



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Barsaglini, Reni Aparecida

Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 12, núm. 26, julio-septiembre, 2008, pp. 563-577

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114104009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Análise socioantropológica da vivência do diabetes:

um estudo de caso\*

Reni Aparecida Barsaglini<sup>1</sup>

BARSAGLINI, R.A. Socio-anthropological analysis of living with diabetes: a case study. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.26, p.563-77, jul./set. 2008.

The construction of experience of diabetes was analyzed, emphasizing explanations about its concept, discovery and causes, and about ways of managing this disease. The study started from the perspective of a person with diabetes (type 2, non-insulin dependent), considering this person's course through life, experience of the disease, the course of the disease and the significance and meanings attributed to it. A case study with data collection using the oral reporting technique was presented. In experiencing diabetes, such individuals are supported through social representations, their own experience and other people's, in order to attribute meaning to the situation and to manage the disease. Thus, the prescriptions are adjusted according to non-medical daily demands; ideas and meanings within health, disease, diabetes and its treatment; signs; feelings; ways of using the body; and meaningful and prioritized aspects of life. Through this, it becomes possible to feel physically and morally well.

**Key words:** Anthropology and health. Experience of illness. Diabetes. Case study.

Analizou-se a construção da experiência com o diabetes, enfatizando as explicações sobre o conceito, a descoberta, as causas e as formas de gerenciar essa enfermidade. Partiu-se da perspectiva de um portador de diabetes (tipo 2, não insulino dependente), considerando sua trajetória de vida, a experiência e o curso da doença e os significados e sentidos atribuídos a ela. Propôs-se um estudo de caso com coleta dos dados pela técnica do relato oral. Na vivência do diabetes o adoecido se apóia em representações sociais, na própria experiência e de outros para atribuir significado à situação e gerenciar a doença. Assim, as prescrições são ajustadas em meio às demandas diárias não-médicas, às idéias e aos significados de saúde, doença, diabetes; e o seu tratamento, aos sinais, às sensações, aos usos do corpo e aos aspectos significativos e prioritários da vida, viabilizando o sentir-se física e moralmente bem.

**Palavras-chave:** Antropologia e Saúde. Experiência da enfermidade. Diabetes. Estudo de caso.

\* Elaborado com base em Barsaglini (2006), projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, que contou com financiamento do CNPq (processo 470043/2006) e apoio da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.  
<sup>1</sup> Pedagoga. Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Av. Adauto Botelho, 552. Cuiabá, MT 78.085-200 renibars@terra.com.br

## Introdução

Os estudos da experiência da enfermidade enfatizam o processo subjetivo da vivência da doença, dando voz aos adoecidos que a interpretam nas situações concretas do mundo da vida. Como tema, a experiência fez-se presente na Antropologia Médica norte-americana desde os anos 60, emergindo como resposta às abordagens do adoecimento pautadas pela teoria funcionalista. No Brasil, as produções científicas de Alves (1993) e Rabelo et al. (1999) são exemplos dessa abordagem, que encontrou espaço no campo das Ciências Sociais e Saúde a partir da década de 1990, até então, fortemente influenciado pelas teorias histórico-estruturais macroanalíticas (Canesqui, 2005a). Espera-se, todavia, que o enfoque no sujeito não implique negligenciar o papel das estruturas na compreensão da experiência da enfermidade, mas que tome essas externalidades articuladamente em meio aos imperativos da vida cotidiana.

Nessa direção, o presente estudo entende a experiência influenciada: pela trajetória da doença; pela persistência de construtos prévios (idéias, crenças que levam às constantes explicações e reinterpretações) diante das mudanças de sintomas, das respostas ao tratamento, dos efeitos colaterais e da satisfação com o cuidado; e pelo ambiente social da vida diária e inserção do sujeito na estrutura social (Hunt, Jordan, Irwin, 1989). As explicações sobre a enfermidade envolvem significados e processo, não obedecem a um padrão rígido, não são únicas nem definitivas (Hunt, Arar, 2001), variando no tempo, no espaço e no curso da doença (Young, 1982).

Para elaborar as explicações, o sujeito se apóia numa multiplicidade de elementos disponíveis no seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados diferentemente devido à sua distribuição desigual e às singularidades da trajetória pessoal (Adam, Herzlich, 2001).

Contudo, o fator cultural (princípios, costumes, valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente) não se coloca de forma determinística ou isolada, mas situado e afetado por um contexto particular, composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla (Helman, 1994; Anderson, 1991; Frankenberg, 1980). Acrescenta-se que a sociedade contemporânea (sobretudo as populações urbanizadas) dispõe de múltiplas referências para a construção da experiência (Canesqui, 2003) da enfermidade, efetivada num movimento simultâneo e permanente de compartilhamento e diferenciação de significados e práticas (Guedes, 1998), permitindo que os sujeitos interpretem de modo específico as suas vivências. Ressalta-se a não passividade do adoecido que, sempre provisoriamente, (re)interpreta conceitos e recomendações na vivência da enfermidade crônica. E assim, na sua singular trajetória de vida, se entrecruzam elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, historicamente construídos, que informam, delimitam e imprimem sentido à sua experiência que, embora subjetiva, comporta e transcende os planos individual, situacional e imediato.

Neste sentido, o estudo não polarizou a análise na primazia do social ou do estrutural (incluindo a cultura) e nem na autonomia do indivíduo, mas admitiu haver influência circular entre os termos (Corcuff, 2001), sendo a experiência considerada não apenas biograficamente, mas transpessoal e conectada ao contexto sociocultural. Analisou a construção da experiência do diabetes, enfocando as explicações sobre o conceito, a descoberta/início, as causas e as formas de gerenciar essa enfermidade; tomadas na perspectiva do adoecido, considerando sua trajetória de vida, a experiência e o curso da doença, bem como os significados e sentidos atribuídos ao diabetes. Para tanto, no contexto da pesquisa qualitativa, propôs-se um estudo de caso com coleta dos dados pela técnica do relato oral.

O estudo de caso ocupou lugar de transição no contexto de desenvolvimento da pesquisa qualitativa, distinguindo-se das modalidades típicas do modelo positivista – tão inclinado às quantificações (Triviños, 1987) – ao tomar por objeto uma unidade, cuja análise das características e da complexidade é profunda e orientada pela amplitude dos suportes teóricos do pesquisador.

Na área de saúde, o estudo de caso surgiu no âmbito das pesquisas médicas e de psicologia, reportando-se à análise detalhada de um indivíduo com uma patologia (Deslandes, Gomes, 2004). Nas Ciências Sociais, o caso típico pode ser um indivíduo ou um conjunto de casos individuais, uma organização, uma prática social ou uma comunidade (Becker, 1993).

