



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

## **UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA DE DIABÉTICOS TIPO 2 USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARAGUARI-MG**

**Ms. Maria Fernanda da Cunha Rezende**

Programa de Mestrado do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ Recife

mfcrezende@yahoo.com.br

**Dra. Denise Oliveira e Silva**

Coordenadora do Programa de Alimentação e Cultura – FIOCRUZ Brasília

den.iluz@hotmail.com

### **1 INTRODUÇÃO**

As transições epidemiológica, demográfica e nutricional causaram transformações substanciais no perfil de adoecimento das populações tornando as doenças crônicas, as principais responsáveis pelos quadros de morbimortalidade atuais, dentre elas o diabetes *mellitus* tipo 2.

Assim, a atenção primária exerce papel fundamental na implantação de ações e políticas destinadas ao controle do diabetes, de forma a promover uma melhor qualidade de vida à população afetada, quando se presta a diminuir a morbimortalidade e o controle dos fatores de risco para esta patologia, e a oferecer esclarecimentos que favoreçam a adesão aos tratamentos medicamentoso e nutricional propostos. Além do que, ações de diagnóstico da situação local e intervenções planejadas são importantes para que haja racionalização dos gastos em saúde e da previdência social disponibilizados para usuários crônicos, uma vez que estes têm capacidade de trabalho restrita e diminuição da expectativa de vida.

Especificamente ao tratamento dietoterápico, é importante ponderar que a alimentação não é um ato mecânico, estando nela envolvidos os aspectos simbólicos que o alimento representa para o indivíduo. A alimentação possui forte influência cultural, familiar e sociológica, devendo o profissional de saúde, neste caso o nutricionista preparar-se para saber interpretar e compreender os comportamentos do



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

portador de diabetes e assim, adequar a conduta nutricional de forma a conseguir resultados positivos associados à modificação dos hábitos alimentares do doente.

Pretendeu-se com esta pesquisa descrever a experiência da doença dos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Araguari, Minas Gerais, com a finalidade de buscar explicações para o desenvolvimento de maior vínculo destes para com o serviço de saúde, uma vez que a prática da pesquisadora enquanto nutricionista da rede pública de saúde local mostrou baixa adesão do diabético à terapêutica proposta. Especificamente, buscou a) caracterizar o cotidiano de ações de atenção e cuidado em uma UBSF do município; b) descrever os aspectos biológicos, simbólicos e sociais relacionados ao diagnóstico, tratamento e cura, convencionais e integrativos, utilizados pelos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 desta mesma UBSF; c) contextualizar as relações simbólicas e sociais do modelo biomédico vigente com os fatores que influenciam a adesão ao tratamento na atenção primária à saúde; d) propor recomendações de ações de cuidado e tratamento para a atenção primária à saúde no município.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual foi realizado um breve exercício de cunho etnográfico com sujeitos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 cadastrados em uma UBSF do município de Araguari, Minas Gerais.

A opção pela pesquisa qualitativa foi determinada pelo aprofundamento subjetivo relacionado aos aspectos importantes da vida social concernentes à cultura e à experiência vivida propiciando assim, reconhecer os problemas e as suas causas, e propor estratégias de intervenção para resolvê-los (GROUX, 2008).

A pesquisa com traços etnográficos traz contribuições na tentativa de descrição profunda de uma realidade através da observação dos comportamentos humanos e do desvendamento de seus significados (GEERTZ (1989) apud RESSEL (2003)).

Os atores deste estudo foram os usuários e os profissionais de saúde que atuam na atenção primária do município. O local de realização da pesquisa, a forma de abordagem dos sujeitos e o cotidiano de assistência aos diabéticos contribuíram para desvelar novas percepções sobre o diabetes *mellitus* tipo 2. A descrição densa desta



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

realidade, requisito para um exercício etnográfico, foi vivenciada pela nutricionista-pesquisadora como elemento de aprendizado fundamental para a sua prática antes, durante e depois da conclusão desta pesquisa.

O fato de o diabetes *mellitus* tipo 2 aumentar sua prevalência dos 35 aos 55 anos (VIGITEL, 2009) constituiu parâmetro principal de inclusão dos sujeitos na pesquisa. Além do que, as terapêuticas clínica e alimentar de um indivíduo adulto são muito eficientes até os 55 anos em função do acesso às informações sobre os cuidados à saúde ampliadas na atenção primária a partir da implantação do Programa Saúde da Família em 1994, o qual possui como uma das principais diretrizes, o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família.

