social melhor, mas não garante porque há outros fatores, como o cultural. Para qualquer tratamento, não só diabetes, mesmo sabendo o que pode acontecer se a pessoa fala “não vou fazer”, esquece, não adianta “gastar vela com defunto ruim”, como dizia a minha avó [risos]. Tem que tentar mudar a cabeça da pessoa e às vezes ela não está aberta. Tem os que até falam “vou fazer” e não fazem – esses são os mais perigosos [risos]. (AE4)

Não se ignora a inviabilidade ou os obstáculos práticos e simbólicos em seguir a dieta recomendada colocados pelo incômodo do preparo de refeições diferenciadas (gastam mais tempo, oneram o orçamento e segregam o adoecido ao mencionarem o constrangimento dos diabéticos pela *zombaria da comida ser diferente da dos outros*); pela idade avançada devido aos hábitos arraigados e difíceis de mudar; e pelas diferenças de sexo e gênero, no caso em que os homens fazem refeições fora do ambiente doméstico (local de trabalho ou “na rua”) e consomem o que é possível e está disponível ou por não reconhecerem a gravidade do diabetes (mantendo-se fortes diante das ameaças da doença). Nesse último ponto, acrescenta-se a não adesão à dieta atribuída à *rebeldia* ou *teimosia* em não *levar a doença a sério* quando os adoecidos, como reproduz um informante, afirmam que “*a minha mãe comia de tudo e nunca teve diabetes*”; evidenciando uma avaliação que confronta a recomendação abstrata com a experiência empírica, que é mais significativa para eles.

O sentido conferido, pelos adoecidos, à alimentação também é citado como fator que condiciona a adesão à dieta prescrita. Além de reafirmar a função de atenuante da ansiedade, apontam o alimento como componente de *sociabilidade*, o que dificultaria o acatamento das restrições alimentares, principalmente em ocasiões comemorativas, de convívio social, bem como de desfrute do prazer de cumprir os afazeres domésticos ao preparar e consumir pratos saborosos, que atestam os atributos da boa dona-de-casa, como aponta Canesqui (2005).

Sob outro ângulo, o comportamento alimentar seria uma atividade naturalizada, elementar, involuntária, impulsiva (comandada pelo *lado animal*) e, por isso, inata e inconsciente; daí certa contradição presente no excerto abaixo sobre estar *consciente do tratamento* posto como condição essencial à adesão, ao mesmo tempo em que não consegue garanti-la. Em sentido semelhante, haveria um aumento “artificial” do apetite que os adoecidos atribuiriam aos medicamentos ou à própria enfermidade que (sem comportar oposição), para o profissional de saúde, decorreria de uma reação corporal físico-química, explicando ser um fenômeno *fisiológico porque, se abaixa a glicose no sangue, você vai responder com fome para aumentar o aporte da sua gasolina que é a glicose*. Como se confirmam nos relatos:

Não é muito fácil seguir, por exemplo, se vêm familiares em casa, você faz um almoço e o diabético não pode comer aquele macarrão maravilhoso, suculento. Se vai a churrasco na casa de colega, eles abusam. Ou dizem “ai, eu fiz um feijãozinho fresco na minha casa, acertei, tive que comer um pouco e acabei comendo um pouco a mais...” Não conseguem controlar, às vezes a companhia, o nervoso gera ansiedade e acabam comendo. (AE5)

Eles tentam seguir. Para generalizar é difícil, porque é bem individual. Se a pessoa não está bem consciente do tratamento, ela vai resistir, mas a maioria, num momento ou outro, vai quebrar a dieta sim. Tem uma paciente que é bem orientada, mas ela falou com toda franqueza que não resiste ao doce, toda semana come uma ou duas vezes. Ela sabe o que causa, tem consciência dos efeitos e mesmo assim come. Nem sempre consegue tirar isso da pessoa, porque alimentação é como animal no caso. (...) É difícil seguir a dieta, porque há outras pessoas em casa não diabéticas e comem. Eu vejo mais o lado animal mesmo, acho que o instinto acaba falando. A necessidade. De repente o irmão, o filho está ali do lado com uma comida megassaborosa, e ele vai ceder. Eu acho isso uma dificuldade também porque informação eles têm. (AE3)

Por fim, apontar a participação da família no compartilhamento de responsabilidades quanto ao controle do diabetes mostra que o olhar, de certo modo, se desloca do plano individual, reconhecendo que parte das decisões extrapolam o domínio da vontade própria. Ademais, a alimentação é parte da convivência e das relações entre os familiares e envolve sociabilidade, além de estar sob o controle feminino que se responsabiliza pelo seu gerenciamento (Canesqui, 2005). Similarmente, o cuidado com a dieta se insere na vida do sujeito e coexiste com outras ocupações e preocupações do seu mundo, podendo ou não merecer prioridade da sua atenção. É preciso observar, no entanto, que essa idéia parece ser um reflexo de uma inversão na lógica na abordagem do processo saúde e doença e na organização dos serviços públicos de saúde, representada pelos princípios do Programa de Saúde da Família (PSF) que vêm sendo implantados no Brasil desde o final da década de 1990, com o intuito de inverter um modelo de atenção centrado na doença, individualizante, oneroso e pouco eficiente no atendimento das necessidades de

saúde da população. Certamente, o fato de parte dos profissionais entrevistados atuarem nesse Programa influencia a construção de um discurso mais abrangente sobre a enfermidade e a sua abordagem, conforme mostram os respectivos depoimentos:

A maior parte segue, mas tem os resistentes ao tratamento e esses estão sempre procurando a Unidade com o diabetes descompensado. Principalmente os idosos e os homens. Não seguem por causa do número de pessoas na casa, dificuldade de cozinhar separado. Homens trabalham fora, e no serviço, não seguem uma dieta, comem o que aparece, além de acreditarem que diabetes não mata, não é nada. Outra dificuldade é a falta de incentivo familiar porque o indivíduo vive num grupo, não é sozinho. Primeiro ele assumir que há um problema e segundo a família colaborar. Não adianta fazer a glicemia uma vez por semana. Isso não é controle, a maior parte do tempo o controle está lá na casa dele. (E1)

Na adesão à dieta, eu vejo o paciente muito ligado com o vínculo social dele. (...) Quando você fala para um paciente que tem dificuldades, ele está com dificuldades também de emprego, socioeconômicas que não é só cuidar do diabetes que é importante para ele. (M5)

2.3- Sobre o uso dos medicamentos

Neste tópico foi verificado se os profissionais conheciam os possíveis ajustes, empreendidos pelos adoecidos, nas doses e nos horários dos medicamentos prescritos; em qual(is) situação(ões) isso ocorreria e a que atribuíam tais iniciativas. De modo geral, relatam que são realizados ajustes em determinadas circunstâncias e mais amiúde entre os adultos, usuários de insulina. Para essa constatação, os profissionais se baseiam em suposições a partir de indícios (por exemplo, o frasco de insulina ou os comprimidos que acabam antes ou depois da data prevista, picos de hipo ou hiperglicemia, persistência de quadro de diabetes descompensado) ou, menos freqüentemente, nas revelações dos próprios pacientes ou de pessoas do seu convívio por ocasião de consulta ou de visita domiciliar.

Em alguns casos, a alteração na dose do medicamento não seria intencional, mas devido à dificuldade técnica em gerenciar as prescrições, em *assimilar* as instruções de manuseio do glicosímetro ou por se confundir sobre as orientações de uso; que é mais comum entre as pessoas idosas e que moram sozinhas, como menciona um informante, corroborando a importância da rede social do sujeito para o gerenciamento das doenças crônicas que requer atenção diária e contínua.

O controle sobre a enfermidade é um processo dinâmico e envolve aprendizagem (Paterson et al., 1998), sendo que, para desenvolvê-lo, os adoecidos empreendem ajustes no uso dos medicamentos, testando a adequação das prescrições (doses, horários) para manter um senso de autonomia e domínio sobre a situação. Para tanto, empregam o recurso pedagógico do ensaio e erro e orientam-se pelas sensações corporais e pelos resultados de exames, entre os quais o teste de glicemia capilar é o parâmetro privilegiado para esse fim, pois permite confirmar, rapidamente, as suas hipóteses e suspeitas sobre as alterações do diabetes e a adequação do medicamento para controlá-la. A distribuição de glicosímetros²³ aos diabéticos usuários de insulina cadastrados nos serviços públicos de saúde facilitou o aprimoramento desse processo em direção ao autocuidado, sendo valorizado positivamente pelos seus beneficiários.

Contudo, em alguns casos, a intenção em controlar a taxa de glicemia pode levar a experimentações equivocadas, como no caso de ajustes que o sujeito faz nas doses de insulina (aumentando, diminuindo ou suspendendo), conforme o resultado constatado de glicemia capilar, podendo gerar um quadro severo de hiper ou hipoglicemia. Por outro lado, imagina-se que esses testes cessem quando uma certa rotina seja estabelecida no uso do equipamento, até pela própria aprendizagem que se processa. No caso dos medicamentos orais, os ajustes têm conseqüências não tão abruptas, o que talvez dissimulem a sua ocorrência, mas nem por isso seriam menos freqüentes, já que o controle do seu uso pelos profissionais de saúde é problemático, pois o acesso aos hipoglicemiantes nas farmácias é facilitado, dispensa às vezes a apresentação de receita médica e são vendidos a preços módicos, como os próprios adoecidos relataram.

²³ Como parte da intensificação da proposta de reorganização da atenção ao diabetes, em 2006 a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, em parceria com o governo do estado de São Paulo, passou a distribuir aos portadores de diabetes usuários de insulina e cadastrados no HIPERDIA, o glicosímetro, os materiais (lancetas, fitas de leitura) e o treinamento para a realização do teste de glicemia em casa visando otimizar o controle da enfermidade e estimular o autocuidado.

A aprendizagem sobre o controle envolve, ainda, a familiarização com as sensações corporais que precisam ser decifradas e discernidas nos casos de hiper e de hipoglicemia, o que dependerá do tempo de convivência com a enfermidade e requer atualizações já que elas podem variar com o curso da enfermidade. Nessa mesma lógica, a invisibilidade e a ausência de sintomas, próprias do diabetes, imprimem descrédito a sua existência e no efeito da medicação podendo, assim, motivar o seu manejo. O resultados dos exames e as sensações corporais (ou a ausência delas) influem no uso dos medicamentos, como contam os profissionais:

Tem paciente que vai à farmácia e verifica a taxinha de glicose e, conforme o resultado, se automedica: diminuem a dose da insulina ou do remedinho. No outro dia está mais alta e eles tomam mais. Tentam ajustar a dose por conta própria e quando voltam para a gente está bagunçado. Aí tem que começar tudo de novo, ficar ali cobrando, em cima. (AE8)

Tem uns que pensam “ai, estou atordoado, suando frio, estou com a diabetes alta...” E toma o remédio. Às vezes é uma hipoglicemia, mas, para ele quer dizer que está alta. Você diz que ele tem diabetes, e para ele sempre vai ser açúcar elevado. Não pensa em hipoglicemia, só em hiper, e toma o remédio. Às vezes está super controlado e pensa “ah não, está baixa, agora posso tirar um pouquinho...”, e aí toma dia sim, dia não. Faz a salada dele. (E2)

Aquele que mexe no horário e na dose é porque ainda não incorporou que tem uma doença crônica, que não vai curar e que ele precisa tomar esse medicamento para controlar. É que não é uma coisa que incomode tanto, os efeitos da doença são mais tardios, não dói. Às vezes a glicemia está lá na casa do chapéu e a pessoa não sente nada. Acho que ele até não acredita que tem a doença. Pode até saber mas ele acha que “ah, eu tomei o remédio e dois dias não tomei e estou bem, não sinto nada...”. Não sente, mas ele vem aqui e o teste de glicemia dá 300! (E3)

As irregularidades no uso dos medicamentos podem dever-se, também, a outras demandas as quais o sujeito tem que lidar no dia-a-dia, já que ele despense apenas uma pequena parcela do seu tempo ao cuidado com a enfermidade havendo outros

compromissos e papéis a cumprir além do de paciente (Conrad, 1990). Assim, um informante confirma a dificuldade do diabético de seguir o tratamento de longo prazo, apresentando adesão às prescrições com intermitências devido a um esmorecimento diante de outros aspectos que podem estar perturbados na sua vida, pelos sacrifícios infrutíferos de controle e pela certeza de irreversibilidade da doença.

O aspecto cultural, para explicar as irregularidades, é citado ao que parece, no sentido de escolha motivada por uma tendência pessoal que inclui o costume do consumo de bebida alcoólica (especialmente dos homens e nos fins de semana) e a crença de que *misturá-la* com o remédio pode trazer graves danos, maiores do que suspendê-lo, sendo preferível inserir uma pausa na sua ingestão. Por outro lado, o uso regular do medicamento, conforme a prescrição, é adotado como uma medida de cautela, com o propósito de compensar o não cumprimento da dieta recomendada (cuja transgressão é considerada menos grave). Porém, essa negligência pode acelerar a progressão da enfermidade, que, muitas vezes, requer a adoção da insulino terapia, para controlar a glicemia.

O medicamento surge, também, como fator provocante de outros problemas de saúde, gerando relutância ao seu uso ininterrupto, além de colocar normas para se medicar e se alimentar cujo descumprimento é penalizado com episódios desagradáveis de queda ou elevação da glicemia. Nem sempre é viável o seguimento das prescrições, embora estas não deixem de ser vigiadas e cobradas pelas pessoas que cercam os diabéticos. Há, ainda, a conotação de dependência química implícita na utilização de remédios somada à idéia de que eles são utilizados em situação de doença (Conrad, 1985), cujo parâmetro são as condições incapacitantes, apesar de não se aplicar ao diabetes, em grande parte. Nota-se, a esse respeito, matizes estigmatizantes, não pelo diabetes em si, mas pelos elementos da intervenção que dão visibilidade ao problema e classificam socialmente o adoecido como “diferente”. A manipulação nos usos dos medicamentos pelos adoecidos, mediada por elementos culturais (crenças e idéias transmitidas tradicionalmente), além de questões que deslizam para a iatrogenia, permeiam os depoimentos a seguir:

O medicamento as pessoas até tomam porque não fazem dieta correto e é o que dá uma segurada. O que percebo é o aumento do uso da insulina em pessoas que não conseguem controlar com medicamentos.

Os poucos que mudam a prescrição, às vezes, é até cultural “não estou nem aí...”. Ele toma a insulina de segunda a sexta porque fica aqui e de sábado e domingo fica a Deus dará. Na maioria das vezes tem a questão bebida de álcool que é para não misturar. (AE4)

Eles reclamam só pelo fato de ingerir comprimidos todos os dias e ter a alimentação restrita. (...) O comprimido acaba lesando a parede do estômago e a maioria tem que tomar outro comprimido para protegê-la. Costumam não gostar. Ter que seguir horário, são regras colocadas para uma pessoa que antes não tinha, era livre para comer, livre de horário e quando você coloca limites, regras, a pessoa dá uma retraída. Falo isso porque o meu pai é diabético [risos] e reclama muito da obrigatoriedade de tomar medicação. Mesmo tomando remédios costumam falar “mas para que estou tomando se está boa minha diabetes?!”. Está boa porque está tomando, se parar vai subir com certeza. “Então eu vou fazer um teste, vou ficar 1 dia ou 2 sem tomar...”. E eles ficam! Um ou outro, não é geral. Costumam experimentar e ver se é o tratamento correto ou não. (AE3)

No contexto de populações urbanizadas, a acentuada disponibilidade e o intenso consumo de serviços de saúde desdobra-se em uma familiaridade com os medicamentos devido ao seu emprego “cotidianizado”, conferindo confiança ao sujeito para empregá-los. Fato que é estimulado pelos resultados materiais e simbólicos (Lefèvre, 1991) obtidos em outras ocasiões orientadas do uso de remédios ou pelas “promessas” que acompanham a aquisição e o consumo desses produtos, que são reforçados pelas estratégias de propaganda dos mesmos. O sujeito busca, com essa prática, o alívio de sofrimentos (de diferentes naturezas), mas o receio de repreensão pela não legitimidade do seu ato leva-o a omitir informações que podem agravar o seu quadro clínico, como mostra as palavras do informante:

É usual mexerem na medicação. Imagino que seja no desespero, na ansiedade de se curarem e eu penso ser por medo da morte. (...) As pessoas não querem saber do sofrimento e, talvez por isso, a automedicação. Há, também, outro fator: “como eu frequento com assiduidade a unidade de saúde, então eu sei para que serve o remédio”, sei que falam “toma isso que é ótimo, toma aquilo que é

maravilhoso”; “eu já vi o médico fazer, ponho esse remedinho embaixo da língua, porque já vi...”; e acabam fazendo igual. Quando retorna ao médico ele não diz que aumentou a dose: “eu não sei o que houve..., estou tomando direitinho, sim senhor”. E, às vezes, o médico se perde e pede mais exame. Ou seja, a medicação continua correta, mas ele faz o uso incorreto. (AE7)

Um depoente informou a prescrição de medicamento natural²⁴ (em alguns dos diabéticos acompanhados por ele), alternativo àqueles sugeridos pelos documentos oficiais sobre o tratamento do diabetes e disponíveis na rede pública de saúde. Essa iniciativa valoriza uma terapêutica medicamentosa menos agressiva (*com boa resposta e isenta de contra indicações*, como declara) ao organismo já fragilizado pela enfermidade e, por vezes, pelas co-morbidades que também requerem tratamento, porém, a sua viabilidade é problemática por depender (até o momento) de recursos próprios para a aquisição. Espera-se que esta situação se reverta, de modo que a população atendida (não somente portadores de diabetes; adoecidos ou não), venham dispor de informações e opções de tratamentos ofertados pelo setor público de atenção, orientados por outras racionalidades alternativas e complementares à biomédica.

Quanto aos recursos terapêuticos, além daqueles prescritos pela medicina científica para controlar o diabetes, observa-se que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados desconhece ou desconsidera outras terapias empregadas pelos adoecidos, ainda que estas tenham sido verificadas junto aos pacientes, conforme será abordado no próximo capítulo. O descaso com tais recursos, pelos profissionais, explica-se, em grande parte, pela relação, estrategicamente, estabelecida entre o saber médico com a ciência, que caracterizou a medicina moderna a partir do século XIX (entenda-se que essa lógica pulverizou-se na área de saúde como um todo). Resumidamente, a ciência moderna desenvolveu-se como novo modo de produção de saberes e enunciados de verdades (Luz, 1988), imbuindo-se de autoridade suficiente para se constituir no grande eixo de sustentação da produção de sentido na sociedade ocidental, de modo que dizer que algo é

²⁴ Segundo o informante, trata-se de uma substância, presente num tipo de feijão descoberto entre uma população indígena africana que age na amilase pancreática e na absorção dos carboidratos e que vem sendo utilizada não só no controle do diabetes mas, também, da obesidade, sendo preferível a outras substâncias que apresentam uma série de contra indicações. Mais que explicar a sua ação, o que importa ao presente estudo, é a alternativa terapêutica.

científico equivale a dizê-lo verdadeiro, fundamentado, merecedor de crédito (Camargo Jr., 2003). Sendo o discurso científico uma patente fonte de poder em nossa sociedade, a aproximação do saber médico a esse modelo possibilitou legitimar-se socialmente e, por conseqüência, desqualificar tudo o mais que se afasta dele.

Cientes da desaprovação da utilização de terapias baseadas em conhecimentos não validados pela racionalidade da medicina científica, bem como da incapacidade do saber biomédico para tratar certos tipos de doenças como aquelas de natureza não orgânica (relacional, espiritual, mágico-religiosa), não é comum os adoecidos revelarem essa prática aos profissionais de saúde alegando que *muitos não acreditam, então é melhor deixar de lado*.

Os chás figuram como uma opção terapêutica citada, com os quais a relação dos profissionais parece ser de tolerância desde que *não deixem de tomar os remédios também*. Quanto ao recurso religioso, na perspectiva dos adoecidos, ele desempenha um importante papel no processo de ordenação de sofrimentos e guarda um sentido e utilidade terapêuticos, pois se volta, de certo modo, para a “cura” (embora esta não consista, necessariamente, na eliminação da enfermidade como no modelo biomédico). No entanto, os profissionais de saúde sequer o entendem dessa forma, pressupondo uma autonomia da biomedicina em relação ao sistema religioso, mais por definição e pretensão do que por constatação, uma vez que “a eventual dimensão religiosa da medicina, seja sob forma residual, seja sob uma nova forma, não é absolutamente percebida pela sociedade, tanto por parte dos que são curados como dos que curam, que afirmam serem apenas praticantes de uma ciência neutra e objetiva” (Laplantine, 1991: 215). Esses domínios (médico e religioso) se interpenetram e possuem interfaces, de modo que “a diferença entre eles está muito mais na ênfase dada pelo pesquisador a um ou outro campo do que na realidade em si mesma”, como alertam Caroso et al. (2004: 154).

Baseando-se em Laplantine (1991), a lógica subjacente em seguir a moral da prevenção e adotar o comportamento terapêutico ideal (que no diabetes seria recompensado por viver uma vida “normal”, sem complicações da enfermidade); não assumiria um tom de “salvação” pelas obras (ou pela graça, quando se é salvo/poupado das doenças e complicações a despeito do que se faz) sendo o seu contrário (desobedecer/descumprir as

prescrições médicas) punido com remorsos, doenças e agravos; à maneira da vida sem pecados coroada com o merecimento do reino dos céus? De forma mais explícita, não se admira que, ao presenciar uma senhora, junto à colega que verificava a pressão arterial, questionar sobre *o que faz a pressão subir*; obteve como resposta de um profissional de saúde de nível superior de que *só Deus sabe*. A relação entre medicina e religião é, competentemente, tratada pela antropologia (médica e da religião) cabendo à presente pesquisa sublinhar que os profissionais de saúde trazem, para a sua prática, influências de outras esferas de sua vida que subsidiam a interpretação do processo saúde doença e que esses domínios não estão tão dissociados como aparentam num primeiro momento.

2.4- Sobre a prática dos exercícios físicos

Em todas as unidades de saúde, selecionadas pelo estudo, há a programação de **exercícios físicos** que se insere nas atividades de grupos (de hipertensos, de diabéticos, de obesos, de terceira idade, mas com flexibilidade para acolher demais participantes que demonstrarem interesse) e consistem, basicamente, da realização de caminhadas e práticas de relaxamento. Em geral, não contam com local específico para o seu desempenho e são organizados com periodicidade variável conforme a demanda da população e a disponibilidade do profissional do próprio serviço para coordená-la, contando, às vezes, com o acompanhamento de estagiários ou voluntários.

Essa falta de espaço adequado e de profissional efetivo com formação específica (educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) para coordenar as atividades parece imprimir um tom de “improvisação” e são apontadas, por alguns informantes, como obstáculos para a oferta apropriada e atraente que motivaria mais a adesão aos exercícios físicos. Por essa razão, há relatos de que parte da população atendida, embora não participe das atividades programadas pelos serviços de saúde ao qual está vinculada, frequenta aquelas que são ofertadas gratuitamente por uma universidade privada, cujo acesso é facilitado nos bairros adjacentes (inclusive em três dos quatro nos quais se localizam as unidades selecionadas), apesar da sua capacidade de atendimento ser limitada.

Ainda como impedimentos objetivos para a não realização de atividades físicas, mencionam os poucos recursos financeiros da população para arcar com os custos de uma academia, a falta de tempo disponível (devido à ocupação remunerada ou não) e as limitações físicas por outras enfermidades e pelo desgaste corporal decorrente da idade avançada.

A idéia que equipara a função dos exercícios físicos com a das atividades diárias (*andar dentro e fora de casa, subir escadas, desempenhar tarefas domésticas*, entre algumas mencionadas), que dispõem igualmente esforço físico e são citadas pela população para justificar que “já se exercitam” é identificada por um profissional que afirma não serem aquelas práticas substitutivas do exercício coordenado, que tem objetivos programados, direcionados e voltados mais *para o relaxamento, para a situação de bem estar e de prazer*, como explicou.

Sob outro aspecto, atribuir a não adesão ao fato de não ter *a cultura do exercício, em que mesmo na escola a educação física é apenas uma disciplina obrigatória de 50 minutos* (como declara um informante) ou à *falta de hábito de fazer exercícios*, não passa despercebida, da mesma forma que a explicação pela *preguiça*, pelo *comodismo* ou pela *falta de vontade de tomar atitude e ter iniciativa* para fazê-lo. Essas qualidades da pessoa são, muitas vezes, naturalizadas como *o ser humano é desse jeito mesmo*, mas que, na verdade, resvalam na idéia de negligência de cuidar de si/da saúde e estão prenhes de conotações morais que fazem do sujeito, como afirma Fischler (1995) no caso da obesidade, o único responsável pela sua condição por violar regras sociais colocadas implicitamente que são interiorizadas e geram sentimentos de culpa ao transgredi-las.

Um ponto importante identificado pelos informantes refere-se à descrença dos efeitos da atividade física sobre o tratamento e, conseqüentemente, sobre a saúde devido à invisibilidade dos seus resultados por serem a longo prazo e, justamente, porque a intenção é auxiliar para que nada apareça. Essa discussão não se restringe aos exercícios físicos, estendendo-se para a conhecida inapetência de segmentos populares para aceitar e incorporar ações preventivas em saúde, uma vez que essa clientela tem a sua prática fortemente norteadada por um pensamento concreto e imediatista, em detrimento de noções abstratas de saúde, sua promoção e a prevenção de doenças e agravos, apesar das mesmas

se respaldarem em evidências científicas, tão determinantes e convincentes ao saber biomédico. Como relatam:

Não ligam para fazer exercícios porque é uma coisa que eles não acreditam muito que vá interferir no tratamento, a mesma coisa com o controle de peso (que quanto mais obeso, maior resistência à insulina), mas que não aparece. Acho que é difícil para eles porque não é uma coisa palpável, não estão sentindo no corpo. (E3)

Então ele fica na rotina, não tem porque mudar o hábito. Às vezes, até inicia, mas ele fala “ah, não aconteceu nada...”. Isso porque é a longo prazo. (E2)

Assinalam como obstáculos, também, questões de outra ordem como a falta de companhia, alegando não quererem e não gostarem de *caminhar sozinhos* e o constrangimento de serem identificados com o grupo de idosos que denunciaria a sua idade – observação que o informante restringe aos homens e reafirma a maior assiduidade das mulheres, explicada pela sua preocupação com a saúde e o cuidar de si e dos outros que é própria da construção identitária feminina. A prática conjunta de atividades (físicas, recreativas, ocupacionais) tem seu valor pela oportunidade de mobilizar e ampliar a rede social que estimula e favorece a integração e a coesão social, proporcionando o senso de pertença e o estreitamento dos laços de solidariedade que trazem a sensação de bem-estar aos sujeitos (Canesqui, 2005).

Analogamente, mas em tom auto-reflexivo, um informante problematiza a ação profissional cogitando que a baixa participação nos grupos e, por conseguinte, a adesão ao exercício físico pode dever-se ao tipo de atividade oferecida pelos serviços de saúde que seria dissonante com os interesses da população. Ocorre que, a relação que os sujeitos mantêm com o corpo está associada aos seus usos sociais e às funções atribuídas às práticas corporais, de maneira que as regras que regem os comportamentos físicos são produto das condições objetivas que elas traduzem na ordem cultural e se ligam ao grau com que os indivíduos tiram os meios materiais de existência de sua atividade física (Boltanski, 1979). Assim, ao mesmo tempo em que o corpo adquire significado na experiência social, ele próprio é um discurso sobre a sociedade e passível de leituras diferenciadas por diferentes grupos sociais (Victora, 1995).

Na classe trabalhadora, a natureza do seu trabalho requer esforços físicos que impõem o uso profissional do corpo, no qual está depositada a força requerida ao desempenho das atividades laborais (Costa, 1978; Boltanski, 1979; Queiroz, 1991), levando os indivíduos a manterem uma relação menos consciente com ele, quanto mais intensamente agem fisicamente, visando não perturbar a rotina material que garante a sobrevivência própria e da família. Por esse motivo, a prática programada e regrada de exercícios pode ser vista pela classe trabalhadora como redundantes porque não se diferenciariam do uso corriqueiro que ela faz do corpo, quando não exigem movimentos especiais ou a adoção de posturas que já não tenham sido experimentadas durante as suas atividades cotidianas (profissional ou doméstica), explicando em parte a inapetência da referida classe às intervenções desse tipo.

Sob outro ângulo, manter a “disposição” para o trabalho associa-se à situação de saúde traduzida, segundo Canguilhem (1990), pela “inconsciência que o sujeito tem de seu corpo”, que, sendo suporte das práticas sociais, só existe para a consciência ao deixar de cumprir as funções habituais, fazer desaparecer a rotina cotidiana ou romper-se o “silêncio dos órgãos”. De forma semelhante, Le Breton (1995) afirma haver um esforço em manter o corpo como um elemento “presente-ausente”, que somente deixa de ser transparente à consciência do homem ocidental em momentos de crises e excessos que restringem o campo de ação do sujeito ou o ampliam, mas não habitualmente. São exemplares as situações de enfermidade, de dor, de cansaço, de feridas, de incapacidade ou impossibilidade física de realizar atos de ternura, sexualidade, prazer; para a mulher a gestação, o parto e a menstruação; bem como na velhice que expõe ao olhar do outro o excesso de idade com a decrepitude irreversível e inevitável à qual está condenado o corpo.

Embora natural e concreto, o corpo é apropriado social e culturalmente, de modo que cada sociedade, no seu tempo, impõe determinados usos do corpo, obrigando os indivíduos e os grupos sociais a lidarem com ele de maneiras particulares (Rodrigues, 1975), sendo que a imagem ideal construída é assimilada a partir de um aprendizado (Mauss, 1971; Helman, 1994). Nesse sentido, o corpo é pensado e passível de leituras diferenciadas conforme o contexto social, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano (Ferreira,

1994; 1995). Ao corpo, aplicam-se, também, sentimentos, discursos e práticas que estão na base da vida social, como a busca dos padrões de beleza socialmente legitimados e divulgados pela mídia, cujo ideal é o aspecto jovem, “em forma”, magro, com músculos delineados, percebendo-se o seu uso estético e como fonte de prazer e não mais instrumental, invertendo-se as regras de relação com o corpo à medida que se sobe na hierarquia social e que, nesse caso, afirma Goldenberg (2005), escravizam homens e mulheres.

Há de ressaltar que o saber biomédico, orientado pelos preceitos científicos e pretendo à autonomia de outros tipos de conhecimento, se refere, tendencialmente, ao corpo em termos antomofisiológicos desvinculando-o dos seus aspectos social, cultural e histórico (Le Breton, 1990), o que se reflete, em boa parte, nas intervenções dirigidas a ele. Ainda que o saber erudito exerça influência nas formas de agir e no conhecimento que os grupos sociais detêm sobre o seu corpo, os sujeitos não deixam de recorrer, paralelamente, a muitas outras referências para se relacionar (simbólica e materialmente) com ele.

Dessa forma o depoente reconhece, abaixo, que a comunidade almeja outros benefícios proporcionados pela atividade conjunta, transcendendo a preocupação com a performance física; e faz uma crítica interna admitindo a necessidade de descentrar a atenção da doença e rever a insistência na transmissão de informações que são “reforçadas” a cada encontro. Nesse sentido, os estudos de Granada (2004) e de Malaman (2006) analisaram o processo de adesão de diabéticos e hipertensos aos grupos educativos sob o ponto de vista de diferentes atores envolvidos, corroborando a relevância dos grupos no controle da enfermidade e desatacaram aspectos que influenciam a adesão como o envolvimento e a capacitação profissional para coordenar a atividade, as condições dos serviços de saúde, o modelo de atenção adotado, entre outros. Assim, a intervenção deve ser oportuna e significativa para a clientela à qual se dirige:

No trabalho de grupo há palestras e exercícios físicos – as caminhadas 2 vezes na semana. Posso testemunhar para você que tem pessoas que vieram para o grupo, que não tinham ânimo mais para se cuidar, estavam obesas, feias – como se diziam, não cuidavam da estética, da parte visual, isolavam-se em casa. E maioria, após um ano, está bem.

Gostam, conversam, não faltam, muito riso, alegria. Quando têm problemas, eles os trocam em comum, desabafam. Então a qualidade de vida, a conscientização, melhora a auto-estima e isso faz bem. (AE2)

Tem aqueles que não tem limitações, tem os que cuidam de netos e não vem, ou trabalham e os que não querem vir mesmo. Não vêem novidade nisso. Alguns começam vir e até se sentem bem porque não é só caminhar, mas ver outras pessoas, conversar, rir. Tudo o que fizer aqui e associar à festa eles vem. Isso a gente vê no grupo de diabético, de hipertensos: tem que mudar esse nome e trazer o paciente para uma outra coisa que não seja o foco na doença. E por ali, pegá-los, porque se falar de palestra sobre diabetes e hipertensão, eles não vem, mas se disser que vamos fazer um encontro para conversar, ou um bingo, aí eles vêm. Já estão cansados da doença. Sempre que vão, todo mundo fala e eles repetem certinho. [risos]. Têm pacientes no grupo que eu não preciso nem falar, eles falam e já sabem tudo. (E3)

3- As representações sobre o diabético

Neste item foram analisadas as idéias mais gerais que os profissionais de saúde verbalizavam sobre o portador de diabetes, apontando características que os fazia lembrar singularmente deles, certamente, baseados na sua trajetória e experiência profissional e na convivência com portadores dessa enfermidade. Em alguns casos e num primeiro momento, os profissionais afirmam não haver algo peculiar nesses pacientes, sendo que se encontra *de todo tipo, como em outras doenças, tendo tanto o mais dócil como o mais agressivo*, ou que *cada caso é um caso e tem ene variáveis de personalidade*. Todavia, grande parte dos informantes expressa, cautelosamente, características que sobressaem nos diabéticos, mas, lembrando Samuel W. Bloom (*apud* Nunes, 2003), trata-se também de apreciações que levam em conta impressões sobre a personalidade das pessoas e de seus comportamentos na relação dos profissionais com a clientela. Assim, os depoentes sempre frisam que sua opinião não é generalizante porque, de fato, há pacientes de todo o tipo, podendo, inclusive, estar equivocada. Reitera-se tal relativização, esclarecendo que não é intenção traçar um perfil dos portadores de diabetes, pois se entende que há idiosincrasias que singularizam os casos, o que não impede, no entanto, que alguns traços comuns possam ser identificados e discutidos.

Assim, uma característica lembrada sobre o paciente diabético refere-se à “rebeldia” constituindo-se em uma categoria central, citada *como saber que não pode e mesmo assim fazer* (leia-se ter determinados comportamentos inadequados devido à enfermidade), que apresenta várias facetas como a de serem *teimosos* ou *resistentes* a seguir as recomendações clínicas para o tratamento e controle do diabetes, aproximando-se da noção de adesão ou aderência vastamente empregada na literatura médico-científica (Cyrino, 2005). Quando questionados sobre o motivo deste tipo de classificação de parte da clientela, a resposta incidia sobre a *não aceitação* da enfermidade pelo paciente (principalmente do sexo masculino) devido às restrições, privações e regras impostas, configurando-se em fonte de constantes *sofrimentos* e *angústias*. A diferença na aceitação da enfermidade segundo o gênero revela-se na maior facilidade de subordinação da mulher aos ditames da medicina e dos profissionais, além dela dispensar maiores cuidados com o corpo do que os homens (Boltanski, 1979), ao que se soma o comprometimento da liberdade dos adoecidos que é um dos valores constituintes da identidade masculina (Sarti, 2003).

A “rebeldia”, ligada à adesão, torna-se incompreensível diante da disponibilização da informação, da estrutura de atendimento e do tratamento nos serviços públicos de saúde (consultas, medicamentos, material para monitoramento glicêmico, orientações, trabalhos em grupo) e que são reforçados pelos meios de comunicação de massa. Não obstante, desabafa um informante, *um paciente há 7 anos com a gente, ainda cria problemas à própria saúde pessoal*; e conclui faltar, então, a *conscientização*. Ao que parece, essa noção é alusiva à subordinação aos valores da racionalidade médico-científica e à autoridade imposta pelos profissionais à clientela, além de sinalizar para um descompasso entre o saber e a realidade, às vezes, presente nas intervenções. É oportuno lembrar que o enfrentamento da enfermidade pelo adoecido envolve uma totalidade de dimensões e significados que inclui, mas não se resume aos aspectos técnicos pertinentes à visão racional científica predominante nos serviços oficiais de saúde. Norteados pelo modelo funcionalista, o saber biomédico, ignora o conflito nas relações humanas como, inclusive, se efetiva no encontro terapêutico fazendo os profissionais de saúde, muitas vezes, idealizarem o comportamento “adequado/correto” dos pacientes e avaliarem, opostamente, os que dele diferem.

Em consequência, o fato dos pacientes serem vistos não como são, mas como deveriam ser, decorre segundo Bloom (*apud* Nunes, 2003) de julgamentos em bases moralistas e pode levar os profissionais a qualificá-los, em determinados casos, de “não cooperadores”, “problema”, “resistentes”. Para esse autor, não basta o paciente conhecer, verbalizar e manifestar o desejo de cooperar, há de considerar que motivos profundamente estabelecidos podem impedir a sua colaboração. Na verdade, ocorre uma problematização unilateral da relação terapêutica que pode ser ainda mais infrutífera em se tratando das enfermidades crônicas, cujo tratamento requer a ajuda mútua das partes envolvidas e pressupõe um paciente ativo e participativo.

A rebeldia e os seus desdobramentos infiltram-se nos relatos seguintes:

A maioria não consegue fazer na íntegra. A gente passa a dieta e ele acaba se alimentando escondido, passa uma atividade física e não faz corretamente. Tem problema de aceitar a doença como um todo, não toma a medicação como deveria, pensa que vai sarar do diabetes. (...) Às vezes esconde da gente e dele mesmo: ele falta com a verdade. De certa forma a gente os vê como teimosos, porque você fala, fala e eles acabam não fazendo da forma adequada. (E2)

São rebeldes por ter uma visão normal de poder comer tudo o que quiser, poder ir numa festa e tomar refrigerante, bebida. A rebeldia seria fazer aquilo que querem e vem da não-aceitação da doença. Porque tira um pouco a liberdade deles. (AE9)

O homem é mais rebelde [risos], pouquíssimos aceitam. Difícil de lidar, porque você fala, fala e ele sai daqui e faz tudo ao contrário. Com a mulher é fácil, elas seguem mais. Alguns homens já perderam membros e mesmo assim preferiram o uso do álcool à medicação. Além da impotência que vem. Por que não fazem, não sei. Será uma questão pessoal?... (AE2)

A rebeldia pode ser explicada, também, como decorrência da vivência com uma doença crônica que requer atenção constante e por toda a vida, provocando certo cansaço pelo esforço incessante diante de um quadro irreversível degenerativo gerando indisposição em *cooperar* com o tratamento, levando o adoecido a ser um *poço de reclamações*. Esse

motivo faz caracterizá-los como *poliqueixosos*, sendo um desdobramento da teimosia, tipicamente associada aos idosos que se percebe nitidamente na expressão “*ah, mas idoso não é teimoso, bem?*”, quando um entrevistado explica o motivo da rebeldia. A esse respeito, Quaresma (2005) afirma que “poliqueixoso” é um jargão médico usado para definir o comportamento do indivíduo que percorre diversas especialidades médicas apresentando múltiplos sintomas, mas cujos exames físicos e laboratoriais nada revelam. O estudo pioneiro de Chammé (1992), no contexto brasileiro, sobre os poliqueixosos aponta-lhes duas características típicas: a narrativa metaforizada dos sintomas (pela carência de erudição no seu vocabulário coloquial) na qual deixa transparecer ao ouvinte os significados do seu sofrimento que estão acobertados; e o caráter inconsciente na forma que ocorre o processo das poliqueixas.

Inicialmente as queixas são gerais, difusas, pouco precisas mas, com o tempo e os agendamentos constantes de consultas em várias especialidades (ação alimentada pelo próprio sistema de saúde), esses pacientes, não raro, designados pejorativamente de “*figuras carimbadas*”, se especializam e aprimoram o discurso tornando-se mais exigentes, demandando aos médicos a solicitação de exames específicos e não saindo do consultório sem uma receita (Gomes, 2002). Caso nenhum diagnóstico se confirme que enquadre as suas dores e queixas e os tranqüilize, eles acreditam serem portadores de uma doença que ninguém consegue descobrir.

De fato, são realizados vários exames, às vezes, sem necessidade e o profissional de saúde não encontra fundamentos científicos que justifiquem as queixas do paciente, gerando mais suspeitas e sofrimento motivando a troca de médico, numa busca cíclica por soluções concretas. Pressionados, de certa forma, a dar respostas às questões de saúde e doença, alguns profissionais da saúde tendem a classificar os pacientes poliqueixosos como portadores do transtorno de somatização e encaminhá-los aos profissionais da saúde mental (Quaresma, 2005). Estes, porém, não dispõem de recursos técnicos e, até mesmo, teóricos suficientes que os habilitem a tratar sozinhos tais pacientes, já que as queixas não se incluem nas categorias nosológicas dos manuais de medicina interna, nem dos livros-texto de psiquiatria (Leal, 2002).

Nesse sentido, ao serem deslegitimadas (Kleinmann, 1992), essas experiências de sofrimento permanecem em um “limbo” (Corbin & Strauss, 1985) devido à limitação dos parâmetros de classificação espacial corporal das doenças pela medicina científica, que negligencia aos aspectos morais e aos significados simbólicos do adoecer humano. Ter os seus sintomas e dores, constantemente, deslegitimados pelo saber médico pode estigmatizar os sofredores (como portadores de doenças irreais e imaginárias), gerando-lhes sentimentos de vergonha e culpa, perda das suas identidades e exclusão do universo dos adoecidos, embora se percebam enfermos (Canesqui, 2006a).

Enfim, o poliqueixoso assume um discurso sobre o seu corpo adoecido visando traduzi-lo e, ao mesmo tempo, traduzir-se através de infinitos sintomas resultantes de sua falência orgânica, de sua descrença no presente e igualmente no futuro; da sua condição de expropriação e da conseqüente marginalidade (Chammé, 1992). Esse autor amplia o olhar sobre a questão e conclui aliando uma hipocondria individual a uma hipocondria institucional, característica ao sistema de saúde, o qual, por não obter soluções ou medidas eficazes ao sucesso da saúde do adoecido, vai-lhe condicionando cada vez mais às regras e rotinas do próprio sistema, favorecendo seu processo de metamorfose de simples usuário dos serviços públicos de saúde, à condição de poliqueixoso.

