

WILMA DANTAS PEREIRA

**CORPO E SIGNIFICADO: PERCEPÇÕES DE PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2006

WILMA DANTAS PEREIRA

**CORPO E SIGNIFICADO: PERCEPÇÕES DO PORTADOR DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Édila Abreu Freitas

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2006

P436c Pereira, Wilma Dantas.
Corpo e significado [manuscrito] : percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2 / Wilma Dantas Pereira. – 2006.
153 f.

Orientadora: Profª Drª Maria Édila Abreu Freitas.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

Bibliografia: f. 89-93.

Anexos: f. 94.

Apêndices: f. 95-153.

1. Corpo e alma (Filosofia) – Teses. 2. Corporeidade – Teses. 3. Saúde pública – Teses. 4. Fenomenologia – Teses. 5. Diabetes *mellitus* – Prevenção e controle – Teses. 6. Saúde pública – Teses. 7. Enfermagem em saúde pública – Teses. 8. Cuidados pessoais com a saúde – Teses. 9. Autocuidado – Teses. 10. Relações interpessoais – Teses. 11. Existencialismo – Teses. 12. Percepção – Teses.
I. Freitas, Maria Édila Abreu. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WK 810

Dedicatória

Ao meu pai,

*Grande incentivador da busca pelo conhecimento.
 Em seu modo singular e especial de habitar o mundo é exemplo de
 convivência e de cuidado com a vida.*

Agradecimentos

A Deus, pela vida, por me direcionar na busca de significados que estão além do manifesto e pela orientação neste caminhar.

A minha mãe, meu pai, Cói e Dá, por tudo que me ensinaram e pelo incentivo e cuidado. Muito obrigada!

A Alice, por trazer ao mundo um sorriso tão lindo em um momento muito especial.

Ao meu irmão Warley, pela presença providencial neste caminhar.

A tia Gó, tia Telma, Fã, Katy e Rafa, pelo acolhimento em BH.

A professora Lígia, pelo incentivo e palavras sábias.

As professoras Beth, Cláudia, Sônia e Anézia, pelo apoio durante este caminhar.

A Joice, pelo grande incentivo, companhia e amizade.

A Vera, pela imensurável atenção, amizade e carinho.

A Lara, pelo apoio tão significativo pra mim.

A todos os amigos, sempre presentes, mesmo à distância.

Aos colegas de turma, pelo prazer da convivência.

Aos colegas de trabalho, pela riqueza da convivência e pela compreensão.

A Equipe de PDI Central, de Carlos Chagas, pelo acolhimento e por tudo que vivi e aprendi.

A dona Guina, dona Belinha (in memoriam) e senhor Oswaldo, por despertarem em mim o anseio por este estudo.

Agradecimentos Especiais

*A minha orientadora dr^a Maria Édila Abreu
Freitas,*

*Sua constante presença e compreensão me deram força para
seguir o caminho. Nosso encontro transcendeu a excelente
orientação neste estudo, pois suas palavras trouxeram novos
sentidos ao meu viver. Obrigada!*

Aos sujeitos deste estudo,

*Agradeço pela arte de compartilhar de vivências tão
significadas. Seus depoimentos revelam o próprio
movimento da existência. Obrigada pelo prazer e riqueza
dos encontros.*

“Produzir sentido, interpretar a significância, não é uma atividade puramente cognitiva, ou mesmo intelectual ou cerebral, é o corpo, esse laço de nossas sensibilidades, que significa, que interpreta”.

Herman Parret

PEREIRA, W. D. *Corpo e significado: percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

RESUMO

O estudo busca a compreensão de significados de corpo para o portador de diabetes *mellitus* (DM) tipo 2. A pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica, se inscreve como percurso metodológico. Os sujeitos da pesquisa são 13 pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2, com idade acima de 40 anos e que sabidamente convivem com a doença há mais de dois anos; usuários de um centro de saúde, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi utilizada a técnica de entrevista aberta com a questão norteadora: “Conte pra mim: como o senhor(a) percebe o seu corpo após o diabetes?”. No momento do encontro, os gestos, a tonalidade da voz, o silêncio, entre outras manifestações do ser, foram observados. Após a coleta dos depoimentos foi feita a análise fenomenológica. A construção final dos resultados contemplou as seguintes grandes categorias e subcategorias: **A concretude da doença no corpo:** “o diabetes não manda recado” e “o corpo sinalizado pela doença”; **Corpo e diabetes no cotidiano da vida:** “o cotidiano com o diabetes: “você tem que tá sujeito” e “o cotidiano no mundo-com-o outro” e **A arte do enfrentamento:** “em busca de compreensão do adoecimento” (contemplando “as causas da doença” e “a classificação da doença”) e “A resiliência: vou levando a vida e querendo viver mais e mais”. Os depoimentos não se referem ao organismo doente, mas à corporeidade como maneira singular de habitar o mundo. A percepção de corpo para o portador de diabetes traduz a unidade e sensibilidade do ser revelada no duplo desvelamento da doença, no corpo fragilizado e/ou sinalizado, nas repercussões do adoecimento no cotidiano e na resiliência. Seu corpo é espanto e dor, mas também é (re)encontro com a sua identidade e com os outros. A compreensão perspectival do fenômeno estudado aponta para novas possibilidades. Estratégias como a inserção ou ampliação de reflexões e práticas que envolvam o cuidado autêntico ao corpo, da infância à formação profissional, poderão contribuir para a prevenção de doenças associadas a hábitos de vida, além de corroborar para que o foco da atenção seja o ser humano que experiencia o adoecimento e não a doença.

Palavras-chave: Corpo - corporeidade - diabetes *mellitus* tipo 2 - cuidado em saúde-fenomenologia.

ABSTRACT

The study searches for comprehension of meanings of body for people with diabetes *mellitus* type 2. The qualitative research, in phenomenological approach, inscribes as method. The participants of this study are 13 persons with diabetes mellitus type 2, with age above 40 years and more than two years living with this disease; they are all users of one public center health, in Belo Horizonte, Minas Gerais. The data were collected by an opened interview guided by the question: "Tell me: how do you percept your body after the diabetes". At the moment of the meeting, the gestures, the tonality of the voice, the silence, among others manifestations of the being had been observed. After the interviews, the descriptions were submitted to a phenomenological analyze. The final construction of results contemplated the following categories and subcategories: The concretize of the disease in the body: "the diabetes doesn't send message" and "body signaled by the disease"; Body and diabetes in the daily of life: "day by day with diabetes: you must be subjected to"; "the daily in world with the other" and The art of : being face to face: "the search of comprehension of being sick" (contemplating: "the causes of the disease" and "the classification of the disease") and "resiliency: I go taking the life and wanting to live more and more". The descriptions aren't related to the sick organism, but to the corporeity as singular way to inhabit the world. Perceptions of body for the people with diabetes translates the unit and sensitivity of the being disclosed in the double perspective of disease, in the fragile and/or signaled body, repercussions of the disease in day by day, and the resiliency. Its body is fear and pain, but it's also meeting with its identity and the others. The comprehension of the studied phenomenon allows new possibilities. Strategies as to include or extend the reflections or practices about authentic body care, since childhood by the professional education could lead to prevent diseases related to lifestyle and to change the focus of health attention on pathology to the person that experiences the sickness process.

Key-words: Body - corporeity - diabetes *mellitus* type 2 - healthcare - phenomenology

LISTA DE SIGLAS

CEP-PBH - Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT - Doença Crônica Não-transmissível

DM tipo 1 - Diabetes *mellitus* tipo 1

DM tipo 2 - Diabetes *mellitus* tipo 2

PSF - Programa de Saúde da Família

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 DISCURSO TEÓRICO | 21 |
| 2.1 O corpo ao longo da história ocidental: dos gregos aos contemporâneos | 21 |
| 2.2 Ser acometido por uma doença-crônica não-transmissível: ruptura e elaboração | 25 |
| 2.3 Doença ou doente? Fragmentos de corpo ou corpo vivido?..... | 26 |
| 2.4 Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2: uma aproximação com a fisiopatologia da doença.... | 28 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO | 31 |
| 3.1 A fenomenologia como método | 36 |
| 3.2 O percurso metodológico | 38 |
| 4 ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DADOS | 44 |
| 4.1 A concretude da doença no corpo..... | 44 |
| 4.1.1 O diabetes não manda recado | 44 |
| 4.1.2 O corpo sinalizado pela doença | 46 |
| 4.2 Corpo e diabetes no cotidiano da vida..... | 55 |
| 4.2.1 O cotidiano com o diabetes: “ <i>Você tem que tá sujeito</i> ”..... | 55 |
| 4.2.2 O cotidiano no mundo-com-o outro | 67 |
| 4.3 A arte do enfrentamento | 71 |
| 4.3.1 Em busca de compreensão do adoecimento | 72 |
| 4.3.1.1 As causas da doença | 73 |
| 4.3.1.2 A classificação da doença..... | 74 |
| 4.3.2 A resiliência: “ <i>Vou levando a vida e querendo viver mais e mais</i> ” | 76 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 89 |
| ANEXO E APÊNDICES | 94 |

1 INTRODUÇÃO

“Sinto-me nascido a cada momento para a eterna novidade do mundo”.

Fernando Pessoa

1 INTRODUÇÃO

Logo após concluir a graduação em enfermagem tive a oportunidade de trabalhar em Carlos Chagas, cidade situada no Vale do Mucuri, interior de Minas Gerais. Inserida em uma equipe de Programa Saúde da Família (PSF) busquei compreender a maneira de viver da comunidade e construí vínculos com as pessoas. O período de dois anos e seis meses em que permaneci nessa cidade marcou minha experiência profissional na saúde pública e aproximou-me do vivido pelo sujeito em seu processo crônico de adoecimento.

Cidade de economia pecuarista e de povo acolhedor, Carlos Chagas é “a cidade das quitandas”, regionalismo que se refere aos biscoitos, bolos, pães, enfim, refere-se a um conjunto de alimentos ricos em carboidratos. Nas visitas domiciliares, nas confraternizações e nos grupos, geralmente, as quitandas estavam presentes. Em contrapartida, existe um lado sombrio associado a este aspecto cultural, pois ele contribui para uma grande ocorrência de diabetes e de suas complicações mais severas, no município. Assim, após o início do trabalho pude perceber, que dentre os novos desafios, estava a prevenção e o controle do diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 em uma comunidade habituada culturalmente a alimentos que predisõem ao diabetes.

Além da alta taxa de prevalência da doença, a equipe deparou-se também com um número significativo de portadores do DM tipo 2 que apresentava complicações, principalmente, em nível vascular. Para configurar tal cenário, em um período de aproximadamente dois meses, foram notificadas cinco indicações de amputação de membro inferior.

A equipe de PSF ficou bastante preocupada com o quadro apresentado, haja vista a possibilidade de evitar as complicações do diabetes, através de medidas de prevenção secundária. Então, foi necessário estruturar a atenção ao portador de diabetes. Inicialmente, os agentes comunitários de saúde (ACS) fizeram um cadastro para identificar as pessoas acometidas. A equipe buscou, principalmente com as visitas domiciliares, uma aproximação com essas pessoas a fim de conhecê-las melhor em seu cotidiano. Neste contexto, a formação de grupos operativos, além de promover o conhecimento sobre a abordagem da doença, criou espaços para o compartilhamento de experiências vivenciadas com o adoecimento.

Nos momentos de contato com os portadores de diabetes – na consulta, no grupo ou no domicílio – busquei compreender a percepção deles acerca do processo saúde-doença em seus relatos e expressões corporais. Nesse caminhar, sensibilizada com a experiência dos portadores de diabetes, aproximei-me do seu mundo-vida e dos sentidos e significados que cada um dava às suas vivências.

Ao estreitar os laços com os portadores de diabetes e familiares fui percebendo que o autocuidado não decorria exclusivamente da quantidade de informações obtidas, nem das “pressões” exercidas pela família e/ou por profissionais de saúde, pois por trás daquele “corpo afetado” estava o sujeito com toda a sua subjetividade, história e possibilidades. Recordo-me de um senhor, que ao apresentar uma úlcera no pé, vivia uma situação conflitante: temia ter sua perna amputada, contudo não seguia todos os cuidados recomendados devido ao fato de seu trabalho, como taxista, ser a única atividade provedora de renda para a família. Essa e outras histórias fizeram-me atentar para o corpo-sujeito no diabetes e a refletir sobre a desvinculação existente entre a doença e o sujeito que adoecer.

Nesse sentido, parecia que os portadores de DM não estavam preocupados apenas com seu corpo, sob o ponto de vista biológico, e sim com sua vida integralmente, pois não percebiam dicotomia entre corpo e alma. Dessa experiência, comecei a perceber a subjetividade relacionada ao enfrentamento da doença e alguns aspectos começaram a emergir como fenômeno a ser desvelado. Interrogava-me acerca da maneira como o portador de DM tipo 2 percebe sua corporeidade¹ frente à doença e como esta se insere na sua trajetória de vida.

É fato que desde a transição epidemiológica ocorrida no último século, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) têm sido um relevante problema de saúde pública, mundialmente. Estas apresentam altas taxas de prevalência e de morbi-mortalidade, sobretudo nos países em desenvolvimento. No Brasil, as DCNT, especificamente hipertensão arterial e diabetes, constituem o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de morte no país (BRASIL, 2002).

Neste contexto, destaca-se o diabetes *mellitus* (DM) enquanto síndrome metabólica multifatorial e complexa, responsável por alto índice de morbi-mortalidade. Estima-se que em 2025 serão cerca de 300 milhões de pessoas com diabetes no mundo. Este número correspondia a 30 milhões em 1985 e a 135 milhões, em 1995. No Brasil, a prevalência do diabetes é de 7,6 % na população adulta, destes cerca de 90% correspondem ao DM tipo 2 (BRASIL, 2002).

Alguns estudos apontam para um crescimento exponencial do DM tipo 2. Sartorelli e Franco (2003, p.2) afirmam que a doença está “adquirindo características epidêmicas em vários países, particularmente os em desenvolvimento”. Faz-se relevante considerar que associado ao DM tipo 2 surgem as complicações da doença, como: afecções cardiovasculares, cegueira,

¹ Corporeidade refere-se à visão antidual corpo-mente. Será explicitado no capítulo seguinte.

insuficiência renal, problemas ligados à atividade sexual, amputações não traumáticas de membros inferiores, entre outras. Segundo Gross e Nehme (1999), não há dados populacionais sobre a prevalência das complicações crônicas do diabetes no Brasil, porém estima-se que sejam altos; os autores afirmam ainda que essas complicações representam as principais causas de morbi-mortalidade em portadores de diabetes.

Portanto, dentre os desafios da saúde pública frente ao diabetes destacam-se a prevenção primária, que busca evitar a ocorrência de casos novos, e a prevenção secundária, cuja finalidade é evitar o surgimento de complicações e a progressão do quadro clínico da doença.

Quanto à prevenção secundária, estudos randomizados, tanto em DM tipo 1 como em DM tipo 2, associam a redução das complicações crônicas ao bom controle metabólico. Assim, esforços vêm sendo empreendidos no sentido de estimular mudanças no estilo de vida, principalmente quanto à alimentação e à atividade física. Contudo, nota-se que a adesão às propostas ainda é discreta. No Brasil, 22,3% dos portadores da doença, mesmo sabendo o diagnóstico, não seguem nenhum tipo de tratamento (BRASIL, 2002).

Pressupõe-se assim que apenas a informação acerca de medidas preventivas não é o bastante para evitar o aparecimento de complicações da doença. Rodrigues (2004, p. 2) afirma:

O modelo clínico de atenção ao adulto diabético vem demonstrando que os investimentos no controle das descompensações, apesar de melhorarem o índice de conhecimento dos doentes, pouco tem influenciado no sentido de gerar mudanças efetivas para um estilo de vida mais saudável, evitando um distanciamento entre os investimentos na atenção e os resultados obtidos.

Desta forma, apesar do crescente número de iniciativas voltadas para o controle do diabetes tipo 2 na rede básica, especialmente em atividades grupais, as mudanças no estilo de vida e a postura de autocuidado ainda são discretas. Em um estudo transversal, Rivera e Soledad

(1996) encontraram uma porcentagem significativa de pessoas inseridas em um programa de controle de diabetes que obteve classificação média e baixa para o autocuidado. Outras pesquisas apontam para resultados semelhantes (GROSS e NEHME, 1999).

Além do tratamento medicamentoso muitas vezes necessário – freqüentemente com aplicação diária de insulina – também são indicadas mudanças nos hábitos de vida. Assim, frente à evolução crônica e às incapacidades que podem advir da doença, uma nova postura em relação ao cuidado com o corpo deve ser incentivada, como dieta e atividade física, por exemplo.

Nesse sentido, profissionais de saúde insistem na indicação do estilo de vida ideal a ser seguido e em estabelecer regras para viabilizar o controle metabólico do DM tipo 2, sem, no entanto, levar em conta o sujeito que vivencia a doença. Em relação a isso, Landowski (1996) considera que depois de instalada e confirmada a enfermidade, os donos legítimos do corpo passam a ser tidos como meras testemunhas das decisões a serem tomadas com o corpo-objeto, ou melhor, com a sua parte que está “passando mal”. Contudo, tais medidas freqüentemente falham, indicando que o esforço das equipes de saúde da rede básica na atenção ao portador dessa doença parece não ser suficiente para promover o autocuidado.

Não obstante as mudanças que o diabetes traz àquele que o vivencia, a magnitude da doença para o sistema de saúde, a demonstração factual das falhas na abordagem hegemônica dada ao problema, a ampliação no enfoque de atenção à saúde têm sido negligenciada. A fragmentação na visão de homem direciona a atenção à saúde do portador de diabetes apenas para o corpo mecanicista (obesidade, retinopatia, lesões, pé diabético, glicemia, disfunção sexual, entre outros), não indo ao encontro da natureza do homem enquanto sujeito, pois

desconsidera sua capacidade de adaptação e responsabilidade frente à vida, bem como a sua bagagem cultural.

A concepção mecanicista determina como é visto e tratado o corpo na modernidade e na idade contemporânea no contexto da saúde. O corpo é, muitas vezes, tomado como máquina: deve ser revisado, ter suas peças trocadas, para que se restaure o bom funcionamento ou o retorno eficaz ao mundo de produção e consumo (POLAK, 1997). Nesse contexto, perdem-se de vista a vivência singular e o processo de significação do sujeito. Campos (2004), interpretando Illich, afirma que os avanços na tecnologia médica substituíram um programa de saúde que integrava aspectos técnicos, sociais e simbólicos por um código de referência no qual há perda de autonomia da pessoa doente, pois sua dor e sofrimento são esvaziados de significado pessoal.

Ao realizar uma revisão de literatura sobre diabetes e corpo/corporeidade, constatei uma evidente priorização dos aspectos fisiopatológicos e de controle da doença. O corpo é tratado basicamente sob o enfoque mecanicista, como local que abriga a doença. Há estudos sobre autocuidado e grupos operativos, a maioria numa abordagem quantitativa e com ênfase no grau de conhecimento sobre o diabetes (RIVERA e SOLEDAD, 1996; GROSS e NEHME, 1996). Encontrei algumas pesquisas, de abordagem qualitativa, com autoria de enfermeiras: Baptista (1992) fez um estudo sobre a fenomenologia do existir diabético, Pinho (2000) estudou a educação no cotidiano da pessoa diabética, Campos (2004) buscou a compreensão do processo de adoecimento crônico, Coelho (2005) abordou a depressão na pessoa diabética. Pouco se sabe acerca da subjetividade dos portadores de DM tipo 2, e não encontrei pesquisa científica, no enfoque fenomenológico, sobre o tema “corpo e pessoas acometidas pelo diabetes”.

Assim, na tentativa de ampliar os limites de visão de homem para além da dicotomia corporeamente, torna-se relevante compreender a corporeidade como o modo de ser do homem e a essência expressada pela pessoa para relacioná-la ao cuidado do portador de DM tipo 2. Freitas (1999, p.35), interpretando Merleau-Ponty, afirma que corporeidade “é o corpo unidade, não o corpo pensado, representado, mas o corpo sentido, vivido”.

Compreender a corporeidade permite-nos pensar o ser humano em sua autonomia e intersubjetividade, numa visão global de homem. A ampliação da consciência de situação de corporeidade no processo saúde-doença é relevante na abordagem ao portador de diabetes, pois se compreendendo melhor a vivência do outro, torna-se possível uma interação significativa com ele.

Diante do exposto, volto-me para o portador de DM tipo 2, com o objetivo de compreender os significados atribuídos por eles à sua corporeidade. Algumas questões são lançadas: Como os portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 vivenciam sua corporeidade? Quais significados eles atribuem à sua corporeidade?

Início a dissertação com o relato da minha vivência profissional de aproximação com a corporeidade do portador de diabetes. Contextualizo a temática e esclareço o objetivo da pesquisa. No discurso teórico, abordo, de maneira sucinta, o corpo ao longo da história ocidental, dos gregos aos contemporâneos; trago reflexões acerca do acometimento por uma doença-crônica não-transmissível; em seguida, aproximo a temática corpo à vivência do diabetes; e por último, esclareço alguns aspectos do diabetes *mellitus* tipo 2. No capítulo 3, abordo o referencial teórico-metodológico da fenomenologia, discorro sobre suas características metodológicas, além de explicitar o percurso metodológico desta pesquisa. O

capítulo 4 contempla a análise compreensiva e interpretativa dos dados, e consta das seguintes categorias e subcategorias: 4.1 A concretude da doença no corpo: 4.1.1 O diabetes não manda recado e 4.1.2 O corpo sinalizado pela doença; 4.2 Corpo e diabetes no cotidiano da vida: 4.2.1 O cotidiano com o diabetes: “Você tem que tá sujeito” e 4.2.2 O cotidiano no mundo-com-o-outro e 4.3 A arte do enfrentamento: 4.3.1 Em busca de compreensão do adoecimento, 4.3.1.1 As causas da doença e 4.3.1.2 A classificação da doença e 4.3.2 A resiliência: “Vou levando a vida e querendo viver mais e mais”. Por fim, apresento algumas considerações sobre o desvelamento perspectival do fenômeno estudado, trazendo reflexões sobre novas possibilidades na abordagem à pessoa portadora de diabetes.

2 DISCURSO TEÓRICO

“O meu corpo é um jardim, a minha vontade o seu jardineiro”.

William Shakespeare

2 DISCURSO TEÓRICO

2.1 O corpo ao longo da história ocidental: Dos gregos aos contemporâneos

Segundo Alves, V. (2003), falar de corpo compreende desafio, dor e intranqüilidade. Para Sant'Anna (1995), falar de corpo é abordar, ao mesmo tempo, o que se passa fora dele, ou seja, os aspectos sócio-culturais, e, sobretudo implica em repensar o projeto antropológico desde os gregos aos contemporâneos (SANTIN, 1992).

É na Grécia Arcaica (séculos VIII e VI a.C.) que encontramos as raízes da busca de compreensão do “ser homem”. O discurso antropológico é inaugurado com Diógenes de Apolônia, provavelmente o primeiro a considerar o homem nas dimensões corporal-espiritual (ALVES, V., 2003).

Na Idade Clássica, Sócrates volta sua atenção para o humano e introduz a noção de *psique*. Este filósofo afirma a superioridade moral da alma. Contudo, é no pensamento de Platão que a ruptura corpo-mente será mais expressiva. Para ele, a alma é divina e sede de todo conhecimento. Por outro lado, o corpo é mortal, sede de paixões desnecessárias e desprovido de inteligência. Nota-se em Platão a concepção de corpo vilão, inimigo da alma e do conhecimento.

Ainda na Idade Clássica, os gregos cultuavam os corpos belos, que eram sinônimo de virilidade, fertilidade e de interesse do Estado (SIEBERT, 1995). As esculturas dos deuses do Olimpo ilustram bem tal fato.

No Período Medieval, o forte domínio da Igreja Católica, influenciou a visão de corpo como fonte de pecado e de toda decadência humana. Segundo Freitas (1999, p.17), “o corpo transformou-se em algo pecaminoso, devendo ser depurado para o salvamento da alma”. Competia à Igreja decidir quais castigos o corpo profano deveria receber através do processo da Santa Inquisição. Polak (1997, p. 55-6) afirma que “a subordinação do corpo ao espírito o inferioriza, pois passa a ser visto como prisão da alma e o responsável pelas faltas cometidas”.

Santo Agostinho é destaque neste período. Segundo Alves, V. (2003), não obstante a influência do neoplatonismo, em Santo Agostinho estão os pilares da reflexão do homem enquanto ser uno na narração da criação do homem, encarnação e ressurreição de Cristo. Ele busca no sagrado razões para justificar a união entre corpo, alma e espírito.

Não obstante a forte influência da Idade Média, assiste-se nos séculos XV e XVI a valorização das formas corporais na arte. Nesta época a morfologia era trabalhada com aparelhos de correção, corpetes e espartilhos. Desde a infância a forma do corpo era disciplinada por aparelhos. No século XVII, as cirurgias e as aparelhagens corretivas multiplicam-se. De acordo com Vigarello (1995, p.22) “o novo pensamento mecanicista emprega sua fecundidade sobre um corpo transformado ele próprio em máquina”. Segundo o mesmo autor, as peças corretoras são percebidas como de natureza idêntica às partes do corpo corrigidas.

Tal contexto é reflexo da relação que o homem da Idade Moderna estabeleceu com o *cogito* através do positivismo e empirismo. De um lado, Descartes representando a corrente racionalista, segundo a qual é no intelecto que reside toda inteligência; de outro, Bacon, como

principal nome da escola britânica, valorizava a observação como fonte de todo conhecimento.

Essas duas correntes de pensamento deixaram marcas na ciência moderna, inclusive na antropologia (ALVES, V., 2003). É a filosofia oficial consagrando a dicotomia corpo-mente. Pelo método analítico o todo deve ser dividido em partes para ser bem interpretado. Nesta tendência, os fragmentos do corpo vão requerer diferentes especialistas. Paralelamente a cada parte do organismo, cada vez mais detalhadamente estudada, há um distanciamento do sujeito em sua integralidade.

Neste contexto, La Mettrie, filósofo e médico inglês do século XVIII, desponta como ancestral do materialismo biologizante contemporâneo, como pontua Rouanet (2003). Ele iguala a condição humana à animal ao negar a alma transcendental. A alma é tão material quanto o corpo e constitui-se em uma função deste. O corpo deixa de ser um receptáculo da alma, uma vez que é auto-regulável e auto-suficiente, e conseqüentemente abre-se para a condição de objeto mercadológico. La Mettrie legitima, assim, o conceito de homem-máquina.

O século XIX é marcado pelo pensamento marxista, o qual questiona o mundo ideal, situando o homem no contexto histórico-social. “O corpo do homem em Marx é um corpo que se torna humano por sua atividade produtiva, isto é, pelo trabalho”, afirma Alves, V. (2003, p. 33). Considerando as relações de trabalho no capitalismo, esse corpo não se humanizou no trabalho, pelo contrário, tornou-se automatizado e cada vez mais exigido.

O limite imposto pelos aparelhos de correção da forma corporal dá lugar à prática de exercícios físicos. Estes supõem planificação de trabalho e acumulação de exercícios (VIGARELLO, 1995). Agora não é mais necessário aparelhos para o corpo, pois o próprio corpo se torna máquina. O corpo enquanto máquina pode e deve ser consertado.

Ao longo da história, o corpo vai sendo (re)fabricado de acordo com as aspirações de cada sociedade em um dado tempo histórico. Dos gregos aos contemporâneos, assistimos à fragmentação do homem em corpo e alma e à objetivação do corpo. Essa dicotomia ainda hoje repercute da religião ao setor da saúde, passando pela filosofia e pela antropologia.

A pós-modernidade evidencia a exacerbação do culto ao corpo, marcado por uma busca desenfreada de beleza, saúde e imortalidade. Para Featherstone (1991), o corpo aumenta seu valor de troca à medida que se aproxima da juventude, saúde, boa forma e beleza. Nossa sociedade criou um aparato consumista para atender a esse apelo: academias, intervenções estéticas, moda, medicamentos, cosméticos, entre outros. Neste contexto, a atividade física, as “ciências da saúde” e a biopolítica ganham cada vez mais espaço.

Na atualidade, a ciência tem-se ocupado em controlar a vida e a morte, desta forma, clonagens, experiências com células-tronco, detecção precoce de patologias pelo estudo do código genético, entre outros, constituem realidade, anteriormente colocada apenas como ficção científica. Parece que as perspectivas futuras de corpo estão engendradas exatamente em sua negação, no não ser corpo. Le Breton (2003), em “O adeus ao corpo”, discute o corpo cibernético e a inteligência artificial. Imune às doenças e à morte, destituído dos sentidos próprios aos humanos, este novo “corpo” computadorizado, cibernético, re-significaria a existência humana. Neste contexto, como afirma Santin (1994, p. 91): “Sem dúvida, voltar a

falar de corporeidade não pode ser um gesto de simples lembranças de vozes do passado, mas (...) significa sonhar uma imagem de homem com novos traços”.

2.2 Ser acometido por uma doença-crônica não-transmissível: Ruptura e elaboração

Alguns acontecimentos são marcos de ruptura na vida das pessoas, pois constituem vivências capazes de suscitar questionamentos voltados para a vida, de forma geral, e para a existência do sujeito, de forma particular. Dentre estes marcos estão alguns fatos históricos que influenciam muitas pessoas de maneira impetuosa, como as guerras, os atentados terroristas entre outros. Contudo, podem-se também ressaltar algumas ocorrências que também marcam rupturas na vida do sujeito, de maneira singular. São exemplos: a morte de um amigo ou familiar, a doença, a amputação de um membro, entre outros.

Em relação à ruptura trazida pela doença crônica não-transmissível, Campos (2004, p. 28) diz:

Uma vez diagnosticada, a doença crônica implica para o seu portador um processo a ser vivido ao longo da vida. Pode levar a perdas graduais no seu estado de saúde e envolver sentimentos relacionados a essas perdas, refletindo-se em conseqüências para sua vida cotidiana, seja nas relações afetivas, no trabalho, na preservação de sua auto-estima, enfim, na incerteza quanto ao *status* que lhe é atribuído a partir de então.

Ainda segundo Campos (2004), a partir do momento em que a pessoa reconhece-se diabética, a doença passa a fazer parte de seu referencial biográfico, seu caráter crônico promove uma ruptura na autobiografia. Nesse sentido, segundo Adam e Herzlich (2001, p.126), “a pessoa é golpeada em seu autoconceito”. Instala-se, portanto, uma crise de identidade. Daí o sentido dos questionamentos existenciais. A necessidade de adaptação à nova condição leva o sujeito a reelaborar, negativa ou positivamente, sua vida.

Convém ressaltar também o rumo incerto imposto pela DCNT. As possíveis complicações clínicas levam o doente a temer o rumo de sua vida. Em relação ao portador de diabetes (PINHO, 2000), denominou esse rumo incerto de “estar na corda bamba”, pois para os sujeitos de sua pesquisa, viver diabético significa tristeza, pavor, horror, depressão, medo, ansiedade e crueldade.

Este rumo incerto inclui o medo da morte. A fim de afastá-lo, alguns doentes optam por viver o presente, outros preferem acreditar que alcançarão a cura. Para o homem, o futuro é sempre essencial, daí o medo da morte, uma vez que a mesma priva o ser humano desse futuro projetado (COMTE-SPONVILLE, 1997). O ser humano tende a acreditar sempre numa felicidade futura, a projetar-se fora do tempo presente. Assim, viver com uma doença crônica marca profundamente a vivência do sujeito frente à temática morte.

2.3 Doença ou doente? Fragmentos de corpo ou corpo vivido?

A oficialização da dicotomia corpo-mente na filosofia de Descartes trouxe várias implicações para a sociedade, as quais ainda são fortes no mundo pós-moderno. Segundo Rajagopalan (1996), várias distinções binárias advêm da oposição corpo-mente, como por exemplo, significante-significado e sensibilidade-conhecimento. Esse mesmo autor afirma que o corpo sente, logo é frágil e passivo, podendo ser associado ao feminino; por outro lado, a mente pensa, assim é racional, intelectual e ativa, representando o masculino.

As ciências da saúde ou da vida evidenciam a concepção de corpo desprovido de sentido, supostamente separado do sujeito. Esta assertiva tem suscitado muitos questionamentos sobre a autenticidade e a autonomia da pessoa humana frente ao processo de adoecimento. O corpo

não é mais a pessoa, assim o dualismo funciona como paradigma da ação médica e decide sobre a existência do homem, logo tudo é permitido num corpo sem homem (LE BRETON, 1995). Instala-se o domínio do corpo objetivado, vida apenas orgânica, mas sem vivência.

Segundo Landowski (1996, p. 22), “basta a enfermidade. Uma vez declarada, se ela dura se se instala, se se confirma, ela vai rapidamente nos tornar a nós, legítimos donos desse nosso corpo, simples testemunhas (aliás, mais ou menos inoportunas) do que lhe sucederá”. Trazendo esta reflexão para o portador de doença-crônica, convém pensar este ser como testemunha de um processo que durará a vida inteira.

Para Laplantine (1991) a doença não pode ser reduzida à sua dimensão anátomo-fisiológica, pois ela faz parte da cultura e do social. O autor afirma a relação existente no imaginário das pessoas, inclusive dos profissionais de saúde, entre saúde e salvação: o médico, como sacerdote, define as regras, prescreve os comportamentos e ameaça e o cliente/paciente, como fiel, precisa obedecer às orientações e sentir-se culpado quando não seguir as regras. Esqueceu-se, portanto, que o ser humano continua sua vida após a doença crônica, como afirma Merleau-Ponty (1994, p. 581):

Freqüentemente nos espantamos de que o enfermo ou o doente possam suportar-se. É que para si mesmos eles não são enfermos ou moribundos... ele é tudo aquilo que vê, ele tem este meio de escape. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência de enfermo.

Dentro do enfoque existencialista, esse autor antepõe-se ao dualismo corpo-mente, pois isto leva a pensar o corpo em oposição à mente. A tradição filosófica propôs uma ruptura entre corpo e mente ao conceber o primeiro como mero invólucro do segundo. Esse sentimento de desprezo ao corpo, oficializado por Descartes, é contraposto por Merleau-Ponty através da concepção de corpo vivido ou corporeidade. Para ele, “a união entre a alma e o corpo não é

selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência” (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 130).

O corpo vivido difere daquele corpo concebido apenas enquanto conjunto de células, órgãos e sistemas, seja sob o enfoque anatômico, fisiológico ou patológico. Ladowski (1996) afirma que as ditas ciências da vida, de fato, concebem um corpo morto, já que é desprovido de alma, ou seja, é desconectado da realidade humana e social.