Um caso pode ser estudado pelo interesse intrínseco em toda a sua particularidade ou combinado com um interesse instrumental ou externo quando apóia ou facilita avanços teóricos e conceituais,

proporcionando comparações e transposições futuras (não imediatas ou mecânicas) para outros casos, situações e questões (Stake, 2000). Contudo, as inferências sobre o caso devem ser cuidadosas, pois sua análise possibilita generalizar conceitos e questões de pesquisa, mas não resultados, o que simplificaria a relação todo/parte.

O caso deve ser estudado como um sistema “delimitado”, localizado, microscópico que não reflete todo o conjunto das relações sociais, mas se constitui em um recorte, uma aproximação da realidade do caso que não se esgota nas pesquisas, embora seja possível dialogar densamente com os sistemas mais amplos nos quais se insere (Stake, 2000). Nesse sentido, observar como um fenômeno ou processo existe e opera numa experiência particularizada impõe o investigador a lidar, ao mesmo tempo, com questões empíricas e teóricas (Becker, 1993).

A técnica do relato oral fornece autonomia de expressão ao depoente, que é relativizada pelos limites temáticos controlados pelo pesquisador, distinguindo-se da história de vida em que o entrevistado conduz a narrativa e destaca as questões que considera relevantes (Queiroz, 1987). Todavia, o relato oral é flexível e sensível aos “imponderáveis” da pesquisa qualitativa e adequado para verificar como o sujeito situa e explica o evento do adoecimento, na totalidade de sua vida, e a quais acontecimentos ou comportamentos ele vincula a sua ocorrência.

Embora o evento seja “pinçado” e relatado pelo ângulo pessoal, o que é transmitido ultrapassa o caráter individual e se insere nas coletividades, pois o adoecimento é perpassado por múltiplas influências, e o depoimento sobre ele sintetiza informações pertinentes: às relações do sujeito com o seu grupo, ocupação, camada social; à sociedade global; à sua experiência direta e indireta com a enfermidade; às tradições e às crenças sobre saúde e doença - cabendo ao pesquisador desvendar ou estabelecer as possíveis conexões ao proceder a análise (Queiroz, 1987).

A seleção do caso foi intencional por apresentar as condições que permitiam explicitar os aspectos da experiência com o diabetes e pela disponibilidade do informante de relatá-la.

Os dados foram coletados com base em três entrevistas com duração média de uma hora cada uma, realizadas na residência do informante, bem como em conversas “informais”, decorrentes de um estudo mais amplo (Barsaglini, 2006), ocorridas na sala de espera do Posto de Saúde freqüentado pelo entrevistado. As entrevistas estimularam a espontaneidade e se pautaram pelas temáticas de um roteiro semi-estruturado, aberto à incorporação de questões novas e não previstas que se mostrassem pertinentes à compreensão do objeto. Mediante a anuência do informante, as informações foram gravadas ou registradas em caderno, e todos os nomes próprios empregados no texto são fictícios.

### **Cosme: seu contexto e cotidiano**

Cosme tem 64 anos, cursou até a 2ª série do Ensino Fundamental, reside na região de Piracicaba/SP, e é metalúrgico aposentado desde 1986, mas, retornou ao mercado de trabalho como porteiro numa empresa, até o ano de 2003. Paralelamente, desenvolveu atividades como vendedor autônomo e, atualmente, negocia produtos de limpeza nas cidades da região. Possui casa própria, onde convive com a esposa, ocupada exclusivamente com os afazeres domésticos, e uma filha solteira, tendo, ainda, dois filhos casados que moram nas respectivas casas.

Embora tenha ocupado cargo de liderança, considera o valor da sua aposentadoria baixo, que, somada aos seus rendimentos extras, perfaz uma renda familiar estimada de R\$ 1.200,00 (3,5 salários-mínimos, aproximadamente). A filha exerce atividade remunerada, mas Cosme afirma desconhecer o seu salário (calculado entre dois e três salários-mínimos) e não incluí-lo no orçamento doméstico. Por outro lado, um dos compromissos centrais ligados ao papel do homem na casa é prover o sustento da família (Sarti, 2003), assegurando a satisfação das necessidades básicas das pessoas que estão sob a sua responsabilidade, de modo que aceitar a contribuição da filha pode significar possível falha moral.

No dia-a-dia, Cosme acorda por volta das 6h30, toma seus remédios, o café da manhã, e faz caminhada, em dois dias da semana, com um grupo vinculado a determinado segmento religioso do qual faz parte. É comum encontrá-lo, em outros dois dias pela manhã, no Posto de Saúde do bairro no período que antecede as atividades físicas organizadas por esse serviço, em que é verificada a pressão arterial dos participantes. Depois de ter a pressão arterial aferida, Cosme auxilia os profissionais de saúde registrando as medidas de cada pessoa, mostrando conhecê-las, tratando-as pelo nome e evidenciando

estreita relação com o serviço de saúde, além de comprovar a importância da sociabilidade propiciada pela prática de atividades conjuntas que transcende os benefícios físicos. Nesses dias, participa das atividades de alongamento e relaxamento, mas não acompanha a caminhada, justificando praticá-la com o outro grupo.

Dedica o restante do dia às vendas, faz os pagamentos de contas e visita parentes, evitando, ao máximo, ficar em casa, referindo ser um local gerador de “nervoso” devido aos conflitos conjugais. Não obstante, o incômodo pode decorrer de o espaço doméstico se associar ao universo feminino, em contraste com o espaço público/da rua pertencente ao etos masculino, podendo acentuar o desconforto e a sensação de deslocamento – o que é comum ser sentido por homens doentes, desempregados e aposentados, que são situações nas quais o trabalho, enquanto sustentáculo da masculinidade, está comprometido ou temporariamente suspenso (Nardi, 1998).

### **O conhecimento de senso comum sobre o diabetes: causalidade, conceito, classificação e curso da enfermidade**

A descoberta do diabetes ocorreu há 16 anos, e Cosme relatou com minúcias a identificação de sensações corporais estranhas, levando a suspeitar de que algo estava errado, sendo preciso procurar ajuda especializada. Inicialmente, buscou a opinião do irmão (antes do profissional de saúde) que trabalha no setor saúde, confirmando que, diante de sintomas físicos ou psíquicos, o indivíduo se depara com uma rede complexa de possibilidades de escolhas, cujo percurso traçado foi designado, na literatura socioantropológica, de itinerário terapêutico (Gerhardt, 2006). Essa busca por cuidados é variada e complexa, sem um padrão único e predefinido de operação, e envolve procedimentos interpretativos de experiências e delineamento de ações, que não estão isolados do domínio dos macroprocessos socioculturais (Alves, Souza, 1999), sendo condicionados por: atitudes, valores, representações, características da doença, acesso econômico e disponibilidade de tecnologias, além da estrutura e da mobilização da rede de apoio social na qual o sujeito se insere.

