

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**EXPERIÊNCIA COM O DIABETES MELLITUS TIPO
II EM UMA COMUNIDADE RURAL:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Marciele Moreira da Silva

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**EXPERIÊNCIA COM O DIABETES MELLITUS TIPO II EM
UMA COMUNIDADE RURAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A
ENFERMAGEM**

Marciele Moreira da Silva

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientador: Enf^ª Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

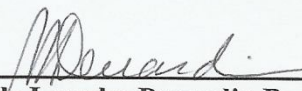
A Comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**EXPERIÊNCIA COM O DIABETES MELLITUS TIPO II EM UMA
COMUNIDADE RURAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

elaborada por
Marciele Moreira da Silva

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora:



Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)



Astrid Eggert Boehs, Dr^a. (UFSC)



Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, Dr^a. (UFSM)



Margrid Beuter, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 16 de novembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

Ao término de mais uma caminhada, é preciso de modo especial, refletir e agradecer....

*Agradeço a **Deus**, pela sua infinita generosidade, por trilhar meu caminho com bênçãos e conceder-me a força e a coragem necessária para superar todos os obstáculos. Obrigada Senhor por me oportunizar este crescimento pessoal e profissional.*

*À minha família, os “pilares” da minha vida, pessoas que sustentam os meus dias e me fornecem o entusiasmo necessário para lutar e viver. Aos meus pais **Adão** e **Zela**, exemplos de determinação e coragem, obrigada pela vida, pelo amor incondicional e pelas palavras de apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Vocês me ensinaram a lutar sempre por meus objetivos na busca de um sonho, não importando o quanto é difícil alcançar. Obrigada por tudo, amo vocês!*

*Agradeço também aos meus irmãos **Céfe** e **Éverton** e minhas cunhadas **Bia** e **Dri**, pelo apoio, carinho e pelas palavras carinhosas. Obrigada por trazerem ao mundo os meus sobrinhos amados **Matheus**, **Miguel**, **Ruth** e **Josué**, raios de sol que iluminam os meus dias e me tornam cada dia uma pessoa mais feliz. A Tia Pé ama vocês!!*

*Ao meu amor **Éder**, que foi simplesmente maravilhoso! Obrigada por compartilhar este sonho comigo, por entender minhas escolhas e apoiar-me incondicionalmente. Você com muita paciência, cumplicidade e generosidade tornou-se um estímulo para eu poder prosseguir. Agradeço a Deus todos os dias por ter você na minha vida. Esta conquista também é sua. Te amo muito!*

*Aos meus “quase” sogros, **Nelson** e **Neli**, a minha segunda família, que sempre torceu pelo meu sucesso, compreendendo os meus períodos de ausência. Agradeço pelo carinho e pelas palavras de apoio durante toda a trajetória do curso.*

*Aos queridos amigos **Luciano** e **Cristiane**, pessoas maravilhosas que me abrigaram em seu lar de uma forma gentil, carinhosa e acolhedora. Palavras não conseguiriam expressar a imensa gratidão que tenho por vocês, peço a Deus que ilumine sempre as suas vidas. Muito Obrigada!*

*Às minhas amigas **Sandra Ebling** e **Silvana**, pessoas pela qual tenho um carinho imenso e uma gratidão eterna. Vocês souberam ser irmãs, amigas e companheiras em muitos momentos da minha trajetória. Com palavras doces e gentis, me incentivaram a seguir em frente, firme em meus propósitos. Obrigada por estarem ao meu lado sempre!*

*À minha mestre e amiga **Lívia**, que sempre me incentivou pela busca do mestrado. Obrigada por ter acreditado no meu potencial, seus conselhos e palavras de estímulo foram fundamentais para a concretização deste sonho. Que Deus te abençoe grandemente!*

*A colega **Sandra Ost**, por dividir a trajetória intensa de viagens e uma rotina conturbada de trabalho e estudo. Foram muitos momentos de cansaço, incertezas, ansiedades e risadas, mas tudo isso se tornou pequeno frente a esta conquista.*

Às colegas **Luíza** e **Mirian**, pela generosidade e flexibilidade durante estes dois anos de curso. O apoio de vocês foi muito importante nesta trajetória intensa de trabalho e estudo.