Não se trata de inverter a ordem de prioridades, mas de unificar corpo e alma, tendo em vista que o corpo não é um objeto sem interior ou apenas um receptáculo da alma. É nele que a existência humana e a consciência do mundo são demarcadas. É no corpo que o sujeito constrói suas relações com o mundo-da-vida. Desta forma, o corpo vivido pressupõe uma síntese entre existência biológica e existencial, entre mundo natural e cultural (MERLEAU-PONTY, 1994).

2.4 Diabetes *mellitus* tipo 2: Uma aproximação com a doença

A palavra diabetes significa “sifão” ou “passar através de” e *mellitus* vem de “açucarado, sacarino ou mel”. O nome da doença foi dado pelos antigos gregos para pessoas que se distinguiam por eliminar grande quantidade de urina apresentando açúcar (COSTA e ALMEIDA NETO, 1994). É, portanto, uma doença de conhecimento muito antigo. Todavia, sua magnitude no cenário de saúde pública resulta do processo de envelhecimento populacional associado às mudanças no estilo de vida causadas pela urbanização. Isso explica a concentração de uma maior tendência de elevação das taxas da doença em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a prevalência do diabetes é de 7,6 % na população

adulta (BRASIL, 2002).

O termo diabetes *mellitus* (DM) engloba um conjunto heterogêneo de causas e manifestações clínicas nas quais é comum a elevação da glicemia² ou hiperglicemia. Esse processo decorre da deficiência do pâncreas em produzir insulina, hormônio cuja função principal é a manutenção da glicemia dentro dos limites normais. Os receptores celulares de insulina também podem estar comprometidos no diabetes. As alterações relativas à insulina acabam por desencadear uma série de modificações no metabolismo, principalmente o da glicose, primeira fonte de energia para o funcionamento orgânico. A sintomatologia clássica é caracterizada por glicosúria (açúcar na urina), poliúria (micção freqüente e abundante), polidipsia (ingestão excessiva de água) e polifagia (apetite exagerado).

Cerca de 90% dos casos de diabetes correspondem ao DM tipo 2 (BRASIL, 2002)³. Este tipo de diabetes acomete principalmente pessoas acima de quarenta anos, podendo permanecer assintomático por muitos anos, uma vez que a deficiência de insulina é relativa. Contudo, no momento do diagnóstico, mais da metade dos casos já apresentam uma ou mais complicações da doença (MANLEY *et al apud* INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION, 2005).

Apesar das altas taxas de glicose no sangue, existe uma diminuição relativa ou absoluta de glicose no interior das células, o que provoca fraqueza e grande sensação de fome. Os transtornos causados pelo DM tipo 2 podem ter caráter agudo, como a queda brusca da glicose caracterizando o quadro de hipoglicemia. Todavia, nesse tipo de diabetes, as complicações crônicas são mais freqüentes. A hiperglicemia persistente, em longo prazo,

² Glicemia corresponde à taxa sangüínea de glicose, um tipo de açúcar.

³ No DM tipo 1 um processo autoimune de destruição de células pancreáticas leva a uma deficiência absoluta de insulina. Manifesta-se na infância ou adolescência.

pode provocar lesões no organismo. Primeiramente o sistema vascular é afetado. Depois coração, olhos, rins e sistema nervoso periférico podem sofrer danos. A progressão da doença é lenta, porém pode culminar em incapacidades, como cegueira, falência renal e amputações de membros. Entre 40 e 70% do total de amputações de extremidades são associadas ao diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION e WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Existe susceptibilidade genética para o diabetes tipo 2, contudo a manifestação da doença dependerá grandemente de outros fatores, como sedentarismo e obesidade (DEREK *et al.*, 1996). Assim, mudanças no estilo de vida, principalmente quanto à dieta e exercícios, contribuirão para a redução da prevalência da patologia.

O bom controle metabólico não garante totalmente a prevenção de complicações crônicas da doença. Existem pessoas que não irão desenvolver problemas associados ao diabetes, independentemente do controle dispensado. Porém, sabe-se que a adesão à dieta, a prática de exercício físico e a administração de hipoglicemiantes orais e/ou de insulina reduz significativamente as complicações mais severas decorrentes desse processo patológico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

“Tudo o que poderia existir já existe. Nada mais pode ser criado senão revelado”.

Clarice Lispector

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A busca da compreensão do ser humano e de suas relações sociais têm favorecido o desenvolvimento da abordagem qualitativa na pesquisa, uma vez que esta abordagem pressupõe a compreensão da realidade humana e social, contrapondo-se à explicação causal do positivismo. Propõe-se, assim, uma nova maneira de olhar e conhecer o mundo.

No final do século XIX, as discussões em torno do progresso científico estavam centradas no questionamento da legitimidade da aplicação do método positivista às ciências humanas. De um lado, a visão de Comte, Mills e Durkheim, segundo a qual os critérios objetivos do positivismo poderiam e deveriam ser utilizados na pesquisa social e humana. De outro lado, o grupo de idealistas, fundamentados nas idéias de Kant, propunha uma nova visão metodológica para as ciências do homem que contemplasse o entendimento interpretativo do ser humano.

Neste período, a Ciência Objetiva ocupava os espaços outrora da filosofia. Na Alemanha, os grandes sistemas filosóficos tradicionais encontravam-se em crise. Dentro deste contexto, Husserl, matemático e filósofo, propõe um encontro entre filosofia e ciência, afirmando que a impulsão filosófica deveria surgir das coisas e dos problemas e não das opiniões dos filósofos. Assim, nascendo da experiência comum, a filosofia poderia ser um assunto de todos e não apenas de poucos filósofos (DARTIGUES, 1992).

Na tentativa de resgatar o conhecimento como resultado da experiência humana, Husserl propõe o abandono das especulações metafísicas e o contato com as “próprias coisas”, ou

seja, a experiência vivida. Inaugura-se, dessa forma, a concepção atual de fenomenologia enquanto movimento filosófico e abordagem metodológica como esclarecem as notas de aulas proferidas por Martins *apud* Bicudo (1994, p.4):

Fenomenologia é, neste século, um nome que se dá a um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível, de pressupostos e de preconceitos.

Na abordagem fenomenológica, o fenômeno refere-se àquilo que se mostra à consciência, sendo anterior às conceituações e teorizações, existindo pré-reflexivamente. Nesse sentido, Husserl fala do “ir à coisa mesma”, que corresponde ao voltar-se para a vivência enquanto percebida por aquele que a vivencia.

De acordo com Husserl, retornar ao mundo pré-científico ou às coisas mesmas é ir ao encontro das origens do conhecimento, isto é, à gênese da apreensão fenomenal da experiência vivida pelo sujeito (ARANHA, 1997, p.149).

Dartigues (1992), interpretando Husserl, ressalta que todo fenômeno tem uma essência, a qual persiste não como realidade ou fato, mas como pura possibilidade para o sujeito. Cada pessoa interpreta o fenômeno à sua maneira singular de habitar o mundo e sob uma perspectiva. Assim, a essência não seria a “coisa” (a matéria), e sim o “ser da coisa”, sem o qual o fenômeno deixaria de existir.

Tais essências só existem na consciência, que por sua vez é “consciência de alguma coisa”. Esta consciência se dirige a um objeto, por isso é intencional. Segundo Bicudo e Espósito (1994, p.17), “consciência na fenomenologia é intencionalidade, é o estar voltado para... atentivamente”. A intencionalidade da consciência permite que um mesmo fenômeno seja contemplado sob diferentes perspectivas, tendo em vista o olhar do sujeito. Este postulado

ampliou a possibilidade de uma aproximação entre fenomenologia e questões existenciais do ser humano.

Merleau-Ponty, filósofo e psicólogo francês do século XX, avança além de Husserl ao contribuir significativamente para a inserção da visão existencialista na fenomenologia. Preocupado com as relações homem-mundo e não apenas com as essências fenomenológicas, volta-se para os conflitos da existência humana, estando particularmente interessado no mundo-vida humano como ele é vivido (BICUDO e ESPÓSITO, 1997).

Merleau-Ponty nega radicalmente a dicotomia sujeito-objeto, questionando tanto o idealismo, quanto o positivismo. A relação intersubjetiva torna-se inviável na tradição científica e filosófica moderna, na medida em que o outro é visto ou como um “amontoado de células” ou como um “eu penso”, único e total, incapaz de sair de si e encontrar-se com o próximo. O autor toma a experiência corporal como resgate da unidade homem-mundo, como afirma Chauí (1980).

Dentre os fenomenólogos, destaca-se também Heidegger, este, enquanto sucessor de Husserl, avança na condição ontológica do ser-humano. Heidegger buscou a compreensão do “ser” a partir da dimensão temporal, dedicando-se às temáticas existencialistas, como o cuidado, a morte, o medo, a angústia, a autenticidade e a inautenticidade da existência.

A fenomenologia retorna às origens perceptivas, ressaltando que “a experiência da percepção é nossa presença no momento quando as coisas, as verdades, os valores são constituídos para nós” (MARTINS e MACHADO, 1997, p. 27). Assim, a percepção é vista como o primeiro acesso às coisas e o fundamento do conhecimento, possibilitando a imanência dos sentidos. A

apreensão fenomenal ser-mundo somente é possível através do ato perceptivo. Este tem origem na consciência do sujeito, contudo, não é abstrato ou operação do intelecto. A percepção não é somente psicológica, pois se apresenta num horizonte e no mundo-da-vida.

Na fenomenologia, a compreensão das percepções está ligada à significação dada pelo sujeito aos fenômenos no mundo-da-vida. Este é retratado pela fenomenologia como o local onde os sentidos e significados são constituídos subjetiva e intersubjetivamente. Ressalta-se, contudo, que não se pode entendê-lo enquanto espaço físico concreto, pois o mundo-da-vida existe singularmente para cada sujeito e é onde se dá a intersubjetividade. Para Merleau-Ponty (1994, p.14), “o mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que vivo, sou aberto ao mundo, me comunico indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável”. Daí advém a diversidade de significações.

Corpo, linguagem e relação homem-mundo revelam-se na ambigüidade da existência. Assim, na fenomenologia, as grandes questões da existência humana passam a ser vistas como uma dialética sem síntese, como afirma Espósito (1997, p.139):

Haverá sempre no comportamento humano, um lugar para duplos significados, para reversões, para verdades opostas e inseparáveis e para possíveis compreensões, pois do mundo o homem tem somente perspectivas.

Diante do exposto, ressalto que a fenomenologia traz à tona a possibilidade de compreensão do ser humano em seu mundo vivido, em seu universo de significações, afirmando a riqueza dos fenômenos em múltiplas perspectivas.

3.1 A Fenomenologia como método

A abordagem fenomenológica é constituída de três momentos: descrição, redução e compreensão/interpretação. Estes momentos não seguem necessariamente uma ordem seqüencial ou linear, mas estão entrelaçados, imbricados. Podem coexistir, por conseguinte, no decorrer da pesquisa.

No momento da descrição fenomenológica, o pesquisador aproxima-se do fenômeno em busca do desocultamento da experiência dos sujeitos, em um movimento atento e empático. A descrição deve ser mantida na forma apresentada pelo sujeito da pesquisa, pois em se tratando de uma experiência consciente dispensa teorização e formulação prévia por parte do pesquisador (MARTINS e MACHADO, 1997). Desta forma, a experiência vivida será descrita de maneira livre, espontânea e irrefletida. A descrição fenomenológica consiste no ir-à-coisa-mesma e requer do pesquisador o voltar-se atentamente para os processos comuns de pensamento e linguagem, ao pré-reflexivo.

É o invisível se mostrando, tornando-se visível. Para tanto, solicita um ver e uma consciência atenta que veja. É a experiência fundante do pensar fenomenológico. “É o livrar-se de pré-conceitos, ou seja, de conceitos prévios que estabeleçam o que é para ser visto” (BICUDO, 1994, p.18-9).

O segundo momento metodológico é a redução fenomenológica, no qual o pesquisador busca as essências do fenômeno presentes nas descrições. Nesse momento a consciência natural ou imediata é colocada entre parênteses, ou seja, o pesquisador se distancia de preconceitos e teorias. É quando há um trabalho reflexivo para que as essências sejam identificadas.

Husserl falou primeiramente em redução eidética, na qual o fenômeno seria colocado em suspensão para possibilitar o surgimento de idéias ou sentidos. Mais tarde ele introduziu as reduções transcendentais, voltadas para a correlação essência e consciência. Merleau-Ponty, contudo, afasta-se do idealismo transcendental ao aproximar consciência e mundo. Na concepção existencialista merleau-pontiana, o homem não pode ser reduzido a uma consciência fechada em si mesma, visto que na condição de ser-ao-mundo ele abre-se aos outros. Assim, Merleau-Ponty (1994, p.10) afirma que “o maior ensinamento da redução é a impossibilidade de uma redução completa”, tendo em vista o caráter perspectival dos fenômenos e a própria dimensão existencial do ser humano. Fala-se então de redução fenomenológica.

Pela redução, chega-se aos significados atribuídos à vivência. Ressalta-se que, apesar desses significados não pertencerem diretamente ao mundo-vida do pesquisador, eles são respostas às indagações deste, guardando relação com o seu pré-reflexivo acerca do fenômeno em estudo. Na fenomenologia, a dualidade sujeito-objeto é rejeitada, pois ao contemplar o universo das significações há um retorno ao subjetivo, ao ser humano, numa relação do tipo sujeito-sujeito.

O terceiro momento da metodologia fenomenológica é a compreensão/interpretação, visto que os fenômenos humano-individuais ou coletivos requerem uma dimensão compreensivista quando estes exprimem intencionalidade. No tocante a isso, para a fenomenologia existencial:

Compreender é reapoderar-se da intenção total, não apenas aquilo que são para a representação “propriedades” da coisa percebida. (...) Mas a maneira única de existir que se exprime num comportamento único em relação ao outro, à natureza, ao tempo e à morte, uma certa maneira de pôr forma no mundo que o historiador deve ser capaz de retomar e de assumir (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 16).

No estudo fenomenológico, a verdade não é absoluta e o conhecimento é interpretativo. Assim, os fenômenos podem ser desvelados sob infinitas possibilidades, abrindo-se a novos e inesgotáveis questionamentos.

3.2 O percurso metodológico

A fenomenologia se inscreveu como percurso metodológico a ser seguido, uma vez que este enfoque permite a compreensão da estrutura de vivência, possibilitando a apreensão de sentidos e significados de um fenômeno a partir daqueles que o vivenciam. Assim, a percepção de corporeidade para o portador de diabetes *mellitus* tipo 2 emergiu dos próprios sujeitos que experienciam o processo de adoecimento.

A escolha dos sujeitos teve como critérios pessoas que fossem portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2, com idade acima de 40 anos, sabidamente doentes há mais de dois anos e que estivessem dispostas a compartilhar suas vivências comigo. Há uma maior prevalência da doença em pessoas acima de 40 anos (BRASIL, 2002), o que justifica a opção por esta faixa etária. O tempo de convívio com a doença foi estabelecido como critério de inclusão uma vez que o diabetes requer do sujeito um período de reelaboração da realidade de vida, pois enquanto doença crônica golpeia a pessoa em seu autoconceito (ADAM e HERZLICH, 2001).

O contato inicial com os sujeitos foi feito em um Centro de Saúde da Regional Venda Nova, em Belo Horizonte, durante o acolhimento⁴ e através da indicação do agente comunitário de saúde, na área de abrangência. O contato foi facilitado porque eu atuava em uma equipe de

⁴ Acolhimento é uma estratégia de escuta sensível das demandas e necessidades dos usuários implantada na rede básica de saúde de Belo Horizonte, em 1996, a fim de garantir o acesso a serviços humanos, resolutivos e de qualidade (SMSA/BH,1997, p.1).

PSF dessa unidade de saúde. Assim, não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa. Ao contrário, as pessoas convidadas mostraram-se interessadas, cooperativas, expressando satisfação e até surpresa em poder contribuir com seus depoimentos. Muitas falaram de sua “simplicidade” e do baixo nível de escolaridade. Eu, então, ressaltava a relevância do depoimento espontâneo de quem vivencia o fenômeno.

A entrevista fenomenológica respeita o espaço-tempo do entrevistado para captar sua maneira de vivenciar o mundo; não busca, portanto, relações causais (CARVALHO, 1987). Com a questão norteadora “*Como o senhor(a) se percebe vivenciando essa doença?*”, fiz o teste piloto para averiguar a adequação da pergunta à compreensão dos sujeitos do estudo. Contudo, percebi que seria necessário reelaborar a questão, uma vez que não respondia à minha inquietação. Desta forma, não incluí esse depoimento na análise. Assim, a questão norteadora do estudo foi reformulada para: “*Conte pra mim: como o senhor(a) percebe o seu corpo após o diabetes?*” Para facilitar a compreensão da questão norteadora optei pela palavra “corpo” ao invés de “corporeidade”.

O tema percepção de corporeidade em pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2 levou-me a pensar na pertinência e riqueza da linguagem não-verbal, assim no momento do encontro, busquei a expressividade dos gestos, a tonalidade da voz, o silêncio, entre outras manifestações do ser. As pausas, os suspiros e o olhar também faziam parte dos discursos. Muitas vezes, o silêncio, a postura corporal e os gestos falaram mais expressivamente que as próprias palavras. Assim, utilizei da observação livre no momento da entrevista.

O número de sujeitos na abordagem qualitativa não pode ser estabelecido *a priori*, pois nela os dados deverão ser buscados até que o pesquisador se declare satisfeito, considerando a

saturação dos dados e o momento em que os depoimentos mostram-se coincidentes. Neste estudo, foram realizadas 14 entrevistas, sendo que a primeira (teste piloto) não foi analisada, conforme explicitado anteriormente.

Os encontros ocorreram no período de junho a agosto de 2005, em local e horário acordados com os sujeitos do estudo, respeitando sua preferência. Assim, a maioria das entrevistas foi realizada em suas residências e algumas no Centro de Saúde. Uma delas foi realizada no estabelecimento comercial de um dos participantes do estudo. Ressalto que todas as entrevistas foram individuais.

Após esclarecer sobre o objetivo da pesquisa, com bases na resolução 196/96, fornecia aos sujeitos do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), com informações quanto ao objetivo do estudo, à garantia de anonimato, ao consentimento escrito e permissão para utilização do gravador na entrevista, bem como de que não teriam despesas decorrentes do estudo. Foi também informado aos entrevistados da liberdade que teriam de interromper sua participação no estudo em qualquer momento, bem como do uso exclusivo dos resultados para fins científicos. O termo foi lido sempre em minha presença, para esclarecimentos de dúvidas.

Ao término de cada entrevista, perguntava se ele(a) gostaria de ouvir a gravação. Todos quiseram e ouviram atentamente parte do depoimento. A primeira pessoa entrevistada ficou emocionada, pois no passado havia trabalhado em uma emissora de televisão, como jornalista prático. Após a entrevista, ele fez questão de me mostrar um artigo de jornal da época. Hoje, encontra-se cego, devido à complicação do diabetes.

Um dos sujeitos do estudo procurou-me um dia após a entrevista, perguntando-me se seu depoimento estava correto. Disse que conversou com o filho e gostaria de prestar novo depoimento, melhor elaborado. Agradei e falei da importância da espontaneidade do depoimento no tipo de pesquisa que estava fazendo.

Realizei a transcrição de cada depoimento logo após a realização da entrevista, procurando atentamente as significações do sujeito em sua totalidade, inclusive conjugando o depoimento às expressões não-verbais observadas no momento da entrevista. Os depoimentos são acompanhados por uma breve caracterização de cada sujeito do estudo (APÊNDICE B).

O intervalo entre as entrevistas não foi pré-estabelecido, pois dependeu do tempo necessário a essa primeira etapa da análise e da disponibilidade dos sujeitos do estudo para o agendamento do encontro. De modo geral, esse intervalo foi diminuindo à medida que os depoimentos se tornavam coincidentes. Encerrei a coleta de dados após a saturação dos dados.

Após uma visão global dos depoimentos fiz leituras sucessivas de cada texto na íntegra, assinalando as unidades de significado em negrito e numerando-as por ordem de ocorrência no depoimento. Nesse processo, aproximei-me intuitivamente dos sujeitos, em uma interação viva, do tipo sujeito-sujeito.

Após a obtenção das unidades de significado, num movimento dialógico e empático, transporte as expressões espontâneas dos sujeitos para uma linguagem articulada. Assim, as unidades de significado deram origem às unidades de significado transformadas (APÊNDICE C). Num exercício cuidadoso, foi necessário retornar várias vezes aos depoimentos a fim de garantir a fidelidade aos sentidos atribuídos pelos sujeitos.

A redução fenomenológica permeou toda a minha trajetória de compreensão do fenômeno em estudo, possibilitando a apreensão do significado de corpo para o portador de diabetes *mellitus* tipo 2. Para tanto, retomei a leitura cuidadosa de cada uma das unidades, agrupando-as segundo semelhanças, através da convergência das falas. Desta forma, as unidades de sentido transformadas foram agrupadas em sete temáticas de análise. Após novas convergências de sentido, as mesmas deram origem a três grandes temáticas ou categorias abertas (APÊNDICE D). Assim pude contemplar, na diversidade dos depoimentos, a estrutura do fenômeno ou horizontes de uma mesma experiência vivida. Ressalto, contudo, que a compreensão de corporeidade para o portador de diabetes só foi possível mediante uma visão total, unitária e integradora do fenômeno, como afirma Keen (1979, p. 34).

No capítulo de análise, optei por colocar fragmentos das falas dos sujeitos, a fim de compartilhar com o leitor a “beleza” do depoimento espontâneo. Respeitei a oralidade dos sujeitos, com os regionalismos, as reticências e as entonações do discurso. Para garantir o anonimato, os sujeitos do estudo receberam pseudônimos. Escolhi nomes frequentes no cenário brasileiro, excluindo aqueles presentes entre os participantes da pesquisa para evitar analogias.

4 Análise compreensiva e interpretativa dos dados

“Aprender a ver as coisas é adquirir um certo estilo de visão, um novo uso do corpo próprio”.

Merleau-Ponty

4 ANÁLISE COMPREENSIVA E INTERPRETATIVA DOS DADOS

4.1 A concretude da doença no corpo

O recebimento do diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 mostra-se insuficiente para concretizar a experiência de adoecimento, pois esta se revela como fenômeno que engloba a relação entre o sujeito e o visível e invisível da patologia. A corporeidade do sujeito aproxima-se do diabetes em uma espécie de duplo desvelamento, que compreende o conhecimento do diagnóstico e a sinalização da doença, principalmente por meio de complicações crônicas da doença.

4.1.1 O diabetes não manda recado

Não obstante o caráter crônico do diabetes com lenta evolução, um momento pontual de instalação da doença freqüentemente é percebido pelos sujeitos portadores da doença. O diabetes surge então, como uma ingrata surpresa da existência, como um acontecimento acidental e repentino.

“A diabetes é assim, ela não te manda recado, “oh vou entrar em você tal dia”. Eu levei um susto muito grande, no dia que eu fui fazer exame e eu vi 205, eu falei gente do céu, eu x com isso tudo!” (Joel).

Situações estressantes, como um grave acidente de trânsito envolvendo vítimas, acidente com o filho, parto, internações e cirurgias são assinalados como eventos desencadeantes da doença, como expressa Moacir:

“Eu até acho que é mais emocional porque meu filho sofreu um acidente, teve uma época que eu passei um bom tempo com ele no pronto socorro. Aí então, eu vi o sofrimento dele e fiquei muito nervoso. Daí então é que eu fui no médico e minha

glicose tava muito alta”.

Tal assertiva vai ao encontro do estudo de Garcia (2004), que afirma que os portadores de diabetes relacionam o surgimento da doença especificamente ao enfrentamento repentino de uma situação difícil e inesperada.

Muitas vezes, o sujeito experiêcia o diabetes após a manifestação de suas complicações, percebidas como sinalização da doença. Foi expressiva nos depoimentos a menção desses eventos como marcos de desocultamento da doença, não obstante a afirmação de conhecimento prévio dos elevados níveis glicêmicos.

“Em 1998, em outubro, eu tive uma úlcera supurada e devido a essa úlcera, eu tive uma hemorragia que eu coloquei muito sangue pra fora, complicou. Foi aí que eu fiquei sabendo que eu tinha diabetes. A diabetes ajudou o problema de estômago” (Joel).

A inserção do diabetes na trajetória de vida da pessoa não é percebida necessariamente no momento do recebimento do diagnóstico. O tempo cronológico, abstrato e impessoal no qual o diagnóstico foi efetuado parece não ter relação direta com o tempo vivido pelo sujeito ou tempo *kairos*. A atribuição de significados ocorre no movimento da existência e a apreensão fenomenal se dá de maneira progressiva. Como afirma Leeuw (1964), o fenômeno se revela progressivamente para o sujeito.

Assim, parece haver um período de “esquecimento”, de afastamento em relação ao diagnóstico inicial do diabetes, como apontam os depoimentos abaixo:

“Toda vida, antes de descobrir essa doença descobri o problema da glicose, fiz o exame da glicose eu tinha 22 anos (...) Um dia eu trabalhava no Hospital X, então as meninas brincando com a glicemia, então faz o meu também só que deu 204. Falei ‘Santo Deus!’, eu assustei. Aí eu comecei a dieta mesmo, de lá pra cá” (Regina).

“Fiz tratamento e tal, daí fiquei mais ou menos uns dois anos sem ir ao médico. Depois voltei, tive um acidente, bati o carro e fiquei muito emocional, nervoso com o

que aconteceu, tava muito cheio de gente, quase que teve vítima. Aí então, voltei ao médico, alterou de novo” (Moacir).

A percepção do diabetes na corporeidade dos sujeitos da pesquisa aponta para uma espécie de duplo desvelamento: o recebimento da confirmação da doença por exames laboratoriais e a sinalização concreta da doença, geralmente anos mais tarde. Contudo, alguns sujeitos vivenciam a inserção da doença em suas vidas de uma maneira mais contundente e brusca. Há coincidência entre os dois momentos mencionados, pois se descobrem portadores de diabetes justamente quando estão vivendo uma luta pela vida devido às intercorrências agudas ou complicações crônicas da doença já instaladas.

“É no CTI do Hospital X é que descobriu. Eles me cortaram aqui oh (mostra cicatriz em braço esquerdo) que era pra descobrir veia, mas não era, foi aí que descobriu” (Antônia).

4.1.2 O corpo sinalizado pela doença

Como mencionado anteriormente, o diabetes pode manter-se em silêncio por um longo tempo, o que possibilita ao sujeito omitir sua condição de portador e manter sua vida quase que inalterada. Célia, 48 anos, afirma não perceber sintomas da doença. Ela tem conseguido o controle da doença, ao contrário dos demais sujeitos do estudo e nunca esteve internada por complicações do diabetes. Era obesa, mas há alguns anos mantém um peso ideal.

Nesse contexto, Célia julga difícil falar do diabetes: *“A respeito do diabetes é difícil porque eu não sinto muita coisa não”*? Seu depoimento é marcado por paradoxos; de um lado, o diabetes e, de outro, a labirintite, as varizes, a menopausa, a idade, entre outros. A todo tempo, há uma busca de explicações para as alterações percebidas em seu corpo e o diabetes aparece como provável coadjuvante nesse processo, mas há sempre uma outra causa mais

concreta.

“Esses sintomas que eles falam da diabetes eu nunca senti mesmo nada assim que eu notasse que desse muita diferença sei que eu emagreci, fora disso eu não sei assim explicar se tem alguma coisa diferente”.

É a doença ainda “invisível”, sem manifestações para o sujeito. Não há um agente causal (vírus, bactéria, fungo etc) e em sua fase inicial, o diabetes não necessariamente apresenta sintomas. Como enfermeira, ouço frequentemente dos portadores de diabetes: *“dizem que eu tenho diabetes, mas não sinto nada”*. É “apenas” o aumento da taxa de glicose no sangue. Adam e Herzlich (2001, p. 24) salientam que:

...à diferença do que acontecia com várias doenças do passado, que deixavam marcas sobre o corpo (os bubões da peste ou as marcas permanentes deixadas pela varíola), as doenças crônicas não são acompanhadas de sintomas diretamente visíveis.

Os autores referem-se ao não surgimento de sinais nas doenças crônicas, pois não obstante ao relato de queixas ou sintomas, nem sempre ocorrem marcas visíveis no corpo. No diabetes isso se aplica, pelo menos, em seu estágio mais inicial quando a doença afeta as funções orgânicas, mas não a sua aparência.

Em dado momento, os sintomas começam a causar mais incômodo. Alterações na visão, dor em membros inferiores, cansaço e vertigem são expressivos nos depoimentos. Todavia, diminuição da capacidade de memória, danificação dos dentes, “boca seca”, alterações no suor e diurese, sede em excesso, entre outros, são também mencionados.

“Eu passei a sentir muitas dores, na perna, circulação nas pernas, pés gelado, problema de vista, as pessoas começam a ter problemas de vista, começa a enxergar mal” (Marcos).

“E o que eu sinto... minhas vistas, de perto eu enxergo, de longe só enxergo aqui assim (mostra a distância que consegue enxergar bem, aproximadamente 50 cm). Eu acho que é por causa da idade e da diabetes” (Antônia).

A relação do sujeito com a sintomatologia da doença não se mostra objetivamente. O reconhecimento desse conjunto de sintomas do diabetes, no olhar do portador da doença, não advém de um processo cognitivo acerca dessa patologia. Não deriva, portanto, da dualidade causa-efeito, nem se limita a aspectos fisiopatológicos, pois se revela na existência humana.

Neste sentido, quando o senhor Francisco, idoso, ex-tropeiro da Bahia, fala da dor trazida pela doença, ele não se refere somente à dor física. Toda sua corporeidade expressa a dor de sentir-se limitado por uma doença e pela idade avançada. Todo o seu corpo manifesta o significado da “*doragem que não passa*”, do “*corpo fraco*”, contrapondo-se ao corpo sadio e ativo, bem preparado para o trabalho, de antes do adoecimento.

“Eu percebo meu corpo mais fraco. Antigamente eu trabalhava e não sentia dor no corpo, não sentia nada e hoje eu sinto mais fraco. Doragem no corpo, dor nas vista, tem hora que a cabeça da gente fica ruim, põe a gente até meio tonto, o remédio fica ruim”.

Enquanto o diabetes mantém-se aquém da fronteira da sintomatologia clássica, ou seja, glicosúria, poliúria, polidipsia e polifagia, a doença ainda está situada no plano da “abstração” para o sujeito, como apontam os depoimentos de Moacir e de Davi. O primeiro esclarece que ele não apresenta nenhum sinal da doença, como o “inchaço”, e o segundo afirma ter um diabetes menos perceptível, não obstante o relato de ambos quanto à poliúria e polidipsia acentuadas.

“Eu sinto muita sede, tomo muita água, vou muito ao banheiro e além disso, mais nada não (...) Não dá inchaço, não tem problema nenhum não” (Moacir).

“Urinar, quatro até dez vezes durante a noite, muita sede... mais de dois litros de água durante a noite (...) É a diabetes, mas ela é menos, menos, menos perceptível” (Davi).

Gonçalves (1996), no prefácio do seu livro sobre complicações crônicas do diabetes, reflete sobre a deterioração progressiva e inexorável da qualidade de vida do portador de tal doença. Compara a trajetória da pessoa com diabetes a uma *via crucis*, como aponta a citação:

Esse paciente nos procura saudável, logo que o diagnóstico é feito. Passado

algum tempo, ele volta já com alterações incipientes da retinopatia diabética. O pé, já enfaixado, sofreu um traumazinho pequeno e a ferida não quer sarar. Tempos depois entra na nossa sala de cadeira de rodas ou com muleta: vem se recuperando de um AVC ou teve uma perna amputada. A visão não está tão boa.

As complicações do diabetes primeiramente afetam o sistema vascular, contribuindo para as altas taxas de doenças coronarianas, afecção ou falência renal, retinopatia e cegueira, doença vascular periférica, neuropatia e amputação (DEREK *et al*, 1996). No olhar dos sujeitos do estudo, essas complicações marcam o fim da invisibilidade ou do silêncio do diabetes. É a mostração ou sinalização da doença no corpo. É o visível que aponta para o invisível, ou simbólico.

Os problemas em membros inferiores são comuns no diabetes e decorrem principalmente de neuropatias periféricas, vasculopatias, distúrbios da mecânica dos pés e de infecções (GONÇALVES, 1996). Frequentemente, ocorre uma associação de dois ou mais fatores. Dentre os sujeitos do estudo, Leonardo teve a perna esquerda amputada após lesão perfurante com espinho e apresentava uma ferida no pé direito; Manoel perdeu o terço anterior de um pé; Regina faz uso de muletas; e Marinalva relata ter apresentado dificuldades para andar. Se até então a doença não “marcava” o corpo, agora o faz, com toda aspereza e veemência.

Retomo intuitivamente para minha vivência enquanto recém-formada no interior de Minas Gerais, ao compartilhar com todos aqueles que experienciaram a amputação, levando-me à inquietação no tocante ao fenômeno corporeidade para o portador de diabetes. O passado se faz presente para mim. Primeiro, a sensibilidade tátil diminuída, depois um acidente (um objeto perfurante, um pequeno pedaço de madeira, um espinho de coqueiro etc) e por fim a cirurgia. Assim, segmentos do corpo daquelas pessoas morriam lentamente.

Quantas histórias ouvi, quão insondáveis os sentimentos que as permeavam. Lembro-me de uma senhora, com mais de noventa anos, muitas experiências e uma ferida crônica em uma das pernas. Muitos recursos foram utilizados durante meses, cirurgia vascular, medicamento endovenoso por vários dias, curativos, porém a amputação foi inevitável. Após a cirurgia, esperava encontrar a senhora triste e cabisbaixa, porém ela parecia feliz, pois sua dor havia cessado. Contudo, continuava a sentir sua perna. Agora sem a dor incessante, pedia para que seu pé fosse coçado. Esse fenômeno conhecido como membro fantasma é “a presença efetiva de uma representação (...) o paciente parece ignorar a mutilação” (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 120). A pessoa sabe de sua perda, mas a ignora perante suas relações inter-humanas, o que, todavia, não é simulação. A vontade de ter um corpo íntegro não é da ordem do “eu-penso”, não se trata de uma decisão deliberada do sujeito e seu tempo de existência é pessoal e pré-reflexivo. Assim, à sua maneira única de habitar o mundo, ela continuava a tecer sua história de vida.