A rebeldia e a sua vinculação com as queixas, aparecem nos excertos abaixo:

Rebelde para tudo: para vir à consulta, para fazer um controle mais amigável, ele não gosta e reclama. Acho que faz parte da doença crônica, é aquela coisa que você vai cansando e fala “aí deu”. Porque uma coisa que vem, pega e mata não dá tempo de ficar pensando. Agora, a doença crônica, como o diabetes, tenho a impressão que deixa a pessoa assim. (E4)

Ele sempre tem uma queixa a fazer, é rebelde, é resistente a tudo o que você fala. Ele chega e pede para fazer um testinho e a queixa dele é “estou bebendo muita água, vou muito ao banheiro, estou sentindo tonturas, minha vista está embaçando...”. Você faz o testinho e está alterado e pergunta se faz a dieta, mas “ah... não faço direito”. E você orienta tudo de novo: fazer dieta, eliminar fritura; mas ele continua e volta na próxima semana com a mesma queixa. (AE8)

Características da personalidade, como estados de ansiedade (*pessoas naturalmente mais ansiosas, aflitas*, nas palavras do depoente), depressão e medo também figuram nos relatos, talvez relacionados ao impulso de consumo alimentar não saudável ou exagerado que leva à obesidade. Para outro informante, a ansiedade e a depressão viriam juntas *por ser diabético e saber que ou ela estabiliza, mata ou deforma aos poucos; ou pelo fato de saber que é realmente dependente da medicação, e o medo que de repente ela comece o processo irreversível*. O que se percebe, nesses casos, é a influência de uma vertente psicológica na explicação do comportamento do portador de diabetes, carreando-a para o domínio da saúde mental.

Ainda sob o aspecto psicológico, o diabético é visto como detentor de um *perfil complicadíssimo de se trabalhar*, como qualifica o informante, talvez devido à atitude de não passividade diante da enfermidade e do profissional. O fato de se comportar como se fosse *dono da situação*, reflete um esforço na direção de autonomia e domínio sobre a doença que faz ser “rotulado” de paciente *difícil* (Kelly & May, 1982). Nota-se que, de uma explicação pelo perfil psicológico, o informante passa para uma argumentação bioquímica natural sobre a necessidade de glicose provocada pelos efeitos dos medicamentos hipoglicemiantes. A falta de livros de referência na medicina científica para lidar com o comportamento real dos sujeitos em situações de adoecimento, como conclui no fragmento a seguir, reflete a limitação desse modelo diante da complexidade do processo saúde-doença, bem como a importância da experiência profissional na construção da prática em saúde:

O diabético tem um perfil psicológico complicadíssimo de trabalhar e é à parte dos outros. O hipertenso toma melhor os remédios, controla melhor; o paciente com artrite reumatoide, com enxaqueca, com gastrite também; mas o diabético parece que gosta de desafiar a doença. Não aceita – a maioria, mas não estou generalizando. A maioria mente para o médico, só faz a dieta rigorosa 2 ou 3 dias antes do exame – mas esquecem que a gente pede hemoglobina glicosada e vê no tempo. Ele diz que faz a dieta, mas a gente diz que “está, mas há 2 ou 3 dias”; e o cara dá risada. Acho que é pelo perfil psicológico diferente, não me pergunte por quê. Acredito que a glicose é uma substância importante para o nosso metabolismo, para a sobrevivência

dos animais, mas não sei se são os remédios hipoglicemiantes ou a insulina que dão uma fome lascada! (...) É um paciente difícil. Não consigo te explicar por que nunca estudei a fundo, mas o diabético se acha dono da situação. Se não sente nada, come o que quer, tem uma fome absurda, não aceita orientação. É o que vejo no meu dia-a-dia e nenhum livro ensina isso para a gente [risos]. Mas pode ser que a minha amostra esteja viciada e não seja nada disso. [risos]. (M2)

Outro aspecto da rebeldia apreende-se pelo fato do adoecido não assumir a responsabilidade diante da sua saúde, repassando-a ao serviço de saúde, o que traz implícito, mais uma vez, a idéia de negligência ou de irresponsabilidade do paciente, enquanto um julgamento de cunho moral. Embora também recaia no indivíduo, a transferência de responsabilidade, segundo o depoente, engendra-se no plano governamental com políticas assistencialistas que suprem focalmente as necessidades sociais sem transformar as condições que possibilitariam superá-las, mantendo um círculo vicioso. Assim, a visão do profissional sobre a clientela é de que ela transfere responsabilidades ao governo. A lógica dos argumentos parece coincidir, como se vê a seguir:

Temos pacientes diabéticos que querem transferir para a unidade de saúde a responsabilidade do tratamento. Eles vêm, ficam 2 horas na fila e não cumprem. Por quê? Acham que vir aqui já é suficiente? Não é, mas transferem responsabilidade. Você fala não coma isso, não coma aquilo e dizem “ah, eu como porque eu gosto”. Aqui é uma coisa e lá em casa é outra diferente. (AE3)

Sinceramente eu acho que hoje, não só em relação aos diabéticos, mas com toda a população economicamente menos privilegiada, a responsabilidade do paciente diante da doença – que nós temos essa responsabilidade na verdade – ele coloca em cima do governo, do sistema. Principalmente porque hoje temos um governo meio paternalista. Então, ele precisa de medicamento, não precisa comprar. Precisa comer, a cesta básica vem. Mudaram os valores, hoje há muita facilidade do médico, do dentista; tudo é responsabilidade do governo. A responsabilidade do diabetes ter subido não é dele, o que comeu, se saiu da dieta, mas do governo. Se o cara fala “eu não tenho emprego” é culpa do governo, não é ele que não lutou. Então, como no diabético, as pessoas estão muito sossegadas. (M3)

Por fim, a ampliação e o deslocamento do olhar, predominantemente, individualizante emerge de um depoimento que valoriza o apoio social do grupo familiar ao portador de diabetes em que os benefícios podem ser recíprocos. O informante relata que os pacientes referem ser discriminados pela sua condição, no ambiente familiar, sendo considerados um *problema* devido à perturbação das rotinas intradomésticas (*sendo necessário lembrar a todo minuto que ele é diabético, principalmente ao cozinhar, fazer um doce*). Dessa forma, a necessidade de dieta especial se constitui em um atributo depreciável (não imediatamente visível) ao invés de depreciativo (Goffman, 1980), mas que afeta negativamente a auto-imagem do seu portador tornando-o estigmatizado nas relações familiares, como também verificou Hopper (1981).

Por outro lado, a presença do diabético pode ser favorável ao trazer transformações saudáveis se compartilhadas pelos demais membros da família, como a mudança de hábitos que podem *prevenir diabetes, colesterol, especialmente a adoção de uma dieta balanceada que é adequada ao diabético e a todos*, como afirma o informante. O diabetes mostra-se, assim, como uma enfermidade que pode ser salutar à família, ao mesmo tempo em que possui um potencial para o consumo alimentar compartilhado. Reciprocamente, as características da família podem proporcionar impacto, positivo ou negativo, ao sujeito na sua experiência com a enfermidade tanto no plano prático (gerencial) quanto no interpretativo.

Se a afirmação acima pressupõe uma divisão intrafamiliar igualitária da alimentação, há de se lembrar, com Canesqui (2005), que na casa a comida é estruturada hierarquicamente, não havendo singularidades para atender as dietas prescritas, exceto quando se trata de crianças ainda na tenra idade, como é o consumo do leite enquanto necessidade imposta por essa fase da vida. Essa autora verificou, em seu estudo sobre as práticas alimentares da classe trabalhadora, haver variações nos horários, nos tipos de alimentos e na distribuição da comida cotidiana diferenciando-se pela posição ocupada pelo sujeito na família (o pai e provedor), pela situação ocupacional (trabalhadores e não trabalhadores), pelo gênero, pela idade (crianças, adolescentes, adultos envelhecidos); o que pode privilegiar determinados membros (como o provedor da casa) e tornar os demais mais vulneráveis (principalmente mulheres, crianças e idosos).

Sob outro ângulo, cada vez mais o ato de se alimentar transforma-se em um processo mecânico no qual os prazeres da mesa vêm acompanhados por inquietações em relação à saúde (Campos, 1982), gerando culpa em comer o que se gosta porque pode ser prejudicial. Essa idéia resulta da valorização de um estilo de vida saudável que impõe um tipo de vida regrada e é mais acentuada na população urbanizada devido à maior exposição às pressões de caráter sanitário pelos meios de comunicação de massa (Garcia, 2005). A autora acrescenta que a alimentação é apontada como um dos fatores responsáveis, direta ou indiretamente, pelo desenvolvimento ou agravamento das principais doenças crônicas e que, ao lado da atividade física, figura como foco de intervenção sanitária individualizada ao alcance das instituições de saúde, já que os fatores próprios da esfera econômica e social são colocados num plano abstrato pelo discurso científico.

Ocorre que a prática alimentar transcende as necessidades biológicas, pois “comemos, também, de acordo com a distribuição da riqueza na sociedade, os grupos e as classes de pertencimento, marcados por diferenças, hierarquias, estilos e modos de comer, atravessados por representações coletivas, imaginários e crenças” (Canesqui & Garcia, 2005: 11). Dessa forma, o comportamento alimentar não se orienta somente por critérios racionais como gostaria o saber biomédico, preocupado mais com a “nutrição” do que com a “comida”²⁵, mas cuja compreensão requer admitir que:

Cuidar da saúde e da alimentação depende, em grande parte, de vários recursos e limitações relacionados ao trabalho, à renda ou à vida familiar. Parar de beber ou de fumar pode ser uma decisão individual, baseada em alguma informação ou norma, mas é preciso, para se apreciar a dificuldade envolvida, compreender as implicações relacionais estabelecidas pela cultura do grupo de pertença do indivíduo (Adam & Herzlich, 2001: 86).

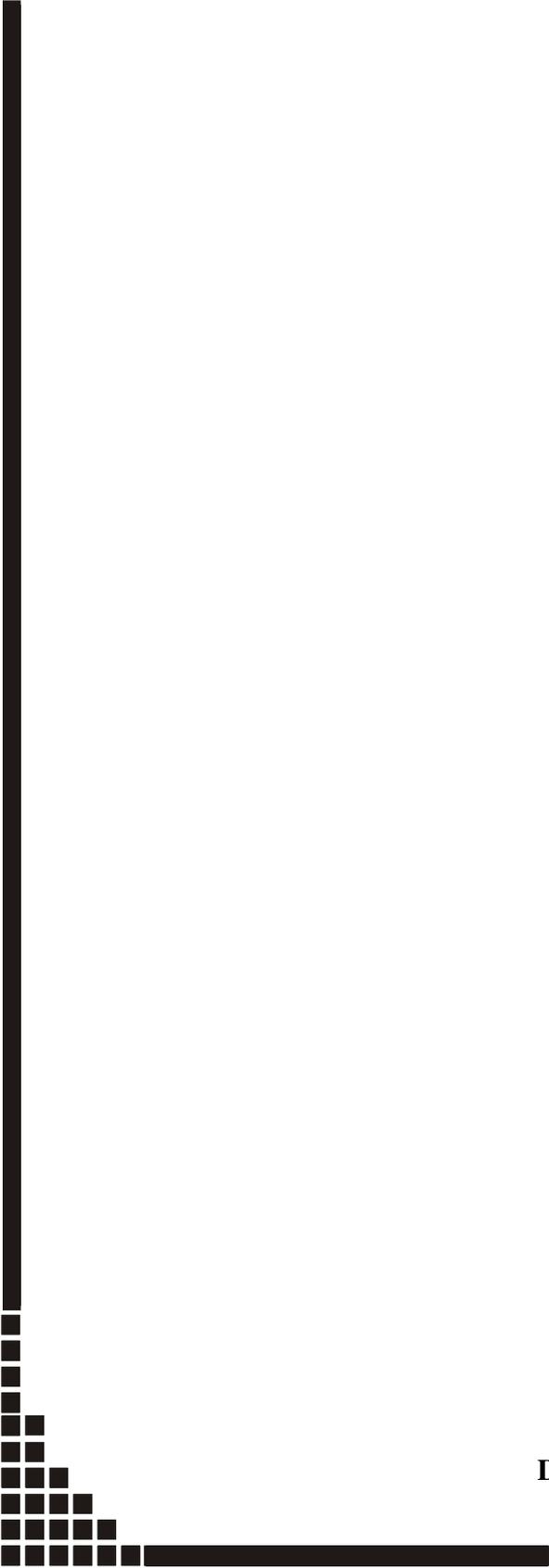
Assim, nas recomendações dietéticas propostas, os profissionais de saúde deveriam esforçar-se em conhecer e preservar, na medida do possível, os aspectos simbólicos peculiares envolvidos no comportamento alimentar, além de não ignorar a intermediação por elementos da estrutura econômica, social e política, estando atentos,

²⁵ De acordo com Garcia (2005), o termo “nutrição” reporta-se aos conteúdos técnicos e enfoca a norma da dieta regulada, enquanto “comida” recupera elementos da experiência pessoal e social do consumo de alimentos.

ainda, aos saberes, representações, discursos e circunstâncias que viabilizam ou dificultam as ações referentes às práticas alimentares que somente ganham sentido quando reportadas à totalidade da vida das pessoas.

Ao longo desse capítulo verificou-se que a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o diabético, o diabetes e o seu gerenciamento, embora se oriente predominantemente pela matriz médico-científica, o seu discurso não deixa de apresentar nuances de saberes advindos de outros domínios que se interpenetram, sobressaindo ora uma, ora outra das suas facetas. Assim, a pretensa objetividade e neutralidade do saber biomédico não se sustentam e requer complementação, sendo crivado pelas experiências e representações vivenciadas e interiorizadas pelos sujeitos, na sua prática profissional e fora dela, respectivamente, integrando o substrato para a interpretação e a ação no processo saúde-doença.

Devido à sua hegemonia histórica nas questões relacionadas à saúde e à doença, bem como a sua ampla oferta e divulgação, especialmente, nas áreas urbanizadas, o saber biomédico e os seus praticantes exercem considerável influência (não exclusiva) nas formas de pensar e gerenciar os sofrimentos físicos como o diabetes. A análise dessas formas, a partir da perspectiva dos adoecidos, compõe o capítulo seguinte.



CAPÍTULO V

Diabetes na perspectiva dos adoecidos

Este capítulo discute o processo de pensar, vivenciar e lidar com o diabetes que comporta uma dimensão ideativa (da representação) e outra concreta (da experiência) que não são estanques, mas integradas, estão em constante movimento, influenciando-se reciprocamente e atualizando-se diante das circunstâncias cotidianas. Tais dimensões se interpenetram na vivência do diabetes, de modo que tanto as representações são revistas em função da experiência, como esta é interpretada e se apóia em elementos ideativos mais gerais sobre a saúde, a doença e o adoecer. O processo de determinação circular, porém, é mediado pelo curso da enfermidade (mudança de sintomas, de respostas aos tratamentos e aos cuidados), pela persistência de construtos prévios (idéias, crenças), pelo ambiente social expresso nas circunstâncias da vida diária dos doentes e na sua inserção na estrutura social (Hunt et al., 1989).

As formas de pensar e lidar com o diabetes envolvem significados e processo e não obedecem a um padrão rígido, não são únicas e nem definitivas (Hunt & Arar, 2001), isto é, podem ser múltiplas, não homogêneas variar no tempo, no espaço e no curso da doença (Young, 1982). Para elaborá-las, o sujeito se apóia numa multiplicidade de elementos disponíveis no seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados diferentemente devido à distribuição desigual e às singularidades da trajetória pessoal (Adam & Herzlich, 2001: 83).

Contudo, o fator cultural (princípios, costumes, valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente) não se coloca determinística ou isoladamente, mas situado e afetado pelo contexto particular composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla (Frankenberg, 1980; Anderson, 1991; Helman, 1994). Soma-se que hoje, principalmente, as populações urbanizadas dispõem de múltiplas referências para a construção da experiência (Canesqui, 2003) da enfermidade, efetivada num movimento simultâneo e permanente de compartilhamento e diferenciação de significados e práticas (Guedes, 1998: 48), permitindo aos sujeitos interpretarem de modo específico as suas vivências.

Na dimensão das representações, são analisados os aspectos da concepção do diabetes, desdobrada na sua classificação, na causalidade, nas expectativas sobre o seu curso e nas possibilidades de cura. Na dimensão da experiência, abordam-se os aspectos

práticos da convivência com o diabetes problematizando o seu controle por meio da dieta, dos exercícios físicos e do uso de medicamentos, além da busca de terapias e serviços alternativos de saúde. Por fim, destacam-se as variações nas formas de pensar e lidar com o diabetes segundo o gênero.

1- As representações não eruditas sobre o diabetes

Nas representações do diabetes, no grupo estudado (nomes fictícios), notou-se um esforço em apresentar o discurso biomédico, sabidamente legítimo e hegemônico em questões de saúde e doença, aproximando-se da sua nomeação, mas não implicando, necessariamente, a assimilação total desse saber. Essa influência é compreensível em se tratando de um grupo social urbano que apresenta intenso contato com as instituições de saúde ao longo da sua existência; ao que se soma o uso de mecanismos eficientes de aproximação e imposição do modelo biomédico (propaganda, predomínio nos serviços públicos de saúde) e o reconhecimento da sua eficácia em muitos casos de saúde, levando a população a ambicionar usufruir desse saber (Minayo, 1988). A *deficiência do pâncreas* com o prejuízo das suas funções e, por conseguinte, de todo o corpo – que é comum encontrar nos relatos – remete ao princípio orgânico disfuncional no entendimento das enfermidades, emprestado da biomedicina. Nas palavras dos informantes:

Diabetes é um problema no pâncreas que não “combate” o açúcar, ele fica no sangue e vai prejudicando os órgãos. Atua no sangue, engrossando e prejudicando o organismo. (Melissa)

É um problema no pâncreas que não funciona direito e não elimina o que a gente come e vai acumulando e ficando cheio de açúcar. (Leonor)

O diabetes tipo 2 é uma deficiência do pâncreas que não produz a insulina suficiente que o organismo necessita para queimar o açúcar. (Jonas)

Nomear o problema de saúde percebido e localizá-lo no corpo (no pâncreas, no sangue) imprime concretude e ajuda ordenar as sensações vagas do diabetes, sendo que esse procedimento evoca a matriz biomédica, sempre reinterpretada pelos adoecidos, que

também recorrem aos conhecimentos do senso comum para explicar a doença. Assim, nota-se que a definição inicial do diabetes como problema no pâncreas complementa-se por *açúcar no sangue*. A composição e a consistência do sangue, no pensamento do senso comum, alteram-se pela presença não natural de elementos, em geral, externos (álcool, remédios, alimentos e, no caso, açúcar) tornando-se *sujo, grosso, viscoso*; prejudicando sua circulação nas veias e nos órgãos envolvidos com esse fluido, como os rins (que *filtram o sangue*) e o coração (que *bombeia o sangue*). Essa associação talvez oriente as complicações do diabetes descontrolado citadas, como levar à hemodiálise, aumentar a pressão arterial, comprometer a circulação (associando-a ao desenvolvimento da hipertensão), podendo levar à amputação, má cicatrização e perda da visão.

Não obstante, além da materialidade, o sangue possui conotações morais, com alto potencial simbólico em relação à *força*, corporificada física e moralmente (Duarte, 1986). O sangue agrega funções biológicas e sociais ao se reportar, nos segmentos populares, à saúde como vigor/força e resistência que garantem tanto a reprodução material (Costa, 1978), possibilitando honrar os compromissos morais, bem como à reprodução biológica na sua associação com a fertilidade (Leal, 1995). Essa relação sangue/força articula-se com a *alimentação* como fonte central (não exclusiva) de sustentação do corpo e da saúde, de modo que valorações alimentares conflitantes podem influenciar, em parte, o seguimento das recomendações dietéticas, como será retomado mais adiante. Conforme os depoentes:

Problema no pâncreas que não funciona direito, vai açúcar ao sangue e entope tudo. (Rosa)

O sangue fica doce, com glicose e engrossa pelo açúcar que fica nele, como na pressão alta que é a gordura. Na pessoa com saúde, o sangue é limpo, fino. (Benta)

O açúcar não é dissolvido no sangue. Pode engrossar e dar um problema de derrame, uma coisa ou outra. Às vezes pode dar trombose, cegueira, derrame, tudo isso. E é tudo prejudicado pelo baço e pelo açúcar. Pode às vezes engrossar, ficar sujo no português mais claro. (Cícero)

Dentro do nosso organismo, tanto o açúcar como o sal, isto é, qualquer coisa que esteja fora das medidas, dentro da nossa circulação sanguínea, provoca doenças, cegueira, problema na circulação. O sangue fica mais viscoso, por causa do açúcar e provoca lesões nas coronárias, levando muitas vezes ao infarte, derrame cerebral, aneurisma. (...) Inclusive eu tomo um medicamento para que meu sangue se mantenha sempre em condições de circulação. Sangue grosso é a linguagem mais popular, mas na verdade é viscoso. Existem medicamentos que dissolvem esses coágulos, porque o grande perigo é o açúcar provocar coágulos na nossa corrente sanguínea e pode levar à embolia pulmonar, aneurisma, derrame, infarte do miocárdio, cegueira, problemas renais porque o rim é o filtro e recebe uma sobrecarga, passa a funcionar com precariedade levando à hemodiálise, que é a filtração artificial do sangue. (Jonas)

Nota-se nos relatos abaixo, carregados de hesitação, a definição do diabetes não como problema em si, mas como a causa de outros problemas (que *puxa outras coisas*) ou algo que leva a um estado de propensão a outras doenças (Torres-Lopez, 1999), talvez pelo reconhecimento da sua instalação no sangue que, prejudicado, afeta o corpo todo (*altera o sangue levando a outros problemas*). Sendo assim, o diabetes funcionaria como elemento *destruidor de uma coisa e outra* e *desarranjador* de uma certa ordem biológica preexistente, como sugerem os depoimentos:

Diabetes prejudica tudo. Prejudica o coração, a circulação... Engrossa até a urina. Ouvi dizer que o diabético urina que nem um mel... (esposa de Osmar)

Minha mãe era diabética e de primeiro não sabia que era. Um dia ela ficou doente, muito ruim e perdeu até a memória. Meu pai chamou o médico depressa, um senhor de idade e acho que não entendia muito – não conheciam essas doenças naquele tempo – e ele aplicou uma injeção com glicose e no outro dia cedo meu pai teve que correr com ela na Santa Casa – estado de coma. Então, daí para frente ela lutou 8 anos e morreu praticamente de outra coisa. Diabetes ataca tudo, vai mexendo com todas as coisas no corpo, com os rins, essas coisas. Eu não tenho pressão alta, mas o colesterol subiu, o médico fala que está tudo ligado uma coisa a outra, porque o diabetes mexe com o colesterol, mexe com o triglicérides. (Nicolau)

Outras vezes os informantes não se arriscam a definir diretamente o que é o diabetes, alegando não saberem explicar. De forma indireta, ou diante da insistência da pesquisadora, esboçam tentativas explicativas que mesclam elementos da própria vivência, do conhecimento construído e compartilhado socialmente que inclui, também, recortes do discurso biomédico (Garro, 1995). Nos relatos titubeantes dos informantes, diabetes é algo que materializa um conjunto de sensações, permitindo interpretá-las e nomeá-las nessa categoria, como segue:

Diabetes... [silêncio] não sei nem explicar para você viu... Ah é uma coisa que se você não cuidar, ela é perigosa, mata. Acho que porque o rim seca, acho que é isso aí... Ah não sei explicar, não. Ouvei falar também que é esse negócio de açúcar no sangue... Ah, eu não sei falar, não... (Carlos)

Você sabe que é até meio difícil a gente explicar. Eu sinto uma doçura na boca. Acho que é problema de insulina porque a nutricionista explicou que nosso órgão não faz a insulina... sei lá. Diz que é açúcar no sangue, mas o que faz o açúcar no sangue? Porque nosso organismo não está funcionando alguma coisa certa, não é? Mas o que é? Não produz insulina? A moça explicou isso aí, mas eu não consigo explicar. (...) Acho que o problema é no sangue mesmo. (Alaor)

Dá açúcar no sangue e ele fica na corrente sanguínea e ataca não sei se é o fígado ou o pâncreas, não sei... Mas ele ataca alguma coisa aí por dentro, deixando a parte nossa que fabrica a insulina com problema. Pára de funcionar ou funciona muito lenta. Então não tem aquela eliminação da gordura que uma pessoa normal tem. (Edson)

Nesse sentido, o diabetes é, também, definido pelas suas características (*incurável, da idade*) e possíveis conseqüências (*levar à morte*) que dele podem decorrer. É, ainda, lembrado como uma condição permanente de restrições e privações que impõe disciplina e vigilância constantes, sendo mais proeminente nos relatos masculinos, como será comentado em outro momento deste estudo. O diabetes vem e fixa normas aos comportamentos que são reconhecidas socialmente e devem seguidas e, por isso, a sua transgressão gera sentimentos de culpa além de serem, inevitavelmente, mais cedo ou mais tarde, “punidas” com agravamentos.

É uma coisa incurável que vem e fica e se não cuidar a tendência é piorar e matar (Rosa)

É uma doença própria da idade. (Zilda)

Olha, diabetes para mim é a mulher do diabo... [risos] Então é uma coisa que não tem cura e aparece sem a gente esperar. Tem muita gente que tem e nem sabe por que não faz exame. Por exemplo, quem tem triglicérides alto vira diabetes. (...) É uma doença que tem que ter um regime, principalmente para comer você tem que comer mais vezes e pouquinho quantidade... volume pequeno. Por exemplo, o médico falou “se um caminhoneiro tem diabetes, como vou dar o regime pro cara? O cara quer comer, não sabe a hora que vai comer”. (Osmar)

A permanente vigilância, própria do diabetes e de outras doenças crônicas, é exercida tanto pelo próprio adoecido (autovigilância) como por outras pessoas (heterovigilância) com quem se relaciona (diabéticos, parentes, vizinhos, colegas de trabalho e de lazer, profissionais de saúde), o que é descrita por Broom & Whittaker (2005) como uma “cultura da vigilância”. Desse modo, o adoecido pode ser levado, num esforço defensivo e de adaptação de convívio com a enfermidade, a esconder a sua condição ou isolar-se com o intuito de evitar ou neutralizar possíveis situações discriminadoras (reais ou antecipadas) que evidenciarium uma identidade deteriorada pela doença, como no estudo de Scambler & Hopkins (1988) sobre os epiléticos. Por outro lado, a vigilância remete à noção de *controle* – não do diabetes, mas do seu portador – incidindo sobre o senso de liberdade e autonomia (Broom & Whittaker, 2004) que são valores tradicionais da sociedade ocidental, constituindo-se em parâmetros à interpretação das conseqüências da enfermidade que passa a significar “dependência” e “perdas” (Charmaz, 1983). As restrições, os limites e as regras impostos pelo diabetes estão ilustrados nos trechos a seguir:

Não pode comer um doce numa festa, não pode comer um bolo recheado, uma bebida que tem doce, um vinho. Tira toda a liberdade da gente, a vida da gente. Sempre lembrando “ah, tem diabetes...” Você vai a um médico e a primeira coisa é falar que tem diabetes, para saber outros médicos em que foi. Tudo tem que falar, em todo lugar. É duro não ter mais aquela liberdade, paz. Se você vai numa festa, tem que pensar e uma pessoa com saúde vai e não precisa nem pensar o que

tem que fazer, o que não tem que fazer. Agora, se a pessoa é assim, tem que pensar, porque se não pensar, amanhã ou depois você pode não fazer nem metade do que faz hoje. (Zilda)

O diabetes é uma coisa que corta tudo o que a gente pode fazer na vida e passa agora a ter que fazer tudo regrado. Se você vai comer uma carne, não pode ser carne frita por causa do óleo, nem uma costela de boi. Para mim tem tanta coisa que não pode fazer como tomar uma cervejinha. Corta tudo aquilo que a gente tem na vida. Pobre precisa comer, antes podia comer qualquer coisa e hoje todas as coisas eu preciso ver o que eu posso fazer. (Justino)

Se você chega num pé de laranja ponkan amarelinha, você se contenta em chupar uma? Uma dúzia, não é? E nós não podemos, somos recomendados a chupar uma. Nós somos censurados duramente no nosso apetite, na alimentação, e que é uma coisa natural. Você entendeu por que é difícil? Se vai comer uma maçã ou outra coisa é tudo sob medida, limite: você pode comer uma, pode comer meia, 3 colheres de arroz. Eu com 1,83m, como vou ficar em pé? (Jonas)

A definição do diabetes é, também, carregada de **ambigüidades**, sendo tomada ora como doença, ora como não doença, uma vez que, embora se reconheça a necessidade de cuidados, não há prejuízos da performance social (ao menos nos casos sem complicações mais sérias), não impedindo o cumprimento de compromissos morais e o desempenho dos papéis sociais (boa esposa/marido, boa mãe/pai, trabalhador(a), responsável, não dependente de outras pessoas para executar as atividades corriqueiras). Nesse sentido, pairam dúvidas sobre a sua classificação como doença, porque ela permite tocar a vida *sem se preocupar, nem percebe que tem diabetes*; ecoando, na classe trabalhadora, com as representações de saúde que a associam à ausência de doença, à disposição para trabalhar e ao “não sentir nada” (Costa, 1978; Minayo, 1996; Canesqui, 2005), como será comentado em outro momento. Assim, o parâmetro para classificar o diabetes apóia-se tanto na vivência da enfermidade, como em abstrações (conceitos) mais gerais sobre saúde e doença. Da mesma forma, a ausência de incapacidade, o fato de não consumir excessivamente serviços médicos e não depender de medicamentos (relativizado por ser *ativo*), informará a autoclassificação do adoecido como “saudável”, embora tenha diabetes. Nas palavras dos depoentes:

É uma doença grave, mas sutil. Tem que ter consciência de que ela destrói e tem que saber como ela está porque ela não “fala” nada. (...) Esqueço que tenho isso. Só tomo o remédio. (Rosa)

Não diria bem uma doença porque, sabendo levar, a gente nem pensa que tem ela. Quando está alta aí é uma doença. Controlando, nem percebe que tem. Doença é quando fica ruim, numa cama, internada. (Celina)

Saúde é não ficar indo em médico por qualquer coisinha, é ter a disposição para o serviço. Eu só vou ao médico para o controle da diabetes. (Zoraide)

Pessoa com saúde não toma remédios, mas eu sou uma doente que não paro – faço o serviço de casa, rezo, vou a à igreja. Doente é o de cama, que tem que ser cuidado. (Serena)

O fato do diabetes ser entendido, simultaneamente, como *doença/não doença*, se reforça por requerer tratamento, ser considerado grave (por profissionais e leigos), perene e irreversível; ao mesmo tempo em que é silenciosa, assintomática e invisível, em alguns períodos. Esse caráter “virtual”, no entanto, é quebrado pelos mal-estares ocasionais, pelas complicações evidentes (cegueira, amputação), pela objetividade dos exames, pelas idas regulares ao médico, pela vigilância imposta em situações de sociabilidade em que é comum o compartilhamento de alimentos; contribuindo para dar visibilidade ao problema. Dessa forma, o diabetes se apresenta como categoria ambígua (Douglas, 1976) localizada em domínios diferentes e incompatíveis, intersticiais, às margens das normas, causando estranheza, insegurança, inquietação e ameaça podendo se converter em fonte de perigo. Nesse sentido, ser uma doença *ingrata porque deixa seqüelas se a pessoa não cuidar ou traiçoeira, que está quieta e quando você menos espera pode complicar*, nas palavras dos informantes, embute a crise latente e a constante incerteza quanto aos acontecimentos futuros, ainda que o sujeito esteja sob tratamento.

A ambigüidade, também, é observada quanto à **gravidade** do diabetes, que é afirmada pelos profissionais de saúde e testemunhada pelas seqüelas físicas e pela experiência (própria ou de outras pessoas) de crises hipo ou hiperglicêmicas, com as respectivas sensações desagradáveis, relatos de coma e morte; mas que é relativizada pela

possibilidade do seu controle se o sujeito se cuidar; ou pela comparação com outras doenças mais agressivas ou, ainda, pela exemplificação com casos concretos que confirmam e desconfirmam ser um problema sério ou não, devido ao caráter idiossincrático das enfermidades. Como os depoentes revelam:

Ao mesmo tempo em que ela é grave, ela não é: depende da gente. Tenho parentes que morreram de diabetes e outros estão aí vivendo com ela. (Zilda)

Levando a sério, controlando não é um bicho de sete cabeças. Falam tanto de diabetes, mas eu acho que pior mesmo é aquela doença... Não quero nem falar... O tumor maligno. (Clóvis)

É grave porque mata. Ela vem e fica e se não cuidar a tendência é piorar e matar. Mas não é como o câncer que não dá para controlar: diabetes tem controle... (Rosa)

Pelo que os médicos falam é grave. Não é que é grave, é uma doença que você vai conviver pro resto da vida. Sabendo controlar tudo bem, mas se abusar não tem escapatória. (esposa de Pedro)

Quanto à **classificação**, foram citados dois tipos básicos de diabetes: um mais grave que é de difícil controle, requer uma dieta mais rigorosa/rígida, materializada pela insulina e pelas complicações (que inclui “passar a usar insulina” em si e apresenta dificuldades de cicatrização), e outro como forma mais branda, controlável pelos comprimidos e pelo regime alimentar. Os homens a nomeiam como diabetes *mansa* e *braba* ou *fraca* e *fortelagressiva/violenta*, respectivamente, que seria uma forma corporalmente mais intrusiva e limitante.

A forma “mais grave” é, também, identificada por algumas das suas características como a *do tipo 1*, *a que precisa tomar insulina*, *a que não abaixava de jeito nenhum*, *a que a pessoa já se nasce com ela*, *aquela em que a pessoa é magrinha*; e a “mais mansa” parece se pautar pela natureza dos fatores causais, se referindo aos casos adquiridos provocados pelo abuso alimentar (muito doce, massa e gordura) e pela própria idade. Foram citados, ainda nesse tipo, o diabetes *emocional* ou *ocasional*, como aqueles casos em que a glicemia é alterada somente em determinadas situações adversas, geralmente repletas de preocupações, agitações ou nervosismo. Os tipos de diabetes aparecem nos depoimentos seguintes:

A mansa é a que não toma insulina e a braba tem que usar todo dia. O comprimido é diferente: você toma em jejum todo dia e ele vai lá no pâncreas e obriga [risos] o pâncreas a soltar insulina. Perguntei pro médico e que não tem perigo, mas tem que fazer a dieta certo, tomar o remédio certo. (...) O pâncreas daquele que sofre dessa diabetes mais mansa não está tão ruim, entendeu? Mas na braba, o pâncreas não está mais fabricando insulina e toma ela na veia, vai direto. É mais perigosa e pode ter que fazer ponte de safena. Tenho 2 irmãos que fizeram. (Jorge)

Tem muitos tipos de diabetes, doce, salgado. O médico explicou que tem os tipos: tem uma que não fecha o corte porque o sangue não cola – são os que tomam insulina – e tem a que precisa tomar comprimido. O meu é de comprimido. (Melissa)

A minha diabetes é emocional, é de fundo nervoso: não posso passar muito nervoso que daí ela sobe, mas estando tudo calmo tudo bem. Só que é difícil o pobre estar calmo... [risos]. (Edson)

Diante da manifestação de relutância em tomar insulina, questionou-se os motivos para tal e os informantes referiram aversão à “picada”; incômodo em aplicá-la todos os dias ou ter que depender de outras pessoas para fazê-lo; o fato de ser uma droga muito forte que impõe comer em horários rigorosos para que não tenham quedas bruscas da glicemia (como testemunharam ou ouviram falar) e por associá-la à debilidade física expressa pela magreza que é comum nos diabéticos insulino-dependentes. Não obstante ao desconforto físico e às dificuldades pelos aspectos técnicos do seu uso, como ilustra o excerto abaixo, destaca-se uma dimensão simbólica do “tomar insulina”, apontada por Hunt et al. (1997), que atesta o fato do diabetes ter piorado e se piorou foi por negligência ao cuidado com a própria saúde ou falha no controle adequado, incidindo na questão da responsabilidade colocada ao indivíduo para tanto. Além disso, a picada diária pode ter conotações sociais negativas por remeter à dependência química com uso de drogas fortes e que prejudicam a saúde. Como se pode notar nos depoimentos:

Fui na Bahia em 80 e quero ir para lá ver os parentes. Conversei com o médico se nesses dias de viagem poderia suspender a insulina. Ele falou que nem pensar! Agora estou pensando que jeito vou fazer para viajar de ônibus, porque você sabe que ela não pode esquentar. São 29

horas de viagem, mas o caso é que esquenta também dentro de ônibus, e tem lugar que ele pode fazer parada e pegar gelo no posto, mas tem lugar que não tem. (Cícero)

Deus me livre! A insulina tem que tomar todos os dias, se a gente mesmo não aplicar tem que pedir para outro. E outra: ela tem que estar na geladeira direto e eu não paro, saio direto. Uma hora estou aqui, outra hora em Santa Bárbara e tem dias de passar fora. E eu não vou sair daqui de minha casa em Piracicaba e vou para Santa Bárbara e levar insulina; eu vou tomar ela quente? Não pode. E o comprimido eu ponho no bolso e pronto. (Cosme)

Eu fui ao médico na Escola Agrícola, quando trabalhava lá e ele começou a falar em passar insulina para eu tomar, para minha mulher aprender aplicar... Ah, sumi de lá, não fui mais. Ah, eu não vou tomar insulina, não. A diabetes não está tão alta, vai todo dia picar meu braço... Ah, não quis, não. Pode até ser que seja bom, talvez até fiz errado. Então eu continuo aqui no Posto mesmo, vou aí consulto aí, mede aí, dá o remédio aí mesmo. Agora ficar aí picando a gente, ah tá louco... (...) Dá impressão que a coisa tá feia pro lado da gente. Tomando até injeção para curar a gente, não é. Se diz que não tem cura, para que tanto, não é verdade? (Clóvis)

Os entrevistados foram questionados sobre as suas idéias de **cura** e o **curso** ou desenvolvimento/evolução do diabetes, bem como as expectativas futuras a respeito do próprio caso. De um início e desenvolvimento silenciosos, o diabetes vai, aos poucos, se alastrando e se infiltrando em todos os aspectos da vida do adoecido (*invade tudo*), bem como, afetando as pessoas que o rodeiam, podendo passar a ser entendido como uma forma de enfermidade que Charmaz (1991), apropriadamente, designou *intrusiva* por tornar-se parte permanente da vida, requerendo atenção e tempo contínuos. Esse alastramento fica evidente nos relatos que seguem:

Deixa eu te mostrar o troféu que ganhamos do campeonato de dominó – não estamos fugindo do assunto, porque o diabetes está em tudo... (Clóvis)

*Depois que ele ficou diabético, fiquei mais rigorosa – dieta para todo mundo. Foi uma revolução total na comida aqui em casa, porque eu não faço mais fritura como fazia batata frita, mandioca frita, se faço almôndegas eu ponho no forno, um litro de óleo dura 1 mês. E foi assim. Todo mundo entrou no regime e a comida é igual para todos.
(esposa de Osmar)*

A iminência constante de complicações que podem irromper inesperadamente e a crise latente que é um traço inerente às doenças crônicas (Canesqui, 2006a), acompanham o curso do diabetes, provocando incerteza quanto aos acontecimentos futuros. Com o passar do tempo e diante da insistente cronicidade do diabetes, resta aos adoecidos se ajustarem à situação que é inevitável escapar e que ocorre em meio a uma vida a ser tocada com os seus compromissos sociais e morais a serem honrados que transcendem a realidade física da enfermidade. Essas questões se inserem nos seus relatos:

E é uma doença crônica que sempre vai ser e será sempre difícil. Mesmo se ela abaixar tomando remédio, um dia ela pode subir sem avisar e complicar um monte de coisas. (esposa de Nicolau)

*Acho que a gente controla ela, mas ela não sara. Porque você pode controlar ela todo dia, mas se um dia que você come demais ela já sobe. Isso é o que eu conheço de mim. Então, eu tenho a impressão que muitas vezes você a controla com alimentação, mas se abusar ela sobe.
(Alaor)*

No começo ficava nervosa, estressada, agressiva, mas depois você vê que não tem solução mesmo... (Márcia)

Não tem essa de ficar pensando “eu tenho isso, eu tenho aquilo”... Eu quero é viver. (Célia)

De um lado, nota-se uma idéia de progressão fatal da enfermidade que vai se agravando e pode ser associada ou acentuada pelo desgaste natural vindo com o “avançar da idade”, anunciada pelas mudanças na dose e tipos de medicamentos que necessitam ser cada vez mais agressivos (culminando com a indicação da insulina) para controlar o diabetes, bem como pelas complicações físicas que se manifestarão, ainda que a pessoa siga as prescrições médicas. Por outro lado, acredita-se que o quadro da enfermidade se

estabilizará desde que sejam seguidas as recomendações médicas, o que embute uma idéia de “salvação” como recompensa à adesão às prescrições (Ferzacca, 2000). O recurso à intermediação religiosa também pode ser empregado para *estacionar* o diabetes, mesmo no descumprimento das prescrições ou por entenderem que a decisão final sobre o seu futuro encontra-se nas mãos de Deus. Os relatos seguintes expressam essa consternação diante da natureza degenerativa do diabetes, mas também a esperança:

O diabetes prejudica todas essas coisas. A minha vista começou a estourar as veinhas e isso é problema de diabetes. O diabetes ataca de todo jeito, mesmo tratando. Porque é assim: eu tomava o Diabinese, depois passei para o Metformina – que é mais forte – e depois fui para dois remédios (Daonil e Metformina). Então, mesmo com o remédio, acho que com o tempo, os anos que a gente está com esse problema no corpo, acaba tomando insulina, que é o último recurso. É como calmante que você toma e vai indo, vai indo e o corpo acostuma e ele passa a não fazer mais efeito. Quando isso acontece tem que falar com o médico que receitará outro mais forte. Com o diabetes é igual. É que nem eu: a minha diabetes foi aumentando, então eu tive que tomar esses outros remédios para ela controlar. (Cosme)

Pode normalizar porque já vi acontecer de pessoas que tiveram alterações temporárias na glicemia decorrente de situações difíceis que enfrentaram. Se não acontecer isso comigo, vou dar um jeito, mas não quero pensar nisso agora. Deus cuida de mim. (Rosa)

Sobre a **cura**, enquanto o resgate de uma normalidade funcional anterior à descoberta do diabetes (sem necessidade do uso regular de medicamentos específicos e de dieta) é comum afirmarem não existir, ou seja, uma vez instalado o problema não há cura no sentido biomédico. Até mesmo em situações de suspensão dos medicamentos, como no caso de dois informantes que se submeteram à cirurgia de redução de estômago e apresentam taxa de glicemia dentro dos padrões ideais sem fazer o uso de medicação, há hesitação em afirmar que estejam curados como se nota nas suas palavras:

Pela ciência não tem cura, veja o meu caso. Antes da cirurgia a glicemia estava em 380. Após 40 dias da cirurgia estava 100... Não sei bem o que dizer... vamos esperar, mas sei que é porque não estou comendo como antes. Se comer ela volta, não é? Tem que ficar esperto com ela.... (Leonor)

Atualmente não tomo mais o remédio do diabetes, mas tem que tomar cuidado, se não... (Serena)

No entanto, sugerem haver o “controle” do problema (discutido mais adiante), que, quando otimizado, pode significar/corresponder à cura, aproximando-se do conceito de *normalização*²⁶. Essa noção de “cura” às custas do controle, porém, é possível por intermédio da alimentação (*se fechar um pouquinho a boca*) ou pela *mão de Deus*, caso contrário, vive-se *até o fim* dos dias com a enfermidade. O parâmetro para sentir-se curado/controlado parece repousar, por sua vez, na definição de “saúde”, peculiar à classe trabalhadora, como um estado relacionado à disposição para desempenhar as atividades cotidianas e, opostamente, a manifestação concreta da situação de doença como a suspensão de tais atividades (remuneradas ou não), que, antes, eram normalmente exercidas. Assim, ter o diabetes, mas, ao mesmo tempo, ser capaz de controlar a enfermidade mantendo a glicemia em níveis toleráveis, e sentindo-se apto para atender às demandas diárias; contribui com o senso de “ter saúde”. A condição de doente passa pela apreciação de sensações e sintomas (incluindo fraqueza e cansaço) que impossibilitam fisicamente o sujeito de trabalhar, sendo, então, o “não trabalho”, quase um sintoma de doença (Knauth, 1995). Nesse sentido, a compreensão de saúde e doença fundamenta-se na sua inter-relação com o uso social do corpo e deste com o trabalho/atividades cotidianas (Costa, 1978; Boltanski, 1979; Loyola, 1984; Canesqui & Queiroz, 1988; Queiroz, 1991; Knauth, 1992).