A origem da enfermidade é relatada em meio a um emaranhado de eventos corporais diante dos quais buscam-se cuidados e explicações causais do que pode ter levado a desenvolvê-la, que somente ganham sentido quando reportados ao contexto (econômico, social e cultural) em que aconteceram. Assim, o diabetes foi descoberto pelo descompasso do estado de saúde, cujo silêncio corporal foi rompido por algo que incomodou no ambiente de trabalho onde, segundo Torres-Lopez (1999), o impacto da doença é mais significativo aos homens. Como fator provocante, Cosme focaliza um consumo alimentar habitual equivocado e exagerado:

[...] trabalhava de guarda das 21h30 às 6h30 e, o tempo de levar uma garrafa de leite com café, eu levava refresco toda noite, deixava na geladeira e ia tomando golinhos. Um belo dia percebi que o refresco estava amargo e pensei “o que está acontecendo? Estragou?” Notei que ia ao banheiro direto para urinar e concluí não estar bom. Meu irmão trabalha como técnico de raio X, e disse serem sintomas (dor nas pernas e no corpo, secura na boca, muita sede) de diabetes e falou para eu passar no médico. Fiz exame e constou 220 de diabetes, e o médico falou “agora está aqui o seu cardápio, a comida que você vai comer, o que pode ou não comer”. [...] Eu sabia o que tinha me deixado daquele jeito – foi muito refresco e nunca tomei adoçante, só usava açúcar.

A extravagância representada pelo consumo “extra” e excessivo, aliada à combinação inadequada de alimentos nas formas líquidas e sólidas, figuram entre as causas do diabetes e da obesidade. Por analogia ao comportamento animal, o comer à vontade aproxima o homem de um estado de natureza que o coloca fora da ordem social pela falta de regras para se alimentar, desapropriado ao ser humano. Ao seu lado, a causa hereditária perde a força explicativa diante da evidência concreta dos perfis de adoecimento e morte entre os familiares, como explica:

Diabetes é por causa de extravagância: comer bastante carne gordurosa, tomar refresco e suco demais. Tinha um médico cardiologista que dizia, “nós humanos ao sentarmos à mesa,

<sup>2</sup> Refere-se à prática, comum no meio rural, de coletar as sobras das refeições, misturá-las a uma porção de água e empregá-las na alimentação de porcos.

temos que deixar o líquido de lado, porque se você comer e tomar suco, refresco, bebida, o seu estômago fica como a uma lavagem<sup>2</sup>..." A pessoa engorda, fica ruim porque isso se faz com porco - quando ele está grandão é colocado sozinho na ceva e é tratado à vontade: o bicho chega a cair deitado de tão gordo. Eu costumava tomar suco no almoço. A diabetes vem disso. Falam que vem de família, é hereditário, mas pelo que sei não foi disso que a minha mãe e irmãs morreram. O meu pai eu conheci muito pouco (até os sete anos). Então, o único com diabetes na família sou eu. Como pode?

A representação do diabetes vincula-se à causa, caracterizando-se pelo excesso de açúcar no sangue que enfraquece o pâncreas ou prejudica seu funcionamento. O fato de pessoas cometerem excessos e não desenvolverem diabetes se explica pelo prisma metafísico e religioso, podendo ser atribuído ao destino, à fatalidade ou, como Laplantine (1991) sugere, a uma salvação (ser poupado da doença, infortúnio) pela "graça" que independe das obras, ou seja, a despeito do que fez ou deixou de fazer para evitar o agravo. Sobre a fraqueza, ela se opõe à força e remete a um valor moral por comprometer a capacidade de trabalhar, tanto do sujeito como do órgão, mas que, igualmente, incide na relação homem-trabalho-família.

O caso do sangue, naturalmente salgado, ficar doce denota certa desordem porque o açúcar está fora do seu lugar, estático e em abundância, sobrecarregando o pâncreas, incapaz de processá-lo. Dessa forma, o diabetes ora deixa transparecer o seu caráter ontológico, configurando-se como entidade que ataca e danifica o pâncreas, ora como disfunção (e não doença em si), expressa numa taxa que se altera cada vez mais, trazendo outros problemas ao organismo. Como mostram os trechos a seguir:

Diabetes é entrar muito no açúcar, no refresco, na massa. Tem gente que come e bebe de tudo e o diabetes não ataca, mas em outros ataca. Não sei bem por quê ... às vezes tem que ser. O pâncreas pára de funcionar e não queima o açúcar no corpo e é onde se pega o diabetes. O sangue fica doce, com açúcar. Se o pâncreas funcionar direito a pessoa não pega diabetes, mas se ele estiver fraco demais, o diabetes altera cada vez mais.

O diabetes faz sentir dor nas pernas, fraqueza, porque ataca os rins, o estômago, a vista, ataca tudo. Estou com a vista ruim e terei que operar de catarata e foi do diabetes...

O potencial de se disseminar negativamente pelo corpo, citado acima, evidencia uma típica tendência do diabetes em agravar-se com o passar do tempo, o que Cosme relata como testemunha dessa trajetória degenerativa e irreversível. Na sua classificação do diabetes em fraca e forte ou grave, subjaz o critério das altas taxas de glicemia (mil ou quinhentos) que podem levar ao coma, sendo possível passar de um tipo para o outro dependendo, em parte, de quanto se consegue controlá-la, mas também podendo evoluir a despeito do tratamento (porque o corpo acostuma-se com o medicamento), carregando nuance de fatalismo.

O auge da trajetória nefasta do diabetes, para Cosme, concretiza-se pela indicação da insulina, que, cogitada pelo médico, diante da dificuldade em manter a glicemia em níveis aceitáveis, soou-lhe como ameaça. A aversão manifestada à insulina pode ser atribuída aos incômodos práticos do uso diário, mas também pelos seus significados, como sinalizar que a enfermidade se agravou por um processo natural ou resultante da negligência do seu portador, que não seguiu as recomendações para controlá-la (Hunt, Valenzuela, Pugh, 1997). Acrescenta-se o fato de a insulina suscitar traços estigmatizantes no adoecido (Hopper, 1981), por dar visibilidade à dependência de

medicamento injetável (alusivo às drogas ilícitas), sendo preferível o comprimido pela sua discrição, que não denuncia ser portador da enfermidade. Como se entrevê:

O diabetes ataca mesmo tratando. Eu tomava Diabinese, depois passei para Metformina (mais forte) e depois fui para Daonil com Metformina. Mesmo com o remédio, com o tempo, os anos vivendo com o problema no corpo, acaba tomando insulina, que é o último recurso. É como calmante que vai indo e o corpo acostuma e não faz mais efeito. Quando isso acontece, o médico receita outro mais forte. Com o diabetes é igual.