Nesta pesquisa foram excluídos os indivíduos insulino dependentes. Este parâmetro de seleção foi estabelecido devido à terapêutica ser realizada exclusivamente pelo uso de insulina injetável. A terapêutica alimentar neste caso, não tem relevância de estabelecer os alimentos e a alimentação como linha dietoterápica.

## 2.1 As entrevistas semi-estruturadas

Participaram desta etapa, 10 (dez) diabéticos, sendo 04 (quatro) do sexo masculino e 06 (seis) do sexo feminino, com idade entre 35 e 55 anos, portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, não insulino dependentes, com diagnóstico fornecido no mínimo um ano antes de iniciar a coleta de dados e livres de distúrbios psiquiátricos que dificultassem a capacidade de comunicação.

Com a entrevista agendada, a pesquisadora iniciava o procedimento, com a concordância de horários e datas conforme a disponibilidade e a conveniência dos participantes. Os sujeitos foram entrevistados em suas residências, mediante a utilização de um Roteiro Temático, no qual a pesquisadora apresentava os temas ao entrevistado e este conduzia a narrativa no seu próprio ritmo, destacando as questões que considerava relevantes.

Foram realizadas de 01 (uma) a 03 (três) entrevistas semi-estruturadas, com duração média de vinte minutos cada. Todos os relatos foram gravados em meio digital, com equipamento do tipo MP4. Foi também utilizado um Diário de Campo para registro de informações relevantes.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

Os participantes pertenciam às classes sociais D e E, segundo estratificação de rendas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As mulheres, em sua totalidade, tinham excesso de peso e instrução não concluída no nível fundamental. Constituíam papéis sociais de mães, donas de casa e empregadas domésticas, e viviam em regime de união estável.

Os homens eram trabalhadores braçais com instrução semelhante a das mulheres, sendo um deles analfabeto. Seus papéis sociais eram de pais e provedores familiares. Todos viviam com suas companheiras e valorizavam a importância das mulheres no cuidado com a alimentação, com características peculiares nos finais de semana, em que o hábito alimentar era alterado pelo alcoolismo e uso de drogas ilícitas, gerando desajuste familiar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ Recife, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Anteriormente à realização de cada entrevista a pesquisadora procedia à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constavam os objetivos do estudo, as garantias de sigilo e anonimato, e a condição de o sujeito poder desistir da pesquisa a qualquer momento.

## **2.2 Análise dos dados**

O ordenamento dos dados foi iniciado pela transcrição literal das entrevistas, mantendo todas as expressões que surgiram nos depoimentos e ressaltando os momentos de pausa, choro, espanto, alegria etc. Em seguida procedeu-se à leitura exaustiva do material obtido nas entrevistas (MINAYO, 2010).

Os nomes dos profissionais de saúde que surgiram nos depoimentos foram substituídos por nomes fictícios para não expor suas identidades.

Após esta etapa, os dados foram submetidos à proposição de consolidação de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003). Primeiramente, os depoimentos foram lidos exaustivamente com a finalidade de se extrair as “expressões-chave”; em seguida foram encontradas as “ideias centrais” e por último deu-se o encontro das “categorias de análise”, conceituadas como a representação simbólica das narrativas.



O processo de análise utilizado foi baseado na hermêutica-dialética proposto por Minayo (2010), que busca “apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade, em seu movimento contraditório”.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 A assistência aos portadores de diabetes mellitus tipo 2 da UBSF Novo Horizonte

Com base nos depoimentos e durante a pesquisa de campo, foi observado excesso de peso em todas as mulheres e alguns homens relataram história progressiva de obesidade, fatores que possivelmente contribuíram para o surgimento do diabetes:

*“Acho que toda vida eu fui gordinha. Parece minha natureza mesmo, fui sempre gordinha.”* (Informante 1)

Os entrevistados declararam não conseguir limitar a ingestão alimentar e que encontraram dificuldade neste aspecto, provavelmente pelo fato de vivenciarem o efeito rápido do uso de hipoglicemiante oral sobre a glicemia:

*“Eu ‘num’... ‘num’ parei de comer nada (pausa). Então tudo que me dá vontade comer eu como...”* (Informante 1)