Essas noções parecem balizar a avaliação subjetiva da cura/controlado menos preocupada com as funções biológicas do que com a auto-estima e o conforto moral propiciados pela capacidade de honrar os compromissos sociais, como se nota nos trechos dos relatos seguintes:

²⁶ A normalização nunca é um retorno ao estado anterior, mas é um conjunto de ações e interpretações que possibilitam construir uma “nova atitude natural” e conviver com a doença. Contudo, isso somente poderá ser aceito se o novo modo de vida adotado estiver em acordo, ao menos em parte, com os valores dos indivíduos envolvidos (Adam & Herzlich, 2001: 125).

Olha, o diabetes é uma coisa que a pessoa controla, mas cura não tem porque é no sangue. A minha está controlada, me sinto bem, não deixo de fazer as minhas coisas e faço um examininho de vez em quando e se der mais ou menos, vai controlando. E outra coisa: ela controla, mas não quer dizer que vai sarar de vez. Controlando até que se vive quase normal, mas sarar de tudo, não. (Cícero)

Com controle sente-se praticamente curada. Faço o meu serviço, sinto-me disposta, limpo casa, limpo a igreja... (Dália)

2- As interpretações causais do diabetes

As explicações causais constituíram tema fértil nos estudos de Antropologia Médica e da Saúde, nas tradições norte-americana e francesa, respectivamente, desde o século passado (Caroso et al., 2004). Entre os autores, Buchillet (1991) e Sindzingre & Zempléni (1992) apontam quatro questões fundamentais envolvidas na causalidade das doenças: a) reconhecer e classificar o que é a doença; b) perceber ou representar uma causa instrumental (como aconteceu); c) identificar o agente que a produziu (quem, o que); d) reconstruir sua origem (por que ocorreu). A esse esquema Caroso et al (2004) somam uma quinta questão sobre a *cura* (o que é, como se procura e a obtém).

Essas questões estão implícitas nas explicações causais relatadas pelos informantes sobre o início do diabetes e se enredam num fluxo de acontecimentos que inclui os comportamentos (coisas que fizeram ou não, ou falharam ao fazer) e os eventos significativos da vida, que se integram à totalidade da história pessoal de cada um, extrapolando as explanações causais físico-biológicas. Por isso, prefere-se os termos *aspectos/interpretações causais* ou *gênese* (Willians, 1984) do diabetes, à “etiologia”, que se enraíza na racionalidade médica ocidental e embute a idéia de determinação, não endossada pelos depoentes que tomam e conectam as descontinuidades da vida cotidiana como pontos de referência do passado, com significado no presente.

De fato, há uma história que circunda a origem do diabetes na qual se combinam outras enfermidades preexistentes aos fatores comportamentais, acontecimentos e eventos sociais, muitas vezes, repletos de conotações morais. Vale a pena deter-se no relato abaixo para ilustrar esse emaranhado a começar pelo seu caso de diabetes que inaugura a ocorrência da enfermidade na família, tornando o fator hereditário inconsistente na explicação causal. O informante parte das desordens corporais relacionadas às irregularidades menstruais, o problema no parto e situa a descoberta do diabetes no mesmo período da vivência de um câncer no útero que lhe rendeu experiências estigmatizantes, agressivas e mutilantes (expressa no fato de ser “arrancado”, juntamente com os ovários). São problemas reportados à reprodução biológica que exerce centralidade na construção da identidade feminina, atingindo um órgão que se associa à fertilidade e ao papel social da mulher, além da deterioração do sangue, pela ruptura de um ciclo e perda excessiva, que também é “emblemático da condição de fecundidade” (Leal, 1995; VÍctora, 1995), sinalizando desarranjo e debilidade que afetaram física e simbolicamente o depoente.

No mesmo caso, em meio às intercorrências físicas, a noção de “nervoso” é citada como algo que atinge o comportamento (levando a comer desmedidamente), mas motivado por adversidades relacionais, problemas de sociabilidade (a situação de isolamento implícita no relato) e preocupações gerais, que foram se acumulando e culminaram com o desenvolvimento ou agravamento de enfermidades, como no caso da hipertensão – hipótese fortalecida ao ser legitimada pelo profissional de saúde. Como na metáfora da “panela de pressão”, suportar incômodos silenciosamente, controlar as emoções, conformar-se com os conflitos ou tolerá-los para evitar gerá-los ou acentuá-los (Maciel, 1988), são esforços empreendidos pelas mulheres como preço para manter a coesão familiar e demonstrar a força moral fundamental à reprodução da casa (Canesqui, 2006b).

Nota-se, ainda, a ambivalência da relação do informante com o serviço de saúde que tanto lhe provocou uma lesão quanto possibilitou a cura de uma doença considerada grave; mas que não deixa de ser coroada com a ajuda divina, no depoimento. Por fim, verifica-se serem perturbações de ordem física e moral que envolvem a origem do diabetes,

consubstanciadas no “nervoso” enquanto código específico utilizado pela classe trabalhadora para falar dos infinitos embaraços da prática da vida (Duarte, 1986), como discutido adiante. Nas palavras do depoente:

Na minha família, quem teve a diabetes, primeiro de tudo, fui eu e apareceu na época que tive câncer de útero e fiz tratamento em São Paulo. Tem pessoas ignorantes que acham que o câncer fede, que é isso, é aquilo. A gente recebe muita humilhação por isso. (...) Desde a primeira menstruação, ela era descontrolada vinha bastante, então tive o primeiro filho e foi com fórceps. Mais para frente fui fazer uma cauterização e acho que o aparelho ficou muito tempo ligado em mim. (...) Depois, o médico fez ultra-som aqui no hospital e era tudo tumorzinho, por isso eu não tinha mais a parede do útero, não formava mais. Então, ele falou que teria que arrancar tudo: útero e ovário; e é arriscado porque dava hemorragia duas vezes no dia. Usava forro muito grosso e, às vezes, tinha que trocá-lo em banheiro de ônibus. Essa foi a vida de quase dois anos. Ia a cada 15 dias para São Paulo, depois cada mês, dois meses e quando ia de três em três, a coisa já estava bem melhor, graças a Deus. Nesse tempo, tive muita hemorragia e quase não comia salgado, comia mais doce e isso pode ter facilitado aparecer o diabetes. Mas também é de sistema nervoso. Sou nervosa, então eu comia e atacou diabetes e, também, a pressão e o médico falou que eu guardava muita coisa. Muita coisa que faziam comigo, encrenca de família, vizinho e eu ficava quieta, não dava resposta, isso vai acumulando e um dia explodiu no corpo. Isso foi prejudicando e explodiu de uma vez. O médico falou que eu tinha que desabafar. E estava passando um período muito pesado de enguiços em casa. Um dia, quando cheguei de São Paulo a coisa estava complicada e eu desabafei mesmo, sabe. Daquele dia em diante voltei, fiz o exame e o médico admirou e perguntou o que tinha acontecido, o que eu tinha feito. Só respondi: “o senhor não disse que tinha que desabafar? Então, desabafei, aliviei”. Mas nem tanto foi de desabafar, porque eu estava vendendo minha casa aqui e ia morar num lugar onde eu gosto, onde cresci e morei por 20 anos. Nossa! Eu queria voltar lá, era um lugar muito gostoso, a gente se dava muito bem com todo mundo, tinha todas as amigas de infância e aqui eu estava sempre sozinha. Por isso estava tão feliz e também desabafei aquilo que tinha e estava parado dentro de

mim. Tem que falar, senão isso prejudica tanto a diabetes quanto a vida de qualquer pessoa. Até o médico disse que isso foi uma grande coisa, uma ajuda no tratamento. E, graças a Deus, aliviou muito [risos].
(Dália)

O relato seguinte, também se reporta aos problemas da vida, enquanto “sofrimento”, cuja resignação e enfrentamento simbolizam a “força” constituinte da identidade masculina, sendo que as causas do diabetes se apóiam em fatores que dependem e independem da vontade do sujeito. Se por um lado, aqueles que fogem ao seu controle (herdados) suavizam o peso da responsabilidade individual pelo problema, por outro lado, o fato de *apreciar e consumir muito açúcar* sugere ser o diabetes uma doença “do excesso” e reforça a participação do sujeito na enfermidade, sob o ponto de vista moral, devido às transgressões às normas alimentares de não ingerir alimentos excessivamente calóricos, segundo as prescrições dietéticas médico-científicas. A falta de controle no comportamento alimentar e as falhas no dever de cuidar da própria saúde pressupõem a autculpa, podendo provocar desconfortos morais nos sujeitos (Broom & Whittaker, 2004), como transparece no depoimento:

Devemos aprender a conviver com os problemas da vida e não se abalar por isso, porque eles fazem parte. O sofrimento é consequência de nossas desobediências, má alimentação ou as extravagâncias dos pais e avós, e a gente paga um preço. (...) Extravagâncias são o excesso que cometeram em vícios, alimentação errada, excesso de carboidratos. Tudo o que fazemos hoje e há alguns anos atrás na juventude, reverte na saúde hoje. Uma alimentação não controlada, sem uma orientação; quando era criança, jovem, me excedi em alimentos calóricos... (...) Criança gosta de lanches, pão e isso aí já é um início errado, que vai refletir no futuro, acarretando doenças – e até no presente por causa da obesidade que pode trazer o diabetes. (Jonas)

A descoberta do diabetes pode ser marcada pelo seu curso natural através da detecção de pequena alteração em exames médicos periódicos de rotina (quando citam que no exame *não deu diabetes, mas deu que tinha a possibilidade de ter*, ou de denominar-se *pré-diabética* ou por *estar esperto/alerta* devido aos resultados anteriores que mostraram taxas limítrofes de glicemia); ou pode aparecer associado com o fato do sujeito perceber

algo errado com o corpo motivando as queixas e a busca por atendimento médico. A identificação pode, ainda, dar-se pelo mero acaso, surpreendendo o sujeito devido à ausência de manifestações subjetivas ou objetivas, mas que foi legitimada inicialmente pela confirmação laboratorial, reforçada pelo diagnóstico médico e pela terapêutica específica (medicamentos e recomendação para mudar o estilo de vida). A descoberta do diabetes casualmente, por meio de campanhas massivas, demonstra a influência da divulgação dessas iniciativas, bem como da oferta e do acesso aos serviços de saúde que dependem da sua organização e de iniciativas políticas nos planos local, regional e nacional.

Observa-se a importância da percepção de algumas sensações corporais na identificação do diabetes, como o excesso de apetite e a insatisfação após as refeições, o fato de urinar frequentemente e a visão turva. O sangue ralo, por um lado e doce, por outro, também incorporam-se às explicações da enfermidade. Os depoentes discorrem sobre essas questões no processo de descoberta da enfermidade:

Começou com a vista que começou a ficar turvada. Comia muito, fazia muito xixi à noite principalmente – porque dizem que o sangue vira água. (...) Então, naquele tempo eu trabalhava numa firma e começou a aparecer uma bolhinhas não com pus, mas umas pelotinhas no corpo inteiro. Fui ao médico, ele mandou eu voltar no médico disse aí. Foi aí que fiquei sabendo que estava com diabetes. (Justino)

Olha, eu terminava de almoçar e estava com aquela fome violenta. Minha mulher falou para eu ir ao médico, que achava que eu estava com diabetes e eu achava que não. Não sentia nada a não ser que andava 100 metros e estava com vontade de ir no banheiro, fazer xixi e a boca ficava ressecada. Eu ia no banheiro urinar e voltava lá dali uns 15 minutos e olhava e o banheiro estava lotado de formiguinhas lava-pés, por causa do açúcar – é que o sangue fica doce (...) ah estavam fazendo o teste ali na praça e eu fiz e constatou: estava acima de 400. (Cícero)

O fato de ter um início assintomático pode levar ao descrédito no diagnóstico e na realidade biofísica do diabetes, bem como à sua não aceitação ou negação devido às perdas sociais e conotações negativas (materiais ou simbólicas) que os sujeitos avaliam que

ela possa acarretar. Mais uma vez, como discutido anteriormente, o parâmetro parece se pautar pela ausência de sensações corporais incômodas, que, então, não caracteriza a situação de doença já que se mantém o desempenho das atividades cotidianas, bem como a capacidade de cumprir os compromissos sociais, que são questões valorizadas e significativas à classe trabalhadora. A preservação dessa ordem pode fazer com que os adoecidos ignorem os cuidados recomendados e recusem o uso dos medicamentos prescritos, num esforço defensivo para preservar uma identidade prévia (Broom & Whitaker, 2004: 2373). Por esses motivos, a preocupação imediatista em evitar transtornos na vida, até quando for possível, faz com que se ignore um mal-estar passageiro (que a esposa desconfia ter sido uma manifestação do diabetes, lembrando sinais que vinha notando como as gotas *melosas* de urina no banheiro) ou interrompa o uso de medicamentos durante o período de ajuste e adaptação à dose prescrita, justificando que as tonturas cessaram ao parar de tomá-los.

Entretanto, o descaso não evita que o diabetes progrida às escuras, o que faz com que, invariavelmente, o seu portador venha a (re)encontrá-la, posteriormente, em meio a uma crise hiperglicêmica, que é interpretada como uma característica de *traíçoira* da própria doença por quebrar agressiva e inesperadamente o seu silêncio. A impressão que se tem é que o ponto inicial do diabetes, nesses casos, não se reduz à descoberta pelo diagnóstico clínico e laboratorial, como seria a expectativa biomédica, mas vai além e envolve a interpretação de uma experiência num determinado ponto e circunstâncias da vida.

A esse respeito, sendo o diabetes do tipo 2, geralmente, desenvolvido na idade adulta, a sua descoberta pode não se configurar como algo desorganizador da vida, mas como mais um fato em meio ao fluxo de problemas de saúde que apenas confirma, reforça e dá continuidade a uma trajetória de vida marcada por um padrão de co-morbidade, num contexto de desgaste corporal pela idade, de sofrimentos e adversidades; fazendo tomar a ocorrência daquela enfermidade como “normal”, inevitável e recebê-la com resignação (Carricaburu & Pierret, 1995; Willians, 2000) ou como fatalidade, destino. Essa visão de “doença normal” é evidente, também, no depoimento de familiares não diabéticos presentes na entrevista quando questionados se eram portadores do diabetes, ao afirmarem que *ainda*

não tenho, por enquanto não tenho, mas vamos ver mais para frente. Os depoimentos a seguir revelam a relação com os serviços de saúde, com os exames e os múltiplos adoecimentos vivenciados:

O médico falou, “misturou tudo, você tem diabetes, colesterol, problema no pé, problema de sinusite, rinite alérgica”. Assim, deu um monte de coisa e foi misturando. Fora mais coisas que eu não sei – reumatismo eu sei que tenho, tenho infecção no sangue... Eu tinha problema também na vesícula e operei aqui em Piracicaba; operei de apendicite que estava bem inflamada. Ah, e eu tenho problema de tireóide também... (...) Então, são coisas pelas quais a gente vai passando, vai maltratando o nosso corpo, o nosso organismo. Porque você não faz uma coisa direito, depois chega numa certa idade, começa a sofrer, começa com dor e vai aparecendo de tudo. Mas, graças a Deus, eu não reclamo nem fico chorando – não adianta... (Melissa)

Nem dá para evitar, porque até criança de 1 ano tem diabetes. Eu acho que se tiver que ter vai ter porque só vai descobrir depois de certo tempo, então não tem como evitar. Não adianta eu falar “não vou passar nessa rua porque aí tem diabetes”. Você vai passar e, se tiver que ser, vai pegar e não vai nem saber. [risos] (Edson)

Um dos aspectos causais amplamente citados é o “estresse”, sendo um termo incorporado do saber biomédico pelo contato que os entrevistados mantêm com os profissionais de saúde, mas que, na verdade, é ressignificado confluindo para a categoria sociossomática do “nervoso”. É clássica e apropriada a análise de Duarte (1986) sobre o “nervoso” nas classes populares, reportado às “perturbações físico-morais” como condições, situações ou eventos que extrapolam a corporalidade, afetando a vida moral, os sentimentos e a auto-representação do sujeito. Por meio desse conceito, é possível falar das diferentes experiências vividas (eventos, demandas, interações conflituosas) dentro do amplo contexto da vida, onde os sujeitos estão expostos às diversas pressões, tensões e constrangimentos decorrentes de circunstâncias sociais e emocionais que podem repercutir sobre o seu estado de saúde. Embora o nervoso advenha, de modo geral, de tensões e conflitos em situações de sociabilidade e de enfermidades, no discurso masculino ele se relaciona mais ao ambiente de trabalho com as preocupações sobre o sustento e a honra

familiares; e, no feminino, refere-se ao espaço doméstico no cumprimento das obrigações de mãe/esposa/dona de casa; que são responsabilidades complementares e recíprocas para manter a unidade do grupo (Sarti, 2003).

Nos fragmentos de relato abaixo, o “nervoso” sobressai como fator causal, mas não exclui os fatores naturais (predisposição hereditária) e os psicossociais (emoções e sentimentos), caracterizando-se as interpretações causais da enfermidade pela classe trabalhadora como pluralística, ao invés de monolítica (Minayo, 1988). Assim, as explicações causais abrangem diferentes ordens desenvolvendo-se a partir das experiências da vida e se reorganizando constantemente no contato com a prática, tanto do sistema terapêutico oficial/biomédico quanto alternativos, cujos princípios e códigos são reinterpretados e reintegrados no universo do sujeito, de forma combinada, desconcertante ou contraditória à lógica da ideologia biologicista e especializante da medicina erudita (Loyola, 1984). Inclusive, em algumas situações, as causas objetivas ou os diagnósticos formais são o que menos importa às pessoas quando interpretam saúde, doença e tratamento, tendo como referência o quadro das suas experiências pessoais e as referências da sua cultura (Caroso, 2004). Enfim, a interpretação popular da enfermidade não se refere apenas à origem de um mal, mas a uma imagem do mundo, do homem, da natureza e das suas relações sociais, sendo que a forma dos seus membros pensarem e lidarem com a saúde e a doença resiste a uma ciência que se propõe a vê-los como um corpo sem alma, sem emoções e descontextualizado (Minayo, 1988).

Nos relatos que seguem, os informantes combinam fatores que influenciam o diabetes, tanto no seu surgimento quanto na alteração da taxa de glicemia:

Duas coisas levam a pessoa a ter o diabetes: o problema hereditário e o estresse, a alteração do sistema nervoso, a depressão. No meu caso foi hereditário. Infelizmente minha mãe me deixou essa herança. (...) E outra coisa: eu sou uma pessoa muito emotiva. Eu tenho muita dificuldade de separar a razão da emoção e você agindo dentro de uma razão, de uma lógica, de uma certa frieza isso não te abala o problema psicológico da saúde. (Jonas)

Tomei conta, muito tempo, da fábrica inteira e eu não levava queixa para o meu superior de jeito nenhum. (...) Eu é que mandava embora, eu ajustava, acima de mim era só o gerente e o patrão, eu é que comandava toda a firma. Eu sei que o sistema nervoso que eu passei, e passo agora em casa, é que faz subir a minha diabetes e complica mais coisas, sabe. (Cosme)

O nervoso que eu passava porque guardava muita coisa que faziam comigo, encrenca de família, vizinho e eu ficava quieta e um dia explodiu no corpo...(Dália)

Para Duarte (1986), o nervoso possui uma fisicalidade à qual subjazem as perturbações morais, condensando as infinitas contrariedades da vida prática opostas à calma, à tranqüilidade e à paz, configurando-se numa categoria afinada à ordem relacional estruturante no segmento popular, contrária ou resistente aos mecanismos de indução e adoção de uma lógica individual, que predomina na sociedade ocidental moderna. Por conseguinte, a permeabilidade e a comunicação entre os planos físico e moral operam pelo fluxo de nervos que se ramificam pelo corpo todo, sendo conectados por um elemento motriz carregado de conotações materiais e simbólicas – o *sangue* –, cujas qualidades e alterações podem influir nas condições de saúde e doença. Esse tema será retomado adiante dada a sua relação com o diabetes, mas, por ora, interessa sublinhar que à alteração do sangue subjaz a idéia de exogeneidade causal da doença pressupondo a invasão real ou simbólica de elementos nocivos ao organismo, como uma “intoxicação” (Adam & Herzlich, 2001) advinda de um estilo de vida prejudicial, da poluição do ar e dos produtos químicos presentes nos alimentos. Estes não seriam perniciosos em si, mas assim se tornaram devido à intervenção inadequada do homem no ambiente (Garro, 1995) ou por estarem contaminados podendo provocar doenças, inclusive o diabetes.

Nota-se que não são explicações exclusivas do diabetes, mas de doenças em geral, evidenciando o apoio em construtos prévios sobre as enfermidades na elaboração causal, combinada com termos emprestados do discurso biomédico (vírus, bactérias, vermes, toxinas) retidos pelos adoecidos do contato com esse saber, mesmo ignorando o seu significado científico, mas injetando sentido aos mesmos (Boltanski, 1979). Há de se considerar, no entanto, que as experiências individuais podem nortear a modulação desses

recursos interpretativos mais amplos, pois um dos depoentes mantém contato com o sistema terapêutico alternativo (bioenergética²⁷) que incorpora termos da medicina científica, sendo que um outro apresenta um histórico de prática de esportes, durante muito tempo, e autodidatismo na área de fisiobiologia. Essas singularidades servem de crivos à interpretação causal, presentes nos excertos:

Entrar “muito fechado” no médico com os comprimidos deixa intoxicado. Uma coisa puxa a outra. (...) Hoje se come coisa forçada com adubo, daí vêm os vírus. Também tem os vermes que vêm do ar e você não vê, como a solitária que entra e fica na entrada do estômago com a boca aberta. Essa geração não quer saber de nada, de cozinhar... Daí vem tudo pronto e já viu no que dá... (Melissa)

Tendo boa função digestiva, a carne fica dentro do sistema digestivo por 48hs mais ou menos, enquanto o vegetal permanece somente 12h. Isso provoca no intestino a putrefação desses alimentos mais indigestos. Provoca prejuízos, deixa toxinas no organismo, gases, colite intestinal, digestão. A carne ou qualquer alimento que passa além do tempo, ele pára no organismo e provoca toxinas. Isso leva á intoxicação. Não existe a intoxicação alimentar? Então, toxinas são praticamente bactérias, essas coisas aí. (Jonas)

De forma semelhante, numa explicação causal que interconecta elementos internos e externos, o diabetes decorreria de um processo natural próprio da idade marcado pelo minguar da dinâmica corporal e pela concentração de elementos danosos à saúde, diante do qual o corpo já não dispõe das propriedades e condições físicas necessárias que permitam expeli-los. Esse acúmulo pode se acentuar com a diminuição das atividades que requerem esforço físico ou (no caso da mulher) pelo cessar da menstruação, que é

²⁷ Segundo um agente de cura da bioenergética, essa terapia inclui-se nas medicinas holistas, alternativas ou complementares e supõe uma energia corporal vital que se desequilibrada propicia o desenvolvimento de enfermidades. Com o auxílio de varetas metálicas identificam-se áreas do corpo energeticamente carentes e vulneráveis à instalação de agentes nocivos (bacilos, vírus, bactérias etc.) que são adquiridos ao longo da vida e permanecem latentes até que as condições favoreçam a sua manifestação. O tratamento é considerado natural, à base de chás compostos com até sete ervas, argila e regime alimentar.

concebida como um dispositivo natural de “limpeza corporal”, em que está implícita a noção do “sangue sujo” citada por Helman (1994). Não se admira deparar com certas permanências na interpretação causal vinculada ao sangue, uma vez que historicamente, a lógica terapêutica até meados do século XIX baseava-se em intervenções subtrativas restritas à lavagem, ao purgativo e à sangria. Tanto é que, esta última era recomendada até mesmo para pessoas em boa saúde, visando tornar menos denso o “sangue espesso demais”, ao que se soma o difundido uso de sanguessugas, posteriormente substituídas pelas ventosas (Laplantine, 1991: 177).

Não obstante, não se descarta, também, a influência da prática médica da realização de rotinas laboratoriais para os idosos, assim como a organização dos serviços que divulgam e permitem o acesso a esses procedimentos que atestam quantitativamente os acúmulos de colesterol, triglicérides, glicose como fatores de risco para um amplo conjunto de enfermidades cardiovasculares que inclui o diabetes. Como os informantes relatam:

Vem com a idade porque depois dos 45 anos, o médico já pede esses exames. Até essa idade a pessoa anda muito. Eu trabalhava, me mexia e isso ajuda o sangue a circular. (...) A mulher tem a menstruação que vai limpando sempre o sangue. Depois que pára, só tomando remédio para limpar... (...) No homem acho que dá diabetes porque ele come muita gordura e acho que vira açúcar se não tomar remédio para tirar... (Benta)

No meu caso, acho que veio com a idade. Todos os nossos órgãos ficam cansados quando chegam na faixa de 70 anos trabalhando. Eu acho que está tudo relacionado com a alimentação e a idade, tudo é um conjunto que não faz funcionar direito. Quando é criança não tem nada, come doce, pula, faz de tudo e nada faz mal. Depois de uma certa idade não pode comer algumas coisas porque faz mal, vai acumulando, não trabalha direito, então começa. A vida começa aos 40..., mas só que da pessoa com a farmácia [risos]. (Nicolau)

Outro aspecto causal articula elementos mágico-religiosos e psicossociais para explicar a origem das enfermidades e infortúnios, traduzidos pelas relações interpessoais conflituosas que resultam em “malfeito”, geralmente, devido aos sentimentos de inveja ou

aos desentendimentos e atritos com pessoas próximas do convívio do entrevistado. A impotência da medicina científica em identificar e nomear os problemas de saúde que acometiam a filha de uma informante, que, nas suas palavras, fazia *todo tipo de exame que você possa imaginar e não encontrava nada. Dava inflamação, mas não se sabia onde*, convenciam-na de que as causas fugiam à compreensão e ao tratamento por um saber que não reconhece o plano sobrenatural na explicação causal das enfermidades. A matriz causal mágico-religiosa, com seu olhar ampliado, imprimia uma certa ordem e sentido aos fenômenos vividos expressos pelo sofrimento da filha e pelos desarranjos financeiros (*negócios atrapalhados em casa*) que não eram compreendidos dissociadamente. Considerando que as idéias sobre saúde e doença fazem parte de esquemas de pensamento socialmente mais abrangentes sobre dor, sofrimento, vida, morte, destino do ser humano, relações dos homens entre si e com a natureza, as causas adviriam dessas esferas simultaneamente e não, necessariamente, com exclusividade de uma delas (Minayo, 1988).

A busca pelo sentido da enfermidade envolve interpretação e mobiliza significados religiosos, sendo permeada por elementos de fé, nem sempre tão explícitos (Caroso et al., 2004), mas que estão presentes, seja residualmente ou sob uma nova forma, ainda que ofuscados pela objetividade científica. Na interpretação causal, esses domínios se interpenetram e possibilitam ao sujeito uma análise mais globalizante da sua condição, como fica claro no relato de um depoente, adepto fervoroso de um segmento religioso; em que a alimentação, a hereditariedade e a punição divina se imbricam na construção causal não somente restrita ao diabetes:

Antes, Adão, Eva não comiam carne: eles viviam do fruto da terra e das ervas. (...) Hoje sofro as conseqüências, assumo uma parte dessa responsabilidade, de má alimentação por ignorância e falta de conhecimento na área. Mas eu trago também a hereditariedade. (...) Não podemos esquecer que o pecado, a desobediência entrou no mundo... o homem foi tentado pelo apetite. Todos os frutos das árvores serão lícitos, menos o fruto do conhecimento do bem e do mal. Mas a serpente usando o primeiro espiritismo que houve, quando o diabo entrou dentro do seu corpo e a usou como ferramenta. (...) Quando a mulher olhou a serpente que comia o fruto e dizia “Estou comendo, é uma delícia e eu não estou viva?” Era um animal que falava e isso

despertou a curiosidade e nós morremos pelo apetite e pela curiosidade. Ela aceitou, comeu, não morreu, ficou inteira, mas desobedeceu. (...) O livre-arbítrio levou o casal a se perder. E eu vou dizer mais: Satanás não teve trabalho nenhum com Adão porque a mulher foi quem levou o homem a pecar. E isso trouxe a tragédia da doença também. A morte, a doença, o sofrimento – tudo isso é consequência. E eu também sou participante e herdeiro desses problemas. (Jonas)

As explicações causais do diabetes expostas incorporam parte daquelas veiculadas pela medicina oficial, mas não sem um trabalho reflexivo de ressitua-las e complementá-las. A hereditariedade, por exemplo, aparece pulverizada (expressa por *estar no sangue, ser da natureza da pessoa, conforme o veneno da pessoa*) nos depoimentos receosos, referindo-se aos fatores herdados, mas que não respondem o “por que tocou a mim?” (Hunt et al., 1998) que reflete a busca de sentido para o fato de ter desenvolvido o diabetes em meio a outros familiares que não apresentam a enfermidade. A falta de coerência entre as várias explicações causais, quando aplicadas a um caso concreto, pode fazer com que o adoecido tome o aparecimento do diabetes como inevitável. Os fragmentos dos relatos abaixo estão repletos dessas dúvidas:

Falam que é hereditário, meu pai teve e minha mãe tem, mas os pais deles não tinham... Entre 5 irmãos, eu fui a premiada [risos]. Talvez por ser a primeira filha? Isso que não entendo... (Márcia)

Tem pessoas que o açúcar não faz mal e para outras faz. É conforme o veneno da pessoa. Tem pessoa que pode comer doce à vontade e não faz mal. Tem pessoa de idade avançada, de 90, 80 anos que não tem diabetes. E tem pessoa com 15, 20 anos que tem. Acho que é conforme o organismo. E diz também que diabetes é herança – hereditário, como falam. (Clóvis)

Diabetes não dá para evitar porque eu nunca fiz extravagância, nunca bebi, nunca fumei, dormia certo... Não entendo por que veio ... (Rosa)

Assim, nas interpretações causais é comum os informantes esboçarem um paralelo entre explicações gerais e a experiência pessoal conformando um quadro multifacetado que inclui fatores comportamentais (hábitos alimentares), biológicos

(herança genética), relacionais, ambientais e mágico religiosos (forças sobrenaturais). Essa composição se constrói, também, pelo contato com as explicações etiológicas da racionalidade biomédica ora mantendo ou reinterpretando, ora se afastando delas; mas se distingue pela pluralidade integradora traduzida em um discurso unificado que não dissocia os planos material e espiritual e influencia, em parte, a escolha do tipo de tratamento, como será visto mais adiante.

3- Aspectos do gerenciamento do diabetes

O diabetes, como as demais doenças crônicas, apresenta longa duração e impõe ao seu portador a convivência com uma condição que o acompanha em todos os lugares da vida (Adam & Hezlich, 2001) e cuja “forma de entender, explicar, representar e lidar com a mesma decorre de um constante movimento em que interpretação e ação realimentam-se reciprocamente, sendo balizadas pelo contexto sócio cultural imediato e mais amplo no qual se inserem” (Canesqui, 2006a). Sendo assim, concorda-se com Augé (1984), que afirma ser a doença, paradoxalmente, “a mais individual e a mais social das coisas”, pertencendo e se manifestando, simultaneamente, nos espaços público e privado. A convivência com o diabetes requer que esforços sejam empreendidos nos planos subjetivo (significados, identidade) e objetivo (manejo da enfermidade) que se interconectam em um jogo permanente de ajustes e conciliações entre as demandas diárias delimitadas por um contexto e as mudanças decorrentes da enfermidade, do seu curso, dos sintomas, do tratamento e das respostas a este.

Esse processo, denominado **gerenciamento**, refere-se às ações empreendidas pelos adoecidos para “controlar” o diabetes e viver tão normalmente quanto possível, o que não exclui que tais medidas se orientem, em parte, por representações sobre o diabetes e o seu manejo. O **controle** é uma categoria central na experiência de ser diabético, significando uma forma de viver com o diabetes relacionada aos **ajustamentos** efetivados para esse fim (Naemiratch & Manderson, 2006) e à auto-regulação (Conrad, 1985). Evita-se, assim, empregar a noção de “adesão” ao tratamento, que remete à relação terapêutica médico-centrada atenta aos desvios, própria da tradição funcionalista e inadequada ao entendimento das doenças crônicas.

Sob o ponto de vista médico, o gerenciamento do diabetes assenta-se em um padrão genérico que inclui o uso de medicação, mudança de comportamentos (com ênfase na dieta e exercícios físicos) e monitoramento da taxa de glicemia (Cohen et al., 1994; Hunt et al., 1998; SBD, 2003). Contudo, a reprodução verbal dessas recomendações pelos adoecidos, não corresponde a sua total observação (fato comum que intriga os profissionais de saúde), pois os comportamentos em relação ao diabetes se orientam, em parte, por conceitos, critérios, princípios, fatores e valores às vezes incompatíveis com as prescrições, requerendo que adequações sejam feitas.

Ao discorrer sobre o controle do diabetes, é comum os informantes se referirem, primeiramente, à observação de sensações corporais desagradáveis ou estranhas (*atordoação, boca seca, preguiça*) que são reconhecidas e interpretadas devido a um processo de aprendizagem baseado na experiência e que é aprimorado com o tempo de diagnóstico da enfermidade (Maclean, 1991; Paterson et al., 1998; Thorne et al., 2003). As microdecisões tomadas para contornar e silenciar essas incômodas sensações consistem de estratégias mutáveis que ordenam, continuamente, o tratamento em resposta às variáveis circunstâncias da vida (Hunt & Arar, 2001). Assim, os adoecidos desenvolvem “padrões personalizados”, de identificação de problemas e respectivas soluções, que se aprimoram com a prática, entre os quais se destaca a distinção que aprendem a fazer entre a glicemia alta ou baixa, orientando-se pelo tipo de sensação, aliada à análise de comportamentos prévios que provocam alterações (consumo de certos alimentos e bebidas, não tomar o medicamento ou tomá-los e não se alimentar), por vezes confirmada em exames rápidos de dosagem de glicemia. As iniciativas de soluções mais comuns compreendem o consumo de bolachas, frutas, balas ou *água adoçada* diante da hipoglicemia ou *caprichar* no regime naquele dia, tomar chás amargos ou aumentar pontualmente a dose do medicamento, se identificarem a hiperglicemia. Conforme relatam, o primeiro caso é mais comum ocorrer devido às dificuldades ou irregularidade na conciliação dos lapsos entre o uso de medicamento e a alimentação, apresentando sintomas mais facilmente reconhecíveis, o que não acontece para o segundo caso em que podem descobrir somente quando a taxa de glicemia fica extremamente alta e desemboca numa crise que pode deixar seqüelas, sendo, por isso, considerada uma situação mais perigosa. Em muitos casos, porém, os sintomas se

confundem de modo que apelam para o eficiente recurso do *testinho no dedo*, como dizem, para se certificarem do comportamento daquela taxa.

A compreensão da enfermidade não se esgota na experiência e abrange, também, *significados* que variam nos diferentes grupos sociais. A esse respeito, para os profissionais de saúde, o controle significa manter o nível de glicose dentro de padrões de referência (Cohen et al., 1994) sendo necessário, para tanto, cumprir as recomendações dietéticas e usar o medicamento na dose e horários indicados; porém para os informantes diabéticos o controle volta-se às preocupações práticas que os levam a promover ajustes nos padrões das prescrições, equilibrando-as em meio às demandas sociais não médicas (familiares, laborais, religiosas) e às sensações corporais a serem gerenciadas, concomitantemente, na vida.

Os pontos-chave da prescrição biomédica são reconhecidos pelos adoecidos como pertinentes ao gerenciamento do diabetes, embora os significados conexos a eles possam diferir. A seguir, o gerenciamento do diabetes será analisado nas dimensões material e simbólica em relação ao regime alimentar/dieta, aos exercícios físicos, aos medicamentos e ao monitoramento da glicemia apreendidos na perspectiva dos adoecidos.

3.1- Sobre a dieta

Embora reconheçam que a alimentação seja um fator essencial para o controle do diabetes, as idéias sobre a dieta, bem como as práticas relacionadas a ela, podem apresentar incongruências com o padrão das prescrições médicas oficiais, revelando uma inviabilidade e incompatibilidade das orientações de caráter clínico diante do mundo da vida. Apesar de não seguirem à risca as recomendações dietéticas, é comum os informantes afirmarem que controlam a alimentação, sugerindo que o significado de *controle* lhes é peculiar, de forma que evitam alguns tipos de alimentos e em determinadas ocasiões, mas sem se privar totalmente deles. Nota-se que os adoecidos resistem ou rejeitam um controle baseado na aderência às prescrições médicas que preconizam *parar/cessar* completamente certos comportamentos como comer a comida que eles gostam ou que usualmente comem;

substituindo o imperativo do controle por entendimentos e práticas de ajustamento dos padrões de comer para prover suas exigências individuais e da vida social (Garcia, 2005; Naemiratch & Manderson, 2006). Assim, em vez de *parar* de comer, eles usam os termos *manerar; ralear; diminuir; controlar; corrigir; experimentar, mas não comer*; os quais contêm idéias de flexibilidade e volição, como exprimem os depoimentos.

Procuro dar uma corrigida, mas como pede para fazer a dieta, não.
(Célia)

Não como doce: eu só experimento. (Celina)

A gente manera no que faz, por exemplo, macarrão só uma vez na semana, bolo evita fazer. Só que ele abusa um pouquinho. Nem toda a fruta pode-se comer e ele abusa, ultrapassa. Ele não come pouco arroz, exagera no arroz, no feijão. (...) Eu evito fazer bolo, doce essas coisas, mas às vezes de fim de semana sabe como é, um deslize ele vai lá e ... manda mesmo. (esposa de Pedro)

O consumo de doces, muito associado à alteração das taxas de glicemia, é relatado como habitual ou não antes do diagnóstico do diabetes, mas, em alguns casos, os entrevistados afirmam ter havido uma intensificação da vontade (às vezes “irresistível”) de comê-los, fato que atribuem à uma característica própria da enfermidade, às vezes, confirmada pelo médico, embora as respectivas explicações sejam diferentes. Se para o saber médico haveria uma necessidade bioquímica de glicose a ser processada devido ao uso dos medicamentos hipoglicemiantes, para o adoecido a enfermidade é tomada como uma entidade que tem vontade própria e precisa ser alimentada (com açúcar) o que, por outro lado, lhe proporciona certo conforto moral por eximi-lo da culpa pela transgressão alimentar e negligência com a própria saúde. O apetite descontrolado para os doces são evidentes, segundo os relatos dos entrevistados:

A mulher às vezes faz um doce e é uma tentação. Quem tem diabetes, o doce parece atrair. Se ela faz brigadeiro e põe na geladeira, eu vou lá e pego 2 ou 3 e como escondido. (Cosme)

Às vezes sinto muita vontade, porque eu gosto muito de doces sem exceção, e acredito que seja da própria doença que faz a gente sentir

essa necessidade. Antes de ter não era tão chegado a doce – tudo que é proibido é um apelo muito forte. Eu acho que exerce uma força psicológica, desejo de você ter aquilo que não pode. Tudo o que está ao seu alcance não tem graça, você quer pegar aquilo que não pode. Por exemplo, quando a pessoa tem colesterol, ele geralmente, gosta de carne gorda; porque a carne gorda vai alimentar aquela doença. Acho que a própria doença que já convivia, exerce uma influência no nosso organismo para que a gente mantenha isso. (Jonas)

O valor dos alimentos e a negativa das restrições alimentares estão implícitos nas expressões *não tem nada para a gente comer se for seguir a dieta, tiram tudo da gente*, que tem como referência os alimentos valorizados positivamente pelos informantes como o arroz, o feijão, as carnes (principalmente a vermelha), as massas (macarrão, pão), bem como a abundância de certos componentes básicos das refeições (arroz e feijão). Além disso, alimentos com alto teor energético têm um valor simbólico para a classe trabalhadora, por prover as energias à recuperação e à manutenção da (tão solicitada) força física, associada à saúde enquanto disposição para o trabalho (Costa, 1978; Boltanski, 1979; Canesqui, 2005b). Essa relação transparece quando dizem que o regime recomendado *não me sustenta porque eu trabalho ou como vou passar com isso nesse meu traquejo duro aqui na chácara?*.