O Dr. Ivo falou em passar insulina e eu falei, "pelo amor de Deus! Vou me controlar, tenho certeza que a minha diabetes vai controlar, vou me virar". É que a insulina tem que tomar todos os dias, você ou outra pessoa tem que aplicar. Tem que ficar na geladeira e eu não paro, saio, vou para outra cidade. E eu não vou sair daqui da minha casa para outra cidade e levar insulina: vou tomar quente? Não pode. Então, o comprimido eu ponho no bolso ou na carteira só o que vou tomar e pronto.

### Aspectos do gerenciamento do diabetes

O gerenciamento refere-se às ações empreendidas pelos adoecidos para "controlar" o diabetes e viver tão normalmente quanto possível, o que não exclui que tais ações se orientem, em parte, por representações sobre o diabetes e os elementos do seu manejo. Toma-se a questão em primeira pessoa e como auto-regulação (Conrad, 1985), evitando termos que possam remeter a uma relação terapêutica médico-centrada atenta aos desvios, própria da tradição funcionalista, como é o caso de "obediência" ou "submissão" às ordens médicas (Cyrino, 2005).

Sob a perspectiva médica, o gerenciamento do diabetes assenta-se no padrão genérico do uso de medicação, mudança de comportamentos (dieta e exercícios físicos) e monitoramento da taxa de glicemia (Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD, 2003; Hunt, Jordan, Irwin, 1989; Cohen et al., 1994). Contudo, reproduzir verbalmente essas recomendações não corresponde observá-las integralmente (fato que intriga os profissionais de saúde), pois os comportamentos em relação ao diabetes se orientam, em parte, por conceitos, critérios, princípios, fatores e valores, às vezes, incompatíveis com as prescrições, requerendo que ajustes sejam feitos para viabilizar o controle da enfermidade. A categoria controle é central para profissionais e adoecidos, mas carrega significados diferentes, embora coincidam com a dimensão gerencial do diabetes, apresentando pontos de convergência e divergência.

Para gerenciar o diabetes, o adoecido elabora e aprimora rotinas, levando em conta, simultaneamente, as atividades cotidianas que despendem esforços físicos, a dieta e os medicamentos, para manter a glicemia em níveis aceitáveis/toleráveis. Essas medidas destinam-se a controlar o diabetes e evitar crises hiper e hipoglicêmicas ou sintomas/sensações desagradáveis, e não impedir o desempenho dos compromissos diários. Os ajustes serão viáveis, porém, se forem coerentes, ao menos em parte, com os valores do adoecido, preexistentes ao diabetes.

No desenrolar desse processo, denominado "normalização"<sup>3</sup> (Adam, Herzlich, 2001), Cosme se deparou, após o diagnóstico, com a imposição de regras ("ter de") ao comportamento alimentar. E, embora demonstrasse disposição para segui-las, elas se revelaram incompatíveis com o padrão alimentar anterior e com os valores de força cuja manutenção depende do tipo de dieta praticada (Canesqui, 2005; Duarte, 1986) - esta, quando inadequada, pode levar à morte física (por fraqueza corporal) e moral (pelo comprometimento do trabalho).

<sup>3</sup> A normalização nunca é um retorno ao estado anterior à enfermidade, mas um conjunto de ações e interpretações que possibilita construir uma "nova atitude natural" e conviver com a doença, que somente poderá ser aceita se estiver de acordo, ao menos em parte, com os valores do adoecido (Adam, Herzlich, 2001).



A crise por hipoglicemia relatada ocorreu como corolário à incompatibilidade da adesão estrita à dieta recomendada, que Cosme posteriormente ajustou, passando a consumir moderadamente determinados alimentos, usando adoçante e fazendo caminhadas. Essa decisão embute a rejeição em se submeter acriticamente às ordens médicas privando-se dos alimentos valorizados (com alto teor energético e substâncias essenciais ao corpo), dos quais gosta e na quantidade considerada adequada. Os valores médicos e os da cultura de origem de Cosme se antagonizaram, impedindo-o de seguir uma dieta restritiva, como observou Samuel Bloom no clássico estudo de caso de uma diabética – a senhora Tomasetti apud Nunes (2003):

O médico deu o cardápio para eu comer duas colherinhas de arroz, uma de feijão, um bife mais grelhado ou assado do que frito, sem gordura e bastante salada. Sabe o que aconteceu? Fiz quatro meses essa dieta/regime, mas um belo dia estava na praça esperando abrir o banco e começou uma atordoação. Entrei no banco pendendo de um lado e pensei que iria morrer antes do tempo e falei: não vou ficar desse jeito, não. Comendo deste jeito não dá, a gente é acostumado a comer bastante. Voltei no dia seguinte ao médico e falei “doutor: eu estou morrendo porque duas colherinhas de arroz no almoço, duas no jantar, uma de feijão e um pedacinho de carne e salada não está resolvendo... Estou sentindo muita fraqueza...”. Ele receitou uma vitamina para combater a fome, mas pensei - sabe qual vitamina eu vou fazer? Vou chegar em casa, pegar umas cinco, seis colheres de arroz, umas três, quatro de feijão, salada à vontade, carne de frango, de vaca do jeito que vier. Não farei regime – quatro meses e quase fui! Estou comendo quase normal. Não exagero, como aquela comida no almoço, faço caminhada, como um bocadinho no jantar e, às vezes, faço outra caminhadinha, mas aumentei a comida. E graças a Deus, estou controlando.