No portador de diabetes, o excesso de peso está presente e constitui um dos grandes problemas de saúde pública no mundo. Dentre as principais razões de sua gênese destaca-se também a inatividade física. Nota-se no depoimento dos participantes da pesquisa que existem justificativas para não realizá-la, como falta de companhia, vergonha do próprio corpo e a presença de automóvel em casa:

*“Já era prá eu ter começado (hidroginástica), não fui de vergonha (risos). Ainda não fui lá de vergonha. Fui lá, conversei, olhei tudo direitinho, ainda não fui de vergonha.”*  
(Entrevistada 4)

Ressalta-se que as recomendações da prática de atividade física são as mesmas em relação à da dieta, as quais devem ser precoces para evitar os danos físicos que o diabetes causa. Sartorelli e Franco (2003) afirmam a importância da presença de hábitos



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

alimentares saudáveis e da prática regular de atividade física, como forma de evitar as complicações cardiovasculares das doenças crônicas.

Na UBSF Novo Horizonte, as ações previstas para o cuidado de doentes diabéticos priorizam ações clínicas e medicamentosas, e as ações dietoterápicas são efetuadas em situações de risco e de descontrole da doença. Ações que estimulem a atividade física e a promoção da alimentação saudável ainda não ocupam a agenda de prioridade à promoção da saúde.

Os diabéticos, assim como os hipertensos, as gestantes e as puérperas têm prioridade pelo atendimento programado, para o qual existem cinco vagas diárias. Portanto, não existem vagas específicas para os diabéticos; elas são repartidas entre os demais doentes crônicos, gestantes e puérperas. O restante dos usuários é atendido em regime de demanda espontânea, com oito consultas por dia.

A entrega de medicamentos pela unidade de saúde foi iniciada em 2009 e nos horários das reuniões de grupos operativos de diabéticos, o que geralmente limita a realização de ações de promoção à saúde, as quais anteriormente eram conduzidas nestes momentos:

*“As reunião de diabete que tinha, antigamente tinha né, as reunião. Agora hoje não, a gente vai lá, só pega os remédio e tudo...”* (Entrevistada 5)

Além disso, esta atitude da equipe de saúde propicia uma valorização cada vez maior do uso de medicamentos por parte dos usuários.

Na relação ACS-usuário percebe-se a existência de transferência de responsabilidades médicas para as ACSs:

*“Só que eu ainda não fui lá não, porque é a Rosa (ACS) que me acompanha, ela vem muito aqui.”* (Informante 3)

Provavelmente, esta transferência de responsabilidades se dá em razão das filas na unidade. Nesta unidade de saúde atuam uma médica generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco ACSs, que compõem a equipe mínima de acordo com a normatização do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2000).



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

Apesar de bem definidos os papéis de cada membro da equipe de saúde e da rotina da unidade, o usuário compreende que existe restrição de consultas em relação ao número de usuários cadastrados e queixa o não agendamento para doentes crônicos:

*“Ó, pro cê vê, os médico ali atende oito pessoas. Com um tanto de gente desse bairro, atender oito pessoas por dia não tem como, né? Tem que atender mais... é só um médico prá esse tanto de gente. [...] É isso que eu acho assim... tem que atender mais gente né... aqui no bairro.”* (Entrevistada 6)

A queixa da inexistência de horário para o trabalhador também é relatada como motivo de fracasso do tratamento. A dificuldade em conciliar horários entre o trabalho e o funcionamento da unidade de saúde contribui para o diabético desistir de seu tratamento:

*“Prá ser franco com você eu não voltei. Porque não deu, eu tive que trabalhar, certo? [...] Medir a glicose da pessoa que trabalha, que não tem tempo de ir no posto, ‘vim’ em casa e medir essa glicose, não tem. [...] Porque tem muitas pessoa que tem a doença, mas não tem acesso.”* (Entrevistado 9)

Observa-se ainda que as primeiras orientações dietoterápicas são transmitidas aos diabéticos na própria unidade de saúde, principalmente pela profissional médica. As ACSs também fornecem orientações sobre dieta nas visitas domiciliares e a enfermeira, durante seus atendimentos:

*“Foi o pessoal do posto mesmo (quem orientou a dieta). Falou: ‘É bom fazer uma dieta, cê tá muito alto’. Aí cortou as massa, passei a comer menos, refrigerante também só diet ou então suco, sabe?”* (Informante 2)

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde são orientados a encaminhar à nutricionista somente os casos de descompensação clínica, como forma de controlar a elevada demanda e também por acreditar que todos os profissionais de saúde são capazes de fornecer orientações básicas sobre alimentação. Além disso, não há no município profissionais nutricionistas que atuam diretamente na unidade de saúde em tempo integral. Existe a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta, dentre outros profissionais, por um nutricionista que possui como atribuições



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

principais, capacitar as equipes de saúde da família quanto aos aspectos relacionados a distúrbios alimentares.

