

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL - MG

**DAISY MOREIRA GOMES**

**AÇÚCAR NO SANGUE: ESTADO DOENTE NA PERSPECTIVA DA PESSOA COM  
DIAGNÓSTICO BIOMÉDICO DE DIABETES *MELLITUS***

Alfenas/MG

2016

**DAISY MOREIRA GOMES**

**AÇÚCAR NO SANGUE: ESTADO DOENTE NA PERSPECTIVA DA PESSOA COM  
DIAGNÓSTICO BIOMÉDICO DE DIABETES *MELLITUS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo do cuidar em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Tadeu Siepierski.

Alfenas/MG

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Gomes, Daisy Moreira.

Açúcar nos sangue: estado doente na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de diabetes mellitus / Daisy Moreira Gomes. -- Alfenas-MG, 2016.

78 f.

Orientadora: Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.

Bibliografia.

1. Doença Crônica. 2. Enfermagem. 3. Diabetes Mellitus. 4. Cultura. 5. Antropologia. I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite. II. Título.

CDD-610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG  
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



**Daisy Moreira Gomes**

**“Açúcar no sangue: estado doente na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de Diabetes mellitus”.**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 12/02/2016

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe  
Instituição: EERP - USP

Assinatura:

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes em minha vida: Meus pais pelo exemplo de vida que são. Meus irmãos, que sempre me apoiaram e confiaram em mim, incentivando-me a prosseguir na busca por meus objetivos. Gabriel, meu sobrinho maior PRESENTE!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar força, perseverança, coragem durante minha caminhada e que me iluminou e protegeu a cada etapa percorrida para desenvolvimento deste estudo.

Este trabalho é fruto de um processo de aprendizagem que, muitas vezes, se constituiu solitariamente, dolorosamente, desafiante, testando cada pedaço do meu ser, mas que, certamente, não seria possível sem a ajuda de muitas pessoas.

À Universidade Federal de Alfenas e aos coordenadores do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, pelo trabalho competente e brilhante coordenação do curso. E aos docentes da Escola de Enfermagem, companheiros na minha evolução intelectual.

Aos docentes do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pelo amparo, pela contribuição e pela aprendizagem.

Às funcionárias da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação de Enfermagem, especialmente à Marta, à Luana e à Marcela, pela disponibilidade, simpatia e gentileza. Obrigada pela ajuda!

Aos bibliotecários, especialmente à Cecília Maria pelo apoio e auxílio em todo momento necessário.

A Coordenação de Aperfeiçoamento Pesquisa Ensino Superior pelo apoio financeiro.

A minha orientadora Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, por acreditar em meu potencial. Sempre disponível e disposta a ajudar, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado. Embora ela sempre me diga que a busca pelo conhecimento é algo constante para o aprimoramento profissional. Obrigada pelo respeito, incentivo, atenção, compreensão e carinho, convivência maravilhosa de constantes trocas e por sua maneira de acompanhar e conduzir-me nesta trajetória.

Ao meu coorientador Prof<sup>o</sup>. Dr. Carlos Tadeu Siepierski, que, com carinho e dedicação, incentivando-me na busca do aprimoramento na caminhada pela Antropologia e pela Etnografia, pelo apoio, estímulo e, sobretudo paciência como minhas dificuldades e embaraços.

Silvana e Carlos Tadeu vocês juntos me proporcionaram uma belíssima oportunidade de compartilhar de muitas horas de estudo e discussões, pela sabedoria e simplicidade em me levar-me a entender os caminhos percorridos na construção deste trabalho; Obrigada por tudo! Essa vitória também é de vocês.

A todas as pessoas que participaram deste estudo, pela confiança e oportunidade de compartilhar o seu olhar sobre o Diabetes *Mellitus*. Por causa deles é que esta dissertação se

concretizou. Aprendi e cresci muito como profissional, e principalmente como pessoa. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Aos integrantes do grupo de pesquisa Processo Saúde Doença na Perspectiva Sociocultural, pelos bons momentos de convivência permeados de valiosas críticas e sugestões frutíferas.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Sociedade e Cultura Contemporânea, que me acolheram e incentivaram a trilhar pelo caminho da Antropologia e Etnografia.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade, empenho e sugestões.

Às minhas amigas Sara Rodrigues, Cibelle Barcelos, Eliane Garcia e Eliza Maria Rezende, que com responsabilidade, amizade, coerência e respeito, aconselhava-me a decidir por um melhor caminho a ser seguido com maturidade e disciplina para o bom desempenho profissional.

Aos meus colegas do mestrado, pelo prazer da troca e da convivência, especialmente à Carolina Valcanti, que se tornou verdadeira amiga e tornou mais leve meu trabalho. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvir minhas bobagens. Foi bom poder contar com você!

A todos que, embora não citado nominalmente, colaboraram com a realização desse estudo, os meus mais sinceros agradecimentos.

Muito Obrigada!

A Para um futuro não tão longe, e que  
essa construção seja apenas o começo.

Oração para o estudo

*“Dê-me, Senhor, agudeza para entender,  
capacidade para reter, método e  
faculdade para aprender sutileza para  
interpretar, graças e abundância para  
falar.*

*Dê-me, Senhor, acerto ao começar,  
direção ao progredir e perfeição ao  
concluir”*

(Santo Tomás Aquino)

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender os significados da doença na perspectiva de pessoas com diagnóstico biomédico de Diabetes *Mellitus*. Para tal compreensão, adotamos o referencial teórico da Antropologia Interpretativa e o método Etnográfico. Participaram deste estudo dezesseis pessoas com diagnóstico biomédico de Diabetes *Mellitus*. Foram respeitados os preceitos éticos, como a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Estudo desenvolvido no período de agosto de 2014 a outubro de 2015, em visita domiciliar, por meio de entrevistas em profundidade gravadas, observação participante e de anotações em diário de campo. A análise e a interpretação foram empreendidas a partir do primeiro capítulo do livro de Geertz, *Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura*. Dessa análise, constatamos uma alternância entre os estados doente e não doente, motivo pelo qual denominamos como eixo transversal: Autopercepção de um estado doente e dos eixos horizontais: Significado da doença e Representação cultural de cuidado do estado doente. Apreendemos que os significados do Diabetes *Mellitus* se relacionam à presença do açúcar, problema de açúcar no sangue, sangue grosso e doença silenciosa. A causalidade da doença é conferida a fatores externos como uma entidade que ataca e esparrama, diante de condições como o desejo de Deus, o envelhecimento, os efeitos dos medicamentos e dos alimentos e o nervoso. O estado doente é marcado pelo corpo deitado e medicado caracterizado por moleza, bambeza, fraqueza e sensação de mal estar. O significado de cronicidade se relaciona as ameaças constantes que são capazes de ataca-los e produzir o estado doente. As representações de cuidado do estado doente apontam para o tratamento alopático à sua maneira e a dosagem da glicemia capilar, embora haja ambiguidades quanto aos seus benefícios, para dissipar as manifestações corporais, afastar a entidade e reconquistar a saúde. A religião e o sistema popular são valorizados para tratamento e cura. Ao darmos relevância à dimensão social e cultural na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de DM, compreendemos o universo imaginativo dentro do qual os significados da doença e a cronicidade são determinados e orientam sua prática. A enfermagem precisa tentar compreender o outro para que não haja confusão e a comunicação seja minimamente compreendida, o que possibilita ofertar cuidados contextualizados na perspectiva da integralidade.

**Palavra-chaves:** Doença Crônica. Enfermagem. Diabetes Mellitus. Cultura. Antropologia.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings of the disease from the perspective of people with biomedical diagnosis of Diabetes Mellitus. To this end, we have adopted the theoretical understanding of Interpretive Anthropology and Ethnographic method. Sixteen people participated in this study with biomedical diagnosis of Diabetes Mellitus. Been complied with the ethical principles, such as the approval of the study by the Ethics Committee and signing the informed consent by participants. Study developed in the period of August to October 2014 2015, home visit, through in-depth interviews, participant observation and recorded notes in field journal. Analysis and interpretation were undertaken from the first chapter of the book of Geertz, A Dense Description: For an Interpretive Theory of culture. Of this analysis, we can see a toggle between the sick and not sick, why we as transaxle: Self-perception of a sick state and horizontal axes: meaning of disease and cultural Representation of state patient care. We apprehend that the meanings of Diabetes Mellitus relate to the presence of sugar, blood sugar problem, thick blood and silent disease. The causality of disease is given to external factors as an entity that attacks and splashes, before conditions such as the desire for God, the ageing, the effects of medicines and foodstuffs and the nervous. The state is marked by the body lying sick and medicated characterized by a breeze, bambeza, weakness and sick feeling. The meaning of chronicity relates the constant threats that are able to attack them and produce the sick state. The representations of state care sick point to the allopathic treatment in their own way and capillary glucose dosage, although there are ambiguities as to their benefits, to dissipate the bodily manifestations, away from the entity and regaining health. Religion and popular system are valued for treatment and cure. To give importance to the social and cultural dimension in the perspective of the person with biomedical diagnosis of DM, we understand the imaginative universe within which the meanings of illness and chronicity are determined and guide their practice. Nursing needs to try to understand each other so there is no confusion and communication is minimally understood, which makes it possible to offer context and care from the perspective of integrality.

**Keywords:** Chronic Disease. Nursing. Diabetes Mellitus. Cultura.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRA</b>	Associação Brasileira de Ayurveda
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>DM</b>	Diabetes <i>Mellitus</i>
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>MESH</b>	Medical Subject Headings
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UNIFAL-MG</b>	Universidade Federal de Alfenas- Minas Gerais
<b>UESF</b>	Unidade de Estratégia Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1	EXPERIÊNCIA COM A ENFERMIDADE.....	15
2.2	ENTRE O DISCURSO DAS LIMITAÇÕES E A PRÁTICA COTIDIANA PERMEADA DE PARADOXO.....	17
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
4.1	A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA: A INSERÇÃO DA REALIDADE.....	28
4.2	A BUSCA PELOS PARTICIPANTES.....	29
4.3	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E REGISTRO DOS DEPOIMENTOS.....	30
<b>5</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>36</b>
6.1	A AUTOPERCEPÇÃO DE UM ESTADO DOENTE.....	36
6.1.1	Significado da doença.....	37
6.1.2	Representações culturais de cuidados do estado doente.....	49
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO A .....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para a biomedicina, o Diabetes *Mellitus* (DM) está classificado como uma das condições crônicas, de caráter sintomático, decorrente da alteração na produção ou na ação do hormônio produzido pelo pâncreas, denominado insulina. No entanto, a compreensão das pessoas acerca do significado e da natureza da doença, muitas vezes, não coaduna com a concepção biomédica.

É de se compreender que o processo de adoecimento experienciado pelas pessoas de cada sociedade está arraigado nos valores, nas crenças, nas práticas, nos imaginários, nos significados, e nas experiências individuais e coletivas, reafirmando o caráter singular e sociocultural compreendidos nesse processo.

A partir dessa compreensão, a doença deixa de estar restrita ao corpo físico, para ser tomada como um comprometimento de diferentes dimensões seja física, psicológica, espiritual, social e cultural.

Partindo da concepção do DM como uma condição crônica e progressiva, requer que as pessoas acometidas mantenham o gerenciamento para o controle glicêmico, pois, seu estado de saúde tende a danificar com o passar do tempo, quando começam a apresentar as complicações. As complicações levam à incapacitação, o que contribui para os gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho, da qualidade e da expectativa de vida.

Para minimizar o impacto da doença e de suas complicações tem sido recomendado pelas sociedades científicas nacionais e internacionais o tratamento para o controle da DM. Ainda que este tratamento tenha demonstrado sua eficácia no controle glicêmico, muitas vezes, a sua repercussão no cotidiano de vida da pessoa com DM pouco tem conhecida e valorizada.

Estas terapêuticas repercutem mudanças substanciais na vida das pessoas, pois, elas passam a conviver com o uso de tecnologias assistivas, com a medicalização da vida, com as mudanças no estilo de vida, o que impõem a essas pessoas conjugar outras alternativas de tratamento e um novo modo de viver.

Nessa perspectiva, o gerenciamento das necessidades advindas do DM representa um desafio em aberto e preocupante para as pessoas acometidas por tais condições e para os seus cuidadores, o que demanda um olhar diferenciado que inclui a valorização da interpretação do adoecimento e seus contextos socioculturais.

No entanto, dada a formação dos profissionais de saúde voltada essencialmente a racionalidade biomédica, dificulta-lhes compreender a experiência da doença na perspectiva do adoecido, uma vez que o contexto sociocultural que influencia os símbolos e os sentidos que fazem parte da experiência de cada pessoa é pouco valorizado.

Reconhecemos que a valorização da dimensão subjetiva e das experiências dos adoecidos podem proporcionar espaços de diálogo e de compartilhamento dos saberes e práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão, ação e autonomia para o cuidado.

Neste sentido, a busca pela compreensão do processo de adoecimento entre as pessoas com DM e as práticas por elas empreendidas para o tratamento configuram como um campo de saber próprio que é importante ser investigado, pois, propicia aos profissionais de saúde, em especial à enfermagem, conjugar ao saber científico o saber empírico, com vistas a proporcionar cuidados que vão ao encontro das necessidades e expectativas do adoecidos.

Ao lidar com as pessoas com DM no decorrer da formação profissional e, principalmente ao integrar o projeto de extensão universitária, que prioriza essa temática, percebemos como o processo de adoecimento é complexo, mesmo em se tratando de uma mesma doença entre as pessoas e que essa experiência é única e requer compreensão sob o ponto de vista do adoecido.

A busca por esta compreensão conduziu-me ao Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* em Enfermagem para o desenvolvimento do estudo nesta perspectiva.

Meu olhar ao adentrar o espaço de privacidade das pessoas com DM dirigiu-se com mais perspicácia, quando tive a oportunidade de me relacionar e até mesmo de estabelecer vínculos.

Diante dessas vivências que vieram sendo construídas com as pessoas com DM, percebemos que elas atribuíam significados distintos ao processo de adoecimento e esta visão de mundo nos gerava inquietações que se traduziam pela seguinte questão: Como as pessoas com diagnóstico biomédico de DM interpretam o seu processo de adoecimento?

Partindo desta premissa buscamos na literatura nacional e internacional subsídios para melhor entendimento desta condição, a partir do que tem sido produzido pela enfermagem a respeito da experiência da enfermidade na perspectiva da pessoa com DM.

Da análise da produção científica buscamos sintetizar o conhecimento atual, apreender as questões investigadas, estabelecer os eixos que permeiam esta experiência e apontar que dentre as lacunas do conhecimento e tão a compreensão da cronicidade na perspectiva das pessoas com diagnóstico biomédico de Diabetes *Mellitus* e as decisões para o enfrentamento da doença. No capítulo a seguir, apresentamos a revisão de literatura.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para aprofundar nosso conhecimento sobre a temática e levantar lacunas do conhecimento, realizamos o levantamento de dados no banco de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) consultado no período de setembro de 2014 a abril de 2015. Utilizamos o portal da CAPES devido a sua abrangência e facilidade de acesso.

Para esta revisão, adotamos os Descritores em Ciências da Saúde – Bireme (DeCS), Enfermagem, Diabetes Mellitus, Doença Crônica e seus equivalentes na língua inglesa, conforme a lista Medical Subject Heading (MESH) e em espanhol, com os caracteres booleanos and e or, a partir do método integrado, com o intuito de responder a seguinte questão: “O que a enfermagem tem produzido a respeito da experiência da enfermidade na perspectiva da pessoa com Diabetes *Mellitus*?”

Adotamos como critérios de inclusão os artigos produzidos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, no período de 2003 a 2015, independente da abordagem e textos que buscaram as experiências subjetivas de vida de pessoas adultas com DM como expressa, a partir do ponto de vista delas. Estes critérios se justificam pelo nosso interesse em investigar a condição crônica DM em adultos, pela relevância da compreensão do adoecimento, na perspectiva do adoecido, e as práticas de cuidados por eles empreendidas. Foram excluídos as teses, as dissertações, resenhas, recursos textuais, atas de congressos e os estudos realizados com pessoas com idade inferior a 18 anos.

O recorde temporal delimitado a partir de 2003 se justifica pela publicação do Relatório Mundial intitulado Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação (BRASIL, 2003), nesta mesma data, período que despertou a necessidade de investigação entre os pesquisadores.

Inicialmente foram encontrados 4720 artigos científicos, dos quais, pelo método integrado com os descritores Enfermagem and Diabetes *Mellitus* totalizaram 2327 e Enfermagem and Doença crônica 2393.

No período de abril a junho de 2015 foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos a fim de averiguar a adequação aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Na totalidade dos artigos levantados foram excluídos 4705 estudos, sendo que, desses, 192 abordavam questões relacionadas às crianças, 41 com gestantes, 29 com adolescentes, 140 artigo de revisão de literatura, e 4303 não forneceram dados referentes aos objetivos traçados para esta revisão. Amostra final foi de quinze artigos científicos.

Do conjunto de artigos, foram selecionados quinze para esta revisão, sendo realizada a leitura e releitura minuciosa, buscando os objetivos, os referenciais teóricos metodológicos, os principais resultados e conclusões, a análise crítica e as possíveis lacunas do conhecimento.

Após análise de conteúdo, agrupamos os resultados em eixos, de acordo com temas recorrentes.