Percebe-se, no trecho acima, que os indícios subjetivos são importantes para identificar as alterações da glicemia, e integram a aprendizagem da convivência com o diabetes, que é aprimorada com o tempo de diagnóstico e por confirmação de hipóteses (se abaixou ou subiu) por meio das informações objetivas dos testes e exames laboratoriais. Esses recursos aumentam a confiança do adoecido na sua capacidade de decifrar e distinguir as situações (aumento/queda), e de agir para evitar ou contornar as alterações e ter o diabetes controlado. A relevância dos testes sobressai na presença de outras patologias, como a hipertensão arterial, comumente associada ao diabetes, que podem apresentar sintomas semelhantes confundindo o adoecido e agravando a situação se forem tomadas medidas de controle equivocadas. Assim, o adoecido não se apóia exclusivamente no dado técnico da taxa de glicemia, mas também no conselho médico e na sensação de bem-estar, que variam no curso da doença - esse cotejamento no manejo do diabetes se reporta à noção de “equilíbrio” (Paterson, Thorne, Dewis, 1998) e permeia o relato:

Diabetes faz sentir dor no corpo, nas pernas, secura na boa, sede, vai muito ao banheiro, atordoação, vista embaçada. Mas quando está descontrolada. Se estiver normal não sente nada. Tenho essa noção porque faz tempinho (desde 1990) que eu estou nessa vida aí. Se abaixar complica, sente-se problema de desmaio, atordoação também. Quase o mesmo sintoma de quando está alta. Se abaixar



demais é hipoglicemia e se subir é hiperglicemia. Quando se sente mal tem que ir ao Posto fazer o teste do dedo e ver como está o diabetes.

Os fatores que podem descontrolar o diabetes são aprendidos pela convivência com a enfermidade, como o consumo de bebidas alcoólicas e as transgressões alimentares. As recomendações alimentares assumem a conotação de normas que são vigiadas, de modo que a desobediência a elas carrega um peso moral, gerando sentimentos de culpa, explicando por que o transgressor procura ocultar os comportamentos contrários às regras, fazê-los às escondidas, quase sorrateiramente, ou omiti-los, para evitar repreensões (Broom, Whittaker, 2005), aplicadas por si mesmo ou por outros atores envolvidos.

Esses comportamentos, contudo, serão atenuados ou tolerados nas ocasiões de descontração compartilhadas com amigos e familiares, em que o adoecido autoriza-se às “licenças sociais” (Paterson, Thorne, Dewis, 1998) pautadas pelos benefícios sociais do sentimento de integração, solidariedade e pertença, que são mais valorizados do que os possíveis danos físico-biológicos não manifestos imediatamente. Ademais, o adoecido desenvolve estratégias pontuais de controle para compensar as extrapolações, como ser mais rigoroso com a dieta, tomar chás específicos ou manipular o medicamento (doses suplementares, alterar o horário de ingeri-las). Nesse sentido, nota-se o cuidado na ingestão do remédio antes ou depois do consumo de bebida alcoólica, que se baseia na crença de que misturá-los pode trazer sérias complicações à saúde. Acrescenta-se que a vontade divina também contribui para que o diabetes se mantenha controlado ou permite que o adoecido seja capaz de controlá-lo:

É lógico que a gente faz extravagância, não fica direto só fazendo regime, como quando a mulher faz doce e põe na geladeira... é uma tentação. O doce parece atrair o diabético. Se ela faz brigadeiro, pego dois ou três e como escondido. O doce de leite com coco pego uma colher de vez em quando e ponho rápido na boca. A gente não consegue ficar sem comer, mas se percebo que estou ficando ruim, tomo um comprimido para diabetes depois do jantar e se eu notar que estou meio ruim ainda, tomo outro antes de deitar. Desse jeito controla e vai levando. Bebida de álcool não bebo, não fumo. Se vou na casa do meu filho e ele oferece uma cervejinha para acompanhar a carniinha assada, então, tomo 2 ou 3 latinhas e já não fico muito bom porque não sou acostumado. Chego em casa e tomo um remédio. Não posso tomar o remédio e depois a bebida de álcool – complica tudo.

Outro fator que pode alterar a glicemia, referido e baseado em experiência pessoal, é o “susto” que foi constatado, logo após a sua ocorrência, por meio do teste de glicemia capilar. O episódio relatado mostra a resposta orgânica motivada por uma suposta falha de responsabilidade no cuidado com outra pessoa, corroborando que “o social atravessa a pele” (Herzlich, 2005), não sendo possível compreender o adoecimento dissociado das dimensões corporal e social. O “susto”, nesse caso, se aproxima da noção de nervoso, enquanto um código específico referente aos embaraços nos planos vivenciais (Duarte, 1986), decorrentes de avaliação empreendida pelo sujeito, na qual teores material, moral e físico-corporal se imbricam. Reciprocamente, o risco de a situação ocorrer no trânsito denuncia o impacto da enfermidade na vida social, restringindo atividades e podendo levar ao isolamento.

Após fazer a cirurgia da vesícula, tinha um senhor no meu quarto com as duas pernas amputadas. Seu acompanhante saiu e pediu que tomasse conta. Tudo bem. Fui dar uma voltinha no corredor e de repente escutei um grito e um baque e pensei, “o homem caiu da cama!”, e mesmo não podendo nem andar direito, saí correndo. E a cada meia hora a enfermeira vinha furar o meu dedo para controlar a diabetes, que estava normal em 70, 75. Tomei aquele susto – e com diabetes não pode: é como um choque térmico, pode morrer. Pensar que o homem tinha caído da cama – fiquei responsável por ele, o que a família ia falar de mim? Corri até o quarto e, graças a Deus, não tinha sido com ele. Quando a enfermeira veio fazer o teste de novo estava em 230. Conteí o que houve e ela falou que, se eu dirigia, era para tomar cuidado e seria bom até parar, porque se eu ou outro batesse no meu carro, eu poderia perder a direção.

É clássica e apropriada a análise de Duarte (1986) sobre o “nervoso” nas classes populares, reportado às “perturbações físico-morais”, como condições, situações ou eventos que extrapolam a corporalidade, afetando a vida moral, os sentimentos e a auto-representação do sujeito. Não obstante, o nervoso no discurso masculino se relaciona mais ao ambiente de trabalho, embutindo as preocupações sobre o sustento e a honra familiares; e, no feminino, refere-se ao espaço doméstico no cumprimento das obrigações de mãe/esposa/dona de casa; que são responsabilidades complementares e recíprocas para manter a unidade do grupo (Sarti, 2003), como evidencia o primeiro trecho abaixo.

Ademais, o “nervoso” figura como causa e fator que altera o diabetes, sendo o trabalho uma das suas fontes, engendrado pelas relações interpessoais tensas de mando e subordinação requerida pelo cargo de liderança ocupado pelo informante (Schraiber, Gomes, Couto, 2005); ao mesmo tempo em que era coagido a suportá-las pelas expectativas desse desempenho no exercício da masculinidade. Observa-se, nessa questão, um aspecto geral operando nos meandros de um plano macrosocial representado pelos valores e categorias compartilhados pela classe trabalhadora (trabalho, nervoso), mas que apresenta diferenciais sutis, à medida que a análise é refinada pela variável microsocial de gênero.