### 3.2 O estar diabético: reconhecimento da doença

Estar com diabetes é um estado; é como se o sujeito reconhecesse uma identidade sobreposta à condição anterior de não-doente. Segundo Canesqui (2007) e Laplantine (2010), o estigma trazido pelo sujeito sobre a doença afeta sua identidade, tornando-o socialmente desacreditado. A descoberta da doença traz um sentimento de controle externo de um processo que se dá no corpo. Ainda, é a doença e não “ser” o doente. Esta dialética da doença (estar) e do doente (ser) é um aspecto de discussão da compreensão dos significados da saúde e da doença.

Os significados do estar diabético foram revelados em várias dimensões estigmatizadas. As dietas especiais, os sintomas físicos, o nervosismo, a impotência sexual, a baixa energia corporal e as deficiências demonstraram que há um estado em que a doença se instala como uma sentença que ameaça a existência daquele que se descobre como portador desta enfermidade.

Segundo Bercini e Tomanik (2006), os sujeitos perceberam a instalação da doença quando o corpo não conseguia mais servir como instrumento de trabalho:

*“[...] eu dependo dele (marido) que eu ‘num’ trabalho, eu ‘num’ consigo trabalhar, cê acredita? Faço (faxina), faço mas não posso assim direto sabe, porque fico cansada, me dá um suor frio, eu não consigo se for prá mim trabalhar...”* (Entrevistada 8)

Os relatos demonstraram que a desconfiança de uma possível doença ocorreu a partir de sintomas, como sede intensa, urina abundante e fraqueza:

*“Eu comecei a sentir uma espécie d’uma... uma fraqueza, uma falta de energia. Parecendo que a minha energia do corpo sumia... e tomando água demais e indo no banheiro a noite inteira.”* (Informante 1)

Laplantine (2010) afirma que a percepção espontânea da doença é verdadeiramente aprendida e seletiva, e não se fundamenta no pensamento científico.





» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

Esta percepção de algo anormal em seu corpo determinava a busca de confirmação de alguma doença e iniciava o processo de experienciá-la. Em geral, queixavam-se às ACSs no momento em que percorriam suas casas mensalmente ou as procuravam na unidade de saúde para agendarem consulta médica.

A ACS é o elo entre este sujeito e a descoberta de sua possível doença. Neste momento, o sujeito não é dono de sua doença, porque ainda não há a confirmação oficial feita por meio de exames laboratoriais e consulta médica. Esta profissional de saúde liga os aspectos simbólicos dados por uma racionalidade subjetiva com a racionalidade da ciência.

Todos os participantes desta pesquisa confirmaram “ter” a doença através dos exames laboratoriais. O uso de medidas sem validação laboratorial não foi uma prática corrente:

*“[...] fui no postinho, medi a diabete. Eu num lembro se deu quase trezentos ou mais de trezentos. Aí a doutora até pediu exame de laboratório, eu fiz, deu diabete, aí daí pra cá comecei a tomar os medicamentos.” (Informante 1)*

A confirmação laboratorial produz um próximo passo para o sentimento de experimentação da doença: a consulta médica. Todos os sujeitos da pesquisa tiveram o diabetes diagnosticado na unidade de saúde. Este é um dos aspectos positivos a considerar na atuação dos profissionais da UBSF Novo Horizonte, sobretudo em relação à organização do serviço, mesmo diante das queixas apresentadas anteriormente pelos usuários, como filas e dificuldade no agendamento de consultas. O papel das ACSs também deve ser considerado importante, dada a realização da busca ativa dos indivíduos com chances de adoecer e dos recém-adoecidos.