Dessa forma, a alimentação avaliada como insuficiente ou inadequada pode incidir na debilidade física e moral veiculada pelo aspecto corporal da magreza e pela fraqueza em oposição à corpulência e à força, que coincide com a concepção de saúde (Canesqui, 2005b) ligada à disposição para o cumprimento dos compromissos sociais e morais do sustento e do cuidado com a família (Sarti, 2003), que é próprio da classe trabalhadora. Essa questão é subentendida na associação entre o tipo de dieta com a magreza e a fraqueza, bem como entre um padrão de beleza vinculado à força materializada na corpulência e na capacidade de uso desse corpo no mundo do trabalho. Como discorrem, o cumprimento da dieta com muito rigor pode levar a um estado crítico de debilidade que culmina com o “morrer de fome”:

Resolvi voltar no dia seguinte ao médico e falei “doutor: eu estou morrendo...”, e ele se assustou e perguntou por quê: “porque duas

colherinhas de arroz no almoço, duas no jantar, uma de feijão e um pedacinho de carne e salada não está resolvendo... Estou sentindo muita fraqueza...”. Ele então receitou uma vitamina para tomar e combater a fome. Mas eu pensei comigo: “eu não vou comprar vitamina, não”. A vitamina que eu vou fazer sabe o que é? Vou chegar em casa, vou pegar umas cinco, seis colheres de arroz, umas três, quatro de feijão, salada à vontade, carne vou comer de frango, de vaca do jeito que vier porque eu estou morrendo. Não vou fazer regime – quatro meses e quase que eu fui! E estou comendo quase normal. (Cosme)

Chegou uma época que ele virou um esqueleto, não foi Jonas? Nossa! Fiquei horroroso! Parecia um fantasma, um esqueleto ambulante! Fiquei uma coisa horrível. Tem dias que parece que você não está andando, mas voando. Emagreci porque o diabetes estava bastante alto, faz muito xixi e desidrata a pessoa. (Jonas e esposa)

A manutenção da tão valorizada força física que, na classe trabalhadora, também significa a sobrevivência própria e da família, é possível através do repouso e da alimentação e, sendo assim, parece ilógico ou injusto ser privado deles, podendo gerar a recusa das recomendações alimentares. A experiência de uma vida de privações materiais no passado e o projeto e esforço para supri-las com o trabalho, esfacela-se diante dos impedimentos colocados pela enfermidade que faz com que, nas palavras da esposa de um informante, se *perca a noção da vida, porque comendo bem já é duro trabalhar, imagine trabalhar para não poder comer!* Parece se tratar de uma incoerência que remete à desordem social.

O poder aquisitivo influencia o consumo dos alimentos dietéticos e “clínicamente” permitidos, mas é insuficiente para explicar o não seguimento e as reformulações alimentares feitas pelo adoecido, que são “intermediadas pelas normas culturais e pela ideologia (formas de pensar socialmente construídas) que cercam os usos, a seleção dos alimentos, a aprendizagem e a socialização do que comer, e marcam identidades e particularidades dos grupos sociais” (Canesqui, 2005b: 169). As incongruências entre as recomendações e as práticas alimentares dos adoecidos sugerem uma oposição à dieta específica de um grupo social (do *pobre*, de *quem trabalha*, do

brasileiro), às vezes identificando certos alimentos (verduras, por exemplo) como “coisas” o que se aproxima daqueles que, segundo Canesqui (2005), são supérfluos em contraste com o que é considerado “comida”.

Sob outro ângulo, as restrições alimentares são uma faca de dois gumes, ou seja, elas prometem proteger contra danos futuros, mas, ao mesmo tempo, provocam uma vida de privações e possíveis julgamentos negativos por parte de colegas diabéticos e não diabéticos, pelo fato do ato de comer ser um evento social e carregado de significados sociais (Canesqui, 2005), de modo que as proibições de comidas valorizadas e dos doces, que são consumidos conjuntamente, podem acarretar ou serem compreendidas como perdas sociais (Broom & Whittaker, 2004: 2378). Diante disso, o sujeito pode optar pelos benefícios sociais do comportamento alimentar, ainda que contrarie as regras da alimentação adequada e saudável. A atual valorização de um estilo de vida saudável aliada à associação da alimentação ao desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas impõe um tipo de vida regrada expondo as pessoas às recomendações de caráter sanitário (Garcia, 2005), incidindo no ato de se alimentar, em que os prazeres de comer são acompanhados por inquietações (Campos, 1982), repreensões e culpa, porque podem ser prejudiciais à saúde.

No caso da dieta, Maclean (1991) verificou que ela é seguida na medida em que não compromete a performance social, mas quando almejar a saúde é conflitante com esse bem-estar, os indivíduos tomam liberdades com as prescrições alimentares, visando minimizar o seu impacto. Assim, o “comer bem”, praticado antes do diabetes, reflete uma oposição à dieta recomendada que seria “má”. A recomendação profissional de *faça miséria, não vá fazer coisa que ele vai comer*, relatada pela esposa de um informante, sugere que a dieta prescrita representa penúria enquanto privação do necessário ou o “comer mal”, em contraste com os alimentos considerados essenciais e apreciados pelo adoecido. Como se entrevê nos trechos dos relatos:

Eu comia bem. O pobre come bem. E bem mal também. (Geralda)

O único problema é a situação financeira, porque as coisas de diabéticos são caras. Se for seguir o regime como a nutricionista passou, é tudo pão integral, queijo tem que ser aquele branco; ah...

então fica tudo diferente e acaba ficando caro. Sobre a quantidade que recomendam, olha: para quem come pão picado no canecão [risos] ter que passar a comer 2 bolachas de água e sal, é brabo! Tanto de verduras, legumes, essas coisas; para quem adora carne, é difícil. Tem que cortar todas essas coisas. Não pode presunto, não pode margarina, não pode carne gorda, não pode massa, é coisa feia! Corta tudo o que é bom. Ele fala: “o que eu vou fazer com 2-3 bolachas de água e sal? Não dá, nós somos antigos, gostamos de comer bem...” E outra: foi criado no sítio que é aquele mundo de comida que ele adora! (esposa de Alfredo).

As datas especiais e comemorativas (aniversários, casamentos, batizados, fins de semana, enfim, as festividades sociais, religiosas e familiares) são marcadas pela refeição compartilhada e diferenciada da alimentação cotidiana e se constituem em ocasiões em que “a comida além de saciar a fome, nutre simbolicamente os elos e as obrigações familiares” (Canesqui, 2005b). Nessas situações, os adoecidos se permitem às “licenças sociais” (Paterson et al., 1998) não se privando dos momentos de sociabilidade, suspendendo o padrão da dieta que implementam, incorrendo em *abusos* ou *extravagâncias*, mas que lhe proporcionam bem-estar. Cientes dos “exageros” alimentares cometidos, os adoecidos não deixam de buscar “compensá-los” com estratégias postas em prática nos dias que antecedem ou que se seguem, como verificar a glicemia capilar na segunda-feira, seguir a dieta com mais rigor, caprichar no regime; suprimir certos alimentos, tomar chás caseiros especialmente os amargos, que, segundo os seus usuários, têm o poder de “combater o açúcar”, como será retomado adiante. Como contam:

O chato é não participar de festas, aniversários, porque tudo o que é festa é comida. Você vai lá, empurram bolo na gente, tem que pegar, vem refrigerante e se não beber fica chato. Então é chato ficar sem comer, evitar. Agora se a gente vai, não fica de fora e come mesmo. (Nicolau)

Em festa e de fim de semana esqueço a diabetes (Zoraide)

Assim, a flexibilidade nas práticas dietéticas é influenciada por fatores materiais do cenário social imediato (interações interpessoais, circunstâncias diárias) e mais amplo (contexto político, econômico) expresso pela oferta, acesso e distribuição dos

alimentos; e por fatores simbólicos como as “idéias sobre os alimentos, as crenças nas suas propriedades e efeitos que os acompanham, envolvendo valores sociais, noções de moralidade, comportamentos apropriados entre os distintos grupos de idades e gênero, permeado ainda pela identidade social, relações com o corpo e o gosto” (Canesqui, 2005b: 169), que são postos em interação na vida cotidiana.

3.2- Sobre a prática dos exercícios físicos

A prática regular de exercícios físicos é, em si, valorizada pela classe trabalhadora devido ao seu apreço pelas atividades que fazem uso intenso do corpo (Boltanski, 1979) e é recomendada pela medicina científica, tanto para prevenir quanto para controlar o diabetes. Sob o ponto de vista dos adoecidos, a movimentação proporcionada pela prática de atividades físicas é associada à melhora da circulação sanguínea, auxiliando na “queima” de possíveis substâncias (açúcares, gorduras) que podem se depositar, ficar paradas ou em excesso no corpo e serem nocivas à saúde.

Embora não seja tão comum, a participação dos informantes nas atividades físicas organizadas e oferecidas por estabelecimentos públicos ou privados (pelo serviço de saúde local, academias, atividades de extensão e estágios de universidades locais, centro comunitário etc.), muitos deles afirmam praticar atividades similares que, pelo esforço despendido, produzem os efeitos esperados dessa recomendação. É o caso da execução das atividades no espaço doméstico (limpar, lavar, cozinhar); a ida e a volta a pé ao local de trabalho, às compras ou para fazer os serviços de banco no centro da cidade (pagamento de contas, receber benefícios); o cuidado de familiares (netos, irmã doente), passear com animais domésticos ou o desempenho de atividades “de ganho” ou “bico”, importantes na composição ou complementação da renda familiar (acompanhante de idosos; trabalho doméstico em casa de família; reparos de encanamento, eletricidade e construção). Além disso, a oportunidade de realização de práticas de exercícios físicos em conjunto que favorece o estreitamento dos laços sociais é valorizada ao comentarem que *andar sozinha é ruim* ou *é bom porque é feito com mais pessoas e anima mais, distrai, conversa...*

A valorização de atividades físicas parece justificar-se pela alusão ao trabalho, tanto por um aspecto material ao produzir o movimento e o suor (também sinônimo de trabalho) que possibilita certa limpeza do corpo, eliminando substâncias em excesso e prejudiciais à saúde, quanto pelo seu aspecto simbólico devido às conotações morais positivas, principalmente, para a identidade masculina (Sarti, 2003) permitindo que os sujeitos se situem socialmente como saudáveis, ativos, responsáveis, podendo até isentá-los ou amenizar a reprovação pelo consumo de alimentos vedados (devido à enfermidade, no caso) ou de bebidas alcoólicas, desde que guardada a moderação. Essa relação se encontra nos trechos seguintes:

Quando eu ando de bicicleta, eu percebo que eu animo mais, eu suor e fica gostoso, parece mais leve. (...) Sabe que eu trabalho, às vezes pego enxada e carpo, suor, fico bom. O diabetes atrapalhar não atrapalha porque eu tenho um hortinha lá na creche onde trabalho e às vezes eu planto alguma coisinha, limpo com enxada – e eu me sinto melhor. Eu sinto que eu melhoro porque se eu parar muito aí fica ruim. Acredito que a diabetes corta conforme com o movimento, o suor, transpirar. Eu acho isso porque quando eu suor, eu me sinto bem. (Alaor)

Tive que ralear a cervejinha, porque todo dia tomava uma cerveja para pagar o meu trabalho. Ajuda um, ajuda outro, suava a camisa mesmo, então acho que ao menos ganhava uma cerveja. Para descontar o trabalho da gente. (Clóvis)

Não se desconsideram os possíveis obstáculos corporais de alguns informantes para participar das atividades físicas organizadas, como o problema visual, a obesidade mórbida, as limitações físicas impostas pela idade, bem como as questões financeiras (despesas com academia e com transporte para deslocar-se até a universidade ou outro local que ofereça as atividades gratuitamente) e estruturais (falta de profissional e de um espaço adequado e específico destinado a essas práticas), além do compromisso com as tarefas rotineiras de produção e reprodução social e biológica. Entre essa última, destaca-se a extensão do papel dos avós como provedores da criação dos netos, assumindo o seu cuidado durante o dia enquanto os pais trabalham, numa situação de suporte social recíproco à medida que recebem também contribuições materiais que são essenciais ao orçamento doméstico. Essa situação, muito comum na população estudada, reflete

transformações sociais mais amplas que impeliram as mulheres para o mercado de trabalho motivadas pela necessidade de complementação ou geração de renda, mais premente diante dos novos arranjos familiares observados na sociedade contemporânea (Serapione, 2005), bem como pela afirmação da posição feminina na sociedade.

3.3- Sobre o uso dos medicamentos

Os medicamentos prescritos pela medicina científica podem ter as doses e os horários modificados pelos adoecidos, demonstrando, assim, uma atitude de não-passividade e a intenção de criar uma “medicação prática” diferindo, ligeiramente ou marcadamente, da que foi prescrita, mas que visa acomodar os constrangimentos práticos e simbólicos do seu uso e efeitos agindo como um veículo para exercer o controle sobre a doença e que somente é compreensível dentro dos respectivos contextos, experiências, necessidades e situações da vida diária (Conrad, 1985).

As especificidades de quanto, quando e onde usar o medicamento podem motivar os adoecidos a empreenderem ajustes devido a questões práticas, entre as quais citaram a maior facilidade de tomá-los à noite, à medida que a ingestão durante o dia pode atrapalhar o ritmo e a rotina *do serviço de casa*. Outros impedimentos são o de lembrar de ingerir o medicamento ou de levá-lo consigo, no caso de realização de atividades externas ao espaço doméstico (mais facilitado às mulheres pelo hábito de carregar bolsa), ou o risco de confundir-se e “descontrolar” os horários em meio a outros medicamentos que toma diariamente. E sob o aspecto simbólico, notou-se, nas entrelinhas, o constrangimento de tomar o medicamento nos espaços públicos, por atestar e expor aos olhos dos demais, a condição de doente, dependente de fármacos, o que é mais acentuado em se tratando de usuários de insulina que necessitam carregar seringas.

A constatação dos efeitos dos medicamentos, bem como as respostas aos ajustes empreendidos, vão, com o tempo, convencendo e aumentando o senso de controle sobre o problema, permitindo certa flexibilidade nas alterações dos horários de tomar os remédios. Para tanto, as pessoas julgam as prescrições e os resultados do tratamento da

enfermidade, baseadas na sua própria experiência, nas interpretações das sensações corporais e se seguir as recomendações é compatível ou não com as demais demandas da sua vida (Hunt et al., 1989b) e com as suas idéias sobre saúde e doença. Assim, a tomada de decisão é individual, mas o adoecido se insere numa cultura da qual recebe informações sobre saúde e doença que pode influenciar seus comportamentos, como é o caso de uma idéia dominante e oposta à saúde de que o medicamento é consumido em situações de doença (Stimson, 1974) e que tomá-lo continuamente gera dependência física (Conrad, 1985). Acrescenta-se que o uso ininterrupto de comprimidos, sem apresentar sintomas, pode levantar dúvidas sobre a adequação da dosagem e a melhora do problema, o que autorizaria o adoecido a testar as quantidades e os intervalos prescritos. Os fragmentos dos relatos abaixo ilustram essa avaliação e flexibilidade no uso dos medicamentos:

Então, graças a Deus, eu estou controlando. Se eu percebo sintomas da diabetes, como ela está, daí eu tomo um pouquinho mais comprimido. (...) Mas isso quando está descontrolada, quando está normal na base do 200; cento e pouco é normal. Se ela está mais atacada um pouquinho a gente sente, fica atordoado, a visão fica mais embaçada porque mexe com tudo, com todo o corpo. E a gente já tem essa noção porque faz tempinho – desde 1990 que eu estou nessa vida aí. E quando eu faço uma extravagância (porque é lógico que se faz mesmo, não fica direto só fazendo regime), se percebo que está ficando ruim aí quando eu vou deitar, vamos supor, depois da janta eu tomo um comprimido para diabetes. E se eu perceber que estou meio ruim, aí quando vou me deitar eu tomo outro, então controla. E a gente vai levando assim. (Cosme)

Como a diabetes não abaixava o médico passou insulina, mas eu passava mal. Quando parava não sentia nada, vai entender. (...) Nesses dias que ela ficou normal pensei em parar porque estava baixa e talvez pudesse manter só com a dieta. Mas e se ela subir de novo?... (Márcia)

A postura crítica diante do saber médico pode se basear na idéia (que se estende do tratamento de problemas agudos) de que após os medicamentos agirem e controlarem o quadro da enfermidade – fato que é confirmado pelos exames e pelo sentir-se bem (sem sintomas desagradáveis) –, deve-se buscar diminuir a dose prescrita, se não for possível

suspendê-la totalmente. A dosagem também é questionada, segundo a noção de que, com o uso prolongado, o corpo se acostuma com o medicamento, não apresentando mais os efeitos esperados e satisfatórios por perder sua eficácia terapêutica, necessária para controlar a enfermidade. Parece contraditório aos informantes que, mesmo seguindo o tratamento recomendado, seja preciso aumentar as doses, pois esse aumento, além de poder trazer efeitos colaterais (como informa a bula), pode sinalizar que houve equívoco ou inadequação do tipo de remédio prescrito sendo necessário, então, substituí-lo e não incrementar a sua dosagem. As possíveis conseqüências patogênicas imputadas aos procedimentos terapêuticos, traduzidas pelos efeitos colaterais, apóiam-se na noção de iatrogenia que foi amplamente tratada por Illich (1975).

A necessidade de tratar as causas e não apenas os sintomas, como cita a esposa de um informante, ecoa com uma das críticas que se faz à intervenção da medicina oficial por centrar-se na doença, em detrimento do doente (Queiroz, 2000) e revela que se vislumbra a possibilidade de cura. Essa noção é central para todos os sistemas médicos, mas diante das doenças crônicas é problemática para pacientes e curadores, de modo que a persistência da enfermidade pode gerar um senso de fracasso e impotência na cura, especialmente na biomedicina, em que a referida categoria orienta as profissões (Heurtin-Roberts & Becker, 1993). Contudo, como visto anteriormente, é preciso refletir sobre outros sentidos da noção de cura que diferem da eliminação total da enfermidade. Nas palavras do informante e sua esposa:

O médico só olha assim, que nem estamos conversando aqui e pega a ficha da gente e diz: “está tomando Daonil? Continua”. Acho que o médico tem que saber a causa, tentar diminuir pelo menos, e não ir só aumentando o remédio, a dose. Que nem para minha esposa: se a pressão está alta ele aumenta a dose. Ah, não pode deixar do jeito que quer. Remédio também faz mal. Poderia trocar o remédio porque o corpo acostuma com ele. (...) E se acostumar, como é que fica? Na bula do remédio não está escrito “efeito colateral”? Então, tomando mais remédios, aumentando a dose, o efeito colateral é maior também. E todo remédio tem efeito colateral. O efeito colateral é que ele pode complicar outra coisa, como o estômago, por exemplo. Acho que o médico devia ver, estudar a causa, por exemplo, no caso dela, ver se é

nervoso e curar aquela parte que está afetando a pressão. Ele dá remédio para abaixar, mas se tem outra coisa não vai abaixar... Ele tem que especular o que está acontecendo, tem que perguntar para pessoa o que está sentindo, pedir exames. Mandou fazer exame de sangue, mas não achou nada. Teria que fazer outros tipos de exame. (...) Que nem, se é o nervoso por que ele não manda para o médico próprio? Peço uma receita de calmante ele dá, mas aquilo lá você vai dormir mas não resolve. No médico de nervos ele vai procurar a causa e vai dar o remédio certo para você tomar. (Nicolau e esposa)

Os intervalos no uso da medicação (denunciados pelas sobras dos comprimidos fornecidos pelos serviços de saúde na quantidade exata até o próximo retorno médico) podem, também, ser motivados pelo acúmulo de prescrições que são comuns nos adoecidos com idade mais avançada, devido ao quadro de co-morbidade, levando-os a confundir ou se atrapalhar com os diversos horários, em meio às atividades diárias. A estratégia de solução criada, às vezes, é agregar a dose que foi esquecida de modo que, no final das contas, o número de comprimidos diários prescritos foi ingerido. Nota-se, ainda, que a idéia que o adoecido tem do diabetes é como enfermidade mais *branda*, em contraste com a hipertensão que é mais *perigosa*, porque se instala no coração, reforçando as idéias do tamanho dos comprimidos prescritos, que são associados ao seu potencial terapêutico, por serem considerados *mais fortes* ou *mais fracos*. Acrescenta-se que o diabetes controlado (*que não está exagerado*) pode permitir maleabilidade no uso de medicamentos, como mostra o excerto a seguir:

O mês passado não peguei remédio porque sobrou. Esse mês se for ver não precisa pegar. Acho que pegarei só o diurético. Os outros que são muitos, às vezes atrapalha para tomar. Às vezes vou tomar café não tomei o remédio ainda porque tem que tomar 2 horas antes, mas às vezes tomo o remédio e já vou tomar o café porque não dá tempo, é correria. E quando não dá tempo eu tomo mais adiantado, que às vezes esquece. A sorte é que não está exagerada, porque se estiver aí tem que estar ali religiosamente para controlar e abaixar... (...) E às vezes tem que tomar um só, mas aí eu tomo 2 já. Tem bastante mesmo aí [risos]. Vejo que não faz tão mal, então joga para baixo e boa. Não é tão ruim o de diabetes, agora o de pressão já levo mais a sério, só aquela quantia certa mesmo. Mas o de diabetes, são dois comprimidinhos

pequenos – que tem que tomar 3 por dia – então se eu tomar uma vez só e tomar 2, para mim, já ficou 2 lá dentro [risos]. (Clóvis)

O Metformin é bem grande, mas o que tomo não. Acho que tomo o remédio mais fraco. (Osmar)

Às informações corporais (sintomas/sensações percebidas), tomadas como parâmetro para testar as variações no uso de medicamentos, soma-se a informação objetiva dos **exames** que medem a glicemia, que combinam, complementam e corroboram as avaliações subjetivas, fornecendo credibilidade, legitimando as impressões dos adoecidos e a sua capacidade de controlar o diabetes. Os exames dão visibilidade e espacialização aos problemas de saúde, objetivando-os em imagens, números, taxas e medidas que são relevantes para convencer, a si e aos outros, sobre a realidade da doença. Além de tornar transparente o interior do corpo, os exames imprimem materialidade à doença que é descrita, abaixo, com bases em similitudes aos alimentos. O emprego desse recurso explicativo é comum e deve-se à familiaridade do informante com o seu ambiente e as suas especificidades, da mesma forma que este fornece os “termos com os quais as pessoas conceituam e explicam a estrutura e funcionamento do corpo” (Helman, 1994: 39). A imagem disforme provocada pela doença é assustadora e considerada “coisa”, supondo ser estranha ao organismo, como relata uma dona-de-casa sobre a aparência de um tumor, sugerida pelos exames:

Depois, o médico fez ultra-som aqui no hospital e deu para eu levar para São Paulo onde fazia o tratamento de câncer. Mas olhar aquela radiografia era horrível, ver aquela coisa! Tinha três como caroços de azeitona, tinha cinco maiorzinhos como limãozinho e mais um tanto como se tivessem aberto uma lata de ervilhas e despejado num prato – era aquele monte de bolinhas. Era tudo tumorzinho, por isso eu não tinha mais a parede do útero, não formava mais. (Dália)

Por outro lado, a sobrevalorização dos exames decorre de um processo de mudanças no trabalho médico que deixa de ser artesanal, baseado essencialmente na clínica, para se apoiar em um complexo aparato tecnológico (aparelhos, instrumentos e medicamentos para tratamento e diagnóstico) que media e influencia a relação médico paciente (Lefèvre, 1991), legitimando-se e protegendo-se sob a égide da racionalidade

científica (Camargo Jr., 2003: 90). Não obstante, os adoecidos questionam a evidência numérica do controle técnico do diabetes, não a tomando isoladamente, suspeitando de problemas no aparelho de medir a glicemia capilar, quando o resultado acusa valores altos sem estar acompanhado de sintomas (*não sentia nada e o exame deu alto*) e chegam a realizar o mesmo exame em lugares diferentes “para testar” a calibragem do glicosímetro. Ressalta-se, ainda, que o equilíbrio entre sentir-se bem e apresentar níveis toleráveis (não necessariamente ideais) de glicemia, mesmo não seguindo diariamente e à risca as prescrições médicas, é que faz o sujeito presumir se o seu diabetes está controlado ou não, podendo levá-lo a testar a adequação das doses dos medicamentos. A desconfiança da informação numérica abstrata, cotejada com a experiência incorporada é evidente no comentário abaixo:

Mas eu fui fazer exame aí no Posto de Saúde e ela estava boa, estava 140. A mulher falou “está boa”, mas eu fiquei quieta, não me sentia bem, não falei nada – se ela falou que estava boa, é o que vale. Depois eu fui fazer o exame no Postão [centro de especialidades] e a moça mediu e disse que estava muito alta – estava 200 e tanto. Eu falei, mas como, se eu fui no Posto e deu 140? Depois disso eu fui internada e no hospital o diabetes também estava alto. Em casa, você vê, estava baixa. Falei isso para o médico, porque eu não estava entendendo. Ele pediu para fazer novamente o exame, eu fiz e vimos que o exame estava errado. O diabetes foi controlado. Nesse meio tempo, estava atordoada, caindo, sentindo muita fraqueza – era porque a diabetes tinha caído para 43. Baixou demais. Eu falo para você, não dá nem para entender... (Melissa)

Os retornos médicos para avaliar os níveis de glicemia são realizados periodicamente, variando de 3 a 6 meses, conforme as características de cada caso, sendo mais freqüente no início do diagnóstico no período de adaptação à nova condição e aos medicamentos. Entrementes, as possíveis sensações corporais estranhas que ocorrem levantam suspeitas se decorrem do diabetes ou não, até que o sujeito aprenda a reconhecer ou “decifrar” os sinais e sintomas das alterações para poder agir sobre elas, daí a influência do tempo de diagnóstico no controle dessa enfermidade. O teste de dosagem de glicemia de ponta dedo (capilar), através do glicosímetro, é um meio rápido e importante nesse

processo de aprendizagem podendo ser feito em casa (se dispuser do aparelho); gratuitamente nos serviços públicos de saúde (segundo a organização da oferta e disponibilidade desse recurso) ou em clínicas médicas e farmácias, que cobram pelo exame.

Nesse sentido, muitos adoecidos entrevistados apontam, tacitamente, a necessidade de contarem com um serviço de referência, específico ao diabetes, embora possam se dirigir à unidade de saúde local que se divide na atenção às demais demandas locais e se esforça, segundo o seu discurso, para dispensar um tratamento integral ao usuário, evitando inseri-lo nos programas estanques. Entende-se tratar de uma reivindicação por serviços especializados para atender o diabetes e proporcionar a sociabilidade pela reunião de seus portadores em um mesmo local. Entre os aspectos apreendidos nos seus relatos sobre a relevância desse serviço, destacam-se:

- a possibilidade de monitoramento mais freqüente das taxas de glicemia, em que possam fazer exames, não somente nas situações críticas de mal estar, mas simplesmente para *saber como está o controle do diabetes* e comprovar os seus esforços de gerenciamento;
- trocar mutuamente informações, sobre o diabetes e seu gerenciamento, com pessoas que vivenciam a mesma enfermidade sendo possível pelo encontro informal ou pela oferta de atividades com participação aberta (sem condicioná-la a outras participações e com o cuidado de não cair na armadilha das orientações depositárias/bancárias pressupondo repasse de informações de forma unilateral e vertical);
- ter profissionais disponíveis e exclusivos para tirar dúvidas no momento em que aparecem, principalmente, nos casos das pessoas recém-diagnosticadas e em início de tratamento.

A *Casa do Diabético* – uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP – foi amplamente lembrada pelos adoecidos, como um serviço de referência desse tipo que funcionou no período de 1.994 até 2.000 e oferecia atendimento pontual de endocrinologia aos diabéticos encaminhados pelas unidades básicas de saúde e, também,

atividades educativas para o gerenciamento da enfermidade, programadas por uma equipe composta por profissionais de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem) e por bolsistas da área de educação física e de ciências farmacêuticas vinculados a uma universidade privada. A participação nas atividades educativas dava-se pelo convite feito pela equipe multiprofissional aos pacientes que chegavam para atendimento especializado, bem como pela procura espontânea por portadores de diabetes em geral, não restrita aos usuários do SUS. Por várias vezes, os informantes citaram este serviço e aguardam a sua reativação, como souberam ser a intenção daquela Secretaria, o que certamente contribuiria para aperfeiçoar o gerenciamento do diabetes na sua vida.

Enfim, nos vários aspectos do controle do diabetes há uma diferença entre o paciente ideal (cooperativo, aquiescente, obediente, passivo e acatador) e o paciente real que “não é um recipiente passivo de recomendações, mas um ator reflexivo que revê a informação sobre saúde e doença e toma decisões baseado no que faz sentido diante da sua experiência corporal, dos conhecimentos prévios e dos contextos e situações da vida cotidiana onde a doença é vivida e o tratamento é usado” (Hunt et al., 1989b: 325).

3.4- A relação com as terapias e os serviços de saúde

Os portadores de diabetes, que participaram da pesquisa, fazem parte de uma população urbanizada e como tal estão amplamente expostos aos serviços oficiais de saúde, bem como a outras terapias alternativas,²⁸ que, crescentemente, vêm sendo oferecidas e disponibilizadas nesses espaços. O predomínio do modelo da medicina científica, nesse meio, é notório pelos mais diferentes procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico pelos quais quase todos os entrevistados já se submeteram e alguns relatam minuciosamente. Há de se considerar que se trata de uma população (entrevistada) numa fase da vida em que os

²⁸ O termo empregado aqui se refere às “propostas terapêuticas que fogem da racionalidade do modelo médico dominante, isto é, da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada; enquanto adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença. De um modo geral, as medicinas alternativas criticam na medicina alopática o reducionismo biológico, o mecanicismo, a ênfase na estatística, o primado do método sobre o fenômeno e da doença sobre o doente” (Queiroz, 2000: 364).

problemas de saúde, decorrentes do desgaste natural do corpo, vão aparecendo e sendo cada vez mais medicalizados; ao que se acrescenta o fato de a região em questão estar provida com instituições de ensino consolidadas na área de saúde, contando com um complexo de clínicas especializadas que oferecem atendimento gratuito. A vida e o relato da informante estão permeados por uma miríade de sucessivos adoecimentos e de intervenções diagnósticas e terapêuticas a que vem se submetendo:

Na gravidez eu já tinha problema de obesidade e pressão alta, sempre com muita infecção de garganta, tomei antibiótico e tive um aborto. Depois tive uma gravidez muito perigosa – o médico falava pro meu marido que “era eu ou ela”- e tive uma menina que nasceu com 4,200 kg e com problema na válvula mitral e no ouvido e veio a óbito na Unicamp no Centro Médico. Ainda não sabia que era diabética. Vim saber no Posto, quando perdi meu convênio. Estava me sentindo mal com pressão alta e deu diabetes. O médico de lá me passou remédio, mas todos achavam que eu devia fazer a cirurgia de redução de estômago, porque não tinha mais tratamento para emagrecer e não controlava a pressão. Eu não conseguia emagrecer e afetava tudo. (...) Fiz inscrição no hospital dos Plantadores de Cana e o médico de lá falava que era risco de vida por causa da pressão. O médico que fui antes falou que eu estava com o coração inchado e que tinha risco de vida fazer essa cirurgia de estômago, mas precisava fazer e então eu peguei na mão de Deus e fui. Faz um ano e meio mais ou menos. Estou tomando aldomet e hidroclorotiazida ainda e o sustrate eu parei depois que fiz o cateterismo. (...) Agora farei outros exames porque tenho que fazer cirurgia da vesícula. (...) Já era para ter feito, mas a minha perna estava inchada. Fui procurar um médico de veia e ele queria fazer junto com a de vesícula porque é perigoso dar hemorragia. Daí estava pensando, como eu estou sozinha, tenho 3 cachorras e a casa para cuidar, vou fazer a da vesícula primeiro, depois eu faço a da perna. Planejar para recuperar a força. E eu até perguntei se precisava ir no anestesista. Fui e ele falou “sua pressão está alta” e no mesmo dia falei com o meu marido fomos lá para marcar, mas o médico falou que não ia fazer sem o cardiologista ver. Marquei com cardiologista e agora ele vai ver se vai fazer. (Serena)

Por outro lado, o vasto contato dos informantes com os serviços oficiais de saúde também expõe as fragilidades e as limitações das respostas diagnósticas e de cura do modelo hegemônico, abalando a sua credibilidade. A insuficiência biomédica está subentendida em relação ao prognóstico do problema de saúde da filha quando uma informante relata que *o médico deu o prazo de 15 dias de vida quando ela era pequena e, graças a Deus, ela está aqui com 56 anos*; e outra lembra que fez a cirurgia de redução de estômago para abaixar a pressão e parar com todos os remédios, mas depois de um ano e meio essa “promessa” não foi cumprida, pois ainda toma os anti-hipertensivos. A mesma informante, desconfia da conduta biomédica em outras duas situações: uma sobre o diagnóstico de cálculos na vesícula e da necessidade da indicação cirúrgica, mesmo diante da confirmação objetiva dos exames, justificando sua dúvida dizendo que *o médico é humano também, e pode errar*; e outra quanto ao exame de ultra-som solicitado para investigar um caroço no pé do marido explicando haver história de câncer na família e então disse *para o médico se não tinha um exame mais profundo para ver isso – porque sei que tem a biópsia*.

Embora predomine, o modelo biomédico não reina sozinho no universo de possibilidades terapêuticas, sendo observada uma diversidade e flexibilidade no uso de serviços de saúde e terapias que podem se combinar, justapor ou sobrepor, sem que os usuários, no entanto, compreendam plenamente os conhecimentos ou os modelos que os embasam. Assim, os medicamentos prescritos pela medicina oficial predominam e não são excluídos, dada a legitimidade e o reconhecimento dos seus resultados no controle do diabetes. Não obstante, é comum os informantes lançarem mão de uma estratégia coadjuvante para gerenciar o diabetes que é o uso de recursos terapêuticos alternativos, com o intuito de complementar o tratamento ou melhorar o estado geral de saúde – são eles os chás caseiros, os medicamentos naturais popularizados e comercializados livremente e as orações. Invariavelmente, os informantes conhecem e fazem ou já fizeram uso desses recursos, sendo que as fontes dessas informações são as mais variadas, incluindo os meios de comunicação de massa (rádio e televisão), os panfletos, as revistas populares, a rede de parentesco e de vizinhança (familiares e colegas, diabéticos ou não), serviços de saúde (especialmente os alternativos), entre outros.

Entre os medicamentos para melhorar o estado geral de saúde, os entrevistados citaram o ginkobiloba e o quitobil (*sic*) e para ajudar a controlar o diabetes, mencionaram vários chás feitos com as folhas de plantas como a “insulina”, o “joão-bolão”, a “videira”, a “pitangueira”, a “pata de vaca”, a “carambola”, o “pau-peva”, a “amoreira”, a “carqueja”, o “boldo do Chile” e a casca de “maracujá”. Os chás, em geral, são considerados bons pelos seguintes motivos:

- possuem propriedades terapêuticas, mas menos agressivas ao corpo do que os medicamentos industrializados. Nas palavras dos informantes, *sendo natural, a sua química não é tão forte ou é chá, não é remédio*, distinguindo-os da agressividade desse último. De fato, ser natural pressupõe uma ação com maior grau de harmonia, ou seja, “contém não apenas um princípio ativo, mas vários princípios que interagem entre si, equilibrando-se numa totalidade que não pode ser desmembrada sem prejuízo”, como no caso do medicamento na forma sintética em que, tendo isolado o princípio ativo, pode não agir de modo tão efetivo como na planta total ou apresentar mais efeitos colaterais (Queiroz, 2003: 153);
- estimulam funções como a micção, que, segundo os depoentes, traz benefícios à saúde, pois o funcionamento do rim (filtro do sangue) permite limpar a bexiga e, conseqüentemente, eliminar os resíduos nocivos ou os excessos retirados do sangue, inclusive o açúcar;
- apresentam sabor amargo (“boldo do Chile” e “carqueja”), que, segundo os seus usuários, tem o poder de *combater o açúcar*, como um antídoto, que não deixa de ser uma reinterpretação do princípio alopático²⁹ pelo par oposto amargo/doce. Além da ação sobre a glicose, o chá de carqueja é citado para *refinar o sangue* e para *acertar o fígado*, que se vê sobrecarregado e prejudicado devido à grande quantidade de remédios consumidos. Além da relação do referido órgão com o sangue, a lógica que

²⁹ Supondo a ligação entre a unidade patológica e a unidade terapêutica, essas podem ser regidas por uma lógica **alopática**, cujas ações baseiam-se em antagonismos, oposições ou contradições entre a patologia e o tratamento prescrito visando produzir efeitos contrários aos sintomas para eliminá-los; ou por uma lógica **homeopática** que age sobre as afinidades ou semelhanças, reativando e percorrendo no mesmo sentido dos sintomas para superá-los (Laplantine, 1991: 161).

opera, nesse caso, não seria a do contrário, mas a da semelhança, lembrando a relação do fel/bilis com o amargo do chá.

A utilização desses medicamentos alternativos pode ser regular ou pontual após ocasiões comemorativas em que o adoecido cometeu “abusos” (consumo do que não é recomendado) e “exageros” (consumo além do que lhe é recomendado) na alimentação ou na bebida; quando percebem sensações que atribuem à alteração da glicemia, e nos dias antecedentes à realização dos exames. Esses procedimentos significam o “não descuidar” do diabetes, o compromisso de não ser negligente e, conseqüentemente, não ser reprovado pela conduta (por si mesmo, por outras pessoas e pelos profissionais de saúde) em relação à sua saúde, já que uma grande parcela do controle do diabetes recai moralmente sobre o indivíduo. Nas palavras dos entrevistados:

Eu tenho há muito tempo um pé dessa planta chamada insulina, aí no quintal. Mas não pode tomar sempre, é só de vez em quando. Uns tempos, assim, antes de fazer exames ... [risos] (Dulce)

Quando a gente faz o testinho e dá baixa, come alguma coisinha ou toma água adoçada. Se estiver alta toma boldo do Chile ou esse frasquinho que eu compro na farmácia – é dose única – e é amargo que só vendo... (marido de Hélio)

A multiplicidade das escolhas terapêuticas é coerente com um quadro plural de noções causais (Laplantine, 1991) e com a atual ampliação da divulgação e da oferta das terapias alternativas, contrariando a idéia de que a busca dessas medicinas seria motivada, exclusivamente, pela escassez dos serviços oficiais. No caso do informante que utiliza a bioenergética e a argiloterapia, nota-se que ele pondera e não considera que essas terapias sejam incoerentes com o modelo biomédico, pois ambos captam as energias corporais (por meio de hastes metálicas usadas na consulta e pelo exame de ressonância magnética, respectivamente) e compartilham termos como o vírus, o bacilo, a bactéria e a infecção, que são tidos como responsáveis pelos problemas de saúde, no pensamento de senso comum.

De forma semelhante, outro informante cita o uso terapêutico da própria urina, alegando que as propriedades desse fluido são reconhecidas também pela biomedicina ao comparar a um estranho exame de urina que vai fazer (para o qual necessita coletá-la

durante dois dias), suspeitando de que, talvez, os profissionais estejam planejando a produção de um medicamento personalizado. Não obstante, a legitimação do saber dos praticantes dessas terapias não viria do conhecimento formal, como na medicina científica, mas seria adquirido por meio de um “dom” (como explicou uma informante), pressupondo a intervenção de forças sobrenaturais. Talvez, não seja por acaso que os agentes de cura, em ambos os casos citados, vinculem-se ao segmento religioso. Nas suas palavras:

Nós tomamos muitos remédios de raiz. Não fico acreditando muito no remédio de médico, para falar bem a verdade. Quando consulto na bioenergética, eles passam remédios de raiz, chá para tomar e argila para aplicar na parte do corpo que estiver mal. Isso sim, mas entrar “muito fechado no médico” com os comprimidos, fica intoxicado. Uma coisa puxa a outra. (Melissa)

Se eu falar uma coisa, a senhora pode não acreditar, mas dizem que tem um remédio bom que chega até curar o diabetes, mas é duro de tomar. É o xixi da gente. Mas tem que tomar certo, tem os preparos, é coisa de médico. Tenho um sobrinho que tomou e a dele estava muito alta, ele gostava de tomar cerveja, pinga e depois que estava alta que percebeu aí diz que ele procurou esse tratamento – parece que são umas freiras em Minas Gerais que fazem – e chegou a tomar o xixi sim. E abaixou, viu? (...) Mas já que entramos no assunto, eu fui no Posto e comprei uma garrafa de água mineral para fazer um exame de urina que o médico pediu, mas nunca foi feito dessa maneira. Da meia noite de amanhã até a hora que eu for para o Posto de saúde tem que guardar e na geladeira. Isso daí pode até ser que façam alguma experiência, alguma coisa que eu não saiba, um remédio assim para eu tomar. Não vão falar que vão fazer, mas por que tanta urina assim? Sempre que vai fazer exame de urina, pega um pouco só num potinho, não é? (...) Tomara a Deus que seja alguma coisa, porque tem muita coisa para o homem descobrir ainda... (Clóvis)

Por fim, não menos comum, é o uso do recurso religioso para auxiliar no controle do diabetes ou para explicar as complicações, a despeito dos cuidados empreendidos pelo adoecido, podendo a gravidade da enfermidade ser suavizada pela intervenção divina. As orações marcam presença nos depoimentos, bem como os relatos de graças alcançadas em relação à saúde; além da confiança e esperança nos desígnios divinos quando:

- afirmam que Deus está cuidando delas, subentendendo ser secundária a parte que cabe ao adoecido fazer porque, nas suas palavras, *o que tiver que ser, vai ser*;
- testemunham complicações do diabetes em pessoas do seu convívio, reconhecendo que no seu caso Deus a guardou;
- todos os outros recursos possíveis e acessíveis para resolver os problemas de saúde foram esgotados, traduzido na convicção de que *é pela fé que a gente vive, porque pelos recursos da ciência e dos médicos já estava desenganada*, segundo o depoente, sinalizando encontrar na religião o refúgio à sua situação.