À minha orientadora **Maria de Lourdes Denardin Budó**, pela sua força, carinho e paciência, por me ajudar nesta caminhada de intensas descobertas, auxiliando-me a ampliar meus olhares. Foi maravilhoso poder contar com a sua preciosa contribuição, sensibilidade e profissionalismo no desenvolvimento deste trabalho, minha eterna admiração, reconhecimento e respeito. Foi uma honra ser sua orientanda!

Às professoras Dr.^a **Astrid Eggert Boehs**, Dr.^a **Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini** e Dr.^a **Margrid Beuter** pelas maravilhosas contribuições e sugestões no exame de qualificação, as quais foram imprescindíveis na constituição desta pesquisa. Agradeço gentilmente por participarem na construção e aprimoramento deste trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Santa Maria e a **todos os professores**, pelo ensino de excelência, pelos momentos de dedicação, seriedade e conhecimento compartilhado nestes dois anos de curso, agradeço por terem conseguido despertar a vontade de ir além do mestrado.

Aos colegas da **5ª Turma do mestrado**, pela convivência, pela troca de experiências, por compartilharem incertezas e promoverem momentos de aprendizado, descontração e risos. Vocês são pessoas especiais. Que Deus abençoe vocês!

Aos colegas do **Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem**, pelo crescimento pessoal e profissional, com certeza aprendi muito com vocês! Em especial, as amigas **Raquel Pötter** e **Bruna Simon**, pelos momentos de incentivo, apoio e carinho. Obrigada por estarem ao meu lado, vocês moram no meu coração!

A colega **Simone Wunsch**, pela troca de experiências durante a caminhada da coleta de dados. Obrigada!

A toda a **equipe da Estratégia de Saúde da Família** de Capão do Cipó, pela disponibilidade e interesse com este estudo. Em especial, a agente comunitária de saúde **Vera** que não mediu esforços para me ajudar na concretização deste trabalho. Meu reconhecimento pelo trabalho que desenvolvem.

As **famílias deste estudo**, por abrirem as portas dos seus lares e confiarem em mim, me acolhendo de uma forma muito especial. Palavras não são suficientes para agradecer tudo que fizeram por mim. Serei eternamente grata!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

EXPERIÊNCIA COM O DIABETES MELLITUS TIPO II EM UMA COMUNIDADE RURAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

AUTORA: MARCIELE MOREIRA DA SILVA

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Data e Local da defesa: Santa Maria, 16 de novembro de 2012.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda, e dentre elas, o Diabetes Mellitus configura-se como uma epidemia mundial. O aumento da incidência dessa condição crônica relaciona-se a diversos fatores, porém os de maior impacto pairam sobre a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade. Acredita-se que esses fatores possam estar intimamente ligados aos aspectos culturais, os quais compõem o contexto de vida dos indivíduos e conduzem crenças e comportamentos que podem interferir no sucesso da terapêutica, bem como na capacidade do paciente de enfrentar e buscar soluções para o controle do diabetes. Nesse contexto, no que se refere ao meio rural, uma atenção especial deve ser dada a essa população, que vive à margem dos centros urbanos e, conseqüentemente, dos serviços públicos de saúde, restando a elas a construção de estratégias para chegar aos serviços e receber um atendimento de qualidade que respeite sua cultura e atenda suas necessidades. Sabe-se que a trajetória de cuidado de um adoecido perpassa por uma variedade de opções terapêuticas e possibilidades de cuidado, que permitem que os integrantes de cada setor percebam a doença e, sobretudo, o cuidado, de maneira diferente, ou seja, de acordo com os aspectos sociais e culturais que permeiam suas vivências. Com base nisso, teve-se o objetivo de conhecer os saberes e práticas de cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo II residentes na área rural do Município de Capão do Cipó/RS, na perspectiva cultural. Para elucidar o objeto deste estudo, realizou-se uma investigação qualitativa de caráter descritivo, utilizando a Observação-Participação-Reflexão proposto por Leininger, a entrevista e a observação participante. A análise dos dados qualitativos deu-se pela utilização de análise de Leininger, composta por quatro fases sequenciais constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Como resultados surgiram três categorias principais, que serão apresentadas em formato de artigo: **Artigo 1:** “A gente vive com ela uma vida inteira”: experiência com o diabetes mellitus tipo II em uma comunidade rural; **Artigo 2:** Cuidado dos usuários com diabetes mellitus de uma comunidade rural: implicações para a enfermagem; **Artigo 3:** “Viver sobre controle”: cotidiano de quem vivencia o diabetes mellitus tipo II. Dessa forma, espera-se que este estudo venha contribuir com reflexões e discussões sobre as políticas públicas que visam um cuidado integral e à melhoria das condições de saúde dos usuários com diabetes que residem em comunidades rurais.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem. Diabetes Mellitus. População rural. Cultura.