O reconhecimento de “estar” com a doença inaugura um novo passo da experiência da doença: a busca da convivência com a doença. Nesta etapa, os diabéticos são acompanhados pela ACS em suas visitas domiciliares mensais, nas quais é verificada a administração correta de medicamentos; o doente é encaminhado à consulta médica se existirem queixas; orienta quanto aos cuidados com a alimentação e, se esta ACS possui curso técnico em enfermagem, verifica-se a pressão arterial do usuário. Faz parte ainda do acompanhamento da ACS avisar aos diabéticos a programação das reuniões de grupos educativos.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

Nesta etapa de reconhecimento da doença, há a busca de aceitação da nova identidade de vida. Os portadores de doenças crônicas convivem com enfermidade de longa permanência que causa reflexos importantes em suas próprias vidas e nas relações sociais. Por este motivo, seu estudo requer pontos de vista multidimensionais, capazes de interagir a experiência individual, as posições sociais, a cultura e o cuidado médico juntamente com práticas alternativas de cura (CANESQUI, 2007).

A visão de restrição, de cortes, proibições e abandonos de práticas cotidianas, principalmente relacionadas à alimentação, estão nesta nova identidade de vida. Em relação à mudança de hábitos alimentares necessária à normalização da glicemia, os depoimentos demonstraram o esforço dos sujeitos em buscar o controle da doença:

*“Refrigerante, por exemplo, eu tomava muito, mas muito mesmo. Era almoço e janta, eu cortei. Ainda tomo, mas não é igual era mais.”* (Informante 3)

Para as classes populares, a alimentação é uma atividade tão reparadora quanto o sono. Os estudos etnográficos mostram a preferência pela “comida forte” ou “comida de pobre”, por garantir resistência e aptidão para o trabalho e proteger contra a fome ao prolongar a sensação de saciedade (CANESQUI, 1988; CANESQUI, 2007a). Porém, Laplantine (2010) descreve que a dietética, aí incluída a alimentação para o diabetes, está ligada às representações alimentares subtrativas nas quais são prescritos alimentos que não visam encher o corpo, mas esvaziá-lo, como as verduras, que são curativas não por acréscimo, mas por evacuação.

Porém, o controle alimentar não é a única restrição enfrentada pelos entrevistados. Há depoimentos que tratam de limitações no trabalho, na vida diária e na convivência familiar:

*“Eu era caminhoneiro né, não posso falar que não sou até hoje porque a gente só tá encostado (devido ao diabetes)...”*  
(Entrevistado 10)

“Estar” com diabetes é uma etapa da experiência da doença que se revela em dimensões de aceitação e cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde que permite a entrada num outro estágio: a convivência com a doença pelo sentimento de “ser” diabético. É um momento em que a identidade não é mais a doença e sim o



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

doente. É possível estabelecer a relação de “ser” doente com o controle de sua doença. Convivem de forma harmoniosa, doença e sujeito da doença.

Há depoimentos que demonstram que às vezes o portador do diabetes não se sente doente. É como se o “ser” diabético revelasse a dimensão de controle da doença. A enfermidade não o domina; não o possui. Há o acordo de controle e convivência. Atinge-se outro estágio da experiência da doença: o “ser” diabético.

### 3.3 Ser diabético: controle da doença e cura

“Ser” diabético é assumir uma condição de vida que obriga o sujeito a conviver com a doença. Ao mesmo tempo, ele é dono da doença e busca seu controle e o poder conviver com ela sem problemas: esta situação representa sua cura. Assim, o “ser” diabético busca a compensação da doença por meio do controle clínico em meio às condições sociais de vida.

O diabético compensado, portanto, é o sujeito que está com a doença, mas não se sente doente, porque busca e recebe o tratamento médico oficial e possui uma vida familiar mais equilibrada em termos afetivos, sociais e econômicos, em que é capaz de cuidar de si e dos membros da família. Assim, o termo “compensado” não está relacionado apenas à procura do controle clínico da doença, mas refere-se ao significado de “ordem” proposto por Douglas (1976).

Em meio ao controle clínico da doença, os sujeitos relataram que o equilíbrio social, especialmente o apoio da família e do cônjuge, as questões financeiras e a autoestima eram fatores importantes que lhes conferiam suporte para se sentirem curados:

*“[...] a minha esposa me ajuda demais, ela ‘dana’ comigo tem hora. Ela briga às vezes, na hora cê fica irritado né, com as coisa, até fala umas coisa que não devia falar, mas depois a gente volta no lugar e fala, ela tá certa, né?” (Entrevistado 10)*

Porém, a compensação da doença está relacionada ao significado simbólico de “cura”. Costa (1996) refere que a cura só pode ser pensada quando há, pelo indivíduo, internalização de crenças morais sobre o que lhe é satisfatório. Na biomedicina, a cura está relacionada ao restabelecimento do organismo após a perda do equilíbrio funcional,



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

enquanto que no sentido simbólico, ela está ligada à atenuação de sintomas, à capacidade de lidar com dificuldades sem sintomas dolorosos, à realização dos ideais de felicidade pessoal, ou seja, às formas de viver.