Vale ressaltar que a interferência divina representa uma força suprema, pertencendo a Deus a decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura; podendo fazer retornar ou manter a saúde; castigar com doenças; fortalecer para tolerar as dores sendo fonte de resignação, solução ou atenuação ante o sofrimento (Ibáñez-Novión, 1974). Esse poder divino de decisão está bem expresso nos excertos abaixo:

Diabetes é grave se não controlada e também pela graça de Deus, porque eu não seguia dieta e nunca tive complicações e minha irmã, também diabética, é cega. Deus me guardou... (Leonor)

Não sei se a senhora é religiosa, seja o que for, mas eu alcancei uma graça – eu estava com 180 de diabetes e fui na igreja de nossa Senhora dos Prazeres, com o grupo de oração, e recebi essa graça – nunca mais ela subiu. Já faz mais de 10 anos e eu como arroz, feijão, pão – que eu gosto muito – esse é que é bom, hein?... [risos]. (Dulce)

Então, no meu caso, eu já pus na cabeça que o que tiver que ser vai ser, eu não tenho que sofrer agora, porque Deus está cuidando de mim, então... Eu tenho que fazer a minha parte, eu tenho consciência disso, mas eu não me desespero. (Rosa)

As terapias citadas pelos informantes incluem aquelas da tradição médica **científica**; da **popular** (chás caseiros, simpatias), da **natural** (bioenergética, argiloterapia, urinoterapia e fitoterapia que incluem os remédios ou fórmulas manipuladas pelas farmácias e adquiridos sem receita médica ou por via postal) e da tradição **religiosa** (orações); cuja combinação sugere uma compreensão mais totalizante das enfermidades devido à unidade corpo/espírito que rege as idéias de cura na classe trabalhadora (Loyola, 1984). Essas diversas terapias empregadas não possuem limites bem definidos, mas áreas sombrias, com continuidades e descontinuidades evidenciando flutuação e co-existência de matrizes de significados e de práticas de saúde inseridas em heterogêneos domínios culturais na sociedade atual (Canesqui, 2003; Guedes, 1998). Nesse sentido, uma informante sintetiza esse mosaico de opções com o relato: *tomo chás amargos como o de carqueja que é bom. (...) À noite estou nervosa e, então, rezo e depois tomo o calmante que o cardiologista passou. Aí durmo.*

4- As diferenças de gênero no pensar, vivenciar e lidar com o diabetes

As formas de pensar, vivenciar e lidar com o diabetes não são unívocas ou absolutas podendo variar devido a mediadores como a classe social, a ocupação, o estágio da vida, a idade, o grupo étnico, o gênero e outros. Considerando o interesse deste último subitem, não se ignora a existência de determinantes biológicos no diferencial de agravos à saúde, entre homens e mulheres, que estão ligados ao sexo (características biológicas predeterminadas pela natureza); mas ele também é perpassado pela perspectiva de gênero (características socialmente construídas para definir o masculino do feminino em diferentes culturas) ligada a comportamentos específicos que dependem de fatores culturais e sociais (Laurenti et al., 2005). Assim, adaptando a idéia de Bendelow (1993), as normas, as expectativas e os estereótipos de gênero influenciam a maneira como o diabetes é pensado, sentido, vivenciado, gerenciado e expresso; o que se deve, em parte, às categorias sociais pelas quais o corpo é conhecido e sentido e que são assimiladas ao longo de um processo de socialização diferenciado para homens e mulheres.

No presente estudo, as variações por gênero, em alguns aspectos das formas de pensar e lidar com o diabetes, estavam presentes, sendo que a primeira observação refere-se à dificuldade para obter o número previsto de informantes do sexo masculino que se recusavam a participar da pesquisa, fato também constatado por Canesqui (2006b). Para compreender essa recusa é preciso se voltar às características dos universos feminino e masculino e para alguns dos elementos pertencentes a esses domínios. A capacidade, a força e a habilidade para o trabalho, nas classes trabalhadoras, são elementos importantes constituintes do “*etos masculino*” (Duarte, 1986; Sarti, 2003), cujo espaço é o *público* com a sua conotação de liberdade e lócus das relações dos homens adultos, trabalhadores e chefes de família, enquanto o espaço feminino é o *privado*, inclui a casa, o doméstico, a família e o infantil.

A enfermidade, conformando-se como situação de não trabalho, fraqueza e incapacidade, é o domínio do feminino, sendo a mulher tradicionalmente encarregada dos assuntos e cuidados com a saúde e a doença (Leal, 1992: 8). Assim, esse tema se torna incompatível com a identidade masculina, o que faz com que os homens busquem, no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família) e na vida diária, o distanciamento das características tomadas como concernentes ao território feminino (Korin, 2001), bem como de tudo o que se reporta a ele, como é o caso da sensibilidade, do cuidado, da dependência e da fragilidade. Talvez resida aí uma possível explicação para a resistência e a rejeição à participação na pesquisa. Nesse sentido, além da visível superioridade numérica de mulheres participantes das atividades físicas (um cuidado com a própria saúde) programadas por um dos serviços de saúde selecionado; era comum a esposa estar presente durante as entrevistas (inclusive era chamada pelo marido), o que não ocorria quando elas eram as entrevistadas. Falar da saúde comprometida pela enfermidade, significa falar da força e do trabalho comprometidos, que pode afetar o cumprimento dos deveres e obrigações inscritas na constituição da identidade masculina.

Em relação aos homens, as mulheres mostram-se mais receptivas aos serviços de saúde subordinando-se mais facilmente às recomendações da medicina e dos profissionais de saúde, devido ao maior cuidado e observação do seu corpo, relutando menos do que eles em relatar ou falar de suas doenças e preocupações (Canesqui, 2006b).

Quanto aos motivos de procura ao médico, as mulheres apresentam queixas vagas, somente percebidas porque a atenção às sensações corporais é bastante acentuada (Boltanski, 1979), enquanto os homens apresentam queixas e dores específicas, recorrendo ao médico em situações agudas ou tardiamente (Canesqui, 1992; Leal et al., 1995). Ocorre que, se por um lado essa diferença leva à maior procura pelos serviços de saúde pelas mulheres, pressupõe-se haver a intenção de manter-se em condições de cuidar dos outros (função histórica e socialmente atribuídas a elas); por outro lado, há de se considerar também que muitas queixas e dores podem ser suprimidas e as emoções controladas, vivenciando as situações adversas silenciosamente na medida do possível, justamente para não incomodar certa ordem social e familiar. Especificamente, a intenção dessas “contenções” seria evitar criar ou agravar conflitos familiares, conformando-se com as contrariedades e mantendo a dinâmica e a coesão familiar, que é um valor importante à constituição identitária feminina apontada por Sarti (2003).

Entretanto, esse comportamento pode tornar as mulheres vulneráveis a determinadas enfermidades, como é o caso da hipertensão analisada por Maciel (1988), cujo emprego da metáfora da “panela de pressão” é oportuna para se referir à retenção de um certo nível de pressão que deve ser expelido para não explodir. A “explosão”, porém, refere-se à repercussão corporal da vivência de problemas de cunho social e moral. Da mesma forma, uma portadora de diabetes, participante da presente pesquisa, ao relatar os períodos constantes de tensões intrafamiliares aos quais se expôs e gerenciou que resultaram no desenvolvimento de hipertensão e depressão, referiu-se a essas enfermidades como *o lixinho que ficou, porque depois é que aparece. Chega uma hora que a gente desaba, fica abalada, contrariada...* Assim, as enfermidades são conseqüências de situações problemáticas ao mesmo tempo em que as expressam, ou seja, é uma maneira de falar da vida em seu contexto e relações.

Sob esse prisma, pode-se entender a não-aceitação inicial do diabetes que é mais expressiva nos informantes do sexo masculino. A recusa, somada à invisibilidade da enfermidade e ao fato de ser inicialmente assintomática, favorece a sua dissimulação, que livra da ameaça de colocar em risco as atribuições físicas e morais do homem, mantendo assim uma ordem social. O relato da reação de *revolta e nervoso* diante do diagnóstico

revela essa sensação de desordem, ruptura e conseqüente recusa do diabetes, mas que, por vezes, tem a sua versão atual suavizada pelo homem num esforço para manter sua imagem de fortaleza, que é frustrada pela rápida retificação feita pela atenta esposa.

Em dois depoimentos, o amplo papel de “cuidadora”, assimilado como natural e próprio do comportamento feminino, fica evidente na preocupação das esposas em “apaziguarem” a situação diante da reação do marido ou de “inspecionarem” o que e o quanto ele come, além de reforçar a sua responsabilidade de mantenedora da ordem doméstica (Sarti, 2003). É prudente ressaltar que em ambos os casos citados, os adoecidos passaram por complicações (não incapacitantes) do diabetes e atualmente, talvez por esse motivo, sujeitem-se mais facilmente a esse controle no ambiente doméstico. Sabe-se, porém, que, justamente para driblar esse “controle feminino da alimentação doméstica e resistir a seguir as prescrições médicas restritivas das dietas gordurosas, é que homens acometidos por doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, se servem do espaço do bar para consumir o que gostam e acompanhados dos colegas” (Canesqui, 2005: 186), que, na presente pesquisa, está subentendido no fato de comer fora de casa.

O apoio material (alimentação, medicamentos) e afetivo, nesses casos, mostra haver variações de cuidado e conseqüentes complicações conforme o gênero e a posição ocupada pelo enfermo e pelo cuidador (homem ou mulher; pai, mãe, filho ou outro) no espaço familiar. O cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere cuidar dos outros, não são questões colocadas na socialização dos homens e, por conseguinte, se é mais comum que os homens casados dependam de suas mulheres no cuidado à saúde, resulta que, para eles, o casamento é fator de proteção numa variedade de doenças e seus agravos, o que não acontece com as mulheres (Schraiber et al., 2005). A reação e recusa ao diagnóstico, a centralidade do trabalho para o homem e o papel feminino de cuidadora, estão ilustrados nos depoimentos das esposas:

“Normal”... foi normal, sim! Quando soube, ele virou um bicho! Não acreditava que tinha diabetes, brigou com todo mundo. Demorou uns 2 anos para ele ficar consciente que tinha diabetes. (esposa de Osmar)

Ele estava desempregado. Tinha acabado de sair da firma em Campinas. Pediu a conta aí ficou um tempo parado e deu muito nervoso por isso, porque ele sempre trabalhou desde os 9 anos e parou faz uns 7 anos. Depois que saiu do emprego, ficou ruim, não teve mais conserto. Ele não conseguia fazer o tratamento correto porque comia fora. Em casa eu evitava fritura, comida gordurosa, mas lá fora ele comia de tudo e ficou ruim. Ele pediu a conta porque não conseguia mais trabalhar e chegou uma hora que ele não conseguia nem trabalhar, nem ficar parado em casa – desesperou. Foi isso que alterou e nunca mais voltou ao normal. (esposa de Pedro)

Acho que é uma doença muito chata porque eles ficam tão bravos, revoltados, indignados com ela e extravasam, ficam nervosos. Então a gente tem que estar sempre ali para apaziguar. (...) Eu falo que tem a aceitação porque já há muito tempo antes ele trabalhava numa montagem e ele estava a 5 metros de altura soldando um tanque e ele caiu de lá de cima sem mais nem menos. Ele achava que não era diabetes, mas para mim já era o começo... Isso foi em 86 e aí nessa outra crise já ultrapassou, foi o fim... Ele ia no banheiro aquelas gotinhas que caíam no chão ficavam melosas. Eu falava, “seu xixi está meloso, acho que você tem diabetes” – porque a minha mãe tinha e a gente já tinha mais ou menos a noção do que era. E ele dizia, “imagina! Você é médica?! Você entende para saber que é diabetes?!” E aí ele passou mal também lá no sítio, aí que ele fez exame e constatou diabetes. Ele achava que não, mas aquilo lá já vinha. (esposa de Alfredo)

Antes eu comia 2 a 3 pãezinhos, rabada, dobradinha. Agora minha mulher é que inspeciona. Ela faz o meu prato. (...) Bom não é, mas se está com fome você vai acostumando. Que nem eu, não comia jiló e esses dias ela pôs jiló e eu comi, gostei. Também porque põe menos comida, então penso, “vou comer porque vou ficar com fome?” (Justino)

Além da força, um outro traço da identidade masculina que parece influenciar o lidar com o diabetes refere-se à virilidade e a convivência com o perigo e o risco que estão implícitos na postura irônica e desafiadora diante da enfermidade como no relato em que, durante o encontro com colegas diabéticos nos bares, é comum perguntarem *quer um pouco*

de açúcar? ou ao tomarem aguardente comentarem *para a caipirinha só falta o limão!* Por outro lado, esse tipo de atitude pode expor mais drasticamente os homens aos específicos padrões de agravos e morbimortalidades masculinas³⁰, que são mais bem entendidos como produtos do comportamento masculino no ambiente social; da relação trabalho-adoecimento devido ao modo como é exercida a masculinidade, bem como dos homicídios explicados, em parte, pelo comportamento violento de gênero.

Quanto ao gerenciamento do diabetes, o padrão e as propriedades da terapia medicamentosa impõem uma regularidade na dieta, cujo descumprimento dos intervalos levará à queda da glicemia (hipoglicemia), podendo chegar a níveis críticos, sendo que no insulino dependente ela pode ser mais bem pronunciada e brusca. Embora os informantes sejam alertados sobre essa questão, é comum o relato de crises, principalmente, no início do diagnóstico, até que o adoecido, efetivamente, aprenda a identificar alterações e definir estratégias para controlá-la.

Para as mulheres entrevistadas, o fato das suas atividades se circunscreverem ao espaço doméstico (remunerado ou não) facilita o acesso ao alimento nos horários programados ou para conter uma crise da enfermidade, o que não ocorre quando os seus compromissos são externos à casa. Já para os homens, sendo comum as suas atividades se darem no espaço público, é problemático o cumprimento do intervalo alimentar e é freqüente o relato de terem experimentado crises durante a execução de um trabalho ou enquanto caminhavam pela rua, com exceção para aposentados, que, por outros motivos de saúde, ficam mais tempo em casa. Os problemas práticos dos homens para evitar a hipoglicemia, ligados ao trabalho, estão presentes nos seus relatos:

Tomei o remédio cedo e fui ajudar num serviço lá na Igreja São Judas. Estava bom do diabetes, tomando remédio e fazendo dieta. Tomei café, depois tomei o remédio e fui. Estava trabalhando e comecei a suar, ficar com corpo mole; suava e parecia que ia cair. E uma fome que

³⁰ Laurenti (apud Schraiber et al., 2005: 10) verificou haver quatro grupos de doenças que oscilam entre nos países das Américas, mas que estão sempre presentes como principais causas de morte de indivíduos do sexo masculino, constituindo a sua vulnerabilidade, que são: as neoplasias malignas (cânceres de estômago, pulmão e próstata); as doenças isquêmicas do coração; as cérebro-vasculares e as de causas externas (sobressaindo os acidentes de carro e os homicídios). Outro exemplo, neste sentido, refere-se às dificuldades na promoção de medidas preventivas como a realização dos exames para a detecção precoce do câncer de próstata que inclui o toque retal, cuja relutância é perpassada pela representação da sexualidade masculina (Gomes, 2003).

nossa! Fui ao banheiro e achei uma cesta de banana prata e acho que comi meia dúzia e aí melhorou. Já pensou se não tivesse isso na hora para comer? Se estivesse na rua, desprevenido? (Alaor)

Olha, o regime mesmo foi umas pares de vezes que fracassou. O último faz uns 2 anos. Esse, agora, estou fazendo certinho. (...) Só cuidei quando estava trabalhando numa firma em que a minha comida era separada das outras pessoas, o lanche era separado, maçã. Não tinha mais pão com mortadela. Depois saí de lá e fui trabalhar em Americana e tinha um barracão com uma cozinha para 50-60 pessoas que trabalham na parte elétrica. Tinha aqueles caldeirões de carne de panela, arroz e feijão, panelonas de macarronada, bisteca. Cedo era pão com manteiga, leite. Então se eu saía cedo daqui, ia trabalhar e era impossível... (Justino)

O trabalho pode, ainda, ter conseqüências para o adoecimento e o cuidado com a saúde quando se constitui em um obstáculo à continuidade do tratamento ou quando se torna fonte de estresse ocupacional (Schraiber et al., 2005), como no caso de dificultar ou impedir o acesso à dieta adequada (como no depoimento acima) ou por gerar preocupações excessivas decorrentes tensões (e contenções) nas relações interpessoais no ambiente de trabalho. Os esforços para suportar situações estressantes decorrem do entendimento de que certos desempenhos e comportamentos são apropriados aos padrões de masculinidade (Sarti, 2003), como aqueles requeridos para ocupar determinados postos de trabalhos, que fica evidente nos trechos abaixo.

Quando você usa a emoção, abala muito, e gente chega a se estrear, principalmente quando você tem um cargo. Eu que trabalhei numa empresa e exercia a liderança sobre os meus amigos, colegas, colaboradores, e é muito difícil lidar com as pessoas. Principalmente no meu caso, por causa do problema emocional, sou emotivo, sofria muito com os problemas dos outros, as pessoas cometiam certa indisciplina e eu ficava um tanto inseguro para advertir e, logicamente, a supervisão do trabalho cobra da gente, da liderança e é uma carga muito grande, muita responsabilidade, e isso foi minando a resistência do meu organismo e contribuiu muito para o aparecimento, inclusive, de diabetes, depressão, estresse do meu trabalho. (Jonas)

Tomei conta, muito tempo, da fábrica inteira e eu não levava queixa para meu superior de jeito nenhum. (...) Eu é que mandava embora, eu ajustava, acima de mim era só o gerente e o patrão, eu é que comandava toda a firma. Eu sei que o sistema nervoso que eu passei, e passo agora em casa, é que faz subir a minha diabetes e complica mais coisas, sabe? (Cosme)

Conceitualmente, o diabetes se traduz numa vida de restrições, censuras e proibições, impondo regras de comportamento que não combinam com o valor de liberdade que integra a construção do universo masculino, mas são, de certa forma, mais próximas das mulheres pelo caráter recluso da casa que constitui o seu espaço por excelência. A recusa em se sujeitar às normas alimentares prescritas para o controle do diabetes está presente nos depoimentos das mulheres, mas é mais proeminente para os homens: se para elas seguir as recomendações dirige-se ao controle da enfermidade, para eles parece significar ter a vida controlada. Um informante refere que com o diabetes tudo *ficou censurado* e que *cortou as regalias*, em alusão à imposição de normas para comer que não devem ser transgredidas e cerceiam a liberdade das escolhas alimentares. Em outro caso, a frase *ilha cercada de proibição de todo quanto é lado*, usada para definir o diabetes quanto às restrições alimentares, remete à possível sensação de segregação que a enfermidade provoca, levando o sujeito a isolar-se por se ver tolhido de vivenciar plenamente os momentos que reforçam os vínculos sociais, como é o caso do compartilhamento de refeições.

Quanto ao tipo de alimentos, é distinta a relação das mulheres e dos homens com os doces. Os últimos, quando referem a vontade de comê-los, justificam-na por ser própria do diabetes e que, mesmo no caso de sempre terem gostado dessas guloseimas, a vontade apresentou-se mais intensa depois do diagnóstico. Já as mulheres referem que sempre gostaram e não conseguem controlar a sua vontade e *passar sem doce*. As carnes, as comidas gordurosas e com sabores acentuados estão mais associadas simbolicamente ao masculino, enquanto os doces, que se enquadram na categoria de “alimentos ‘supérfluos’”, opondo-se à comida propriamente dita (arroz com feijão e mistura), são secundários para os adultos e adequados para as mulheres, idosos e crianças, integrados à aprendizagem do comer, mediante o processo de socialização”, conforme verificado por Canesqui

(2005: 185-186) em seu estudo sobre consumo alimentar em classe trabalhadora. A presença do doce no universo feminino pode ser lembrada na expressão “bebida de mulher” para se referir às combinações adocicadas, suaves e com pouco ou nenhum teor alcoólico ou nas bebidas açucaradas (refrigerante, licor, batida, ponche, champanhe, coquetel de frutas), reconhecidamente mais apropriadas ao paladar das mulheres.

Outra variação marcante no gerenciamento do diabetes verifica-se entre os homens no tocante à suspensão do medicamento para se permitirem o consumo de bebidas alcoólicas, que é um comportamento culturalmente marcado pela distinção de gênero, sendo mais comum ocorrer nos finais de semana, motivado pelas ocasiões em que estão acompanhados de familiares e amigos. Para amenizar o peso da transgressão e aliviar a possível culpa por acontecimentos futuros, nota-se que são utilizados mecanismos compensatórios como seguir com rigor as prescrições durante a semana para depois autorizar-se ao consumo da bebida alcoólica, figurando como um merecido prêmio; diminuir a quantidade de bebida consumida atualmente em relação ao que bebia anteriormente (*ralear a cervejinha, hoje tomo só uma latinha de vez em quando*); alegar que a mistura de substâncias como álcool e medicamento pode ser mais prejudicial do que ficar sem a medicação; substituir o consumo de doce e refresco pela bebida alcoólica, pressupondo uma tácita negociação que, por um lado, demonstra um domínio sobre a enfermidade e, por outro, traz a sensação de bem-estar apesar da doença crônica. Como explicam:

A única coisa que abuso no fim de semana é a cerveja. O médico falou para não tomar o remédio. É um vício porque eu tinha muito cálculo renal... [risos] (...) Todo fim de semana eu fujo do regime, mas não como doce de jeito nenhum e nada que tem açúcar. (...) Ele faz todo o regime possível que puder para, no fim de semana, poder tomar a cerveja dele. Se ele não segue o regime, daí não pode com a cerveja. (Osmar e esposa)

Às vezes, quando quero tomar uma cerveja, não tomo o remédio para não complicar. Complicar não complica, mas não pode abusar também. Às vezes eu misturo, mas não arrisco muito não. Pode dar alguma atordoação na gente. O pessoal conta caso que tomaram

Cibalena e depois pinga e chegou quase a morrer. (...) A cerveja não tem muito álcool, então é preferível tomar um copo de cerveja do que um copo de refresco porque ele tem muito açúcar também. (Clóvis)

O comprometimento vascular próprio da enfermidade e os efeitos dos medicamentos podem causar disfunção sexual, principalmente nos homens, o que talvez provoque a não aceitação da enfermidade, os ajustes ou a suspensão dos medicamentos por conta própria para se livrar (mesmo que provisoriamente) desse incômodo que abala profundamente os referenciais de masculinidade. Suspeita-se que a questão sexual tenha sido subinformada pelos participantes pelo fato de terem sido entrevistados por uma mulher, já que o problema foi constatado apenas junto a um dos informantes, que referiu que *a disposição sexual vai acabando* devido ao diabetes. No entanto, algumas esposas relataram que *o remédio prejudicou a natureza dele e aí esse homem ficava para cá e para lá, nervoso, irritado* ou *quando ele deixou de ser homem por causa dos remédios que tomava ele ficou até depressivo*, revelando que chegaram a diminuir e até a parar com o medicamento antes de procurarem auxílio profissional especializado.

Enfim, as diferenças segundo o gênero, destacadas sobre o pensar e lidar com o diabetes, relacionam-se para a mulher mais aos aspectos da vida doméstica, seu entorno familiar e os problemas próprios desse meio, ou seja, ao seu papel de chefe “da casa”, ao passo que os homens salientam os aspectos da vida social, especificamente referentes ao mundo do trabalho e da vida pública próprios do seu papel de chefe “da família”. Essa distinção é feita por Sarti (2003) para mostrar a divisão complementar dos papéis das mulheres e dos homens, que não deixa de ser uma relação hierárquica, já que a família compreende a casa. Segundo essa autora, a responsabilidade e autoridade das primeiras fundamentam-se na manutenção da unidade familiar (cuidando de si e de todos e zelando para que tudo esteja no seu lugar), na maternidade (que faz da mulher, *mulher*) e no controle do dinheiro (atribuição da boa dona de casa); ao passo que para os homens aquelas categorias se assentam na capacidade de ganho/sustento como provedor das condições de reprodução material e como sustentáculo da moral e da honra, mediando a família com o mundo externo e garantindo o seu respeito. Talvez, por isso, estes últimos percebam mais acentuadamente o impacto do diabetes na sua vida e tentem, de alguma forma, mitigá-los para evitar que dificultem o seu desempenho social (provedor da família), o seu aspecto físico de fortaleza, a sua recreação e a convivência social (Torres-Lopez, 1999).

As importantes variações no pensar, vivenciar e lidar com o diabetes, influenciadas e marcadas pelas diferenças no processo de socialização, que impingem atribuições diferenciadas para homens e mulheres, podem resultar em comportamentos que funcionam como fatores que os protegem ou que os expõem a certos padrões de doenças, lesões e morte (Korin, 2001). Contudo, como afirmam Schraiber et al. (2005: 15), “na vida cotidiana deve-se levar em conta a posição concreta e particular dos sujeitos em cada grupo de referência. E nesse particular e concreto, as matizes são extremamente relevantes, mais do que por vezes a identificação genérica e simplista de hegemônico versus marginal”, sugerindo que se evite reduzir as análises apenas a traços ou características diretamente associáveis a um desses pólos – feminino e masculino.

Para concluir o presente capítulo, ressalta-se que as fontes das referências para pensar e lidar com o diabetes estão na mídia, nos sistemas oficiais e alternativos de saúde, nas religiões, na experiência própria e de outras pessoas com ou sem a doença, nas tradições, nas crenças, na política e na organização dos serviços sociais e de saúde. A *bricolagem* das representações e das práticas diante do diabetes somente são compreensíveis se inseridas na história pessoal dos informantes, num contexto sociocultural específico, sempre reportado às dinâmicas circunstâncias e situações da vida cotidiana. À guisa de arremate, a análise de dois estudos de casos mostra a síntese das questões discutidas ao longo da presente pesquisa e compõe o seu último capítulo.



Capítulo VI

**Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes: estudos
de casos**

Para arrematar a presente pesquisa, este capítulo a ilustrou apresentando dois estudos de casos que, por meio da técnica do relato oral, abordou alguns dos aspectos envolvidos na vivência do diabetes como o seu início, a causalidade, o conceito e o gerenciamento, privilegiando a dimensão dos significados e dos sentidos atribuídos à enfermidade, na perspectiva do adoecido.

O *estudo de caso* é uma modalidade de pesquisa qualitativa que toma por objeto uma unidade, cuja análise é profunda e orientada pela amplitude dos suportes teóricos do pesquisador, que pode generalizar conceitos e questões de pesquisa, mas não resultados, o que conduziria à simplificação da relação todo/parte (Stake, 2000). Nesse sentido, observar, como um fenômeno ou processo existe e opera dentro da experiência particularizada impele o investigador a lidar, ao mesmo tempo, com questões do campo empírico e com aquelas mais teóricas (Becker, 1993).

O caso deve ser estudado como um sistema “delimitado”, localizado, microscópico, que não reflete o conjunto das relações sociais, mas se constitui em um recorte, uma aproximação da realidade do caso que não se esgota nas pesquisas, embora seja possível dialogar densamente com os sistemas mais amplos nos quais se insere (Stake, 2000). Assim, para compreender os aspectos do caso focalizados na investigação, buscam-se as suas principais marcas identitárias, caracterizando-as, estabelecendo relações entre elas, identificando modelos que as estruturam e as suas relações com o contexto (Deslandes & Gomes, 2004: 106).

A técnica do *relato oral* fornece autonomia de expressão ao depoente, que é relativizada pelos limites temáticos controlados pelo pesquisador, distinguindo-se da história de vida em que o entrevistado conduz a narrativa e destaca as questões que considerar relevantes (Queiroz, 1987). Todavia, o relato oral é flexível e sensível aos “imponderáveis” da pesquisa qualitativa e adequado para verificar como o sujeito situa e explica o evento do adoecimento, na totalidade de sua vida e a quais acontecimentos ou comportamentos ele vincula a sua ocorrência.

A seleção dos casos entre os participantes da pesquisa, guiou-se pelos critérios de apresentar as condições para explicitar os aspectos da vivência do diabetes, pela perspectiva de gênero e pela disponibilidade dos informantes em relatá-los. Para tanto, foram realizadas quatro entrevistas com o primeiro caso (Melissa) e três com o segundo (Cosme), além das observações e conversas “informais” ocorridas na sala de espera do serviço de saúde que freqüentam.

1- Melissa

Melissa é mulher, negra, solteira, com 56 anos de idade, nascida e residente em um bairro antigo de Piracicaba/SP, predominantemente ocupado pela classe trabalhadora. Cursou o ensino fundamental, aposentou-se por invalidez, e recebe um salário mínimo que, com a renda materna, compõe dois salários mínimos mensais. Ela vive com a mãe de 80 anos (também diabética), sendo que uma irmã com a família (marido e dois filhos adolescentes) residem numa casa independente construída no mesmo terreno, de modo que ambas as unidades domésticas são fortemente articuladas, apoiando-se mutuamente na manutenção de trocas de serviços e recursos. A presença da mãe de Melissa, em todas as entrevistas, foi bem-vinda e oportuna pelas informações complementares às informações da filha, lembrando fatos ou detalhes preciosos ao investigador, além do que, ao ouvir também outras pessoas da família, evita-se reproduzir uma abordagem individualizada (tão cara ao modelo biomédico) do processo de adoecimento, em detrimento das relações que o permeiam.

A mãe de Melissa relatou a dificuldade, no início do casamento, para “segurar filho”, sofrendo cinco abortos espontâneos até que nasceram os gêmeos (do total de cinco filhos), dos quais um é Melissa. Conta que a infância da filha transcorreu sem problemas e aos 14 anos começou a trabalhar como operária em uma fábrica de tecidos, afastando-se após 12 anos devido às dores de cabeça freqüentes e intensas, que culminaram com a perda quase total da visão. Assim, Melissa iniciou uma longa jornada transitando por serviços de saúde vinculados às universidades (hospital de clínicas em São Paulo e Campinas) submetendo-se aos mais variados tipos de exames em busca de diagnóstico e tratamento, em geral, parcialmente conclusivos.

No seu dia-a-dia, Melissa desempenha atividades básicas no espaço doméstico, como alimentar-se e fazer a higiene pessoal, auxiliar na limpeza (varrer, lavar louças, cozinhar com a ajuda do sobrinho); dependendo da mãe para separar os medicamentos pelos horários (e ela frisa que os toma sozinha) e para acompanhá-la em atividades externas (serviços de saúde, igreja, passeios, festas familiares, bancos), e dos irmãos ou cunhado quando necessita de transporte, seja particular ou coletivo.

Melissa confecciona tapetes de retalhos que lhe proporciona renda extra; faz as orações diárias citadas como compromisso; “assiste” aos programas de uma emissora vinculada ao segmento católico, deixando a televisão ou o rádio ligados quase o dia todo. As leituras são inviáveis devido à sua deficiência visual e ao analfabetismo da mãe.

É nesse contexto e cotidiano que se (re)constrói o relato de Melissa sobre a sua vivência do diabetes, cujos aspectos destacados pelo estudo são expostos a seguir.

A **causalidade** das doenças, de acordo com Buchillet (1991) e Sindzingre & Zempléni (1992), envolve quatro questões fundamentais: a) reconhecer e classificar o que é a doença; b) perceber ou representar uma causa instrumental (como aconteceu); c) identificar o agente que a produziu (quem, o que); d) reconstruir sua origem (por que ocorreu), às quais Caroso et al. (2004) acrescentam uma quinta questão sobre a *cura* (o que é, como se procura e obtém).

Nas explicações de Melissa sobre o início do diabetes, tais questões estão implícitas e se enredam num fluxo de acontecimentos que inclui os comportamentos (coisas que fez, não fez, falhou ao fazer) e os eventos significativos da vida, que se integram à totalidade da história pessoal da adoecida, extrapolando as explanações causais físico-biológicas. Por isso, a preferência pelos *aspectos causais* ou a *gênese* (Willians, 1984) do diabetes, em vez de “etiologia”, que tem raízes na racionalidade médica ocidental e embute a idéia de determinação, não endossada por Melissa, que, no relato, toma e conecta as discontinuidades da vida cotidiana como pontos de referência do passado, que têm significado no presente. A depoente faz uma leitura da descoberta do diabetes, decorrente do “acaso”, marcado “naturalmente” pelo curso da enfermidade a partir de uma pequena alteração no exame de sangue, confirmada pelo diagnóstico médico, pela prescrição de medicamentos específicos e por uma crise em que necessitou de insulina. Nas suas palavras:

Porque eu fazia tratamento no Hospital das Clínicas em São Paulo e precisava fazer exames de sangue.... Foi aí que descobriram que eu tinha a possibilidade de ter. Eu não tinha ainda... mas tinha a maior possibilidade/poderia ter. Mas continuei comendo massa e as outras coisas e assim virou o diabetes. Porque quando você não sabe, você vai na velocidade, vai comendo tudo o que tem que comer, toma café adoçado com açúcar...

Começaram a fazer os exames... mas levou anos... Eu fiquei 14 anos no Hospital das Clínicas tratando outros problemas e depois passei a tratar para cá... somente depois de tempos é que descobri que estava diabética (...). Quando voltei a fazer exame – deu o diabetes. Agora quando você sabe que tem o diabetes, modifica um pouco e eu passei a usar o adoçante. Mas o sangue vai se alterando, isso eu sei porque eu ficava internada e não precisava tomar insulina, agora desta vez que eu fui internada, precisei tomar.

A descoberta do diabetes de Melissa deu-se por volta dos 48 anos e não se configurou como algo desorganizador da sua vida, mas como mais um fato em meio ao fluxo de problemas de saúde apenas confirmando, reforçando e dando continuidade a sua trajetória de vida marcada por um padrão de co-morbidade, num contexto de desgaste corporal pela idade, de sofrimentos e adversidades, fazendo-a tomar a ocorrência daquela doença como “normal”, inevitável e recebê-la com resignação (Carricaburu & Pierret, 1995; Willians, 2000). As palavras de Melissa revelam a relação com os serviços de saúde, com os exames e os múltiplos adoecimentos vivenciados:

O médico falou, “misturou tudo, você tem diabetes, colesterol, problema no pé, problema de sinusite, rinite alérgica”. Assim, deu um monte de coisa e foi misturando. Fora mais coisas que eu não sei – reumatismo eu sei que tenho, tenho infecção no sangue... Eu tinha problema também na vesícula e operei aqui em Piracicaba; operei de apendicite que estava bem inflamada. Ah, e eu tenho problema de tireóide também...

Então, são coisas pelas quais a gente vai passando, vai maltratando o nosso corpo, o nosso organismo. Porque você não faz uma coisa direito, depois chega numa certa idade, começa a sofrer, começa com

dor e vai aparecendo de tudo. Eu falo para a minha sobrinha, “não faça extravagância, para não sofrer”, porque depois é duro mesmo. Mas, graças a Deus, eu não reclamo nem fico chorando – não adianta...

A noção de causalidade entre os segmentos populares é pluralística e se unifica nas explicações que incluem aspectos de ordem natural, socioeconômica; psicossocial e sobrenatural (Ngokwey, 1988; Minayo, 1988), constituindo-se em domínios distintos, mas vinculados, intercambiantes e não contraditórios; distintos da etiologia segundo o modelo biomédico que se centra no indivíduo e privilegia os aspectos naturais.

A explicação causal do diabetes exposta por Melissa inclui a participação da medicina oficial, mas evidencia a sua parcialidade e insuficiência na busca de sentido à condição vivenciada. A *hereditariedade* e a *alimentação*, centrais na etiologia biomédica, são incorporadas, ressituidas e complementadas, aparecendo pulverizadas no relato de Melissa ao explicar, com certa hesitação, as causas do diabetes:

Você começa a comer demais, açúcar e não segue direito o que tem que fazer. Quando você não sabe, vai na velocidade. Come tudo o que tem que comer, toma o café com açúcar. Se você passa a comer muita massa, doce, muita coisa, você pode ter o diabetes. É disso que vem. Eu acho.

Eu acho que vem de outras origens. Muitos problemas vêm dos antepassados, muito antes. (...) É uma coisa que você nem sabe como nasceu, de onde veio, se já nasce com o diabetes ou não. Não dá para explicar... Porque tem criança que tem também, então...

Outras causas ligadas à alimentação combinam-se com elementos da racionalidade médica ao considerar que os alimentos são prejudiciais, não pela sua qualidade em si, mas porque se tornaram danosos devido à intervenção inadequada do homem no ambiente (Garro, 1995). A essa noção subjaz a idéia de exogeneidade causal da doença pressupondo a invasão real ou simbólica de elementos nocivos ao organismo, como uma “intoxicação” (Adam & Herzlich, 2001) advinda de estilo de vida prejudicial, poluição do ar e produtos químicos presente nos alimentos.

Nesse sentido, Melissa admite que os alimentos podem estar contaminados por vírus e vermes. Contudo, ela mantém contato com agentes de cura da *bioenergética* e apropria-se da sua interpretação ao afirmar que essa terapia pode identificar e localizar vírus no corpo que são responsáveis por doenças, inclusive o diabetes. Nota-se que não são explicações exclusivas do diabetes, mas de doenças em geral, evidenciando o apoio em construtos prévios sobre as enfermidades, na sua elaboração causal. Como relata:

Hoje se come coisa forçada com adubo, daí é que vêm os vírus. Também tem os vermes que vêm do ar e você não vê, como a solitária. Ela entra sem que se veja, mas depois ela fica na entrada do estômago com a boca aberta. A bioenergética “vê” onde estão os vírus e usa argila para tirá-los. Eu fiz e saiu a solitária.

Tanto remédio nos prejudica também... Entrar “muito fechado” no médico, com os comprimidos, deixa você intoxicado. Uma coisa vai puxando para a outra.

Essa geração não quer saber de nada, de cozinhar... Aí vem tudo pronto e já viu no que pode dar.

As condições gerais de existência, no plano material, moral e relacional, confluem à importante categoria sociossomática do *nervoso* que Melissa lança mão para explicar a origem, assim como o desencadear de crises que alteram a taxa de glicose:

Ah, sabe, eu acho que foi vindo... de nervo mesmo. É muito nervoso. Porque, principalmente quando você sai e vai trabalhar fora, você passa por muita contrariação...

E o diabetes, também, tem esse negócio de nervoso. Eu acho assim, quando fico muito nervosa pode subir. Quando você está bem calmo, o diabetes está bom.

Ao analisar a noção de “nervoso” nas classes populares, Duarte (1986) verificou tratar-se do que designou “perturbações físico-morais” como fenômenos decorrentes das condições de vida em que as pessoas se encontram, seja no sentido material, moral e relacional, às quais subjaz uma fisicalidade. À maneira de um código específico, o nervoso permite avaliar e falar dos infinitos embaraços dos diversos planos

vivenciais da vida prática opostos à calma, à tranquilidade e à paz, orientando-se por uma ordem relacional estruturante no segmento popular, em oposição ou resistência à lógica individual que predomina na sociedade ocidental moderna.

Por conseguinte, a permeabilidade e a comunicação entre os planos físico e moral operam pelo fluxo de nervos que se ramificam pelo corpo todo, sendo conectados por um elemento motriz carregado de conotações materiais e simbólicas – o *sangue* – cujas qualidades e alterações podem influir na condição de saúde e doença. Essa questão será retomada adiante devido à reconhecida relação do diabetes com o sangue.

Um outro aspecto causal articula elementos mágico-religiosos e psicossociais para explicar a origem das enfermidades e infortúnios, traduzidos pelas relações interpessoais conflituosas que resultam em “malfeito” devido aos sentimentos de inveja por pessoa próxima, e aqueles decorrentes do fato de Melissa ser negra e se relacionar bem com brancos, como aparece de forma sutil na fala da sua mãe:

Fizeram mal para ela. Ela fazia todo quanto é tipo de exame que você possa imaginar e não encontrava nada. Dava inflamação mas não se sabia onde. Ela estava magra que só vendo, e daí bateu uma dor de cabeça que ela gritava. Fui lá no sítio em Santa Rita, Dona Odila (nome fictício da rezadeira), e quando entramos no quarto a Melissa caiu. Ela receitou banho e remédio e pediu para voltar dentro de 7 dias.

Fizeram coisa para ela, e foi no bolo. De inveja por causa do namorado de Melissa e que outra moça, nossa conhecida, gostava. Também porque tinha muita amizade com todos, com brancos...

Quando voltamos, Dona Odila falou “Vocês estão com uns negócios atrapalhados lá em casa, não estão?” E estava mesmo, precisava ver. As nossas vassouras [da pequena fábrica do marido] perderam compradores e “enguiçaram” uns papéis de nota fiscal. Teve tempo em que ouvíamos tanta pedra em cima do telhado... Depois a Melissa melhorou e em 15 dias voltou a trabalhar.

Na busca pelo sentido da enfermidade, a prática de cura (científica ou popular) envolve interpretação e mobiliza significados religiosos, sendo permeada por elementos de fé, nem sempre tão explícitos (Caroso et al., 2004), mas que estão presentes seja residual ou sob uma nova forma, ainda que ofuscados pela objetividade científica. Esses domínios se interpenetram e possibilitam ao sujeito uma análise mais globalizante da sua condição, evidenciando a insuficiência e a simplificação diagnóstica biomédica.

Assim, o quadro causal composto por Melissa inclui fatores comportamentais (hábito alimentar), biológicos (herança genética), relacionais (ambientais, pessoais e sociais) e mágico-religiosos (forças sobrenaturais), reforçando a idéia de uma pluralidade integradora traduzida pelo discurso unificado que não dissocia os planos material e espiritual e influenciam, em parte, a escolha do tipo de tratamento, como visto adiante.

A construção conceitual de Melissa sobre o diabetes envolve **conhecimentos de senso comum** remetendo às abstrações elaboradas sobre fatos interpretados na dimensão cotidiana, esforçando-se em apresentar o discurso biomédico, sabidamente legítimo e hegemônico em questões de saúde e doença, aproximando-se da sua nomeação, mas não implicando, necessariamente, a assimilação total dos conceitos:

Diabetes é um problema no pâncreas que não “combate” o açúcar e ele fica no sangue e vai prejudicando o órgão. Vai atuando no sangue, engrossando e prejudicando o organismo...

Nomear o problema de saúde percebido e localizá-lo no corpo imprime concretude e ajuda ordenar as sensações vagas do diabetes, sendo que esse procedimento evoca a matriz biomédica, sempre reinterpretada por Melissa, que também recorre aos conhecimentos do senso comum para explicar a doença. Além do intenso contato de Melissa com as instituições de saúde ao longo da vida, somam-se o uso de mecanismos eficientes de aproximação e imposição do modelo biomédico (propaganda, predomínio nos serviços públicos de saúde) e o reconhecimento da sua eficácia em muitos casos de saúde levando a população a ambicionar usufruir desse saber (Minayo, 1988). A fala de Melissa, a seguir, expressa essa apropriação e reelaboração conceitual:

Bom, para mim é como se não fosse nada. Você convive, aprende a conviver, quer dizer, quando se fala de diabetes, eu não fico pondo coisas na cabeça. (...) Não pode se apegar com a doença, ficar pensando. Para mim é uma coisa de nada. Sento e como de tudo, vou, tomo o remédio, faço o que tenho que fazer, mas sem me preocupar que tenho diabetes.

Embora o gerenciamento da doença possa concorrer com a performance social e ameaçar o cumprimento de compromissos morais, ao afirmar que “*é uma coisa de nada*” e que “*faço o que tenho que fazer*”, Melissa sugere que o diabetes não impede que desempenhe suas atividades (restritas ao espaço doméstico) e o seu papel de boa filha, responsável, autônoma sem ser um estorvo para os outros. Nesse sentido, pairam dúvidas sobre a sua classificação como doença, porque permite tocar a vida “*sem se preocupar*”, ecoando, na classe trabalhadora, com as representações de saúde que a associam à ausência de doença, à disposição para trabalhar e ao “*não sentir nada*” (Costa, 1978; Minayo, 1996; Canesqui, 2005).