Volto-me aos sujeitos do estudo. Na casa de Leonardo, sentada a sua frente, com o propósito de compreender sua corporeidade, diante de seu longo silêncio, de uma postura cabisbaixa e de uma mão que apalpava a coxa esquerda, cheguei a pensar que ele desistiria da entrevista. Mas havia sentido naquela ausência de palavras. Compreendi que Leonardo não olhava para o chão, mas para seu corpo, para si próprio. Não posso afirmar o significado daquele ato pré-reflexivo, mas parecia que ele tocava com o olhar sua perna amputada. Nesse sentido, o “filósofo da percepção” afirma:

Não contemplamos apenas as relações entre os segmentos de nosso corpo e as correlações entre o corpo visual e o corpo tátil: nós mesmos somos aquele que mantém em conjunto esses braços e essas pernas, aquele que ao mesmo tempo os vê e os toca (MERLEAU-PONTY, 1994, p.208).

Leonardo vivenciou a morte, em vida, de uma parte do seu corpo, mais especificamente, de sua perna esquerda. Perdeu a sustentação vertical de seu corpo e a liberdade de ir e vir ficou

limitada. Para ele, existe um significado imanente ligado ao seu afazer predileto, que é o cultivo de plantas ornamentais. A perfuração com um espinho de coqueiro – incidente que corroborou para a amputação – apesar de guardar relação com o cuidado do jardim, não tirou o gosto pelo hábito. Por outro lado, como afirma Leonardo “*é muito ruim do jeito que eu tô aqui pra andar pro terrero afora*”. Apesar da dificuldade de locomoção relatada, ele não sucumbe a ela, pois criou sua própria maneira de “andar” usando as mãos, assim conservou o prazer de cultivar plantas. Para refletir sobre o corpo de gozo e de sofrimento, convido Parret (1996, p. 45-6):

Os prazeres e a dores emanam e habitam o corpo vivido – vida do corpo tão profundamente dependente da sensorialidade, da sensibilidade (*sic*), sensibilidade, vida do corpo trabalhado a partir de nossas experiências sensoriais, sempre e necessariamente transportas para o trabalho da imaginação criadora... prazeres e dores agarram-se na vida do corpo.

Parret não percebe os prazeres e dores do corpo dissociados do imbrincamento das sensações, sentimentos e sentidos. Ele se aproxima de Merleau-Ponty (1994, p. 47), segundo o qual perceber não é experimentar o efeito imediato de estímulos externos, mas “é ver jorrar de uma constelação de dados um sentido imanente sem o qual nenhum apelo às recordações seria possível”. Os órgãos do sentido e a transmissão sensorial ficam prejudicados no diabetes, no entanto, a pessoa não perde sua capacidade de percepção e sua sensibilidade diante da vida, podendo até ser aguçada pela experiência. Essa visão reconhece o potencial humano de superação de limitações físicas, uma vez que a resposta à vida não é medida simplesmente por relações do tipo estímulo-resposta.

Falar da vida do corpo diante de um adoecer que afeta a sensibilidade tátil, a visão e, de certa maneira, a própria sexualidade é também falar da angústia diante de um rumo incerto. O medo no tocante à amputação, à cegueira e ao declínio no desempenho sexual surge como sentimento novo e muito pungente. Os sujeitos do estudo relataram diminuição gradativa da visão e dor em

membros inferiores. O temor da perda total da visão e da amputação de membros inferiores está presente no viver do portador de diabetes.

Uma nova realidade também é percebida no tocante à atividade sexual. Neste sentido, os discursos não-verbais foram expressivos. É como afirma Merleau-Ponty (1994, p. 209): “a fala significa não apenas pelas palavras, mas ainda pelo sotaque, pelo tom, pelos gestos e pela fisionomia”. O olhar, muitas vezes, parecia esquivar-se. O corpo parecia não encontrar mais conforto. E ao falar do assunto, a voz tornara-se entrecortada, as reticências no discurso presumiam a insuficiência das palavras, configurando em riqueza de significado.

“Na parte sexual também dá problema, você fica mais fraco. Se não tiver uma mulher assim pra entender mesmo... Acontece isso com a pessoa mesmo, não adianta querer achar que não...” (Marcos).

“Parece uma coisa, a minha esposa é crara igual a você, cabelo mais comprido que o seu, eu vivia bem com ela, foi só eu ficar diabético (...) ela recramando de mim que eu não era mais o que era antes (refere-se ao desempenho sexual), a mulher pega e inda me trai” (Manoel).

Marcos e Manoel experienciaram alterações no desempenho sexual decorrentes do diabetes.

Para eles, a doença trouxe à tona o sentimento de fracasso e impotência frente à companheira.

Sobre a sexualidade, Augras (2000, p.45) comenta:

A sexualidade tem-se tornado ultimamente o ponto mais realçado no que diz respeito à dificuldade de integração da unidade corpórea. De um ponto de vista existencial, cabe acentuar que a atividade sexual não é apenas princípio de realização de desejos e descarga de energia, mas essencialmente encontro e comunicação.

Para Manoel, o declínio no desempenho sexual marcou a traição da esposa e o término de seu casamento. Marcos, todavia, admite a compreensão da esposa perante a situação. Essas duas situações semelhantes, mas com destinos opostos, levam à reflexão feita por Rocha (1997) em comentário sobre o filme “A Guerra do Fogo” ao falar do novo sentido que o homem primitivo passa a atribuir ao sexo. Em um relacionamento com uma mulher a transcendência do concreto

e imediato para o existencial é favorecida. Nessa dimensão, a troca com o outro e o afeto despertam para o humano. Talvez a conquista ou não dessa transcendência tenha contribuído para definir os destinos opostos dos casamentos de Marcos e Manoel.

Os sujeitos com história familiar ou que acompanharam amigos que apresentaram complicações do diabetes parecem sofrer mais intensamente, talvez por medo de ter o mesmo destino do outro. É como se o corpo de uma pessoa diabética se tornasse espelho para o outro. É o olhar que perscruta a aparência do outro, como assinala Merleau-Ponty (1991, p. 262), “não és eu, uma vez que me vês e eu não me vejo. O que me falta é esse eu que tu vês. E a ti, o que falta é tu que eu vejo. Tu tomas a minha imagem, minha aparência, eu tomo a tua”. Neste sentido, as amputações presenciadas no outro são possibilidades temidas para si, como apontam os depoimentos:

“Eu tive uma tia também, que ela, na hora de amputar a perna dela ela faleceu (...) quer dizer, tinha diabetes há anos, assim como eu tenho há anos” (Regina).

“Tem dia que eu fico triste... (chorou e abaixou a cabeça)... eu vejo colegas minhas com problemas no pé, de uma amiga minha cortaram o pé.(...) a gente vê a melhor amiga pra mim, às vezes eu vou lá visitar ela, me preocupo, lembro de quando a gente saia pro clube pra dançar(...)Eu não quero aquela vida vegetativa não” (Beatriz).

Browlee (2006), na conclusão de um estudo sobre complicações do diabetes surpreendentemente, traz o relato de sua vivência com a doença estudada. Ele agradece a Banting pela descoberta da insulina, pois sem a mesma teria morrido aos oito anos. Mas se por um lado, a insulina aumentaria sua expectativa de vida, por outro, traria também a perspectiva de poder viver tempo suficiente para desenvolver cegueira, falência renal e doença coronariana.

Diante dessa mesma perspectiva, Regina estabelece um prazo cronológico para a sua vida, pois prefere a finitude à amputação e à cegueira, como ocorreu com sua mãe, também

diabética. Deseja viver o suficiente para não apresentar as complicações do diabetes. Seu depoimento vem carregado de ambigüidade própria da linguagem e porque não dizer da existência.

“Eu não quero viver muito tempo porque eu não quero chegar no ponto que minha mãe chegou... de perder a perna. Então se eu viver mais cinco anos tá ótimo. Também não quero ficar cega, mas também não me preocupo muito com isso não. Essas coisas não me preocupa de jeito nenhum, se ficar ficou, se perder a perna perdeu, mas eu não quero viver pra isso não, essas coisas não me preocupa de jeito nenhum, mas também não penso nisso” (Regina).

Estudos mostram que cerca de 80% dos portadores de DM tipo 2 são obesos. No início da doença há perda de peso e de massa tecidual (GONÇALVES, 1996), porém, no decorrer do tempo é comum a recuperação do peso. Os sujeitos do estudo tomam a oscilação de peso como referência para avaliar o grau de acometimento da doença. O emagrecimento – quando a pessoa pode ficar *“pele e osso”* (Marinalva) – pode ser percebido como sinal de severidade da doença e/ou de um estado de sofrimento; traz ainda o significado de corpo em definhamento, em falência, que aponta para a finitude da vida. Por outro lado, na visão do portador de diabetes, o sobrepeso é condição inerente ao diabetes *mellitus* tipo 2. Combatê-lo é tarefa quase impossível. Assim, a doença *“explica”* a aparência do corpo.

“Perdi muito peso, pesava 105 quilos, agora tô pesando 85. Massa muscular também, eu acho que eu perdi muita massa muscular também” (Marcos).

“E o meu corpo é assim (olha para o corpo) e agora eu emagreci...Então é assim, a diabetes faz isso na gente mesmo, na mesma hora que você tá gorda, cê pode emagrecer. E eu dei pra emagrecer, eu tava gordinha, carninha chegou no lugar, de repente caiu de novo, eu emagreci” (Marinalva).

Segundo Duarte (1996, p.178), *“O homem é o único ser capaz de contemplar a matéria, tomada em sua realidade exterior, e classificá-la como feia ou bonita”*. A obesidade na visão contemporânea de corpo é repugnada, devendo ser combatida. Esta visão está fortemente presente em um dos depoimentos. O sobrepeso é indesejado muito mais por questões estéticas que por questões de saúde.

“O que eu percebo de diferença e só que fiquei barriguda (sorri e apalpa na barriga), e engordei um pouquinho também. Eu era mais magrinha. Mas é só a barriga que atrapalhou o meu visual, eu incorpei demais com esse barrigão” (Beatriz).

A análise dos depoimentos levou-me a refletir numa sinalização que transcende o corpo estritamente biológico. Sinto-me à vontade em afirmar que o processo de adoecimento pelo diabetes traz modificações à corporeidade enquanto referência de identidade. O diabetes acomete o modo de ser do homem além da fronteira do biológico. Ao falar de seu corpo, o portador de diabetes não se refere a uma matéria corpórea que condiciona sua alma e a qual ele precisa direcionar, mas fala de sua própria existência, de seu modo de habitar o mundo. Há um imbricamento entre corpo e existência.

4.2 Corpo e diabetes no cotidiano da vida

O acometimento pelo diabetes marca o corpo em sua exterioridade, o fazer cotidiano e as relações humanas, trazendo inevitavelmente muitas transformações à corporeidade e intercorporeidade do sujeito. Pressupõe novos hábitos no tocante à dieta, exercício físico e uso de medicamentos. Estabelece limites em diversos segmentos da vida, como o trabalho e o lazer.

4.2.1 O cotidiano com o diabetes: “Você tem que tá sujeito”

O controle metabólico do diabetes requer uma dieta adequada, exercício físico regular e, em muitos casos, o uso diário de medicamentos. Este conjunto de medidas previne ou retarda as complicações da doença, constituindo a prevenção secundária. Um novo estilo de vida é recomendado àquele que se torna portador da doença, pois novos hábitos poderão ser incorporados no convívio com uma doença, ainda incurável.

Garcia (2004, p. 29, tradução do autor) afirma que “o diabetes é uma doença cujo curso depende em grande medida do controle realizado pelo paciente”⁵. O autocuidado no tocante à dieta, à prática de exercício físico, à adesão ao tratamento medicamentoso é imprescindível para a qualidade de vida do portador de diabetes. O sujeito é responsabilizado, em grande medida, pela evolução da doença.

À medida que o corpo é conceituado e tratado como objeto destituído de sentido, ele perde potencialmente sua ambigüidade e logo deve estar apto a seguir as normas para o seu bom funcionamento e manutenção. Nesse sentido, os portadores de diabetes recebem orientações quanto ao estilo de vida que deverão adotar para manter as partes de seu corpo em bom funcionamento. Seria a doença governando a vida? A *American Diabetes Association, on-line*,⁶ recomenda:

Faça do bom cuidado do seu corpo uma prioridade. O tempo que você gasta agora com o cuidado dos seus olhos, pés e pele, bem como com a saúde do seu coração e com a saúde bucal, poderá atrasar ou prevenir a instalação de complicações perigosas do diabetes tipo 2 mais tarde na vida. Ademais, uma das melhores coisas que você pode fazer pelo seu corpo é parar de fumar, e reduzir a ingestão de bebida alcoólica (*Resources – American Diabetes Association*).

Mudanças necessárias para uma melhor qualidade de vida, principalmente quanto à dieta e à medicação, emergem de depoimentos dos sujeitos do estudo como núcleo significativo na convivência com o diabetes. A doença marca o início de uma nova realidade, na qual “velhos” hábitos passam a ser questionados.

“A diabetes é nada mais é do que a educação que eu não tive, de comer as coisas certas na hora certa. Eu nunca pensava vou comer isso hoje, amanhã eu como... o brasileiro gosta de rapadura, farinha, macarrão, arroz, batata doce, batata inglesa, cará, tudo coisa forte” (Joel).

“Eu bebia, tomava uma cerveja, já não posso beber e tem esses regimes” (Marcos).

⁵ Texto original em espanhol.

⁶ <<http://www.americandiabetesassociation.com>> Texto original em inglês. Tradução do autor.

Dieta, medicamentos, exames laboratoriais, exercícios, consultas, participação em grupos operativos, entre outros, configuram o mundo do portador de diabetes. As funções do corpo passam a ser controladas. O valor da taxa sanguínea da glicose serve como parâmetro ou espelho para o autocuidado. Os portadores se aproximam de termos técnicos, acompanham a oscilação da glicemia. Sentem-se responsáveis, temerosos, gratificados ou revoltados diante de um resultado laboratorial, que pode representar um troféu ou uma punição, constituindo uma “materialização” ou imagem do (des)controle metabólico da doença.

Neste novo mundo, as dificuldades com a dieta emergem nos depoimentos de maneira muito significativa, palavras como “muito difícil” e “terrível” são usadas para referenciar-se à dieta hipocalórica indicada aos portadores de diabetes.

“Então vai tentando, eu tento, é difícil, é muito difícil fazer uma dieta” (Regina).

Abrir mão de comer o alimento de que gosta, na quantidade desejada, constitui um dos pontos de maior significância para o portador de diabetes. Instala-se um paradoxo: o “doce” é o bem e o mal, interfaces de uma mesma moeda, inimigo que seduz e dá prazer. É o corpo desejando aquilo que lhe fere. Desta forma, não poder saborear o doce torna-se uma punição e uma tarefa quase impossível.

“Aquela vontade enorme de comer doce, que tem dia que eu fico desesperado, mas eu não posso.(...) Eu não consigo controlar!” (Joel).

Além da apreciação e hábito pelos alimentos ricos em carboidratos, existe uma “mensagem” orgânica de necessidade de mais energia. Apesar do excesso de glicose no sangue, falta glicose dentro das células, fato que leva o organismo à polifagia, que é um apetite aumentado, e à sensação de fome incessante. Dessa forma, necessidade e desejo coexistem para o portador de diabetes quando o assunto são os alimentos.

Instala-se um saudosismo da época anterior ao diabetes, quando não era necessário o controle metabólico da glicose. Os sujeitos falam da apreciação pelo doce, pois antes o corpo era aberto ao prazer advindo da alimentação irrestrita.

“Você tem que parar de comer certas coisas, alimentação, doces principalmente, eu comia muito doce, aí eu tive que... só que para você cortar essa iguarias é terrível, é difícil. Aí você já não pode” (Marcos).

A reflexão sobre o desejo do portador de diabetes em fazer uma dieta livre e a necessidade da restrição alimentar, principalmente dos açúcares, levou-me a pensar em seu estado emocional. Parret (1996), analisando Epicuro, afirma que “a prática do prazer é seguida de uma meditação sobre a felicidade”. E quando um prazer está associado à deterioração do próprio corpo? O prazer de saborear o doce para o portador de diabetes significa também aumentar o risco de se ver vítima de uma complicação da doença, como a cegueira e a amputação. Como fica a reflexão sobre a felicidade nessa situação?

Angústia e sentimento de impotência são vivenciados pelo portador de diabetes. O sujeito fala da dieta adequada, em um nível cognitivo, distante da sua vivência. Porém sua expressão torna-se contundente ao refletir sobre a sua frustração frente à vivência de descontrole da doença. Durante um dos depoimentos, esse sentimento veio à tona de maneira muito expressiva. A mulher que falava brandamente sobre sua dieta, abruptamente alterou a voz, ruborizou-se e, num “grito” de raiva, exclamou:

“Não consigo fazer dieta direito, não consigo mesmo! Se eu começo de manhã, na hora do almoço eu quebro (...) Quando me dá fome eu como tudo que me dá vontade, como tudo que tem na minha frente! Pode ser coisa ruim” (Regina).

A incursão no campo da oralidade levou-me a pensar em Freud, no prazer associado à alimentação, que se distancia da visão dieticista muito enfatizada atualmente. Assinalarei aqui reflexões de Rubem Alves acerca da alimentação retiradas de sua obra *Entre a ciência e a*

sapiência (1999), contudo não considerarei as metáforas entre alimentação e leitura. Para ele, a experiência do gosto, da beleza, da estética pertence ao mundo humano das qualidades e não das realidades quantitativas. A linguagem científica não dá conta de dizê-la, pois lhe falta palavras, sutilezas e, sobretudo, interstícios. A dieta abrange a experiência das paixões e do gosto, por isso o autor afirma que os cozinheiros, ao contrário dos dieticistas, não estão interessados em alimentar, mas desejam produzir prazer e felicidade.

Neste sentido, um evento inoportuno, a hipoglicemia torna possível a satisfação do portador de diabetes quanto à alimentação, surge então, uma “válvula de escape”. A aplicação de insulina pode levar a uma queda acentuada e brusca na taxa de glicose do sangue. Nesta situação, o portador de diabetes deve fazer uso de carboidrato. Não obstante tratar-se de um evento indesejado clinicamente, com risco de evoluir para o coma diabético, na percepção dos sujeitos do estudo, a hipoglicemia é um momento de trégua. O sorriso fez parte do depoimento da senhora Ana ao falar do uso de balas nos episódios frequentes de queda da glicemia.

“Eu já tô sabendo os sintomas (da hipoglicemia) que é esse, aí eu procuro... já carrego na bolsa um pacotinho de bala, aí eu chupo as balinhas que eu gosto, ou então tomo leite, como alguma coisa, mas eu prefiro mais os docin pra aproveitar” (Ana).

Antes do início da entrevista, Manoel mostrou-me um recipiente contendo açúcar numa prateleira de fácil visibilidade e acesso. Explicou-me enfaticamente a orientação recebida acerca do uso de açúcar em caso de hipoglicemia.

“O médico falou comigo (...) que eu comesse uma colher de açúcar, uma colher de açúcar toda vez que eu sentir tonteira ou então sentir zozzo, eu tomasse uma colher de açúcar. Eu uso sempre, que me dá constantemente”.

Além da dieta, muitas vezes o portador de diabetes precisa fazer uso de medicamentos para o controle da glicose. Os mais comuns são os hipoglicemiantes orais e a insulina, aplicada por via subcutânea. Esses medicamentos de uso contínuo geralmente são administrados duas ou

três vezes ao dia.

Na doença crônica, a irreversibilidade do processo biológico pode levar a uma deterioração do corpo. Diante disso, o cotidiano da pessoa pode também ficar marcado por uma necessidade diária de medicação. O ato de parar de tomar os medicamentos ou de aplicar a insulina apontam para a disfunção das funções orgânicas causadas pelo diabetes. Assim, o corpo em falência afasta a possibilidade de integridade sem o aparato terapêutico.

“Tem que tomar o remédio pro resto da vida mesmo” (Marinalva).

“Às vezes você passa um, dois dias sem tomar a insulina, sem tomar os remédios de um dia pro outro já começo a passar mal, tontura, as vistas escurece. Desânimo... dá insônia” (Marcos).

“Com a diabetes eu tenho que tomar insulina de manhã e de noite”. Assim, Leonardo, após um longo silêncio, inicia seu depoimento. O diabetes trouxe para o seu cotidiano a realidade inesperada de aplicação de insulina. Para o portador de diabetes tipo 2, quando a produção de insulina pelo pâncreas torna-se insuficiente para garantir o metabolismo da glicose, a aplicação passa a fazer parte da rotina de vida. De acordo com Baptista (1992), o portador de diabetes se percebe como dependente de insulina numa relação do tipo usuário-dependente. A corporeidade compreendeu a facticidade de precisar do tratamento para viabilizar a própria existência humana.

O controle glicêmico deve ser ainda mais rigoroso nesses casos. Recomenda-se um intervalo fixo entre as refeições e a verificação freqüente da taxa de glicose no sangue, no laboratório e no domicílio com o glicosímetro⁷. A mensuração da glicemia capilar é geralmente realizada pelo próprio portador da doença.

⁷ Glicosímetro: aparelho portátil destinado à mensuração da taxa de glicose capilar.

Após o término da entrevista, Moacir conversou comigo sobre o desejo de voltar a usar os hipoglicemiantes orais, pois considera difícil levar a insulina em todas as suas viagens a trabalho. O uso da insulina traz para o cotidiano a utilização de instrumentos próprios das instituições hospitalares. Agulha, seringa e medicamento injetável passam a fazer parte do mundo-vida de pessoas que não se imaginaram, nem optaram por essa situação.

Para aquele que está iniciando o uso de insulina, há esperança em deixar de usá-la e para aquele que já faz uso há um longo período, há frustração, pois ele percebe que a insulina não garante seu bem-estar da maneira desejada. O corpo continua frágil, a finitude da vida revela, assim, a sua face.

“No mais o normal que eu sinto é isso, mesmo tomando as insulina. Eu tomo insulina, medilformina e AAS, mas mesmo assim me descontrola demais por causa disso”
(Manoel).

O cotidiano do portador de diabetes pode ser marcado por sucessivas internações hospitalares, como relata Antônia. As raízes culturais são importantes para essa senhora de 85 anos, ela inicia o depoimento falando de sua terra natal no nordeste de Minas e da mudança para a capital mineira com os onze filhos, após a morte do marido. Sua casa é local de tranquilidade e segurança, onde ela se sente útil e autônoma. Contudo, há vinte anos aproximadamente, ela convive com o diabetes, doença que lhe trouxe afastamentos sucessivos do seu domicílio devido à necessidade de assistência em ambiente hospitalar.

Antônia cita as várias entradas em unidade de pronto-atendimento, o coma que a levou ao centro de terapia intensiva por duas vezes e as várias internações em seis hospitais de Belo Horizonte. Ela é minuciosa em seu relato. Os nomes das unidades de saúde são citados por ordem cronológica das internações, bem como os motivos dessas. Após uma das internações permaneceu temporariamente na casa de um dos filhos, porém quis ir para a sua. Assim ela

explica: “*Eu falei eu quero ir pra minha casa, porque a gente não acha nem casa de filho não é bom mais*”. Antônia não se queixa da visão ou da aplicação diária de insulina, porém a permanência fora de sua casa é uma realidade desconcertante trazida pelo diabetes descontrolado.

A doença interfere também nas atividades cotidianas, o corpo sente-se fragilizado em seu deslocamento no espaço geográfico, como subir um pequeno morro, locomover-se da casa ao centro de saúde. Há uma consciência de limitação nos movimentos do corpo e respeito a esses limites, porém não há menção aos cuidados para restabelecer essa perda, como por exemplo, a prática de exercício físico.

“Tem hora que eu faço as coisas normais, e de repente me dá um mal estar, eu saio lá do grupo, vim até aqui correndo e eu estava (imita suspiros de cansaço)... eu não tinha isso, tudo por causa da diabetes” (Joel).

“Tem dia que eu fico privada de subir este morrinho pra ir pra igreja que eu sinto assim cansada, indisposta” (Ana).

Além das orientações fornecidas pela equipe de saúde, as pessoas buscam outros recursos para lidar com a doença. Dentre eles está o uso de chás. Um dos sujeitos do estudo relatou sua experiência com fitoterápicos, afirmando que apesar do descrédito por parte dos profissionais de saúde, sua experiência foi positiva. Inclusive ele utiliza as taxas de glicose e colesterol para demonstrar o bom resultado obtido. Talvez esta afirmação traga um significado imanente da autonomia da pessoa em relação a sua vida.

“Eu gosto muito de tomar umas ervas, que eles falam, andei tomando umas ervas, tomei carqueja, muita carqueja. Eles (os profissionais de saúde) falam que carqueja é ruim, faz mal para o sangue, que provoca câncer, eu tomo nos tempos certos, paro, aí eu vou fazer uma glicemia, como agora no último exame deu 135, tá boa, meu colesterol tá 204, triglicérides 212, quer dizer, não tá ruim” (Joel).

No contexto das mudanças no estilo de vida do portador de doença crônica, Adam e Herzlich (2001, p.25) ressaltam que “ele deve conseguir transformar sua doença em um estilo de vida”.

Neste ponto, a questão do “dever” assume um sentido de redirecionamento da vida embasado na aprendizagem de novos hábitos. Contudo, uma aproximação do mundo-vida de portadores de diabetes revela que o conhecimento teórico do novo “padrão” a ser seguido não garante a mudança de comportamento. A redução do estilo de vida do doente crônico à sua doença pode levá-lo à inautenticidade no autocuidado.

Em um quadro agudo de adoecimento, o desfecho para a cura ou não, muitas vezes, é anunciado. Porém, no diabetes o rumo é incerto. Diante dessa perspectiva, algumas pessoas seguem seu caminho como se não existisse a doença; outros redefinem sua vida e buscam autenticamente o autocuidado. Há ainda aqueles que sentem sua liberdade banida, porém entregam-se resignados à doença, vivendo à sua sombra. Temem, portanto, a finitude da vida ou de partes do seu corpo. Evitar esse destino é o seu objetivo de vida. São comprometidos com as orientações da equipe de saúde, atendem às demandas terapêuticas, mas mostram-se perdidos em meio à sua existência no mundo-da-vida. Tentam reduzir-se à doença.

O corpo se vê reprimido, submisso ou, porque não dizer, sujeitado ao diabetes, como enfatizou Marcos. O corpo tratado na concepção cartesiana é metaforicamente representado por um piloto (a alma) que comanda seu navio (o corpo físico). E existe uma condição para o seu bom funcionamento: o “piloto” deve seguir todas as recomendações no intuito de preservar sua máquina. Para Carvalho (2001, p. 161), “a cultura de consumo advoga a concepção “autopreservacionista” do corpo. Sugere ao indivíduo as mais variadas estratégias no combate à deterioração do corpo”.

No início do adoecimento e em períodos ocasionais, o sujeito que vivencia o diabetes tenta seguir a concepção cartesiana de corpo. Há um esforço para manter o controle sobre o corpo e

a doença, porém “*com o tempo perde o empenho*” (Joel). Contudo, como não houve um movimento existencial em busca do desvelamento do fenômeno em situação, a tentativa de controle da situação torna-se insustentável. O conhecimento sobre a doença, apesar de extremamente necessário, não basta para a criação de novos hábitos. O “modelo” a ser seguido mostra-se inconsistente, pois simples ações desarticuladas da trama da vida não constituem o cuidado autêntico e imprimem frustração existencial.

De acordo com Moreira *et al* (2004) a depressão acomete um a cada três portadores de DM tipo 2. A depressão afeta o humor da pessoa, sua visão de mundo e as funções orgânicas, como o sono, a alimentação ou o vigor; as atividades do cotidiano parecem difíceis de serem desempenhadas. A tristeza, melancolia, preocupação, ansiedade, irritabilidade e pensamentos negativos que caracterizam o quadro depressivo influenciam no autocuidado do portador de diabetes (COELHO, 2005).

O “corpo deprimido” se faz presente nos depoimentos, assim como a sua negação:

“Agora recente, em 2003, passei por um processo difícil, entrei em depressão, tive muitos problemas, quer dizer, a enfermidade também ajudou. Entrei em depressão e fui pra cima da cama, fiquei muito magrinha, fiquei pele e osso” (Marinalva).

“Eu não me incomodo muito não, muita gente fica perturbado fica correndo por aí, dá até problema de controle emocional. Mas pra mim não tem problema não” (Davi).

A pessoa percebe as mudanças nos hábitos de vida como privação da liberdade. “*E a liberdade que eu acabei toda. Praticamente quase toda*”, afirma Regina. Durante grande parte de sua vida – uma vez que o diabetes *mellitus* tipo 2 acomete geralmente pessoas acima dos quarenta e cinco anos – o sujeito não precisava pensar em controle metabólico, mas agora “*vê-se abandonado na facticidade de ser diabético. Ele está simplesmente ali, lançado ao mundo diabético sem qualquer explicação, numa situação que ele não escolheu ou criou*” (BAPTISTA,

1992, p.63).

Chauí (1991) relaciona a visão da filosofia e da ciência sobre o corpo e a liberdade, assinalando que a divisão corpo-mente que considera o corpo coisa mecânica e orgânica submete-o a leis e destitui-o de liberdade. Essa visão da ciência vem norteando as orientações ao portador de diabetes, as quais são percebidas pelos sujeitos do estudo como “leis” difíceis de serem seguidas. A dieta e o uso regular de medicamentos são exigências do diabetes. Dessa maneira, a adesão às medidas recomendadas é vista como uma sujeição à doença. É o corpo do portador de diabetes que se sente aprisionado.

“Você tem que tá sujeito. Do horário para dormir, você não pode, perder noite de sono. Eu gostava muito de ir para festa, bailes, se você ficar uma noite sem dormir, você fica uns dois, três dias ruim, aquele cansaço, desgaste” (Marcos).

Segundo Martins, Farinha e Diehtehekenian (1984, p. 44), “o homem enquanto ser material e vivente é um homem que tem necessidade (...) em primeira pessoa”. Assim, as mudanças de hábitos devem focar a pessoa e não o processo patológico, uma vez que a necessidade é sempre do sujeito e não da doença. Neste sentido, Baptista (1992) ressalta que é a condição humana, e não o diabetes, que coloca o homem frente a responsabilidades no enfrentamento de situações.

A equipe de saúde e a família devem apoiar o portador de diabetes nessa empreitada. Heidegger (1981), filósofo alemão, denomina de solícitude o relacionar-se com o outro de forma envolvente e significativa, chegando à compreensão de duas maneiras extremas de fazê-lo, com diversas variações. Uma forma é “por o outro no colo”, “mimá-lo” e manipulá-lo sutilmente. A outra possibilidade de solícitude é facilitar para que outro assumo o seu próprio caminho, e desta forma, encontre-se consigo mesmo. Diante dessas perspectivas, a responsabilidade que é do sujeito não pode ser transferida para a equipe de saúde, como por

exemplo, a manutenção dos níveis glicêmicos deve ser entendida como resultante de um conjunto de ações, e não apenas da prescrição de medicamentos. Parece comum a crença de que sempre existirá uma possibilidade de reajuste medicamentoso para compensar a progressiva elevação da taxa de glicemia. Isso afasta a pessoa do cuidado autêntico e do ser livre e autônomo, consciente do diabetes e de suas complicações.

A liberdade humana, no enfoque fenomenológico, diverge da concepção do “poder realizar tudo”. Situada na ambigüidade da existência humana, a liberdade é ponto de partida e de síntese de possibilidades. É o poder fundamental que a pessoa tem de ser sujeito de todas as suas experiências (MERLEAU-PONTY, 1994). Na liberdade de ser, o portador de diabetes tem a possibilidade de desejar as mudanças de hábitos por vislumbrar nelas o passo necessário no sentido da integridade do corpo e da qualidade de vida.

Nesse contexto, entre os sentimentos pungentes que permeiam o portador de DM tipo 2 em sua convivência com a doença pode estar presente um tipo de dor que Merleau-Ponty (1994) caracterizou como uma dor insuportável, que faz ceder. Assim, Francisco, após a entrevista, mostrou-me um quadro com toda sua família e relatou a morte da filha, que não se cuidou quando foi acometida por hipertensão arterial e comentou sobre a relevância do autocuidado. A dor de ter consciência do cuidado impróprio com o seu corpo no passado o fez ceder. O conflito que expressa a luta necessária entre tendências opostas (AUGRAS, 2000) se fez presente e Francisco foi capaz de angustiar-se, para então compreender e ressignificar sua vivência com o diabetes. Para Merleau-Ponty (1994, p.203), “diz-se que o corpo compreendeu e o hábito está adquirido quando ele se deixou penetrar por uma significação nova, quando assimilou a si um novo núcleo significativo”.

4.2.2 O cotidiano no mundo-com-o-outro

O universo de valores e significados habitam o corpo singular e coletivamente na intersubjetividade. O corpo é vivenciado no mundo-da-vida e “é um modo de ser no mundo em sua relação com o outro” (FREITAS, 1999, p.140). Neste sentido, Merleau-Ponty (1994, p.454) afirma que “estamos envolvidos no mundo e com os outros num entrelaçamento inextrincável”.

Alguns eventos podem reorientar a coexistência dos sujeitos. Dentre eles, estão muitas doenças e agravos à saúde. No diabetes, a diminuição da sensibilidade tátil, as lesões, o edema, a hiperemia, o encurtamento de falanges, as alterações na marcha, entre outras disfunções que comprometem a aparência do corpo, podem modificar as relações inter-humanas.

A corporeidade pode estar aberta ou fechada ao mundo circundante, porém nunca fora dele. É no contexto cotidiano das relações inter-humanas que o portador de diabetes atribui significados ao adoecimento. Não existe distância entre o corpo e a própria trama da vida humana. Assim, a percepção do diabetes em todos os locais da vida faz-se presente. Marcos, 48 anos, pontua pragmaticamente as repercussões do diabetes em sua vida: comprometimento das funções orgânicas (visão, circulação, peso), demanda terapêutica no cotidiano (dieta, medicamento), as dificuldades com a sexualidade, as mudanças nas interações sociais (lazer) e no desempenho no trabalho.

Família, trabalho, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, entre outros, continuam fazendo parte do mundo da pessoa acometida pelo diabetes. Contudo, a doença traz novos significados à co-existência. O bom convívio com a família, o contato com vizinhos e as amizades contribuem para o bem-estar do portador de diabetes. Assim, dar conta da situação

conjuntamente torna-se realidade. Nos momentos de crise, quando o portador de diabetes parece não suportar o rumo incerto da doença, o contato com o outro pode servir de escape, como mostra o depoimento de Beatriz.

“Vou pra onde tem construção perto de casa, vou olhar todo mundo trabalhar, vou batutar, falar com as vizinhas. Tô boa, vou em festa, eu danço. E tem vezes que eu saio até pra dançar, e danço, não danço muito, eu danço pouco. Eu sento, tomo um guaraná light, e depois danço mais, e vou embora pra casa”.