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation
Postgraduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

EXPERIENCE WITH TYPE- II DIABETES MELLITUS IN A RURAL COMMUNITY: CONTRIBUTIONS FOR NURSING

AUTHOR: MARCIELE MOREIRA DA SILVA

ADVISOR: PROF^a DR^a MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Date and place of defense: Santa Maria, November 16th, 2012

The chronic diseases non-transmissible are a serious public health problem, in rich countries and in countries with middle and low income, among them, the Diabetes Mellitus is configured a global epidemic. The increased incidence of this chronic condition is related to several factors, but the greatest impact is in the adoption of unhealthy lifestyles as: physical inactivity, inadequate diet and obesity. It is believed that these factors may be closely related to cultural aspects, which compose the context of individuals' lives and lead beliefs and behaviors that may interfere in the success of therapy, as well as in the patient's ability to confront and find solutions to control of the diabetes. In this context, about the rural areas, a special attention should be given to this population, which lives on the fringes of urban centers and of the public health services, remaining the build of strategies to reach in the services and to receive a quality care that respects their culture and meets their needs. It is known that the care's trajectory of a sick pass by a variety of treatment options and care opportunities that allow to the members of each sector understand the disease and, especially, the care differently, according with the social and cultural aspects that permeate their experiences. For patient with diabetes to understand the aspects involved in this care becomes relevant, because the character of chronic disease requires constant monitoring, involvement of the patient and health professionals for the maintenance of blood glucose levels near of the normal, in order the prevention of sequel and complications of the disease. Based on this, the objective of this study was to know the knowledge and care practices of users with Type-II Diabetes Mellitus residents in rural area of the municipality of Capão do Cipó/RS, in cultural perspective. To elucidate the subject of this study was realized a qualitative and descriptive research, using the Observation-Participation-Reflection proposed by Leininger, the interviews and field diary. The qualitative data analysis was realized for the analysis Leininger, composed of four sequential phases consisting for the collection and documentation of raw data; identification of indicators and descriptors; contextual analysis and current standards; and the identification of issues and relevant findings of the search. As results have four main categories, which will be presented in article format: **Article 1:** "We live with it a whole life" experience with type-II diabetes mellitus in a rural community; **Article 2:** Care of patients with diabetes mellitus of a rural community: implications for nursing; **Article 3:** "Living under control": the everyday of those experiences type-II diabetes mellitus. So, it is expected that this study will contribute to reflections and discussions about the public policies that aimed a comprehensive care and improvement of the health conditions of the users with diabetes the reside in rural communities.

Keywords: Nursing Care. Diabetes Mellitus. Rural Population. Ethnology.

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

Anexo A – Roteiro da observação participante	130
Anexo B – Carta de aprovação do CEP	131
Apêndice A – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	133
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	134
Apêndice C – Termo de Confidencialidade.....	136

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 PERCURSO METODOLÓGICO	16
2.1 Tipo da pesquisa	16
2.2 Universo empírico da pesquisa	17
2.2.1 Local da pesquisa.....	18
2.2.2 População da pesquisa.....	19
2.3 Coleta de dados	21
2.4 Análise de dados	27
2.5 Considerações Éticas	28
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	30
3.1 Capão do Cipó e o meio rural: conhecendo um pouco da história	30
3.2 (Re) conhecendo a realidade: a vida e o viver em uma comunidade rural	33
3.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	39
4 RESULTADOS DA PESQUISA	42
4.1 Artigo 1 – “A GENTE VIVE COM ELA UMA VIDA INTEIRA”: EXPERIÊNCIA COM O DIABETES MELLITUS TIPO II EM UMA COMUNIDADE RURAL	43
Resumo.....	44
Introdução.....	45
Método.....	46
Resultados e discussão.....	47
Considerações Finais.....	62
Referências.....	63
4.2 Artigo 2 – CUIDADO DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS DE UMA COMUNIDADE RURAL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	67
Resumo.....	68
Introdução.....	69
Método.....	70
Resultados e discussão.....	71
Considerações Finais.....	87
Referências.....	87
4.3 Artigo 3 – “VIVER SOBRE CONTROLE”: COTIDIANO DE QUEM VIVENCIA O DIABETES MELLITUS TIPO II	91
Resumo.....	92
Introdução.....	93
Método.....	94
Resultados e discussão.....	95
Considerações finais.....	110
Referências.....	111