O fato de o diabetes ser tomado ora como *doença*, ora como *não-doença*, como mostra o excerto abaixo, se reforça por requerer tratamento, ser considerado grave (por profissionais e leigos) e duradouro, porém invisível, exceto em casos de complicações evidentes (cegueira, amputação). Dessa forma, o diabetes se apresenta como categoria ambígua (Douglas, 1976) localizada em domínios diferentes e incompatíveis, intersticiais, às margens das normas, causando estranheza, insegurança, inquietação e ameaça podendo se converter em fonte de perigo. Nesse sentido, ser uma doença “*íngrata*”, embute a crise latente e a constante incerteza quanto aos acontecimentos futuros, ainda que esteja sob tratamento. Assim se expressava Melissa:

Eu sei que é uma coisa muito grave. As pessoas falam que a diabete traz muitos problemas, deixa muitas seqüelas, mas eu não levo nada por aí. Tenho uma maneira de pensar diferente.

Mas a diabete é íngrata porque deixa seqüela se a pessoa não tratar. Traz doença para no sangue. O açúcar vai para o sangue, o engrossa e vai prejudicando o corpo. Porque o sangue não pode ser muito grosso, nem muito fino, fraco, senão vira água. Tiro uma base na máquina em

que eu trabalhava (na tecelagem) na parte de fiação de algodão: dependendo da peça, se era fininha era uma tristeza, já a mais grossa era mais fácil, mas não podia ser muito grossa também...

A ambigüidade também está presente quando Melissa afirma que o controle do diabetes (pela alimentação e por Deus) é possível e corresponde à cura, mas, ao mesmo tempo, reconhece ser incurável, impondo viver até o fim dos dias com aquela doença.

Se a gente fechar um pouquinho a boca, acho que dá para curar. Agora se continuarmos a comer exageradamente, é impossível. Aí só a mão Deus que pode nos ajudar, porque do contrário temos que viver com “com açúcar no sangue até o fim”. Porque o diabetes é eterno, vem e fica ...

A definição inicial do diabetes como problema no pâncreas complementa-se, acima, por *açúcar no sangue*. A consistência do sangue, no pensamento do senso comum, altera-se pela presença de elementos, em geral, externos (álcool, remédios, alimentos e, no caso, açúcar), tornando-se *sujo* e/ou *grosso*, prejudicando sua circulação nas veias e nos órgãos envolvidos com esse fluido, como os rins (*filtram o sangue*) e o coração (*bombeia o sangue*). Essa associação talvez oriente as complicações do diabetes descontrolado citadas, como levar à hemodiálise, aumentar a pressão arterial, trazer problemas às veias/amputação e má cicatrização, perder a visão.

Não obstante, além da materialidade, o sangue possui conotações morais, com alto potencial simbólico em relação à *força*, corporificada física e moralmente (Duarte, 1986). O sangue agrega funções biológicas e sociais ao se reportar, nos segmentos populares, à saúde como vigor/força e resistência que garantem a reprodução material (Costa, 1978), possibilitando honrar os compromissos morais. Essa relação sangue/força articula-se com a *alimentação* como fonte central (não exclusiva) de sustentação do corpo e da saúde, de modo que valorações alimentares conflitantes podem influenciar, em parte, o seguimento das recomendações dietéticas.

Melissa classifica o diabetes em uma forma grave de difícil controle, materializada pela insulina e pelas complicações (que inclui “passar a usar insulina” em si), e outra forma mais branda, controlável pelos comprimidos e pelo regime alimentar.

O diabetes deixa a pessoa pálida. Porque se você se cortar, se fizer uma operação e for diabético, ela não fechará – o problema está no sangue, ele não cola; não fecha aquele buraco. Graças a Deus, as duas operações que fiz, do apêndice e da vesícula, foram bem. São os tipos...

Tem muitos tipos de diabetes, doce, salgado. O médico explicou que tem os tipos: tem uma que não fecha o corte porque o sangue não cola – são aqueles que tomam insulina – e tem a que precisa tomar comprimido. O meu é a de comprimido.

Nota-se, também, que Melissa, embora não explicita, faz uma elaboração a partir dos seus conhecimentos, que parece resultar numa *suavização* das condições da sua experiência com o diabetes, levantando dúvidas sobre as complicações ao citar:

Eu sei que pode afetar a vista, porque muitas pessoas têm perdido a vista por causa do diabetes. Quando vou ao médico, ele pergunta quantos anos faz que eu perdi a visão, pensando que é do diabetes, e eu falo “não é não, porque quando eu descobri que tinha diabetes, eu já não enxergava há muito tempo”. Então, não pode acusar que é o diabetes.

Não reclamo porque você olha para trás e vê gente que está pior. A gente não enxerga, mas escuta, fala, anda... imagine se ficasse entrevada na cama....

O fragmento do relato de Melissa demonstra uma avaliação do saber médico, sem poder de generalização, ao ser confrontado com um saber prático. Ademais, a tendência à relativização parece reger-se pelo que Duarte (1986: 203) designou de *prisma de situação* ao se referir a uma lógica contrastiva e hierárquica que privilegia o seu próprio lugar contra os que imediatamente se lhe opõem e contra o mundo extralocal em geral.

Quanto ao **gerenciamento** do diabetes, esse se refere às ações empreendidas pelos adoecidos para “controlar” o diabetes e viver tão normalmente quanto possível, o que não exclui que tais ações se orientem, em parte, por representações sobre o diabetes e o seu manejo. Busca-se entender a questão na perspectiva do adoecido e como auto-regulação (Conrad, 1985) ao invés de “aderência” ao tratamento, que remete a uma relação terapêutica médico-centrada atenta aos desvios, própria da tradição funcionalista.

Sob o ponto de vista médico, o gerenciamento do diabetes assenta-se em um padrão genérico que inclui o uso de medicação, mudança de comportamentos (com ênfase na dieta e exercícios físicos) e monitoramento da taxa de glicemia (Cohen et al., 1994; Hunt et al., 1998; SBD, 2003). Contudo, reproduzir essas recomendações, como fez Melissa, não corresponde observá-las integralmente (fato comum que intriga os profissionais de saúde), pois os comportamentos em relação ao diabetes se orientam, em parte, por conceitos, critérios, princípios, fatores e valores, às vezes, incompatíveis com as prescrições, requerendo que ajustes sejam feitos.

Ao discorrer sobre o **controle** do diabetes, Melissa se refere, primeiramente, à observação de sensações corporais desagradáveis ou estranhas (*atordoação, boca seca, preguiça*) que são reconhecidas devido à aprendizagem baseada na experiência e aprimorada com o tempo de diagnóstico da enfermidade (Maclean, 1991; Paterson et al., 1998; Thorne et al., 2003). Para interpretar as sensações corporais e tomar microdecisões para contorná-las e silenciá-las, são traçadas estratégias versáteis e mutáveis que ordenam continuamente o tratamento em resposta às variáveis circunstâncias da vida (Hunt & Arar, 2001). As informantes verbalizam as alterações corporais percebidas e, entre risos, esclarecem como resolvem esses incômodos:

Se o diabetes altera, sinto atordoamento, a boca fica seca, tenho preguiça. Aí sei que alterou.

No diabetes, se a você passa da hora da comida, do horário de comer, sente atordoação...

Quando é possível, a gente “mede o açúcar” na farmácia, que faz o teste na hora e cobra uns dois reais, e mede a pressão também.

Dependendo da hora, podemos ir ao Posto de Saúde porque nesses casos eles medem. Às vezes toma-se um chá para ajudar e... capricha no regime...

A compreensão da enfermidade não se esgota na experiência e abrange, também, os significados que variam nos diferentes grupos sociais. A esse respeito, para os profissionais de saúde o controle significa manter o nível de glicose dentro de padrões de referência (Cohen et al., 1994), mas para Melissa o controle volta-se às preocupações práticas que a leva promover ajustes nas prescrições tentando equilibrá-las em meio às demandas não médicas (familiares, laborais, religiosas) a serem gerenciadas na vida.

No caso dos **medicamentos**, a constatação dos seus efeitos e as respostas aos ajustes empreendidos vão, com o tempo, convencendo e aumentando o senso de controle sobre o problema, permitindo certa flexibilidade, como relata Melissa, em relação às alterações nos horários de tomar os remédios:

Já teve vez que esqueci de tomar, não vou dizer que não, teve sim... O horário varia, não tem muito certinho, porque às vezes você está fazendo alguma coisa então ajeita o horário. Às vezes, se estou fazendo um serviço de casa, fazendo tapete ou rezando (porque pego as minhas orações e perco a hora) e você fica entretido ali. Ah, esquece mesmo. Mas quando isso acontece, eu tenho que contar o horário em que tomei o remédio, porque tenho muita dor de cabeça ...

Embora a tomada de decisão seja individual, o adoecido se insere numa cultura da qual recebe informações sobre saúde e doença, podendo influenciar seus comportamentos, como é o caso de uma idéia dominante, e oposta à saúde, de que o medicamento é consumido em situações de doença (Stimson, 1974) e que tomá-lo continuamente (uma droga) gera dependência física (Conrad, 1985). O uso ininterrupto de comprimidos sem apresentar sintomas pode levantar dúvidas sobre a adequação da dosagem e a melhora do problema, o que autorizaria o adoecido a testar as quantidades e os intervalos prescritos. Embora não tenha encontrado esse tipo de manipulação no caso de Melissa, aquela dubiedade está implícita na sua fala mostrando-se, novamente, crítica diante do saber médico.

Na minha opinião, eu sei que o diabetes é uma coisa muito grave. As pessoas falam que o diabetes traz muitos problemas, deixa muitas seqüelas, mas eu não levo nada por aí. Tenho uma maneira de pensar diferente. O diabetes para mim é uma coisa de nada. É uma coisa que vou, tomo o remédio, eu faço o que tenho que fazer, mas sem me preocupar que tenho diabetes.

Quem quer ser tocado a remédios? Isso é ruim, ter que lembrar todo dia, ter que carregar junto...

Às informações corporais (sintomas/sensações) tomadas como parâmetro para testar variações no uso de medicamentos, soma-se a informação objetiva do **exame** que mede a glicemia, ao combinar, complementar e corroborar as avaliações, fornecendo credibilidade, legitimando as impressões e a capacidade de controlar o diabetes. Os exames

dão “visibilidade” e espacialização aos problemas de saúde, objetivando-os em imagens, números, taxas e medidas que são relevantes para convencer, a si e aos outros, sobre a realidade da enfermidade. Nota-se que Melissa reconhece e questiona a evidência numérica do controle técnico no diabetes, não tomando-a isoladamente:

Eu acho que quando fico muito nervosa o diabetes altera. Quando você está bem calmo, ela está boa. Mas eu fui fazer exame aí no Posto de Saúde e ela estava boa, estava 140. A mulher falou “está boa”, mas eu fiquei quieta, não me sentia bem, não falei nada – se ela falou que estava boa, é o que vale. Depois eu fui fazer o exame no Postão (centro de especialidades) e a moça mediu e disse que estava muito alta – estava 200 e tanto. Eu falei, mas como, se eu fui no Posto e deu 140 e aqui está dando mais de 200? Depois disso eu fui internada e no hospital o diabetes também estava alto. Em casa, você vê, estava baixa. Falei isso para o médico, porque eu não estava entendendo. Ele pediu para fazer novamente o exame, eu fiz e vimos que o exame estava errado. O diabetes foi controlado e caiu. Então, nesse meio tempo, estava aqui assim, atordoada, caindo, sentindo muita fraqueza – era porque o diabetes tinha caído para 43. Baixou demais. Eu falo para você, não dá nem para entender...

A **dieta** é outro ponto de discrepância entre as prescrições médicas oficiais e as ações efetivadas pelos adoecidos, revelando uma inviabilidade e incompatibilidade das orientações de caráter clínico diante do mundo e da vida. Essa distância entre as recomendações e as práticas é sublinhada pelo tom irônico nas falas de Melissa:

Minha irmã quer que eu vá consultar com a nutricionista para educar sobre o modo de comer, mas já sei o que ela vai falar, então, não vou não! “Não pode comer ovo por causa do colesterol, não pode comer isso e aquilo”. Se for ver, então, não tem nada para a gente comer... Quando você fica doente, não pode comer e quando você está com saúde, pode comer... Se você sabe que não pode comer, isso é triste... Porque eu digo ao médico sobre a dieta, “o senhor está certo, não vou dizer que o senhor está errado, está tudo certo”, mas tem que controlar, não é assim também. A gente tem fome... O que é que tem comer? [risos]

Controlar tudo bem, mas eu pego três colheres e depois ponho mais duas... Tomar café eles falam, “três bolachas de manhã e leite”. Ah, imagine só três bolachas de manhã cedo... Ah, vá... “só porque o senhor quer” – pensei comigo...

Da mesma forma, a mãe de Melissa fornece mais um exemplo dessas incongruências, numa fala entremeada de risos de ambas, que reconhece também a desigualdade no poder de argumentação no encontro médico:

Eles passam três colheres de arroz, feijão, verduras, não sei o quê. Falar a verdade, a gente que é forte precisa de comida. E uma vez, porque estava alterado o exame, o médico falou “a senhora deve estar comendo muito queijo, não pode comer queijo, só do branco...”. Ah, eu disse “está bom...” Fazer o que, a gente concorda, não vai discutir mas, “muito queijo” ... veja só...

“Não tem nada para a gente comer” expressa, de um lado, o valor dos alimentos e de outro a negativa das restrições alimentares, tendo como referência os alimentos valorizados positivamente pela informante como o arroz, a carne de panela, as frituras, as massas (macarrão, pão), bem como a abundância de certos componentes básicos das refeições (arroz e feijão). Além disso, alimentos com alto teor energético têm um valor simbólico para a classe trabalhadora, por prover as energias à recuperação e à manutenção da (tão solicitada) força física, associada à saúde enquanto disposição para o trabalho (Costa, 1978; Boltanski, 1979; Canesqui, 2005).

Outra questão compartilhada com a classe trabalhadora reporta-se à alimentação insuficiente ou inadequada que incide na debilidade física e moral veiculada pelo aspecto corporal da fraqueza em oposição à corpulência e à força, que coincide com a concepção de saúde (Canesqui, 2005). As palavras da mãe de Melissa associam o tipo de dieta com fraqueza/caída e o recurso à intermediação religiosa para não alterar a glicemia, mesmo alimentando-se do que gosta e sem cumprir a prescrição:

Para falar a verdade a você, nós não fazemos muito a dieta, não. Sempre comemos do mesmo jeito. E sabe por quê? Conheço pessoas que têm diabetes e fazem aquela dieta rigorosa, e estão caídas... Nossa! Tem que ver! A pessoa diz “só como duas colheres de arroz, não como

feijão...”. E mesmo assim, está caída. Por isso é que acho que tem que fazer um pouco de dieta, mas não assim. Com o açúcar, tudo bem em usar o adoçante. Eu falo para você, olha, eu tenho diabetes – e quase não uso adoçante – e ela nunca chegou a 200. Quando vou medir ela está em 100, em 95; bem controlada. Então, eu falo: nunca usei disso tudo aí e, graças a Deus, está boa. [risos] Agora não sei se é por causa da fé, porque a fé adianta bastante. Não sei se a senhora é religiosa, seja o que for, mas eu alcancei uma graça – estava com 180 de diabetes e fui na igreja de nossa Senhora dos Prazeres, com o grupo de oração, e recebi essa graça – nunca mais ela subiu. Já faz mais de 10 anos e eu como arroz, feijão, pão – que eu gosto muito – esse é que é bom, hein... [risos].

O poder aquisitivo influencia o consumo dos alimentos dietéticos e “clínicamente” permitidos, mas é insuficiente para explicar o não-seguimento e as reformulações alimentares feitas pelo adoecido, que são “intermediadas pelas normas culturais e pela ideologia (formas de pensar socialmente construídas) que cercam os usos, a seleção dos alimentos, a aprendizagem e a socialização do que comer, e marcam identidades e particularidades dos grupos sociais” (Canesqui, 2005: 169). Os fragmentos das falas de Melissa e da sua mãe, finalizadas por risos, insinuam que a dieta prescrita opõe-se à do “pobre” e identificam certos alimentos como “coisas”:

Esses outros produtos [dietéticos] que são bons para o diabético comer, eu não tenho força para comprar. Podemos até comprar uma vez, mas, vai comprar sempre? Como é que o pobre vai comer? Tem que controlar e pedir a Deus.

Tem que diminuir o que se comia, tirar um pouco daquilo e de outro. Tudo bem, tirar você tira, mas seguir certinho mesmo, não consegue não. Para mim não mudou nada...

Comemos alface, abobrinha, chicória, uma vez ou outra, mas para falar a verdade eu não gosto muito de comer essas “coisaradas”, não...

O uso de “intervalos” na alimentação cotidiana é esporádica devido à viagem ou visita a parentes, sendo mais comum em datas especiais e comemorativas (aniversários, casamentos, batizados, fins de semana, festividades familiares) marcadas pela refeição

diferenciada em que os adoecidos se permitem “licenças sociais” (Paterson et al., 1998) por serem ocasiões em que “a comida sacia a fome e nutre simbolicamente os elos e as obrigações familiares” (Canesqui, 2005).

Quando fomos para Aparecida do Norte, tivemos que comer o que tinha na mesa...

Numa festa, assim, você não deixa de experimentar o bolo, fica até chato negar. Não todo fim de semana, mas quando alguns irmãos se juntam para comer, nós não rejeitamos e comemos juntos.

Em churrasco você se controla, mas não deixa de experimentar.

Assim, a flexibilidade nas práticas dietéticas é influenciada tanto por fatores materiais do cenário social mais amplo (político, econômico) expresso pela oferta, acesso e distribuição dos alimentos, quanto por fatores simbólicos como as “idéias sobre os alimentos, as crenças nas suas propriedades e os efeitos que os acompanham, envolvendo valores sociais, noções de moralidade, comportamentos apropriados entre os distintos grupos de idades e gênero, permeado ainda pela identidade social, relações com o corpo e o gosto” (Canesqui, 2005: 169). postos em interação na vida cotidiana.

A prática regular de **exercícios físicos** é recomendada pela medicina oficial, tanto para prevenir quanto para controlar o diabetes, e é valorizada pela classe trabalhadora devido ao apreço pelas atividades que fazem uso intenso do corpo (Boltanski, 1979). Assim, Melissa não participa da atividade física organizada pelo serviço de saúde local, o que não quer dizer, para ela, que não as pratique no trabalho doméstico, que requer dispêndio de esforço físico. Por outro lado, a oportunidade das caminhadas e das práticas de exercício físico favorecerem o estreitamento dos laços sociais, é valorizada no seu depoimento a seguir:

É bom porque é feito com mais pessoas, anima mais; mas aquilo que fazem lá, eu faço aqui em casa também. Ando para cá e para lá o dia inteiro, lidando...

Não se ignoram os obstáculos corporais de Melissa para participar dessas atividades, como o problema visual que a faz caminhar com dificuldade e com o auxílio de outra pessoa (a mãe, também com limitações físicas impostas pela idade), e as dores de cabeça que há muito tempo a acompanham e que podem surgir mais facilmente com a exposição ao sol (segundo orientação médica e a sua própria experiência).

A utilização dos **serviços de saúde e de outras terapias** por Melissa mostra-se diversa e flexível, podendo se combinar, justapor ou sobrepor sem, no entanto, se embasar em conhecimentos ou em modelos compreendidos plenamente pela informante, como pode-se notar:

Tem outro comprimido que nós tomamos e que é bom para tudo. É bom para o diabetes, para a pressão, controla tudo: é o ginkobiloba [fitoterápico muito difundido pelos meios de comunicação de massa] e tem o quitobil também. Eu tomo os dois, direto.

O ginkobiloba é falado no rádio, mas, bem antes, quando ainda não tinha perdido a visão, eu fui numa médica lá no Postão [centro de especialidades], e ela receitou um remédio que tinha o ginko na composição. Ela disse que seria bom tomar sempre. E desde que comecei a tomá-lo, me senti bem, começou até a clarear mais a minha vista. Melhorou a dor de cabeça, então pensei, “vou em frente”. Mas é controlado, no dia em que você está mais chateado, aturdido, passa um pouco...

O vasto contato de Melissa com os serviços oficiais de saúde, desde os anos 1960, também expõe as fragilidades e limitações das respostas diagnósticas e de cura do modelo hegemônico, abalando a sua credibilidade. A esse respeito, a mãe de Melissa expressa a insuficiência biomédica no prognóstico do problema de saúde da filha:

A Melissa tem tanta coisa que já vem vindo. Já faz 20 anos que perdeu a visão, ficou muito mal e o médico deu o prazo de 15 dias de vida para ela. E, graças a Deus, ela está aqui, com 56 anos já.

A multiplicidade das escolhas terapêuticas é coerente com um quadro plural de noções causais (Laplantine, 1991) e com a atual ampliação da divulgação e da oferta das terapias alternativas, contrariando a idéia de que a busca dessas medicinas seja motivada, exclusivamente, pela escassez dos serviços oficiais. No fragmento do relato de Melissa, o saber biomédico não é excluído, mas é ponderado e complementado por outros:

Nós tomamos bastantes remédios de raiz. Eu não fico acreditando muito no remédio de médico, para falar bem a verdade. Quando consulto na bioenergética, eles passam remédio de raiz, chá para tomar e argila para aplicar na parte do corpo que estiver mal. Isso sim, mas entrar “muito fechado no médico” com os comprimidos, você fica intoxicado. Uma coisa vai puxando a outra. Do jeito que eu estava andando, não podia nem me sentar, nem colocar o pé no chão, estava atordoada, caindo.... Comecei a tomar o ginkobiloba e estou me sentindo bem, melhorou a cabeça e tudo. Tem coisa que médico não resolve...

As terapias citadas por Melissa incluem aquelas da tradição médica *científica*, da *popular* (chás caseiros, simpatias), da *natural* (bioenergética, argiloterapia e fitoterapia, que inclui os remédios ou fórmulas manipuladas pelas farmácias e adquiridos sem receita médica ou por via postal) e da tradição *religiosa* (orações), cuja combinação sugere uma compreensão mais totalizante das enfermidades devido à unidade corpo/espírito que rege as idéias de cura na classe trabalhadora (Loyola, 1984).

Para Melissa, a bioenergética não é incoerente com o modelo biomédico, pois ambos captam as energias corporais (pelas hastes usadas nas consultas e pelo exame de ressonância magnética) e compartilham termos como o vírus, o bacilo, a bactéria e a infecção, responsáveis pelos problemas de saúde. Não obstante, a legitimação do saber dos seus praticantes não vem do conhecimento formal, como na medicina científica, mas é adquirido por meio de um “dom” (como explicou a mãe de Melissa) pressupondo a intervenção de forças sobrenaturais. Não por acaso, os agentes de cura da bioenergética, no caso analisado, vinculam-se ao segmento religioso católico, inclusive os atendimentos semanais se realizam no salão de festas anexo a uma igreja.

Vale ressaltar que a interferência divina representa uma força suprema, pertencendo a Deus a decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura, que faz retornar ou manter a saúde, castiga com doenças, fortalece para tolerar as dores sendo fonte de resignação, solução ou atenuação frente ao sofrimento (Ibáñez-Novión, 1974). Esse poder divino de decisão está bem expresso nas palavras de Melissa e da sua mãe:

Alcansei uma graça – eu estava com 180 de diabetes e fui na igreja de Nossa Senhora dos Prazeres, com o grupo de oração e recebi essa graça – nunca mais o diabetes subiu. Já faz mais de 10 anos. Mas a graça, você sabe, não é a hora que você quer, tem a hora certa para acontecer e só Deus é quem sabe qual é a de cada um. Tem que pôr nas mãos Dele, ter paciência e confiar...

O médico deu prazo de 15 dias de vida para Melissa e, graças a Deus, ela está aqui com 56 anos.

Temos que rezar para Deus iluminar os médicos também. Confiar em Deus, que é o único em quem podemos confiar. Isso é o que dá força e coragem para vivermos, é o que nos orienta...

As diversas terapias usadas por Melissa não possuem limites bem definidos, mas áreas sombrias, com continuidades e descontinuidades evidenciando flutuação e coexistência de matrizes de significados e de práticas de saúde inseridas em heterogêneos domínios culturais na sociedade atual (Canesqui, 2003; Guedes, 1998). As fontes das referências para lidar com o diabetes estão na mídia, nos sistemas oficiais e alternativos de saúde, nas religiões, na experiência própria e de outras pessoas com a doença, nas tradições, nas crenças, na política e na organização dos serviços sociais e de saúde. A *bricolagem* das idéias e práticas diante do diabetes somente são compreensíveis se inseridas na história pessoal de Melissa e num contexto sociocultural específico sempre reportado às dinâmicas circunstâncias e situações da vida cotidiana.

2- Cosme

O segundo caso analisado é o de Cosme, um senhor de 64 anos, nascido em Porto Feliz/SP, onde cresceu e cursou até a 2ª. série do ensino fundamental, mudando-se para Santa Bárbara d'Oeste/SP, onde viveu até 21 anos atrás, quando fixou residência definitiva em Piracicaba/SP. É aposentado por uma pequena indústria metalúrgica desde 1986, mas devido à necessidade de complementar os rendimentos, retornou ao mercado de trabalho como porteiro em uma fundição, onde permaneceu até o ano de 2003. Paralelamente, desenvolveu atividades como vendedor autônomo (proporcionando-lhe excedentes e certa poupança reservada a alguma situação de “precisão”, como relata) e, atualmente, viaja para pequenas cidades da região de Piracicaba negociando produtos de limpeza. Possui casa própria onde convive com a esposa, ocupada exclusivamente com os afazeres domésticos, e uma filha solteira, tendo, ainda, dois filhos casados que moram nas suas respectivas casas.

Embora tenha ocupado cargo de liderança, pelo qual recebia salários diferenciados, Cosme considera o valor da sua aposentadoria baixo, que somada aos seus rendimentos extras perfazem uma renda familiar aproximada de R\$1.200,00. A filha exerce atividade remunerada, mas Cosme afirma desconhecer qual é exatamente o seu salário (apenas calcula ser entre dois e três salários mínimos), além de não contar com ele no orçamento doméstico, alegando deixá-lo para que ela gaste com as próprias necessidades. Sabe-se, porém, que há colaboração indireta da filha como no caso de compras avulsas que traz para casa, inclusive por trabalhar em estabelecimento comercial ligado ao ramo alimentício. Por outro lado, um dos compromissos centrais ligados ao papel do homem na casa é prover o sustento da família (Sarti, 2003), assegurando a satisfação das necessidades básicas das pessoas que estão sob a sua responsabilidade, de modo que aceitar contribuição da filha pode significar possível falha moral.

No dia-a-dia, Cosme costuma acordar por volta das 6h30, toma seus remédios e o café da manhã e faz caminhada em dois dias da semana com um grupo de pessoas vinculadas ao segmento religioso da Congregação Cristã do Brasil, do qual faz parte. É comum encontrá-lo, em outros dois dias pela manhã, no Posto de Saúde do bairro no período que antecede as atividades físicas organizadas por esse serviço, em que é verificada

a pressão arterial dos participantes. Cosme aproveita para aferir a sua pressão arterial e auxilia os profissionais de saúde, fazendo o registro das medidas de cada pessoa, mostrando conhecê-las, tratando-as pelo nome e evidenciando estreita relação com o serviço de saúde, além de comprovar a importância da sociabilidade propiciada pela prática de atividades conjuntas que transcende os seus benefícios físicos. Nesses dias, participa das atividades de alongamento e relaxamento, mas não acompanha a caminhada, justificando já praticá-las com o outro grupo.

Segundo o seu depoimento, Cosme dedica o restante do dia às vendas em Piracicaba ou na região, faz os pagamentos de contas mensais e visita parentes, evitando ao máximo ficar dentro de casa, referindo ser um local em que gera-lhe muito nervoso devido à relação conjugal conflituosa. Não obstante, o incômodo pode decorrer do fato de o espaço doméstico se associar ao universo feminino, em contraste com o espaço público/da rua pertencente ao etos masculino, o que pode acentuar o desconforto e a sua sensação de estar deslocado – o que é comum ser sentido por homens em situações de doença, desemprego e aposentadoria, nas quais o trabalho, enquanto sustentáculo da masculinidade, está comprometido ou temporariamente suspenso (Nardi, 1998).

Em relação ao diabetes, Cosme o descobriu há 16 anos e relatou com minúcias a identificação de sensações corporais estranhas que o convenceram de que algo estava errado e que era preciso procurar ajuda especializada. Nota-se que o depoente buscou, inicialmente, a opinião do irmão (antes do profissional de saúde), embora esse estivesse inserido no setor saúde, confirmando que diante do surgimento e do reconhecimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos, o indivíduo se depara com uma rede complexa de possibilidades de escolhas, cujo percurso traçado na tentativa de solucionar os problemas de saúde foi designado, na literatura socioantropológica, de *itinerário terapêutico* (Gerhardt, 2006). Essa busca por cuidados é variada e complexa, não havendo um padrão único e pré-definido de operação e envolve procedimentos interpretativos de experiências e delineamento de ações, que não estão isolados do domínio dos macroprocessos socioculturais (Alves & Souza, 1999), sendo condicionados por atitudes, valores, representações, características da doença, acesso econômico e disponibilidade de tecnologias, além da estrutura e da mobilização da rede de apoio social na qual o sujeito se insere.

Assim, o relato sobre a origem da enfermidade ocorre em meio a um emaranhado de eventos corporais diante dos quais buscam-se cuidados e explicações causais do que pode ter levado a desenvolvê-la que somente ganham sentido quando reportadas ao contexto (econômico, social e cultural) em que acontecem. Como esclarece em seu depoimento, Cosme focaliza como fator provocante do seu diabetes um consumo alimentar habitual equivocado e exagerado:

Aposentei em 1986, depois trabalhei um pouco de vendedor e em 1990 voltei a trabalhar de guarda numa fundição que era em frente da minha casa, onde eu entrava à 9h30 da noite e saía às 6h30 da manhã. E o tempo de levar uma garrafa de leite com café para tomar, eu levava uma garrafa de refresco toda noite. Então, como o meu serviço era de mexe-mexe, carimbar cartão de meia em meia hora, eu deixava a garrafa de refresco num lugar meio no jeito na geladeira e ia tomando de golinho de vez em quando, como água. Quando foi lá um belo dia eu percebi que o refresco estava ficando amargo e pensei, “mas, caramba, o que está acontecendo? Será que o refresco está estragado?” Comprava uma garrafa hoje, outra amanhã, mas continuava do mesmo jeito. E notei que comecei a ir ao banheiro direto para urinar e com tudo isso concluí que não estava bom. Como tenho um irmão que trabalha como técnico de raio X no hospital em Santa Bárbara, fui e contei para ele que disse que os sintomas sentidos (muita dor nas pernas, dor no corpo, secura na boca, bebia água direto) era diabetes e falou para eu passar com o médico para fazer um exame de sangue. Fiz o exame com um médico de Santa Bárbara e constou 220 de diabetes, e ele já me falou, “agora está aqui o seu cardápio, a comida que você vai comer, o que pode ou não comer”. (...) Na hora eu não fiquei nervoso. Só pensei comigo e falei para ele que eu já sabia o que tinha me deixado daquele jeito – porque diabetes a turma fala que a pessoa tem que evitar açúcar, refresco, massa, essas coisas – e foi muito refresco que eu tomei, porque era todo dia que ia trabalhar uma Tubaína, uma outra bebida, mas era tudo refresco, tudo doce. E nunca tomei adoçante também, só tomava as coisas com açúcar.

A extravagância que representa o consumo “extra” e excessivo, aliada à combinação inadequada de alimentos nas formas líquidas e sólidas, figuram entre as causas do diabetes e da obesidade. Por analogia ao comportamento animal, o comer à vontade parece aproximar o homem de um estado de natureza que o coloca fora de uma ordem social pela falta de regras para se alimentar, desapropriado ao ser humano. Ao seu lado, a causa hereditária perde a força explicativa diante da evidência concreta dos perfis de adoecimento e morte entre os familiares, como explica:

Diabetes é por causa de extravagância que a pessoa faz: comer bastante carne gordurosa, tomar muito refresco e suco demais. Inclusive, tinha um médico cardiologista que dizia, “nós humanos ao sentarmos à mesa para jantarmos ou almoçarmos, temos que deixar o líquido de lado, sabe por quê? Com perdão da palavra, se você ficar comendo e tomando suco, refresco, bebida, o seu estômago fica como a uma lavagem...” A pessoa engorda, fica ruim porque isso se faz com porco. Quando ele está grandão é colocado sozinho na ceva e é tratado à vontade: o bicho chega a cair deitado de tão gordo que fica. E eu tinha o costume de pegar a jarra de suco e ir tomando no almoço. A diabetes vem de tudo isso aí. Tem gente que fala que vem de família, é hereditário, mas pelo que sei não foi disso que a minha mãe morreu, as minhas irmãs eu tenho certeza de que não foi de diabetes também e o meu pai eu conheci muito pouco (tinha 7 anos quando faleceu). Minha irmã, acima de mim que faleceu, fazia 14 anos que tinha problema de coração, então, não era problema de diabetes. Então, o único que tem diabetes da minha família sou eu. Como pode?

A representação do diabetes vincula-se à causa, caracterizando-se pelo excesso de açúcar no sangue que enfraquece o pâncreas ou prejudica o seu funcionamento. O fato de pessoas cometerem excessos e não desenvolverem diabetes se explica pelo prisma metafísico e religioso podendo ser atribuído ao destino, à fatalidade ou, como Laplantine (1991) sugere, a uma salvação (de ser poupado da doença, infortúnio) pela graça que independe das obras, ou seja, a despeito do que se fez ou deixou de fazer para evitar o agravo. Sobre a fraqueza, como já abordado alhures, ela se opõe à força e remete a um valor moral por comprometer a capacidade de “trabalhar direito”, tanto do sujeito como do órgão, mas que, igualmente, incide na relação homem-trabalho-família.

O fato do sangue, naturalmente salgado, ficar doce denota certa desordem porque o açúcar está fora do seu lugar, estático e em abundância, sobrecarregando o pâncreas que não é capaz de processá-lo. Dessa forma, o diabetes ora deixa transparecer o seu caráter ontológico configurando-se como uma entidade que ataca e danifica o pâncreas, ora como uma disfunção (e não como uma doença em si) expresso numa taxa que vai se alterando cada vez mais e trazendo outros problemas às várias partes do organismo. Como se nota nos trechos a seguir:

O diabetes é isso: entrar muito no açúcar, no refresco, comer muita massa. Porque tem gente que come e bebe de tudo e não faz mal, o diabetes não ataca, mas tem gente em que ele ataca. Não sei bem por que isso acontece... às vezes tem que ser, não é? O pâncreas pára de funcionar e não queima aquele açúcar no corpo e é onde a gente pega o diabetes, fica com a doença do diabetes. O sangue fica doce. O açúcar fica no sangue e é onde ataca esse problema do diabetes. Se o pâncreas funcionar direitinho, a pessoa não pega sintomas de diabetes, mas se ele estiver fraco demais, o diabetes vai alterando cada vez mais.

O diabetes faz sentir muita dor nas pernas, muita fraqueza, porque ataca os rins, o estomago, a vista, ataca tudo. Estou com a vista direita ruim e terei que operar de catarata e foi do diabetes...

O potencial de se disseminar negativamente pelo corpo, citado acima, evidencia uma típica tendência do diabetes em agravar-se com o passar do tempo, o que Cosme relata na condição de testemunha dessa trajetória degenerativa e irreversível. Na própria classificação do diabetes em *fraca* e *forte* ou *grave*, subjaz o critério das altas taxas de glicemia (de 1.000 ou de 500) que podem levar ao coma, sendo possível passar de um tipo para o outro dependendo, em grande parte, do quanto a pessoa consegue controlá-la, mas também podendo evoluir a despeito do tratamento (porque o corpo se acostuma com o medicamento) carregando certa nuance de fatalismo.

O auge da trajetória nefasta do diabetes, para Cosme, concretiza-se pela indicação da insulina, que, cogitada pelo médico diante da dificuldade em manter a glicemia em níveis aceitáveis, soou-lhe como ameaça. A aversão manifestada à insulina pode ser atribuída aos incômodos práticos do seu uso diário, mas também pelos

significados anexados a ela como sinalizar que a enfermidade se agravou devido a um processo natural ou resultante da negligência do seu portador que não seguiu as recomendações para controlá-lo (Hunt et al., 1997). Entre os inconvenientes da insulina, acrescenta-se o fato de suscitar traços estigmatizantes no adoecido, por dar visibilidade à dependência de medicamento injetável (alusivo às drogas ilícitas), sendo preferível o comprimido pela sua discrição que não denuncia ser portador da enfermidade. Como se entrevê:

O diabetes ataca de todo jeito, mesmo tratando. Porque é assim: eu tomava o Diabinese, depois passei para o Metformina – que é mais forte – e depois fui para dois remédios (Daonil e metformina). Então, mesmo com o remédio, acho que com o tempo, os anos que a gente está com esse problema no corpo, acaba tomando insulina, que é o último recurso. É como calmante que você toma e vai indo, vai indo e o corpo acostuma e ele passa a não fazer mais efeito. Quando isso acontece, tem que falar com o médico que receitará outro mais forte. Com o diabetes é igual.

Deus me livre! Esses dias atrás o Dr. Ivo falou que ia passar insulina e eu falei, “doutor, pelo amor de Deus! Eu vou me controlar, tenho certeza que a minha diabetes vai controlar, vou me virar e sei que não vai dar problema”. É que a insulina tem que tomar todos os dias, se a gente mesmo não aplicar tem que pedir para outra pessoa, além de ter que ficar na geladeira direto. E eu não paro, saio direto. Uma hora estou aqui, outra hora em Santa Bárbara mexendo com uma coisa e com outra e tem dias que passo fora. E eu não vou sair daqui de minha casa em Piracicaba, ir para Santa Bárbara e levar insulina; eu vou tomar quente? Não pode. Então, e o comprimido, não: eu ponho no bolso ou na carteira só o que vou tomar e pronto.

Quanto ao **gerenciamento** do diabetes, é preciso que o adoecido elabore planos de rotinas que considerem, simultaneamente, as atividades que despendem esforços físicos realizadas cotidianamente, a dieta praticada e os medicamentos prescritos, buscando, com isso, manter a glicemia em níveis aceitáveis/toleráveis. Essas medidas visam obter um controle sobre o diabetes para evitar crises de hiper ou hipoglicemia, não apresentar sintomas/sensações desagradáveis e não impedir o desempenho dos compromissos diários,

que podem ter sido redimensionados após a irrupção da enfermidade. Contudo, os ajustes efetuados ante a nova condição somente serão viáveis se estiverem coerentes, se não total ao menos parcialmente, com os valores do adoecido e que preexistiam ao diabetes.

No desenrolar desse processo, que na literatura socioantropológica sobre as doenças crônicas é denominado “normalização” (Adam & Herzlich, 2001), Cosme se deparou, logo após o diagnóstico, com a imposição de regras (“ter que”) ao comportamento alimentar. Embora, a princípio, tenha demonstrado disposição em segui-las, elas se revelaram incompatíveis com o padrão alimentar anterior e com os valores de força cuja manutenção depende do tipo de dieta praticada (Canesqui, 2005; Duarte, 1986) que, quando inadequada, pode levar à morte física (por fraqueza corporal) e moral (pelo comprometimento do trabalho ao perder a força).

A provável crise de hipoglicemia relatada ocorreu como corolário à incompatibilidade do comportamento de adesão estrita à dieta recomendada, diante da qual Cosme fez o ajuste que avaliou ser necessário, ou seja, passou a não exagerar no consumo de determinados alimentos, adotou o uso de adoçante e começou a fazer caminhadas. Essa decisão embute a rejeição em se submeter acriticamente às ordens médicas e se privar dos tipos de alimentos valorizados (especialmente por conter alto teor energético e as substâncias necessárias ao corpo), dos quais gosta e na quantidade que considera adequada. Nota-se que os valores médicos e os da cultura de origem de Cosme se antagonizam impedindo-o de seguir uma dieta restritiva, à maneira do que foi observado por Samuel W. Bloom em seu clássico estudo de caso sobre uma portadora de diabetes – a Sr^a. Tomasetti (*apud* Nunes, 2003). Como o informante relata:

Meu irmão falou, “não pode comer de tudo, de jeito nenhum! Daqui para frente você vai ter que seguir esse cardápio, terá que aprender a comer e a beber e terá que usar adoçante no suco, no café, no leite, no chá” – e o meu irmão era entendido, ele trabalhava no hospital. Então o médico me deu o cardápio para eu comer duas colherinhas de arroz, uma de feijão, um bife mais grelhado ou assado do que frito, sem gordura, mandou comer bastante salada. Mas sabe o que aconteceu? Fiz 4 meses essa dieta/regime, mas lá um belo dia eu desci no centro da cidade e estava sentado na praça esperando abrir o banco e começou a

me dar uma atordoação, começou a virar tudo comigo e falei “meu Deus do céu!... não estou bem”. A sorte minha é que fui de ônibus e não de carro, senão teria que pedir para uma pessoa me levar embora. O banco abriu, entrei lá mas todo atordoado, pendendo de um lado e pensei que do jeito que eu estava iria morrer antes do tempo e falei: eu não vou ficar desse jeito, não. Comendo deste jeito não dá, a gente é acostumado a comer bastante. Resolvi voltar no dia seguinte ao médico e falei “doutor: eu estou morrendo...”, e ele se assustou e perguntou por quê: “porque duas colherinhas de arroz no almoço, duas no jantar, uma de feijão e um pedacinho de carne e salada não está resolvendo... Estou sentindo muita fraqueza...”. Ele então receitou uma vitamina para tomar e combater a fome. Mas eu pensei comigo, “eu não vou comprar vitamina, não”. A vitamina que eu vou fazer sabe o que é? Vou chegar em casa, vou pegar umas cinco, seis colheres de arroz, umas três, quatro de feijão, salada à vontade, carne vou comer de frango, de vaca do jeito que vier porque eu estou morrendo. Não vou fazer regime – quatro meses e quase que eu fui! E estou comendo quase normal. Não exagero: como aquela comida no almoço, saio fazer uma caminhada, como um bocadinho no jantar e, às vezes, faço uma caminhadinha também para ajudar a digestão. Mas eu aumentei a comida, porque não consegui fazer daquele jeito. E vou falar para a senhora: graças a Deus, estou controlando.