Para a compreensão do processo de adoecimento, os autores dos artigos analisados recorreram aos referenciais de diversas áreas do conhecimento para interpretar o fenômeno, tais como: Modelo explicativo de Kleinman, Filosofia de Ricoeur, Merleau-Ponty, Newman, Leininger, Maffesoli, Dahlberg e Heidegger.

Constatamos, a partir desta análise, que emergem como foco dos artigos analisados dois eixos: A experiência com a enfermidade que envolve o significado atribuído a doença e Entre o discurso das limitações e a prática cotidiana permeada de paradoxo, que se relacionam aos limites e às restrições, às complicações, ao gerenciamento e às estratégias de enfrentamento da doença. Estes eixos estão apresentados a seguir assim como as lacunas do conhecimento.

## 2.1 EXPERIÊNCIA COM A ENFERMIDADE

Na análise realizada, verificou-se que os autores Amarasekara *et al.* (2014 ); Faria e Bellato (2009); Hörnsten, Sandström e Lundman (2004); Oviedo e Boemer (2009); Xavier, Bittar e Ataíde (2009) ) reiteram que o adoecimento constitui uma experiência singular, pois integra os múltiplos significados construídos em seus contextos socioculturais.

Heuer e Lausch (2006) discutem que os indivíduos elaboram explicações sobre a doença, que são uma compilação de suas próprias crenças culturais e são conjugadas ao saber dos profissionais de saúde sobre o seu diabetes.

No que concerne ao significado da doença, constatamos que os estudos de Carolan, Holman e Ferrari (2015); Johansson, Ekebergh e Dahlberg (2009); Yu e Tsai (2013) demonstraram que a doença vista sob o ponto de vista do adoecido tem caráter silencioso.

Carolan, Holman e Ferrari (2015) reiteram que é uma doença de progressão lenta e de natureza crônica, exigindo cuidados emocionais. Verificaram ainda que as pessoas com Diabetes avaliam as suas experiências de vida como fisicamente, emocionalmente e socialmente desafiadoras.

No estudo de Yu e Tsai (2013) as pessoas compreendem o diabetes como uma doença crônica e de longo prazo, no entanto, sem nenhum perigo imediato de morte, pois é silenciosa,

o que reitera achados de outros estudos. Neste sentido, as pessoas subestimam a possibilidade de complicações da doença, que podem surgir a partir de falta de autocuidado.

Heuer e Lausch (2006) divergem neste aspecto do estudo de Yu e Tsai (2013), quando mostram em seus resultados que as pessoas, ao invés de perceberem o diabetes como uma doença crônica, entendiam como uma doença aguda, e que não exigia cuidados ao longo da vida.

Estudo de Amarasekara *et al.* (2014) explorou as crenças de saúde e práticas de adultos com diabetes, encontrando, em seus achados, que as pessoas atribuíam seu adoecimento ao “Bad karma”, ou seja, os maus atos cometidos em sua vida passada ou atual eram os responsáveis pelo seu adoecimento.

Hörnsten, Sandström e Lundman (2004) também descreveram que a pessoa com DM atribuiu as causas externas e crenças como sendo responsáveis pelo surgimento da doença. Constataram que ter diabetes pode ser um evento natural na vida, no sentido de que ele está ligado com o desgaste do corpo decorrente do processo do envelhecimento.

Xavier, Bittar e Ataíde (2009), ao buscar conhecer as crenças de saúde, encontraram que as pessoas com Diabetes perceberam como causa de sua doença o “sangue fraco”, que se transforma em água, e seus corpos ficam a mercê da doença, assim, não tem cura. Embora tenham enfatizado a causa da doença, eles não encontraram explicação para tal fenômeno.

No estudo de Johansson, Ekebergh e Dahlberg (2009), as pessoas com DM, mesmo sendo acometidas pelos sintomas da doença, como polidipsia, poliúria, fadiga e perda de peso, tentam explicar a presença de tais sintomas como uma causa natural, como por exemplo, trabalho árduo, calor do verão e esforços corporais.

Oviedo e Boemer (2009), ao buscarem compreender o significado atribuído às experiências vividas pelos doentes de DM, encontraram como causa da doença a punição divina, decorrente dos maus hábitos, em especial a alimentação. As autoras mencionaram que o adoecido parece não encarar a doença como uma facticidade, mas como uma fatalidade.

É possível apreender nestes estudos que as pessoas atribuem significado ao adoecimento a partir de suas experiências subjetivas e singulares.

A experiência da enfermidade é vista pelos autores como algo a ser compreendido e valorizado pelos profissionais de saúde, no entanto, eles não aprofundam em algumas questões, tais como: Como essa experiência é construída em seu contexto sociocultural? Quais fundamentos as pessoas adoecidas buscam para o saber da experiência? Por que a pessoa adoecida com DM não encara o seu processo de adoecimento? Quais as dificuldades

advindas dessa condição? Como é para essa pessoa adoecida enfrentar o seu processo de adoecimento?

Embora os autores reiterem a doença como uma experiência singular, percebemos que a consciência da pessoa com DM sobre a cronicidade da doença não foi investigada, mesmo que os estudos de Oviedo e Boemer (2009) e Xavier, Bittar e Ataíde (2009) tenham trazido em um dos depoimentos que a doença não tem cura ou não existe uma cura conhecida.

Esta questão assume relevância, pois reflete nos modos de levar a vida e na condição de SER ou ESTAR doente. Acreditamos que o significado de cronicidade não está ligado à experiência da doença, mas é um idioma apenas do sistema profissional.

Esta compreensão é fundamental para os profissionais de saúde, pois reflete a forma com que as pessoas lidam com o adoecimento, que muitas vezes se confronta com as prescrições dos profissionais de saúde, levando a discursos desiguais e dificilmente compreendidos e implementados na prática.

## 2.2 ENTRE O DISCURSO DAS LIMITAÇÕES E A PRÁTICA COTIDIANA PERMEADA DE PARADOXO

Percebemos, nos estudos analisados, as dificuldades das pessoas em incorporarem no cotidiano de vida as restrições impostas pelos profissionais de saúde. Estas dificuldades devem-se em grande parte à forma como os adoecidos concebem e lidam com o adoecimento.

A pessoa com DM se depara, após o diagnóstico, com a imposição de regras para submeter-se ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Dentre estas regras, estão as restrições alimentares, que levam a pessoa a se sentir frustrada, deprimida, socialmente isolada e preocupada com o preparo da comida (CAROLAN; HOLMAN; FERRARI, 2015).

A dificuldade de aceitar a mudança de hábitos alimentares está relacionada aos prazeres do apetite, e que por sua vez é ordenada pelo psíquico (BATISTA; LUZ, 2012). Portanto, a perda de gozo por alimentos faz com que as pessoas sofram com sentimentos de privação (CAROLAN; HOLMAN; FERRARI, 2015).

Corroborando com essa questão, Souza *et al.* (2012), ao desenvolverem seu estudo com as pessoas idosas com DM, constataram que elas atribuem a perda da liberdade de escolha de alimentos às restrições impostas pelos profissionais de saúde, e ainda ter que lidar com planejamento alimentar gera tristeza, em virtude das modificações de seus hábitos de vida, que foram construídos culturalmente.

No estudo de Amarasekara *et al.* (2014) as pessoas adoecidas acreditavam que o diabetes é uma doença relacionada à ingestão de açúcar e que a redução da ingestão de açúcar por si só já era suficiente para controlar a doença. Assim, acabavam realizando equívocos sobre a limitação de certos alimentos para controlar diabetes.

A representação do alimento é uma forma como se organiza e se vê o mundo, e está relacionada com os aspectos sociais, religiosos, econômicos (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009), culturais e biológicos (AMARASEKARA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2012; XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009; YU e TSAI, 2013) e a influência das crenças alimentares interfere diretamente na escolha dos alimentos diários (AMARASEKARA *et al.*, 2014; XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Oviedo e Boemer (2009) salientam que o adoecido com DM convive em dualidade, em um estado de ambivalência constante, sendo que a natureza humana por ser dialética é permeada por episódios de aceitação, negação, acolhimento, afastamento, autenticidade e inautenticidade.

Dada a estas dificuldades, as pessoas com doença crônica burlam as recomendações dos profissionais de saúde, justificadas pelos sentimentos de negação, rejeição da doença e da resistência ao tratamento, não apenas aos hábitos alimentares, mas, sobretudo, no que diz respeito ao uso de insulina (FARIA; BELLATO, 2009).

Elas elegem viver os desejos da liberdade e recusam as regras impostas (BATISTA; LUZ, 2012), pois estas restrições parecem infundir-lhes um sofrimento maior que a própria evolução da doença (OVIEDO; BOEMER, 2009).

Embora os autores tenham apreendido que, na maioria das vezes, as pessoas com DM burlam as exigências impostas pela doença e pelos profissionais de saúde, a literatura não explicita algumas questões, o que abre outras possibilidades de investigação, tais como: Como é para a pessoa com DM viver sob restrições? Viver sob restrições contribui para minimizar as complicações?

Os autores têm defendido que a redução das complicações é possível se a pessoa participar ativamente do tratamento. Para isso, é preciso resgatar as experiências, o conhecimento, os sistemas de valores e as crenças que orientam as atitudes dessas pessoas adoecidas em relação a sua própria saúde (BATISTA; LUZ, 2012).

Yu e Tsai (2013) reiteram que o conhecimento insuficiente sobre o DM causa subestimação do possível impacto das complicações.

Neste sentido, Batista e Luz (2012) concluíram que a pessoa que já experienciou uma amputação vive amedrontada e sente a ameaça permanente de uma nova amputação, que é algo que pode ou não estar próximo.

Nesta mesma direção, Oviedo e Boemer (2009), ao desenvolver um estudo com as pessoas adoecidas com DM que mencionaram ter conhecimento sobre as complicações, demonstraram temor da amputação, cegueira e o medo de perder sua capacidade de autocuidado.

Contudo, a pessoa não encara a cronicidade, pois seu estado de saúde é assintomático, ou seja, as manifestações não são percebidas, e desconsideram como parte do seu viver. À medida que desencadeiam as fases de agudização no seu organismo, ela passa a perceber como mais um problema (FARIA; BELLATO, 2009), lançando seu olhar para a doença, mas na situação contrária não ocorre participação no tratamento (OVIEDO; BOEMER, 2009).

As pessoas que experienciam as complicações decorrente do processo de adoecimento percebem sua vida com ameaças constantes. Os estudos realizados por Heuer e Lausch (2006), Popoola (2005) descreveram as preocupações e o medo que as pessoas com DM referiram em relação às complicações, tendo em vista as experiências anteriores de amigos e parentes que perderam um membro.

Carolan, Holman e Ferrarri (2015), Faria e Bellato (2009) também expressaram questões referentes à ameaça constante frente às complicações vivenciadas pelas pessoas adoecidas com DM.

Percebemos que os estudos apontam que é na fase de agudização que as manifestações corporais vêm legitimar a doença, o que faz com que as pessoas sintam adoecidas apenas nestas fases e buscam meios para evitar a progressão da doença e suas complicações.

Esta compreensão é fundamental para os profissionais de saúde, pois tem impacto no processo de adesão ao tratamento e na prevenção de complicações.

Diante de tais constatações, emergem algumas indagações que se traduzem pelos seguintes questionamentos: Será que as pessoas que ainda não experienciaram as complicações também sentem suas vidas ameaçadas? Será que a pessoa sente que o DM pode torná-la vulnerável?

O modo como a doença é experienciada influencia na maneira de cuidar e na busca por estratégias de enfrentamento.

George e Thomas (2010) concluíram em seu estudo que o diabetes é experienciado como um fenômeno corporal, assim, quando o corpo sinaliza, a pessoa começa a tomar atitudes em relação ao gerenciamento e as estratégias para o enfrentamento da doença.

Noções similares foram discutidas em outros estudos, como, por exemplo, a pessoa com DM, ao perceber os sinais e sintomas do corpo, busca uma interpretação particular para a tomada de decisões (FARIA; BELATO, 2009; XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009). Essas experiências orientam as práticas de cuidados, seu significado, os riscos, suas atitudes e controle e o estilo de vida (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Embora tenham enfatizado as interpretações do adoecimento para a tomada de decisão, há escassez de estudos, que apontam as decisões que são implementadas para o controle da enfermidade. Sabe-se que são ações empreendidas para viver tão normalmente quanto possível é influenciada pelas representações sobre o DM e os elementos do seu manejo.

Kneck, Klang e Fagerberg (2011) ressaltam que a incorporação de novos hábitos implica novas experiências para aprender a viver com a doença. Acrescentam que, ao gerenciar a doença, a pessoa apoia-se na experiência vivida e no conhecimento prévio, construído entre as relações socioculturais de um determinado grupo, que contribuem para a interpretação e produzem várias possibilidades de cuidado à saúde.

Kneck, Klang e Fagerberg (2012) concluíram que o glicosímetro é um instrumento utilizado para o conhecimento e para compreender o corpo e a doença, pois apresenta dados objetivos para interpretação dos sintomas corporais.

Para reduzir a quantidade de medicamentos ingeridos orais ou injetáveis e para contornar os problemas advindos desse consumo constante, as pessoas recorrem ao uso de fitoterápico e a manipulação de doses e horários, de acordo com os hábitos alimentares e a experiência com a doença (BATISTA; LUZ, 2012).

No estudo realizado por Amarasekara *et al.* (2014), a pessoa adoecida acredita que o tratamento da medicina ocidental não é capaz de curar sua doença, mas sim produzir consequências no organismo, o que motivou a deixar de tomar os medicamentos.

Outra estratégia para o enfrentamento é a participação da família no gerenciamento como rede de apoio nas atividades práticas e na interpretação da doença, buscando restabelecer o equilíbrio na vida diária, na identidade pessoal e social (HEUER; LAUSCH, 2006).

Neste sentido, a família é um sistema colaborador e facilitador no processo do controle da doença, incentiva a pessoa adoecida a realizar o autocuidado, além de demonstrar sentimentos de afeto, cooperação e solidariedade (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009) e, ocasionalmente, direcionando-a para escolhas mais saudáveis (HEUER; LAUSCH, 2006).

Encontramos nos artigos de Amarasekara *et al.* (2014) e de Popoola (2005) a busca pelo recurso religioso para o cuidado da doença. Este sistema é utilizado pelo adoecido para ter uma vida saudável e para não permitir que complicações se desenvolvam. A pessoa com diabetes, muitas vezes, prefere tratamento Ayurveda<sup>1</sup>, pois proporciona um sentimento de esperança por cura (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AYURVEDA – ABRA, 2013).

A busca pela medicina popular para evitar as complicações da doença e curar feridas também foi encontrada nos estudos de Yu e Tsai (2013) e de Popoola (2005).

Embora o sistema não convencional seja valorizado e utilizado pelas pessoas com condições crônicas, não encontramos artigos com os significados atribuídos pelas pessoas para o uso do chá de insulina, nome similar do recurso terapêutico do sistema convencional.

Percebemos por meio destes estudos a importância do gerenciamento da condição crônica pelo adoecido, da compreensão das práticas não convencionais empreendidas, da influência da experiência da enfermidade e do contexto sociocultural, onde as crenças e valores estão presentes e são introjetados na pessoa adoecida, emoldurando-a, sendo a base das práticas empreendidas advinda do saber popular.

Neste sentido, a pessoa adoecida encontra-se com uma condição crônica que tem conhecimento sobre seu corpo e é orientada pelos sintomas, busca equilíbrio apreendido na experiência para gerenciar a doença.

Na análise do conjunto de artigos revisados, identificamos diferentes contextos das situações da condição crônica por Diabetes *Mellitus*. Os autores discutem as fases de agudização, as restrições, as complicações da doença e o gerenciamento.

Para o alcance dos objetivos, os estudos empregam diferentes referenciais metodológicos. De uma forma geral, apresentam conclusões similares, pois há consonância ao enfatizarem que os profissionais de saúde devem compreender e valorizar as práticas de cuidado empreendidas pelo adoecidos para melhoria da assistência prestada, como também enfatizam as dificuldades na convivência com a enfermidade.

Ainda que os estudos priorizem e discutem a experiência com a enfermidade, percebemos que os autores não aprofundaram a compreensão do fenômeno da cronicidade na perspectiva da pessoa com diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus*. Muito embora as propostas visassem demonstrar os olhares dos adoecidos, ainda é o olhar do pesquisador que perpassa o discurso do adoecido.

---

<sup>1</sup> Ayurveda significa, em sânscrito, Ciência (veda) da vida (ayur). Continua a ser a medicina oficial na Índia e tem-se difundido por todo o mundo como uma técnica eficaz de medicina tradicional (ABRA, 2013).

Apreendemos que a compreensão da doença na perspectiva da pessoa com Diabetes *Mellitus*, que reflete na condição de SER ou ESTAR doente e nos modos de levar a vida, não é discutida pelos autores.

Estas lacunas nos levam a questionar: Como a pessoa com diagnóstico de DM interpreta seu estado? O que é doença para essas pessoas? Ele se sente doente? Quando ele se sente doente como ele se cuida? Quando ele se sente não doente, como gerencia esse estado? Quais fundamentos as pessoas com diagnóstico de DM buscam para o saber da experiência?

Dar respostas a estas indagações requer um esforço intelectual do pesquisador, pois elas são possíveis a partir de estudos que permitem interpretar o ponto de vista da pessoa com condição crônica e a imersão por longo tempo em campo.