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	121
ANEXOS.....	129
APÊNDICES.....	132

1 INTRODUÇÃO

As transformações demográficas e epidemiológicas apresentadas pela população brasileira nos últimos anos causam impacto nas condições de vida e saúde dos sujeitos, ao mesmo tempo que influenciam o modo de vida das pessoas. A partir disso, aparecem novas demandas para o sistema de saúde do país, pressionando-o no sentido de adaptar-se ao novo perfil populacional.

Esse movimento de transição trouxe consigo o aumento das doenças crônicas¹ de saúde no Brasil e no mundo. Apesar da mortalidade atribuível às condições crônicas não transmissíveis (DCNT) ter diminuído 20% entre 1996 e 2007, sobretudo devido às reduções em doenças cardiovasculares (31%) e respiratórias crônicas (38%), para o diabetes e outras doenças crônicas a mortalidade permaneceu estável (aumento de 2% e diminuição de 2%, respectivamente) (SCHMIDT et al., 2011).

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais; 10%, às doenças infecciosas e parasitárias; e 5%, aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com o ano de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras (SILVA-JUNIOR, 2009).

Essas enfermidades surgem principalmente na idade adulta idosa e sua incidência, prevalência e mortalidade se elevam à medida que aumenta o tempo de vida média da população (VISENTIN, 2008). Para Roese et al. (2011), quem vive com uma condição crônica pode apresentar períodos alternados de bem-estar físico, mental e social, devido às diferentes fases de convívio com a doença e com o meio disponível (família, recursos materiais, serviços de saúde, etc.). Aliado a isso, o diagnóstico representa um evento de grande impacto, sendo considerado um dos marcos na trajetória de vida do adoecido e da família.

As DCNTs provocam mudanças não só na estrutura e funcionamento do organismo, mas podem alterar as condições e a qualidade de vida das pessoas, pois conviver com uma doença crônica torna-se uma realidade com a qual tanto o sujeito quanto seus familiares

¹ Doença crônica é entendida como as condições de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, apresentando sintomas contínuos e periódicos, que podem interferir em várias dimensões da vida do adoecido (HEURTIN-ROBERTS; BECKER, 1993, p. 281).

precisam aprender a lidar. De acordo com Kleinman (1988, p.8), a doença crônica é mais do que a soma de vários eventos específicos que ocorrem no curso de uma doença, ela é um relacionamento entre momentos específicos, e esse curso crônico “é assimilado na vida da pessoa, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma vida na qual a doença torna-se inseparável de sua história de vida”.

Nessa perspectiva, dentre as DCNTs que vêm acometendo a população brasileira, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são as mais prevalentes e figuram como os dois principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (ROESE et al., 2011; BRASIL, 2002). O DM configura-se como uma epidemia mundial apresentando altos índices epidemiológicos, pois, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, em 2003 eram cerca de 177 milhões de pessoas com esse agravo, número que deverá duplicar até 2030 (OPAS, 2008). Tal condição pode gerar um impacto negativo para sociedade, uma vez que as suas complicações levam o indivíduo à invalidez precoce e diminuem a qualidade de vida e sobrevida dos doentes, além disso, causa prejuízos econômicos devido ao alto custo do tratamento e às frequentes hospitalizações (GIL, HADDAD, GUARIENTE, 2008).

Essa enfermidade representa um grupo heterogêneo de distúrbios caracterizados por anormalidade no metabolismo dos carboidratos, das proteínas e dos lipídios, que leva a elevados níveis de glicose no sangue. É classificada em dois tipos, sendo que o DM tipo I geralmente ocorre em crianças, jovens e adultos jovens, que necessitam de insulina para o seu controle, e o tipo II que ocorre com maior frequência na população principalmente após os 40 anos de idade (RODRIGUES et al., 2010).

O aumento da incidência do DM tipo II relaciona-se a diversos fatores, porém os de maior impacto pairam sobre a adoção de estilos de vida pouco saudáveis que tem como consequência o sedentarismo, a dieta inadequada e a obesidade (BRASIL, 2006). Acredita-se que esses hábitos possam estar intimamente ligados aos aspectos culturais, os quais compõem o contexto da vida dos indivíduos e que conduzem crenças e comportamentos que podem interferir no sucesso da terapêutica, bem como na capacidade da pessoa de enfrentar e buscar soluções para o controle do diabetes.