A família é o eixo central na intersubjetividade do portador de diabetes. A esposa, os filhos, o marido já falecido e mesmo a ex-companheira fazem parte da experiência com a doença. Não há dicotomias na visão do sujeito, pois as relações familiares são significativas para o portador de diabetes. Marcos fala da necessidade de se ter uma companheira compreensiva para entender o declínio no desempenho sexual. Beatriz recebe o apoio dos filhos nos momentos difíceis e se emociona com isso. Já Marinalva vê a família como extensão de seu corpo, desde que apresentou um quadro depressivo há aproximadamente três anos só se sente segura em companhia de um familiar.

“Tem sempre uma pessoa me acompanhando, porque a gente perde o equilíbrio, até a mente da gente fica ruim, então, sempre quando eu tenho que sair tem uma pessoa junto comigo”.

O lar é aconchego para o portador de diabetes e a sua privação traz dor, solidão e sentimento de abandono. Neste sentido, Manoel mostra-se incisivo. Ao significar corpo e diabetes, não fala de seu pé amputado ou da aplicação diária de insulina, mas expressa seus sentimentos em relação à separação da família e à fratura decorrente desta. O corpo, que antes o aproximava de sua esposa, agora é responsabilizado pela separação; a perda de vitalidade na atividade sexual decorrente do diabetes é apontada como motivo da traição da esposa. Logo, para ele, a perda do lar foi devido ao diabetes. Nesse contexto, sente-se vítima de seu próprio corpo, indigna-se por não ter escolhido sua vida atual. E afirma: *“a gente fica atormentado, primeiro a separação, a doença, tudo é difícil demais”.*

Parece haver um “peso” diferenciado entre homens e mulheres no tocante às repercussões da doença nas atividades laborais. A mulher demonstra preocupação em continuar exercendo suas atividades diárias. Nesse sentido, a doença demarca limites, mas na maioria das vezes não impossibilita a realização das atividades. Além disso, as atribuições domésticas passam a ser redirecionadas dentro da família. Há também uma cooperação financeira, os demais membros da família se disponibilizam em auxiliar a mulher portadora de diabetes na provisão financeira.

“Aí eu cheguei ruim, nem podia fazer nada, quem fazia pra mim era meu filho (Antônia).

“Sei fazer crochê, sei tecer sapatinho de neném, e o que me ajuda muito, tenho ali o que eu tô fazendo. Então nas horas vagas que posso eu sento, vou fazer um sapatinho, se eu cansar eu paro, e assim eu vou levando, tem que ser” (Beatriz).

“Dinheiro, uma vez ou outra que a gente tem e, eu recebo pagamento, se precisar meu filho também ajuda, é pouco, mas dá” (Beatriz).

Célia, 48 anos, sucumbe ao falar do diabetes e prefere acreditar que as alterações em seu corpo não guardam relação com o diabetes. Todavia, quando o assunto é seu ofício, o diabetes aparece como vilão para o seu corpo laborioso.

“Uma coisa que eu acho que pode ter agravado é minha visão, porque eu sou costureira e tô enxergando bem menos, pra enfiar a agulha pra costurar. Fora disso eu não tenho nada não”.

O homem percebe as repercussões da doença no seu trabalho, preocupa-se com a provisão financeira e sente-se mal por não oferecer à família uma melhor condição de vida. Garcia (2004, p.32, tradução do autor), citando Mercado e Robles, comenta: “Quando o diabetes irrompe na vida dos homens, destacam-se principalmente os efeitos sobre sua capacidade para trabalhar, sobre suas admissões e a partir daí, sobre as relações domésticas e sociais”.⁸

Na sociedade capitalista, grande parcela da população vende sua força física. Carvalho (2001)

⁸ Texto original em espanhol.

afirma que quanto mais próximo das imagens de juventude, de saúde, de boa forma e de beleza, veiculadas pela mídia, mais alto é o valor de troca do corpo.

O portador de DM tipo 2 percebe a inadequação de seu corpo aos atributos mercadológicos. A juventude e a ausência de doença ficaram na recordação; o sobrepeso, as amputações, as varizes, entre outros, afrontam a imagem de boa forma e de beleza contemporânea. Francisco comenta:

“Eu percebo meu corpo assim mais fraco. Antigamente eu trabalhava e não sentia dor no corpo, não sentia nada e hoje eu sinto mais fraco. Doragem no corpo... pela idade também”.

Para Marcos:

“Você vai perdendo alguma coisa, o interesse também na parte do serviço, você que trabalha também perde alguma coisa, sua média já começa a cair”.

O corpo em órgãos está para a biopolítica, assim como o “corpo máquina” está para a política e economia (NOVAES, 2003). Desde o século XVIII, com o materialismo mecanicista francês, a mercantilização e técnico-instrumentalização do corpo vêm permitindo sua depreciação. Seu valor é de troca (ROUANET, 2003). O corpo máquina do capitalismo deve funcionar bem para ser valorizado. E quando ainda não há recursos para “reparar” totalmente o corpo operário, como no caso do diabetes?

Para Coelho (2005), o diabetes confronta a inserção do homem no sistema de trabalho. Joel, 51 anos, percebe o baixo valor de mercado de seu corpo. Ele inicia seu depoimento falando das modificações funcionais de seu corpo, entretanto, muda a direção de sua fala, chegando ao significado de seu corpo portador de DM tipo 2 para o trabalho. Desempregado há três anos, sente-se apto para trabalhar, pois tem experiência como motorista, porém não consegue vaga no mercado. Joel atribui tal fato à sua idade e ao diabetes. Fala ainda da falta de recursos

financeiros para o atendimento das demandas terapêuticas da doença.

“Eu tô desempregado há três anos, tem dia que eu deito na cama e não consigo dormir, um diabético sadio, saudável, tem que fazer uma alimentação adequada, o que é difícil hoje em dia, como é que você vai fazer uma alimentação adequada quando você chega pra comprar uma fruta no supermercado, se você tá com uma conta zero. Se você comprar pra você, não vai poder comprar pro seu filho. Aí você compra pro seu filho e se reprime”.

Joel sente-se moralmente responsável em garantir os recursos financeiros para a família. Assim, a relação corpo-trabalho-família aparece num contexto conflituoso. Fenômeno semelhante acontece com Manoel, morando no porão da casa do irmão sente-se *“perturbado pelos sobrinhos, mas tem que ficar quieto”*, pois prefere prover as necessidades financeiras dos filhos a alugar uma casa para ele.

“Eu não tenho condição de pagar aluguel porque o dinheiro que eu recebo do INPS eu mando tudo pra ela, se eu faço algum biscate, que eu trabalho de pedreiro, se eu faço algum biscate é porque eu vivo disso, mas o meu INPS todo que eu recebo eu mando pros menino. Eu inda acho pouco porque é trezentos real pra três menino e a mulher também”.

Além disso, Joel situa o cuidado com o corpo no contexto sócio-cultural. Percebe sua doença como resultante dos maus hábitos do passado, porém não se detêm na culpabilidade, pois se vê dentro de um contexto. E ainda sugere à instituição pública que ensine à criança o cuidado com o corpo: *“O governo, as escolas têm que ensinar a criança a cuidar de seu corpo. A diabetes é nada mais é do que a educação que eu não tive, de comer as coisas certas na hora certa”.* Nesse sentido, Freitas (1999) aponta a necessidade do estudo do corpo, sob o enfoque existencialista, desde a educação infantil.

4.3 A arte do enfrentamento

A realidade não é a doença em si, mas a transfiguração que esta sofre ao identificar-se com o sujeito. O diabetes manifesta-se de diversas maneiras a depender da significação que a pessoa

portadora atribui à doença em seu cotidiano. Tendo em vista as possibilidades do ser em ressignificar suas vivências, os modos de enfrentamento serão sempre inesgotáveis na ambigüidade da existência.

Mesmo em se tratando de uma mesma doença, a experiência vivida é única para cada pessoa.

Segundo Merleau-Ponty (1994, p. 227-8):

Mesmo normal, mesmo envolvido em situações inter-humanas, o sujeito, enquanto tem um corpo, conserva a cada instante o poder de esquivar-se disso. No próprio instante em que vivo no mundo, em que me dedico aos meus projetos, a minhas ocupações, a meus amigos, a minhas recordações, posso fechar os olhos, estirar-me, escutar meu sangue que pulsa em meus ouvidos, fundir-me a um prazer ou a uma dor, encerrar-me nesta vida anônima que subtende a minha vida pessoal.

Diante disso, os sujeitos do estudo, cada um a sua maneira de ser no mundo, revelaram uma estrutura de vivência do enfrentamento do diabetes que contempla a busca de compreensão do adoecimento e a resiliência⁹.

4.3.1 Em busca de compreensão do adoecimento

Na tentativa de compreender sua vivência com o diabetes, os sujeitos do estudo buscam explicações para a inserção da doença em suas vidas, bem como a classificam. Para Augras (2000, p. 23), “a conscientização do fracasso desemboca na explicitação, isto é, na elaboração de um conjunto de significações que procuram dar conta da situação do ser no mundo, descrever suas contradições, enfim, interpretá-la”.

⁹ Conceito da Física usado aqui como metáfora para o enfrentamento positivo às situações desfavoráveis.

4.3.1.1 As causas da doença

A inserção do diabetes na trajetória de vida suscita a busca de compreensão do porquê da doença. Hereditariedade, gravidez, hábitos alimentares e motivos espirituais são mencionados pelos sujeitos do estudo como causas da doença. Sentimento de culpa, “vitimização” e predestinação divina estão presentes nos depoimentos.

Francisco, nos vãos das palavras, com voz quase sussurrada contrapõe o “corpo forte” da época que trabalhava como tropeiro ao “corpo de dor” do presente. Recorda-se da grande quantidade de rapadura que comia em suas viagens pelo sertão da Bahia. O sentimento de culpa faz-se presente. Há uma transferência da visão atual sobre dieta para uma época na qual os costumes alimentares eram regidos por outros princípios e necessidades.

Por outro lado, Joel tem consciência do erro alimentar do passado, porém ele o contextualiza, afirmando que “*o brasileiro gosta de rapadura, farinha, macarrão, arroz, batata doce, batata inglesa, cará, tudo coisa forte*”. Para ele, “*a diabetes é nada mais é do que a educação que eu não tive, de comer as coisas certas na hora certa*”. Não obstante à presença do fator genético na família, Joel acredita que a “cadeia de transmissão da doença” pode ser quebrada através da educação dada aos filhos.

“Meus filhos têm uma vantagem, eles adoram um legume, verde, qualquer verde que você colocar, eu acho que até capim se você colocar eles comem. É bom, é gostoso, entendeu? (...) agora ele tá com 15 anos, ele tá cuidando, eu espero que ele continue assim, pra não chegar na minha idade e tá como eu estou, cheio de tric tric, cada hora é um negócio que chega”.

Segundo Sontag (1984, p. 84), “os pacientes que estão sendo instruídos no sentido de que, involuntariamente, causaram sua própria doença, também são levados a sentir que eles a merecem”. O sujeito é impelido a acreditar que é responsável tanto pela instalação da doença

quanto pela evolução do estado clínico. Para Carvalho, Y.(2001, p.168):

A Saúde Pública reforça a idéia de que o indivíduo é o responsável pela degradação de sua qualidade de vida. A sua mensagem fundamenta-se no pressuposto de que as enfermidades são causadas pela negligência do indivíduo com ao seu corpo. Está constantemente lembrando à população o seu compromisso com os cuidados alimentares, o excesso de bebida, o fumo e a necessidade de atividade física para promoção da saúde.

O sentido do diabetes como refinamento espiritual também emerge dos depoimentos. “*Deus quis assim*” (Marinalva). A *via crucis* é a própria vida após a doença, os espinhos são as complicações do diabetes, os quais muitas vezes deixam cicatrizes no corpo de padecimento ou penitência. A trajetória da vida ou a própria vida torna-se um “peso” a ser carregado. A pessoa recebe a doença e suas repercussões com resignação. Acredita que este é seu destino. É a doença-punição na qual o sujeito experimenta ou deve experimentar a culpabilidade pelo adoecimento por se tratar de um castigo merecido (LAPLANTINE, 1991).

4.3.1.2 A classificação da doença

A doença não existe fora do sujeito. É o portador de diabetes quem vivencia as alterações fisiopatológicas da doença em seu corpo e as repercussões no mundo-da-vida. Assim, no intuito de melhor compreender o seu processo de adoecimento, os portadores de diabetes classificam sua doença usando seus próprios critérios, como peso, medicamentos e estado emocional.

Para alguns, o diabetes torna-se realidade quando há prescrição de medicamentos e a gravidade da doença é medida em relação à “potência” do fármaco prescrito.

“Só que eu não sei te explicar direito se a diabetes que eu tenho, no início ela era tipo 1, agora eu não sei por que igual agora essa vez que tive internada tive que tomar um remédio potente, então, eu não sei” (Marinalva).

“Parece-me, pelo que eu sei, que eu tô na fase inicial que é a diabetes tipo 2, não é a que usa insulina, eu nunca usei” (Davi).

A visão do processo de adoecimento pelo diabetes interfere no posicionamento do sujeito frente ao autocuidado. Uma vez que a pessoa associa e classifica a ação da doença à prescrição de fármacos, existe a propensão ao adiamento dos cuidados, como revela o depoimento acerca da adoção da dieta no período após o recebimento do diagnóstico da intolerância à glicose: *“Eu fui diminuindo um bocado. Mas com o passar do tempo, dia-a-dia, relaxei. Ai pronto, ela (o diabetes) veio” (Joel).*

O ganho ou perda de peso também são critérios para classificar a doença, *“tem a diabetes que engorda e a que emagrece”*, afirma Marinalva. Contudo, há uma incerteza quanto à relação entre oscilação de peso e o tipo do diabetes. Engordar e emagrecer recebe significações diversas e até opostas, se para alguns sujeitos do estudo, o ganho de peso, ao contrário do emagrecimento, é imagem de um “tipo” de diabetes mais brando, para outros é a própria impressão da cronicidade da doença no corpo, pois a obesidade passa a ser vista como atributo inerente à doença.

Para Joel, existem dois tipos de portadores de diabetes:

“Porque tem o diabético, aquele doente diabético e o doente diabético psicológico, que tem medo das dificuldades da vida, passa por certos apertos e, como não, os remédios não fazem efeito. Não tem como fazer efeito, porque, tá na cabeça, a cabeça não ajuda”.

O portador de diabetes “temeroso da vida” estaria fadado ao insucesso na intervenção farmacológica. Talvez essa visão aponte para a tentativa de integralidade do corpo, na qual não basta investir no biológico.

Os sintomas do diabetes não se manifestam igualmente para todos os sujeitos. Uma mesma taxa glicêmica pode desencadear reações distintas. Regina percebeu esse comportamento da doença e parece usá-lo para justificar a não adesão declarada à dieta recomendada.

“Mas eu já vi gente em coma com 170 de glicose... cada um é de jeito, então a pessoa às vezes por causa de 130, 140, já tá passando mal, enquanto que um com 500 não sente nada, não sente nada mesmo”.

Joel compara o diabetes ao câncer e à AIDS: *“a diabetes é mesmo como se fosse um câncer, uma AIDS, ela vai comendo aos poucos, devagar, quando você assusta, não tem mais jeito”.*

O câncer é metaforizado como “algo que desgasta, corrói, corrompe ou consome vagarosa e secretamente” (SONTAG, 1984, p.15). Adam e Herzlich (2001) afirmam que a pessoa soropositivo está marcada por uma grande incerteza quanto ao futuro. Assim, o diabetes é comparado com duas doenças estigmatizadas na atualidade, o câncer e a AIDS.

4.3.2 A resiliência: “Vou levando a vida e querendo viver mais e mais”

O acometimento por uma doença supõe um passo existencial, pois leva o homem a pensar na sua própria fragilidade e finitude. Neste sentido, Bromberg *et al.* (1996) coloca a doença entre os eventos que nos lembram a morte, por trazer alguns atributos comumente associados a ela, como dor, tristeza, ruptura, interrupção e desconhecimento. E continua (p.17): “O diagnóstico da doença com prognóstico reservado traz à tona a fragilidade do ser humano e o contato com a sua finitude, lembrando a possibilidade da morte mais próxima”.

Essa fragilidade do homem trazida à tona pela doença revela-se numa espécie de “guerra”. De um lado, o ser humano desarmado, e de outro, o diabetes com toda a sua força devastadora. Inaugura-se uma luta desleal, da qual o sujeito não optou participar. Neste desafio, muitas vezes, o corpo torna-se vítima. O sentimento de incapacidade e frustração frente à doença é

vivenciado:

“Eu não consigo controlar!” (Joel).

“A diabetes táí, ô doença terrível! Essa doença pra mim é a pior praga que pode existir” (Regina).

A aspereza da doença, ora se mostra, ora se oculta, caracterizando a instabilidade que Pinho (2000) denominou de “estar na corda bamba”. Este estado trazido pelo diabetes coloca o sujeito diante da incerteza do futuro, perdura então, um sentimento de finitude próxima. O corpo, que é abertura ao mundo, vivencia a perda gradativa da vitalidade. O corpo em declínio pode tornar-se barreira para a felicidade, pois impõe uma fratura no percurso da vida e inaugura uma crise (CAMPOS, 2004; BROMBERG, 1996).

Contudo, superar a morte, redimir o sofrimento e assegurar o acesso à felicidade são constantes no mundo de significações do ser humano (AUGRAS, 2000). Assim, o mesmo corpo que carrega em si um conjunto de alterações provocadas pelo diabetes, um corpo em crise que aponta para a finitude da vida, abre-se para o recomeço. Um novo olhar diante da vida pode ser lançado. O corpo vivido busca um horizonte de possibilidades com o diabetes.

“a gente vai adaptando de acordo, no início era pesado, mas depois a gente vai acostumando” (Marcos).

A relação com a doença não é objetiva, não se trata de um corpo que toma posse de uma doença, ou vice-versa. Aceitar a doença significa também aceitar os limites e o novo estado de coisas estabelecido. Isso não significa entrega resignada ao destino, pois a própria existência vulnerável à doença procura meios para minimizar a dor e “adoçar” a vida. O mundo-vida fica abalado, mas não destruído pela doença. Uma força emerge da crise. O “eu” em primeira pessoa, vivo diante da “doçura” possível da vida.

Estava à procura de palavras que me ajudassem a definir essa atitude perseverante de alguns dos sujeitos do estudo frente às dificuldades, quando inesperadamente fui surpreendida por um artigo de jornal. Este trazia o termo “resiliência” em seu título. Referia-se a histórias de pessoas que vivenciaram desafios e circunstâncias muito desfavoráveis, mas que reagiram, mostrando flexibilidade e capacidade de recuperação durante e após essas vivências.

Resiliência é um conceito antigo na área da Física, e que recentemente foi estendido metaforicamente a outras áreas de conhecimento. Na definição de Ferreira (1999), resiliência é a propriedade de alguns corpos de acumular energia quando deformados, e de devolvê-la após a eliminação da tensão causadora da deformidade elástica. Esses corpos físicos são flexíveis às forças que agem sobre eles e retornam ao estado original após o incidente estressante. Nota-se uma postura resiliente do portador de diabetes quando diante da facticidade da doença e de suas condições. Ele reage e organiza seu mundo, reflete sobre seus anseios e não se deixar sucumbir diante de um diagnóstico irreversível.

O corpo desconectado do sentido, fragmentado em órgãos e afetado pela doença, aparece quando o sujeito se refere à fala de um profissional da saúde ou quando ele se refere ao conhecimento que tem acerca da patologia. Entretanto, quando o foco é o “meu corpo”, logo o sujeito fala de si, de sua vivência, de seu corpo próprio. Merleau-Ponty faz alusão ao espanto que freqüentemente temos em relação ao doente suportar-se. E assinala:

É que para si mesmos eles não são enfermos ou moribundos. Até o momento do coma, o moribundo é habitado por uma consciência ele é tudo aquilo que vê, ele tem este escape. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência-de-enfermo e, mesmo se o velho queixa-se de sua velhice ou o enfermo de sua enfermidade, eles só podem fazê-lo quando se comparam aos outros ou quando se vêem pelos olhos dos outros (MERLEAU-PONTY, 1994, p.581).

Ao aproximar-me do mundo-vida dos sujeitos deste estudo, revivi o espanto referido por

Merleau-Ponty, anteriormente vivido no contato com portadores de diabetes em meu trabalho. Espantei-me diante de diversas situações: o pedreiro que continua a trabalhar sem parte de um dos pés, a dona de casa quase cega que continua com as suas atividades domésticas e com o cuidado com seus familiares, o jardineiro, que apesar da amputação da perna, e sem prótese, cultiva plantas. Estes e outros exemplos reforçam a integralidade do ser em sua existência e a impossibilidade de sua redução em um corpo doente.

Oliver Sacks, ao descrever sua experiência após um acidente em uma escalada de montanha na Noruega, no qual teve sua perna esquerda gravemente ferida, ao defrontar-se em uma situação de luta pela vida, locomove-se de uma maneira que nunca tinha experimentado. Nesse contexto, reflete que “os que não tem perna não precisam ser ensinados a andar de muletas, os movimentos vêm “irrefletidamente” e “naturalmente”, como se a pessoa os tivesse praticado, em segredo, a vida toda” (2003, p. 34). Tive essa mesma percepção ao ver Leonardo “*andar pelo quintal afora*” e cuidando das plantas. Ele encontrou sua própria maneira de habitar o espaço, mostrou que “o corpo está além do pensamento analítico, acima dos dualismos e liberto das lógicas das ciências positivas” (SANTIN, 1992, p.86).

Na instabilidade de uma doença crônica, a pessoa busca equilibrar-se. Nas palavras de Ana, “*tem que fazer tudo pra viver feliz*”. O corpo que enfrenta a doença é o corpo vivo no mundo-da-vida e com-o-outro. Assim, a pessoa busca força em Deus, na família, nos amigos e no trabalho. A contemplação do movimento da vida humana e da natureza em geral é também apontada como fonte de apoio para se viver bem.

“Tem dia que eu choro, mas é muito difícil, mais eu ando é sempre alegre. Vou pra onde tem construção perto de casa, vou olhar todo mundo trabalhar, vou batutar, falar com as vizinhas, e o tempo vai passando, e aí cê volta boa” (Beatriz).

A fé em Deus está presente na vida dos portadores de DM tipo 2. Frente às dificuldades, que

não provêm somente da doença, como eles fazem questão de destacar, está Deus. O diabetes e suas complicações parecem aproximar o sujeito do sentido de morte simbólica e de regiões de silêncio, e logo, da angústia. Essa vivência favorece o contato do homem consigo e a busca do infinito e da transcendência, muitas vezes vislumbradas na integralidade, na atemporalidade e na unicidade de Deus.

“Mas depois (de chorar por lembrar da amiga também portadora de diabetes que teve uma perna amputada) eu lembro assim que Deus é maior, ai vem aquela confiança e eu ouço uma música, eu danço sozinha e pronto! (...)Levo uma vida feliz assim. Pra dizer que eu fico bronqueada, com aquela bronca, porque tem pessoas que ficam assim, graças a Deus não, ando com sorriso no rosto” (Beatriz).

A atitude resiliente frente à vida e suas dificuldades não significam necessariamente a tomada deliberada das recomendações de controle da glicemia e vice-versa. O gosto de viver pode estar marcado pela escolha de caminhos que clinicamente não levam ao controle da doença. Leonardo, instruído no sentido de perder peso e controlar a taxa de glicose para receber uma prótese e preservar o membro inferior não amputado, parece não encontrar motivação para isso. Por outro lado, Marinalva segue as recomendações quanto à dieta e medicamentos; gosta de tudo anotado e teme o erro. Percebe a doença e a vida como “pesos” a serem carregados em seu “corpo calvário”. Age por condicionamento, afastando-se da acepção mais adequada de unidade, a qual “implica a consciência de si, do corpo, do mundo e de sua facticidade” (ROCHA, 1997, p.139). Nesse mesmo sentido Merleau-Ponty (1994, p.397) assinala que “o contato absoluto de mim comigo, a identidade do ser e do aparecer não podem ser postos, mas apenas vividos aquém de qualquer afirmação”.

Em contrapartida, frente à busca da felicidade, a pessoa pode autenticamente incluir os cuidados com a saúde à sua vida, percebendo na integridade do corpo a possibilidade de abertura ao mundo. Joel tem seguido uma dieta, faz uso de chás, com isso, perdeu peso e melhorou as taxas sanguíneas de colesterol e glicose. *“Eu tenho esperança!”* Afirma ele,

inicialmente ele se refere à esperança de cura para a doença através da técnica de célula-tronco, mas logo questiona os benefícios da ciência. Tem esperança de cura, ainda que essa seja projetada em seus filhos. Acredita que o futuro dos filhos será diferente devido à educação que estão recebendo em casa.

O conhecimento sobre o diabetes e os cuidados importantes para o seu controle potencialmente instrumentam a pessoa a se cuidar, contribuindo na prevenção de complicações da doença. Para tanto, a educação em saúde tem empregado amplamente a abordagem em grupos na atenção ao portador de doenças crônicas e tem demonstrado melhoria no nível de conhecimento acerca do processo de adoecimento (RODRIGUES, 2003). Ana participa ativamente de um grupo voltado para portadores de diabetes e aponta o conhecimento sobre a patologia como facilitador no convívio com o diabetes. Ela mostra entendimento acerca da manifestação da doença. Queixa-se dos sintomas da hipoglicemia e afirma “*e, o mais eu vou levando, já entendo o que é da diabetes*”.

Ana não teme as possíveis complicações da doença ou outras situações dessa natureza, mas zela por sua saúde e tem compromisso com a própria existência. Na simplicidade de suas palavras, eu diria que Ana incorporou para si a visão trazida por Comte-Sponville (1997) em *O gosto de viver*. Seu depoimento traz uma reflexão profunda sobre o amor à vida, simplesmente como ela é, ou seja, na ambigüidade do sabor ao mesmo tempo doce e amargo do viver. Ela percebe a felicidade e a infelicidade, a saúde e a doença, como integrantes do horizonte da vida como mostra esse fragmento de seu depoimento:

“Ah... eu me vejo uma pessoa que gosta de viver. E gosto muito de viver (dá gargalhada), apesar das dificuldades porque são muitas. Por que não só o problema da diabetes, tem outros, mas eu amo muito a minha vida, demais, demais, e não preocupo com problema. Pra mim é uma coisa que não me afeta assim de ficar triste, entrar em depressão, isso não, encaro como uma coisa que é do ser humano, e aí eu vou levando a vida. E querendo viver mais e mais. Doida pra passar esse restinho de ano pra mim

falar eu completei setenta anos. Mais coisa melhor que tem, pra gente saber assim um ano já ficou pra trás. Deus nos deu mais direito de vida! E aí é por aí”.

Na tentativa de atenuar a repercussão da doença em seu corpo, Regina busca comparar sua situação ao vivido por outros doentes. Acaba por reconhecer-se privilegiada, pois *“tá tudo bem graças a Deus. Eu sinto esses mal estar, mas a gente deixa pra lá, tem gente pior do que a gente”*. Assim, ela consegue se auto-afirmar e encontrar forças em meio à crise inaugurada pela inserção da doença. Segundo Campos (2004, p.56), mesmo quem vivencia aflição e desconforto no processo de adoecer *“guarda em seu avesso a vontade de sentir-se vivo e viver continuamente a descoberta da afirmação do valor da vida em sua ação criativa e inovadora”*.

O portador de diabetes vive integralmente sua vida, *“por inteiro”*, e não apenas para o controle de uma doença. O cuidado com o corpo não se limita ao conhecimento teórico, pois está integrado à corporeidade do sujeito no mundo-da-vida. Trago aqui as palavras de Novaes (2003, p. 9): *“O corpo humano só é corpo na medida em que traz em si mesmo o inacabado, isto é, promessa permanente de autocriação, e é isso que faz dele um enigma que a tecnociência pretende negar”*.

5 Considerações Finais

“O achado é o que clama por novas buscas”.

Merleau-Ponty

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca da compreensão do corpo para o portador de diabetes, encontrei desafios e encantamentos. Inicialmente, questionei-me se seria de bom tom colocar-me diante de pessoas portadoras de diabetes – e muitas vezes também de limitações físicas decorrentes desse processo crônico de adoecimento – no intuito de ouvir delas sua vivência de corporeidade. Mas estava decidida, assim entrevistei pessoas com acuidade visual bastante diminuída, mutilados, portadores de cardiopatias decorrentes do diabetes. A razão maior dessa minha escolha era saber que ali estavam seres humanos que não se reduziam à doença ou às “marcas” dela em seu corpo e cujas experiências queriam compartilhar comigo, ou melhor, com a ciência, tão acostumada a não ouvi-los. Desistir dessa tarefa seria fortalecer a visão reducionista de corpo e desconsiderar as possibilidades do ser no mundo-da-vida.

Os depoimentos não revelaram apenas um organismo doente, mas a corporeidade ou o corpo vivido como maneira singular de habitar o mundo do ser portador de DM tipo 2. Sua percepção de corpo traduz a unidade e sensibilidade do ser revelada no duplo desvelamento da doença, no corpo fragilizado e/ou sinalizado, nas repercussões do adoecimento no cotidiano e na resiliência. Seu corpo é espanto e dor, mas também (re)encontro com a sua identidade e com os outros.

O corpo vivido do portador de diabetes, em seu próprio olhar significativo, constrói espaço e tempo na ambigüidade da existência. É ele que, na sua dimensão espacial, abre-se a um novo estilo de vida após a doença ou fecha-se negando a possibilidade de cuidar-se autenticamente. As distâncias em relação às pessoas ou objetivos podem ser encurtadas ou aumentadas. Esse mesmo corpo encerra em si o próprio tempo, ele se põe em relação com o passado, atendo-se

a ele e rejeitando o diabetes em sua trajetória de vida. Cabe a ele também, a possibilidade de ressignificar o vivido a partir da experiência do adoecimento. O corpo tem ainda a possibilidade de prever situações, antecipar acontecimentos, como as complicações do diabetes ou a morte, por exemplo. Tempo e espaço concretizam-se no presente de um sujeito no mundo.

Várias dimensões da corporeidade do portador de diabetes foram apreendidas neste estudo. O corpo portador de uma doença invisível, o corpo sinalizado pela doença, o corpo de dor, o corpo fragilizado, o corpo máquina. Mas também o corpo resiliente, que não se reduz a uma doença e nem se intimida em meio à crise. Essas significações de corpo apontam para a necessidade de uma abordagem que considere as pessoas em sua integralidade, considerando seus significados, seus hábitos culturais e suas relações com-o-outro. Um olhar antropológico e existencial inscreve-se como horizonte para a educação para a saúde.

No processo de adoecimento pelo diabetes, a tentativa de redução da pessoa a um “corpo doente ou incapacitado” não contribui na promoção do autocuidado, tão caro na relação entre portadores de diabetes e profissionais de saúde. À medida que o corpo é desvinculado do sujeito que adoece, a autonomia na trajetória de vida pode ficar prejudicada. Percebo nos sujeitos do estudo uma necessidade de se colocar como pessoas livres que podem expressar o que sentem e como portadoras da doença desejam dizer o que lhes afeta. Entendo que há um clamor no sentido de serem vistos como seres humanos livres, mesmo diante de uma demanda terapêutica restritiva

As recomendações do tipo “determinação utilitária” compreendem ensinamentos de medidas úteis que devem ser seguidas para garantir a manutenção de um quadro clínico estável, sem,

no entanto, levar em conta o sujeito, parecem contribuir para o fortalecimento do sentimento de perda de liberdade vivenciado pelo portador de diabetes. Um enfoque que contemple o querer – e não apenas o dever – tem sido relegado no atual modelo de atenção à saúde do portador de diabetes. Lembro aqui de Rubem Alves em seu livro *Educação dos sentidos* quando afirma que o corpo carrega duas caixas: uma de ferramentas na mão direita destinada ao trabalho e destreza, da ordem do dever-ser, e a outra simbolizando o lúdico, o desejo, o caminho do coração. A perspectiva de aproximação dessas “caixas” envolve o cuidado com a vida ao revelar que conhecimento e sentido são indissociáveis e podem habitar um horizonte de autonomia e liberdade. Vejo esse enfoque como possibilidade na abordagem ao portador de DM.

O excesso de orientações e “punições” cerceia e não estimula a vivência autêntica do cuidado. Mergulhado no sentimento de culpa pelos hábitos do passado, inscrito num presente no qual o corpo doente implica em limitações e restrições e cuja perspectiva de futuro muitas vezes está obscurecida pelo caráter progressivo da doença, o portador de diabetes passa a viver um conflito existencial, relegando, muitas vezes, a vivência plena de sua corporeidade.

Na concepção de corpo objetivado, o cuidado ensinado pelos profissionais de saúde é um dever do portador de diabetes para controlar a doença. No âmbito da saúde coletiva, questiona-se a competência da equipe quando a pessoa doente não segue corretamente as orientações. Parece-me que esta visão favorece o distanciamento entre a equipe de saúde e o portador da doença e a entrega resignada da pessoa ao destino de ser-doente.

Por outro lado, se o enfoque é a corporeidade ou corpo sujeito, a essência do cuidado transcende a simples assimilação e repetição de atos recomendados. Uma existência pode ser

plena e significativa, mesmo em face ao adoecimento, uma vez que a doença em si não carrega o sentido de privar o sujeito de sua liberdade. A pessoa com diabetes não pode deixar de sê-la, contudo, continua tendo possibilidades de escolhas no mundo-da-vida. Nesse caminho, fazem-se necessários modos de acesso que não esgotem os recursos do portador de diabetes, pois não basta seguir as orientações de maneira inautêntica, mas apropriar-se do cuidado. Nesse contexto, a enfermagem, como ciência cuja essência é o cuidado, muito tem a contribuir para a construção de uma nova práxis no modelo de atenção ao portador de diabetes.

Humanizar a apropriação do sujeito a tecnologias conquistadas pela ciência é um desafio. A ciência que tanto se esforça na criação de recursos tecnológicos para atender às doenças precisa voltar-se para o humano, já que o adoecimento não possui uma realidade em si, nem se esgota nos mecanismos fisiopatológicos. O acesso às pessoas em seu universo de significações, dentro de estratégias educativas de atenção individual, familiar e em grupo, contribuirá para a redução das taxas de prevalência do diabetes e de complicações da DM, melhorando os indicadores de saúde.