Nesta perspectiva, consideramos o referencial da antropologia interpretativa de Geertz (2014), corrente teórica que tem como foco a cultura, apropriado para compreender o significado da doença na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de diabetes *Mellitus*.

Na busca por uma descrição densa sobre o fenômeno da doença entre pessoas com Diabetes *Mellitus*, é possível compreender o outro no seu olhar, pois ela permite interpretar sentidos e significados construídos no contexto sociocultural.

Interpretar os significados atribuídos à doença nos permite abrir espaços de diálogo, de compreensão de mundos tão distintos, e possibilita ofertar cuidados em consonância com o contexto sociocultural e com as necessidades comprometidas.

### **3 OBJETIVO**

Compreender o significado da doença na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de Diabetes *Mellitus*.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Na busca pela compreensão da doença na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de Diabetes *Mellitus*, desenvolvemos o estudo com abordagem qualitativa, ancorado no referencial da Antropologia Interpretativa elaborada por Clifford Geertz (2014).

A opção pelo referencial deu-se pela minha aproximação com o grupo de pesquisa, Processo Saúde Doença na Perspectiva Sociocultural, pelas leituras do livro de Geertz (2014), sobretudo, o primeiro capítulo, Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura e pelos conteúdos ministrados na disciplina de etnografia no programa de mestrado.

Foi possível apreender a potencialidade do referencial para responder as minhas inquietações, uma vez que ele tem por objetivos, observar, descrever, analisar e compreender o outro no seu olhar, o que permite interpretar sentidos e significados construídos no seu contexto sociocultural.

A razão ainda por esta opção fundamenta-se no fato de que o processo saúde doença é um fenômeno não apenas biológico, mas, sobretudo, cultural, e a noção de cultura me possibilita produzir descrições e interpretações capazes de compreender o contexto que são significativos para as pessoas e determinam os seus comportamentos.

Clifford Geertz, o principal representante da Antropologia Interpretativa, foi um dos mais influentes antropólogos norte-americanos na segunda metade do século XX. Para ele, a Antropologia é uma ciência interpretativa, pois o homem, enquanto criador da cultura, constrói e reconstrói significados que podem ser interpretados.

Dentro da Antropologia existem vários conceitos de cultura, no entanto, Geertz (2014) defende o conceito semiótico de cultura, pois entende que a cultura consiste em sistemas de significação. Semiótica é um termo que vem do grego: *semeion*, que significa signo, e *ótica*, que significa Ciência. A semiótica, então, é o estudo dos signos. Ela considera todos os fenômenos culturais como se fossem sistemas sígnicos, isto é, sistemas de significação. Essa abordagem compreende os sistemas sígnicos como formados pela junção dos significantes com seus possíveis significados. Assim, o significante possui sua forma expressiva e tem o significado que a ele é atribuído. Ou seja, o significante diz respeito a um fenômeno, entretanto, o significado pode ser diferente dependendo do grupo que o interpreta. Nesse sentido, as pessoas agem em relação aos acontecimentos, com base no significado que os acontecimentos têm para elas, pois os homens vivem em um emaranhado de significados, tecidos em seus próprios contextos.

Os significantes vão sendo ressignificados, de acordo com a percepção dos diferentes grupos. O processo de ressignificação não é individual, ele é coletivo. Geertz diz que a cultura é pública porque o significado o é. E os significados não são estáticos, estão sempre em produção numa dinâmica social.

Desta forma, trabalhar com a abordagem semiótica, isto é, com os significantes e seus significados, é operar com uma ciência interpretativa que está à procura dos significados, que são atribuídos por um dado grupo social. Nesse nosso estudo, nos propomos então a compreender o significado da doença, na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de DM.

Geertz (2014) enfatiza que, quando os significados não são compartilhados em presença do mesmo significante, ocorre uma confusão de idiomas. Isto porque a um mesmo significante podem ser atribuídos diferentes significados, no entanto, sujeitos envolvidos num mesmo contexto tendem a achar que todos conferem os mesmos significados aos significantes em questão. Assim, a dificuldade de compreendermos as pessoas com diagnóstico biomédico de DM, muitas vezes, está na falta de nossa familiaridade com o universo imaginativo, dentro do qual os seus significados são determinados.

A partir de uma análise dos mecanismos simbólicos, colocados em prática pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM, devido a sua nova condição e modo de viver, é possível compreender a lógica cultural, que norteia a sua visão de mundo. Ao fazer essa análise, procuramos entender um outro universo de significação. Os significantes com seus significados é que dão sentido aos atos cotidianos, tornando-os inteligíveis para aqueles que os praticam.

Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, a cultura não é um poder, algo ao qual são atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos. Ela é um contexto, dentro do qual podemos descrever os significantes e significados de forma inteligível, ou seja, como uma descrição densa e não superficial (GEERTZ, 2014).

Para Geertz (2014), a diferença entre a descrição superficial e a descrição densa está na maneira de compreender como os diferentes grupos interpretam determinado elemento cultural. A descrição superficial parte do pressuposto que os significados são semelhantes para todos. Já a descrição densa leva em consideração os aspectos simbólicos, significantes e significados, de um dado contexto. Por meio destes aspectos, as pessoas são capazes de produzir, perceber, interpretar e dar sentido aos acontecimentos e as atividades cotidianas. Em

nosso caso, a descrição densa consiste em apreender os significados produzidos pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM em relação à sua condição.

A Antropologia possui uma ligação tradicional com a Etnografia, que busca entender o comportamento humano de forma ampla, envolvendo as diversas dimensões da vida e estudando as estruturas ou as formas culturais em sua singularidade ou particularidade. Nesse sentido, a Antropologia preocupa-se com as características do homem em sociedade, com foco na cultura e nos sistemas de símbolos, de ideias e de significados (GEERTZ, 2014).

Situarmos neste espaço nos leva ao objeto da Etnografia, o qual se encontra em uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos dos quais os comportamentos humanos são produzidos, percebidos e interpretados. Para Geertz (2014), uma boa interpretação de qualquer coisa nos leva à essência daquilo que nos propomos a interpretar.

A partir da apreensão de uma estrutura significativa, e por meio da articulação desta, é possível identificar o significado que está implícito. Devemos entender como essas estruturas se articulam, e é nesta articulação de conjuntos de significantes, que se conferem os significados.

Geertz (2014) discute que a análise cultural deve estar perto da lógica informal da vida real das pessoas. Segundo ele, devemos atentar para o comportamento, e com exatidão, pois é através do fluxo do comportamento, ou mais precisamente da ação social, que as formas culturais encontram articulações. É, seguindo essa perspectiva geertziana, que buscamos compreender o modo como as pessoas com diagnóstico biomédico orientam suas práticas, tendo em vista identificar os códigos que as compõem para falar da sua condição.

Ao adentrar no campo, o que o pesquisador enfrenta “é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas a outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplicitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar” (GEERTZ, 2014). Cabe ressaltar que as estruturas significantes são próprias de cada grupo, ou seja, quem está no grupo é que domina seus significados. O pesquisador deve estar perto para acompanhar e observar o fluxo do comportamento e compreender a produção da lógica da vida das pessoas, ganhando acesso empírico aos seus significantes e significados.

Para apreendermos os significados, é preciso uma imersão no universo dos sujeitos observados. No entanto, Geertz nos diz que não é necessário se tornar um “nativo” para entender de fato sua cultura, mas é indispensável um mergulho profundo e prolongado na vida cotidiana desses sujeitos, que queremos apreender e compreender. Desse modo, compreender a cultura de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir a sua particularidade.

Para Geertz, a função do pesquisador é de inscrever o discurso social, anotando-o e transformando-o em uma linguagem científica. O etnógrafo interpreta o comportamento, não o acontecimento do falar, mas o que foi “dito” nesse falar. O texto escrito não é a reprodução de materiais brutos sem interpretação, mas sim a interpretação. O que procuramos demonstrar são as estruturas hierarquizadas de significantes com intuito de apontar sua relevância social por meio de uma descrição densa.

Para a produção do conhecimento científico temos que observar o comportamento, questão fundamental do trabalho de campo. Muito embora, o objeto seja a construção simbólica, somente podemos ter acesso a ela a partir de dados concretos do comportamento.

O comportamento é visto aqui como ação simbólica e o papel do pesquisador é fazer uma análise cultural das formas simbólicas, ou seja, uma adivinhação dos significados, uma avaliação de conjeturas, um traçar de conclusões exploratórias, sem tentar impor seu próprio ponto de vista. Essa forma de análise possibilita, por um lado, o acesso ao mundo conceitual no qual vivem os sujeitos e, por outro lado, organizá-lo de tal forma que o vínculo entre as formulações teóricas e as interpretações descritivas não seja obscurecido, mas, sim, que se tornem compreensivos e significativos (GEERTZ, 2014).

Para Geertz, a descrição etnográfica é interpretativa, visto que ela interpreta o fluxo do discurso social para salvar e transformar tudo o que foi dito em registros pesquisáveis, de modo que ele não se extinga. Além disso, ela é microscópica, ou seja, feita em pequena escala, mas cujo intuito é tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados, para apoiar afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva.

Assim, comprometemo-nos com uma visão da afirmativa etnográfica como essencialmente contestável. Segundo Geertz, Antropologia, ou pelo menos a Antropologia Interpretativa, é uma ciência cujo progresso é marcado menos por uma perfeição de consenso do que por um refinamento de debate. A análise cultural é intrinsecamente incompleta e, o que é pior, quanto mais profunda, menos completa.

Segundo Geertz (2014 p.21) “a vocação essencial da etnografia não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar à nossa disposição as respostas que outros deram”. A finalidade da Antropologia é o alargamento do universo do discurso humano. Nesse sentido, a busca por uma descrição densa nos possibilita compreender como são produzidos os significados atribuídos pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM sobre os aspectos relacionados à saúde, à doença e as estratégias para o cuidado, bem como a lógica cultural, que norteia a sua visão de mundo.

O trabalho etnográfico requer que o pesquisador seja capaz de aprender a lógica do Outro. Para isso, tornam-se essenciais a aproximação, a escuta qualificada e a relação dialógica, permitindo decifrar os códigos que dão sentido à maneira de pensar e de agir das pessoas com diagnóstico biomédico de DM, numa visão geral e contextualizadora da realidade. Além disso, propiciam ao pesquisador e ao participante, a troca, o envolvimento e a transformação de ambos.

Desenvolver este estudo cultural é relevante para a enfermagem, porque possibilita instrumentalizar o enfermeiro na sua práxis (LENARDT; MICHEL; MELO, 2011).

#### 4.1 A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA: A INSERÇÃO NA REALIDADE

A preparação para o trabalho de campo teve início em agosto de 2014, quando levantei o cadastro dos possíveis participantes para o estudo, e finalizando-o em outubro de 2015.

Com o estudo já aprovado pelo Comitê de Ética, fiz o meu primeiro contato com o campo. Embora tenha estudado e recebido orientações para a coleta de dados, tinha a plena convicção que o êxito do trabalho dependia da minha capacidade para motivar as pessoas para participar do estudo e o quanto isto era importante para que elas pudessem se abrir.

Selecionei como primeiro participante uma pessoa conhecida, pois tive a oportunidade de acompanhá-lo nas ações do projeto de extensão universitária. Mesmo com a familiaridade, fui tomada por uma sensação de nervoso e pela incerteza do alcance do meu objetivo. Como de costume, o início da conversa foi igual ao de outros encontros, investiguei sua condição de doença, o processo cicatricial da lesão e os resultados da glicemia. Ele, como sempre, respondia aos questionamentos.

Na oportunidade, apresentei a proposta de pesquisa e lhe fiz o convite. Ele prontamente aceitou, mas argumentou que talvez não pudesse ajudar muito porque não sabia explicar bem sobre o diabetes. Já neste encontro, se mostrou disponível para responder aos questionamentos. Expliquei-lhe os objetivos do estudo e logo ele assinou o Termo de Consentimento. Entreguei-lhe uma via do Termo e apresentei-lhe a primeira pergunta: “Você se sente doente?”. Pairou o silêncio, ele ficou emudecido por vários minutos, abria e fechava a pulseira do relógio, fazia dobraduras com o Termo de Consentimento, mantinha a cabeça baixa. Em um tom baixo, responde, “mas assim como doente? Eu já tive doente, mas hoje não!”. Logo, pensei: não vai ser fácil obter os dados de que necessito para o alcance do objetivo do estudo, no entanto não posso desanimar. Confesso que precisei retomar várias

vezes esta questão para apreender que o significante “doença” poderia até ser igual ao meu modo de pensar, mas com significados muito distintos.

#### 4.2 A BUSCA PELOS PARTICIPANTES

A possibilidade do encontro decorreu da relação de afinidade estabelecida com alguns participantes em decorrência das ações desenvolvidas com as pessoas com DM, por meio do projeto de extensão, e as demais foram selecionadas a partir do cadastro de Unidades de Estratégias de Saúde da Família (UESF) da área urbana de um município de Minas Gerais.

É importante destacar que não levamos em consideração a classificação do DM, pois o foco do estudo é a compreensão da doença, e o DM por si só é uma condição crônica, independente da sua classificação.

Ao adentrar o espaço de privacidade das pessoas, elas me receberam de forma receptiva. Apenas duas recusaram participar do estudo alegando não ter disponibilidade de tempo para me receber devido às atividades laborais.

Aquelas que aceitaram participar receberam orientações sobre os objetivos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e também foram esclarecidas sobre a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento. .

Vale ressaltar que foi atribuído o tempo necessário para que as pessoas pudessem ler o Termo e, mediante sua anuência, foi-lhes entregue uma via assinada. Para preservar o seu anonimato, foi atribuído o nome fictício à escolha do pesquisador.

Ressaltamos que este estudo é parte de um projeto maior intitulado: Adoecimento crônico: a enfermagem como elo de ligação, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas, sob o parecer nº 13507 de 05/11/2012 (ANEXO A).

Participaram do estudo dezesseis pessoas com diagnóstico biomédico de Diabetes *Mellitus*, selecionadas a partir dos seguintes critérios: idade superior a 18 anos; diagnóstico biomédico de DM estabelecido há, no mínimo, dois anos, cadastrado no projeto de extensão universitária ou em UESF e ter disponibilidade para participar do estudo.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E REGISTRO DOS DEPOIMENTOS

Os dados foram coletados em visita domiciliária pré-agendada, no período de outubro de 2014 a outubro de 2015, por meio de depoimentos gravados, a partir de entrevista semiestruturada, com questões que buscavam pela caracterização sociodemográfica, que abordava idade, sexo, cor de pele, estado civil, escolaridade, ocupação, crença religiosa, renda familiar, filhos, tempo de diagnóstico de DM e questões norteadoras, que buscavam apreender se ela se sentia doente, quando ela se sentia doente e quais estratégias de cuidado adotava quando doente (APÊNDICE B), pela observação participante e pelas anotações em diário de campo.

Desde o primeiro contato no campo de pesquisa, teve início a observação participante, pois o olhar, o ouvir e o refletir na tentativa de compreender os modos de pensar e agir da pessoa com diagnóstico biomédico de DM como preconiza Cardoso de Oliveira (2006).

No diário de campo, registrei o contexto, a linguagem não verbal, os gestos, a expressão facial, as reticências, o silêncio, as emoções, enfim, o dito e o não dito.

Nos primeiros encontros com os participantes, tive dificuldades para a coleta de dados, pois me prendia às questões norteadoras, e os participantes se limitavam a responder apenas o que havia perguntado, seguido por momentos de silêncio.

Dada a minha formação pautada na racionalidade biomédica, tive dificuldades para direcionar a investigação, para a compreensão do significado da doença, uma vez que volta e meia me via falando da doença e dos cuidados com a doença. Confesso que esta foi a primeira barreira a ser enfrentada: o “desenraizamento crônico”, esse momento é considerado fundamental para a pesquisa etnográfica.

A minha presença frequente em suas casas chamava a atenção e curiosidade de alguns participantes, porque eles queriam saber mais sobre o meu trabalho. Eu respondia o andamento do estudo e reafirmava a importância da participação deles para o desenvolvimento de um bom trabalho de campo. Um deles chegou até a comentar que *“informação da Diabetes eu não tenho muito pra te dar não porque eu sigo à risca”*. Este depoimento me chamou a atenção, pois tive a sensação de ser mais uma vigilante das restrições impostas pelos profissionais de saúde, mas, por outro lado aguçou meu interesse de aprofundar o conhecimento sobre este fenômeno, a doença.

Por várias vezes, sentia-me incomodada, pois adentrar o espaço de privacidade das pessoas interferia nas rotinas diárias, e, ainda, estabelecer relações com estranho é difícil, que de certa maneira também me enxergavam como uma estranha.

Aos poucos, fui percebendo que eles gostavam de expressar seus sentimentos e de dialogar sobre suas experiências vividas. As relações de confiança, empatia e interação iam se concretizando a cada encontro e pude adquirir mais segurança para a coleta de dados.

A disposição de escutar o outro exige um aprendizado a ser conquistado a cada saída de campo, a cada visita, a cada experiência de observação.