No entanto, o equilíbrio social necessário à “cura” do diabetes é entremeado por fatores subjetivos dos quais nem sempre o sujeito tem controle. Os fatores subjetivos que trazem a ruptura da sensação de “cura” estão relacionados à condição social dos sujeitos, que são a pobreza, o uso de drogas e a violência doméstica:

*“Há pouco tempo eu descobri que ele é usuário de droga (chora). Mistura droga com bebida e fica louco (pausa). Tudo isso tem causado grande transtorno na minha vida. Eu não posso reclamar, não tenho direito porque se ele escuta eu chorar nos canto, ele me xinga tudo.” (Informante 1)*

Surge então, o doente descompensado, que é o sujeito que está com a doença e se sente doente, especialmente por não conviver em situações de equilíbrio afetivo, social e econômico necessárias à sua cura. Assim, conforme Douglas (1976), ao contrário do diabético compensado, o conceito de sujeito descompensado não está associado somente ao descontrole clínico da doença, mas significa “desordem”, ou seja, desequilíbrio social.

Para Tavares e Trad (2005), o sujeito, para compreender a enfermidade e buscar a cura, é necessário perceber as mudanças da doença ao longo do tempo e que sejam reinterpretadas através de suas experiências e que produzam novos significados.

Este sujeito, então, para retornar à busca pela compensação da doença, vê como última opção a procura por práticas integrativas, uma vez que se sente impotente para enfrentar o tratamento oficial em meio ao desequilíbrio social que sofre.

### **3.4 O uso da terapêutica convencional e de práticas integrativas como reequilíbrio do ser em busca da cura**

Em geral, quando o processo de descompensação da glicemia ocorre, o estado “ser” diabético associa-se a “ter” a doença. Frente à descompensação agravada pelos fatores sociais, o doente deixa de “ser” diabético e retorna ao estado de “estar” com a



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

doença, pois o doente, assim como no período do diagnóstico da doença, sente que esta situação foge ao seu controle.

Não há abandono do tratamento oficial, mas incorporação de práticas integrativas como expressão de busca de controle sobre as adversidades relacionadas às condições sociais de sua vida da cura de sua doença. Este momento é marcado pela tensão entre diabéticos e profissionais de saúde. As tensões relacionadas à pobreza, à dependência de drogas, à violência e ao alcoolismo não estão no padrão convencional de tratamento preconizado pelos programas oficiais. Ocorre então, o rompimento do equilíbrio conquistado de “estar” com o diabetes e “ser” diabético, devido a fatores imponderáveis da vida que os profissionais de saúde têm dificuldade em compreender e oferecer terapêutica para seu tratamento. Por exemplo, o nervosismo ou a angústia, quando relatados ao profissional de saúde como fator de aumento da glicemia é tratado como fator menor, embora o diabético os considere relevantes:

*“Foi por causa do meu nervosismo (que desenvolveu o diabetes), porque eu brigava demais com ele (marido), tinha ciúme demais e ó, passei a tomar calmante, o médico passou calmante pra mim.” (Entrevistada 8)*

Então, esta tensão dá origem à incorporação de práticas integrativas, como a fitoterapia e a recorrência a simpatias, uma nova etapa do processo de experiência da doença:

*“É um negócio de álcool lá, põe no escuro, trinta dias. Depois cê vai lá, pega num conta gota e pinga 32 gotinha e toma por dia [...]” (Informante 2)*

Para Laplantine (2010), o que caracteriza a medicina popular é o contato da proximidade familiar de quem cura e do caráter abrangente da percepção da doença. Enquanto a intervenção médica oficial apenas fornece uma explicação dos mecanismos fisiológicos da doença e dos meios eficazes para controlá-los, a medicina popular oferece resposta integral às insatisfações que o racionalismo social não se dispõe a eliminar.