Percebe-se no trecho acima que os indícios subjetivos são importantes para identificar as alterações da glicemia e fazem parte da aprendizagem da convivência com o diabetes que é aprimorada com o tempo de diagnóstico e por confirmação de hipóteses (se abaixou ou subiu) por meio de informações objetivas proporcionadas pelos testes e exames laboratoriais. Esses recursos aumentam a confiança do adoecido na sua capacidade de decifrar e distinguir uma situação de outra (aumento ou queda da glicemia), e de agir para evitar ou contornar as alterações e considerar que o seu diabetes está controlado. A relevância dos testes sobressai na presença de outras patologias, como no caso da hipertensão arterial, que é comum associar-se ao diabetes e que apresenta, muitas vezes, sintomas semelhantes que confundem o adoecido podendo agravar ainda mais a situação se forem tomadas medidas de controle equivocadas. Para tanto, é comum o adoecido não se apoiar, exclusivamente, no dado técnico da taxa de glicemia, havendo margem de

flexibilidade também balizada pelo conselho médico e pela sensação de bem-estar que pode variar no curso da doença. O cotejamento de vários elementos envolvidos no manejo do diabetes se reporta à noção de “equilíbrio” sublinhada por Paterson et al. (1998) e que permeia o relato:

Diabetes faz sentir muita dor no corpo, nas pernas, seca na boa, sede, vai muitas vezes ao banheiro. Mas só quando está descontrolada, porque se ela está normal na base de 200; cento e pouco, é normal, não sente nada. Quando ela está mais atacada, a gente sente, fica atordoado, a vista embaça. Eu tenho essa noção porque faz tempinho (desde 1990) que eu estou nessa vida aí.

Se ela abaixar complica também. Sente-se um problema de desmaio, uma atordoação também. Quase o mesmo sintoma de quando está alta. Ela não pode ficar baixa demais, nem alta, porque se abaixar demais é hipoglicemia e se subir é esse negócio de hiperglicemia.

Quando começa a se sentir mal a gente tem que ir ao Postinho fazer o teste do dedo e ver se o diabetes está alto ou baixo. A mesma coisa a pressão: o sintoma eu acho que é quase igual, não tenho bem certeza – é isso que preciso lembrar de perguntar para o médico. Que nem: se estiver me sentindo mal, vou primeiro ver a pressão para depois tomar o remédio porque se estiver baixa pode complicar mais. E o diabetes é a mesma coisa, mesmos sintomas. Por isso tem que medir.

Os fatores que podem descontrolar o diabetes também são aprendidos ao longo da convivência com a enfermidade, figurando entre eles o consumo de bebidas alcoólicas e as transgressões alimentares induzidas pela própria doença. As recomendações alimentares assumem a conotação de normas que são vigiadas, de modo que a desobediência a elas carrega um peso moral gerando sentimentos de culpa, explicando por que o transgressor procura ocultar os comportamentos contrários às regras, fazê-los às escondidas ou omiti-los, para evitar repreensões (Broom & Whittaker, 2005) aplicadas por si mesmo ou por outros atores envolvidos.

Esses comportamentos, no entanto, são atenuados ou tolerados quando ocorrem em ocasiões de descontração compartilhados com amigos e familiares em que o adoecido autoriza-se às licenças sociais (Paterson et al., 1998). O que está em jogo, então, são os benefícios sociais pelo sentimento de integração, solidariedade e pertença, propiciados por tais momentos, que são mais valorizados do que os possíveis danos físico-biológicos que não são imediatos. Ademais, o adoecido desenvolve formas de compensar as extrapolações que se constituem em estratégias pontuais de controle, como ser mais rigoroso com a dieta ou manipular o medicamento suplementando as doses ou alterando o horário de ingeri-las. Nesse sentido, observa-se no relato, o cuidado na ingestão do remédio antes ou depois do consumo de bebida alcoólica, que se baseia na crença de que misturá-los pode trazer sérias complicações à saúde. Acrescenta-se que a vontade divina também contribui para que o diabetes se mantenha controlado ou permite que o adoecido seja capaz de controlá-lo. Como o informante exprime:

Se faço uma extravagância – porque é lógico que a gente faz mesmo, não fica direto só fazendo regime – como quando a mulher faz doce e põe na geladeira... é uma tentação. O doce parece atrair a pessoa quem tem diabetes. Se ela faz o brigadeiro, eu vou lá na travessa e pego 2 ou 3 e como escondido. Ela faz doce de leite com coco e eu pego uma colher de vez em quando e ponho rápido na boca. A gente não consegue ficar sem comer. Mas se percebo que estou ficando ruim, eu tomo, vamos supor, um comprimido para diabetes depois do jantar e se eu notar que estou meio ruim ainda, tomo outro antes de me deitar. Desse jeito controla e vai levando assim. Agora bebida de álcool eu não bebo, fumar não fumo. Se vou na casa do meu filho e ele oferece uma cervejinha para acompanhar a carinha assada, então, eu tomo 2 ou 3 cervejas de latinha e eu já não fico muito bom porque não sou acostumado. Chego em casa e tomo um remédio. Porque não posso tomar o remédio e depois a bebida de álcool – aí complica tudo. É a mesma coisa de tomar calmante depois tomar uma bebida de álcool: antes do efeito é perigoso até matar.

Graças a Deus, estou controlando e se percebo sintomas, tomo um pouco mais de comprimido.

Um outro fator que pode alterar a glicemia, referido e baseado na experiência pessoal do depoente, é o “susto” que foi constatado logo em seguida da sua ocorrência por

meio do teste de glicemia capilar. O episódio relatado mostra a resposta orgânica motivada por uma suposta falha de responsabilidade no cuidado com outra pessoa, corroborando a expressão de que “o social atravessa a pele”, citada por Herzlich (2005), não sendo possível compreender o adoecimento dissociando as dimensões corporal e social. O “susto”, nesse caso, se aproxima da noção de nervoso, enquanto um código específico para se referir aos embarços ocorridos em diversos planos vivenciais (Duarte, 1986), sejam eles momentâneos e abruptos (como o susto) ou mais persistentes, mas sempre marcados por conter uma imbricação entre uma avaliação com teores material, moral e físico-corporal, empreendida pelos sujeitos. Reciprocamente, o risco de ocorrer a mesma situação no trânsito, como alerta o profissional de saúde, denuncia o impacto da enfermidade na vida social, restringindo a programação de atividades podendo levar até ao isolamento. Conforme expõe:

No dia seguinte após fazer a cirurgia da vesícula, tinha um senhor no meu quarto com as 2 pernas amputadas e a pessoa que o acompanhava ia sair um pouco e pediu que o olhasse no caso de precisar chamar alguém. Tudo bem. Eu, cansado de ficar deitado, me levantei arrastando o pé, porque o corte foi grande, fui dar uma voltinha no corredor e parei no balcão para conversar com a enfermeira. De repente escutei um grito e um baque e pensei, “meu Deus do céu, o homem caiu da cama!”, e mesmo não podendo nem andar direito, saí correndo para acudir. E a cada meia hora a enfermeira vinha furar o meu dedo para controlar a diabetes, que estava normal de tudo em 70, 75. Fazia uns 15 minutos que tinha feito, mas tomei aquele susto – e o diabetes não pode tomar susto: é a mesma coisa que um choque térmico, pode morrer. Se minha diabetes estivesse em 200 ou 300 eu teria morrido, por causa do choque, o susto de pensar que aquele homem tinha caído da cama – fiquei responsável por ele, o que a família ia falar de mim? Corri para o quarto e, graças a Deus, não tinha sido com ele. Quando a enfermeira veio fazer o teste de novo – percebi que tinha ficado ruim – estava em 230. Conteí o que houve e ela falou que, se eu dirigia, era para tomar cuidado e seria bom até parar, se possível, porque se eu ou outro batesse no meu carro, eu poderia perder a direção. É..., o susto mata e o diabetes é complicado nessa parte aí.

O nervoso, em geral, advém de tensões em situações e relações interpessoais conflituosas de sociabilidade nos ambientes familiar e de trabalho ao qual se incluem as tensões, que acentuam a condição nervosa, decorrentes do tipo de trabalho desempenhado, ao lado da pressão para que sejam suportadas porque assim se espera do indivíduo do sexo masculino ao ocupar determinados postos de trabalho, conforme os ditames da masculinidade. É o que trata o primeiro trecho abaixo.

Os fragmentos de relato seguintes explicitam a relação não dicotômica entre mente e corpo, própria da classe trabalhadora e que conflui para o nervoso, mas é inversa ao entendimento médico incapaz de compreendê-lo, limitando-se a tratá-lo agressivamente eliminando os seus sintomas. Ao contrário de um modelo de relação médico-centrada, que pressupõe passividade do adoecido para aceitar e seguir as recomendações, nota-se que Cosme faz julgamentos e espera um conhecimento específico detido pelo profissional que o ajude a se cuidar, não excluindo o autoconhecimento que possui sobre os problemas que o aflige. Essa modalidade de interação médico-paciente, que pressupõe ajuda mútua e participação efetiva do adoecido, é considerada apropriada na orientação de doenças crônicas em geral (Bloom *apud* Nunes, 2003).

Assim, as prescrições médicas passam pelos crivos dos valores do adoecido, como é o caso da resistência em tomar calmantes por associá-los aos problemas de natureza psiquiátrica, mental, ou por conter compostos químicos muito fortes (simbolizados pela “tarja preta”, a receita controlada) que podem causar dependência. Da mesma forma, a generalização da prescrição é rejeitada por Cosme, diante das singularidades pessoais e das respostas idiossincráticas aos estímulos do seu meio e das suas relações. Enfim, trata-se de exemplos de uma relação assimétrica decorrente de um conflito latente entre perspectivas culturais diferentes – a profissional e a profana, ou seja, a do médico e a do adoecido, respectivamente, como observou Freidson (1972). Não se ignora haver, porém, pontos de convergências e convivências nessa relação, sendo que a aparente “não docilidade” do sujeito apenas manifesta o seu ensejo em participar das decisões que lhes dizem respeito. As questões do nervoso e a negociação embutida no encontro médico constam nos trechos seguintes:

Por muito tempo, eu tomava conta da fábrica inteira e não levava queixa para o meu superior de jeito nenhum. (...) Eu é que mandava embora e ajustava. Acima de mim era só o gerente e o patrão, eu é que comandava toda a firma. Eu sei que o sistema nervoso que eu passei, e passo agora em casa, é que faz subir a minha diabetes e complica mais coisas, sabe.

Eu falei para o médico que o meu sistema eu já sei direitinho. É a mesma coisa de um carro que você sempre dirige, vai para cá e para lá e conhece toda a manha dele. Se você leva e deixa na mão do mecânico, ele não vai saber o sintoma do carro: você é que tem que falar e aí ele vai direitinho no problema. É a mesma coisa do médico: você chega e fala que está doendo as cadeiras, as costas, a barriga, a perna. Se você não contar onde dói, ele não vai descobrir. Então é assim e eu tomei aquele susto no hospital e falei para o médico que o meu sistema nervoso – porque eu passo muito nervoso em casa – faz o diabetes subir e sobe a pressão também. Ele falou de receitar calmante para mim e eu falei que calmante eu não vou tomar, não. E controlei sabe como? Comprei 4 maracujás grandes, mandei minha esposa bater no liquidificador, coar e colocar na geladeira que eu tomava com adoçante. Três vezes que tomei, controlou a diabetes.

Faz pouco tempo eu vim conversar com o Dr. Ivo – conversar não – consultar com ele e falei que meu diabetes foi para 400, a pressão foi para 18 porque estava nervoso demais. Expliquei que tenho um problema comigo que é o sistema nervoso. Não posso passar contrariedade em casa – porque o problema que eu passo é em casa, não é com os outros, colegas, conhecidos da gente, mas é lá em casa. Eu fico muito nervoso, o diabetes sobe e a pressão acompanha. Ele disse: “nesse assunto, nesse problema então eu vou ter que receitar um calmante para todos os diabéticos que vêm aqui...” E eu falei, “não doutor, não é assim não. Cada pessoa tem um sintoma: eu tenho um, fulano tem outro e ciclano tem outro. Não é todo mundo igual”...

A postura crítica diante da biomedicina pode decorrer do contato com ela, atestada pela intensa incursão dos serviços de saúde e a submissão aos procedimentos cirúrgicos, de modo que o adoecido se sente à vontade para questioná-la. No entanto, o saber médico usa de mecanismos para designar e nomear os problemas físicos de saúde e

também para criar a realidade social da doença (Adam & Herzlich, 2001) quando ela ainda não foi percebida e não existia na consciência do sujeito (Clavreul, 1983). Para tanto, além da autoridade reconhecida e imputada, em parte, pela alta especialização dos profissionais consultados por Cosme (*professores de médico*), soma-se o uso da imagem intracorporal que dá forma e conteúdo concretos ao estado de saúde. Desse modo, as explicações tornam-se significativas ao entendimento, à aceitação e à “crença” no prognóstico funesto e assustador podendo intimidar o adoecido em contestá-lo, fazendo-o ceder à intervenção, mesmo sendo uma ação preventiva. Recorre-se à Camargo Jr. (2003) para quem o saber e a prática biomédicas se assentam e são validados por estudos epidemiológicos com as suas análises estatísticas e, por isso, o emprego dos seus resultados deve ser cuidadoso e o seu potencial de abrangência e generalização relativizados; para evitar que se tome a “matematização” do real ou o rótulo de científico como critérios de “verdade”.

Por outro lado, quando o adoecido reconhece um sofrimento e busca ajuda profissional biomédica, ele sabe o que está escolhendo e o que pode esperar obter desse saber, gerando certa frustração quando a sua expectativa não é satisfeita, como mostra o segundo excerto abaixo.

Todavia, em circunstâncias de enfermidades agudas é interessante notar a passividade do adoecido de modo que, embora consciente, ele se submete passivamente aos procedimentos médicos, numa relação de quase total dependência, delegando ao profissional de saúde a decisão de qual e quando fazer a intervenção, cabendo-lhe simplesmente cooperar, assumindo o seu “papel de doente” (Parsons, 1951), como no caso da cirurgia de vesícula a que Cosme se submeteu às pressas. Esse episódio é relatado com sabor de vitória, pois se mostrou grave, demandou urgência, grande sofrimento e força extrema para superá-lo, tornando o seu protagonista um vencedor na luta contra a enfermidade e reafirmando a fortaleza masculina diante das adversidades, duplamente representado no relato: por procurar o médico somente em extrema necessidade e por sobrepujar o problema de saúde. Nas suas palavras:

Falei com o Dr. João e o irmão dele – são professores de médico de vista – e eles me mostraram numa bola plástica que imita o olho da gente e no fundo tem aquelas veiazinhas miudinhas e as mais graúdas.

Em mim essas miudinhas estão estourando e se estourar a maior pode dar hemorragia no olho e me deixar cego. Ele falou que deveria fazer o laser na vista dentro de 6 meses e que ia ficar caro, mas em compensação eu ia ficar bom. Não iria melhorar – ele já falou a verdade para mim – ficaria do mesmo jeito mas não pioraria. Então, fiz 4 aplicações de laser em cada vista além da consulta e gastei uns 5 mil reais nessa brincadeira. Não fiz pelo SUS porque fiquei com medo: se fosse esperar, ele falou que podia ficar cego de uma vez.

Fui ao médico ver essa dor das costas que estava tendo e ele mandou eu caminhar, e eu falei “mas doutor, eu paguei consulta para o senhor falar que eu tenho que andar?! Ao menos poderia receitar alguma coisa para ajudar a gente, não é?...”

Eu fui operado da vesícula que estourou na mão de uma médica quando fui consultar porque estava há 3 ou 4 dias soltando bÍlis amarga pela boca, só ia da minha cama para o banheiro. Não comia, não bebia nada, fiquei ruim mesmo – porque eu só vou ao médico na última necessidade. Fui na médica e ela quis ver, mas não podia nem relar na minha barriga nem na boca do estomago porque eu não agüentava, doía tudo. Deitei na maca e ela acalçou 3 vezes e eu gritei porque estourou a vesícula na mão dela. Logo percebi que ela pegou o papel e fez a carta para eu ir ao Pronto Socorro para internar urgente. No Pronto Socorro viram minha diabetes e ela estava 230, por isso tive que tomar um medicamento meio forte para abaixar para fazer a cirurgia. A vesícula estourou e esparramou bÍlis e pedras por todo o meu estomago, pela barriga. Internei em 18 de maio de 1994 e no dia 19 o médico passou à noite e perguntou se eu estava preparado para operar amanhã cedo. Respondi, “o senhor é quem sabe”. O diabetes estava controlado, então marcou. Entrei às 6h30 na sala de operação e só saí às 14h30. Inclusive um colega meu ficou nervoso achando que eu tinha morrido e fora levado ao necrotério. Mas saí dessa...

Apesar do intenso contato com o sistema biomédico, não deixa de transparecer no discurso de Cosme o emprego de recursos terapêuticos pertinentes a outros modelos de cura como o consumo dos chás caseiros com propriedades calmantes, preferíveis às composições farmacêuticas mais agressivas ao corpo podendo provocar mais efeitos colaterais. O medicamento fitoterápico como o “ginkobiloba”, que tem uma ampla

divulgação e aceitação popular, também figura como elemento utilizado indicado para melhorar o estado de saúde geral. Quanto ao consumo de chás, para controlar especificamente, o diabetes, nota-se que Cosme conhece vários deles e já os experimentou, porém devido à pouca praticidade do seu uso, o fato de ficar muito tempo fora de casa, e os resultados nem sempre serem imediatos, eles acabaram sendo deixados à margem do seu tratamento. Esses impedimentos podem ser atribuídos, em parte, às características das atividades masculinas que se dão no espaço extradoméstico.

A vontade de Deus também figura como recurso terapêutico ao controle do diabetes, seja ajudando o adoecido a ser capaz de controlá-lo, seja não permitindo que complicações se desenvolvam, mesmo não seguindo rigorosamente as recomendações médicas.

A essa combinação de modalidades, Camargo Jr. (2003: 138) denominou “sincretismo terapêutico” e afirma não se limitar aos pacientes, embora esses verbalizem mais facilmente as suas escolhas que, sem as amarras doutrinárias dos profissionais, podem transitar entre as diferentes racionalidades segundo a percepção dos seus problemas e do que cada medicina tem para oferecer. Os depoimentos mostram algumas das opções terapêuticas:

Calmante para mim é chá de cidreira, chá de erva doce, maracujá que são coisas caseiras. Mas remédio calmante de farmácia, eu não compro para tomar.

Graças a Deus, estou controlando o diabetes.

Eu já tomei muito chá para diabetes, mas não valeu nada. Tomei o chá da planta insulina, tomei “casco-de-vaca” com folha de “joão-bolão”, mas não resolveu. Então, o Daonil e o Metformina estão controlando bem, com esses estou me virando. Mas chá eu não tomo mais porque é dor de cabeça. Só suja o fogão e deixa a mulher brava com a gente [risos].

Para finalizar este estudo de caso, foi selecionado um fragmento de relato que exprime a complexidade do processo de gerenciamento do diabetes no dia-a-dia, mostrando vários aspectos envolvidos que se dão em meio às diferentes demandas diárias e que requer que decisões sejam tomadas considerando a totalidade da vida. Quanto aos medicamentos, nota-se a quantidade que Cosme precisa ingerir diariamente, inclusive para contornar outros problemas advindos desse consumo constante, o uso de fitoterápico para promover e melhorar das condições gerais de saúde, e a manipulação de doses e horários de acordo com os seus hábitos alimentares e a sua experiência com a doença buscando, inclusive, legitimar esse comportamento junto ao profissional de saúde.

Ao narrar uma crise de hipotensão, Cosme deixa entrever a estreita relação que tem com o serviço e os profissionais de saúde que o aconselharam na situação que antecedeu o problema. Contudo, os riscos e os compromissos sociais a serem honrados foram avaliados, diante dos quais se decidiu pelo uso da medicação e o cumprimento das exigências da vida cotidiana. A manifestação da crise percebida pelas sensações desagradáveis que podem se confundir na elevação ou queda da pressão arterial exigiu a comprovação pela aferição e a tomada de decisão rápida para solucionar/sanar o problema, empregando medidas baseadas em conhecimentos populares (antes mesmo de pensar em recorrer a algum serviço oficial de saúde). São soluções “caseiras” que o portador de doença crônica, em geral, desenvolve de acordo com as características peculiares da enfermidade e do seu contexto – o que não é diferente para o diabetes. Os malabarismos diários permeiam o depoimento de Cosme:

Antes do café tomo o Daonil, depois tomo outro remédio para calçar o estômago e aí tomo o ginkobiloba. Se percebo que a pressão está meio ruim, tomo também o Nifedipina. Falei para o médico que de manhã cedo minha pressão está controlada, mas depois do almoço – porque gosto de uma comidinha com sal – ela altera um pouquinho mais, então eu vou deixar para tomar o meu remédio da pressão depois do almoço, se eu tomar pela manhã ela cai demais. Como aconteceu dias atrás que passei no Posto e a pressão estava 16X8 e eu ia para Santa Bárbara de carro. A enfermeira achou perigoso e falou que seria melhor eu não viajar; mas como já ando com o remédio no bolso eu tomei e fui para Santa Bárbara. Cheguei, fui resolver meus problemas, recebi meu

dinheiro e desci na casa de uma família conhecida e comecei a passar mal: uma queimadura no corpo, meu rosto foi ficando roxo. Pensei ser pressão baixa e pedi para uma moça ir comigo na farmácia para medir, paguei 1 real e confirmou que estava 13X6 – era baixa para mim. Se eu tomasse remédio para cair mais a pressão, sem medi-la, ia complicar podendo ir para 5X5 e ficaria ruim. A minha sorte é que fui à farmácia. Sabe o que fiz? Estando baixa, pensei em comer umas 2 azeitonas ou colocar uma pelotinha de sal embaixo da língua para controlar. Cheguei na casa do colega, a mulher fazia o almoço e tinha umas rodelonas de cebola e pedi uma delas – porque a cebola é boa para a circulação, para o coração – coloquei sal por cima e comi e já começou a controlar. Logo depois almocei e vim tomar o meu remédio de pressão aqui em casa. Fiquei bom, normalizou tudo. E com o diabetes não dá para bobear também.

A escolha dos dois casos permitiu observar a vivência do diabetes na experiência personificada e singular buscando verificar as formas compartilhadas e diferenciadas de pensar e lidar com a enfermidade destacando a intermediação pelo gênero.

Quanto às noções causais, em ambos os casos, combinam-se fatores extrabiológicos relacionados aos eventos e acontecimentos da vida e comportamentos inadequados que culminaram com o desenvolvimento do diabetes. No entanto, a descoberta da enfermidade para Melissa deu-se em um estágio assintomático detectado por acaso pelo exame de sangue devido ao contato intenso que mantinha com os serviços de saúde para tratamento de outros problemas. Essa “precocidade” do diagnóstico sinaliza para um padrão cultural de utilização de serviços de saúde que é realçado entre as mulheres devido, em parte, à relação mais atenciosa e o cuidado maior dedicado ao corpo (Boltanski, 1979), que envolve interesse, conhecimento e sensibilidade mais aguçados sobre as suas alterações e, por conseguinte, a maior consciência do corpo “cultivada” por uma aprendizagem diferenciada nas formas de conhecê-lo e senti-lo. Nota-se que Cosme descobriu o diabetes diante de um descompasso do seu estado de saúde, cujo silêncio corporal foi rompido por algo que o incomodou, mais drasticamente, no ambiente de trabalho onde, segundo Torres-Lopez (1999), o impacto da doença é mais significativo aos homens.

A noção do “nervoso” figura, igualmente para ambos os informantes, como causa e fator que altera o diabetes e apontam o trabalho como uma das suas fontes, mas Melissa relata ter passado por muita “contrariação” mais pelo tipo de trabalho opressivo, desgastante e repetitivo com remuneração proporcionalmente não correspondente, enquanto Cosme se refere às relações interpessoais de mando e subordinação requerida pelo cargo de liderança ocupado por ele que lhe rendiam constantes tensões (Schraiber et al., 2005), ao mesmo tempo em que era coagido a suportá-las pelas expectativas desse desempenho no exercício da masculinidade. Observa-se, nessa questão, um aspecto mais geral que opera nos meandros de um plano macrosocial representados pelos valores e categorias mais amplos compartilhados pela classe trabalhadora (trabalho, nervoso), mas que apresenta diferenciais sutis, à medida que a análise é refinada por outras variáveis (Adam & Herzlich, 2001) microsociais como o gênero, nos casos analisados.

Analogamente, a respeito do gerenciamento do diabetes, nota-se que os compromissos sociais se sobrepõem a demandas da enfermidade para controlá-la, subentendendo o esforço na manutenção de uma ordem que proporciona o conforto do dever cumprido, baseado em fundamentos morais (Sarti, 2003). Não obstante, para Melissa as atividades estão circunscritas ao espaço doméstico pertencente ao domínio feminino, ao passo que Cosme procura manter sua performance social honrando os compromissos que se vinculam ao espaço público onde o trabalho é central (Duarte, 1986) e que justifica, até, o sacrifício e a exposição aos riscos à saúde.

As transgressões alimentares são comuns aos informantes e parece reger-se, essencialmente, pela noção de “força” em oposição à “fraqueza” associada à incompatibilidade entre o padrão dietético prescrito e o habitual (especialmente quanto ao tipo, propriedade, gosto e quantidade dos alimentos). Novamente, essas categorias agregam os planos físico e moral, como comentado nas respectivas análises, mas se distinguem de modo que a força parece simbolizar para a mulher a “resistência” física necessária ao desempenho das atividades diárias e, para o homem denota o “vigor” físico, ainda que ambos coloquem a corpulência entre parênteses, pois a biomedicina ensina que o diabetes se associa ao excesso de gordura (corporal e alimentar).

Acrescenta-se na prática alimentar a vigilância exercida pela esposa (investida no seu papel de cuidadora) que faz com que Cosme consuma doces quase que sorrateiramente, justificando seu comportamento pela sedução que essa guloseima exerce sobre o portador de diabetes e alegando ser uma conseqüência própria da enfermidade, já que, como afirma Canesqui (2005), os alimentos açucarados são histórica e culturalmente associados ao universo feminino.

Os ajustes no uso dos medicamentos se sobressaem no caso do sexo masculino remetendo à idéia de “dominação” da situação e não se deixar dominar pela enfermidade, refreando as sensações desagradáveis e arriscando-se aos possíveis efeitos adversos que podem ser tomados como oportunidades para provar a sua força e fazer jus a duas características de masculinidade: a dominação e a exposição aos riscos. Nesse sentido, acrescenta-se a flexibilidade nas doses e horários da ingestão dos medicamentos devido ao consumo de bebida alcoólica, que marca culturalmente a identidade masculina, e os momentos de descontração e convívio social, a despeito das possíveis conseqüências físicas posteriores.

Reportando-se ao impacto na identidade, o atributo estigmatizante do diabetes aparece sutilmente, para Cosme, pela preferência aos comprimidos (e aversão ao uso de insulina), que por serem discretos não denunciam qualidades “diferentes” no seu portador ou a condição de saúde (então, sua força) comprometida. Além disso, aos incômodos práticos do seu uso subjaz a ameaça do cerceamento da liberdade (tão valorizada na vivência da masculinidade efetivada no espaço externo/da rua que é aberto, em oposição ao privado e à reclusão da casa do universo feminino) pela dependência da insulina que impõe regras mais rigorosas, para equilibrar dieta/medicamento/esforço físico diário, que se tornam problemáticas diante do caráter público das atividades do informante.

Os chás, popularmente indicados para o controle do diabetes são conhecidos pelos depoentes, mas Cosme demonstrou desconforto para manejá-lo e consumi-lo por impor o trânsito no ambiente doméstico, ao passo que a familiaridade de Melissa – como mulher – especialmente com a “cozinha” onde se dá o preparo da infusão, parece facilitar o seu emprego mais freqüente. Esse fato pode ser reforçado pelo contato que ela mantém com agentes da bioenergética na qual o uso de plantas medicinais através de chás é acentuado e central como recurso terapêutico.

Os exercícios físicos relacionam-se aos usos do corpo, que na classe trabalhadora remete à sua instrumentalidade e sustentáculo da força física. Embora a dimensão da sociabilidade (quando os exercícios ocorrem em conjunto) seja valorizada por ambos, Melissa julga que as atividades realizadas no espaço doméstico têm resultados correspondentes aos da prática programada e orientada, além de apresentar limitações físicas para praticá-los, mostrando uma faceta da peculiaridade biográfica que imprime originalidade ao comportamento na doença.

Os serviços oficiais de saúde concentram-se e são maciçamente oferecidos à população no espaço urbano que, no caso, é compartilhado pelos dois informantes, verificando-se intensa utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que inclui as intervenções cirúrgicas protagonizadas por ambos como situações penosas que exigiram resistência e força para enfrentá-las, mas com algumas diferenças de conotação, ainda que comportem valores morais. O relato de Cosme remete ao vigor físico e a coragem para superar o medo, o perigo e a gravidade que a situação representava, ecoando com a postura desafiadora e viril constituintes do etos masculino; enquanto Melissa suplantou o sofrimento e a dor física numa atitude resignada, da mesma forma que as mulheres são impelidas a tolerar as aflições conjugais e das enfermidades, as dores do parto, controlando emoções e suprimindo sensações para resguardar, como verificou Maciel (1988), a família evitando a sua dissolução ou o agravamento de conflitos.

Assim, as formas de pensar e lidar com o diabetes não são totalmente diversas para homens e mulheres, apresentando analogias por serem processos sociais imbricados nos planos objetivos e subjetivos e, como tal, é necessário estar atento à posição concreta e singular de cada sujeito dentro do seu grupo (Schraiber et al. (2005), do seu contexto e na sua trajetória pessoal. Dessa forma, esquiva-se de análises precipitadas e polarizadas em diferenças de gênero, que podem ofuscar o contexto social da doença e excluir possíveis desvantagens da falta de cuidados adequados de saúde (Anderson, 1991), já que a enfermidade é construída, também, num complexo nexos social, político e econômico, sem, no entanto, negligenciar o modo particular como cada indivíduo a vivencia, o que envolve circunstâncias, esperanças, aspirações e temores.

Enfim, a vivência do adoecimento crônico, como o diabetes, configura-se num processo permanente que é, ao mesmo tempo, interpretativo, prático e contextualizado. O adoecido se apóia nas representações sociais, na própria experiência e de outras pessoas com a enfermidade, tanto para atribuir significado à situação vivida, como para traçar e implementar ações de gerenciamento da doença no dia-a-dia. Além das necessidades cotidianas, a vivência do adoecimento é sensível aos recursos (materiais, relacionais e simbólicos) disponíveis, acessíveis e mobilizados pelo sujeito no seu contexto imediato, além de ser intermediada por elementos da estrutura social, de gênero, da organização e oferta de serviços de cura (oficiais e alternativos) e, ainda, pelos sistemas de valores e as referências culturais que ganham sentido quando encarnadas numa trajetória biográfica singular, como ilustraram os casos apresentados.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se mostrar ao longo da presente pesquisa que o adoecimento definitivo por uma doença crônica, como o diabetes, consiste de um processo complexo e multifacetado que compatibiliza experiência e representações, entre as quais se estabelece uma relação complementar e de influência circular, não sendo pólos isolados ou opostos, mas integrados na enfermidade quando enfocada do ponto de vista dos adoecidos. A dicotomia entre esses pólos deve-se mais a uma ilusão provocada pelas limitações teóricas e metodológicas para abordá-los conjuntamente, sendo necessário, para tanto, compor um espaço de reflexão que não se prenda a uma única teoria, mas mobilize várias problemáticas diante da especificidade e complexidade envolvidas na compreensão do adoecimento.

Assim, os referenciais que se mostraram apropriados à pretendida abordagem integradora, foram buscados na literatura da sociologia e da antropologia da saúde e da doença, pela qual se delineou o percurso teórico e metodológico do estudo que se orientou por dois eixos: o das representações sociais (que significam e são significadas no campo das práticas sociais) e o da experiência da enfermidade, sendo tomados articulados, concomitantes e influenciando-se reciprocamente no processo de vivência do diabetes pelos adoecidos, podendo ser aplicados a outras doenças crônicas, guardadas as suas especificidades.

As representações sociais não são espontâneas, mas construídas em relação estreita com o social, são próprias de um determinado espaço e tempo e envolvem interpretação e reinterpretação permanentes por parte dos sujeitos. Ainda que estejam dispersas na sociedade como um todo, a sua generalização e homogeneidade é relativizada pela abordagem em, pelo menos, três níveis de análise, podendo ser levados em consideração: um *macrossocial* ou coletivo, mais englobante, que busca identificar as lógicas subjacentes predominantes e marginais que comandariam as representações em diferentes discursos (popular ou erudito); um outro *microsocial*, que parte da localização do sujeito inserido e influenciado pelo contexto imediato ou por certas particularidades (a própria enfermidade, a religião, o gênero, a classe ou posição social, a idade, o grau de acesso e uso dos serviços de saúde e dos contatos com os seus profissionais) em que as representações ganhariam sentido pelos valores e significados compartilhados grupalmente,

mas cuja compreensão requer que sejam ressituidas, tanto no contexto mais amplo, quanto a dadas características socioculturais dos adoecidos; e ainda um nível *singular* ou *biográfico*, em que as formas de pensamento social são crivadas e recriadas na experiência do sujeito com a enfermidade e compreensíveis dentro de uma trajetória pessoal. Esses domínios, ao invés de estanques, são permeáveis, intercambiantes e fluídos interpenetrando-se dinamicamente.

A experiência da enfermidade, ainda que efetivada no plano subjetivo, é interpretada e vivenciada apoiando-se em esquemas práticos e de significados disponíveis e acessíveis ao sujeito, sendo delimitados pelas características do seu contexto imediato e mais amplo, que a transcende, além de passar por constantes redefinições intermediadas pelas circunstâncias da vida cotidiana, da organização e oferta de serviços de saúde e pelo próprio curso da doença.

Sob ângulos diferentes, a abordagem desenvolvida voltou-se para a análise da construção e das características do conteúdo do saber médico (a partir do prisma da enfermidade na terceira pessoa) por entender que esse sistema de pensamento comporta representações (eruditas) próprias do seu espaço e tempo, forjando-se por modelos epistemológicos que permeiam e fundamentam o conhecimento científico, incluindo o biomédico. O modelo racional científico que contribuiu para a consolidação da medicina moderna imprimiu tendências e linhas de força que influem (ainda hoje) na formatação de representações sobre saúde e doença, embora os seus preceitos sejam assimilados, reinterpretados, complementados ou rejeitados pelos atores envolvidos (adoecidos, não adoecidos, profissionais de saúde). Não se ignorou a pluralidade dos sistemas de cura (disponíveis e utilizados) na sociedade contemporânea, no entanto, o interesse pelo modelo biomédico deu-se pela marcante presença e dominância desse discurso e saber na prática médica, conduzida em parcela da rede de atenção básica à saúde, no que se refere ao tratamento do diabetes.

Esse discurso, que se quer neutro e resguardado de outro tipo de conhecimento senão o científico, legitima as propostas de intervenções em saúde. Contudo, ao se deslocar o olhar para o plano da prática médica em relação ao diabetes, apreendidas na perspectiva dos profissionais de saúde (sob o ângulo da enfermidade na segunda pessoa), vislumbra-se,

além do saber médico, a presença de elementos ideativos, de valores e de saberes que permeiam a sociedade mais ampla e os distintos grupos sociais ou que são engendrados pela própria experiência do profissional com o tratamento e com os portadores de diabetes, trazidos e ativados no encontro terapêutico, ainda que estejam dissimulados ou inconscientes aos seus interlocutores. A esse respeito, os profissionais não se diferenciam dos adoecidos, pois, igualmente, vivem e são afetados pelas características do contexto e por elementos compartilhados nos grupos (profissional, religioso, político, cultural entre outros) de pertencimento, além da compreensão sobre o comportamento do enfermo ter se mostrado ampliada diante da sua experiência profissional e pessoal no convívio com diabéticos.

O que se quer dizer é que os profissionais de saúde carregam consigo padrões socioculturais interiorizados ao longo da sua socialização que servem de parâmetros para projetar noções sobre os adoecidos, sustentadas, também, em bases morais que trazem subentendidas a normatização do comportamento, considerado adequado diante da doença diagnosticada e, conseqüentemente, censura ao desvio do mesmo. Ou seja, espera-se a docilidade dos indivíduos aderindo às prescrições terapêuticas, cabendo a eles considerável parte da responsabilidade do controle bem-sucedido da enfermidade e dos resultados satisfatórios, caso contrário, podem ser rotulados como “bons” ou “maus” pacientes e ter os seus comportamentos repreendidos.

No caso do diabetes, os comportamentos necessários ao seu gerenciamento são vigiados (pelo próprio adoecido, que pode sentir culpa por não conseguir controlar os níveis de glicemia ou pelas pessoas do seu convívio e relações, que inclui os profissionais de saúde) e é comum (mas não necessariamente) atribuir-lhes características estereotipadas de “rebeldes” e “teimosos”, corroborando os achados da literatura socioantropológica sobre a aderência ao tratamento nas doenças crônicas. Dessa forma, também se expressa e permeia a relação de autoridade e poder disciplinar da prática e saber biomédicos sobre os adoecidos, exercendo a sua função de controle social, ainda que estes possam resistir e colocá-la em xeque de formas variadas e originais.

A autoridade e a legitimidade da medicina, imputadas pela sua proximidade com a ciência, é extensiva aos profissionais de saúde para exercerem o “biopoder” que se pulveriza nas instituições, nas relações pessoais, nos corpos e nos comportamentos referentes aos elementos do tratamento, pressupondo obediência/subordinação, disciplina e vigilância constantes. Passa-se, assim, do controle da enfermidade ao controle sobre o adoecido, refletindo os gradientes de poder e autonomia que perpassam a relação profissional-adoecido, que tem se mostrado pouco adequado no tratamento de enfermidades crônicas, como o diabetes, que requer cooperação e ajuda mútua entre os sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, quando reconhecem a influência de particularidades individuais no seguimento das prescrições, elas são explicadas pelos profissionais, em grande parte, por um viés, predominantemente, naturalizante ou psicológico representado pela personalidade, em contraste com os fatores de cunho social e cultural. Por conseguinte, a intervenção recai fortemente sobre a “conscientização” obtida pelo convencimento, indução ou motivação – sendo comum condensá-la na categoria “educação”, mas que pressupõe uma hierarquia do saber –, para a qual empregam-se estratégias, por muitas vezes, sumarizadas na transmissão de informações (o que é a doença, a sua patofisiologia, as complicações e o que fazer para evitá-las), pressupondo, geralmente, que depende da habilidade técnica do profissional a obtenção da “cooperação” e condescendência (submissão) do adoecido aos preceitos biomédicos.

A dimensão coletiva na proposta de intervenção dirigida ao diabetes, é delimitada (e limitada) pelo referencial epidemiológico, porém, um esforço de deslocamento do olhar individualizante se mostrou presente por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse discurso se distingue, mais claramente, nos relatos dos profissionais participantes da pesquisa que atuam nesse modelo de atenção em relação aos atuantes na unidade de saúde tradicional, embora se reconheça que afirmações conclusivas requeiram estudo mais aprofundado. Não obstante, um esboço de reflexão compartilhada das demandas, expectativas e conhecimento já existentes na comunidade, foi verificado nas intenções dos trabalhos de grupo, empreendidos pelo PSF, ainda que as formas de operacionalizá-la sejam incipientes e bastante descontínuas, tornando-se pouco sustentável.

Enfim, a despeito da insistência em manter um discurso e uma postura racional diante da doença e do adoecido, muitos dos elementos “externos” ao domínio médico-científico (como os da subjetividade e de outras esferas da vida, já que o profissional ocupa somente parte do seu tempo com esse papel) vêm à baila e condicionam a relação terapêutica, bem como as percepções e ações dos profissionais de saúde sem que eles, muitas vezes, se dêem conta disso.

Quando se passa a abordar o diabetes na perspectiva dos adoecidos (então, em primeira pessoa), observa-se, no plano das representações, que as elaborações de explicações sobre a enfermidade consistem em arranjos ideativos que dão nome, conteúdo e forma a um conjunto de sensações e sintomas corporais experimentados, percebidos e vivenciados. Embora essa construção se configure à maneira de um mosaico, “retalhada”, ocorrendo pelo contato e influência, simultâneos, de uma pluralidade de matrizes de significado presentes no contexto sociocultural que envolve o adoecido e que são herdadas de gerações passadas (por isso, históricas), ela não deixa de ser ordenada. De fato, os modelos sociais de pensamento e os saberes de várias ordens e origens poderão ser rejeitados ou incorporados, sendo, antes, reinterpretados e ressignificados segundo os construtos prévios sobre saúde e doença, bem como pela experiência corporal pessoal do sujeito. Certamente não há representação sobre saúde e doença que se construa, atualmente, sem o contato e a influência da matriz biomédica, mas essa é apenas uma entre as múltiplas influências e opções disponíveis na sociedade ocidental contemporânea.

De modo semelhante, ao inquirir sobre a origem do diabetes, verificou-se que ela não é absoluta e unívoca, mas figura como pluricausal e relacional, remetendo à compreensão holista da doença (e oposta às explicações individualizantes) em que comportamentos, acontecimentos e eventos corporais e sociais se imbricam e somente ganham sentido quando reportados ao contexto (econômico, social e cultural) e à trajetória de vida do adoecido. Uma noção importante, emprestada de Duarte (1986), que baliza as avaliações causais, refere-se ao “nervoso” que é próprio da classe trabalhadora e condensa a fisicalidade e os conteúdos morais da enfermidade. Essa categoria sociossomática é tomada pelos adoecidos como fator provocante e agravante do diabetes, embora outras representações estejam também presentes nas suas explicações, como a hereditariedade, o

consumo alimentar inadequado (excessos, alimentos contaminados, não recomendados pelos cânones da saúde), o “malfeito”, as alterações no sangue, a fatalidade, sendo geralmente referidos ao seu caso concreto em que as hipóteses causais tornam-se coerentes. Por seu turno, os profissionais traduzem/reinterpretam o “nervoso” citado pelos doentes em termos de “estresse” advindo de preocupações diversas, especialmente, aquelas de cunho emocional.

O gerenciamento, enquanto ações empreendidas para “controlar” o diabetes e viver tão normalmente quanto possível, ao invés de total concordância e aderência às prescrições médicas centradas na dieta, no uso de medicamentos e na mudança de estilo de vida, é efetivado mediante “ajustes” que o adoecido faz sobre as recomendações médicas. Com isso, o intuito é manter uma congruência entre os comportamentos e os valores do seu mundo, preexistentes à irrupção da enfermidade, que o leva à sua aceitação/resignação (total ou parcial) ou rejeição. Apesar de abranger as práticas, o gerenciamento não se deduz mas se orienta, em parte, pelas representações sobre o diabetes e pelas idéias gerais sobre os componentes do seu manejo.