Deus, família, amigos, vizinhos e trabalho são presenças constantes na vivência de corporeidade para o portador de diabetes, pois é no encontro com os outros que a significação de corpo se revela. A ampliação da abordagem à família, uma vez que esta tem sido apontada como suporte imediato, e a criação e/ou fortalecimento de outras redes de apoio pode ser estimulado, inclusive com incentivo à inserção/manutenção do portador de diabetes no mercado de trabalho, pois o corpo espoliado pela doença vem sendo penalizado no mercado de trabalho. A atenção ao portador de diabetes deveria estabelecer como objetivo não apenas o desenvolvimento de novas tecnologias e a adoção de comportamentos saudáveis, mas, de modo

mais amplo, integrar-se à consolidação da melhoria da qualidade de vida e de vínculos sociais.

Para tanto se faz necessários investimentos transdisciplinares, os quais dependem em grande medida da educação. O sistema de ensino de forma geral e as ciências da saúde precisam reeducar sua visão para o corpo além da fronteira do biologicismo. Estratégias como a inserção ou ampliação de reflexões e práticas que envolvam o cuidado autêntico ao corpo, da educação infantil à formação profissional, poderão corroborar para que o foco da atenção seja o ser humano que experiencia o adoecimento e não a doença, podendo contribuir para a prevenção de doenças e complicações associadas a hábitos de vida. Finalizo esta pesquisa com a mesma convicção de um dos sujeitos do estudo: *“Carne boa é a nossa, nós temos que cuidar dela (...) O governo, as escolas têm que ensinar a criança a cuidar de seu corpo”* (Joel).

Referência Bibliográfica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ADAM, P; HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.
- ALVES, V.F.N. *O corpo lúdico maxacali: segredos de um “programa de índio”*. Belo Horizonte: c/ arte, 2003. 179 p.
- ALVES, R. *Educação dos sentidos e mais...* Campinas: Verus Editora, 2005. 126 p.
- ALVES, R. *Entre a Ciência e a Sapiência*. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999. 148 p.
- ARANHA, C.S.G. *Movimento fenomenológico: aproximação do fenômeno*. In: *Joel Martins... um seminário avançado em fenomenologia*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 147-159.
- AUGRAS, M. *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de picodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes, 2000. 96 p.
- BAPTISTA, M.E.C. *Fenomenologia do existir do diabético*. 1992. 99 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.
- BARQUERA, S. *Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial*. *Salud Pública México* [online]. Set-out. 2003, vol. 45, n. 5, p. 413-414. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s0036-3634>>. Acesso em: 08 jun. 2004.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Seminário sobre Acolhimento*. Belo Horizonte, 1997. 14 p. (Relatório – mimeo.).
- BICUDO, M. A. V. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, M. A. V. (org); ESPOSITO, V.H.C. (org). *Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. Piracicaba: Editora Unicamp, 1994. p. 15-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BROMBERG, M.H.P.F. *et al. Vida e morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. 121 p.
- BROWLEE, M. *The pathobiology of diabetic complications: a unifying mechanism*. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/505648_print. Acesso em: 15 jan. 2006.
- CAMPOS, M. F. F. *Os sentidos atribuídos a um processo de adoecimento crônico: o diabetes como situação-limite*. 2004.163 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de

- Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- CARVALHO, A.S. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 1987. 93 p.
- CARVALHO, Y.M. *O “mito” da atividade física e saúde*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. 176 p.
- CHAUÍ, M (org.). MERLEAU-PONTY, M. *Textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1980. 260 p. (Os Pensadores).
- CHAUÍ, M. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. 12ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991. 234 p.
- COELHO, M.P. *Depressão na pessoa diabética: desvelando o inimigo oculto*. 2005. 163 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- COMTE-SPONVILLE, A. O gosto de viver. In: _ . *Bom dia, angústia!* São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 45-57.
- COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J.S. *Manual de diabetes: Alimentação, medicamentos, exercícios*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 1994. 129 p.
- DARTIGUES, A. *O que é fenomenologia?* 3ª ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992. 174 p.
- DEREK, L. *et al. Diabetes mellitus: a fundamental and clinical text*. New York: Lippincott-Raven Publishers, 1996. 876 p.
- DUARTE, E.B. Propõem-se...Contatos imediatos: A construção da imagem corporal nos anúncios classificados. In: *Corpo e Sentido*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 177-193 .
- ESPÓSITO, V.H.C. Os processos perceptivos. O corpo e o mundo percebido: uma leitura de Merleau-Ponty. In: BICUDO, M.A.V. (org); ESPÓSITO, V.H.C. (org). *Joel Martins... um seminário avançado em fenomenologia*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 125-45 p.
- FEATHERSTONE, M. *Consumer culture and postmodernism*. Londres: Sage, 1991.223 p.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FREITAS, M.E.A. *A consciência do corpo - vivência que assusta: a percepção de profissionais de enfermagem na área hospitalar*. 1999. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- GARCIA, A.G. Suffering trajectories: amputated and non-amputated adult men because of diabetes mellitus. *Investigación en Enfermería*, v. XXII nº2, 29-39, sep. 2004.
- GONÇALVES, E.R. *et al. Complicações crônicas do diabetes*. Belo Horizonte: Health, 1996.

286 p.

GROSS, J.L.; NEHME, M. *Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: consenso da sociedade brasileira de oftalmologia*. Rev. Assoc. Méd. Bras. (1992); 45(3): 279-84, jul-set. 1999. Disponível em: <<http://www.lilacs.br>>. Acesso em: 08 jun. 2004.

HEIDEGGER, M. *Todos nós...ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. Tradução Dulce Maria Critelli. São Paulo: Moraes, 1981. 72 p.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Clinical Guidelines task Force. *Global Guideline for type 2 diabetes*. Brussels: International Diabetes Federation, 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Put the feet first, prevent amputations*. Brussels: International Diabetes Federation, 2005. Edição especial.

KEEN, E. Técnicas de pesquisa. In: *Introdução à psicologia fenomenológica*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. p. 34-41.

LADOWSKI, E. Viagem às nascentes do sentido. SILVA, I.S. (org.). In: *Corpo e Sentido*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 21-43 .

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.

LE BRETON, D. A Síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, D. B. (org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 49-67.

LE BRETON, D. Adeus ao corpo. In: *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 123-137.

LEEuw, G. V. D. Fenômeno y fenomenologia. In: *Fenomenologia de la religion*. México - Buenos Aires: Fundo de Cultura Econômica, 1964. cap. 109. p. 642-9.

MARTINS, J.; MACHADO, O.V.M. Introdução ao curso "seminários avançados em fenomenologia". In: BICUDO, M.A.V.B (org); ESPOSITO, V.H.C (org). *Joel Martins... Um seminário avançado em fenomenologia*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 17-28.

MARTINS, J.; FARINHA, M.F.S.; DICHTHEKENIAN, B. *Temas fundamentais de fenomenologia*. São Paulo: Editora Moraes, 1984. 98 p.

MERLEAU-PONTY, M. *A fenomenologia da percepção*. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 662 p.

MERLEAU-PONTY, M. *Signos*. Tradução Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 392 p.

MOREIRA, R. O. *et al. Diabetes mellittus e depressão: Uma revisão sistemática*. Arq. Brasi. End. Metab. , São Paulo, v. 47, n° 1, fev. 2003. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 01 jul. 2004.

NOVAES, A. A Ciência do corpo. In: NOVAES, A. (org.). *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 7-14.

PARRET, H. A verdade dos sentidos. Aula de semiótica lucreciana. In: *Corpo e Sentido*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 45-65.

PINHO, L.M.O. *Educação em saúde no cotidiano do ser diabético*. 2000. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

POLAK, Y.N.S. *A corporeidade como resgate do humano na enfermagem*. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997. 151 p.

RAJAGOPALAN, K. Corpo e sentido numa perspectiva desconstrutivista. In: SILVA, I.S. (org.). *Corpo e Sentido*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 79-95.

ROCHA, M.A.C. O Falar como expressão do ser na visão de Merleau-Ponty. In: BICUDO, M.A.V. (org); ESPÓSITO, V.H.C. (org). *Joel Martins...um seminário avançado em fenomenologia*. São Paulo: Educ, 1997. p. 97-111.

RODRIGUES, F.P.C. *A consulta de enfermagem centrada na promoção à saúde do adulto diabético: uma abordagem psicossocial*. 2004. Disponível em: <<http://www.lilacs.br>>. Acesso em: 08 jun. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROUANET, S.P. O homem-máquina hoje. In: *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 37-6421.

SACKS, O.W. *Com uma perna só*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. 208p.

SANTIN, S. *Corporeidade – prazer – jogo – desafio para repensar o projeto antropológico*. Contexto et educação. Ijuí: Unijuí, ano 7, n° 29, p. 7-25, jan-mar.1992.

SANTIN, Silvino. *Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento*. Porto Alegre: Edições EST/ESEF-UFRGS, 1994. 107p.

SARTORELLI, S. S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, 2003. Disponível em < www.scielo.br > Acesso em: 01 jul. 2004.

SIEBERT, R.S.de S. As relações de saber-poder sobre o corpo. In: ROMERO, E. (org.). *Corpo, mulher e sociedade*. São Paulo: Papirus, 1995. p 15-42.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 108 p.

VIGARELLO, G. Panóplias corretoras: balizas para uma história. In: SANTANA, D.B. _ (org). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. 21-38 p.

ANEXO E APÊNDICES

ANEXO A

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

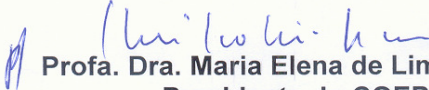
Parecer nº. ETIC 254/05

Interesse: Profa. Maria Édila Freitas
Depto. de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 26 de outubro de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Corpo e significado: percepção do portador *Diabetes Mellitus* tipo 2** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Wilma Dantas Pereira, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFMG estou realizando uma pesquisa com o objetivo de compreender o significado de corpo para os portadores de diabetes. Assim, convido o(a) Sr.(a) a participar desta pesquisa.

Esclareço que os dados obtidos serão mantidos em sigilo, assim como sua privacidade e a garantia de anonimato. O material gravado será arquivado, e ao término de cinco anos será destruído. Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos. Informo ainda, que o Sr.(a) não terá despesas decorrentes da sua participação na mesma. O(a) Sr(a) tem total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo.

Estando ciente do que foi esclarecido, o (a) Sr.(a) _____ consente e assina o presente termo, que também será assinado pela pesquisadora responsável.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Pesquisadora responsável: Wilma Dantas Pereira
Endereço: Rua João Arantes, 52, apt 102, Cidade Nova
Belo Horizonte/MG - CEP 33170-240
Telefone: (31) 3486-9826 ou (31) 9991-1678

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMSA-BH
Endereço: Av. Afonso Pena, 2336, Funcionários
Belo Horizonte/MG - CEP 30130-007
Telefone: (31) 3277-7768

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG
Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha
Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901
Telefone: (31) 3499-4592

APÊNDICE B

DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

DEPOIMENTO 1

E. L. M., 48 anos, sexo masculino, casado, sabe-se portador da doença há 8 anos. O senhor E.L.M. manteve-se na mesma posição, mostrando-se concentrado, olhos brilhantes, olhando nos meus olhos durante quase todo o tempo do depoimento. Pseudônimo: Marcos.

É... eu passei a sentir muitas dores, né?... na perna, circulação nas pernas, pés gelado, entendeu? E...problema de vista, as pessoas começam a ter problemas de vista, começa a enxergar mal. (1) Outra coisa,...é..., perdi muito peso, pesava 105 quilos, agora tô pesando 85. Entendeu? Massa muscular também, eu acho que eu perdi muita massa muscular também (apalpa os músculos) (2). E outra coisa, é..., também a alimentação, né, eu alimentava muito e eu manerei um pouco, senti que eu tô alimentando menos (3). Às vezes você passa um, dois dias sem tomar a insulina, sem tomar os remédios de um dia pro outro já começo a passar mal, assim... tontura, as vistas escurece, entendeu? Desânimo, sabe, e.. você não dorme, da insônia (4), tá. Uma das coisas da diabetes é isso aí, já de cara já acontece isso com a gente (5) Outra coisa também, é na parte sexual também dá problema, entendeu? Você fica mais fraco. Se não tiver uma mulher assim pra entender mesmo (6). Acontece isso com a pessoa mesmo, não adianta querer achar que... né? E outra coisa évocê vai perdendo alguma coisa assim, o interesse, é..., também na parte do serviço, você que trabalha também perde alguma coisa, sua média já começa a cair (7), entendeu? Começa a esquecer as coisas, comigo acontece isso (8). Agora, agente vai adaptando de acordo, no início era pesado, mas depois a gente vai acostumando, com

o medicamento cê vai (9). Você tem que parar de comer certas coisas, né,, alimentação, doces principalmente, eu comia muito doce, aí eu tive que...só que para você cortar essa iguarias é terrível, é difícil, né. Aí você já não pode (10). Eu bebia, tomava uma cerveja, já não posso beber e tem esse regimes (11), né? Você tem que tá sujeito. Do horário para dormir, você não pode, né, perder noite de sono. Eu gostava muito de ir para festa, bailes, se você ficar uma noite sem dormir, você fica uns dois, três dias ruim, aquele cansaço, desgaste (12). Então, a diabetes, o diabetes vai acontecer mesmo, muita coisa (13).

DEPOIMENTO 2

M.C.S., 62 anos, separada, pensionista, sabe-se portadora da doença há 06 anos. Mostrou alegria em participar do estudo. Ficou emocionada e chorou no decorrer do depoimento. Em vários momentos apalpou o abdômen. Pseudônimo: Beatriz.

Só o que eu percebo de diferença e só que eu fiquei barriguda (sorri e pega na barriga), e engordei um pouquinho também. Eu era mais magrinha. Mas é só a barriga que atrapalhou o meu visual, eu incorpei demais com esse barrigão (1). Eu até emagreço, mas a barriga não acaba (2). Não é que eu como muito, que eu não como muito não. Eu como assim controlado, né, às vezes mais de três vezes por dia, mas não é prato de comida, um tantinho de comida, às vezes eu fico até com vontade de comer mais, mais eu sei que não pode comer muito. Daí mais umas três horas eu como mais alguma coisa, às vezes até comida mesmo (3). Não gosto de pão, essas coisas eu não gosto, de massa eu não gosto. O macarrão é que eu como um pouquinho e a batata, mas pão, bolo, essas coisas assim eu não gosto (5). Eu pelejo pra vê se essa barriga acaba, mas ela não acaba

não. Oh, tô barriguda aqui (2). Mas os dentes, os dentes também acabaram muito depois da diabetes (5). Mas ainda não pude fazer tratamento porque a pressão que é sempre alta, a glicose também, então a dentista olhou, mandou fazer raio-x dos dentes pra ver se tem algum conserto (6). O que me incomoda é os dentes e a barriga, que eu me sinto atrapalhada, mas o resto...normal, beleza (7). Sinto umas dorzinhas nas pernas quando vou subir morro, né, canso, aí eu tenho que andar devagarinho, tem dia, mas nem todo dia (8). Tô boa, vou em festa, eu danço. E tem vezes que eu saio até pra dançar, e danço, não danço muito, eu danço pouco. Eu sento, tomo um guaraná light, e depois danço mais, e vou embora pra casa (9). Mas a diferença que me incomoda é a barriga e os dentes só, mas eu acho que no fundo tá bom, 67 quilos (10). Eu pesava demais, quando começou a diabetes eu estava com 71 quilos. Eu marquei isso demais, mas a vida é essa eu vou levando (11). Tem dia que eu fico triste... (chorou e abaixou a cabeça)...eu vejo assim... colegas minhas com problemas no pé, de uma amiga minha cortaram o pé (12). Aí eu lembro que... se eu der mole mesmo, assim com a dieta, vou acabar tendo esse problema. Mas depois eu lembro assim que Deus é maior aí vem aquela confiança e eu ouço uma música, eu danço sozinha e pronto!(13) Minha menina também é boazinha pra mim, não me faz passar problema, graças a Deus. Porque quem vive comigo é um neto que eu criei e minha filha, o caçula tá com 24 anos e meu neto tá com 16. Eles não me dão problema de ficar chateada (15). Quando eu fico chateada é sozinha mesmo, em casa (16). Aí ela chega, já chegou mãe, o que a senhora tem? Ah vai cantar, não fica chorando não! (17). Tem dia que eu choro, mas é muito difícil, mais eu ando é sempre alegre. Vou pra onde tem construção perto de casa, vou olhar todo mundo trabalhar, vou batutar, falar com as vizinhas, e o tempo vai passando, e aí cê volta boa (18). Saio muito, gosto muito de jogar na tele sena, fazer jogo do bicho. Eu jogo assim, lavo muita roupa também, varro, lavo vasilhas, limpo fogão, quando minha filha levanta, já

trabalhei pra caramba (19). Ter boas amizades vai à casa das amigas vez em quando (20), vir ao controle médico também, eu não esqueço de jeito nenhum, tomo os meus remédios direitinho, tudo marcado ali, nunca errei pra tomar um remédio, graças a Deus (21). Uma hora a diabetes tá bem boa, outra hora tá mais alta, mas não de comer doce, eu não como (22). Mas carne vermelha, às vezes massa, pizza, de vez em quando eu como, mas doce nenhum. Mas doce nenhum, eu tomo café com adoçante, café eu tomo bastante também, de manha eu como pão com café, como alguma coisa, de tarde eu tomo um copo de café e de noite eu tomo café com biscoito (23). E vou levando, eu não posso tá lembrando dos problemas de outras pessoas, né, que a gente vê, que a gente vê...a melhor amiga pra mim, às vezes eu vou lá visitar ela, me preocupo, lembro de quando a gente saia pro clube pra dançar. Vejo ela assim, aí eu penso, aí eu fico triste (24), mas passou, aquilo ali é passageiro, de repente eu tô beleza. Eu não quero aquela vida vegetativa não (25), eu tenho fé em Deus, eu acho que eu tô bem recuperada (26) Pela doença eu sei que não é fácil, eu sinto que tô bem (27). Meu filho fala “ôh mãe, Deus não tá fazendo mulher mas do tipo da senhora não, criou a gente sozinha, seis filhas sozinhas. Tá bonitona, tá bonita, forte, ninguém fala que a senhora tem esse problema. A senhora pode ficar feliz da vida.” Aí eu crio mais asa ainda, né, é claro, se meu filho tá falando é porque é verdade, não é mentira. Aí eu fico feliz, ah, tudo bem (28). Dinheiro, uma vez ou outra que a gente tem e, eu recebo pagamento, se precisar meu filho também ajuda, é pouco, mas dá (29). Roupinha de sair a gente tem, chega em casa a gente guarda. Sapato. Pronto! (30) Levo uma vida feliz assim. Pra dizer que eu fico bronqueada, com aquela bronca, né, porque tem pessoas que ficam assim, graças a Deus não, ando com sorriso no rosto (31).

DEPOIMENTO 3

S.C., 45 anos, sexo masculino, solteiro, sabe-se portador da doença desde 23/06/1993. S.C. permaneceu durante cabisbaixo, exceto quando falou do Centro de Saúde e no momento que me ofereceu plantas. Ele cultivava plantas ornamentais e as distribuiu gratuitamente. Teve uma das pernas amputadas devido complicações do diabetes. Pseudônimo: Leonardo.

Com a diabetes eu tenho que tomar insulina de manhã e de noite (1). Eu comia muito doce, né, eu chegava lá na roça e comia de 30 a 40 pés de moleque (2). Na família minha é só eu. A minha tia também é diabética, a minha irmã também é só que não toma remédio (3). Eu perdi a perna em 2004 (apalpa o coto, elevando-o) (4), só que tô bom (5). O importante é tá bem (6). O pessoal do posto é muito bom pra mim. Cê quer levar umas plantas hoje? Cê quer? É muito ruim do jeito que eu tô aqui pra andar pro terrero afora (7). Tudo bem, o importante é ir levando a vida (8). O médico falou pra mim pra eu voltar no hospital, mas eu não tive como voltar lá (9). Tiraram um espinho de coqueiro desse tamanho do meu pé (mostra o tamanho com as mãos), me levaram pro pronto-socorro aqui, e aí me levaram pro hospital X, e fiz a operação (10). Pra mim é isso aí.

DEPOIMENTO 4

C.A.M.M., sexo masculino, motorista desempregado, 51 anos, casado, sabe-se portador de diabetes há aproximadamente 5 anos. Alterou sua postura corporal e entonação de voz ao falar de sua indignação com as condições sócio-econômicas. Pseudônimo: Joel.

Muda muita coisa, muda a feição da urina, das fezes, e, às vezes, da sudorese, você fica soado demais, sem necessidade (1). Aí o que acontece, o coração não funciona bem, você vê que tem uma deficiência (2), entendeu? Outra coisa, a secura na boca, você toma, toma água e continua com sede (3), então, aquela vontade enorme de comer doce, que tem dia que eu fico assim desesperado, mas eu não posso (4). Aí vem aquele negócio, vou tomar aquilo assim que é bom, aí quando você chega a procurar o médico e chega a saber como está sua situação, fica difícil de controlar (5). Seu dia-a-dia também ajuda (6), porque tem o diabético, aquele doente diabético e o doente diabético psicológico, que ele tem medo das dificuldades da vida, ele passa por certos apertos e, como não, os remédios não fazem efeito. Não tem como fazer efeito, por que, tá na cabeça, a cabeça não ajuda (7). Eu tô desempregado há três anos, tem dia que eu deito na cama e não consigo dormir, quer dizer, um diabético sadio, saudável, tem que fazer uma alimentação adequada, o que é difícil hoje em dia fazer uma alimentação adequada, como é que você vai fazer uma alimentação adequada quando você chega pra comprar uma fruta no supermercado, se você tá com uma conta zero (8). Se você comprar pra você, não vai poder comprar pro seu filho. Aí você compra pro seu filho e se reprime (9), né, isso. Então, o que eu acho, no meu modo de pensar é que a diabetes é mesmo como se fosse um câncer, uma AIDS, ela vai comendo aos poucos, devagar, Quando você assusta, não tem mais jeito (10). Eu agora tô conseguindo controlar, no mês passado, a glicemia tava em duzentos e oitenta, parece, aí eu fiz um regime, eu fiz tratamento, andei tomando umas ervas também (11). Eu gosto muito de tomar umas ervas, que eles falam andei tomando umas ervas, tomei carqueja, muita carqueja. Eles falam que carqueja é ruim, faz mal para o sangue, que provoca câncer, eu tomo nos tempos certos, paro, aí eu vou fazer uma glicemia, como agora no último exame deu 135, tá boa, meu colesterol tá 204, triglicérides 212, quer dizer, não tá ruim (12). Poderia estar melhor, se tivesse emprego,

se tivesse a cabeça tranqüila, deitar na cama, dormir nem que seja umas 5, 6 horas de um sono bom, normal, sem preocupar, amanhã tenho que pagar isso, vem o pessoal da empresa de luz e de água querer cortar minha água, minha luz (13). Ir trabalhar tenso, e o que os brasileiros precisam pensar e repensar é a saúde, mas infelizmente, no Brasil não existe saúde, saúde é relegada a segundo plano. Por quê? O nosso costume, principalmente por parte da minha avó e da minha mãe, porque **minha diabetes é hereditária, minha avó e minha mãe tudo tem, meu pai não tinha, mas em compensação meus irmãos todos tinham por causa da minha avó. Ela passou três meses e oito dias internada no hospital X por causa de pé diabético (14).** Aí é que foi descobrir que ela tinha interrompido a artéria na perna dela, tava interrompido e não irrigava o pé não sarava o pé de jeito nenhum, chegando ao ponto do médico falar que ia amputar o pé dela por causa da diabetes. Aí tomou aquele monte de remédio. O costume não fosse, **se a gente não tivesse o costume de tanta coisa forte, mas isso aí vem da educação, porque você não houve falar que em países desenvolvidos da Europa existe um índice tão alto da diabete como no Brasil. Você ouve o quê? Que o brasileiro gosta de rapadura, farinha, macarrão, arroz, batata doce, batata inglesa, cará, tudo coisa forte (14).** O governo, as escolas têm que ensinar a criança a cuidar de seu corpo (15). A diabetes é nada mais é do que a educação que eu não tive, de comer as coisas certas na hora certa . **Eu nunca pensava vou comer isso hoje, amanhã eu como... (17)** Carne gorda. Não existe coisa mais perigosa que a carne de porco, eu não sabia que a carne de porco fazia mal. **Em 1998, em outubro, eu tive uma úlcera supurada e devido a essa úlcera, eu tive uma hemorragia que eu coloquei muito sangue pra fora, complicou. Foi aí que eu fiquei sabendo que eu tinha diabetes. A diabetes ajudou o problema de estômago (18).** Ah, era churrasco, carne gorda, eu adorava uma carne de bife com aquela pelinha, aquela gordurinha amarela. Uma pimentinha, um tempero forte. Por quê? **É educação alimentar, eu aprendi foi isso, foi comer coisa forte (19), né. Eu tenho**

um irmão que tem seis safenas, foi pra sala de operação duas vezes. Cê vai lá tira o sangue dele e a diabetes não sobe. Por quê? Ele come a coisa certa, na hora certa. Ele tem 54 anos e parece mais novo que eu. Mas novo que eu, e é cardíaco. Quer dizer, todas as vezes que ele faz os exames de diabetes e colesterol não dá nada. E outra coisa, a pressão dele e 120/80. E a minha pressão é 14/10, 16/10 (20). Eu não consigo controlar (21), entendeu? E a diabetes agora eu tô sentindo que ela tá me afetando e muito, tá me afetando as vistas, o intestino, fadiga, muita fadiga (22), tem hora que eu faço as coisas normais, e de repente me dá um mal estar, eu saio lá do grupo, vim até aqui correndo e eu estava (imita suspiros de cansaço)...eu não tinha isso, tudo por causa da diabetes (23). Chega na hora do almoço e encho o prato: arroz, feijão, salada, e uma carne mais farta, um pedacinho só, mas carne boa e um pedaço, né? Tenho um irmão que fala assim que não existe uma coisa mais feia no mundo que um prato sem carne (dá gargalhada) (24). Não poderia ser uma carne de soja, tudo isso é aquele negócio, é o costume, é educação. Meu pai me ensinou, carne boa é essa é essa (25), não existe carne boa não. Carne boa é a nossa, nós temos que cuidar dela, porque no dia que ela apodrecer acabou, como é que você vai viver? (26) Por quê? A diabetes é assim, ela não te manda recado, “ôh vou entrar em você tal dia.” Eu levei um susto muito grande, no dia fui fazer exame que eu vi 205, eu falei “gente do céu, eu tô com isso tudo!” (27) Aí o médico falou comigo “o senhor está propenso à diabetes, propenso. Aí eu falei “dr., eu tô propenso ou eu tô diabético. Não, por enquanto ainda não, se você fizer o regime assim, assim, você vai melhorar. Você corta, diminui isso aí (28). Aí eu fui diminuindo um bocado. Mas com o passar do tempo, dia-a-dia, e tal, relaxei. Aí pronto, ela veio (29). Ela veio, taí, e pra mim acabar com ela tá difícil (30). Eu tenho esperança! Porque a medicina está muito adiantada, tem esse negócio aí, é, é, eu esqueci; que o cara lá da Inglaterra fez, o tal da...Célula tronco, né, no pâncreas. E tá vivendo normal (31). Mas será que ele ta vivendo

normal mesmo, será que isso é verdade, a gente fica naquela, né, eu faço? Se você faz uma coisa num lado, no outro lado aparece uma coisa pior ainda. Aí eu melhoro a diabetes e o coração faz puft (gargalhada) (32). Então eu sempre falo pras pessoas, eu fui muito gordo, eu pesava 112 quilos, a minha altura não cabia isso, até que eu conscientizei disso, que eu não poderia ter esse peso, foi difícil. Você lembra quando você me viu pela primeira vez, eu era muito gordo, eu faço um regime bravo (33), eu vejo meus meninos comendo lá, eu olho assim, mas tá bom, salada. Eu tenho um filho que tá fazendo academia. Meus filhos têm uma vantagem, eles adoram um legume, verde, qualquer verde que você colocar, eu acho que até capim se você colocar eles comem. É bom, é gostoso, entendeu? E esse meu filho agora tá assim, arroz ele põe uma colher de arroz, batata frita se der ele come, é bom, é gostoso, entendeu? Eu fico imaginando como ele comia, agora é uma colherzinha de feijão. Agora se tiver uma abóbora, chuchu, cenoura. Ele adora bater uma cenoura no liquidificador com gérmen de trigo e leite. Eu falei cê tá errado pôr leite aí, não pai esse leite aqui é leite integral (34). Quer dizer, agora ele tá com 15 anos ele tá cuidando, eu espero que ele continue assim, pra não chegar na minha idade e tá como eu estou, cheio de tric tric, cada hora é um negócio que chega (35). E a diabetes pra mim é assim.

DEPOIMENTO 5

M.A.L.N., 57 anos, sexo feminino, viúva, reside com a filha, sabe-se portadora de diabetes há mais de 20 anos. M.A.L.N. estava acamada, em seu domicílio, quando participou da entrevista à espera da marcação de um procedimento cirúrgico. Manteve-se serena e tranqüila durante toda a entrevista, apesar de inicialmente, ter enfatizado ser uma pessoa tímida.

Pseudônimo: Marinalva.

Quando eu descobri que eu tava, que eu tava com esta enfermidade é porque eu tava tomando muita água, me dava muita sede, né, então, eu falei eu tenho que descobri o porque dessa coisa, eu trocava comida pela água (1), né. Aí, veio modificando, eu fiquei muito gorda, barriguda (2), e assim vem vindo, né, esse tempo todo, foi passando o tempo (3). Agora recente, em 2003, eu passei por um processo difícil, que eu entrei em depressão, e...tive muitos problemas, quer dizer, a enfermidade também ajudou (4), né, mas , então eu entrei em depressão e fui pra cima da cama, fiquei muito magrinha, fiquei pele e osso, aí, o médico que cuidava de mim cortou o medicamento todo, eu fiquei sem tomar medicamento pra pressão alta e também da diabetes (5). Aí depois começou de novo, aí eu fui reagindo, eu fui. Eu parei de andar, né, eu fui pra cima da cama, mas aí eu fui reagindo e fui voltando as atividades, fui andando dentro de casa, mesmo escorando pelas paredes (6). E tem um meu filho que eu fiquei diabética quando ganhei ele (7), né, então, ele me ajudou muito, fazendo ginástica com as pernas repete movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores pra que voltasse a andar. A preocupação dele era eu andar (8) e graças a Deus eu, eu reagi, quer dizer, não fiquei normal porque mexe com tudo da gente, a gente fica debilitado, mas graças a Deus, deu pra voltar as atividades, a cozinhar, a lavar roupa, né, andar devagar (9) e eu não ando sozinha, tem sempre uma pessoa me acompanhando, porque a gente perde a... o equilíbrio, até a mente da gente fica ruim, então, sempre quando eu tenho que sair tem uma pessoa junto comigo (10), mas graças a Deus, tá dando pra levar (11), tem que tomar o remédio pro resto da vida mesmo (12). Agora eu quero ver se eu reabilito de novo (13), e, e sigo direitinho a dieta, porque sem ter escrito assim, a gente tem hora que faz errado (14). Tem que ter cuidado, porque tem hora que a gente tem a perder (15). Porque quem tem esta doença a gente tem que fazer pra viver alegre (16), né, tá sempre

em contato com as outras pessoas, igual eu mesmo, sei fazer crochê, sei tecer sapatinho de neném, então, é o que me ajuda muito, tenho até ali o que eu tô fazendo, então nas horas vagas que eu posso eu sento, eu vou fazer um sapatinho, se eu cansar eu paro, e assim eu vou levando, né, minha filha, e tem que ser (17), né. E o meu corpo é assim (olha pro corpo) E agora eu emagreci. (18). Então é assim, a diabetes faz isso na gente mesmo, na mesma hora que você tá gorda, cê pode emagrecer. E eu dei pra emagrecer, eu tava gordinha, carninha chegou no lugar, aí de repente caiu de novo...emagreci.(19) Só que eu não sei te explicar direito se a diabetes que eu tenho, no início ela era tipo 1, né, agora eu não sei porquê igual agora essa vez que eu tive internada eu tive que tomar um remédio potente aí, então, eu não sei (20), porque tem a diabetes que engorda e a que emagrece.(21) Mas graças a Deus eu tô bem, tem que ser assim, a gente vai levando. Tô satisfeita, né, (sorri). (22). É só o que eu tenho pra te contar, tá bom?

DEPOIMENTO 6

E.M.T.C., 48 anos, casada, sexo feminino, costureira, sabe-se portadora de diabetes há mais de dez anos. Parecia desconfortável, mudou a direção do olhar várias vezes e a voz, muitas vezes, ficou entrecortada. Pseudônimo: Célia.

Oh, eu emagreci bastante (1) depois... Não sei se tanto pela diabetes, porque eu fui emagrecendo pouco. Mas eu fui emagrecendo pouco quando eu soube, né? Mas eu não emagreci muito não, porque eu era muito gorda, eu pesava oitenta e tantos quilos.(2) Aí é...há dois anos atrás eu tive labirintite aí é que eu emagreci, treze quilos! Não sei se foi proveniente porque eu já tinha o problema da diabetes e tive a labirintite, né? Aí eu não sei.(3) Agora sobre a diabetes mesmo todo mundo fala que dá é...é muita sede, né, cê

toma muita água tem a secura na boca, eu não tenho isso.(4) Eu sinto, às vezes, dor nas pernas, mas eu não sei se a dor nas pernas é por causa da diabetes ou porque quando ta próximo da minha menstruação chegar eu tenho muita varize aí elas doem.(5) E...mas eu nunca, assim...esses sintomas que eles falam da diabetes eu nunca senti mesmo nada assim que eu notasse que desse muita diferença sei que eu emagreci, fora disso eu não sei assim explicar se tem alguma coisa diferente.(6) Eu já tenho pressão alta, né? Tinha problema de pressão alta, ela é controlada, né? Não aumenta muito. E depois que eu tive labirintite é que eu comecei a ter assim umas tonteira éh, e de vez em quando é que eu tenho assim...como é que fala? Um tontura assim sabe? Não chega assim a ser tonteira de desmaiar, nem nada não fica meio nuviado, assim não sei também se é da diabetes ou se é por causa da labirintite.(7) Todo mundo fala que quem tem labirintite tem esses sintomas pra sempre. Não procurei saber também. Quando eu tive eu consultei no hospital que eu tinha convênio, e logo em seguida eu parei de pagar o plano de saúde então, eu não fiquei sabendo. E eu, uma coisa que eu acho que pode ter agravado é minha visão, porque eu sou costureira e to enxergando bem menos, pra enfiar a agulha pra costurar (8). Fora disso eu não tenho nada não (sorri). Só isso que eu sei (sorri). Só. Eu não sei mais assim alguma coisa que eu possa falar. (pausa) Eu não sei se, assim, se é pela idade, se é pela menopausa mas é, eu senti um pouco de diferença agora, de um ano e pouco pra cá foi na relação entre eu e o meu marido que já ta bem menos, não tem mais aquela freqüência que tinha antes. Não sei também se tem alguma coisa a ver que eu fico imaginando que seja da menopausa, mas eu ainda não perguntei pra ninguém não (sorri) pra saber se possa ser da menopausa ou se é da diabetes (9).