Foram realizados em média cinco encontros com cada participante, totalizando 90 encontros com duração de 60 a 90 minutos cada e os depoimentos iniciavam com a definição da caracterização, seguida pelas questões: “Você se sente doente?”, “Hoje você se sente doente?”, “Quando é que você se sente doente?”, “O que é doença para você?” “Nos dias em que você está doente, como você se cuida?”.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas imediatamente na íntegra. As transcrições constituíram outro momento desafiador, porque era necessária a escuta atenta, a leitura e a releitura. Aos poucos fui dominando as dificuldades e me tornando um pouco mais atenta e ágil. É um momento de análise do dito, do não dito e reflexão do papel do pesquisador. Foi possível, a partir da transcrição, perceber a necessidade de rever minha atuação para uma escuta mais atenta e para levantar as fragilidades para novos questionamentos.

As transcrições foram armazenadas em arquivo eletrônico, utilizando-se o Programa da Microsoft Word, totalizando 455 laudas de depoimentos e 100 folhas escritas de próprio punho no diário de campo.

As entrevistas bem com sua análise foram apresentadas aos orientadores, ao grupo de pesquisa, o que me ajudou a ampliar a visão de investigação e de análise do material.

Inicialmente, realizei a codificação de palavras e frases na busca de similaridades, o que me possibilitou agrupá-las para a construção do eixo transversal, Autopercepção de um estado doente, e dos eixos horizontais, Significado da doença e Representações culturais de cuidados do estado doente, que estão apresentados no decorrer desse estudo.

## 5 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos dezesseis participantes do estudo, dez eram mulheres e seis homens, na faixa etária superior a 40 anos, com predomínio de formação no ensino fundamental, com condições e contextos sociais distintos, em diferentes estágios do processo de adoecimento por DM, o que me possibilitou apreender diferentes significados da doença.

A seguir, faço uma apresentação de cada um dos participantes selecionados para este estudo.

### **Bárbara**

Tem 81 anos, cor de pele branca, viúva, analfabeta, católica praticante, vive com o recursos de aposentadoria do marido, que faleceu há 27 anos devido a um derrame cerebral. Não tem filhos, mora sozinha em casa própria. Diagnóstico do DM há 12 anos, com comorbidades associadas. Não tem plano de saúde. Tem cobertura da Estratégia da Saúde da Família, mas não utiliza o serviço, pois tem preferência pelo profissional do sistema privado.

### **Mateus**

Tem 69 anos, cor de pele negra, casado, católico praticante, aposentado, ensino fundamental incompleto, renda mensal de dois salários mínimos, dois filhos, mora com a esposa, cunhado e a filha em casa própria. Diagnóstico de DM há 10 anos, com comorbidade associada. Não tem plano de saúde. Realiza o tratamento exclusivo no SUS. Não tem cobertura da Estratégia Saúde da Família, mas recebe atendimento assistencial da Unidade Básica da Saúde (Ambulatório). Teve amputação de hálux D e apresenta úlceras no membro inferior esquerdo.

### **Gabriel**

Tem 64 anos, cor de pele negra, solteiro, não tem filhos, católico não praticante, ensino fundamental incompleto, aposentado por invalidez, renda mensal de dois salários mínimos. Mora com quatro irmãos em casa própria todos solteiros. Refere diagnóstico de DM há 15 anos, com comorbidade associada. Tem cobertura da Estratégia Saúde da Família, busca o serviço de três em três meses para consulta médica. Apresenta amputação do hálux e o segundo pododáctilo do membro inferior direito e esquerdo, lesão na região medial plantar.

**Isabel**

Tem 60 anos, cor da pele branca, viúva, aposentada, católica, renda mensal de um salário mínimo, ensino fundamental incompleto, renda mensal de dois salários mínimos. Mora junto com mãe em casa própria. Diagnóstico de DM há cerca de 30 anos, amputação de calcâneo esquerdo e úlcera em calcâneo esquerdo em processo de cicatrização, Hipertensão Arterial Sistêmica e déficit total da acuidade visual. Fez transplante de rim e de pâncreas. Faz acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família e com especialistas de outros municípios.

**Miguel**

Tem 59 anos, cor de pele branca, divorciado, católico não é praticante, ensino fundamental incompleto, dois filhos, trabalha em serviços gerais, renda mensal um salário mínimo. Mora junto com a ex-esposa em casa própria. Está afastado do serviço em decorrência de lesão em membro inferior. Diagnóstico de DM há 10 anos, com comorbidade associada. Não tem cobertura da Estratégia Saúde da Família, mas recebe atendimento assistencial da Unidade Básica da Saúde (Ambulatório).

**Rafael**

Tem 77 anos, cor de pele branca, casado, aposentado, católico não praticante, tem dez filhos, ensino fundamental incompleto, renda mensal de dois salários mínimos. Mora com cônjuge em casa própria. Diagnóstico de DM há 10 anos, com comorbidades associadas. Recebe atendimento no centro de especialidades.

**Imaculada**

Tem 77 anos, cor de pele parda, casada, dor lar, católica praticante, tem dez filhos, ensino fundamental incompleto, renda mensal de dois salários mínimos. Mora com cônjuge em casa própria. Diagnóstico de DM há cerca de 28 anos, com comorbidades associadas. Faz acompanhamento pelo SUS de quatro em quatro meses.

**Terezinha**

Tem 66 anos, cor de pele negra, solteira, não tem filho, católica, do lar, ensino fundamental, aposentada, renda mensal de dois salários mínimos, mora em casa própria com o marido. Diagnóstico de DM há 15 anos e com comorbidade associada. Faz tratamento pelo SUS e acompanhamento de três em três meses. Mãe teve o membro inferior amputado e faleceu por complicações do DM, três irmãos têm DM.

**Benedita**

Tem 63 anos, cor de pele branca, casada, quatro filhos, espírita não praticante, do lar, renda mensal de um salário mínimo, ensino fundamental, mora com cônjuge em casa própria. Diagnóstico de DM há 30 anos e com comorbidades associadas. Tem plano de saúde e faz acompanhamento com especialistas de quatro em quatro meses.

**Rosa**

Tem 89 anos, cor de pele negra, viúva, católica, analfabeta, recebe aposentadoria de um salário mínimo do marido, teve um filho adotivo que já faleceu. Mora com a neta em casa própria. É dependente e acamada há sete anos, devido às sequelas de um acidente automobilístico. Não sabe informar o tempo de diagnóstico do DM. Segundo a neta, há cerca de vinte anos. É dependente do SUS para o tratamento.

**Conceição**

Tem 68 anos, cor de pele negra, divorciada, católica praticante, ensino fundamental incompleto, do lar, aposentada, renda mensal de um salário mínimo. Tem três filhos, mora com neto em casa própria. Diagnóstico do DM há 12 anos e com comorbidades associadas. Tem cobertura da Estratégia Saúde da Família, busca o serviço de três em três meses para consulta médica.

**Maria**

Tem 46 anos, cor de pele negra, casada, católica praticante, dor lar, ensino fundamental completo, renda mensal de dois salários mínimos, três filhos, mora com o esposo e os filhos em casa própria. Diagnóstico de DM há 14 anos e com comorbidade associada. Realiza o tratamento exclusivo no SUS.

### **Antônio**

Tem 64 anos, cor de pele branca, casado, tem dois filhos, católico praticante, ensino fundamental, aposentado por invalidez, renda mensal de cinco salários mínimos. Mora com esposa em casa própria. Refere diagnóstico de DM há 15 anos e com comorbidade associada. Tem plano de saúde e faz acompanhamento com especialistas de quatro em quatro meses.

### **Rita**

Tem 89 anos, cor da pele branca, viúva, aposentada, católica, renda mensal de um salário mínimo, analfabeta. Mora sozinha em casa própria. Necessita de cuidadora para atividades diurnas. Diagnóstico de DM há cerca de 30 anos. Faz acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família.

### **Luzia**

Tem, 64 anos, cor da pele negra, casada, trabalha como cuidadora de idosa, renda mensal de um salário mínimo. Ensino fundamental incompleto. Mora com esposo e o neto em casa própria. Tem cinco filhos. Diagnóstico de DM há cerca de 15 anos e com comorbidades associadas. Faz acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família.

### **Ronaldo**

Tem 52 anos, viúvo, tem uma filha, lavrador, no momento está afastado por motivo de doença, para tratamento de pé diabético. Renda mensal de um salário mínimo. Ensino fundamental incompleto. Mora com a filha em casa própria. Diagnóstico de DM há cerca de 20 anos e com comorbidades associadas. Faz acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família e centro especializado do município.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo corresponde à análise dos dados, ou seja, às nossas interpretações dos significados que as pessoas com diagnóstico biomédico de DM atribuíram a sua condição, com base nos pressupostos da Antropologia Interpretativa elaborada por Clifford Geertz.

Cabe ressaltar que, para produção do conhecimento, a análise foi empreendida a partir do primeiro capítulo do livro de Geertz, intitulado *Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura* que, somado ao conjunto de técnicas adotadas para coleta de dados, quais sejam, entrevistas em profundidade, observação participante e a anotação do diário de campo, foi possível compreender os significados atribuídos à doença pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM.

A partir desta análise, constatamos uma alternância entre os estados doente e não doente, razão pela qual denominamos com eixo transversal: A autopercepção de um estado doente e como eixos horizontais: Significado da doença e Representações culturais do estado doente.

Em relação à caracterização sociodemográfica, constatamos o predomínio da média de idade de 64 anos, católicos, nível de escolaridade “fundamental incompleto”, renda familiar inferior a dois salários mínimos, ocupação “do lar”, para as mulheres, enquanto para os homens, a condição de aposentado.

### 6.1 A AUTOPERCEPÇÃO DE UM ESTADO DOENTE

Apreendemos que as pessoas com diagnóstico biomédico de DM apresentam estado intermitente de doença e não doença.

O estado doente é uma experiência singular, razão pela qual elas elaboraram significados distintos para o significante doença, para dar sentido e inteligibilidade aos seus comportamentos.

Para Geertz (2014), as pessoas, o tempo todo, interpretam os acontecimentos com base nas experiências individuais, que vão sendo construídas numa coletividade, e são partilhadas numa dinâmica da vida.

Por outro lado, há o consenso na racionalidade biomédica de que o Diabetes *Mellitus* é uma condição crônica devido à sua impossibilidade de cura, que tem por manifestações clínicas a poliúria (urina excessiva); polipsia (sede excessiva) e polifagia (comer muito) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Essa racionalidade apresenta uma cosmologia de caráter analítico, embasada no imaginário mecânico da física clássica, que trata as doenças com base na explicação biológica classificando a doença como entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetiváveis (TESSER; LUZ, 2008).

Em geral, o significado que a doença assume para cada pessoa é pouco considerado e compreendido pelos profissionais de saúde, fato que tem gerado conflitos e dificuldades na relação profissional-paciente (AMADIGI *et al.*, 2009).

### 6.1.1 Significados da doença

A abordagem semiótica de Geertz (2014) nos permitiu identificar os significados construídos pela pessoa com diagnóstico biomédico de DM, nos quais operam códigos sociais que dão sentido e orientação para suas ações.

Apreendemos que os significados do DM se relacionam à presença do açúcar no sangue e em outros líquidos corporais, ao sangue grosso, ao problema do açúcar no sangue, a doença problema e a doença silenciosa.

O significado da doença como “açúcar no sangue” é a forma como elas reelaboraram o discurso biomédico, embora não compreendam os mecanismos da doença.

*[...] É o açúcar no sangue. Tem muita gente que não fala diabetes, fala açúcar no sangue. Ah eu tenho açúcar no sangue. É Diabetes! (Isabel, 60 anos) <sup>2</sup>.*

Outros atribuíram alteração na viscosidade do sangue, que pode ser interpretada pelo fato do sangue conter muito açúcar, ele torna grosso, similar a uma calda. Talvez, por torná-lo grosso, ele tenha dificuldade de fluir pelo corpo e essa condição é capaz de produzir as manifestações corporais.

*[...] ah o sangue grosso, a Diabetes engrossa o sangue. Ela engrossa o sangue. Fica mais severo, a Diabetes não raleia o sangue, a diabetes só vai engrossando o sangue da gente né (Terezinha, 66 anos).*

*[...] foi o médico lá no hospital. Caiu uma unha me deu infecção na unha sabe. Ele foi arrancar a unha e olhou no meu sangue e falou: “você tem*

---

<sup>2</sup> As ilustrações verbais estão destacadas em itálico e fonte 11.

*diabetes”. Eu falei não! Pois é, “a senhora tem e eu tenho certeza”. Eu fiz e estava mesmo. (Bárbara, 81 anos).*

Como Geertz, apreendemos que essas alterações no sangue decorrente de fatores externos fazem sentido para dar entendimento da doença. O sangue adocicado e o sangue grosso tornam este sangue impuro e, ao circular pelo corpo, levam essas impurezas capazes de produzir alterações e repercutir em manifestações corporais, e assim produzir o estado doente.

Helman (2009) apresenta várias crenças sobre a natureza e função sobre o sangue humano. A experiência humana com o sangue como um líquido vital circulando dentro do corpo representa a base para as explicações leigas sobre diversas doenças. Normalmente, tais doenças são atribuídas às alterações no seu volume, consistência, temperatura, qualidade ou poder poluente.

Barsaglini (2011) analisou a construção da experiência de pessoas com diabetes, e concluiu que essas pessoas reinterpretam o Diabetes, sendo provocado por fatores externos tais como álcool, remédios, alimentos e principalmente o açúcar. Esses determinantes alteram a composição e a consistência do sangue, tornando-o sujo, grosso, viscoso, o que prejudica sua circulação no organismo.

Resultados semelhantes também foram encontrados nos estudos Kahn *et al.* (2013) e Fleischer (2012) ao atribuir o diabetes ao problema de açúcar no sangue, decorrente da ingestão de alimentos com açúcar.

Dada a pluralidade de interpretações, encontramos o significado da doença atribuído ao cheiro e ao gosto doce, como evidenciado nos fragmentos do depoimento:

*[...] Diabete dá um par de cheiro. Ela dá cheiro de álcool, dá cheiro de açúcar. Quando você joga bastante açúcar para fazer água doce e mexe tem um cheiro gostoso parecendo açúcar cru. Ele dá aquele cheiro, dá gosto na boca. Se tua diabetes subir tua boca fica docinha. O açúcar sai na tua boca. Não é que o açúcar sai da boca é a saliva (Ronaldo, 54 anos).*

Neste entendimento, Geertz (2014) explica que a pessoa constrói uma estrutura significante, em termos do qual o comportamento humano é produzido, percebido e interpretado.

Encontramos nos estudos de Torres-López; Sandoval-Día; Pando-Moren (2005) significado de Diabetes *Mellitus* atribuído também como uma condição do sangue, “sangue contaminado de açúcar, sangue pesado, o sangue infectado ou doente”. O sangue sob essas

condições é um veículo de perturbações da saúde, que passa por meio do corpo afetando os órgãos e o organismo.

Neste entendimento, o fato de ter a presença do açúcar no sangue é capaz de afetar a saúde. O açúcar, ao se espalhar pelo corpo, pode ainda ser exalado, produzindo o gosto e cheiro doces.

A abordagem semiótica permitiu apreender o significado construído pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM. Esse saber reelaborado, a partir do conhecimento biomédico só faz sentido porque é este entendimento, que permeia o seu contexto sociocultural.

Constatamos, a partir desta análise, que há saberes bem distintos entre este grupo social pesquisado e os profissionais de saúde. Enquanto para este grupo é uma doença de caráter exógeno, para a racionalidade biomédica é essencialmente endógeno, decorrente de alterações endócrinas.

Percebemos que a doença problema é atribuída como significado do diabetes. Segundo Ferreira (2010), o significado de “problema” é “algo difícil de dizer, de explicar”, portanto, como elas não conseguem dar explicações sobre a doença, atribuíram a este estado um problema.

*[...] aqui tá cheio de gente que tem problema. De primeiro o povo não ia ao médico. A turma pergunta por que apareceu tanto assim, a turma não sabia (Gabriel, 64 anos).*

*[...] começa aparecer problema né filha. Eu acho que eu sou boba. A gente tinha muita saúde graças a Deus (Benedita, 63 anos).*

*[...] acaba que a gente é um problema também (Rosa, 89 anos).*

Barsaglini (2008), ao analisar a construção da experiência de pessoas com o diabetes, também encontrou o significado da doença problema.

Constatamos, ainda, que o significado da doença problema pode estar relacionado ao fato de o diabetes não apresentar as manifestações clássicas atribuídas pelo saber biomédico, o que leva as pessoas a descreditarem no estado doente.

*[...] eu não sinto nada dessas coisas (manifestações corporais). Então sintoma da Diabetes eu não tenho. Eles falam que Diabetes sente cansaço,*

*não sente? Eu nãooooo sinto. Eu sou bem ativa. Eu falo não sei, acho que não sou doente [cara de espanto de que não entende a sua doença] porque eu não sinto, não tenho esses sintomas, não sei se é porque eu sou meia agitadinha, não sei, eu não tenho sintoma não (Terezinha, 66 anos).*

A doença silenciosa também foi encontrada nos estudos de Carolan, Holman e Ferrari (2015); Johansson, Ekebergh e Dahlberg (2009); Yu e Tsai (2013). É possível apreender nestes estudos que as pessoas atribuem significado ao adoecimento a partir de suas experiências subjetivas e singulares.

Algumas pessoas atribuíram somente a condição de doença para os casos de câncer e de Aids, contrariando a perspectiva biomédica de DM como doença.