No caso da dieta, além de obstáculos materiais de acesso aos alimentos recomendados, muitas vezes, o padrão alimentar prescrito pode ser conflitante com os padrões e normas culturais que informam as práticas alimentares (cotidianamente e em ocasiões sociais especiais) do grupo social de pertença do adoecido, em relação à quantidade, à escolha e à distribuição dos alimentos no âmbito doméstico. Por um lado, há o consumo regido pelos alimentos valorizados positivamente pelos informantes, devido às suas propriedades ou gosto e, por outro, a sua distribuição segundo o gênero, a idade, a condição física, que, invariavelmente, não dependem de decisão eminentemente individual, mas coletivas do grupo doméstico.

Os medicamentos também são ajustados segundo as idéias detidas pelos adoecidos sobre eles e os seus efeitos, pelas sensações corporais desagradáveis ou estranhas percebidas que podem provocar, para compensar transgressões alimentares efetuadas ou ainda para dissipar sintomas atribuídos à elevação ou à redução da glicemia. Esse conjunto de ajustamentos das terapêuticas dá-se sempre num esforço de manter o domínio e a regulação da enfermidade, segundo as formas de gerenciamento peculiares e compartilhadas pelos adoecidos.

Por fim, a prática dos exercícios físicos incide na relação que os adoecidos têm com o corpo, que, no caso da classe trabalhadora, é o anteparo da força de trabalho (extra ou intradoméstico) necessária à sobrevivência própria e da família. O apreço pelas atividades físicas é proporcionado pela oportunidade de estreitamento dos laços sociais (quando praticada em conjunto), bem como pela movimentação e dispêndio de energias que requerem força e esforços físicos. No entanto, a baixa adesão da classe trabalhadora à prática programada e regrada dessa atividade pode ser atribuída, em parte, à redundância de realizá-los já que fazem um uso intenso do corpo que não difere, fundamentalmente, do seu uso profissional, especialmente em trabalhos manuais, cujos resultados para a saúde são interpretados como equivalentes à prática de exercícios físicos prescrita pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, o gerenciamento se insere na totalidade da vida e é influenciado pelas respostas idiossincráticas ao tratamento, pelo próprio diabetes e pelo contexto imediato e mais amplo (material e simbólico), destacando-se o papel da *aprendizagem* envolvida nos *ajustes* efetivados para controlar a doença pelos quais são avaliados, continuamente, as circunstâncias, as ações, os sinais, as sensações e os significados ligados ao diabetes e ao seu tratamento. Assim, o ajustamento consiste em uma estratégia empreendida pelo adoecido no sentido de gerenciar o diabetes, orientando-o na tomada de microdecisões diárias para contornar os efeitos desfavoráveis da enfermidade em função das demandas não-médicas e dos aspectos significativos e prioritários da vida cotidiana, viabilizando o viver *com* e *apesar* da doença crônica. Inclui-se, entre os efeitos desfavoráveis, a imputação de traços depreciativos ao adoecido através dos elementos da intervenção (como a dieta restritiva e diferenciada, as consultas e os exames periódicos, a dependência de comprimidos ou insulina), que o classificam de diferente e dão visibilidade ao diabetes, que, em si, não é estigmatizante. Embora o controle seja central para os diabéticos e os profissionais de saúde, o seu significado varia incidindo nas preocupações práticas da vida ou centrando-se nas ações técnicas, racionais e individuais para manter o nível de glicose dentro dos padrões de referência.

Há de se destacar, no processo de gerenciamento do diabetes, a intermediação pelos recursos (materiais, relacionais e simbólicos) disponíveis, acessíveis e mobilizados pelo sujeito no seu contexto imediato, além dos elementos da estrutura social, de gênero, da organização e oferta de serviços de cura (oficiais e alternativos) e, ainda, pelos sistemas de valores e as referências culturais, consubstanciados nas respectivas histórias pessoais.

A esse respeito, a medicina científica predomina entre as opções terapêuticas dos adoecidos, mas convive com outras práticas, que a complementam, justapõem ou sobrepõem, em virtude da complexidade do sofrimento (físico e moral). A escolha, diante da pluralidade de sistemas de cura coexistentes aos quais o sujeito recorre na enfermidade, é pautada pela oferta e pela avaliação sobre a natureza do sofrimento que o aflige e o tipo de ajuda (que conhece ou lhe prometem) que poderá obter de cada tipo de prática terapêutica sem que, no entanto, os adoecidos se mantenham fiéis às racionalidades médicas que lhes são próprias.

Assim, haveria contrastes e também coincidências nas formas de pensar e lidar com o diabetes entre adoecidos e profissionais de saúde que, sempre provisórias, ora se aproximam/convergem, ora se afastam/divergem de uma ou de outra referência acompanhando as dinâmicas circunstâncias e eventos da vida.

O hiato entre o saber biomédico orientador dos serviços oficiais de saúde e o saber popular decorre, em parte, do entendimento sobre o processo saúde e doença que para os primeiros é tomado como fenômeno físico, baseado nos conhecimentos anatomofisiológicos, e para os últimos trata-se de relações radicadas no corpo mas que o extrapolam. Assim pautadas, e resguardadas pela autoridade científica, as intervenções biomédicas apresentam uma prática individualizada e uma compreensão generalizante da doença objetivada em desvios e anomalias orgânicos. Em consequência, a terapêutica consiste em identificar, classificar, localizar para extirpar ou corrigir tais lesões e disfunções, que reforça a dicotomia corpo/mente herdada de um modelo cartesiano, materialista e fragmentário de concepção de mundo mecanicista. Dessa forma, esse saber se configura como uma “disciplina das doenças” em detrimento da complexidade do sofrimento humano, que acaba sendo abordado de forma descontextualizada e despersonalizada, mediado cada vez mais por um aparato médico industrial.

Há de se reconhecer e ressaltar que são indiscutíveis e inestimáveis os avanços e as contribuições que a biomedicina oferece ao diagnóstico e ao tratamento de muitas doenças – isso é fato. O que se pretende mostrar é que, como qualquer conhecimento humano, ela é limitada histórica, política e socialmente, ou seja, pelos valores e características do seu espaço e tempo. O “sincretismo terapêutico” empreendido pelos adoecidos que transitam entre as diferentes racionalidades médicas revela a visão integrada que possuem do adoecimento e se constitui numa forma de resistência à abordagem reducionista do mesmo. Diante da constatação da ampla utilização de formas terapêuticas alternativas (mais do que se imagina e tem conhecimento) no cotidiano, resta reconhecer a sua pertinência na assistência complexa e em tempo integral, que é requisitada, também, pelas doenças crônicas como o diabetes, e incorporá-las conjuntamente com a biomedicina.

Os estudos de caso mostraram a dimensão íntima da experiência do adoecimento crônico que apresenta formas singulares e compartilhadas de pensar, vivenciar e lidar com o diabetes, conectando o contexto sociocultural a uma trajetória biográfica singular. Ou seja, na experiência que é única em cada caso, há um desdobramento do mundo social sobre o corpo, que fornece os valores sociais e as referências culturais e de gênero que delimitam a experiência sem negligenciar às contingências da vida individual, ao contrário, interagindo com ela e tornando-se significativas quando nela encarnadas. Dessa maneira, a experiência particular, retratada nos casos, comporta esquemas de pensamento socialmente mais abrangentes (representações sobre saúde, doença, sofrimento, etc.), como também formas diferenciadas marcadas pela mediação de gênero. Estas formas são balizadas por elementos do espaço doméstico/privado próprio da identidade feminina e do espaço social/público constitutivo da masculinidade, que são “cultivados” pela socialização diferenciada e que imprime modos distintos de se relacionar com o corpo, saúde e doença. Sem perder a perspectiva relacional entre os gêneros, que comporta complementaridade e reciprocidade, as diferenças merecem ser relativizadas pelo cotejamento com as reais circunstâncias e localização de cada sujeito dentro do seu grupo, no seu contexto e com uma trajetória única.

Enfim, ressalta-se a não-passividade dos adoecidos diante das múltiplas influências e referências disponíveis para pensar, vivenciar e lidar com o diabetes e o recurso ao processo de (re)interpretação de conceitos e recomendações. Na singular trajetória de vida do adoecido, entrecruzam elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, historicamente construídos, que informam, delimitam e imprimem sentido à sua experiência, que, embora subjetiva, comporta e transcende os planos individual, situacional e imediato. Considerar a existência e reconhecer a influência desses elementos pelos profissionais de saúde é um desafio necessário, de modo que as intervenções sejam sensíveis e ofereçam alternativas coerentes com as especificidades socioculturais e contextuais dos diferentes grupos sociais.



**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

Achuti, A. & Azambuja, M.I.R. Doença crônica não transmissível no Brasil: repensando o modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004a; 9(4): 833-40.

Achuti, A. & Azambuja, M.I.R. Os autores respondem. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004b; 9(4): 847-50.

Adam, P. & Herzlich, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru-SP: Edusc; 2001. 144p.

Almeida-Filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004; 9(4): 865-84.

Alves, P.C. A experiência da doença: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**. 1993; 9(3): 239-62.

Alves, P.C. La Antropología médica en Brasil y el problema de la interdisciplinaridad em los estudios sobre salud. In: Briceno-León (coord.). **Ciencias Sociales y salud en América latina: un balance**. Caracas: Fundación Polar; 1998. p.187-96.

Alves, P.C. & Rabelo, M.C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: Alves, P.C. & Rabelo, M.C. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. RJ: Edit. Fiocruz/Relume Dumará; 1998. p.107-22.

Alves, P.C.B. & Souza, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M.C.; Alves, P.C.B. & Souza, I.M.A. (org.). **Experiência de doença e narrativa**. RJ: Edit. Fiocruz; 1999. p.125-38.

Anderson, J.M. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. **Social Science & Medicine**. 1991; 33(2): 101-13.

Araújo, R.B.; Santos, I.; Cavaleti, M.A.; Costa, J.S.D. & Béria, J.U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev. de Saúde Pública**. 1999; 33:24-32.

Arcury, T.A.; Skelly, A.H.; Gesler, W.M. & Dougherty, M.C. Diabetes meanings among those without diabetes: explanatory models of immigrant Latinos in rural North Carolina. **Social Science & Medicine**. 2004; 59(11): 2183-93.

Assunção, M.C.F.; Santos, I,S, & Gigante, P,D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. de Saúde Pública**. 2001; 35:88-95

Augé, M. Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de événement. In: Augé, M. & Herzlich, C. **Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**. Paris, Éditions des Archives Contemporaines. 1984. p. 35-91.

Becker, H.S. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec; 1993.

Bendelow, G. Pain, perceptions, emotions and gender. **Sociology of Health & Illness**. 1993; 15: 273-94.

Bennet, J.C. & Plum, F. (edit.). **Cecil. Tratado de medicina interna**. RJ: Edit. Guanabara/Koogan, S.A; 1997. p.1391-413.

Berger, P.L. & Luckmann. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno**. Petrópolis: Vozes; 2004. 94p.

Bloom, J.R., (1990). The relationship of social support and health. (Research Note). **Social Science & Medicine**. 1990; 30(5): 635-7.

Boog, M.C.F. & Magrini, V.F.P.L. Relato de experiência: reeducação alimentar por meio de abordagem interdisciplinar envolvendo as áreas de Nutrição e Saúde Mental. **Rev. da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo** 1999; 9(3) Suplemento A: 1-8.

Boltanski, L. **As classes sociais e o corpo**. RJ: Graal; 1979. 191 p.

Bourdieu, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo, Perspectiva; 1992. 361p.

Bourdieu, P. & Passeron, J.C. **El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos**. Ed. Siglo Veintiuno, 17ª edición; 1994. 372p.

Brasil. Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde. **Rev. de Saúde Pública.** 2000; 34: 316-9.

Brasil. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2001. 26p. (disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/publicacoes.php>).

Brasil. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. 2002. (disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/publicacoes.php>).

Broom, D. & Whitaker, A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. **Social Science & Medicine.** 2004; 58: 2371–2382.

Brown, P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. **Journal of Health & Social Behavior.** (Extra issue). 1995: 34-52.

Buchilet, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: Buchilet, D. (org.). **Medicinas tropicais e medicina ocidental na Amazônia.** Pará: Edit. CEJUP; 1991. p.21-44.

Bury, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness.** 1982; 4(2): 167-82.

Bury, M. Illness narrative: fact or fiction? **Sociology of Health & Illness.** 2001; 23(3): 263-85.

Camargo Jr, K.R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica.** SP: Hucitec; 2003. 195p.

Camargo Jr, K.R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: a epistemologia intuitiva dos clínicos. In: Leibing, A. (org.). **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil.** Nau Editora: RJ; 2004. p.113-44.

Campbel, R.; Pound, P.; Pope, C.; Britten, N.; Pill, R.; Morgan, M.; & Donovan, J. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. **Social Science & Medicine**. 2003; 56: 671-84.

Campos, M.S. **Poder, saúde e gosto: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo**. SP: Cortez; 1982.

Camurça, M.A., & Giovannini JR, O. Religião, patrimônio histórico e turismo na semana santa em Tiradentes – MG. **Horizontes Antropológicos**. 2003; 9(20): 225-47.

Canesqui, A.M. Consumo e avaliação de serviços de saúde. In: Spínola, A.W. (org.). **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Cortez; 1992. p.175-205.

Canesqui, A.M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde no Brasil na década de 80. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S., (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. RJ: Fiocruz; 1994. p.91-9.

Canesqui, A.M. Os estudos de Antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003; 8(1): 109-24.

Canesqui, A.M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui, A.M. & Garcia, R.W.D. (org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. RJ: Ed. Fiocruz; 2005. p.167-210.

Canesqui, A.M. **Estudos sócio-antropológicos sobre as enfermidades crônicas**. 2006a. Mimeo

Canesqui, A.M. **Conviver com a hipertensão**. 2006b. Mimeo.

Canesqui, A.M. & Garcia, R.W.D. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: Canesqui, A.M. & Garcia, R.W.D. (org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. RJ: Ed. Fiocruz; 2005. p.9-22.

Canesqui, A.M. & Queiroz, M.S. **Estratégias de consumo em saúde em famílias trabalhadoras**. Relatório de Pesquisa, Convênio Unicamp/Nepp/Finep. Campinas, 1988.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. 3ª edição, RJ: Forense: Universitária; 1990. 307p.

Caroso, C.; Rodrigues, N. & Almeida-Filho, N. “Nem tudo na vida tem explicação”: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: Leibing, A. (org.). **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. RJ: NAU Editora; 2004. p.145-74.

Carricaburu, D. & Pierret, J. From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men. **Sociology of Health & Illness**. 1995; 17(1): 65-88.

Castro, R. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. **Social Science & Medicine**. 1995; 41(7): 1005-21.

Chacra, A.R. O que é consenso médico?. **Rev. Ass. Med. Brasil**. 2001; 47(1): 1-23.

Chacra, A.R.; Lerário, D.D.G. Novos avanços na terapia do diabetes do tipo 2. **Rev. da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. 1998; 8(5): 914-22.

Chammé, S.J. **Poliqueixoso: metáfora ou realidade?** Tese de Doutorado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1992.

Charmaz, K. **Good days, bad days: the self in chronic illness and time**. New Brunswick: Rutgers University Press; 1991.

Chesla, C.A.; Skaff, M.M. & Bart, R.J. Differences in personal models among latinos and European Americans. **Diabetes Care**. 2000; 23(12); December: 1780-5.

Cicourel, A.V. Notes on the integration of micro and macro levels of analysis. In: Knorr-Cetina, K. & Cicourel, A.V. (eds.). **Advances in social theory and methodology: toward an integration of micro and macro sociologies**. Boston: Routledge/Kegan Paul; 1981. p.51-80.

Clavreul, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. SP: Brasiliense; 1983.

- Cohen, M.Z.; Trip-Reimer, T.; Smith, C.; Sorofman, B., & Lively, S. Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation. **Social Science & Medicine**. 1994; 38(1): 59-66.
- Conrad, P. The meaning of medications: another look at compliance. **Social Science & Medicine**. 1985; 20(1): 29-37.
- Conrad, P. Qualitative research on chronic illness: a comentary on method an conceptual development. **Social Science & Medicine**. 1990; 30(11): 1257-63.
- Corbin, J. & Strauss, A. Managing chronic illness at home: three lines of work. **Qualitative Sociology**. 1985; 8(3): 224-47.
- Corcuff, P. **As novas sociologias: construções da realidade social**. Bauru: Edusc; 2001. 206p.
- Costa, A.M. **Riqueza de pobre: um estudo em Antropologia da saúde**. Dissertação de mestrado. UnB, Brasília, 1978.
- Cyrino, A.P.P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde**. Tese de doutorado. PPG Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP. 2005. 278p.
- Daniulaityte, R. Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to Type 2 diabetes in Mexican community. **Social Science & Medicine**. 2004; 59: 1899-912.
- Delfino, V.D. & Mocelin, A.J. Diabetes mellitus: uma viagem ao passado. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. 1997; 41(1): 43-6.
- Deslandes, S.F. & Gomes, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: Bosi, M.L.M. & Mercado, F.J. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004. p.99-120.
- Dever, D.E.A. Epidemiologia: enfocando a prevenção. In: Dever, D.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira; 1988. 385p.

Domingues, J.M. **Teorias sociológicas no século XX**. RJ: Civilização Brasileira; 2004. 110p.

Douglas, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva; 1976.

Duarte, L.F. Os nervos e a Antropologia médica norte-americana: uma revisão da literatura. **Physis – Rev. de Saúde Coletiva**. 1993; 3(2): 43-74.

Duarte, L.F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. RJ: Zahar; Brasília: CNPq; 1986. 290p.

Duncan, B.B.; Schmidt, M.I.; Giuliani, E.R.J. et al (org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Durkheim, E. **As regras do método sociológico**. SP: Vozes; 1978. 128 p.

Eaker, E.D. (2003). Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships. By: Nert N. Uchino. (Book Review). **American Journal of Epidemiology**. 2003; 158.

Fachel, J.M.G.; Leal, O.F. & Guimarães Jr, M. O corpo como dado. Material etnográfico e aplicação de análise fatorial de correspondência. In: Leal, O.F. (org.). **Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: Edit. da UFRGS; 1995. p.37-53.

Ferreira, J. O corpo sígnico. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. RJ: Fiocruz, 1994. p.101-12.

Ferreira, J. Semiologia do corpo. In: Leal, O.F. (org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Edit. da UFRGS. 1995. p. 89-104.

Ferzacca, S. "Actually, I don't feel that bad": managing diabetes and the clinical encounter. **Medical Anthropology Quarterly**. 2000; 14(1): 28-50.

Fischler, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant'Anna, D.B. (org.). **Políticas do corpo**. SP: Estação Liberdade; 1995. 69-80.

- Foucault, M. **O nascimento da clínica**. 2ª edição. RJ: Forense–Universitária; 1980. 241p.
- Frankenberg, R. Medical Anthropology and development: a theoretical perspective. **Social Science & Medicine**. 1980; 14B: 197-207.
- Freidson, E. **Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd, Mead; 1972.
- Garcia, R.W.D. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: Canesqui, A.M. & Garcia, R.W.D. (org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. RJ: Ed. Fiocruz; 2005. p.211-25.
- Garro, L.C. Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) community. **Social Science & Medicine**. 1995; 40(1): 37-46.
- Garro, L.C. Intracultural variation in causal accounts of diabetes: a comparison of three Canadian Anishinaabe (Ojibway) communities. **Culture, Medicine & Psychiatry**. 1996; 20: 381-420.
- Geertz, C. **A interpretação das culturas**. RJ: LTC Edit. S.A.; 1989. 213p.
- Gerhardt, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. de Saúde Pública**. 2006; 22(11): 2449-63.
- Ginzburg, C. **O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição**. SP: Cia das Letras; 1987. 309p.
- Goffman, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. SP: Zahar; 1980.
- Goldbaum, M.; Gianini, R.J.; Novaes, H.M.D. & César, C.L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. de Saúde Pública**. 2005; 39(1): 90-9.
- Goldenberg, M. Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 10(1): 91-6.

Gomes, B. Comportamento. **Revista Saúde Paulista**. 2002. Ano 2; 7. (acesso em 04/10/2004). Disponível em <http://www.unifesp.br/comunicação>.

Gomes, R. & Mendonça, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo, M.C.S. & Deslandes, S. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. RJ: Ed. Fiocruz; 2000: 109-31.

Gomes, R.; Mendonça, E.A. & Pontes, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18(5): 1207-14.

Gomes, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003; 8(3): 825-9.

Gonzales, L.A.M. **A doença veio para ficar: estudo etnográfico da vivência do ser diabético**. Tese de doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo-SP; 1993.

Granada, Gelso G. **Grupos educativos multiprofissionais e promoção da saúde: a experiência em um centro de saúde escola**. Dissertação de Mestrado. Campinas, 2004; PPG em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Campinas.

Greenhalgh, T.; Helman, C. & Chowdhury, M. Health beliefs and folk models in British Bangladeshis: a qualitative study. **British Medical Journal**. 1998; 3(16): 978-83.

Guedes, S. Os casos de cura divina e a construção das diferenças. **Horizontes Antropológicos**. 1998; 4(9): 9-29.

Guimarães, F.P.M. & Takayanagui, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. de Nutrição**. 2002; 15(1).

Helman, C.B. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Herzlich, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis – Rev. de Saúde Coletiva**. 1991; 1(2): 23-36.

Herzlich, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2004; 14(2): 383-94.

Herzlich, C. Fragilidades da vida e desenvolvimento das Ciências Sociais no campo da saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. 2005; 15(2): 193-203.

Heurtin-Roberts, S. & Becker, G. Anthropological perspectives on chronic illness. Introduction. **Social Science & Medicine**. 1993; 37(3): 281-83.

Hopper, S. Diabetes as a stigmatized condition: the case of low-income clinic patients in the United States. **Social Science & Medicine**. 1981; 15B: 11-9.

Hunt, L.M.; Jordan, B. & Irwin, S. Views of what's wrong: diagnosis and patient's concepts of illness. **Social Science & Medicine**. 1989a; 28(9): 945-56.

Hunt, L.; Jordan, B.; Irwin, S. & Browner, C.H. Compliance and the patient's perspective: controlling symptoms in everyday life. **Culture, Medicine & Psychiatry**. 1989b; 13: 315-34.

Hunt, L.M. & Arar, N.H. An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of the chronic disease management. **Medical Anthropology Quarterly**. 2001; 15(3): 347-68.

Hunt, L.M.; Valenzuela, M.A. & Pugh, J.A. *Porque me toco a mí?* Mexican American diabetes patient's causal stories and their relationship to treatment behaviors. **Social Science & Medicine**. 1998; 46(8): 959-69.

Hunt, L.M.; Valenzuela, M.A. & Pugh, J.A. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy: the basis of patient reluctance. **Diabetes Care**. 1997; 20(3): 292-8.

Ibáñez-Novión, M.A. **El cuerpo humano, la enfermedad e su representación social**. Dissertação de mestrado. P.P.G. Antropologia Social - Museu Nacional. RJ. 1974. 182p.

Illich, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. RJ: Nova Fronteira; 1975.

Kelly, M.P. & May, D. Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. **Journal of Advanced Nursing**. 1982; 7: 147-56.

Kirmayer, L.J. Mind and body as metaphors hidden values in biomedicine. In: Lock, M. & Gordon, D.R. (eds.). **Biomedicine examined**. Dordrecht: Kluwer; 1988.

Kleinman, A. Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local words. In: Good, M.J.D.V. et al (eds.). **Pain as human experience: an anthropological perspective**. Berkeley: Univ. of California Press, 1992.

Kleinman, A. & Seeman, D. Personal experience of illness. In: Albrecht, G.L.; Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (org.). **The handbook of social studies in health and medicine**. London: Sage Publications; 2000. p.230-42.

Knauth, D.R. Corpo, saúde e doença. In: Leal, O.F. (org.). **Antropologia do corpo e da saúde – II. Cad. de Antropologia**. PPGAS/UFRGS. 1992; 6.

Knauth, D.R. Um problema de família: a percepção da AIDS entre mulheres soropositivas. In: Leal, O.F. (org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Edit. da Universidade/UFRGS. 1995. p.373-83

Korin, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino-Americana**. 2001; 2(2): 2-16.

Laplantine, F. **Antropologia da doença**. SP: Martins Fontes; 1991. 274p.

Laplantine, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz da experiência brasileira. In: Jodelet, D. (org.) **As representações sociais**. RJ: Eduerj; 2001. p.241-59.

Laurenti, R.; Jorge, M.H.P.M. & Gotlied, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 10(1): 35-46.

Lawton, J. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. **Sociology of Health & Illness**. 2003; 25 Aniversary Issue: 23-40.

Leal, C. A função psicoterápica do não especialista na abordagem do paciente poliqueixoso. 2004. (acesso em 04/10/2006). Disponível em <http://www.netflash.com.br/pessoais/cleal/rel.htm>.

Leal, O.F. Benzedeadas e bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional. **Cad. de Antropologia**. 1992; 5(70).

Leal, O.F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: Leal, O.F. (org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Edit. da UFRGS. 1995. p.15-36.

Le Breton, D. **Antropologia del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Edit. Nueva Visión; 1995. 254p.

Lefèvre, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. SP: Cortez; 1991. 159p.

Lessa, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: Lessa, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. (org.). SP: Hucitec/Abrasco; 1998. p. 29-42.

Lotufo, P.A. Por quê não vivemos uma epidemia de doenças crônicas: o exemplo das doenças cardiovasculares? **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004; 9(4): 844-7.

Lutfey, K.E. & Wishner, W.J. Beyond “compliance” is “adherence”. **Diabetes Care**. 1999; 22: 635-9.

Luz, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. RJ: Edit. Campus; 1988. 151p.

Loewe, R. & Freeman, J. Interpreting diabetes mellitus: differences between patient and provider models of disease and their implications for clinical practice. **Culture, Medicine & Psychiatry**. 2000; 24: 379-401.

Maciel, C.L.C. **Hipertensão essencial: emoção, doença e cultura**. Dissertação de mestrado. PPG em Antropologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Pernambuco. 1988.

Maclean, H.M. Patterns of diet related self-care in diabetes. **Social Science & Medicine**. 1991; 32(6): 689-96.

Malaman, Lia B. **O processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos como analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde**. Dissertação de Mestrado. Campinas, 2006; PPG em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Campinas.

Mattingli, C. & Garro, L.C. Introduction. **Social Science & Medicine**. 1994; 38(06): 771-4.

Mauss, M. Tecnicas y movimientos corporals. In: Mauss, M. **Sociología y antropología**. Madri: Edit. Tecno; 1971. p.337-56.

McElroy, A. & Jezewski, M.A. Cultural variation in the experience of health and illness. In: Albrecht, G.L.; Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (org.). **The handbook of social studies in health and medicine**. London: Sage Publications; 2000. p.191-209.

Méndez-López, D.M.; Gómez-López, V.M.; Garcia-Ruiz, M.E.; Pérez-López, J.H. & Navarrete-Scobar, A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. **Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**. 2004; 42(4): 281-4.

Menéndez, E.L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: Alves, P.C. & Rabelo, M.C. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. RJ: Edit. Fiocruz/Relume Dumará; 1998. p.71-94.

Mercado-Martinez, F.J. & Ramos-Herrera, I.M. Diabetes: the layperson's theories of causality. **Qualitative Health Research**. 2002; 12(6): 792-806.

Mercado-Martinez, F.J.; Ramos-Herrera, I.M. & Valdez-Curiel, E. La perspectiva de enfermos crônicos sobre la atención médica em Gualadajara, México: um estúdio cualitativo. **Cad. Saúde Pública**. 2000; 16(3): 179-86.

Mercado-Martinez, F.J.; Silva, L.R.; Ramos-Herrera, I.M.; Leal, N.M. & Hernández, E.A. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crônico. **Cad. Saúde Pública**. 1999; 15(1): 179-86.

Minayo, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. 1988; 4(4): 363-81.

Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. SP: Hucitec-Abrasco; 1992. 269p.

Minayo, M.C.S. A construção da identidade da Antropologia na área da saúde. In: Alves, P.C. & Rabelo, M.C.M. (org.). **Antropologia e Saúde; traçando identidade e explorando fronteiras**. RJ: Fiocruz; 1998. p.29-46.

Minayo, M.C.S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Jovchelovitch, S. & Guareschi, P. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis/RJ: Vozes; 1994. p.89-111.

Motta, D.G. Subsídios para Educação em Diabetes: representações de mulheres sobre sua doença e tratamento. **Saúde em Revista**. Piracicaba. 2001; 2(4): 7-14.

Naemiratch, B. & Manderson, L. Control and adherence: living with diabetes in Bangkok, Thailand. **Social Science & Medicine**. 2006; 63(05): 1147-57.

Nardi, H.C. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte, L.F.D. & Leal, O.F. (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. RJ: Fiocruz; 1998. p.95-104.

Navarro, R.C.; Torrez, D. & Juarez, E.N.A. Las representaciones del padecer em ancianos com enfermedades crônicas. Um estudo em la Ciudad de México. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18(5): 1271-79.

Ngokwey, N. Pluralistic etiological system in their context: a Brazilian case study. **Social Science & Medicine**. 1988; 26(8): 793-802.

Nunes, E.D. **Sobre a Sociologia da Saúde**. SP: Hucitec; 1999. 234p.

Nunes, E.D. A Sr^a. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003; 8(1):287-97.

Paiva, D.C.P.; Bersusa, A.A.S. & Escuder, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Rev. de Saúde Pública**. 2006; 22(2): 377-85.

Parsons, T. **El sistema social**. Madrid: Alianza; 1984.

Paterson, B.L.; Thorne, S. & Dewis, M. Adapting to and managing diabetes. **Image: Journal of Nursing Scholarship**. 1998; 30(1): 57-62.

Péres, D.S. **Sentimentos, pensamentos e comportamentos de mulheres portadoras de diabetes tipo 2**. Dissertação de mestrado. PPG Medicina Social – Faculdade de Medicina – USP – Ribeirão Preto/SP, 2004. 210p.

Pierret, J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. **Sociology of Health & Illness**. 2003; 25 Aniversary Issue: 4-22.

Piracicaba. **Manual do Acolhimento – 2003**. Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP; 2003.

Poss, J. & Jezewski, M.A. The role and meaning of susto in Mexican American's explanatory model of type 2 diabetes. **Medical Anthropology Quarterly**. 2002; 16(3): 360-98.

Quaresma, S.J.L. **A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago/Florianópolis-SC**. Dissertação de mestrado. PPG de Sociologia Política - Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.

Queiroz, Maria I.P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. **Ciência & cultura**. 1987; 39(3): 272-86.

Queiroz, M.S. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas/SP: Editora da UNICAMP; 1991. 138p.

Queiroz, M.S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: Barata, R.B. & Briceño-León, R. (org.). **Doenças endêmicas: abordagens culturais e comportamento**. RJ: Fiocruz; 2000.

Queiroz, M.S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru: Edusc; 2003. 228p.

Radley, A. Style, discourse and constraint in adjustment to chronic illness. **Sociology of Health & Illness**. 1989; 11(3): 230-52.

Rajaram, S.S. Experience of hypoglycemia among insulin dependent diabetes and its impact on the family. **Sociology of Health & Illness**. 1997; 19(3): 281-96.

Regenga, M.M.; Botelho, A.P.V. & Colletti, G.A. Alterações fisiológicas e adequação do exercício em pacientes diabéticos. **Rev. da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. 1998; 8(5) Supl. A: 16-22.

Robles-Silva, L.; Mercado-Martinez, F.J.; Ramos-Herrera, I.M.; Alcántara-Hernández, E. & Moreno-Leal, N.C. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes em uma zona marginal de Guadalajara, México. **Salud Pública de México**. 1995; 37(3): 187-96.

Rodrigues, J.C. **Tabu do corpo**. RJ: Ed. Dois Pontos; 1986. 172p.

Sarti, C.A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. SP: Cortez; 2003.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes – 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes do tipo 2**. RJ: Diagraphic; 2003. 72p.

Scambler, G. & Hopkins, A. Being epileptic: coming to terms with stigma. **Sociology of Health & Illness**. 1986; 8: 26-46.

Schraiber, L.B.; Gomes, R. & Couto, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 10(1): 7-17.

Schoenberg, N.E.; Amey, C.H. & Coward, R.T. Stories on the origin and management of noninsulin dependent diabetes mellitus among older women in the United States. **Social Science & Medicine**. 1998; 47(12): 2113-25.

Schutz, A. Fundamentos da fenomenologia. In: Wagner, H.R. (org.). **Fenomenologia e relações sociais**. RJ: Zahar; 1979. p.3-76.

Serapione, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 10 (Supl.): 243-53.

Sherwin, R.S. Diabetes melito. In: Bennet, J.C. & Plum, F. (edit.). **Cecil. Tratado de medicina interna**. RJ: Edit. Guanabara/Koogan, S.A; 1997. p.1391-413.

Silva, D.M.G.V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. PPG em Enfermagem/UFSC. Florianópolis/SC; 2001.

Sindzingre, N. & Zempléni, A. Causality of disease among the Senufo. In: Feirman, S. & Janzen, J. (eds.). **The social basis of health and healing in Africa**. Berkeley: UC Press. 1992.

Stake, R.S. Case studies. In: Denzin, N.K.; Yvonna, S. **The handbook of qualitative research**. 2^a ed., London: Sage; 2000. p.399-401.

Stimson, G.V. Obeying doctor's orders: a view from the other side. **Social Science & Medicine**. 1974; 8: 97-104.

Strauss, A.L. (org.). **Chronic illness and the quality of life**. 1975. St. Louis: Mosby.

Thorne, S.; Paterson, B. & Russell, C. The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. **Qualitative Health Research**. 2003; 13(10): 1337-52.

Torres-López, T.M. **Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos em um barrio de Guadalajara, México.** Tese de doutorado. Depto de Antropologia Social e Filosofia, Univ. de Rovira e Virgili – Espanha; 1999.

Thurm, U. & Harper, P.N. I'm Running on Insulin. *Diabetes Care*. 1992; 15 Suppl. 4: 1811-13.

Triviños, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** SP: Atlas; 1987. 175p.

Valadez-Figueroa, I.D.L.; Aldrete-Rodriguez, M.G. & Alfaro-Alfaro, N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético Tipo II. **Salud Pública de México.** 1993; 35(5): 364-470.

Valla, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. de Saúde Pública.** 1998; 14 Supl.2: 7-18.

Valla, V. V.; Assis, M. & Carvalho, M. **Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania.** RJ: ENSP/Fiocruz; 1993.

Valla, V.V. & Stotz, E.N. **Participação popular e saúde.** Petrópolis: CDDH/Cepel; 1989.

Victoria, C.G. As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: Leal, O.F. (org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social.** Porto Alegre: Edit. da UFRGS. 1995. p.77-88.

Víctora, C.G.; Knauth, D.R. & Hassen, M.N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Porto Editorial; 2000. 132p.

Vieira, V.A. **Narrativas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento.** Tese de doutorado. PPG em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2004.

Williams, S.J. Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. **Sociology of Health & Illness**. 2000; 22(1): 40-67.

Young, A. The Anthropology of illness and sickness. **Annual Review of Anthropology**. 1982; 11: 257-85.



ANEXOS

Conjunto de serviços e programas que compõem a rede de atendimento sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba/SP (Piracicaba, 2003)

1. Central Reguladora de Procedimentos;
2. Central de Ortopedia e traumatologia – COT;
3. Centro de Assistência em Reabilitação – CARE;
4. Centro de Especialidades – CE;
5. Centro de Especialidades Odontológicas – CEO;
6. Centro de Reabilitação;
7. Centro Especializado em Doenças Infecto-contagiosas – CEDIC;
8. Centro Especializado na Saúde da Mulher;
9. Consultórios particulares e planos de saúde;
10. Farmácias;
11. Fisioterapia;
12. Fonoaudiologia;
13. Hospitais (Irmandade Santa Casa de Misericórdia e Hospital dos Fornecedores de Cana);
14. Laboratório Municipal;
15. Núcleo do Adolescente;

16. Organizações não governamentais – ONG;
17. Outros municípios;
18. Ouvidoria;
19. Programa de Atendimento Domiciliar – PAD;
20. Raio X;
21. Saúde da Comunidade;
22. Saúde do Trabalhador;
23. Saúde Mental;
24. Serviço Avançado de Saúde – SAS;
25. Serviço Avançado de Serviço Móvel;
26. Serviço de Avaliação e Controle – SAC;
27. Serviço Social da Saúde;
28. Serviços Contratados e Convênios SUS;
29. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN;
30. Unidade Básica de Saúde – UBS;
31. Unidade de Pronto Atendimento Médico – UPAM;
32. Unidade de Saúde da Família – USF;
33. Vigilância Epidemiológica – VE;
34. Vigilância Sanitária – VS;
35. Zoonoses.

Formulário de caracterização dos informantes (portadores de diabetes e profissionais de saúde)

PORTADORES DE DIABETES Entrevista n^o: ___ Datas: _____

Nome:	DN:	Sexo:
Endereço:		
Tel:	Escolaridade:	
Estado civil e situação familiar (com quem vive):		
N^o e identificação de pessoas da unidade doméstica:		
Posição que ocupa na família (chefe, mãe, filho, etc):		
Ocupação atual ou exercida anteriormente:		
Casa: () própria () alugada () cedida () outro		N^o cômodos:
Diagnóstico oficial de diabetes desde:		
Fatores de risco e doenças concomitantes referidas:		
OBS:		

PROFISSIONAIS DE SAÚDEEntrevista n^o: __

Datas: _____

Nome:		
Idade:	Sexo:	Residência (município):
Formação profissional/ano de formação		
Pós-graduação/ano em que concluiu:		
Tempo de atuação na rede pública de saúde		
Tempo de atuação na atual unidade de saúde		
Unidade de saúde em que atua/cargo que ocupa		
Outro vínculo empregatício		
Diabetes na família/tipo de parentesco		

Roteiro de entrevista semi estruturada - portadores de diabetes

1. Fale sobre o diabetes.
2. Como é a vida de quem tem diabetes? Muda muita coisa por causa desse problema?
3. Como descobriu o diabetes? O que sentia?
4. O que é o diabetes?
5. Quais são as causas? Por que a pessoa desenvolve o diabetes?
6. Você considera diabetes um problema grave? Por quê?
7. E sobre a cura do diabetes: o que você diz?
8. É possível prevenir o diabetes? Como? Por que?
9. O que a pessoa que tem diabetes sente?
10. Como saber se o diabetes está controlado?
11. Como sabe se a glicemia/taxa de açúcar está alta ou baixa (hiper e hipoglicemia)? O que faz em cada caso?
12. O que faz o diabetes descontrolar (subir ou abaixar)?
13. Qual é o tratamento para o diabetes?
14. O que acha da dieta recomendada? Por quê? É difícil segui-la? Por que?
15. O que acha dos medicamentos que tem que tomar? Toma-os sempre do mesmo jeito, ou há ocasião em que muda a dose ou o horário de ingeri-los?

16. O que acha dos exercícios físicos? Você faz? Por quê?
17. Além dos remédios receitados pelo médico, usa outros tratamentos para ajudar a controlar o diabetes? Qual(is)?
18. Tem algo que não perguntei e que acha importante incluir ou destacar?

Roteiro de entrevista semi estruturada - profissionais de saúde

1. Fale sobre o diabetes.
2. O que é o diabetes?
3. Qual(is) a(s) causa(s) do diabetes?
4. Considera o diabetes é algo sério/grave? Por quê?
5. O diabetes tem cura? Como?
6. O que sente o diabético (sintomas comuns na hipo e na hiperglicemia)?
7. Qual é o tratamento do diabetes?
8. O que acha da dieta prescrita? Os pacientes seguem? Por que? Quais as dificuldades e a que atribui?
9. Sobre os medicamentos: os pacientes tomam na dose e horários prescritos? Por que? Quais as dificuldades e a que atribui?
10. Sobre a prática de exercícios físicos: os pacientes fazem? Por que? Quais as dificuldades e a que atribui?
11. Os diabéticos utilizam outro tipo de recurso terapêutico, que você saiba) para controlar o diabetes? Qual(is)?
12. Quando é que um caso de diabetes está controlado (o que evidencia isso)? Como saber?
13. O que faz o diabetes descontrolar? Como a pessoa percebe?
14. Fale sobre o paciente diabético (como ele é, porque acha que ele age dessa forma)
15. Tem algo que não perguntei e que acha importante incluir ou destacar?

Termo de esclarecimento

Meu nome é **Reni A. Barsaglini**, sou aluna de pós-graduação (doutorado) em Saúde Coletiva da UNICAMP e estou fazendo um estudo sobre o que homens e mulheres diabéticos e não diabéticos pensam e como lidam com esse problema de saúde no seu dia-a-dia. Para tanto, estou entrevistando pessoas diabéticas e não diabéticas vinculadas a algumas unidades de saúde da rede básica de atenção, bem como os profissionais de saúde que atendem nestes serviços.

As informações, que pretendo obter, serão utilizadas exclusivamente para a elaboração da minha pesquisa de doutorado e poderá ajudar os profissionais da saúde a entender melhor como as pessoas diabéticas vivem e o quê elas pensam sobre o seu problema.

Se o(a) senhor(a) puder colaborar, gostaria que respondesse a algumas questões que estão formuladas neste roteiro. Informo, ainda, que o seu nome não será identificado.

Afirmo que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de saber sua opinião; e que se o(a) senhor(a) não quiser responder a alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento em que achar necessário.

Gostaria de gravar a nossa conversa para não perder as informações. Esta gravação não será mostrada para ninguém. Copiarei as respostas em um papel e em seguida apagarei tudo o que foi gravado. Usarei o gravador somente se o(a) senhor(a) aceitar.

Para esclarecer qualquer dúvida sobre este estudo o(a) senhor(a) poderá entrar em contato comigo pelo telefone (19) 3414 1737, em Piracicaba, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo telefone (19) 3788-8936, em Campinas/SP (Parecer CEP/FCM N° 394/2005).

Termo de consentimento pós-esclarecimento

Eu, _____, após receber as informações sobre a pesquisa **“Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes”**, concordo em participar deste estudo e estou ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- a garantia de receber informações a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- a liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar a qualquer momento;
- a segurança de não ser identificado(a), mantendo-se o caráter confidencial das informações;
- o conhecimento de que não receberei qualquer incentivo direto pela minha participação na pesquisa, ou seja, minha participação será voluntária;
- a segurança de que não terei nenhum prejuízo ou punição, de qualquer natureza, por participar desta pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e manifesto, livremente, minha vontade em participar da pesquisa a ser desenvolvida.

Piracicaba, _____ de _____ de 2006.

Assinatura da pesquisadora

Reni Aparecida Barsaglini

Assinatura do entrevistado