DEPOIMENTO 7

J.J.P., 78 anos, sexo masculino, casado, sabe-se portador da doença há “muitos” anos. Ex-tropeiro do estado da Bahia. Mostrou-me a foto da família fixada na parede e falou de sua filha que morreu recentemente “por não se cuidar” diante de uma doença. Pseudônimo: Francisco.

Eu percebo meu corpo assim mais fraco, né? Antigamente eu trabalhava e não sentia dor no corpo, não sentia nada e hoje eu sinto mais fraco né? Doragem no corpo, dor nas vista, tem hora que a cabeça da gente fica ruim, põe a gente até meio tonto, o remédio fica ruim. (1) E eu, eu pressenti que o meu corpo modificou muito né? Duas coisas: pela idade também né? Que a idade de setenta e tantos anos não é brincadeira né e outra coisa é o remédio (2) Na mesma época que eu fiquei muito propício... comer coisa doce, por isso às vezes acumula muitas coisas né? Pra gente, né? Tem essas coisa. Eu sei disso (3), né? Aí depois que eu comecei a tratar meorou um pouco as coisa, mas ainda doragem um pouco, não pára não (4). (pausa) Beleza? (sorri).

DEPOIMENTO 8

S.G.P., 56 anos, separado, sexo masculino, pedreiro, sabe-se portador de diabetes há quatro anos e meio. Logo ao entrar em sua residência, S.G.P. pediu para que eu não reparasse, pois com a separação teve que ir morar no porão da casa do irmão. Disse ainda que foi traído pela esposa por não ser mais o mesmo enquanto homem depois da diabetes. Mostrou-me o local de onde desmaio devido hipoglicemia e o recipiente contendo açúcar para uso em caso de um novo quadro. Teve parte de um dos pés amputada devido complicações do diabetes.

Pseudônimo: Manoel.

A única coisa que eu percebo é isso, é, a diabete dá a gente muita tonteira, né? Eu sinto tonteira, diversa tonteira, desmaio por causa da glicose baixa, né, a glicose abaixa eu, eu muitas vezes já fiquei desmaiado aqui dentro de casa, igual eu te contei (1), né? A última vez eu sofri um infarto dentro de casa e sem saber por causa mais por causa disso, que a glicose abaixou demais, na hora que abaixou demais, eu desmaiei (2), quando fui acordar, acordei no pronto-socorro X, aí o médico pegou e falou com meu irmão que eu tinha sofrido de infarto em casa através do desmaio por causa da diabete e aí me mandaram lá pro hospital X (3), lá eu tive que fazer três pontes de safena mas tudo proveniente da diabete (4), né? E, e no mais o normal que eu sinto é isso mesmo tomando as insulina, né? Eu tomo insulina, medilformina e AAS, mas mesmo assim me descontrola demais por causa disso (5). Tem dia que o comprimido de medilformina fica forte demais aí o médico mandou eu tomar só meio, porque antes eu tomava um inteiro de 850 miligramas, aí o médico mandou eu partir no meio, Aí eu parto no meio, tomo trinta unidades de insulina. As trinta unidade de insulina tem dia que abaixa a glicose demais, aí o médico pegou e falou comigo lá do hospital X falou comigo que a glicose abaixa demais é falta de açúcar no cerebro dá aquele problema de falta de açúcar no cerebro e quando eu senti isso expricou pros meus irmãos e tudo, quando eu sentisse que ia desmaiar que eu tomasse, que eu comesse uma colher de açúcar, uma colher de açúcar toda vez que eu sentir tonteira ou então sentir zozzo né eu tomasse uma colher de açúcar (8), aí ...eu uso sempre, que me dá constantemente (9), mesmo tomando insulina a glicose abaixa demais inda mais aqui que tem duas crianças, esses dois meninos que você viu tem dias que eles faz arte, faz raiva na gente eu moro sozinho mas não posso evitar deles vim cá embaixo, né? Pois tem dia que eles vêm pra bagunçar e não tem jeito

de impedir porque eu moro de favor apesar da casa ser do meu irmão mas eu tenho de ficar quieto (10), né? Aceitar tudo. Aí é onde que dá muitos problema é disso que junta a diabete e problema de nervo, com criança eu fico traumatizado por causa disso da separação (11), né? Eu fico pensando, eu tenho criança, eu tenho um menino de dez anos, eu tenho um de dez, uma menina de doze e o mais velho tem dezoito (12), mas são tudo, parece uma coisa, a minha esposa era, é crara igual a você, cabelo mais comprido que o seu, eu vivia bem com ela, foi só eu ficar diabético, eu falei com ela reclamando de mim que eu não era mais o que era antes, a mulher pega e inda me trai (13), eu tive que mandar ela ir embora e aí pronto, meus problema maior mais é por causa disso, da separação (14). Aí junta minha cabeça fica, eu tô tentando organizar a vida tem quatro anos, mas é difícil demais (15), né? A gente fica atormentado, primeiro a separação, a doença, tudo é difícil demais e aqui me perturba (16), né? Eu não tenho condição de pagar aluguel porque o dinheiro que eu recebo do INPS eu mando tudo pra ela, se eu faço algum biscate, que eu trabalho de pedreiro, se eu faço algum biscate é porque eu vivo disso, mas o meu INPS todo que eu recebo eu mando pros menino. Eu inda acho pouco porque é trezentos real pra três menino e a mulher também (17) né, é difícil, né, ela ta morando com os pais dela, mas é difícil (18). O que eu tenho pra falar é só isso.

DEPOIMENTO 9

J.G.C., 85 anos, viúva, sexo feminino, há aproximadamente 20 anos sabe da doença. Antes da entrevista falou da morte repentina do marido em Nanuque, sua terra natal, e da necessidade de mudar com os filhos para Belo Horizonte. Aceitou prontamente participar da entrevista. Permaneceu tranqüila, demonstrando timidez em alguns momentos. Pseudônimo: Antônia.

Eu pensava assim...tem vez que eu fico...eu já fiquei assim sem ver nada (1). Já estive, como é que fala, no CTI duas vez. **É no CTI do hospital X que descobriu. Eles me cortaram aqui oh** (mostra cicatriz em braço esquerdo) **que era pra descobrir veia, mas não era, foi aí que descobriu (2).** Eu fiquei no CTI, aí eu passei muitos tempos boa, aí sempre eu ficava internada, quando foi agora em 2001, eu tornei ficar no CTI, fiquei num tanto de hospital, em muitos hospitais, Santa Casa, já fui operada no hospital X, até quando meu marido morreu (3). E tive no CTI do hospital X também, aí eu fiquei muito ruim, vim pra casa ruim, fui lá pra casa dos filhos, eu não podia fazer nada na casa dos filhos, aí eu voltei pra minha casa. Eu falei eu quero ir pra minha casa, porque a gente não acha nem casa de filho não é bom mais. Aí eu cheguei ruim, nem podia fazer nada, quem fazia pra mim era meu filho, tem um rapaz lá fazia. Agora não, agora eu já faço comida, aí eu lavo roupa (4), mas lavo na máquina, não güento esfregar roupa não, aí eu não arrumo casa direito não, passo assim a vassoura mal mal, eu não güento varrer, passar pano (5). Aí tinha umas meninas netas minhas moravam lá, duas meninas, aí a mãe delas mandou elas pra fora. Mas eu tenho uma neta, meus netos tudo é bom, mas essa é a que mais assim me dava corda, ela, preparou o pão pras meninas, pras meninas ficar comendo lá em casa, uma tá trabalhando, quando foi esses dias, ela quebrou a parede lá, disse que é pra tirar as meninas, foi aquela confusão, eu pelejei pras meninas não sair de lá, não pode, foi pagar aluguel 180, só muito trabalho pelo salário, mas eu falei, ela não quis, e a N, aquela que veio aqui, aí eu não posso fazer nada, não recebe nada do pai, nunca recebeu...o corpo? Assim, **eu sinto dor nas pernas, eu acho que é por causa da diabetes, né, dor nas pernas (6),** agora eu não tô muito ruim não, mas a dor nas pernas é o que eu mais sinto, mas **as outras dor que eu sinto eu acho que não é por causa da diabetes não, porque a gente sente assim umas dor, mas sempre passa (8),** acabou. E da cabeça, de vez em quando da uma dorzinha de cabeça, eu sinto as vezes umas dor assim nos dedos, não sei se é por causa da diabetes fica

assim dularido, e... é isso que eu sinto mais, mas passa, né. Eu **tem hora que eu tô deitada de noite e fica assim aquela coisinha ruim, que a gente fala assim oh meu Deus, amanhã eu não vou güentar levantar, mas Deus é tão bom que eu levanto é cedo, minha filha, eu levanto é sete horas. Levanto, faço café (9)**. Agora as meninas saiu, uma que fica mais eu, e tem um rapaz que tem um bar. Eles é muito bom pra mim. O rapaz é que recebe pra mim...**E o que eu sinto assim. Minhas vistas, de perto eu enxergo, de longe assim, só enxergo aqui assim (mostra a distância que consegue enxergar bem, aproximadamente 70 cm). Eu acho que é por causa da idade e da diabetes (10)....Mas eu já passei tanta coisa, mas Deus é muito bom, porque esta filharada fui juntando, lá do interior vim pra qui (11)**. Quando meu marido morreu eu tava doente, meu útero de fora, posso falar, meu útero de fora, tava aquela bola assim. Aí eu sai de lá, eu tinha vindo aqui umas vezes, eu não sabia direito andar, mas eu andei. Uma enfermeira lá do hospital X mandou eu ficar lá na fila, de tarde, passar a noite lá pra modo eu tirar a ficha...**Aí eu operei, eu fiquei ruim quando eu operei, mas graças a Deus eu não sinto mais nada (12)**...Já tive muitas doenças, né, eu já tive uma febre que eu não sei como é que chamam... uma outra febre...malária. Eu tinha uma menina novinha. Depois aqui eu já tratei de um verme chamado...vou falar o nome, não sei se falo direito, necator americano, tomei o remédio, fiquei boa. **Eu fui no hospital X, a enfermeira me avisou lá que eu fiquei com diabetes, ela passou duas injeções pra mim (13)**. Aí eu vinha boa, trabalhava, aí passou um tempo veio esse negócio na perna, aí eu não andava...aí descobriu que era diabetes (14), eu já fiquei internada, hospital A eu já fiquei duas vezes, naquele pronto-socorro alí já fiquei lá, no hospital B um cado de vez também, de lá me mandou pra outro hospital. Desta última vez, no fim do ano, eles me mandou pro hospital C, fiquei lá três dias, o médico falou que era só pra baixar a glicose, aí baixou eles me deu alta. Já fiquei no hospital D um cado de vez, no hospital E, umas duas vezes que eu fiquei (13), por último eu tava com uma dor aqui, o médico falou

que era negócio de rins, eu peguei beber uns chás, chá de cana de macaco, eu bebi e a dor cabou, acho que era os rins, né, cabou a dor... E isso que é a pesquisa. É isso mesmo?

DEPOIMENTO 10

M.G.T.C., 57 anos, sexo feminino, casada, há aproximadamente oito anos descobriu a doença, auxiliar de enfermagem aposentada. Mostrou-se prontamente interessada em participar da pesquisa. Pessoa de expressão alegre, sorridente. É obesa e apresenta dificuldades para locomover-se. Pseudônimo: Regina.

Eu vou te falar uma coisa: **toda vida, antes de descobrir essa doença descobri o problema da glicose, fiz o exame da glicose eu tinha 22 anos, porque eu já passava mal, tinha mal estar, tinha uma porção de coisas, não podia comer doce, não podia comer nada, não podia comer açúcar, tomar nada com açúcar (1). Aí então o médico falou pra mim assim: você é diabética, você tem diabetes (2). Então os anos foram passando, aí eu fui cortando as coisas (3) né. Então, aí um dia né, eu trabalhava no hospital X, então as meninas brincando lá com a glicemia, né, então faz o meu também, né, só que deu 204. Falei Santo Deus, eu assustei, né. Aí eu comecei a dieta mesmo, de lá pra cá (4). Tem que ter cuidado porque tem hora que a gente tem a perder (5). Mas eu passo mal, eu sinto mal estar, eu sinto uma fome terrível, não consigo fazer dieta direito, não consigo mesmo. Se eu começo de manhã, na hora do almoço eu quebro (6). Então eu passo mal de mais, já fui internada, o médico falou que foi por causa disso, meu coração inchou muito. Tem quatro anos, fiquei no CTI três dias. Então é isso aí eu passo mal demais...(7) Eu fico assim oh...daqui uns cinco...eu não quero viver muito tempo porque eu não quero chegar no ponto que minha mãe chegou...de perder a perna. Então se eu viver mais cinco anos**

tá ótimo. Também não quero ficar cega (8), mas também não me preocupo muito com isso não. Essas coisas não me preocupa de jeito nenhum, se ficar ficou, se perder a perna perdeu, mas eu não quero viver pra isso não, essas coisas não me preocupa de jeito nenhum, mas também não penso nisso (9). Quando me dá fome eu como tudo que me dá vontade, como tudo que tem na minha frente, pode ser coisa ruim.(10) Agora esse dias lá em casa cortei muita coisa, de um tempo pra cá, porque meu filho...o médico tá preocupado com ele também né...e ele tá...ele foi até fazer uma curva de glicose (11). Então ele que também entrou na dieta. É melhor fazer dieta porque o médico pediu. Então vai tentando, né, eu tento, né, é difícil, é muito difícil fazer uma dieta (17). Mas no meu corpo o que eu sinto? Outro dia eu senti tonteira, muita tonteira mesmo, e tô com ela até hoje. Aí olhei minha pressão, minha pressão tava 12 por 7. Eu não sei se eu tive uma queda de pressão, porque justamente nesse dia eu tinha começado uma dieta, pode ser que seja por causa disso. Mas tirando disso, tô bem (13). Eu sofro mesmo é cansaço, não sei se é da glicose ou do coração. Às vezes eu olho a minha glicemia, num momento tá boa, outra hora tá alta, então não quer dizer que o cansaço seja por causa da diabetes. Não sei o que que vem a ser não (14). Tirando disso não tem mais nada a falar...também...mas a diabetes tá, oh doença terrível, viu. Essa doença pra mim é a pior praga que pode existir (15). Quando eu internei o médico falou comigo...que eu, que meu coração tava inchado por causa da diabetes. Mas quanto que minha glicose tava, 147 (16). Mas eu já vi gente em coma com 170 de glicose. E o médico falou a glicose dela tá alta, que cada um é de um jeito, né, então a pessoa às vezes por causa de 130, 140, já tá passando mal, enquanto que um com 500 não sente nada, não sente nada mesmo (17). Eu tive uma tia também, que ela, na hora de amputar a perna dela ela faleceu, ela ainda brincava assim, gente eu não sinto nada, a glicose dela era normal, na hora que o pé dela ficou preto, aí internou e quando fizeram exames a glicose dela tava 600. Ela subiu de

uma hora pra outra, quer dizer, tinha diabetes há anos, assim como eu tenho há anos. E eu também fiz uma cirurgia há 16 anos atrás e não fechava de jeito nenhum, e o médico ainda perguntou se eu tinha, e eu falei não, deu 95. E até aí eu não entendia muito bem não e foi fechar já tava com 40 dias (18), mas tirando disso tá tudo bem graças a Deus. Eu sinto esses mal estar, mas a gente deixa pra lá, tem gente pior do que a gente (20). Mas se você quiser saber mais alguma coisa? Ah é que eu sou muito nervosa, não sei se isso vai adiantar de alguma coisa, sou nervosa demais da conta, tenho um problema de hipertrofia no ventrículo esquerdo (21) e... só isso mesmo.

DEPOIMENTO 11

C.A.S.S., 69 anos, viúva, cinco filhos, sete netos. Sabe da doença há “bastante tempo”, aproximadamente 15 anos. Ressalta que começou a fazer uso de medicamentos há cinco anos. Ela participa de um grupo de portadores de diabetes em um hospital da cidade. Estatura baixa, obesa e de semblante alegre recebeu-me com carinho em sua casa. Pseudônimo: Ana.

Então eu não...sei lá. Não vi assim grande diferença não, a diferença que eu percebo é que as vez eu tenho queda de glicose, da glicose, ela cai, aí eu preciso chupar uma balinha, que eu gosto demais (dá gargalhada) (1), não é? Eu sinto muita dor nas pernas também, tem dia que eu tô desanimada, mas eu não posso assim dizer que é só próprio da diabetes porque eu tenho problema de coração, então confunde né, a gente confunde, né? Mas é por aí (2). E a liberdade que eu acabei toda, né?Praticamente quase toda porque eu gostava muito de doce, bastante doce, essas coisas, já não posso mais comer, né? Fazer uso. É comida, é... por exemplo comer o arroz com macarrão (sorri), a batata. Tudo tem que ser agora dosado (3), né? Mas quanto ao corpo... a sim! Tem uma coisa

também que eu percebi depois que descobri a diabetes é uma coceira na vagina, por fora, né, não é nada por dentro, não tem infecção. Não tem nada. Na vagina, e às vezes, assim no peito do pé, coça muito. E então me falaram que é devido a problema da diabetes (4), né. Aí eu uso uma pomadinha quando eu começa a coçar, só no pé (5). E, o mais eu vou levando, já entendo o que é da diabetes (6), isso aí saiu, eu notei essa diferença no meu corpo claro (pausa longa) (4). Ah... eu me vejo uma pessoa que gosta de viver. E gosto muito de viver (dá gargalhada), apesar das dificuldades porque são muitas. Por que não só o problema da diabetes, né, tem outros, mas eu amo muito a minha vida, demais, demais, e não preocupo com problema (7). Pra mim é uma coisa que não me afeta assim de ficar triste, entrar em depressão, né, isso não, encaro como uma coisa que é do ser humano, e aí eu vou levando a vida. E querendo viver mais e mais. Doida pra passar esse restinho de ano pra mim falar eu completei setenta anos. Mais coisa melhor que tem, pra gente saber assim um ano já ficou pra trás. Deus nos deu mais direito de vida. E aí é por aí (8). A gente vai superando, né, esses obstáculos, a gente vai superando (9), né. O que mais? (...) Tem assim, que tem dia, como eu não coloco como só problema da diabetes, tem dia que eu fico privada de subir este murrinho pra ir pra igreja que eu sinto assim cansada, né, indisposta, pela manhã não, pela manhã tá tudo bem, mas pela tarde, lá pra depois das quatro horas, tenho muita indisposição (10). Inclusive é neste horário que costuma ter a queda da glicose, é da glicose mesmo, né? Ela cai, às vezes cai demais, eu começo as pernas tremer, os braços ficam mole, né, mas como eu já tô sabendo os sintomas que é esse, aí eu procuro é...já carrego na bolsa um pacotinho de bala, aí eu chupo as balinhas que eu gosto, né, ou então tomo leite, com alguma coisa, mas eu prefiro mais os docin pra aproveitar (sorri). Aí Deus abençoa que passa aquilo, aí volta a normalidade (11).

DEPOIMENTO 12

J.M., 52 anos, sexo masculino, casado, dois filhos, serralheiro, “faz bico” como motorista, sabe da doença há três anos. Faz uso de insulina há alguns meses, porém deseja voltar a usar somente os medicamentos orais. Acredita que não tem necessidade de insulina exógena e admite que o descontrole prévio da glicemia decorreu do uso incorreto dos comprimidos prescritos. Pseudônimo: Moacir.

Atrapalha muito em mim é a vista. A vista e dor nas pernas (1). E é até difícil eu saber explicar direito porque na época eu sentia, só sentia boca seca, tomando muita água (2). Mas não faz muito efeito em mim não, mas o problema maior em mim é a visão e dor nas pernas (1). Não dá inchaço, não tem problema nenhum não. Eu até acho que é mais emocional porque meu filho sofreu um acidente, teve uma época que eu passei um bom tempo com ele no pronto socorro. Aí então, eu vi o sofrimento dele e fiquei muito nervoso. Daí então é que eu fui no médico e minha glicose tava muito alta (3). Fiz tratamento e tal, daí fiquei mais ou menos uns dois anos sem ir ao médico. Depois voltei, tive um acidente, bati o carro e fiquei muito emocional, nervoso com o que aconteceu, tava muito cheio de gente, quase que teve vítima. Aí então, voltei ao médico alterou de novo (4). Tirando isso quase não, não... ela não, não dá efeito em mim. Então, é por isso que eu até te falei aquele negócio da insulina (falou-me que irá conversar com a médica para voltar a usar hipoglicemiante oral, pois acredita que não necessita da insulina, reconhecendo que não fazia uso dos medicamentos orais com regularidade), vou ver se ela tira a insulina pra ver se eu consigo normalizar ela com o remédio (antes da entrevista o senhor J.M. falou do seu interesse de voltar a usar apenas hipoglicemiante oral, uma vez que não está utilizando a insulina corretamente devido dificuldades para armazená-la durante as viagens a trabalho). A

respeito do diabetes é difícil porque eu não sinto muita coisa não, né? Então... O que me ataca mais realmente é a visão. Tirando disso...Foi até lá mesmo no Centro X, uma época que eu fui olhar a glicose, até o aparelhinho estava estragado, na hora que eles viram, eles ficaram assustados, então assusta mais a gente ainda porque eu não sabia que tinha, “não pode a sua glicose tá muito alta, o senhor não tá sentindo nada não?” **Eu não. Eu sinto muita sede, tomo muita água, vou muito ao banheiro e além disso, mais nada não (5)**, eu não sinto mais nada não, tá?

DEPOIMENTO 13

J.M.A.O., sexo masculino, 55 anos, separado, pequeno comerciante (bar), ex-funcionário da UFMG. Mostrou interesse em participar da pesquisa. Falou do início no curso de mestrado e da falta de condições para concluí-lo. Sabe da doença há três anos. Pseudônimo: Davi.

O transtorno é com relação a tontura de vez em quando...Urinar, quatro até dez vezes durante a noite, muita sede, mais de dois litros de água durante a noite...Quanto aos sintomas, o que eu percebo é isso (1). Por enquanto não tive outros problemas, porque eu sei que dá problemas na pele, no pé, dá problema dentário (2), né? Eu tive alguns problemas, mas eu sei, eu acho que não é com relação a glicose alta (3)...Eu não me incomodo muito não, muita gente fica perturbado, fica correndo por aí, dá até problema de controle emocional. Mas pra mim não tem problema não (4). Parece-me né, pelo que eu sei que eu tô na fase inicial que é a diabetes tipo 2, não é a que usa insulina, eu nunca usei. É a diabetes mais, ela é menos, menos, menos perceptível. (5) Só.

APÊNDICE C

UNIDADES DE SIGNIFICADO E UNIDADES TRANSFORMADAS

DEPOIMENTO 1: MARCOS

Unidades Significativas

1. Eu passei a sentir muitas dores, na perna, circulação nas pernas, pés gelado, problema de vista, as pessoas começam a ter problemas de vista, começa a enxergar mal.
2. Perdi muito peso, pesava 105 quilos, agora to pesando 85. Massa muscular também, eu acho que eu perdi muita massa muscular também (apalpa os músculos).
3. Também a alimentação, eu alimentava muito e eu manerei um pouco, senti que eu tô alimentando menos.
4. Às vezes você passa um, dois dias sem tomar a insulina, sem tomar os remédios de um dia pro outro já começo a passar mal, tontura, as vistas escurece. Desânimo, dá insônia.
5. Uma das coisas da diabetes é isso aí, já de cara já acontece isso com a gente.
6. Na parte sexual também dá problema, você fica mais fraco. Se não tiver uma mulher assim pra entender mesmo. Acontece isso com a pessoa mesmo, não adianta querer achar que...
7. Você vai perdendo alguma coisa, o interesse também na parte do serviço, você que trabalha também perde alguma coisa, sua média já

Unidades Transformadas

1. O diabetes trouxe má circulação e dor em membros inferiores, além de problemas visuais.
2. Percebe perda de peso e de massa muscular.
3. Antes do diabetes comia muito. Percebe que reduziu a ingestão alimentar.
4. O não uso da insulina e dos medicamentos, por um ou dois dias, traz mal estar, tontura, desânimo e insônia.
5. Percebe que as modificações no corpo e nos hábitos de vida são imediatas no diabetes.
6. Afirma queda no desempenho sexual após o diabetes. É necessário uma companheira compreensiva.
7. A doença interfere no desempenho profissional. O interesse e a produtividade diminuem.

começa a cair.

- | | |
|--|--|
| 8. Começa a esquecer as coisas, comigo acontece isso. | 8. Percebe déficit na capacidade de memorização. |
| 9. Agora, a gente vai adaptando de acordo, no início era pesado, mas depois a gente vai acostumando, com o medicamento cê vai. | 9. A pessoa se adapta às condições trazidas pela doença. No início era pesado. |
| 10. Você tem que parar de comer certas coisas, alimentação, doces principalmente, eu comia muito doce, aí eu tive que...só que para você cortar essa iguarias é terrível, é difícil. Aí você já não pode. | 10. A mudança no hábito alimentar é necessária. Isso é terrível, é difícil. |
| 11. Eu bebia, tomava uma cerveja, já não posso beber e tem esses regimes. | 11. Gosta de cerveja, mas não pode mais beber. |
| 12. Você tem que tá sujeito. Do horário para dormir, você não pode, perder noite de sono. Eu gostava muito de ir para festa, bailes, se você ficar uma noite sem dormir, você fica uns dois, três dias ruim, aquele cansaço, desgaste. | 12. A rotina de sono deve ser seguida, ou, haverá cansaço e desgaste. A pessoa doente se assujeita à doença. |
| 13. Então, a diabetes, o diabetes vai acontecer mesmo, muita coisa. | 13. O diabetes traz inevitavelmente muitas modificações. |

DEPOIMENTO 2: BEATRIZ

Unidades Significativas

1. O que eu percebo de diferença e só que fiquei barriguda (sorri e apalpa na barriga), e engordei um pouquinho também. Eu era mais magrinha. Mas é só a barriga que atrapalhou o meu visual, eu incorpei demais com esse barrigão.

Unidades Transformadas

1. Percebe o ganho de peso, mas o maior incômodo é o acúmulo abdominal de gordura.

2. Eu até emagreço, mas a barriga não acaba. Eu pejejo pra vê se essa barriga acaba, mas ela não acaba não. Oh, tô barriguda aqui.
3. Não é que eu como muito, eu não como muito não. Eu como assim controlado, às vezes mais de três vezes por dia, mas não é prato de comida, um tantinho de comida, às vezes eu fico até com vontade de comer mais, mais eu sei que não pode comer muito. Daí mais umas três horas eu como mais alguma coisa, às vezes ate comida mesmo.
4. Não gosto de pão, esses coisas eu não gosto, de massa eu não gosto. O macarrão é que eu como um pouquinho e a batata, mas pão, bolo, essas coisas assim eu não gosto.
5. Os dentes também acabaram muito depois da diabetes.
6. Mas ainda não pude fazer tratamento porque a pressão que é sempre alta, a glicose também, então a dentista olhou, mandou fazer raio-x dos dentes pra ver se tem algum conserto.
7. O que me incomoda é os dentes e a barriga, que eu me sinto atrapalhada, mas o resto...normal, beleza.
8. Sinto umas dorzinhas nas pernas quando vou subir morro canso, ai tenho que andar devagarinho, tem dia, mas nem todo dia.
9. Tô boa, vou em festa, eu danço. E tem vezes que eu saio até pra dançar, e danço, não danço muito, eu danço pouco. Eu sento, tomo um guaraná light, e depois danço mais, e vou embora pra casa.
2. Tenta reduzir a circunferência abdominal, mas as tentativas são frustradas.
3. Não acredita que a obesidade esteja associada a seus hábitos alimentares, pois não exagera.
4. Afirma não apreciar massas. Come macarrão e batata, porém não gosta de pão e bolo.
5. Os dentes ficaram danificados devido ao diabetes.
6. O tratamento dos dentes ainda não foi realizado porque a pressão arterial e a glicose estão sempre descompensados.
7. Está insatisfeita com a as condições precárias dos dentes e com o acúmulo abdominal de gordura.
8. Sente, às vezes, dor nas pernas ao andar, porém, respeita os limites e pára quando isso ocorre.
9. Sente-se bem. Vai a festas. Dança, quando vem o cansaço pára, descansa bebendo um refrigerante light, dança um pouco mais e vai para casa.

- | | |
|---|---|
| <p>10. Mas a diferença que me incomoda é a barriga e os dentes só, mas eu acho que no fundo tá bom, 67 quilos.</p> | <p>10. Atribui ao diabetes as modificações nos dentes e no abdômen, o que a incomoda. Porém, conforma-se com os 67 kg.</p> |
| <p>11. Eu pesava demais, quando começou a diabetes eu estava com 71 quilos. Eu marquei isso demais, mas a vida é essa eu vou levando. (D2:11)</p> | <p>11. No início do adoecimento estava com 71 kg. Achava-se gorda e isso a marcou profundamente. A vida é assim.</p> |
| <p>12. Tem dia que eu fico triste...(chorou e abaixou a cabeça)...eu vejo colegas minhas com problemas no pé, de uma amiga minha cortaram o pé.</p> | <p>12. Às vezes fica triste ao lembrar de colegas que estão apresentando afecções nos pés devido ao diabetes. Uma amiga foi submetida à amputação de um pé.</p> |
| <p>13. Aí eu lembro que se eu der mole mesmo com a dieta vou acabar tendo esse problema.</p> | <p>13. Acredita que terá o mesmo problema da amiga (amputação de membro inferior), se não seguir a dieta.</p> |
| <p>14. Mas depois eu lembro assim que Deus é maior, ai vem aquela confiança e eu ouço uma música, eu danço sozinha e pronto!</p> | <p>14. Lembra-se de Deus e confia. Ouve música, dança sozinha e basta.</p> |
| <p>15. Minha menina também é boazinha pra mim, não me faz passar problema, graças a Deus. Porque quem vive comigo é um neto que eu criei e minha filha, o caçula tá com 24 anos e meu neto ta com 16. Eles não me dão problema de ficar chateada.</p> | <p>15. Reconhece que a família não a traz problemas.</p> |
| <p>16. Quando eu fico chateada é sozinha mesmo, em casa.</p> | <p>16. Sua tristeza não advém de causas externas. É vivenciada em casa, sozinha.</p> |
| <p>17. Ai ela (a filha) chega “chegou mãe, o que a senhora tem? Ah vai cantar, não fica chorando não”.</p> | <p>17. O apoio da filha nos momentos de tristeza.</p> |
| <p>18. Tem dia que eu choro, mas é muito difícil, mais eu ando é sempre alegre. Vou pra onde tem construção perto de casa, vou olhar todo mundo trabalhar, vou batutar, falar com as vizinhas, e o tempo vai passando, e aí cê volta boa.</p> | <p>18. Às vezes chora, mas na maior parte do tempo está alegre. Supera os momentos de tristeza no convívio com as vizinhas, com visitas em obras de construção próximas à sua casa.</p> |

19. Saio muito, gosto muito de jogar, fazer jogo do bicho. Eu jogo, lavo muita roupa também, varro, lavo vasilhas, limpo fogão, quando minha filha levanta, já trabalhei pra caramba.
20. Ter boas amizades, vai à casa das amigas vez em quando.
21. Vir ao controle médico também, eu não esqueço de jeito nenhum, tomo os meus remédios direitinho, tudo marcado ali, nunca errei pra tomar um remédio, graças a Deus.
22. Uma hora a diabetes tá bem boa, outra hora tá mais alta, mas não de comer doce, eu não como.
23. Mas carne vermelha, às vezes massa, pizza, de vez em quando eu como, mas doce nenhum. Mas doce nenhum, eu tomo café com adoçante, café eu tomo bastante também, de manha eu como pão com café, como alguma coisa, de tarde eu tomo um copo de café e de noite eu tomo café com biscoito.
24. E vou levando, eu não posso tá lembrando dos problemas de outras pessoas, que a gente vê a melhor amiga pra mim, às vezes eu vou lá visitar ela, me preocupo, lembro de quando a gente saia pro clube pra dançar. Vejo ela assim, aí eu penso, aí eu fico triste.
25. Mas passou, aquilo ali é passageiro, de repente eu tô beleza. Eu não quero aquela vida vegetativa não.
26. Eu tenho fé em Deus, eu acho que eu tô bem recuperada.
27. Pela doença eu sei que não é fácil, eu sinto que tô bem.
19. Gosta de sair de casa, de jogar e de fazer atividades domésticas.
20. Valoriza as amizades; visita as amigas.
21. Não se esquece das consultas, usa corretamente os medicamentos. Orgulha-se de seu nível de autocuidado.
22. Há variação no nível glicêmico, mas a elevação do mesmo não está associada à ingestão de doces.
23. Come carne vermelha e ocasionalmente pizza e outras massas. Porém, nega o consumo de doce. Gosta de café, mas usa adoçante.
24. Vai levando a vida, mas não pode lembrar dos problemas de outras pessoas. Fica triste ao lembrar da melhor amiga, que a acompanhava no clube de dança.
25. A tristeza é passageira. Logo fica bem, mas teme o mesmo fim debilitante da amiga.
26. Afirma fé em Deus e acredita que está bem de saúde.
27. Sabe da gravidade da doença, mas sente-se bem.

- | | |
|--|--|
| <p>28. Meu filho fala “ô mãe, Deus não tá fazendo mulher mas do tipo da senhora não, criou a gente sozinha, seis filhos sozinhas. Ta bonitona, ta bonita, forte, ninguém fala que a senhora tem esse problema. A senhora pode ficar feliz da vida.” Aí eu crio mais asa ainda, né, é claro, se meu filho tá falando é porque é verdade, não é mentira. Aí eu fico feliz, ah, tudo bem.</p> | <p>28. O elogio do filho reforça a postura otimista frente à vida.</p> |
| <p>29. Dinheiro, uma vez ou outra que a gente tem e, eu recebo pagamento, se precisar meu filho também ajuda, é pouco, mas dá.</p> | <p>29. O dinheiro é limitado, mas atende às necessidades. Neste sentido, há cooperação na família.</p> |
| <p>30. Roupinha de sair a gente tem, chega em casa a gente guarda. Sapato. Pronto!</p> | <p>30. Reserva roupa e sapato para sair.</p> |
| <p>31. Levo uma vida feliz assim. Pra dizer que eu fico bronqueada, com aquela bronca, porque tem pessoas que ficam assim, graças a Deus não, ando com sorriso no rosto.</p> | <p>31. Leva uma vida feliz. Não vive indignada com a vida. Anda com sorriso no rosto.</p> |

DEPOIMENTO 3: LEONARDO

Unidades Significativas

1. Com a diabetes eu tenho que tomar insulina de manhã e de noite.
2. Eu comia muito doce, eu chegava lá na roça e comia de 30 a 40 pés de moleque.
3. Na família minha é só eu... A minha tia também é diabética, a minha irmã também é só que não toma remédio.
4. Eu perdi a perna em 2004 (apalpa o coto, elevando a coxa).