Os fragmentos de relato seguintes explicitam a relação não dicotômica entre mente e corpo, própria da classe trabalhadora, e que conflui para o nervoso, mas é inversa ao entendimento biomédico que, em geral, limita-se a tratá-lo agressivamente eliminando os sintomas. Contrário ao modelo de relação médico-centrada, que pressupõe passividade do adoecido para aceitar e seguir as recomendações, Cosme faz julgamentos e espera um conhecimento específico do profissional ajudando-o a se cuidar, mas não excluindo o autoconhecimento dos seus problemas. Essa modalidade de interação médico-paciente, que pressupõe ajuda mútua e participação efetiva do adoecido, mostra-se mais apropriada às doenças crônicas em geral (Bloom apud Nunes, 2003).

Assim, as prescrições médicas passam pelos crivos dos valores do adoecido, como é o caso da resistência em tomar calmantes por associá-los aos problemas de natureza psiquiátrica, mental ou por conter compostos químicos fortes (simbolizados pela “tarja preta”; receita controlada) que podem causar dependência. Analogamente, a generalização da prescrição é rejeitada por Cosme, diante das singularidades pessoais, dos estímulos do seu meio e relações e das respostas idiossincráticas ao tratamento. Enfim, são exemplos de uma relação assimétrica prenhe de conflito latente entre perspectivas culturais diferentes – profissional e profana (Freidson, 1972). Embora haja pontos de convergência e divergência nessa relação, a aparente “não docilidade” do sujeito apenas manifesta o seu ensejo em participar das decisões que o atingem. As questões do nervoso e a negociação no encontro terapêutico se expressam:

Por muito tempo, eu mandava embora e ajustava - tomava conta da fábrica inteira e não levava queixa ao meu superior [...] O sistema nervoso que eu passei, e passo agora em casa, é que faz subir a minha diabetes.

Falei para o médico que o meu sistema nervoso faz o diabetes e a pressão subirem. Ele falou em receitar calmante, mas eu não tomo. E controlei comprando quatro maracujás grandes, mandei minha esposa bater no liquidificador e eu tomava com adoçante.

Fui consultar com o Dr. Ivo e falei que meu diabetes foi para 400 e a pressão para 18 porque estava nervoso demais. Não posso passar contrariedade em casa – porque o problema é em casa, e não com os outros – fico nervoso, o diabetes sobe e a pressão acompanha. Ele disse: “nesse assunto, então terei que receitar calmante para todos os diabéticos que vêm aqui [...]” E falei, “não doutor, não é assim não. Cada pessoa tem um sintoma: eu tenho um, fulano e ciclano tem outro. Não é todo mundo igual.”

A postura crítica diante da biomedicina pode decorrer do vasto contato com ela, atestada pela intensa incursão nos serviços de saúde e submissão às intervenções, fazendo o adoecido se sentir à vontade para questioná-la. No entanto, o saber médico usa de mecanismos para designar e nomear os problemas físicos de saúde e para criar a realidade social da doença (Adam, Herzlich, 2001), mesmo

quando ela ainda não foi percebida e não existe na consciência do sujeito (Clavreul, 1983). Para tanto, além da autoridade reconhecida e imputada, em parte, pela alta especialização dos profissionais consultados (professores), soma-se a imagem intracorporal que dá forma e conteúdo concretos ao estado de saúde. Desse modo, as explicações tornam-se significativas ao entendimento, à aceitação e à “crença” no prognóstico funesto e assustador, podendo intimidar o adoecido em contestá-lo, fazendo-o ceder à intervenção, mesmo numa ação preventiva. Camargo Jr. (2003) lembra que o saber e a prática biomédicas se assentam e são validados por estudos epidemiológicos com as suas análises estatísticas e, por isso, o emprego dos seus resultados deve ser cuidadoso e o seu potencial de abrangência e generalização relativizados; evitando a “matematização” do real ou o rótulo de científico como critérios de “verdade”.

Por outro lado, quando o adoecido reconhece um sofrimento e busca ajuda profissional biomédica, ele sabe o que está escolhendo e o que pode esperar obter desse saber, frustrando-se quando a sua expectativa não é satisfeita, como mostra o segundo excerto a seguir. Todavia, nas enfermidades agudas, nota-se passividade do adoecido que, embora consciente, se submete às intervenções, numa relação de quase total dependência, delegando ao profissional de saúde a decisão sobre os procedimentos, cabendo-lhe simplesmente cooperar, assumindo o seu “papel de doente” (Parsons, 1984). É o que ocorreu na cirurgia de vesícula relatada com sabor de vitória, pois se mostrou grave, demandou urgência, grande sofrimento e força extrema para superá-la, tornando o seu protagonista um vencedor na luta contra a enfermidade, e reafirmando a fortaleza masculina diante das adversidades, duplamente representada: por procurar o médico em extrema necessidade e por sobrepujar o problema de saúde. Nas suas palavras:

O dr. João e o irmão dele – são professores de médico de vista – me mostraram numa bola plástica que imita o olho e no fundo tem veiazinhas miudinhas e graúdas. Em mim, as miudinhas estão estourando e se estourar a maior pode dar hemorragia e me cegar. Ele falou que deveria fazer o laser na vista dentro de seis meses. Ficaria caro, não melhoraria, mas não pioraria. Fiz quatro aplicações de laser em cada vista além da consulta e gastei uns cinco mil reais nessa brincadeira.

Fui ao médico ver a dor nas costas e ele mandou caminhar, e eu falei “paguei consulta para ouvir que tenho que andar?! Ao menos poderia receitar alguma coisa para ajudar a gente, não é?”

Estava há três ou quatro dias soltando biles pela boca. Não comia, não bebia, fiquei ruim mesmo – porque só vou ao médico na última necessidade. Fui na médica e não podia nem relar na barriga, na boca do estomago porque doía e ela acalçou três vezes. Gritei porque estourou a vesícula na sua mão. Ela encaminhou ao Pronto Socorro para internar urgente. Mediram e minha diabetes estava 230, tomei medicamento forte para abaixar e fazer a cirurgia. Internei no dia 18 e no dia 19 o médico passou à noite e perguntou se estava preparado para operar amanhã cedo. Respondi, “o senhor é quem sabe”. Marcou e entrei às 6h30 e só saí às 14h30 da sala de operação. Um colega achou que eu tinha morrido e fora levado ao necrotério. Mas saí dessa [...]