O abandono do tratamento (doença) é nítido nos diabéticos descompensados, pois o desequilíbrio social que enfrentam é considerado intransponível por eles. E por saberem que dificilmente se distanciarão da condição de pobreza, da violência



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

doméstica e do uso de álcool e de drogas, acabam por abandonarem-se a si mesmos (doente). Entretanto, este abandono, apesar de presente nos descompensados, pode acometer os compensados, desde que seu aparente equilíbrio social seja abalado.

Souza e Luz (2009) sugerem que os motivos pelos quais indivíduos optam por terapias alternativas não podem ser reduzidos somente a questões de (in)satisfação ou (in)eficiência dos serviços de saúde. Antes, fundamentam-se em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura. Ainda, para Acioli e Luz (2003), a procura por práticas alternativas de cura são estratégias de enfrentamento dos grupos populares em busca do “viver melhor”.

Minayo (1988) explica que os serviços de saúde se mantêm cheios apesar da insatisfação da população, porque o sistema padrão dominante é o biomédico, que cria mecanismos de aproximação, propaganda e imposição, além de a população reconhecer a eficácia da medicina oficial para muitos desequilíbrios de saúde. Além do mais, a classe trabalhadora combina a seu modo, as diferentes fontes de tratamento que lhe são acessíveis e a medicina oficial é uma dentre outras que ela usa e legítima, mas não incondicionalmente.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se que a unidade de saúde exerce eficazmente seu papel quanto ao diagnóstico precoce do diabetes *mellitus* tipo 2, devido ao trabalho de busca ativa das ACSs e da boa relação entre estas profissionais e os usuários. Entretanto, questões relacionadas ao fluxo de atendimento, agendamento de consultas e ações de promoção à saúde devem ser resgatadas pelos profissionais que ali trabalham, no sentido de garantir melhor adesão à terapêutica. A questão da adesão pode ser revista se os profissionais desta unidade de saúde modificassem o olhar sobre a abordagem do cuidado ao diabético, se valorizassem mais o “ser” em detrimento do “estar” diabético.

Assim, para aprimorar o tratamento dos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 de Araguari-MG é necessário romper com o modelo biomédico que valoriza a diagnose e não a cura da doença. Neste aspecto, as ações verdadeiramente multiprofissionais auxiliariam o resgate dos sujeitos descompensados em buscar a cura pelo apoio



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais  
Diversidades e (Des)Igualdades  
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.  
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

profissional e não a procurariam por si mesmos nas práticas integrativas de saúde, enquanto seu meio social permanece desequilibrado. Não se trata de negar tais práticas complementares, nem de resolver os problemas sociais em sua totalidade, mas de oferecer auxílio profissional e de observá-las como forma de analisar as práticas de saúde existentes na unidade básica.

Recomenda-se que a unidade de saúde estudada reveja a rotina de atendimento para doentes crônicos; que os treinamentos para profissionais de saúde sejam promovidos no sentido de discutir a humanização dos serviços, enaltecendo os valores sociais, a cultura e as necessidades psíquicas e emocionais dos usuários e que as práticas integrativas de cuidado à saúde pela população não sejam desmerecidas, mas vistas como um valor cultural e utilizadas como parâmetro de avaliação do serviço prestado na unidade de saúde. Para tal, sugere-se a adesão do município à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC), também recomendada pela Organização Mundial da Saúde, como forma de aprofundar o cuidado em saúde e buscar a integralidade da atenção, acesso a serviços e exercício da cidadania.

## 5 REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. Rev. Enferm. UERJ, v. 11, p. 153-158, 2003.

BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. Representações sociais sobre saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre as mulheres dos pescadores do município de Porto Rico, Paraná. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 5, p.71-76, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152p.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. Rev. Saúde Pública, v. 22, n. 3, p. 207-216, 1988.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. Rev. Nutr., v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007a.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

CANESQUI, A. M. (Org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007. 149p.

COSTA, J. F. A cura: do ideal à realidade, entrevistas. Cad. de Psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, n. 10, p. 34-40, 1996.

DOUGLAS, M. Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva, 1976.

GROUX, L. H. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003. 256p.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cadernos de Saúde Pública, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

RESSEL, L. B. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. 334 f. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, v. 19, sup. 1, p. 29-36, 2003.

SOUZA, E. F. A. A. de; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. História, Ciências, Saúde, v.16, n.2, p.393-405, 2009.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 2, p. 426-435, 2005.