A justificativa para a concepção de doença pode estar relacionada ao caráter público da doença e a sua incurabilidade, como reitera o depoimento:

*[...] Diabetes controla, e vive bem bastantes anos. Eu não cuco com essas coisas. Doença pra mim é um câncer e Aids, doença incuráveis. Eu não tenho doença assim não (Conceição, 68 anos).*

Herzlich (2004) discute que é difícil discernir se saúde e doença pertencem ao domínio privado ou ao público. No entanto, o corpo ainda pertence ao domínio privado. Ainda, a doença e a saúde estão relacionadas ao domínio público, e negligenciamos o olhar para a saúde e a doença como experiências privadas e pessoais.

A partir desta compreensão, o rótulo atribuído pelos profissionais de saúde a essas pessoas, como diabético, não faz qualquer sentido.

*[...] eu vou ser curto e grosso pra mim Diabetes não significa nada, tá certo, não dói (Mateus, 69 anos).*

A partir do modo como elas interpretavam o estado doente, elas buscavam dar explicações sobre a etiologia para moldar seu entendimento e comportamento frente ao estado doente. As crenças, valores, códigos estabelecidos, isto é, conceitos culturais ou visões de mundo sobre determinadas condições, constituem ferramentas importantes para a compreensão de como as pessoas respondem a doença (GEERTZ, 2014).

Na causalidade, a explicação encontra-se em um conjunto de elementos que se articulam para o entendimento do ataque externo, e este ataque é viabilizado por condições

que facilitam a invasão da doença no corpo, tais como, as emoções, idade, a decisão de Deus, decorrente do estilo de vida como alimentação ou os efeitos dos remédios.

Percebemos que, no imaginário dessas pessoas, a causalidade do estado doente deve-se a algo externo, como uma entidade, que o ataca, que o mata, que o danifica, que esparrama, e essa entidade ressurgue de forma intermitente, a ponto de produzir a doença, como podemos apreender nos depoimentos:

*[...] isso aí, esse negócio de diabete está esparramando para todo lado (Gabriel, 64 anos).*

*[...] aí tem muita coisa que vai atacando. A gente nem sabe, o que está atacando. Esse negócio no pé mesmo foi atacando. Foi atacando que eu nem sabia o que era. Se era diabetes e nada. (Miguel, 59 anos).*

*[...] eu achava que a diabetes ia me matar que eu ia morrer logo depois que eu arrumei está tal diabetes (Imaculada, 77 anos).*

*[...] então eu ficava naquilo, será que eu vou passar aquilo que esse povo tá passando. E não é que eu arranjei essa tal diabetes (Terezinha, 66 anos).*

Ao dar explicações de que o DM ataca, esparrama e ameaça, nos leva a interpretar essas experiências como uma entidade que vem produzir o desequilíbrio do corpo, ocasionando as manifestações corporais.

Talvez a ameaça constante a que estão sujeitos pela presença da entidade que ataca pode significar para os participantes a cronicidade. Eles se sentem ameaçados e ficam em estado de alerta permanente, o que reflete no fato de se sentirem meio doente e meio preocupado. Nessa circunstância, eles elaboraram significantes, que fazem parte dos conjuntos simbólicos, construídos pela própria pessoa, de acordo como o seu contexto sociocultural e realizaram uma analogia para explicitar os acontecimentos presentes.

Os fatores externos, como o desejo de Deus, o envelhecimento, os efeitos dos medicamentos e dos alimentos e o nervoso provocado por agente externo, buscam dar explicações para a causalidade da doença isentando-os da culpabilidade pela doença. Os fragmentos abaixo elucidam nossa interpretação:

*[...] porque minha diabetes deu mais foi por nervoso, o dia que eu senti mal pela primeira vez, foi o dia que morreu minha tia. Eu fiquei bastante*

*chocado, aí foi dando um machucadinho no pé e não sarava aí fui fazer o exame de sangue e deu essa diabete (Mateus, 69 anos).*

*[...] pâncreas seca é um órgão que tem atrás do estômago, ele seca então ele não produz insulina para o corpo. Seca, seca morre, ele morre é um órgão que morre e para de funcionar. Eu creio que eu seja um trauma que eu tive também, nervoso, é pode ser genética, é tem tudo isso aí a gente não entende agora por que (Isabel, 60 anos).*

Isabel reelabora o estado doente a partir da multicausalidade, seja nervoso, trauma ou hereditariedade, o que levaria o pâncreas a secar, e, conseqüentemente, a perder a sua função.

Melo *et al.* (2011) com o objetivo de interpretar as manifestações e representações culturais de cuidado de usuários com ferida crônica de membro inferior, identificaram o nervosismo como principal causa.

Constatamos que os participantes também atribuíram a causalidade da doença ao desejo divino, que se impõe mesmo sobre os seus próprios desejos, com perda da autonomia sobre o aparecimento da doença, como apresentado no depoimento abaixo:

*[...] se eu tenho Diabetes é por causa que Deus quer. A gente não pediu (Imaculada, 77 anos).*

Ademais, existem certas condições, que predispõem a entrada da doença em suas vidas como o caso da hereditariedade. Embora este conhecimento seja similar ao saber biomédico, há desconfiança quanto a hereditariedade como causa do estado doente.

*[...] eu não comia nada de doce nunca gostava de doce. Falei não é possível eu pensei mesmo por causa da minha mãe ter diabetes. Não ia acontece isso com a gente não. Foi indo né. Todo mundo da família tem um pouquinho (Gabriel, 64 anos).*

*[...] na minha família não tem diabetes. E a diabetes é hereditário. Mas ele falou você está pré-diabetes. Mas quem está pré já é diabetes?(risos). (Conceição, 68 anos).*

Embora elas não compreendam como os fatores genéticos predispõem à doença, é o modo que elas encontraram para dar significado ao aparecimento desta, tendo em vista a

coexistência da doença em seus familiares, e, também, uma maneira de isentar a culpabilidade.

A explicação para esta causalidade também foi encontrada no estudo de Mattos e Maruyama (2009); Ramos, Klug e Pretto, (2014), pois é a forma que elas conferem a doença a algo externo ao seu controle.

Verificamos, ainda, que o estilo de vida com o consumo excessivo de açúcar, também pode afetar a saúde e causar o estado doente. Neste sentido, parece que o açúcar na sua forma *in natura* ou processado no preparo do alimento, parece ser o grande vilão.

*[...] a diabetes dá porque você comeu demais açúcar (Rafael, 77 anos).*

*[...] doce, nossa! É um veneno (Imaculada, 77 anos).*

Barsaglini e Canesqui (2010) discutem que o fato de apreciar e consumir muito açúcar sugere ser o diabetes uma doença do excesso. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Amarasekara *et al.* (2014) em que as pessoas adoecidas têm a conotação de que o diabetes é uma doença relacionada à ingestão de açúcar.

Apreendemos que, embora elas façam associação entre o consumo de açúcar e a presença do açúcar no sangue, elas não conseguem dar explicações sobre os mecanismos pelos quais este açúcar foi capaz de produzir o estado doente (Observação participante).

Outra explicação para a causalidade está nos efeitos dos medicamentos, pois são ameaçadores à saúde e constituem a causa do estado doente, por ocasionarem manifestações corporais traduzidas por fraqueza, moleza, dor de estômago, entre outras manifestações.

No imaginário de alguns participantes, as aplicações de insulina de forma diária são vistas como prejudiciais. Por um lado, porque produzem manifestações corporais como fraqueza e moleza, que se traduzem pelo estado doente ou pelo fato das aplicações diárias afirmarem o estado permanente de Ser doente, situação que contraria o estado intermitente entre doente e não doente. Os depoimentos abaixo elucidam nossa interpretação:

*[...] ah todo dia eu estou doente. Eu sinto todo dia. Todo dia tem que tomar (insulina). Mas o doutor (Endocrinologista) arruma cada coisa pra gente. Eu tenho uma raiva dessa tal de insulina. Nossssa! (fecha os olhos e desliza a mão no rosto) Eu não aguento isso não, é muito complicado. Ela ataca muito a gente. A gente fica com moleza, é ela que me deixa mole, eu fico desiludida, só quero ficar dormindo. Eu tenho horror dela. É só depois que*

*eu tomo, passa meia hora que me dá moleza. A pior besteira que o Dr. fez comigo até hoje foi isso daí (Bárbara, 81 anos).*

*[...] não quero (insulina) eu neguei para doutor. Eu não vou tomar insulina. Eu falei, eu posso controlar com outros remédios. Eu não sou diabete e vou ficar tomando insulina? Aí sim que a gente vai ficar com diabetes. Eu acho! A insulina é para quem tem diabetes tipo dois, tipo três. É um negócio muito complicado, todo dia tem que furar. E que a gente sente incomodada. Todo dia você tem que levantar e pensar que você tem que tomar insulina. Nossa! eu não quero pra mim. Não quero mesmo (Conceição, 68 anos).*

Constatamos também a causalidade da doença, atribuída à idade, como eles diziam “*isso é coisa de velho*”, pois “*velho é doente*”. Passa a ser interpretado o estado doente como uma normalidade, como expresso no depoimento:

*[...] eu não sinto com saúde de jeito nenhum. Eu acho que não estou. A gente sente. Eu acho que não estou com saúde, não estou mesmo. Do jeito que eu estou cada dia piorando. Também 82 anos, que eu vou fazer (Bárbara, 81 anos).*

*[...] não tenho muita saúde. Muita coisa começa aparecer, a idade vai chegando, vai complicando. Agora eu sinto uma coisa boba jogada. Principalmente saúde. Ainda dou graças a Deus que não sou surda, nem lerda, converso direitinho com os outros, faço tudo que é preciso, não fico fazendo bobeira loucurada por aí. Converso com os outros, encaro a mesma coisa com educação (Rosa, 89 anos).*

A apreensão de uma estrutura significativa possibilita identificar o significado que as pessoas atribuem à causalidade do estado doente. Esses significados são compartilhados pelo grupo social e fazem sentido para justificar o estado doente e as suas ameaças.

Dada à diversidade do contexto sociocultural, encontramos na literatura diferentes causas elaboradas pelas pessoas com DM. Essas causas estão relacionadas, principalmente, às causas externas, como “Bad Karma” entendido como o mal cometido em vidas passadas ou atuais (AMARASEKARA *et al.*, 2014); “desgaste do corpo decorrente do processo do envelhecimento” (HÖRNSTEN; SANDSTRÖM; LUNDMAN, 2004); “sangue fraco” que se transforma em água e seus corpos ficam a mercê da doença (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE,

2009); causa natural, decorrente do trabalho árduo, calor do verão e esforços corporais (JOHANSSON; EKEBERGH; DAHLBERG, 2009); fatores econômicos, sociais ou relacionados a fator emocional como o susto dentro de uma situação específica (MERCADO-MARTINEZ; RAMOS-HERRERA, 2002); a punição divina, decorrente aos maus hábitos, em especial a alimentação (OVIEDO; BOEMER, 2009) e crenças que Deus está no destino e no controle da saúde e da doença (YPINAZAR; MARGOLI, 2006).

Estudo de Tópez e Trad (2015) aponta se as pessoas se sentirem responsáveis pelo desenvolvimento da doença, sua visão desperta para esse significado positivo, para uma transformação de comportamento e se tornarem pessoas com estilo de vida saudável. No entanto, se as causas forem atribuídas a fatores externos, a aceitação da chegada da doença se coloca como um processo muito mais difícil. Nesses casos, constatamos problemas de adesão aos tratamentos.

A cultura oferece teorias etiológicas baseadas na visão de mundo, que apontam múltiplas causas para as enfermidades. Encontram teorias e percepções sobre o corpo e seu mau funcionamento frente à ingestão inadequada de determinados alimentos, ao clima e às relações sociais e de trabalho tensas. Essas causas podem levar as pessoas a buscar mais que um tipo de tratamento, um para curar o corpo físico e outro para curar o estado espiritual ou social (LANGDON; WIJK, 2010).

Ainda que os conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia humanas possam ser aplicados universalmente, os eventos biológicos humanos existem como realidades simbólicas e vão ser não apenas “traduzidos”, mas criados e recriados no contexto sociocultural, no qual o indivíduo nasce, cresce, se desenvolve e morre, inexistindo, como experiência humana, fora deste contexto (SARTI, 2001).

A partir desta concepção, identificamos que o significante “corpo” é mediado pelas sensações corporais, que é carregado de significados de experiências.

Geertz (2014) esclarece a relação entre significante e significado e esta compreensão, ao apreender o universo simbólico do adoecido, possibilita entender a lógica de vida social da pessoa com diagnóstico biomédico de DM.

A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo, no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (LANGDON, 2014).

Ancorado nessas ideias e levando em consideração as singularidades no modo como essas pessoas experienciam o estado doente, percebe-se que, muitas vezes, os sintomas clássicos do DM atribuídos pelo modelo biomédico, como a poliúria (urina excessiva);

polidipsia (sede excessiva) e polifagia (comer muito) não são experienciados pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM.

Assim, a ausência dessas manifestações, contrariando os pressupostos da ciência, reitera os discursos negativos do SER ou ESTAR com DM.

*[...] eu não sinto nada, tenho uma vida normal. Ah tem uns dez anos que eu descobri essa Diabetes e eu não me sinto doente. Eu não sinto mal estar, eu não sei quando minha Diabetes aumenta, eu não sinto vontade de ir no banheiro toda hora, eu não sinto sede, eu não sinto nada dessa coisas então sintoma da Diabetes eu não tenho (Terezinha, 66 anos ).*

Para este grupo social, o estado doente é caracterizado pelas manifestações corporais subjetivas e objetivas, com repercussões importantes, capazes de impor uma condição, que os levam ao corpo deitado e ao corpo medicado.

Constatamos que o estado doente passa a ser admitido como a falibilidade do corpo, marcado por manifestações que se traduzem pelo mal estar, corpo mole, desânimo e dor, com repercussões que levam à incapacidade das atividades da vida diária e laborais.

As manifestações corporais subjetivas e objetivas que legitimam o estado doente são concretizadas nos depoimentos abaixo:

*[...] doença é falta de saúde (risos). É uma parte do corpo. É deficiência do pulmão que tá meio enfraquecido. Toda doença é assim (Rafael, 77 anos).*

*[...] às vezes muita coisa você não está ruim de dor. Põe aquilo na cabeça parece que você está mal (Rosa, 89 anos).*

*[...] só por causa do joelho que tem horas que eu lido muito e ele dói por causa do tombo que eu caí. A diabetes eu não ligo não, (Imaculada, 77 anos).*

*[...] eu sinto doente quando eu quero fazer uma coisa à turma não deixa (risos). Ou quando eu vejo a perna machucada eu lembro que eu estou doente (Mateus, 69 anos).*

*[...] Ah só o que me complica foi o que eu te falei é o caso do pé. Rachadura que está debaixo do pé. Porque fica ruim da gente anda. Da diabetes*

(pausa). *Eu também tenho pressão alta. Obesidade. Junta tudo né. Tenho (risos). Hipotireoidismo. Entãooo (risos). Eu não posso fica só pensando na diabetes. Porque eu tenho mais coisa para pensar também. Se eu tiver sentindo algum sintoma. Se eu tiver arrastando a perna. Tem época que eu estou assim, acho porque ataca mais.* (Maria, 46 anos).

Apreendemos que, para este grupo, o conceito de doença está atrelado às manifestações corporais para dar sentido à doença. Percebemos que a cronicidade e a doença são duas categorias que convergem no imaginário das pessoas. Esta compreensão nos leva ao entendimento das dificuldades, sob o nosso olhar, dessas pessoas conviverem com a cronicidade, porque, para elas, o significado de cronicidade se relaciona às ameaças constantes, que atacam e produzem o estado doente.

Embora haja similitude do significante doença, entre o grupo social pesquisado e os profissionais de saúde, o significado é muito distinto, assim como da cronicidade, razão pela qual, na experiência dessas pessoas, elas não se consideram doentes.

Outro fato, que merece atenção é a concepção de doente, traduzida como um estado que exige o repouso no leito e a medicalização para o alívio do sofrimento e da aflição.

*[...] só se eu não tiver jeito de fazer nada, com o corpo muito mole, muito ruim. Ah eu estou doente, do contrário não. Esse problema na perna, não deixa de ser um problema, não deixa de perturbar. Mas eu não considero uma doença não. Doente é aquele que está internado, tomando remédio constantemente, isso aí que é doente. Eu não* (risos irônicos). (Miguel, 59 anos).

*[...] eu acho que o problema de diabetes pra mim não é doença. O problema é só mesmo que prejudicou o pé* (silêncio). *Não sinto nada não. Depois eu senti uma bambeza no corpo eu achei que eu estava doente. Doença, doença mesmo direito eu não sei não. Doença pra mim é quando a pessoa fica de cama essas coisas. Aí eu acredito que a pessoa está doente* (Gabriel, 64 anos).

Para elas, doença é uma condição que motiva hospitalização, é ter o comprometimento das atividades de vida diária, é apresentar o corpo em desequilíbrio, caracterizado pelo nervoso, bambeza, moleza, entre outras adjetivações, que se manifesta em determinados momentos da vida.

Como as ameaças são constantes, elas ficam em estado de alerta permanente, porque a entidade pode atacar e provocar o estado doente. Nesta condição, este ataque pode não ser dos mais intensos e a depender das manifestações, o estado doente pode ser classificado de acordo com a sua potencialidade, como podemos observar no depoimento.

*[...] por muito fraco que seja minha Diabetes, começo a suar frio. Aí eu fico meio preocupado* (Mateus, 69 anos, grifo nosso).