O intenso contato com o sistema biomédico não exclui o emprego de recursos terapêuticos pertinentes a outros modelos de cura, como o consumo dos chás caseiros e dos fitoterápicos. Cosme conhece e já experimentou alguns chás para controlar o diabetes, porém, pela pouca praticidade do seu uso, pelo fato de ficar muito tempo fora de casa, e pelos resultados nem sempre serem imediatos, eles acabaram sendo relegados. Soma-se a isso o fato de que as atividades masculinas identificam-se com o espaço público, gerando desconforto em manejar e consumir os chás, que impõem o trânsito no ambiente doméstico e remetem ao universo feminino.

O recurso religioso se faz presente seja na capacidade do adoecido controlar o diabetes, seja não permitindo que complicações se desenvolvam, em detrimento de seguir recomendações.

A essa combinação de recursos Camargo Jr. (2003) denominou “sincretismo terapêutico”, não limitado aos pacientes, mas que, sem as amarras doutrinárias dos profissionais, verbalizam suas escolhas

e transitam mais facilmente nas diferentes racionalidades segundo a percepção dos seus problemas e do que cada medicina oferece. Como mostram os depoimentos:

Calmante para mim é chá de cidreira, de erva-doce, maracujá que são coisas caseiras. Mas remédio calmante de farmácia, eu não tomo.

Graças a Deus, estou controlando o diabetes.

Já tomei o chá da planta insulina, tomei “casco-de-vaca” com folha de “joão-bolão”, mas nada resolveu. O Daonil e o Metformina estão controlando bem, mas chá não tomo mais porque é dor de cabeça. Só suja o fogão e deixa a mulher brava com a gente [risos].

Quanto à prática de exercícios físicos, ela incide na relação com o corpo que, na classe trabalhadora, é o anteparo da força de trabalho necessária à sobrevivência própria e da família. As atividades físicas são valorizadas pela oportunidade de estreitamento dos laços sociais (praticada conjuntamente) e pela movimentação e dispêndio de energias que requerem força e esforços físicos. No entanto, a baixa adesão da classe trabalhadora a essa atividade programada pode ser atribuída, em parte, à redundância de realizá-la, já que o uso intenso que fazem do corpo não difere, fundamentalmente, do seu uso profissional (Boltanski, 1979), especialmente em trabalhos manuais, cujos resultados à saúde são interpretados como equivalentes à prática de exercícios físicos.

Finaliza-se com um fragmento de relato que exprime a complexidade do gerenciamento do diabetes no dia-a-dia, mostrando que vários aspectos se dão em meio às demandas diárias. Nota-se a quantidade de medicamentos ingeridos, inclusive para contornar problemas advindos desse consumo constante; o uso de fitoterápico e a manipulação de doses e horários de acordo com os hábitos alimentares do informante e a experiência com a doença, buscando legitimar esse comportamento junto ao profissional de saúde.

Ao narrar uma crise de hipotensão, deixa entrever a estreita relação com o serviço e os profissionais de saúde que o aconselharam na situação que antecedeu o problema. Contudo, os riscos e os compromissos sociais a serem honrados foram avaliados, diante dos quais se decidiu pelo uso da medicação e o cumprimento das exigências da vida cotidiana. A manifestação da crise, percebida pelas sensações desagradáveis, que podem confundir na elevação ou queda da pressão arterial, exigiu a comprovação pela aferição e a tomada de decisão rápida para solucionar o problema, empregando medidas baseadas em conhecimentos populares (antes mesmo de cogitar recorrer ao serviço oficial de saúde). São soluções “caseiras” que o adoecido crônico, em geral, desenvolve, aprimorando-as conforme a convivência com a enfermidade, suas peculiaridades e contexto – o que não é diferente no diabetes. Os malabarismos diários permeiam o depoimento:

Antes do café tomo o Daonil, depois tomo outro remédio para calçar o estômago e aí tomo o ginkobiloba. Se percebo que a pressão está meio ruim, tomo o Nifedipina. Falei para o médico que de manhã minha pressão está controlada, mas depois do almoço – porque gosto da comidinha com sal – ela altera um pouquinho mais, então tomarei o remédio da pressão depois do almoço, se tomar pela manhã cairá demais. Como aconteceu dias atrás: passei no Posto, a pressão estava 16X8 e eu ia viajar. A enfermeira achou melhor eu não ir, mas ando com o remédio no bolso, tomei e fui. Cheguei, resolvi meus problemas e fui na casa de uma família conhecida e comeci a passar mal: quentura no corpo, o rosto ficando roxo. Pensei ser pressão baixa e fui acompanhado na farmácia para medir e confirmou: estava 13X6 – era baixa para mim. Se tomasse remédio para abaixar, sem medir, ia complicar podendo cair mais. Sorte é que fui à farmácia. Sabe o que fiz? Pensei em comer umas duas azeitonas ou colocar uma pelotinha de sal embaixo da língua. Cheguei na casa do colega, a mulher fazia o almoço e tinha umas rodelonas de cebola e pedi uma – cebola é bom para circulação, coração – coloquei sal e comi e já começou a controlar. Depois almocei e vim tomar o meu remédio de pressão aqui em casa. Fiquei bom, normalizou tudo. E com o diabetes não dá para bobear também.

Enfim, a vivência do diabetes é um processo permanente, interpretativo, prático e contextualizado. O adoecido se apóia nas representações sociais, na própria experiência e de outras pessoas enfermas para atribuir significado à situação vivida e para gerenciar a doença. A vivência do adoecimento é sensível às necessidades cotidianas e aos recursos (materiais, relacionais, simbólicos) disponíveis, acessíveis e mobilizados pelo sujeito no seu contexto imediato; além de ser intermediada por elementos da estrutura social, de gênero, da organização e oferta de serviços de cura (oficiais e alternativos), e, ainda, pelos sistemas de valores e as referências culturais que ganham sentido quando reportadas a uma trajetória pessoal única, como ilustrou o caso analisado.

### Considerações finais

O estudo de caso mostrou-se oportuno à compreensão da construção da experiência do diabetes, podendo ser aplicado a outras enfermidades crônicas, guardadas as suas especificidades.

A noção de estoque de conhecimentos estendeu-se às relações mais amplas, num movimento de mão dupla nos planos micro e macrosociais. Ao lidar com o diabetes, o informante apóia-se na experiência vivida e nos conhecimentos de senso comum sobre a saúde, o diabetes e o seu manejo, sendo (re)interpretados quando ativados em situação. É preciso, porém, compor um espaço de reflexão que não se prenda a uma só teoria, mas mobilize várias problemáticas diante da especificidade e complexidade envolvidas na compreensão do objeto desse estudo.

Para o adoecido, a origem do diabetes é pluricausal e relacional, remetendo à compreensão holista da doença oposta às explicações individualizantes modernas, que não são total e acriticamente assimiladas nos segmentos populares. O conceito do diabetes constrói-se incorporando saberes de várias ordens e origens, que são ressignificados segundo os construtos prévios sobre saúde, doença e a experiência corporal.