Unidades Transformadas

1. O diabetes trouxe a necessidade de aplicação de insulina, duas vezes ao dia.
2. Comia muito doce. Quando estava no sítio comia de 30 a 40 pés de moleque.
3. Considera-se o único portador de diabetes da família, pois a tia e a irmã, apesar de terem o diagnóstico da doença, não fazem uso de medicamentos.
4. Em 2004 teve a perna amputada.

- | | |
|--|---|
| 5. Só que tô bom. | 5. Apesar da amputação está bem. |
| 6. O importante é tá bem. | 6. O importante é estar bem. |
| 7. É muito ruim do jeito que eu tô aqui pra andar pro terrero afora. | 7. Sente dificuldades para locomoção no quintal de sua casa (onde tem um jardim). |
| 8. Tudo bem, o importante é ir levando a vida. | 8. Tudo bem, pois o importante é viver. |
| 9. O médico falou pra mim pra eu voltar no hospital, mas eu não tive como voltar lá. | 9. Não teve condições para retornar no hospital. |
| 10. Tiraram um espinho de coqueiro desse tamanho do meu pé (mostra o tamanho com as mãos), me levaram pro pronto-atendimento aqui, e aí me levaram pro Hospital X, e fiz a operação. | 10. A experiência da amputação: a retirada de um espinho de coqueiro da região plantar, a ida à unidade de pronto-atendimento, o encaminhamento para o hospital e a realização da cirurgia. |

DEPOIMENTO 4: JOEL

Unidades Significativas

1. Muda muita coisa, muda a feição da urina, das fezes, e, às vezes, da sudorese, você fica soado demais, sem necessidade.
2. O coração não funciona bem, você vê que tem uma deficiência.
3. A secura na boca, você toma, toma água e continua com sede.
4. Aquela vontade enorme de comer doce, que tem dia que eu fico desesperado, mas eu não posso.
5. Ai vem aquele negócio, vou tomar aquilo assim que é bom, ai quando você chega a procurar o médico e chega a saber como está sua situação, fica difícil de controlar.
6. Seu dia-a-dia também ajuda.

Unidades Transformadas

1. As mudanças percebidas nas eliminações (fezes, urina e suor).
2. O coração não funciona bem. A percepção da deficiência.
3. A sede insaciável.
4. O desejo enorme, desesperador, de comer doce. Sabe que não pode fazê-lo.
5. A protelação em buscar assistência médica no início da doença resultou em prejuízos ao tratamento.
6. As condições de vida interferem no controle da doença.

7. Porque tem o diabético, aquele doente diabético e o doente diabético psicológico, que tem medo das dificuldades da vida, passa por certos apertos e, como não, os remédios não fazem efeito. Não tem como fazer efeito, porque, tá na cabeça, a cabeça não ajuda.
8. Eu to desempregado há três anos, tem dia que eu deito na cama e não consigo dormir, um diabético sadio, saudável, tem que fazer uma alimentação adequada, o que é difícil hoje em dia, como é que você vai fazer uma alimentação adequada quando você chega pra comprar uma fruta no supermercado, se você tá com uma conta zero.
9. Se você comprar pra você, não vai poder comprar pro seu filho. Aí você compra pro seu filho e se reprime.
10. A diabetes é mesmo como se fosse um câncer, uma AIDS, ela vai comendo aos poucos, devagar, quando você assusta, não tem mais jeito.
11. Eu agora tô conseguindo controlar, no mês passado, a glicemia tava em duzentos e oitenta, parece, aí eu fiz um regime, eu fiz tratamento, andei tomando umas ervas também.
12. Eu gosto muito de tomar umas ervas, que eles falam, andei tomando umas ervas, tomei carqueja, muita carqueja. Eles falam que carqueja é ruim, faz mal para o sangue, que provoca câncer, eu tomo nos tempos certos, paro, aí eu vou fazer uma glicemia, como agora no último exame deu 135, tá boa, meu colesterol tá 204, triglicérides 212, quer dizer, não tá ruim.
7. A classificação do portador de diabetes: o doente diabético e o diabético psicológico. Este teme as dificuldades da vida. Para ele os medicamentos não fazem efeito.
8. Está desempregado há três anos. Às vezes não consegue dormir, pois tem consciência da necessidade de uma alimentação adequada para o controle do diabetes, porém não tem dinheiro para adquiri-la.
9. O dilema entre atender as suas necessidades de alimentos ou a de seu filho. A opção pelo filho e o sentimento de repressão.
10. Compara o diabetes à AIDS e ao câncer, pois age lentamente, quando o portador percebe as complicações já estão instaladas.
11. O controle glicêmico é alcançado através da adesão ao regime, medicamentos e utilização de ervas.
12. Gosta de plantas medicinais. Notou redução das taxas de colesterol, triglicérides e glicemia após o uso da carqueja.

13. Poderia estar melhor, se tivesse emprego, se tivesse a cabeça tranqüila, deitar na cama, dormir nem que seja umas 5, 6 horas de um sono bom, normal, sem preocupar, amanhã tenho que pagar isso, vem o pessoal da empresa de luz e água querer cortar minha água, minha luz.
 14. Minha diabetes é hereditária, minha avó e minha mãe tudo tem, meu pai não tinha, mas em compensação meus irmãos todos tinham por causa da minha avó. Ela passou três meses e oito dias internada no Hospital X por causa de pé diabético.
 15. Se a gente não tivesse o costume de tanta coisa forte, mas isso aí vem da educação, porque você não houve falar que em países desenvolvidos da Europa existe um índice tão alto da diabete como no Brasil. Você ouve o que? Que o brasileiro gosta de rapadura, farinha, macarrão, arroz, batata doce, batata inglesa, cará, tudo coisa forte.
 16. O governo, as escolas têm que ensinar a criança a cuidar de seu corpo.
 17. A diabetes é nada mais é do que a educação que eu não tive, de comer as coisas certas na hora certa. Eu nunca pensava vou comer isso hoje, amanhã eu como...
13. Percebe que poderia estar melhor se tivesse emprego, pois assim teria tranqüilidade para dormir bem, não teria que se preocupar com a iminência de suspensão do fornecimento de água e luz.
 14. A hereditariedade da doença: avó, mãe e todos os irmãos. A avó permaneceu internada durante três meses e oito dias por causa de pé diabético.
 15. O costume alimentar do brasileiro decorre da educação e é responsável pelo diabetes. O brasileiro gosta de rapadura, farinha, macarrão, arroz, batata inglesa, cará...
 16. O governo e a escola devem ensinar o cuidado com o corpo.
 17. A diabetes resulta da falta de orientação alimentar. Não pensava numa alimentação equilibrada.

18. Em 1998, em outubro, eu tive uma úlcera supurada e devido a essa úlcera, eu tive uma hemorragia que eu coloquei muito sangue pra fora, complicou. Foi aí que eu fiquei sabendo que eu tinha diabetes. A diabetes ajudou o problema de estômago.
19. Ah, era churrasco, carne gorda, eu adorava uma carne de bife com aquela pelinha, aquela gordurinha amarela. Uma pimentinha, um tempero forte. Por quê? É educação alimentar, eu aprendi foi isso: foi comer coisa forte.
20. Eu tenho um irmão que tem seis safenas, foi pra sala de operação duas vezes. Cê vai lá tira o sangue dele e a diabetes não sobe. Por que? Ele come a coisa certa, na hora certa. Ele tem 54 anos e parece mais novo que eu. Mais novo que eu, e é cardíaco. Quer dizer, todas as vezes que ele faz os exames de diabetes e colesterol não dá nada. E outra coisa, a pressão dele e 120/80. E a minha pressão é 14/10, 16/10.
21. Eu não consigo controlar.
22. E a diabetes agora eu tô sentindo que ela tá me afetando e muito, tá me afetando as vistas, o intestino, fadiga, muita fadiga.
23. Tem hora que eu faço as coisas normais, e de repente me dá um mal estar, eu saio lá do grupo, vim até aqui correndo e eu estava (imita suspiros de cansaço)...eu não tinha isso, tudo por causa da diabetes.
18. Apresentou uma hemorragia digestiva grave em 1998. Nesta ocasião recebeu o diagnóstico de diabetes
19. Apreciava carnes gordas, pimenta e tempero forte devido ao hábito alimentar apreendido.
20. A comparação com o irmão, que apesar da cardiopatia e da idade, não tem hiperglicemia, pois ele tem uma alimentação equilibrada.
21. O sentimento de frustração frente à dificuldade no controle da doença. (D4)
22. Sente piora substancial no estado de saúde. O diabetes está afetando a visão e o intestino, além de causar muita fadiga. (D4)
23. Às vezes, sente mal estar repentino, como cansaço fácil após caminhar. Tudo causado pelo diabetes.

24. Chega na hora do almoço e encho o prato: arroz, feijão, salada, e uma carne mais farta, um pedacinho só, mas carne boa e um pedaço. Tenho um irmão que fala assim que não existe uma coisa mais feia no mundo que um prato sem carne (dá gargalhada).
24. O prato cheio no almoço. O excesso e o erro na dieta são ensinados de pai para filho, constituem-se numa questão cultura e educacional.
25. Não poderia ser uma carne de soja, tudo isso é o costume, é educação. Meu pai me ensinou, carne boa é essa é essa.
25. O hábito alimentar ensinado de pai para filho.
26. Não existe carne boa não. Carne boa é a nossa, nós temos que cuidar dela, porque no dia que ela apodrecer acabou, como é que você vai viver?
26. Não existe carne boa. Carne boa é a do ser humano, pois se deteriorar acaba a vida.
27. A diabetes é assim, ela não te manda recado, “oh vou entrar em você tal dia.” Eu levei um susto muito grande, no dia fui fazer exame que eu vi 205, eu falei “gente do céu, eu tô com isso tudo!”
27. O diabetes não manda recado. Ficou muito assustado quando foi detectada taxa glicêmica de 205 mg/dl.
28. Aí o médico falou comigo “o senhor está propenso à diabetes, propenso. Aí eu falei “dr, eu tô propenso ou eu tô diabético. Não, por enquanto ainda não, se você fizer o regime, você vai melhorar. Você corta, diminui isso aí.
28. O médico falou da propensão ao diabetes e indicou dieta. Questiona se está propenso ou diabético.
29. Eu fui diminuindo um bocado. Mas com o passar do tempo, dia-a-dia, relaxei. Ai pronto, ela veio.
29. No início seguiu a dieta, mas com o tempo perdeu o empenho. E o diabetes instalou-se.
30. Ela veio, taí, e pra mim acabar com ela tá difícil.
30. O diabetes surgiu, concretizou-se e alcançar a cura é difícil.
31. Eu tenho esperança! Porque a medicina está muito adiantada, tem esse negócio que o cara lá da Inglaterra fez, célula tronco. E tá vivendo normal.
31. Tem esperança de cura. Acredita no avanço da medicina. Lembra da experiência com a célula-tronco.

32. Mas será que ele tá vivendo normal mesmo, será que isso é verdade? Se você faz uma coisa num lado, no outro lado aparece uma coisa pior ainda. Aí eu melhoro a diabetes e o coração faz puft (gargalhada).
33. Então eu sempre falo pras pessoas, eu fui muito gordo, eu pesava 112 quilos, a minha altura não cabia isso, até que eu conscientizei disso, que eu não poderia ter esse peso, foi difícil. Você lembra quando você me viu pela primeira vez, eu era muito gordo, eu faço um regime bravo.
34. Eu vejo meus meninos comendo lá, eu olho assim, mas tá bom, salada. Eu tenho um filho que tá fazendo academia. Meus filhos têm uma vantagem, eles adoram um legume, verde, qualquer verde que você colocar, eu acho que até capim se você colocar eles comem. É bom, é gostoso. E esse meu filho agora tá assim, arroz ele põe uma colher de arroz, batata frita se der ele come. Eu fico imaginando como ele comia, agora e uma colherzinha de feijão. Agora se tiver uma abóbora, chuchu, cenoura. Ele adora bater uma cenoura no liquidificador com gérmen de trigo e leite. Eu falei cê tá errado pôr leite aí, não pai esse leite aqui é leite integral.
35. Agora com 15 anos tá cuidando, eu espero que ele continue assim, pra não chegar na minha idade e tá como eu estou, cheio de tric tric, cada hora é um negócio que chega.
32. Questiona a veracidade da experiência com célula-troco. Será a cura do diabetes custará danos ao organismo?
33. Sempre fala do processo de conscientização que passou quanto à necessidade de emagrecimento. (D4)
34. Percebe nos filhos postura diferente da sua frente à alimentação. Gostam de legumes e verduras.
35. Espera que o filho continue se cuidando para evitar as doenças que ele tem.

DEPOIMENTO 5: MARINALVA**Unidades Significativas**

1. Quando eu descobri esta enfermidade é porque dava muita sede, então, eu falei eu tenho que descobrir o porquê dessa coisa, eu trocava comida pela água.
2. Aí, veio modificando, eu fiquei muito gorda, barriguda.
3. Assim vem vindo, esse tempo todo, foi passando o tempo.
4. Agora recente, em 2003, passei por um processo difícil, entrei em depressão, tive muitos problemas, quer dizer, a enfermidade também ajudou.
5. Entrei em depressão e fui pra cima da cama, fiquei muito magrinha, fiquei pele e osso, ai, o medico que cuidava de mim cortou o medicamento todo, eu fiquei sem tomar medicamento pra pressão alta e também da diabetes.
6. Eu fui reagindo. Eu parei de andar, eu fui pra cima da cama, mas ai eu fui reagindo e fui voltando às atividades, fui andando dentro de casa, mesmo escorando pelas paredes.
7. E tem um meu filho que eu fiquei diabética quando ganhei ele.
8. Ele me ajudou muito, fazendo ginástica com as pernas (repete movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores) pra que voltasse a andar. A preocupação dele era eu andar.
9. Graças a Deus, eu reagi, quer dizer, não fiquei normal porque mexe com tudo da gente, a gente fica

Unidades Transformadas

1. O excesso de sede levou à inquietação de buscar o diagnóstico de diabetes.
2. Ocorreram modificações no corpo, como sobrepeso e aumento da circunferência abdominal.
3. A evolução da doença ao longo do tempo.
4. Em 2003 teve depressão devido às dificuldades na vida. Mas a doença também contribuiu.
5. Ficou acamada e muito magra na depressão.
6. Teve depressão e parou de andar. Mas foi reagindo, e voltou às atividades. Começou a andar com apoio dentro de casa.
7. Tornou-se diabética na gravidez de um dos filhos.
8. O filho ajudou muito na recuperação dos movimentos das pernas.
9. Agradece a Deus por ter reagido à depressão. Afirma não ter se recuperado totalmente, mas voltou

- debilitado, mas graças a Deus, deu pra voltar às atividades, a cozinhar, a lavar roupa, andar devagar.
10. Eu não ando sozinha, tem sempre uma pessoa me acompanhando, porque a gente perde o equilíbrio, até a mente da gente fica ruim, então, sempre quando eu tenho que sair tem uma pessoa junto comigo.
11. Mas graças a Deus, tá dando pra levar.
12. Tem que tomar o remédio pro resto da vida mesmo.
13. Agora eu quero ver se eu reabilito de novo.
14. E sigo direitinho a dieta, porque sem ter escrito assim, a gente tem hora que faz errado.
15. Tem que ter cuidado, porque tem hora que a gente tem a perder.
16. Porque quem tem esta doença tem que fazer pra viver alegre.
17. Tá sempre em contato com as outras pessoas, igual eu mesmo, sei fazer crochê, sei tecer sapatinho de neném, e o que me ajuda muito, tenho ali o que eu tô fazendo. Então nas horas vagas que posso eu sento, vou fazer um sapatinho, se eu cansar eu paro, e assim eu vou levando, tem que ser.
18. E o meu corpo é assim (olha para o corpo) e agora eu emagreci.
19. Então e assim, a diabetes faz isso na gente mesmo, na mesma hora que você tá gorda, cê pode emagrecer. E eu dei pra emagrecer, eu tava gordinha, carinha chegou no lugar, de repente caiu de novo. emagreci.
- às atividades do dia-a-dia.
10. Sempre está acompanhada por alguém, pois sente a mente ruim e o equilíbrio do corpo ameaçado.
11. Agradece a Deus por poder viver.
12. A aceitação do uso diário do medicamento.
13. Espera uma nova reabilitação.
14. Segue corretamente a dieta. Mas acha importante ter tudo anotado, pois caso contrário pode cometer erros.
15. O cuidado é importante para o portador de diabetes.
16. Quem tem a doença precisa viver alegre.
17. As interações sociais e as ocupações são importantes no enfrentamento à doença. Sabe fazer crochê. Tece sapatinho de neném nas horas vagas. Quando cansa, pára, e vai levando.
18. A percepção do corpo emagrecido.
19. O diabetes faz o peso oscilar, em um momento o sobrepeso, noutro o emagrecimento. O emagrecimento representa a descompensação da doença.

- | | |
|--|---|
| <p>20. Só que eu não sei te explicar direito se a diabetes que eu tenho, no início ela era tipo 1, agora eu não sei porque igual agora essa vez que tive internada tive que tomar um remédio potente, então, eu não sei.</p> <p>21. Porque tem a diabetes que engorda e a que emagrece.</p> <p>22. Mas graças a Deus eu tô bem, tem que ser assim, a gente vai levando. Tô satisfeita (sorri).</p> | <p>20. Não sabe explicar qual tipo de diabetes tem. Acredita que no início da doença tinha o tipo 1, mas acha que evoluiu para o tipo 2, já que fez uso de um medicamento potente.</p> <p>21. Classifica o diabetes em dois tipos: o que engorda e o que emagrece.</p> <p>22. Está bem, tem que ser assim. Vai levando a vida com satisfação.</p> |
|--|---|

DEPOIMENTO 6: CÉLIA

Unidades Significativas

1. Eu emagreci bastante.
2. Não sei se tanto pela diabetes, porque eu fui emagrecendo pouco. Mas eu fui emagrecendo pouco quando eu soube. Mas eu não emagreci muito não, porque eu era muito gorda, eu pesava oitenta e tantos quilos.
3. Aí há dois anos atrás eu tive labirintite aí é que emagreci, treze quilos! Não sei se foi proveniente porque eu já tinha o problema da diabetes e tive a labirintite. Aí eu não sei.
4. Agora sobre a diabetes mesmo todo mundo fala que dá muita sede, cê toma muita água tem a secura na boca, eu não tenho isso.
5. Eu sinto, às vezes, dor nas pernas, mas eu não sei se a dor nas pernas é por causa da diabetes ou porque quando tá próximo da minha menstruação chegar eu tenho com muita varize aí elas doem.

Unidades Transformadas

1. Emagreceu bastante.
2. Tem dúvida se pode atribuir o emagrecimento à diabetes, pois no início da doença emagreceu pouco.
3. Emagreceu bastante quando teve labirintite. Mas talvez tenha sido proveniente também do diabetes.
4. Nega sede em excesso, apesar de se tratar de um sintoma muito característico do diabetes.
5. Sente muita dor nas pernas, mas não sabe se é devido ao diabetes ou ao período pré-menstrual.

- | | |
|--|---|
| <p>6. Esses sintomas que eles falam da diabetes, eu nunca senti mesmo nada assim que eu notasse que desse muita diferença, sei que eu emagreci, fora disso eu não sei assim explicar se tem alguma coisa diferente.</p> | <p>6. Não percebe sintomas do diabetes. Sabe que emagreceu.</p> |
| <p>7. E depois que eu tive labirintite é que eu comecei a ter umas tonteira. Não chega assim a ser tonteira de desmaiar, fica meio nuviado, assim não sei também se é da diabetes ou se é por causa da labirintite.</p> | <p>7. Com a labirintite começou a ter vertigens. Não sabe se é devido ao diabetes ou à labirintite.</p> |
| <p>8. Acho que pode ter agravado é minha visão, porque eu sou costureira e tô enxergando bem menos, pra enfiar a agulha pra costurar.</p> | <p>8. O diabetes pode ter prejudicado sua visão. É costureira e está com dificuldades em suas atividades.</p> |
| <p>9. Eu não sei se é pela idade, se é pela menopausa, mas eu senti um pouco de diferença agora, de um ano e pouco pra cá na relação entre eu e o meu marido que já tá bem menos, não tem mais aquela frequência que tinha antes (...) mas eu ainda não perguntei pra ninguém não (sorri) pra saber se possa ser da menopausa ou se é da diabetes.</p> | <p>9. Percebe diferença na relação sexual com o marido. Não sabe se é devido ao diabetes ou `a menopausa e ainda não perguntou a ninguém.</p> |

DEPOIMENTO 7: FRANCISCO

Unidades Significativas

1. Eu percebo meu corpo mais fraco. Antigamente eu trabalhava e não sentia dor no corpo, não sentia nada e hoje eu sinto mais fraco. Doragem no corpo, dor nas vista, tem hora que a cabeça da gente fica ruim, põe a gente até meio tonto, o remédio fica ruim.

Unidades Transformadas

1. Percebe o corpo mais fraco. Antes da doença, trabalhava e não sentia dor. Hoje sente dor no corpo, nos olhos e tonteira. O medicamento contribui para isso.

- | | |
|---|---|
| <p>2. Eu pressenti que o meu corpo modificou muito pela idade, que a idade de setenta e tantos anos não é brincadeira, e outra coisa é o remédio.</p> <p>3. Na mesma época que eu fiquei muito propício... comer coisa doce, por isso às vezes acumula muitas coisas pra gente. Tem essas coisa. Eu sei disso.</p> <p>4. Depois que eu comecei a tratar meorou um pouco as coisa, mas ainda doragem um pouco, não pára não.</p> | <p>2. Percebe que as modificações no corpo são devidas à idade de mais de 70 anos e ao uso dos medicamentos.</p> <p>3. Na época que ficou propício ao diabetes comia muito doce. Tem consciência das complicações que isso trouxe.</p> <p>4. Percebe um pouco de melhora após o tratamento, porém a dor é incessante.</p> |
|---|---|

DEPOIMENTO 8: MANOEL

Unidades Significativas

1. A única coisa que eu percebo é isso, a diabete dá a gente muita tonteira. Eu sinto tonteira, diversa tonteira, desmaio por causa da gricose baixa, a gricose abaixa, eu muitas vezes já fiquei desmaiado aqui dentro de casa, igual eu te contei.
2. A última vez eu sofri um infarto dentro de casa e sem saber mais por causa disso, que a gricose abaixou demais, na hora que abaixou demais eu desmaiei.
3. Quando fui acordar, acordei no pronto-socorro X, aí o médico pegou e falou com meu irmão que eu tinha sofrido de infarto em casa através do desmaio por causa da diabete e aí me mandaram lá pro hospital X.
4. Eu tive que fazer três pontes de safena, mas tudo proveniente da diabete.

Unidades Transformadas

1. Afirma que a única diferença percebida com o diabetes é a tontura. Sente muita tonteira. Desmaia por causa da hipoglicemia.
2. Sofreu um infarto dentro de casa. Teve hipoglicemia e desmaiou.
3. Retomou a consciência na unidade de pronto-atendimento. O médico comunicou ao seu irmão do infarto e o transferiu para o Hospital.
4. Teve que fazer três pontes de safena. Atribui ao diabetes

5. No mais o normal que eu sinto é isso mesmo tomando as insulina. Eu tomo insulina, medilformina e AAS, mas mesmo assim me descontrola demais por causa disso.
 6. Tem dia que o comprimido de medilformina fica forte demais, aí o médico mandou eu tomar só meio, porque antes eu tomava um inteiro de 850 miligramas, aí o médico mandou eu partir no meio, eu parto no meio, tomo trinta unidades de insulina.
 7. As trinta unidade de insulina tem dia que abaixa a glicose demais.
 8. O médico falou comigo...que a glicose abaixa demais é falta de açúcar no cerebro dá aquele problema de falta de açúcar no cerebro e quando eu senti isso explicou pros meus irmãos e tudo, quando eu sentisse que ia desmaiar que eu tomasse, que eu comesse uma colher de açúcar, uma colher de açúcar toda vez que eu sentir tonteira ou então sentir zozzo, eu tomasse uma colher de açúcar.
 9. Eu uso sempre, que me dá constantemente.
 10. Mesmo tomando insulina a glicose abaixa demais inda mais aqui que tem duas crianças, esses dois meninos que você viu tem dias que eles faz arte, faz raiva na gente eu moro sozinho mas não posso evitar deles vim cá embaixo. Pois tem dia que eles vem pra bagunçar e não tem jeito de impedir porque eu moro de favor apesar da casa ser do meu irmão mas eu tenho de ficar quieto.
5. Faz uso de insulina, metformina e AAS, mas ainda assim o diabetes provoca mal estar.
 6. Tem dia que a ação da metformina é demasiada. Então a dose é reduzida conforme indicação médica.
 7. As trinta unidades de insulina, às vezes, provoca hipoglicemia.
 8. O médico explicou sobre a hipoglicemia, inclusive para os irmãos, e recomendou o uso de açúcar quando sentisse tonteira.
 9. Faz uso freqüente do açúcar, pois constantemente apresenta quadro de hipoglicemia.
 10. A glicose abaixa muito, mesmo usando insulina. Mora sozinho, porém não tem como evitar a presença dos sobrinhos pequenos que fazem bagunça, pois mora de favor. Acredita que este fato contribui para a ocorrência de hipoglicemia.

11. Aceitar tudo. Aí é onde que dá muitos problema é disso que junta a diabete e problema de nervo, com criança eu fico traumatizado por causa da separação.
12. Eu fico pensando, eu tenho criança, eu tenho um menino de dez anos, eu tenho um de dez, uma menina de doze e o mais velho tem dezoito.
13. Parece uma coisa, a minha esposa é crara igual a você, cabelo mais comprido que o seu, eu vivia bem com ela, foi só eu ficar diabético, eu falei com ela reclamando de mim que eu não era mais o que era antes, a mulher pega e inda me trai.
14. Eu tive que mandar ela ir embora e aí pronto, meus problema maior é por causa da separação.
15. Tô tentando organizar a vida tem quatro anos, mas é difícil demais.
16. A gente fica atormentado, primeiro a separação, a doença, tudo é difícil demais e aqui me perturba.
17. Eu não tenho condição de pagar aluguel porque o dinheiro que eu recebo do INPS eu mando tudo pra ela, se eu faço algum biscate, que eu trabalho de pedreiro, se eu faço algum biscate é porque eu vivo disso, mas o meu INPS todo que eu recebo eu mando pros menino. Eu inda acho pouco porque é trezentos real pra três menino e a mulher também.
18. É difícil, ela tá morando com os pais dela, mas é difícil.
11. Percebe que muitos problemas do diabetes são exacerbados pelo fato de ter que aceitar tudo: os filhos do irmão, a separação.
12. Pensa nos filhos: um menino de dez anos, uma menina de doze e o mais velho com dezoito.
13. Lembra da esposa. Vivia bem com ela, mas foi só tornar-se portador de diabetes, que a esposa começou a reclamar de seu desempenho sexual e o traiu.
14. Não tem condições de pagar aluguel, porque o dinheiro da aposentadoria é todo enviado para a ex-esposa e os filhos. Acha pouco os R\$300 enviado à família. Sustenta-se com o dinheiro que ganha “fazendo bico” como pedreiro.
15. Está tentando organizar a vida há quatro anos, mas está muito difícil.
16. Sente-se atormentado. A separação, a doença e a perturbação no local onde mora.
17. Não tem condições de pagar aluguel, porque o dinheiro da aposentadoria é todo enviado para a ex-esposa e os filhos. Acha pouco os R\$300 que manda para a família. Sustenta-se com o dinheiro que ganha “fazendo bico” como pedreiro.
18. A ex-esposa mora com os pais. É muito difícil.

DEPOIMENTO 9: ANTÔNIA

Unidades Significativas

1. Eu já fiquei assim sem ver nada.
2. É no CTI do Hospital X é que descobriu. Eles me cortaram aqui oh (mostra cicatriz em braço esquerdo) que era pra descobrir veia, mas não era, foi aí que descobriu.
3. Aí sempre ficava internada, quando foi em 2001, tornei ficar no CTI, fiquei num tanto de hospital, em muitos hospitais, já fui operada no hospital X, até quando meu marido morreu.
4. Aí eu cheguei ruim, nem podia fazer nada, quem fazia pra mim era meu filho, tem um rapaz lá fazia. Agora não, agora eu já faço comida, eu lavo roupa.
5. Mas lavo na máquina, não güento esfregar roupa, eu não arrumo casa direito não, passo assim a vassoura mal mal, eu não güento varrer, passar pano.
6. Eu sinto dor nas pernas, eu acho que e por causa da diabetes, dor nas pernas.
7. Agora eu não tô muito ruim não, mas a dor nas pernas é o que eu mais sinto.
8. As outras dor que eu sinto acho que não é por causa da diabetes, porque a gente sente assim umas dor, mas sempre passa, acabou. E da cabeça, de vez em quando da uma dorzinha de cabeça. Eu sinto às vezes umas dor assim nos dedos, não sei se e por causa da diabetes fica assim durlurido, e isso que eu sinto mais, mas passa.

Unidades Transformadas

1. Já ficou em coma.
2. No CTI do Hospital X diagnosticaram o diabetes após a realização de uma *dissecção* de veia.
3. Foram várias internações em hospitais. Em 2001, tornou a ficar em CTI.
4. Seu estado de saúde não estava bom. Quando chegou em casa não conseguia fazer as atividades domésticas, seu filho e um outro rapaz eram quem faziam. Porém, agora prepara a comida, lava roupa.
5. Enfatiza que as roupas são lavadas na máquina. Reconhece limitações na realização das atividades domésticas.
6. Sente dor nas pernas e acha que é por causa do diabetes.
7. No momento não se sente muito ruim de saúde, porém o que mais incomoda é a dor nas pernas.
8. Não atribui algumas dores que sente ao diabetes por serem transitórias. Às vezes tem cefaléia e parestesia nos dedos.

9. Tem hora que eu tô deitada de noite e fica aquela coisinha ruim, que a gente fala assim oh meu Deus, amanhã eu não vou güentar levantar, mas Deus é tão bom que eu levanto é cedo, sete horas. Levanto, faço café.
 10. E o que eu sinto...minhas vistas, de perto eu enxergo, de longe só enxergo aqui assim (mostra a distância que consegue enxergar bem, aproximadamente 70 cm). Eu acho que é por causa da idade e da diabetes.
 11. Eu já passei tanta coisa, mas Deus é muito bom, porque esta filharada fui juntando, lá do interior vim pra qui.
 12. Aí eu operei, eu fiquei ruim quando eu operei, mas graças a Deus eu não sinto mais nada.
 13. Eu fui no Hospital X, a enfermeira me avisou lá que eu fiquei com diabetes, ela passou duas injeções pra mim.
 14. Aí eu vinha boa, trabalhava, passou um tempo veio esse negócio na perna, eu não andava...descobriu que era diabetes.
 15. Eu já fiquei internada, hospital A fiquei duas vezes, naquele pronto-atendimento já fiquei, no hospital B um cado de vez também, do hospital me mandou pra . Desta última vez, no fim do ano, eles me mandou pra C, fiquei lá três dias, o médico falou que era só pra baixar a glicose, aí baixou eles me deu alta. Já fiquei no D um cado de vez, no E, umas duas vezes que eu fiquei.
9. Às vezes quando está deitada à noite sente-se mal e acha que não vai conseguir levantar. Porém levanta cedo e faz café. Bendiz a Deus por isso.
 10. Não enxerga bem à distância. Acredita ser devido à idade e ao diabetes.
 11. Já teve muitas dificuldades na vida, mas Deus deu força. Os muitos filhos, a mudança do interior para cidade grande.
 12. A operação. O pós-operatório difícil. Agradece a Deus, pois não sente mais nada.
 13. No Hospital Carlos Chagas uma enfermeira falou do diabetes e aplicou duas injeções.
 14. Ficou um período bem, trabalhava. Porém veio complicação nos membros inferiores, ficando sem andar. Era o diabetes.
 15. As várias entradas e internações em hospitais.