Apreendemos que o homem possui um tipo de saber específico, uma sabedoria prática que influencia na interpretação do adoecimento e na maneira de lidar em busca de tratamento e cura.

Estudo de Kahn *et al.* (2013), que teve por objetivo elucidar as experiências de pessoas que vivem com diabetes, concluiu que elas buscavam pelos sintomas para dar explicações sobre a doença, assim, para elas, significava elevações de açúcar no sangue e sensação de cansaço ou estressado.

O significado da doença reflete a construção social da realidade, que possibilita a compreensão e a organização do mundo, bem como orienta a prática e o comportamento das pessoas com diagnóstico biomédico de DM.

Ao se recuperar do estado doente, a pessoa retorna ao estado não doente, ou seja, de normalidade, abalizado pela ausência de manifestação corporal.

*[...] eu não sinto doente não. No começo eu senti, hoje não. Hoje eu me sinto uma pessoa normal* (Gabriel, 64 anos).

*[...] eu continuo minha vida normal trabalhando tudo* (Terezinha, 66 anos).

*[...] eu acho que estando comendo, trabalhando, dormindo e andando, eu acho que está bom. Porque tem gente que não anda, fica só deitado. Eu pra deitar durante o dia, só se eu tiver doente* (Imaculada, 77 anos).

*[...] fala a verdade sentir doente eu não sinto. Eu tenho saúde. Foi que eu te falei não 100 por cento. Mas me considero com saúde sim. Alimento bem e durmo bem* (Miguel, 59 anos).

O significado da “normalização” encontra-se associado ao fato de se sentirem bem e a possibilidade de manter as funções sociais e dispor de capacidades físicas para realizá-las (TÓREZ; TRAD, 2015).

Assim, a interpretação para dar inteligibilidade ao estado não doente apoia tanto nas experiências com a enfermidade, assim como na forma como a doença é compartilhada pelo grupo social.

*[...] eu não me sinto um cara doente, eu não mudei, se eu estou com vontade de comer doce eu como ateeé (Miguel, 59 anos).*

Estudar o significado da doença na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de DM pelo referencial da Antropologia Interpretativa, a partir dos pressupostos de Geertz significa compreender que a pessoa, em seu contexto sociocultural, escolhe o modo de conduzir as ações de cuidado, e os elementos que julga ser correto e da forma como reelabora as orientações transmitidas pelos profissionais de saúde.

### 6.1.2 Representações culturais de cuidados do estado doente

As percepções de saúde e doença estão presentes nos diversos imaginários sociais, configurando um cenário plural de assistência à saúde, baseado no modo próprio de cada indivíduo explicar, diagnosticar e tratar os problemas reais ou potenciais de saúde (HELMAM, 2009).

Percebemos que as representações de cuidado do estado doente se relacionam ao modo como elas reinterpretem e reelaboram o significado da doença e dos cuidados prescritos pelos profissionais de saúde.

Apreendemos que as pessoas não conseguem controlar as ameaças que são constantes e que causam doença. Portanto, quando atacadas pela entidade e produzem o estado doente, elas buscam pelo tratamento de forma concomitante, tanto no sistema formal quanto no informal, para dissipar as manifestações corporais, afastar a entidade e reconquistar a saúde.

Ancorados em Kleinman (1988), definimos que o sistema formal é constituído pelo sistema de saúde convencional formado pelos profissionais de saúde, enquanto o sistema informal é constituído pela prática popular de terapêutica e cura, pela religião e pelo sistema familiar.

Constatamos que o sistema formal é valorizado, desejado e procurado pelos participantes para o tratamento e a cura da doença.

Fleicher (2012) relata em seu estudo etnográfico que os medicamentos alopáticos são uma das frentes terapêuticas mais hegemônicas no Brasil, sendo que o país que está entre os maiores consumidores de fármacos do mundo.

O modo de agir deste grupo social coaduna aos dos participantes do estudo de Fleicher (2012), pois a busca pelo sistema formal e o uso de medicamentos alopáticos são valorizados e utilizados, como constatamos nos depoimentos abaixo:

*[...] fui ali no posto porque esse pé meu começou a inchar e doer esse dedão (dobra o membro inferior, apoiando a perna em cima do sofá e palpa o hálux esquerdo). O doutor pediu o exame e falou para mim “você está pré diabética”. Aí começou me dar um remedinho que ia evitar essa tal (Diabetes) (Conceição, 68 anos).*

*[...] O Dr.G viu aquela bolha e falou “ah seu problema não sei não, acho que é diabetes”, aí ele fez e mandou para o Dr.R aí ele falou “o problema seu é diabetes” pediu exame e viu que estava com problema de diabetes (Gabriel, 64 anos).*

Apreendemos que, no imaginário das participantes, o remédio atua como um agente externo capaz de combater a causa externa, ou seja, prevenir o ataque da entidade.

Tendo em vista que a doença se caracteriza por um estado intermitente entre corpo doente e corpo não doente, talvez o uso da medicação de forma contínua não justificaria. No entanto, quando questionados sobre a importância do uso contínuo da medicação, muitos ficaram pensativos e manifestaram ora com risadas, ora com silêncio, não conseguiram dar explicações sobre tal contradição. Eles atribuíram como justificativas a obrigação e produção de bem estar, o que pode significar mais saúde e afastar o ataque externo.

*[...] tomar remédio é uma obrigação, a gente acha até falta. Se não tomar tá faltando alguma coisa. Aí fica aquilo na cabeça a primeira coisa que a gente levanta e lembra é do remédio (Gabriel, 64 anos).*

*[...] com esses remédios que eu estou tomando eu não sinto mal-estar, não sinto nada. É quando acerta o remédio vai bem. Agora que tá acertando o remedinho aí (Rafael, 77 anos).*

*[...] eu sinto melhor viu. Não sinto mal, sinto bem. Se eu não tomar (remédio) parece que eu fico uma coisa trapalhada. Uma coisa esquisita, sentindo muita dor eu tomo remédio e melhora. O médico acha que eu não posso parar de tomar o remédio (Rosa, 89 anos).*

*[...] tem dia que fico chateado. Tem que tomar remédio todo dia, é uma luta. Na minha ideia eu tomo a metformina primeiro pra desmanchar. Um comprimido de metformina vale por 10 comprimido. Senão a metformina não deixa os outros remédios fazer efeito. Metformina é de 500 e os outros são de dez (Rafael, 77 anos).*

Mesmo sendo uma luta diária para Rafael, ele toma o remédio e, ainda, faz analogia em relação a concentração da medicação, justificando a sua eficácia.

É interessante observar, no depoimento de Bárbara, a relação de poder e de determinação, principalmente do especialista, que não consegue atender à pessoa em sua integralidade e leva as pessoas a conviver com os dilemas entre tomar e não os remédios.

*[...] estou querendo largar dele (remédio), não aguento mais, o doutor (Endocrinologista) só dá remédio forte pra mim. Sabe o que ele faz? Ele troca os remédios do doutor (Cardiologista). Ele não pode trocar. O doutor (Cardiologista) falou que não é pra mim largar do remédio dele de jeito nenhum. Se eu não tomasse o remédio dele eu estava morta (Bárbara, 81 anos, grifo nosso).*

Para alguns participantes, o uso de polifarmácias e os efeitos adversos dos medicamentos são motivo de preocupação, que leva à sua descontinuidade ou alteração da dose do medicamento, como demonstram os depoimentos abaixo:

*[...] no começo foi muito difícil tomar o remédio, porque dava diarreia. Eu ficava preocupada. Eu até evitava tomar depois do almoço, quando eu ia pra rua. Já aconteceu comigo de estar na rua. É desagradável (fecha os olhos, e balança a cabeça fazendo sinal de positivo). Fiquei muito triste. Eu não queria tomar (insulina) não, mas ela me receitou (médica) só dez por*

*enquanto. Inclusive ela mandou eu tomar também oito de manhã. Ah! Mais eu não estou tomando não a insulina de manhã, porque já estou tomando um tanto de remédio. Ah eu não estou fazendo isso não* (tom de voz firme e brava). *Tento melhorar na minha alimentação* (Maria, 46 anos).

*[...] a insulina esses dias eu não estou fazendo. Ah esses dias eu parei só vou voltar segunda-feira. Eu não vou tomar de jeito nenhum. Ele (médico) não sabia que eu não estava tomando. Eu não contei pra ele né. Vai ser assim agora. Eu não vou contar nada pra ele. Ele é muito sem educação ele me xinga* (Bárbara, 81 anos).

Fleischer (2012), em seu estudo etnográfico, discute que as pessoas com DM e Hipertensão arterial interrompem ou alteram a quantidade de medicamento que deveriam ser de uso contínuo, principalmente em presença de reações indesejadas ou inesperadas. A presença de sonolência, enjoo ou tosse são justificativas que essas pessoas julgam suficientemente legítimas para descontinuarem o uso de certos medicamentos, designados para doença crônica em pró aos efeitos terapêuticos continuados da pílula.

Estudo de Ramos, Klug e Pretto (2014), que teve por objetivo entender a adesão de pessoas com DM tipo 2 às recomendações alimentares, concluíram que, após anos de convívio com a doença, elas interromperam o tratamento medicamentoso, por conta própria, por sentirem melhor e não apresentarem manifestação clínica.

Também existem aqueles que desconfiavam da ação dos medicamentos em decorrência de falsificações veiculadas na mídia e, para o tratamento, dão preferência ao uso da insulina.

*[...] eu acho que insulina é melhor do que tomar comprimidos essas coisas. A gente vê muito na televisão esse povo falsificar comprimindo* (Gabriel, 64 anos).

A forma como eles gerenciavam o cuidado é singular e, buscar por estas sutilezas, nos demandou muita perspicácia, não apenas na interpretação dos discursos, mas nos rituais cotidianos.

Chamou-nos a atenção, em especial, a situação de Isabel, pois, apresentava multicomplicações decorrentes do DM, dentre estas, a perda da função total dos rins, a perda total da visão, como ela se referia, “eu enxergo só uns vultos, mais nada” (Diário de campo, em 13/1/14).

Em decorrência deste estado, tornou-se necessário o consumo de vários medicamentos nos diferentes períodos do dia. Intrigava-nos o fato de ela não enxergar e ter que gerenciar o tratamento, uma vez que, neste aspecto, ela afirmava sua independência. Ao ser questionada sobre o gerenciamento para a tomada de diferentes medicamentos, ela sabidamente nos respondeu: “*Eu guardo os remédios em cada lugar da casa, porque aí não tem erro*”.

Em uns dos nossos encontros com Isabel, constatamos que o medicamento de uso da manhã ficava guardado no criado-mudo em seu quarto, são os colírios que devem ser administrados ao levantar. O medicamento de uso em dias alternados fica guardado na última prateleira da estante na sala, e os colírios para ser usados no período da tarde em outra prateleira da estante da sala. Os comprimidos para o controle do transplante duplo ficam guardados no armário da copa na prateleira do meio. Na cozinha, em cima da geladeira, ficam os remédios para o controle do DM e da hipertensão arterial (Diário de campo, em 10/2/2015).

Isabel, pelas suas condições, convive sob constantes ameaças, teme a perda dos órgãos (rim e pâncreas) e a necessidade de retornar à hemodiálise. No entanto, percebemos que Isabel desenvolveu uma capacidade perceptiva invejável, monitora as manifestações corporais e os parâmetros de glicemia e de pressão arterial de forma rigorosa e investigativa.

As pessoas que experienciavam as complicações percebiam sua vida sob ameaças constantes, levando-as a tomar mais cuidado para se afastar do estado doente.

*[...] eu fazia hemodiálise porque o rim parou de funcionar. Não podia ficar sem de jeito nenhum, vai inchando, a água vai pro pulmão, vai pro coração, vai pro sangue, pro corpo inteirinho e ele vai inchando. Agora eu fico olhando se a minha canela tá inchada (Isabel, 60 anos).*

Os estudos de Batista e Luz (2012), Carolan, Holman e Ferrari (2015), Faria e Bellato (2009) reiteram que as pessoas com DM que já experienciaram complicações da doença, vivem sob ameaças constantes. Heuer e Lausch (2006), Popoola (2005) acrescentam que as pessoas com DM que não tiveram complicações também sentem preocupações e medo, tendo em vista, o contato com pessoas adoecidas com DM, que vivenciaram complicações como, por exemplo, a perda de membros.

Constatamos que o estado doente é avaliado por meio da glicemia capilar. Percebemos que o glicosímetro constitui um signo comum entre os participantes, embora tenha significado distinto entre os participantes e os profissionais de saúde. Enquanto para os profissionais de

saúde a avaliação da glicemia capilar é uma estratégia, de suma relevância para o monitoramento da glicemia, ajuste do tratamento e avaliação da doença, para algumas pessoas com diagnóstico biomédico de DM os resultados da glicemia capilar, apenas fazem sentido, se houver correspondência às manifestações corporais, legitimando o estado doente.

Apreendemos que Mateus, Luzia, Rita e Isabel fazem a glicemia capilar apenas quando apresentam manifestações corporais (Diário de Campo).

Rafael e Imaculada, embora tenham o glicosímetro, não têm o hábito de medir a glicemia capilar, como recomendado pelos profissionais de saúde (Diário de Campo).

Para Terezinha, os resultados obtidos pela glicemia capilar possibilitam o gerenciamento do estado doente, ajustando o tratamento ao seu modo, pois reduz a dose de insulina por conta própria, como podemos verificar no depoimento:

*[...] eu vou controlando pra vê (glicemia) como que está. Se eu vê que o negócio tá subindo, eu meto bronca (toma o remédio). Aí meu estômago dá uma aliviada. Porque eu estou vendo a dose (remédio) pela picadinha (glicemia capilar). Agora eu fui no laboratório vê se ela (glicemia) tá light, aí eu pego e abaixo (a quantidade de remédio) (risos). Aí eu vou toma (remédio) só de manhã. Eu vou assim, eu vou controlando, senão o estômago da gente não aguenta (Terezinha, 66 anos).*

Dados semelhantes sobre o autogerenciamento por meio da glicemia capilar foram discutidos por Kneck, Klang e Fagerberg (2012), sendo que as pessoas com DM utilizam o resultado objetivo para interpretação dos sintomas corporais.

Por outro lado, existem aqueles que desconfiavam dos resultados da glicemia capilar porque não correspondiam às sensações corporais, considerando os resultados errôneos e sem qualquer significado, como refere Miguel:

*[...] tenho aparelho de medir a diabetes, mas não tem hábito de medir, porque eu não acredito nos resultados. Então é o meu modo de pensar eu posso está completamente enganado. Eu não conformo com isso (Glicemia Capilar) toda vez que eu faço isso dá essa zebra. Deu 253 não pode esquecer para marcar no papelzinho lá. (levantou se e foi ao quarto buscar o papel). Porque mais tarde a Enfermeira vai me perguntar “como que está a glicose”.*

Como a presença do açúcar no sangue significava para os participantes o estado doente, esta interpretação levava a crer que o resultado ideal seria taxa zero de açúcar para a glicemia capilar, como percebemos no depoimento do Mateus.

*[...]teve uma época que chegou a trezentos e cinquenta, quatrocentos. Eu pensava que o açúcar zero é que estava certo, um dia a minha (glicemia) foi a cinquenta e oito eu passei mal, eu fiquei assim [demonstra a mão trêmula] não conseguia abrir a maçaneta do carro pra me levar para o hospital. Chegou lá eles falaram: nossa senhora quando for assim, põe uma bala debaixo da sua língua porque sua diabetes está muito baixa, seu açúcar, eu falei mas não tem que vir a zero? (Mateus, 69 anos).*

Encontramos no decorrer da coleta de depoimentos que um dos nossos participantes também estava envolvido em outra pesquisa desenvolvida com acadêmicos de medicina. Para este estudo, foi-lhe solicitada a realização de glicemia capilar diária durante duas semanas, realizada no jejum, pós-almoço, tarde, noite e na madrugada. Interessava-nos não apenas os valores obtidos, mas, sobretudo, o seu comprometimento com os acadêmicos.

Constatamos pelas suas anotações que tal procedimento não foi realizado fielmente, uma vez que todos os valores eram iguais, o que sabidamente isto não ocorre em valores glicêmicos. Em face desta constatação, os valores da glicemia capilar não têm significado para este participante (Diário de campo).

Nesta perspectiva, as pessoas com DM mobilizam ações de gerenciamento e estratégias para o enfrentamento da doença, apenas na presença de sensações corporais (GEORGE; THOMAS, 2010).

Para alguns participantes, o fato de os exames denunciarem a doença levava-os a recusar a realização deste procedimento. Talvez esta recusa esteja relacionada ao fato de os resultados denunciarem a condição de SER doente, como podemos perceber no depoimento.

*[...] mas também não tenho o hábito de medir não. Cada vez que eu meço acabo ficando mais doente ainda, cada hora ela dá uma tanto, nunca tá baixa (Miguel, 59 anos).*

A monitorização da glicemia capilar oferece a Isabel resultados objetivos e confiáveis. Assim, a glicemia capilar assume importância fundamental e representação cultural de cuidado.