O gerenciamento é influenciado por fatores do indivíduo, do próprio diabetes e do contexto imediato e mais amplo, envolvendo um processo de aprendizagem, pela qual as prescrições são ajustadas em meio às demandas diárias não médicas, às idéias e significados de saúde, doença, diabetes; e o seu tratamento, aos sinais, às sensações, aos usos do corpo e aos aspectos significativos e prioritários da vida. Assim, os ajustes integram o gerenciamento do diabetes viabilizando o sentir-se física e moralmente bem.

As prescrições médico-científicas centram-se nas ações técnicas e individuais da fórmula medicamento—dieta—controle glicêmico—exercícios físicos, e são ajustadas pelo adoecido, podendo convergir e divergir dos padrões biomédicos. Embora predomine, a medicina científica convive com outras práticas terapêuticas que se complementam em virtude da complexidade do sofrimento (físico e moral).

Enfim, considerar a não passividade do adoecido diante da enfermidade e das recomendações terapêuticas, bem como a existência da multiplicidade de influências que moldam a experiência da enfermidade, constitui desafio necessário que se coloca aos profissionais de saúde, de modo que a formulação e a implementação das intervenções sejam sensíveis e ofereçam alternativas coerentes com as especificidades socioculturais e contextuais dos diferentes grupos sociais, encarnadas numa biografia singular.

## Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.
- ALVES, P.C. A experiência da doença: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-62, 1993.
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.125-38.
- ANDERSON, J.M. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. **Soc. Sci. Med.**, v.33, n.2, p.101-13, 1991.
- BARSAGLINI, R.A. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. 2006. Tese (Doutorado). - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vlls000406044>>.
- BECKER, H.S. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BROOM, D.; WHITAKER, A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. **Soc. Sci. Med.**, v.58, n.11, p.2371-82, 2004.
- CAMARGO JR., K.R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANESQUI, A.M. A pesquisa qualitativa antropológica na Saúde Coletiva. In: BARROS, N.F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Kompasso, 2005a. v.1. p.247-59.
- \_\_\_\_\_. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (Orgs.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b. p.167-210.
- \_\_\_\_\_. Os estudos de Antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.8, n.1, p.109-24, 2003.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COHEN, M.Z. et al. Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation. **Soc. Sci. Med.**, v.38, n.1, p.59-66, 1994.
- CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. **Soc. Sci. Med.**, v.20, n.1, p.29-37, 1985.
- CORCUFF, P. **As novas sociologias: construções da realidade social**. Bauru: Edusc, 2001.
- CYRINO, A.P.P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde**. 2005. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.
- DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.99-120.
- DUARTE, L.F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro/Brasília: Zahar/CNPq, 1986.
- FRANKENBERG, R. Medical Anthropology and development: a theoretical perspective. **Soc. Sci. Med.**, v.14B, p.197-207, 1980.



- FREIDSON, E. **Profession of medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead, 1972.
- GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2449-63, 2006.
- GUEDES, S. Os casos de cura divina e a construção das diferenças. **Horiz. Antropol.**, v.4, n.9, p.9-29, 1998.
- HELMAN, C.B. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HERZLICH, C. Fragilidades da vida e desenvolvimento das Ciências Sociais no campo da saúde. **Physis**, v.15, n.2, p.193-203, 2005.
- HOPPER, S. Diabetes as a stigmatized condition: the case of low-income clinic patients in the United States. **Soc. Sci. Med.**, v.15B, p.11-9, 1981.
- HUNT, L.M.; JORDAN, B.; IRWIN, S. Views of what's wrong: diagnosis and patient's concepts of illness. **Soc. Sci. Med.**, v.28, n.9, p.945-56, 1989.
- HUNT, L.M.; ARAR, N.H. An analitical framework for constrating patient and provider views of the process of the chronic disease management. **Med. Anthropol. Q.**, v.15, n.3, p.347-68, 2001.
- HUNT, L.M.; VALENZUELA, M.A.; PUGH, J.A. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy: the basis of patient reluctance. **Diabetes Care**, v.20, n.3, p.292-8, 1997.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- NARDI, H.C. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p.95-104.
- NUNES, E.D. A sr<sup>a</sup>. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.8, n.1, p.287-97, 2003.
- PARSONS, T. **El sistema social**. Madrid: Alianza, 1984.
- PATERSON, B.L.; THORNE, S.; DEWIS, M. Adapting to and managing diabetes. **Image J. Nurs. Scholarsh.**, v.30, n.1, p.57-62, 1998.
- QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". **Ciênc. Cult.**, v.39, n.3, p.272-86, 1987.
- RABELO, M.C.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- SARTI, C.A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n.1, p.7-17, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes – 2002**: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003. STAKE, R.S. Case studies. In: DENZIN, N.K.; YVONNA, S. **The handbook of qualitative research**. 2.ed. London: Sage, 2000. p.399-401.
- TORRES-LÓPEZ, T.M. **Sangre y azucar**: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos em um barrio de Guadalajara, México. 1999. Tese (Doutorado) - Departamento de Antropologia Social e Filosofia, Universidade de Rovira e Virgili, Espanha. 1999.



TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

YOUNG, A. The Anthropology of illness and sickness. **Ann. Rev. Anthropol.**, v.11, p.257-85, 1982.

BARSAGLINI, R.A. Análisis socio-antropológico de la vivencia de la diabetes: un estudio de caso. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.26, p.563-77, jul./set. 2008.

La construcción de la experiencia con la diabetes fue analizada enfatizando las explicaciones sobre el concepto, la revelación, las causas y las formas de administrar esta enfermedad. Partiendo de la perspectiva de un portador de diabetes (tipo 2, no dependiente de insulina), se ha considerado su trayectoria de vida, la experiencia y el transcurrir de la enfermedad, además de los significados y sentidos que le son atribuidos. Se propuso un estudio de caso con la técnica de relato oral. En la vivencia de la diabetes el enfermo se apoya en representaciones sociales, en la propia experiencia y en la de otros para atribuir significado a la situación y administrar la enfermedad. Las prescripciones son ajustadas en medio a las demandas diarias no médicas, a las ideas y a los significados de salud, enfermedad, diabetes y su tratamiento, a las manifestaciones y usos del cuerpo y a los aspectos significativos y prioritarios de la vida, viabilizando el sentirse físicamente y moralmente bien.

*Palabras clave:* Antropología y Salud. Experiencia con la enfermedad. Diabetes. Estudio de caso.

Recebido em 26/09/07. Aprovado em 25/04/08.