DEPOIMENTO 10: REGINA

Unidades Significativas

1. Toda vida, antes de descobrir essa doença descobri o problema da glicose, fiz o exame da glicose eu tinha 22 anos, porque eu já passava mal, tinha mal estar, tinha uma porção de coisas, não podia comer doce, não podia comer nada, não podia comer açúcar, tomar nada com açúcar.
2. O médico falou pra mim assim: você é diabética, você tem diabetes.
3. Então os anos foram passando, eu fui cortando as coisas.
4. Um dia eu trabalhava no Hospital X, então as meninas brincando com a glicemia, então faz o meu também só que deu 204. Falei “Santo Deus!”, eu assustei. Aí eu comecei a dieta mesmo, de lá pra cá.
5. Tem que ter cuidado, porque tem hora que a gente tem a perder.
6. Não consigo fazer dieta direito, não consigo mesmo. Se eu começo de manhã, na hora do almoço eu quebro.
7. Eu passo mal demais, já fui internada, o médico falou que foi por causa disso, meu coração inchou muito. Tem quatro anos, fiquei no CTI três dias. Então é isso aí eu passo mal demais (...)
8. Eu não quero viver muito tempo porque eu não quero chegar no ponto que minha mãe chegou...de perder a perna. Então se eu viver mais cinco anos tá ótimo. Também não quero ficar cega.
9. Não me preocupo muito com isso não. Essas coisas não me preocupa de

Unidades Transformadas

1. Por volta dos 22 anos de idade fez glicemia, pois já apresentava mal-estar. Não podia fazer uso do açúcar. Nesta época o diabetes ainda não tinha sido diagnosticado.
2. O médico dá o diagnóstico: você é diabética, você tem diabetes.
3. No decorrer do tempo foi eliminando alguns alimentos da dieta.
4. Num dia de trabalho no Hospital X, as colegas de trabalho estavam fazendo o exame de glicemia capilar, ela pediu para que fizessem o dela, e o resultado foi 204 mg/dl. Foi um susto. Nesta época deu início de fato à dieta.
5. Passa mal, sente mal estar e uma fome terrível.
6. Não consegue fazer dieta corretamente. Se começa pela manhã, no almoço interrompe.
7. Passa muito mal, já foi internada devido a uma hipertrofia cardíaca. Há quatro anos ficou no CTI três dias.
8. Não deseja viver muito tempo, pois teme apresentar o mesmo problema da mãe e ter que amputar membro inferior. Declara-se satisfeita se viver mais cinco anos. Teme ainda a cegueira.
9. Não se preocupa muito com as complicações do diabetes. Aceita os

- jeito nenhum, se ficar ficou, se perder a perna perdeu, mas eu não quero viver pra isso não, essas coisas não me preocupa de jeito nenhum, mas também não penso nisso.
10. Quando me dá fome eu como tudo que me dá vontade, como tudo que tem na minha frente, pode ser coisa ruim.
11. Agora esse dias lá em casa cortei muita coisa, de um tempo pra cá, porque meu filho...o médico ta preocupado com ele...ele foi até fazer uma curva de glicose.
12. Então vai tentando, eu tento, é difícil, é muito difícil fazer uma dieta.
13. Mas no meu corpo o que eu sinto? Outro dia eu senti tonteira, muita tonteira mesmo ... tive uma queda de pressão, porque justamente nesse dia eu tinha começado uma dieta, pode ser que seja por causa disso. Mas tirando disso, tô bem.
14. Eu sofro mesmo é cansaço, não sei se é da glicose ou do coração. Às vezes eu olho a minha glicemia, num momento tá boa, outra hora tá alta, então não quer dizer que o cansaço seja por causa da diabetes. Não sei o que vem a ser não.
15. A diabetes taí, ô doença terrível, viu. Essa doença pra mim é a pior praga que pode existir.
16. Quando eu internei o médico falou comigo que meu coração tava inchado por causa da diabetes. Mesmo que minha glicose tava, 147.
17. Eu já vi gente em coma com 170 de glicose. E o médico falou a glicose dela tá alta, que cada um é de um jeito, né, então a pessoa às vezes por causa de 130, 140, já ta passando fatos, inclusive da amputação, mas prefere não viver pra ver isso. Não pensa nas possíveis complicações da doença.
10. Quando vem a fome, come de tudo, inclusive os alimentos que fazem mal.
11. Recentemente mudou o cardápio de sua casa devido indicação médica para o filho.
12. Tenta fazer dieta, mas acha muito difícil.
13. O que sente no corpo? Sentiu muita tonteira talvez por causa de uma queda de pressão devido ao início de uma dieta. Apesar da tonteira, sente-se bem.
14. Sente cansaço, não sabe se é devido ao diabetes ou ao problema cardíaco. A taxa de glicose oscila, ora está adequada e ora está elevada, assim o cansaço não deve provir do diabetes. Não sabe o que vem a ser.
15. A diabetes está instalada. Doença terrível.
16. Durante a internação o médico informou da hipertrofia cardíaca como complicação do diabetes, ainda que a glicemia estivesse 147.
17. Já viu pessoas em coma devido glicose de 170. Cada pessoa reage de uma forma à glicemia, algumas passam mal com 130, 140 mg/dl, enquanto outras não sentem

mal, enquanto que um com 500 não sente nada, não sente nada mesmo.

18. . Eu tive uma tia também, que ela, na hora de amputar a perna dela ela faleceu(...) quer dizer, tinha diabetes há anos, assim como eu tenho há anos.
19. E eu também fiz uma cirurgia há 16 anos atrás e não fechava de jeito nenhum, e o médico ainda perguntou se eu tinha, e eu falei não, deu 95. E até aí eu não entendia muito bem não e foi fechar tava com 40 dias.
20. ...tá tudo bem graças a Deus. Eu sinto esses mal estar, mas a gente deixa pra lá, tem gente pior do que a gente.
21. Eu sou muito nervosa...sou nervosa demais da conta, tenho um problema de hipertrofia no ventrículo esquerdo.

absolutamente nada com 500 mg/dl.

18. Uma tia faleceu durante uma cirurgia de amputação de membro inferior. Sua tia tinha diabetes há anos, assim como ela.
19. Teve dificuldade na cicatrização quando realizou uma cirurgia há 16 anos atrás. O médico perguntou sobre diabetes.
20. Está tudo bem, graças a Deus. Sente mal estar, mas não se detém nisso, pois tem pessoas em estado mais grave.
21. É muito nervosa. Tem uma hipertrofia de ventrículo esquerdo.

DEPOIMENTO 11: ANA

Unidades Significativas

1. Não vi grande diferença não, a diferença que eu percebo é que às vez eu tenho queda de glicose, aí eu preciso chupar uma balinha, que eu gosto demais (dá gargalhada)
2. Eu sinto muita dor nas pernas também, tem dia que eu tô desanimada, mas eu não posso assim dizer que é só próprio da diabetes porque eu tenho problema de coração, então confunde. Mas é por aí.
3. E a liberdade que eu acabei toda. Praticamente quase toda porque eu gostava muito de doce, bastante doce, essas coisas, já não posso mais comer. Fazer uso. Por exemplo comer o arroz com macarrão (sorri),

Unidades Transformadas

1. Não percebe grande diferença com o diabetes. Às vezes apresenta episódios de hipoglicemia, fazendo uso de balas, das quais gosta muito.
2. Sente muita dor nas pernas. Tem dia que apresenta desânimo, fato que não atribui exclusivamente ao diabetes, pois tem problema de coração.
3. Percebe que perdeu a liberdade, praticamente toda, pois gostava muito de doce, em grande quantidade, mas já não pode comê-los.

a batata. Tudo tem que ser agora dosado.

- | | |
|---|--|
| <p>4. Mas quanto ao corpo... ah sim! Tem uma coisa também que eu percebi depois que descobri a diabetes é uma coceira na vagina, por fora, não é nada por dentro, não tem infecção. Não tem nada. Na vagina, e às vezes, assim no peito do pé, coça muito. E então me falaram que é devido a, problema da diabetes....isso aí saiu, eu notei essa diferença no meu corpo é claro.</p> | <p>4. Quanto ao corpo, depois do diabetes, percebeu prurido na vulva. Não é infecção. Sente também muito prurido no dorso do pé. Foi informada que esses problemas são devidos ao diabetes. Notou essa diferença no corpo.</p> |
| <p>5. Aí eu uso uma pomadinha quando eu começo a coçar, só no pé.</p> | <p>5. Aplica pomada no dorso do pé quando e inicia o prurido.</p> |
| <p>6. E, o mais eu vou levando, já entendo o que é da diabetes (pausa longa).</p> | <p>6. No mais vai levando. Reconhece os problemas que são do diabetes.</p> |
| <p>7. Ah... eu me vejo uma pessoa que gosta de viver. E gosto muito de viver (dá gargalhada), apesar das dificuldades porque são muitas. Por que não só o problema da diabetes, tem outros, mas eu amo muito a minha vida, demais, demais, e não preocupo com problema.</p> | <p>7. Percebe-se como uma pessoa que gosta de viver. Gosta muito de viver, apesar das muitas dificuldades. O diabetes não é o único problema, mas ama muito a sua vida. Não se preocupa com os problemas.</p> |
| <p>8. Pra mim é uma coisa que não me afeta assim de ficar triste, entrar em depressão, isso não, encaro como uma coisa que é do ser humano, e aí eu vou levando a vida. E querendo viver mais e mais. Doida pra passar esse restinho de ano pra mim falar eu completei setenta anos. Mais coisa melhor que tem, pra gente saber assim um ano já ficou pra trás. Deus nos deu mais direito de vida. E aí é por aí.</p> | <p>8. Percebe que a doença não a deixa triste, não a deprime. Encara como um evento próprio do ser humano, e vai levando a vida. Deseja viver mais e mais. Está ansiosa para chegar o final do ano, quando completará setenta anos. Acredita que não há nada melhor do que completar mais um ano de vida. Deus deu o direito à vida.</p> |
| <p>9. A gente vai superando esses obstáculos, a gente vai superando.</p> | <p>9. Sempre supera os obstáculos.</p> |

10. Tem assim, que tem dia, como eu não coloco como só problema da diabetes, tem dia que eu fico privada de subir este morrinho pra ir pra igreja que eu sinto assim cansada, indisposta, pela manhã não, pela manhã tá tudo bem, mas pela tarde, lá pra depois das quatro horas, tenho muita indisposição.
11. Inclusive é neste horário (à tarde) que costuma ter a queda da glicose. Ela cai, às vezes cai demais, eu começo as pernas tremer, os braços ficam mole, mas como eu já tô sabendo os sintomas que é esse, aí eu procuro...já carrego na bolsa um pacotinho de bala, aí eu chupo as balinhas que eu gosto, ou então tomo leite, como alguma coisa, mas eu prefiro mais os docin pra aproveitar (sorri). Aí Deus abençoa que passa aquilo, aí volta a normalidade.
10. Às vezes, no período da tarde, sente cansaço, dificuldade para subir o morro que dá acesso à igreja. Ela não atribui isso apenas ao diabetes.
11. A hipoglicemia ocorre geralmente à tarde. A taxa de glicose diminui, às vezes por demasiado; as pernas tremem, os braços ficam amolecidos. Reconhece os sintomas e então faz uso de balas, as quais carrega na bolsa, ou toma leite e come alguma coisa. Contudo, prefere aproveitar a oportunidade para chupar balas, pois gosta de doces. Deus abençoa e a normalidade retorna.

DEPOIMENTO 12: MOACIR

Unidades Significativas

1. Atrapalha muito em mim é a vista. A vista e dor nas pernas. Mas não faz muito efeito em mim não, mas o problema maior em mim é a visão e dor nas pernas.
2. E é até difícil eu saber explicar direito porque na época eu só sentia boca seca, tomando muita água.
3. Não dá inchaço, não tem problema nenhum não. Eu até acho que é mais emocional porque meu filho sofreu um acidente, teve uma época que eu passei um bom tempo com ele no pronto socorro. Aí então, eu vi o sofrimento dele e fiquei muito nervoso. Daí então é que eu fui no médico e minha glicose tava muito alta.

Unidades Transformadas

1. Percebe que o diabetes não causa muitos sintomas nele. O que mais o afeta é o problema de visão e dor nas pernas.
2. No início sentia boca seca e muita sede.
3. Não apresenta edema ou outro problema. Acredita que sua doença é emocional, pois ficou muito nervoso quando viu o sofrimento do filho no pronto socorro, após um acidente. Foi aí que fez consulta médica e constatou uma glicemia alta.

- | | |
|--|---|
| <p>4. Fiz tratamento e tal, daí fiquei mais ou menos uns dois anos sem ir ao médico. Depois voltei, tive um acidente, bati o carro e fiquei muito emocional, nervoso com o que aconteceu, tava muito cheio de gente, quase que teve vítima. Aí então, voltei ao médico, alterou de novo.</p> <p>5. A respeito do diabetes é difícil porque eu não sinto muita coisa não (...) Eu sinto muita sede, tomo muita água, vou muito ao banheiro e além disso, mais nada não, eu não sinto mais nada não.</p> | <p>4. Interrompeu o tratamento para diabetes por aproximadamente dois anos, voltou a fazê-lo após um acidente de trânsito, do qual ele dirigia um dos carros. Este acidente abalou-o bastante, pois teve pessoas gravemente feridas. A glicose ficou elevada nessa época.</p> <p>5. Acha difícil falar do diabetes porque não apresenta muitos sintomas. Sente muita sede, bebe muita água, vai muito ao banheiro. Além disso, não sente mais nada.</p> |
|--|---|

DEPOIMENTO 13: DAVI

Unidades Significativas

1. O transtorno é com relação à tontura de vez em quando...Urinar, quatro até dez vezes durante a noite, muita sede, mais de dois litros de água durante a noite...Quanto aos sintomas, o que eu percebo é isso.
2. Por enquanto não teve outros problemas, porque eu sei que dá problemas na pele, no pé, dá problema dentário.
3. Eu tive alguns problemas, mas eu sei, eu acho que não é com relação a glicose alta...
4. Eu não me incomodo muito não, muita gente fica perturbado, fica correndo por aí, dá até problema de controle emocional. Mas pra mim não tem problema não.
5. Parece-me, pelo que eu sei, que eu tô na fase inicial que é a diabetes tipo 2, não é a que usa insulina, eu nunca usei. É a diabetes menos perceptível.

Unidades Transformadas

1. O transtorno é a tonteira, de vez em quando, urinar de quatro a dez vezes na noite, muita sede, mais de dois litros à noite. Quanto aos sintomas é isso que percebe.
2. Sabe que poderá ter afecções na pele e nos pés e problemas dentários.
3. Teve alguns problemas de saúde, mas acredita não estarem associados ao diabetes.
4. Não se incomoda com a doença, percebe que muita gente fica perturbada, desenvolvendo distúrbio emocional. Para ele não existe problema em relação à doença.
5. Parece que está na fase inicial da doença, que é o tipo 2, pois não faz uso de insulina. É o diabetes menos perceptível.

APÊNDICE D

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

CATEGORIA 1: A CONCRETUDE DA DOENÇA NO CORPO

1.1 O diabetes não manda recado

18. Em 1998, quando teve uma hemorragia digestiva grave, foi diagnosticado diabetes.(D4) ¹⁰
27. O diabetes não manda recado. O susto com o diagnóstico. (D4)
1. O excesso de sede levou à inquietação de buscar o diagnóstico de diabetes. (D5)
7. Tornou-se diabética na gravidez de um dos filhos. (D5)
3. No CTI do Hospital X diagnosticaram o diabetes. Explica que a doença foi diagnosticada quando fizeram uma dissecação de veia. (D9)
1. O médico perguntou sobre ter diabetes. Antes do diagnóstico do diabetes, fez glicemia aos 22 anos, pois já passava mal, apresentava mal estar e muitas outras coisas. Não podia comer nada, doce, açúcar, beber nada com açúcar. (D10)
2. O médico dá o diagnóstico: você é diabética, você tem diabetes. (D10)
4. Num dia de trabalho no Hospital X, as colegas estavam fazendo exame de glicemia capilar, ela pediu para que fizessem o dela, e o resultado foi de 204 mg/dl. Foi um susto. Nesta época deu início de fato à dieta. (D10)
18. Apresentou dificuldade de cicatrização quando realizou uma cirurgia há 16 anos atrás. (D10)
3. Acredita que sua doença é emocional, pois ficou muito nervoso quando viu o sofrimento do filho no pronto socorro, após um acidente. Foi aí que fez consulta médica e constatou uma glicemia alta. (D12)
4. Fez tratamento. Ficou sem acompanhamento médico por aproximadamente dois anos. Voltou a fazê-lo após um acidente de trânsito, no qual houve vítima, e a glicose estava alterada. (D12)

1.2 O corpo sinalizado pela doença

1. O diabetes trouxe má circulação e dor em membros inferiores, além de problemas visuais. (D1)
2. Percebe perda de peso e de massa muscular. (D1)
5. Percebe como característica do diabetes o aparecimento imediato dos sintomas. (D1)
6. Afirma queda no desempenho sexual após o diabetes. É necessário uma companheira compreensiva. (D1)
8. Percebe déficit na capacidade de memorização. (D1)
1. Percebe o ganho de peso, mas o maior incômodo é o acúmulo abdominal de gordura. (D2)
2. Tenta reduzir o acúmulo abdominal de gordura, mas as tentativas são frustradas. (D2)

¹⁰ O algarismo inicial refere-se ao número da unidade de significado transformada. D de depoimento. O algarismo que sucede (D) indica o número do depoimento.

6. Os dentes ficaram danificados devido ao diabetes e o tratamento ainda não foi realizado porque a pressão arterial e a glicose estão sempre descompensados. (D2)
7. Está insatisfeita com as condições precárias dos dentes e com o acúmulo abdominal de gordura. (D2)
10. Atribui ao diabetes as modificações nos dentes e no abdômen, o que a incomoda. Porém, conforma-se com os 67 kg. (D2)
11. No início do adoecimento estava com 71 kg. Achava-se gorda e isso foi muito marcante para ela. (D2)
13. Acredita que terá o mesmo problema da amiga (amputação de membro inferior), se não seguir a dieta. (D2)
12. Às vezes fica triste ao lembrar de colegas que estão apresentando afecções nos pés devido ao diabetes. Uma amiga foi submetida à amputação de um pé. (D2)
4. Em 2004 teve a perna amputada. (D3)
10. A experiência da amputação: a retirada de um espinho de coqueiro da região plantar, a ida à unidade de pronto-atendimento, o encaminhamento para o hospital e a realização da cirurgia. (D4)
1. As mudanças percebidas nas eliminações (fezes, urina e suor). (D4)
2. O coração não funciona bem. A percepção da deficiência. (D4)
3. A sede insaciável. (D4)
10. Compara o diabetes à AIDS e ao câncer: a doença vai prejudicando lentamente, quando o portador percebe já não tem retorno. (D4)
22. Sente piora substancial no estado de saúde. O diabetes está afetando a visão e o intestino, além de causar muita fadiga. (D4)
23. Às vezes, sente mal estar repentino, como cansaço fácil após caminhar. Tudo causado pelo diabetes. (D4)
04. Em 2003 teve depressão devido às dificuldades na vida. Mas a doença também contribuiu. (D5)
05. Ficou acamada e muito magra na depressão. (D5)
10. Sempre está acompanhada por alguém, pois sente a mente ruim e o equilíbrio do corpo ameaçado. (D5)
19. A percepção do corpo emagrecido. (D5)
20. O diabetes faz o peso oscilar, em um momento o sobrepeso, noutro o emagrecimento. O emagrecimento representa a descompensação da doença. (D5)
1. Emagreceu bastante, porém tem dúvida se pode atribuir tal fato ao diabetes, pois o emagrecimento acentuou-se quando foi acometida por labirintite há dois anos. Perdeu 13 quilos. (D6)
5. Sente muita dor nas pernas, mas não sabe se é por causa do diabetes ou do período pré-menstrual. (D6)
7. Com a labirintite começou a ter vertigens. Não sabe se é por causa do diabetes ou da labirintite. (D6)
8. Percebe que o diabetes pode ter prejudicado sua visão. É costureira e está com dificuldade em introduzir linha na agulha. (D6)
9. Percebe diferença no desempenho sexual com o marido. Não sabe se é devido ao diabetes ou a menopausa. Ainda não perguntou a ninguém. (D6)
1. Percebe o corpo mais fraco. Antes da doença, trabalhava e não sentia dor. Hoje sente dor pelo corpo, dor nos olhos e tontura. A cabeça e o remédio ficam ruins. (D7)
02. Percebe que as modificações no corpo devem-se à idade (mais de 70 anos) e ao uso dos medicamentos. (D7)
04. Percebe um pouco de melhora após o tratamento, porém a dor é incessante. (D7)
1. Afirma que a única diferença que percebe com o diabetes é a tontura. Sente muita tontura.

Desmaia por causa da hipoglicemia. (D8)

3. Retomou a consciência na unidade de pronto-atendimento. O médico comunicou ao seu irmão do infarto e o transferiu para o Hospital. (D8)

4. Teve que fazer três pontes de safena. Atribui ao diabetes. (D8)

1. Já permaneceu em coma. (D9)

7. Sente dor nas pernas e acha que é por causa do diabetes. (D9)

8. No momento não se sente muito ruim de saúde, porém o que mais a incomoda é a dor nas pernas. (D9)

11. Não enxerga bem à distância. Acredita ser devido à idade e ao diabetes. (D9)

17. Ficou um período bem, trabalhava. Porém veio complicação nos membros inferiores, ficando sem andar. Era o diabetes. (D9)

5. Passa mal, sente mal estar e uma fome terrível. (D10)

7. Passa muito mal, já ficou internada devido hipertrofia cardíaca. Há quatro anos ficou no CTI três dias. (D10)

8. Não deseja viver muito tempo, pois teme apresentar o mesmo problema da mãe e ter que amputar membro inferior. Declara-se satisfeita se viver mais cinco anos. Teme ainda a cegueira. (D10)

13. O que sente no corpo? Sentiu muita tonteira talvez por causa de uma queda de pressão devido ao início de uma dieta. (D10)

14. Sente cansaço, não sabe se é devido ao diabetes ou ao problema cardíaco. A taxa de glicose oscila, ora está adequada e ora está elevada, assim o cansaço não deve provir do diabetes. Não sabe o que vem a ser. (D10)

15. O diabetes está instalado. Doença terrível! (D10)

16. Durante a internação o médico confirmou uma hipertrofia cardíaca como complicação do diabetes, ainda que a taxa de glicose estivesse 147 mg/dl. (D10)

18. Uma tia faleceu durante uma cirurgia de amputação de membro inferior. Sua tia tinha diabetes há anos, assim como ela. (D10)

21. É muito nervosa. Tem uma hipertrofia de ventrículo esquerdo. (D10)

1. Não percebe grande diferença com o diabetes. Às vezes apresenta episódios de hipoglicemia, fazendo uso de balas, das quais gosta muito. (D11)

2. Sente muita dor nas pernas. Tem dia que apresenta desânimo, fato que não atribui exclusivamente ao diabetes, pois tem problema de coração. (D11)

4. Quanto ao corpo, depois do diabetes, percebeu prurido na vulva. Não é infecção. Sente também muito prurido no dorso do pé. Foi informada que esses problemas são devidos ao diabetes. Notou essa diferença no corpo. (D11)

10. Às vezes, no período da tarde, sente cansaço, dificuldade para subir o morro que dá acesso à igreja. Ela não atribui isso apenas ao diabetes. (D11)

11. A hipoglicemia ocorre geralmente à tarde. A taxa de glicose diminui, às vezes por demasiado; as pernas tremem, os braços ficam amolecidos. (D11)

5. Acha difícil falar do diabetes porque não sente muita coisa. Sente sede, bebe muita água, vai muito ao banheiro. Além disso, não sente mais nada. (D12)

1. O transtorno é a tonteira, de vez em quando, urinar de quatro a dez vezes na noite, muita sede, mais de dois litros à noite. Quanto aos sintomas é isso que percebe. (D13)

13. Sabe que poderá ter afecções na pele e nos pés e problemas dentários. (D13)

4. Não se incomoda com a doença, percebe que muita gente fica perturbada, desenvolvendo distúrbio emocional. Para ele não existe problema em relação à doença. (D13)

CATEGORIA 2: CORPO E DIABETES NO COTIDIANO DA VIDA

2.1 O Cotidiano com o diabetes: “*você tem que ta sujeito*”

3. Não acredita que a obesidade esteja associada a seus hábitos alimentares, pois não exagera. (D2)
3. Antes do diabetes comia muito. Percebe que reduziu a ingestão alimentar. (D1)
4. O não uso da insulina e dos medicamentos, por um ou dois dias, traz mal estar, tontura, desânimo e insônia. (D1)
10. A mudança no hábito alimentar é necessária. Isso é terrível, é difícil. (D1)
11. Gosta de cerveja, mas não pode mais beber. (D1)
12. A rotina de sono deve ser seguida, ou, haverá cansaço e desgaste. A pessoa doente se assujeita à doença. (D1)
4. Afirma não apreciar massas. Come macarrão e batata, porém não gosta de pão e bolo. (D2)
8. Sente, às vezes, dor nas pernas ao andar, porém, respeita os limites e pára quando isso ocorre. (D2)
9. Sente-se bem. Vai a festas. Dança, quando vem o cansaço pára, descansa bebendo um refrigerante light, dança um pouco mais e vai para casa. (D2)
13. Acredita que terá o mesmo problema da amiga (amputação de membro inferior), se não seguir a dieta. (D2)
1. O diabetes trouxe a necessidade de aplicação de insulina, duas vezes ao dia. (D3)
4. O desejo enorme, desesperador, de comer doce. A imposição do controle. (D4)
11. O controle glicêmico é alcançado através da adesão ao regime, medicamentos e utilização de ervas. (D4)
21. O sentimento de frustração frente à dificuldade no controle da doença. (D4)
24. O prato cheio no almoço. A questão do excesso na alimentação. (D4)
29. O início do adoecimento; a indicação do regime. (D4)
29. No início seguiu a dieta, mas com o tempo perdeu o empenho. (D4)
33. Sempre fala do processo de conscientização que passou quanto à necessidade de emagrecimento. (D4)
1. Percebe a evolução da doença ao longo do tempo. (D5)
6. Teve depressão e parou de andar. Mas foi reagindo, e voltou às atividades. Começou a andar com apoio dentro de casa. (D5)
12. A aceitação do uso diário do medicamento. (D5)
14. Segue corretamente a dieta. Mas acha importante ter tudo anotado, pois caso contrário poderá cometer erros. (D5)
15. O cuidado é importante para o portador de diabetes. (D5)
06. Não percebe sintomas do diabetes. Sabe que emagreceu. (D6)
5. Faz uso de insulina, metformina e AAS, mas ainda assim o diabetes provoca mal estar. (D8)
6. Tem dia que a ação da metformina é demasiada. Então a dose é reduzida conforme indicação médica. (D8)
7. As trinta unidades de insulina, às vezes, provoca hipoglicemia. (D8)
9. Usa sempre o açúcar, pois se sente tonto constantemente. (D8)
3. Esteve internada em CTI duas vezes. As várias passagens e internações em diferentes hospitais. (D9)
4. Seu estado de saúde não estava bom. Quando chegou em casa não conseguia fazer as atividades domésticas, seu filho e um outro rapaz eram quem faziam. Porém, agora prepara a comida, lava roupa. (D9)

6. Enfatiza que as roupas são lavadas na máquina. Reconhece limitações na realização das atividades domésticas. (D9)
12. A operação. O pós-operatório difícil. Agradece a Deus, pois não sente mais nada. (D9)
7. Passa muito mal, já foi internada devido a uma hipertrofia cardíaca. Há quatro anos ficou no CTI três dias. (D10)
9. Não se preocupa muito com as complicações do diabetes. Aceita os fatos, inclusive da amputação, mas prefere não viver pra ver isso. Não pensa nas possíveis complicações da doença. (D10)
11. Recentemente mudou o cardápio de sua casa devido indicação médica para o filho. (D10)
12. Tenta fazer dieta, mas acha muito difícil. (D10)
3. No decorrer do tempo foi eliminando alguns alimentos da dieta. (D10)
6. Não consegue fazer dieta corretamente. Se começa pela manhã, no almoço interrompe. (D10)
3. Percebe que perdeu praticamente toda a liberdade, pois gostava muito de doce, em grande quantidade, mas já não pode comê-los. (D11)

2.2 O Cotidiano no mundo-com-o-outro

5. Percebe que as modificações no corpo e nos hábitos de vida são imediatas no diabetes. (D1)
13. O diabetes traz inevitavelmente muitas modificações. (D1)
16. Sua tristeza não advém de causas externas. É vivenciada em casa, sozinha. (D2)
28. O elogio do filho reforça a postura otimista frente à vida. (D2)
37. O dinheiro é limitado, mas atende às necessidades. Neste sentido, há cooperação na família. (D2)
9. Não teve condições para retornar ao hospital após a amputação da perna. (D3)
6. As condições de vida interferindo no desenrolar da doença. (D4)
8. Está desempregado há três anos. Às vezes não consegue dormir, pois tem consciência da necessidade de uma alimentação adequada para o controle do diabetes, porém não tem dinheiro para adquiri-la. (D4)
9. O dilema entre atender as suas necessidades de alimentos ou a de seu filho. A opção pelo filho e o sentimento de repressão. (D4)
13. Percebe que poderia controlar melhor a doença se tivesse emprego. (D4)
16. O governo e a escola devem ensinar o cuidado com o corpo. (D4)
10. A glicose abaixa muito, mesmo usando insulina. Mora sozinho, porém não tem como evitar a presença dos sobrinhos pequenos que fazem bagunça, pois mora de favor. Acredita que este fato contribui para a ocorrência de hipoglicemia. (D8)
11. Ter que aceitar a separação conjugal, a distância dos filhos e a presença dos sobrinhos em sua residência, em associação com o diabetes, provoca muitos problemas. Percebe que seus maiores problemas estão relacionados à separação. (D8)
16. Sente-se atormentado. A separação, a doença e a perturbação no local onde mora. (D8)
17. Não tem condições de pagar aluguel, porque o dinheiro da aposentadoria é todo enviado para a ex-esposa e os filhos. Acha pouco os R\$300 que envia à família. Sustenta-se com o dinheiro que ganha “fazendo bico” como pedreiro. (D8)
13. Lembra da esposa. Vivia bem com ela, mas foi só tornar-se portador de diabetes, que a esposa começou a reclamar de seu desempenho sexual e o traiu. (D8)
15. Está tentando organizar a vida há quatro anos, mas está muito difícil. (D8)
7. A doença interfere no desempenho profissional. O interesse e a produtividade diminuem. (D1)

CATEGORIA 3: A ARTE DO ENFRENTAMENTO

3.2 A busca de compreensão do adoecimento

3.2.1 As causas da doença

- 2. Comia muito doce quando estava no sítio, 30 a 40 pés-de-moleque. (D3)
- 19. Apreciava carnes gordas, pimenta e tempero forte. Por quê? Teve essa educação alimentar. (D3)
- 14. A hereditariedade da doença: avó, mãe e todos os irmãos. A avó permaneceu internada durante três meses e oito dias por causa de pé diabético. (D4)
- 15. O costume alimentar do brasileiro é responsável pelo diabetes. Os carboidratos no dia-a-dia do brasileiro. (D4)
- 17. A diabetes resulta da falta de orientação alimentar. (D4)
- 20. A comparação com o irmão, que apesar da cardiopatia e da idade, não tem hiperglicemia, pois ele tem uma alimentação equilibrada. (D4)
- 25. O hábito alimentar ensinado de pai para filho. (D4)
- 05. A protelação em buscar assistência médica no início da doença resultou em prejuízos para o tratamento da doença. (D4)
- 7. Tornou-se diabética na gravidez de um dos filhos. (D5)
- 3. Na época que ficou propício ao diabetes comia muito doce. Tem consciência das complicações que isso trouxe. (D7)
- 17. Já viu pessoas em coma devido glicose de 170. Cada pessoa reage de uma forma à glicemia, algumas passam mal com 130, 140 mg/dl, enquanto outras não sentem absolutamente nada com 500 mg/dl. (D10)

3.2.2 A classificação da doença

- 3. Considera-se o único portador de diabetes da família, pois a tia e a irmã não fazem controle da glicemia com medicamentos, apesar de terem o diagnóstico da doença. (D4)
- 7. A classificação do portador de diabetes: o doente diabético e o diabético psicológico. Este teme as dificuldades da vida. Para ele os medicamentos não fazem efeito. (D5)
- 21. Não sabe explicar qual tipo de diabetes. Acredita que no início da doença tinha o tipo 1, mas acha que evoluiu para o tipo 2, já que fez uso de um medicamento potente. (D5)
- 22. Classifica o diabetes em dois tipos: o que engorda e o que emagrece. (D5)
- 5. Parece que está na fase inicial da doença, que é o tipo 2, pois não faz uso de insulina. (D13)

3.3 A resiliência: *“Vou levando a vida e querendo viver mais e melhor”*

- 9. A pessoa se adapta às condições trazidas pela doença. No início era pesado. (D1)
- 10. Sente-se bem. Vai a festas. Dança, quando vem o cansaço pára, descansa bebendo um refrigerante light, dança um pouco mais e vai para casa. (D2)
- 15. Lembra-se de Deus e confia. Ouve música, dança sozinha e basta. (D2)
- 28. O elogio do filho reforça a postura otimista frente à vida. (D2)

5. Apesar da amputação sente-se bem. (D3)
6. O importante é estar bem. (D3)
8. Tudo bem, pois o importante é viver. (D3)
12. Faz uso de ervas no intuito de controlar a doença, não obstante o descrédito do modelo de atenção à saúde vigente. A redução das taxas de colesterol, triglicérides e glicemia após o uso da carqueja. (D4)
31. Tem esperança de cura. Acredita no avanço da medicina. Lembra da experiência com a célula-tronco.
32. Questiona a veracidade da experiência com célula-tronco. Será que a cura do diabetes custará danos ao organismo? (D4)
34. Percebe nos filhos postura diferente da dele frente à alimentação. Gostam de legumes e verduras. (D4)
35. Espera que o filho continue se cuidando para evitar o diabetes e a hipertensão arterial, bem como suas complicações. (D4)
6. Teve depressão e parou de andar. Mas foi reagindo, e voltou às atividades. Começou a andar com apoio dentro de casa. (D5)
8. O filho ajudou muito na recuperação dos movimentos das pernas. (D5)
9. Agradece a Deus por ter reagido à depressão. Afirma não ter se recuperado totalmente, mas voltou às atividades do dia-a-dia. (D5)
11. Agradece a Deus por poder viver. (D5)
13. Espera uma nova reabilitação. (D5)
16. Quem tem a doença precisa viver alegre. (D5)
17. Reconhece a importância das interações sociais e das ocupações. Sabe fazer crochê, tece sapatinho de neném. (D5)
18. Nas horas vagas senta e tece. Quando cansa, pára, e vai levando. (D5)
23. Está bem, tem que ser assim. Vai levando a vida com satisfação. (D5)
5. Enfatiza que as roupas são lavadas na máquina. Reconhece limitações na realização das atividades domésticas. (D9)
12. Já teve muitas dificuldades na vida, mas Deus deu força. Os muitos filhos, a mudança do interior para cidade grande. (D9)
19. Está tudo bem, graças a Deus. Sente mal estar, mas não se detém nisso, pois têm pessoas em estado mais grave. (D10)
9. Usa sempre o açúcar, pois constantemente apresenta quadro de hipoglicemia.
17. Acredita que terá o mesmo problema da amiga (amputação de membro inferior), se não seguir a dieta. (D10)
5. Aplica pomada no dorso do pé quando se inicia o prurido. (D11)
6. No mais vai levando. Reconhece os problemas que são do diabetes. (D11)
- A capacidade de superação dos obstáculos, tanto os trazidos pela doença quanto o demais. (D11)
6. No mais vai levando. Reconhece os problemas que são do diabetes. (D11)
7. Percebe-se como uma pessoa que gosta de viver. Gosta muito de viver, apesar das muitas dificuldades. O diabetes não é o único problema, mas ama muito a sua vida. Não se preocupa com os problemas. (D11)
8. Percebe que a doença não a deixa triste, não a deprime. Encara como um evento próprio do ser humano, e vai levando a vida. Deseja viver mais e mais. Está ansiosa para chegar o final do ano, quando completará setenta anos. Acredita que não há nada melhor do que completar mais um ano de vida. Deus deu o direito à vida. (D11)