*[...] é meio difícil a gente sabe se a diabete tá controlada, só o aparelho mesmo para constatar. Se tiver em duzentos, seca a boca, cento e cinquenta pra cima aí seca a boca. O único sintoma que eu sinto é esse. Ah se tá alta nossa, eu fico desesperada, fico preocupada (Isabel, 60 anos).*

Constatamos que a rede social constitui uma representação cultural de cuidados importante. No entanto, percebemos que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, tem se distanciado do cuidado, perdendo a visibilidade do papel social no imaginário simbólico das pessoas.

*[...] foi um rapaz que ensinou a aplicar a insulina. Eu não sabia como que era. Aí fui indo aplicando, tinha hora que ele podia vir, tinha dia que atrasava mais. Falei ah! Eu vou aplicar (Gabriel, 64 anos).*

Apreendemos que as medicações e os exames constituem a representação cultural do cuidado, embora percebemos ambiguidade no significado da terapêutica, ora com efeitos benéficos para afastar a entidade e resgatar a saúde, ora compreendida pelos seus malefícios, capazes de produzir o estado doente ou denunciar a doença e passar a condição de Ser doente.

As alterações do sangue constituem significados importantes, que remetem à doença. Neste sentido, os exames laboratoriais para a avaliação da glicemia assumem relevância para os participantes, pois é capaz de reafirmar o estado doente.

Neste sentido, concordamos com Silva e Vasconcellos (2013), ao enfatizar que a solução médica apresenta-se incerta e aleatória, por ser dependente das imprevisíveis circunstâncias da ação do medicamento sobre o corpo e da incompatibilidade entre o diagnóstico médico e as sensações reais sentidas pelo corpo.

O sistema não formal é também valorizado e utilizado pelos participantes como uma alternativa para o alcance de mais saúde e para afastar as ameaças constantes.

Essas práticas de cuidado têm sido consideradas relevantes tendo como justificativa o desejo de se curar e ser ativo (MOTTA, 2009).

Os saberes são construídos coletivamente, por meio da interação com diversas instituições e agentes de cura, o que faz com que determinados recursos terapêuticos produzam sentido, pois vão ao encontro do significado reelaborado da doença.

Assim, para aqueles que atribuíram ao DM, o significado de açúcar no sangue, gosto doce, cheiro doce, eles buscavam como recursos terapêuticos pelo oposto, uma vez que esses remédios vêm combater o corpo adocicado, como apresentado no depoimento:

*[...] eu tomava uns chás, essas coisas. Aquele da folha da carambola. É muito difícil, a gente panhava a folha e deixava secar e depois fazia o chá. Mas abaixava bem. Tinha a baúva, minha mãe que tomava, unha de vaca branca. Aí só no começo que eu tomava, aí foi abaixando. A carqueja é bom também, e a casca de maracujá. O margoso é bom para o diabete. A gente aprende com os velhos (Gabriel, 64 anos).*

Barsaglini e Canesqui (2010), ao analisarem os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas envolvidos no gerenciamento do diabetes entre adoecidos, usuários de serviços públicos de atenção básica, discutem conhecimentos tradicionais sobre ervas, que são benéficas por estimular funções no organismo, tais como do rim, eliminando pela micção os resíduos nocivos ou excessos do sangue, inclusive o açúcar. O sabor amargo de certos chás (“Boldo do chile”, “carqueja”) “combate” o açúcar, adotando uma reinterpretação do princípio alopático pelo par oposto amargo/doce, além de “refinar o sangue.

Apreamos que os chás, como terapêutica exclusiva ou associada ao tratamento farmacológico, são utilizados amplamente pelos participantes. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Mantovani *et al.* (2011), sendo os chás mais utilizados o de hortelã, de erva cidreira, de capim limão, de carqueja e o chimarrão.

*[...] tem muito chá, esses chá da horta a gente bebia muito, tem a espinheira, a gota de lágrima, erva cidreira. Tudo isso é remédio, a gente faz chá e bebe. Não tem problema nenhum. Os remédios você toma durante o dia e o chá você toma pra deitar. Não faz mal nenhum (Imaculada, 77 anos).*

Encontramos aqueles que, por influencia da mídia, têm utilizado a baba do quiabo para reduzir a glicemia. Essa prática tem sido divulgada em diferentes programas de televisão. Encontramos em um desses programas a explicação de que a baba do quiabo recobre o estomago, reduzindo a saciedade, o que diminui o consumo de alimentos e redução da glicemia.

*[...] dizem que é muito bom a baba do quiabo. Agora a baba eu não consigo engolir. Aquele negócio babento ficou aqui [aponta na garganta] Ai eu não dei conta (Terezinha, 66 anos) .*

Além dessas terapêuticas, a religião constitui uma das alternativas mais difundidas entre os participantes para a cura.

O estado de doença leva a pessoa a um processo de desorganização de sua vida e para a reharmonização deste caos, elas buscam ajuda na religião.

Geertz (2014) define religião como:

“um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas” (p.67).

A religião se mostra relevante para os participantes, pois é uma forma de buscar a reordenação provocada pelo estado doente e amenizar o sofrimento, como apreendemos no depoimento de Mateus e de outros participantes:

*[...] aí você vai lá no pé do nosso Senhor, pedi uma proteção e a nossa senhora Aparecida e Deus lá no céu. Santo padre Victor. Eu tenho um que eu rezo pra alma dele todos os dias. Pra você eu posso fala que não tem problema é o Dr. X. A pedido de uma senhora, uma benzedeira, ela pediu pra mim reza pra alma dele, porque era um médico muito bom. Desde quando eu fiz a primeira operação que eu rezo pra ele. Me fez bem, aí eu continuo. É bom não é mesmo! Ela falou que era pra pedi pra ele que vai dá certo (Mateus, 69 anos).*

A religião constitui um importante suporte para reorganizar sua vida diante do seu estado doente, deixando explícito não apenas no dito, mas, sobretudo, no não dito, pois constatamos a presença de muitas imagens sacras na sala e no ambiente de trabalho (Observação participante, 2/3/2015).

Os símbolos religiosos estabelecem uma harmonia fundamental entre um estilo de vida e a visão de mundo. A religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica e projeta imagens desta ordem cósmica no plano da experiência humana, o que ocorre no cotidiano de cada pessoa (GEERTZ, 2014).

A presença do Divino, na manutenção da vida, é atribuída à melhora ou mesmo às intercorrências do adoecimento, além de, às vezes, até a cura das situações crônicas de saúde (MANTOVANI *et al.*, 2011).

Ypinazar e Margoli (2006), em estudo etnográfico, que buscou compreender a percepção de saúde e da doença na perspectiva de pessoas idosas, concluíram que o mecanismo de gerenciamento com suporte de Deus, está na concepção de que Deus é cura.

Silva e Vasconcellos (2013), com objetivo de compreender as formas de terapêuticas e de cura, identificaram a mediação com o sagrado, um processo que gera fundamentalmente inteligibilidade à doença e a sua cura. Manifestada e sentida no corpo, incompreendida pelo saber médico, ela se torna matéria transcendente, que a projeta para a dimensão da metalinguagem do divino. Tanto que, uma vez curado, e a ordem no corpo reintroduzida, concomitantemente dão-se a adesão e aceitação dos códigos da religião da cura.

Tendo a prática religiosa como um importante recurso para amenizar o sofrimento, compete aos profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, reconhecer a relevância e incentivar tal prática, dando especial atenção à dimensão espiritual, para promover força e motivação para enfrentamento do estado doente.

Tendo com causalidade do estado doente também o nervoso, encontramos aqueles que buscam a cura deste estado controlando o estado emocional.

*[...] aí fui apreendendo a me controlar, não fazer conta muito alta, senão você fica nervoso, será que eu vou ter dinheiro pra mim pagar? (Mateus, 69 anos).*

Diante dessa conjunção de causas para o aparecimento do nervoso, o gerenciamento do cuidado se faz com adoção de medidas de controle financeiro, uma medida para amenizar a aflição e afastar a entidade.

Neste sentido, percebemos que o atual modelo de assistência preconizado pelo Programa de Saúde da Família tem influenciado a visão do mundo de alguns profissionais de saúde, evitando ações tão prescritivas, valorizando as relações interpessoais e o modo como as pessoas têm gerenciado o estado doente. O depoimento de Mateus reitera nossa interpretação:

*[...] eu perguntei lá pra médica, ela disse do jeito que você está tocando, está te prejudicando? Então vai tocando desse jeito, você vai continuado desse jeito (Mateus, 69 anos).*

Estudo realizado por Melo *et al.* (2011), que buscou interpretar as manifestações e representações culturais de cuidado de pessoas com feridas crônicas de membro inferior, constatou a existência diversificada de métodos terapêuticos para o tratamento da ferida

crônica, as quais envolvem saberes e práticas de cuidado disponíveis nas sociedades complexas.

Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde abram espaços e interlocuções para compreender o saber e o fazer de pessoas com diagnóstico biomédico de DM, uma vez que a doença não se limita a esfera biológica. Outras dimensões também são afetadas e lhes imputam diferentes formas de sofrimento e as conduzem para a busca por diferentes recursos terapêuticos.

Ao apreender o sistema de significação de pessoas com diagnóstico biomédico de DM, tornamos profissionais de saúde mais sensíveis e respeitosos frente aos diferentes saberes.

A natureza do saber está relacionada com a construção de um sistema de significado simbólico, ou seja, as estruturas conceituais dos fenômenos sociais, que determinam os comportamentos, que são transmitidos historicamente, incorporados em símbolos, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 2014).

Averiguamos que muitas limitações são impostas não apenas pelas prescrições dos profissionais de saúde para manter a doença sob controle. Elas ocorrem por precaução, para afastar as ameaças que se tornam constantes em suas vidas, para aquisição de mais saúde, pela ordenação divina, pelas experiências negativas da doença em família ou pela presença de complicações, que levam as pessoas a acreditarem na gravidade da doença. Assim, elas constituem motivações para viver a vida com limitações.

Apreendemos que as pessoas levam a vida à maneira delas, o que é possível fazer, o que dão conta de fazer, pois, há um paradoxo entre o discurso das limitações e a experiência de conviver com elas, pelo fato da contradição entre o dito e não dito. O depoimento abaixo elucidada nossa interpretação:

*[...] a diabetes eu não ligo, eu não como, eu não bebo. Como as coisas que é preciso, as coisas que é bom, eu não como. Eu não posso comer. Eu acho que Deus também experimenta muito a gente pra vê se a gente tá bem. Pra ver se a gente corre certinho com as coisas (Imaculada, 77 anos).*

Dados semelhantes foram discutidos no estudo de Oviedo e Boemer (2009) referindo-se que Deus pode ter enviado, por intermédio da doença, um aviso, um alerta para que iniciem uma nova vida. Desta forma, o poder da ação humana diante do sofrimento se reduzia à árdua obediência às leis divinas (VAZ, 2006).

Neste sentido, a ideia de adesão torna-se frágil sinônimo de obediência (AYRES, 2009). As experiências da família com a doença lhe fazem repensar a vida e constitui motivação para viver com as limitações.

*[...] por isso que eu tenho medo, não é medo eu fico meio cauteloso. Por que eu tive isso na família, minha mãe perdeu as duas vistas, amputou a perna. É uma coisa que eu vou controlar, pra vê até que ponto eu posso chegar (Mateus, 69 anos).*

Estudo de Mattos e Maruyama (2009), que teve por objetivo compreender a experiência em família de uma pessoa com diabetes *mellitus*, insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise, concluiu que vivenciar o adoecimento é uma experiência no qual os significados são reconstruídos e vividos com base nas experiências anteriores e nas perspectivas de vida, tendo a família como referência.

Merece destaque o depoimento de Isabel para compreendemos um pouco mais sua forma de pensar e agir diante da ameaça de complicações decorrentes da doença, e assim, implica viver sobre limites e restrições alimentares para afastar o estado doente.

*[...] Carne de porco não como de jeito nenhum. Eu comi um pedacinho no ano passado e fiquei internada porque me deu infecção de urina, passou para o rim um pouquinho, desde desse dia pra cá faz eu não relei carne de porco na boca mais. Eles falaram (profissionais de saúde), pode comer carne de porco uma vez por semana. Não como nada. Para evitar a perda do rim. Então a gente tem que evitar tudo. Graças a Deus! Ah o regime é rigoroso, muuuuito rigoroso as coisas muito bem limpa as coisas de comida nossa e muito rigoroso, a gente tenta fazer o máximo possível para não dá rejeição (Isabel, 59 anos).*

Na perspectiva Geertziana, a construção dos significados que Isabel reelabora estão relacionados com suas experiências de vida e doença e faz parte da sua visão de mundo, o que influencia no seu comportamento. Ao considerar a cultura como uma rede de significados construída e compartilhada pelo seu grupo social, compreendemos os sentidos e significados, que orientam suas práticas de cuidado.

Estudo de Batista e Luz (2012) expõem as limitações e restrições do ponto de vista de ser diabético e amputado, uma vez que essa condição representa um cotidiano permeado por

problemas e sofrimento. Os autores concluíram que há uma consciência das limitações impostas pela doença.

Percebemos que alguns participantes têm consciência das restrições alimentares, no entanto, estas restrições lhe fazem sentido, quando do seu estado doente, para afastar a entidade e reconquistar a saúde.

*[...] eu até esqueço que sou diabético. Aí eu olho isso eu não posso, isso também eu não posso, eu não como muito não, para não transformar em açúcar, eu tenho consciência disso. Minha diabetes foi mais alta e agora é fraca, eu me reservo sim. As coisas assim que eu vejo igual beterraba, essas coisas da terra e pão eu não como, porque acho que é doce, eu como pão amanhecido (Mateus, 69 anos).*

Percebemos o contraditório no discurso, porque dias atrás ele dizia que ele adorava comer doce de abóbora (diário de campo no dia 4/3/2015).

*[...] primeira vez que eu fiquei sabendo da diabetes tava 500 e tanto, olha só pra você vê. E se não tivesse ido lá ia piora mais. Parece que estava 568... Já tinha feito a bolha no pé. Tomava pinga, comia as coisas doce, não tinha regime. Não controlava. Hoje é sem açúcar, sem sal, evita gordura, às vezes você come alguma coisinha, mas é pouco não é todo dia (Gabriel, 64 anos).*

A restrição parece infundir na vida das pessoas com DM um sofrimento maior que a própria evolução da doença (OVIEDO; BOEMER, 2009).

Makaroff (2012), a partir de metassíntese qualitativa sobre experiências de pessoas com insuficiência renal, concluiu que essas experiências são de natureza paradoxal, incluindo a dualidade de viver com as restrições e as liberdades, que acompanham a doença crônica. Portanto conviver com condição crônica implica viver sobre limite e restrições.

As experiências negativas de transgressões experienciadas pela sua rede social o fazem repensar na necessidade de viver sob limites e restrições. Viver assim o imputa ao prolongamento da vida, não porque a doença está sobre controle, mas por desejo divino.

*[...] o que eu tenho medo é de fazer besteira como tem muita gente que bebe, come açúcar, isso aí eu não faço, estou sempre assim controlando. Eu tenho*

*certeza que muitos que já foram (silêncio) comia doce. Então Deus me reserva (Mateus, 69 anos).*

Apreendemos que as transgressões alimentares constituem uma das representações culturais de cuidado, uma vez que o regime alimentar prescrito pelos profissionais de saúde os deixam mais fragilizados, predispostos ao ataque da entidade e ao acometimento do estado doente. Os depoimentos elucidam nossa análise:

*[...] comer só que a Diabetes manda você está morto (Imaculada, 77 anos).*

*[...] eu não sou muito light não viu, porque eu não aguento toma esse café... Café eu tomo com pouquinho de açúcar, eu não aguento tomar café com adoçante. Eu tomo muito suco, eu gosto de tomar muito suco eu chupo muita laranja [risos] a laranja tem muita caloria e engorda (Terezinha, 66 anos).*

*[...] a gente estranha tudo. Muita coisa que o médico tira que é o que você gosta. Eu gosto de comer doce. Não pode ficar sem comer, sem alimentar, por causa que eu tomo remédio demais (Rosa, 89 anos).*

Estudo de Ramos, Klug e Pretto (2014) afirma que uma das orientações mais importantes e difíceis de mudanças de comportamentos é o de não consumir doces e açúcares simples em geral, tendo em vista que a alimentação está atrelada ao sistema de valores, simbólicos e significados populares que cercam a alimentação e sempre estão confrontados, com dietas alimentares. Achados semelhantes foram identificados no estudo realizado por Barsaglini e Canesqui (2010).

Fundamentados na perspectiva geertziana, devemos compreender os significados atribuídos pelas pessoas com diagnóstico biomédico de DM frente a sua condição, pois são os seus saberes existentes em práticas de saúde que dão sustentação e inteligibilidade ao seu cotidiano. Assim, a dimensão simbólica já se encontra construída dentro de um contexto e é compartilhada numa coletividade.

Torna-se necessário compreender os saberes e as práticas das pessoas com diagnóstico biomédico de DM, para que possamos ofertar cuidados numa linguagem compreensível e que façam sentido a essas pessoas.

Pelo fato de a alimentação constituir um hábito cultural, o alimento recebe diferentes caracterizações, o bom do ruim, o leve do pesado, veneno, dentre outras formas de compreensão.

*[...] fiquei chateado, doença chata, não pode comer diversas espécie de coisa doce. Tem que usa adoçante no café. Não confio no adoçante parece que o adoçante é perigoso. Eu tomo guaraná zero (Rafael, 77 anos).*

*[...] o pão tem o de sete erva, tem um monte de pão eu só como o preto, eu só gosto do gergelim, eu só compro ele, ele é pretinho ele é mais gostosinho do que os outros, ele sustenta mais porque os outros não sustenta (Terezinha, 66 anos).*

O alimento é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e encara o mundo em que habita, e está inserido nos aspectos sociais, religiosos e econômicos do cotidiano (HELMAN, 2009).

Entretanto, o comer envolve não apenas nutrientes e calorias, mas significados, sensações, gostos. Esse comer não é só biológico, inato, mas determinado por múltiplos fatores, impregnados de aspectos simbólicos, carregados de contradições e ambiguidades, (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Este comportamento revela repetidamente a cultura de cada pessoa inserida em seu contexto. A comida e o comer assumem assim posição central no aprendizado social por sua natureza vital e essencial, embora rotineira. O comportamento relativo à comida revela repetidamente a cultura em que cada um está inserido (FAVA, 2013).

Compreendemos a partir das análises dos depoimentos que as transgressões, principalmente alimentares, ocorrem pelo fato de o comportamento relativo à comida ser essencialmente cultural, o que influencia na valorização e na caracterização dos alimentos. As orientações dos profissionais de saúde desprezam este contexto e vão de encontro com as representações simbólicas dos alimentos, o que dificulta o cumprimento das orientações.

O gerenciamento e as estratégias para o enfrentamento do estado doente perpassam um sistema complexo de interações desafiando os profissionais da saúde à melhor compreensão do processo de cuidar associado à rede de significados que as pessoas com diagnóstico biomédico de DM constroem e reconstróem em sua vida, mobilizam para um constante aprimoramento das práticas de cuidados para o alcance de mais saúde e afastar a entidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentados no referencial teórico, entendemos que a cultura constitui um sistema simbólico que possibilita as pessoas com diagnóstico biomédico de DM produzir significados sobre o seu estado doente, determinar as multicausalidades, justificar as manifestações corporais, e esta experiência as levam a decisões concernentes de tratamento e orientam o gerenciamento do cuidado.

Foi possível compreender que o DM não é um estado permanente de doença, as causas externas o isentam dessa culpabilidade. Além disso, as ameaças que produzem permanente estado de alerta significam para as pessoas a cronicidade.

Comprendemos ainda, que as manifestações do DM não se expressam na tríade clássica, poliúria, polifagia e polidipsia, mas sim, em outras dimensões que estão comprometidas.

Percebemos que as transgressões, principalmente alimentar, só fazem sentido para a racionalidade biomédica e, ainda, as reações dos medicamentos são capazes de torná-los frágeis e propensos ao estado doente, razão pela qual só fazem sentido seu consumo, quando do estado doente.

Essa compreensão permite aos profissionais estabelecer diálogos, propor pactuação de metas de tratamento, que são condizentes à realidade social e cultural e ao contexto de vida dessas pessoas.

Ao analisar a doença na perspectiva das pessoas com diagnóstico biomédico de DM e na visão biomédica, constatamos que há diferentes idiomas. Embora utilizem significantes semelhantes, eles recobrem significados distintos, para a doença e para a cronicidade.

A doença remete a uma entidade que o ameaça, que o ataca, que esparrama e recobre, capaz de produzir mal-estar, bambeza, fraqueza, moleza, entre outras adjetivações, caracterizado pelo corpo deitado e o corpo medicado. A partir deste entendimento, as pessoas não SÃO DOENTES, elas ESTÃO DOENTES, apenas um estado temporário, o que contraria os preceitos biomédicos.

Por outro lado, no idioma biomédico, o significante *Diabetes Mellitus* remete ao significado doença crônica, que requer cuidados contínuos porque permanecem ao longo da existência.

Esta visão de mundo acarreta consequências no organismo, pois como elas não se sentem permanentemente doentes, não mobilizam os cuidados recomendados pelos profissionais de saúde, de forma contínua, o que contribui para o agravamento da doença e o

aparecimento de suas graves complicações.

Os profissionais de saúde imaginam, que estão dialogando com as pessoas com diagnóstico biomédico de DM, mas na realidade não existe diálogo. Há um monólogo, porque há uma confusão de idiomas, isto é, um não adentra no mundo do outro, pois as visões de mundo são distintas, assim como os seus comportamentos.

Ao darmos relevância à dimensão social e cultural da DM na perspectiva da pessoa com diagnóstico biomédico de DM, compreendemos o universo imaginativo dentro do qual os seus significados são determinados e orientam sua prática, o que nos possibilita conhecer as dificuldades implícitas no processo de adoecimento e na adesão ao tratamento.

Este estudo é importante porque, a partir desta compreensão, a doença deixa de estar restrita ao corpo físico, para ser tomada como um comprometimento de diferentes dimensões.

Ainda, nos possibilitou repensar a práxis, pois essa abordagem integra a subjetividade no cuidar, valoriza o significado pessoal, por meio do estabelecimento do vínculo, o estar próximo com o outro, reconhecendo as representações culturais do cuidado e as estratégias de enfrentamento da doença. Constitui um campo de saber próprio, que é necessário ser investigado, com vista a proporcionar cuidados mais integrados e contextualizado, que vão ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa.

Mais pesquisas são necessárias com abordagem socioculturais para compreender as práticas empreendidas por pessoas com condição crônica para o tratamento.

Este estudo mostrou-se adequado à compreensão do significado do DM, podendo ser desenvolvidos estudos com outras condições crônicas, guardadas as suas especificidades.

A política pública de saúde precisa desenvolver uma nova abordagem para a educação em DM, com vistas à compreensão do contexto do mundo das pessoas e o significado da doença, porque isso influencia nos modos de lidar, apresentando várias possibilidades de cuidado a saúde. Há necessidade de compreender as práticas empreendidas pela pessoa adoecida, pois elas são permeadas de paradoxos.

## Contribuição deste estudo para enfermagem e implicações para a prática

Este estudo traz contribuições significativas à prática clínica do enfermeiro para ampliar seus entendimentos, a partir do ponto de vista do senso comum, e, ao mesmo tempo, reitera o desafio de lidar com a diversidade cultural.

O enfermeiro, para desenvolver as ações de educação em saúde, precisa suprimir as ações prescritivas, deve compreender o significado da doença, os modos de sentir a doença, a maneira de lidar e as diferentes representações culturais de cuidado para que não haja confusão de idiomas e a comunicação seja minimamente compreendida, o que possibilita ofertar cuidados contextualizados na perspectiva da integralidade.

O enfermeiro precisa valorizar o contexto sociocultural que influencia os símbolos e os sentidos que fazem parte da experiência de cada pessoa com diagnóstico biomédico de DM, o que pode contribuir para minimizar o impacto da doença e de suas complicações.

Adentrar neste universo imaginativo das pessoas com DM é um desafio para a enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AMADIGI, F. R. *et al.* A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n.1, p. 131-138, jan./mar. 2009.

AMARASEKARA, A. A. T. D. *et al.* An ethnographic study of diabetes health beliefs and practices in Sri Lankan adults. **International Nursing Review**, Geneve, v. 61, n. 4, p. 507-514, Dec. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v.18, supl. 2, p. 11-23. abr./jun. 2009

BARSAGLINI, R.A. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 563-77, jul./set. 2008.

BARSAGLINI, R.A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 248p.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 4, p.919-932, out./dez. 2010.

BATISTA, L.; LUZ, I. H. B. A. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 244-250, Mar./Abr. 2012.

BRASIL. **O que é Ayurveda.** Associação Brasileira de Ayurveda. Disponível em:<<http://www.ayurveda.org.br/>>. Acesso em: 21 Jul. 2015.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.

CANESQUI, AM.; GARCIA, RWD.; (Orgs.) **Antropologia e nutrição:** um diálogo possível [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/v6rkd/pdf/canesqui-9788575413876.pdf>>. Acesso em 21 ago. 2015.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R.**O trabalho do antropólogo.** 2. ed. Brasília Paralelo 15.São Paulo: UNESP, 2006.

CAROLAN, M.; HOLMAN, J.; FERRARI, M. Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 8, p.1011-1023, Apr. 2015.

DA MATTA, R. **Relativizando**: uma introdução à Antropologia Social. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. B. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 752-759, dez. 2009.

FAVA, S. M. C. L. **Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde**: um estudo etnográfico. 2012. 270 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FLEISCHER, S. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 410-423, abr./jun. 2012.

GEERTZ, C. A. **A interpretação das culturas**. 1ª ed., [14ª Reimpr].Rio de Janeiro: LTC, 2014.

GEORGE, S. R.; THOMAS, S. P. Lived experience of diabetes among older, rural people. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.66, n.5, p.1092- 1099, May, 2010.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERZLICH, C. Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

HEUER, L.; LAUSCH, C. Living with diabetes: Perceptions of Hispanic migrant farmworkers. **Journal of Community Health Nursing**, Hillsdale NJ, v. 23, n. 1, p. 49-64, 2006.

HÖRNSTEN, Å.; SANDSTRÖM, H.; LUNDMAN, B. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 47, n. 2, p. 174-182, July. 2004.

JOHANSSON, K.; EKEBERGH, M.; DAHLBERG, K. A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.46, n. 2, p.197-203, feb. 2009.

KAHN, L. S. *et al.* Living with diabetes on Buffalo, New York's culturally diverse West Side. **Chronic Illness**, London, v. 9, n. 1, p. 43–56, 2013.

KLEINMAN, A. **The Illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KNECK, Å.; KLANG, B.; FAGERBERG, I. Learning to live with diabetes – integrating an illness or objectifying a disease. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.68, n.11, p. 2486-2495, Nov. 2012.

KNECK, Å.; KLANG, B.; FAGERBERG, I. Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 25, n.3, p.558-566, Sept. 2011.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, abr. 2014.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 3, p. 173-181, mai./jun, 2010.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; MELO, L.P. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. **Colombia Médica**, Cali, v. 42, n. 2, supl. 1, p. 70-77, abr./jun. 2011.

LÓPEZ, Y. A. A.; TRAD, L. A B. “Vivendo e aprendendo”. Os significados da cronicidade da leucemia mieloide crônica na experiência de pacientes. **Revista de Ciências Sociais-Política & Trabalho**, n. 42, p. 175-195. Jan./jun. 2015.

MAKAROFF, K. L. S. Experiences of Kidney Failure: A Qualitative Meta-Synthesis. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 39, n.1, p. 21-9, Jan./Feb. 2012.

MANTOVANI, M.F. *et al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 662-8, dez, 2011.

MATTOS M, MARUYAMA SAT. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n. 4, p. 971-81, 2009.

MELO, L. P. *et al.* Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.16, n. 2, p. 303-10, abr./Jun. 2011.

MERCADO-MARTINEZ, F.J.; RAMOS-HERRERA, I.M. Diabetes: The Layperson's Theories of Causality. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 12, n. 6, p. 792-806. July, 2002.

MOTTA, J. M. C. *et al.* Medicina alternativa e complementar e diabetes mellitus: uma articulação a ser estudada. **Brasília Médica**, Brasília, v. 46, n.1, p. 36-45, 2009.

OVIEDO, A. D.; BOEMER, M. R. A pessoa com diabete: do enfoque terapêutico ao existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 744-751, dez. 2009.

POPOOLA, M. M. Living with diabetes: the holistic experiences of Nigerians and African Americans. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v.19, n.1, p.10-17, jan./feb. 2005.

RAMOS, C. I.; KLUG, J. C.; PRETTO, A. D. B. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 9, n. 2, p. 561-575, 2014.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, jan./jul. 2001.

SILVA, C. A. B.; VASCONCELLOS, M. P. Da doença ao milagre: etnografia de soluções terapêuticas entre evangélicos na cidade de Boa Vista, Roraima. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1036-1044, out./dez. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOUZA, N. M. G. et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.1, p. 139-146, mar. 2012.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan./fev. 2008.

TORRES-LÓPEZ, T. M.; SANDOVAL-DÍAZ, M.; PANDO-MORENO, M. “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.101-110, jan./fev. 2005.

VAZ, P. As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. **LOGOS 25: corpo e contemporaneidade**, Rio de Janeiro, Ano 13, 2º semestre, p. 85-95, 2006.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2009.

YPINAZAR, V. A.; MARGOLIS, S. A. Delivering Culturally Sensitive Care: The Perceptions of Older Arabian Gulf Arabs Concerning Religion, Health, and Disease. **Qualitative Health Research**, v. 16, n. 6, p. 773-787. July, 2006.

YU, I. C.; TSAI, Y. F. From silence to storm – patient illness trajectory from diabetes diagnosis to haemodialysis in Taiwan: a qualitative study of patients' perceptions. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 69, n. 9, p.1943-1952, sept. 2013.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG**  
**Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG – CEP  
 37130-000



**ANEXO**

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Cuidado às pessoas em condições crônicas: Enfermagem como elo de ligação

**Pesquisador:** Silvana Maria Coelho Leite Fava

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 06655512.0.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 139.507

**Data da Relatoria:** 05/11/2012

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem estruturado e bem escrito.

**Objetivo da Pesquisa:**

Desenvolver intervenções de enfermagem fundamentadas em modelo metodológico, aos clientes em condições crônicas, internados nos setores de clínica médica e cirúrgica e acompanhar aqueles que recebem alta e que necessitem de continuidade de cuidados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há risco aos participantes da pesquisa, necessitará apenas da disponibilidade desses em responder ao instrumento ou entrevista.

Como benefícios as orientações para reabilitação e conseqüentemente redução das complicações e hospitalizações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo descritivo misto, desenvolvido por meio de estudos de caso e relato de experiência, na assistência aos clientes e familiares. A coleta de dados ocorrerá nos setores de internação clínica e cirúrgica e nos bairros urbanos de uma cidade do Sul de Minas Gerais.

Será necessário extrair alguns dados do prontuário do paciente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Consta TCLE

Consta Termo de anuência da Instituição

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG**  
**Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG – CEP  
 37130-000



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS 

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP ACATA O PARECER DO RELATOR.

ALFENAS, 06 de Novembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Maisa Ribeiro Pereira Lima Brigagão**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700      **CEP:** 37.130-000  
**Bairro:** centro  
**UF:** MG      **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-1318      **Fax:** (35)3299-1318      **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG**  
**Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG – CEP  
 37130-000



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – “Os saberes da pessoa com Diabetes *Mellitus* sobre a sua doença”, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA:** “Os saberes da pessoa com Diabetes *Mellitus* sobre a sua doença”

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

**ENDEREÇO:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**TELEFONE:** (35) 3299-1316

**PESQUISADOR PARTICIPANTE:** Daisy Moreira Gomes

**TELEFONE:** (35) 3292-3868/ (35) 99181490 (Vivo) (35) 9242-1425 (Tim)

**OBJETIVO:** compreender a maneira como a pessoa com Diabetes *Mellitus*, interpreta o seu adoecimento.

**JUSTIFICATIVA:** A compreensão pela qual as pessoas interpretam o seu processo de adoecimento torna-se fundamental aos profissionais de saúde, pois facilita o dialogo e ainda permitem ofertar cuidados adequados as necessidades de cada pessoa.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** O estudo será desenvolvido no domicilio pelo pesquisador participante, por meio de entrevista seriada gravada, previamente agendada. Serão ainda observados os gestos, entonação de voz e ambiente.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** As entrevistas poderão levantar emoções relacionadas as dificuldades no enfrentamento do processo de adoecimento. Estes sentimentos poderão ser amenizados por meio de suporte dos pesquisadores responsáveis.

**BENEFÍCIOS:** Expressar as suas dificuldades em lidar com adoecimento, que nessa oportunidade, poderão ser minimizados com esclarecimentos e orientações sobre a doença e tratamento. Poderão ainda, a critério do participante, ser cadastrado no projeto de extensão da pesquisadora responsável para o acompanhamento a longo prazo.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Você não receberá e não terá custo para participação desta pesquisa. Você a qualquer momento poderá desistir da participação desta pesquisa sem qualquer prejuízo.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** O seu nome não aparecerá em nossa pesquisa, e ele será substituído por outro nome a escolha do pesquisador. Os dados da sua entrevista serão utilizados apenas pelos pesquisadores. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados em congresso e em revista.

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Eu, ( ) declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL- MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br) sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

**LOCAL E DATA:** nome da cidade, data, ano.

\_\_\_\_\_  
(Nome por extenso) (Assinatura)

(NOME E ASSINATURA DO SUJEITO)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas: assinatura de 2 testemunhas não ligadas ao pesquisador



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG**  
**Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG – CEP  
 37130-000



## APÊNDICE B – Instrumento para Coleta dos Dados

**Título do Projeto:** “A experiência de enfermidade de pessoas com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*”

**Pesquisadora:** Daisy Moreira Gomes

**Orientador(a):** Silvana Maria Coelho Leite Fava

**Co-Orientador:** Carlos Tadeu Siepierski

### I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Idade:	Cor de pele autorreferida:	Você sabe ler:
Você sabe escrever:	Estado civil:	Número de filhos:	Crença religiosa:
Ocupação:	Renda Mensal:	Com quantas pessoas você vive em casa?	

### II- Condições Clínicas

1. Há quanto tempo você foi diagnosticado com Diabetes *Mellitus*?

2. Questões norteadoras:

- Você se sente doente?
- Hoje você se sente doente?
- Quando é que você se sente doente?
- O que é doença para você?

- Nos dias que você está doente como você se cuida?
- Você se sente com saúde?
- Como você se cuida quando está com saúde?