Para Leininger (1991), a cultura se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de formas padronizadas. Assim, entende-se que o comportamento humano é desenhado continuamente pelas influências culturais. Desse modo, é importante que o enfermeiro valorize as características individuais de cada sujeito e passe a

compreender a necessidade de aproximação do cuidado profissional às particularidades daquele realizado na família e na rede popular.

Sabe-se que, desde a Constituição de 1988, o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) pauta-se em um cuidado integral, priorizando as ações preventivas na busca de integrar os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, tendo o indivíduo o acesso aos serviços que busquem resolver as suas necessidades de saúde (GOMES, PINHEIRO, 2005). Contudo, no que se refere à atenção à saúde voltada ao DM, assim como para os demais agravos que se caracterizam como condição crônica, ainda as ações são realizadas de forma fragmentada e reducionista, sem integração entre os níveis de atenção, colocando em questionamento a resolutividade e a integralidade na atenção à saúde. Focalizam-se também no controle e monitoramento da doença, bem como na transmissão vertical de informações, o que resulta em práticas de atenção impositivas, que desconsideram a realidade vivida pelas pessoas.

O estudo bibliográfico que buscou conhecer as dimensões que permeiam o cuidado no DM por meio de uma busca na base de dados LILACS (Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical line), utilizando “Diabetes Mellitus” e “Diabetes Mellitus Tipo 2” como descritores de assunto, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e ainda como palavras-chave “Cuidado”, “Autocuidado”, “Saberes” e “Práticas”, revelou que o cuidado é desenvolvido por diferentes atores e em diversos cenários.

Há predominância de estudos voltados à racionalidade médica hegemônica, que centra as práticas de saúde e cuidado voltadas aos usuários com DM apenas sob o enfoque biológico. Vários estudos direcionam seus olhares para as questões do cuidado que valorizam apenas as mudanças comportamentais e de estilo de vida dos usuários com diabetes (KING et al., 2009; TANG, YUAN, TSENG, 2007; JORGENSEN, POLIVKA, LENNIE, 2002). Evidencia-se na maioria das produções um cuidado centrado em protocolos fixos como a reeducação alimentar, realização de atividade física, cuidados com a medicação, particularmente a insulinoterapia. Percebe-se a ideia de cuidado que se limita ao controle da doença, que desconsidera outros aspectos imbuídos no processo cuidado-saúde-doença.

Nesse caso, a apreensão da realidade vivida pelas pessoas com diabetes mellitus ainda não faz parte das práticas de cuidado, pois este se focaliza nos modos de atenção voltados ao corpo doente. Nessa lógica, movidos pelas possíveis alterações e ameaças da morbidade, os sujeitos dos estudos buscam no cuidado uma esperança de não desenvolver o agravamento da doença ou controlar a situação (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

Helman (2003) destaca que a trajetória de cuidado de um enfermo perpassa por uma variedade de opções terapêuticas e possibilidades de cuidado, que permitem que os integrantes de cada setor percebam a doença e, sobretudo, o cuidado, de maneira diferente, ou seja, de acordo com os aspectos sociais e culturais que permeiam suas vivências (KLEINMAN, 1980). Assim, há necessidade dos profissionais de saúde buscarem a utilização de referenciais culturais, visto que esse conhecimento é essencial para se pensar nos impactos da enfermidade sobre os pacientes e famílias.

A abordagem da dimensão sociocultural das enfermidades crônicas envolve um olhar sobre o sujeito que convive com uma condição que o acompanha constantemente, o que necessita entender a forma como ele interpreta e gerencia a sua doença, considerando o constante movimento em que a interpretação e a ação se retroalimentam, banalizadas pelo contexto sociocultural (ADAM, HERZLICH, 2001; CANESQUI, 2007).

Frente a isso, conhecer o cuidado na perspectiva do usuário representa potencializar os trabalhadores, a equipe, os serviços e a rede, a pautar suas intervenções e práticas dentro do que as pessoas buscam como cuidado à sua saúde, visando uma atenção humanizada e qualificada, respondendo às necessidades do indivíduo e da coletividade, as quais são socialmente e culturalmente construídas.

No caso da pessoa com diabetes, compreender os aspectos que envolvem esse cuidado torna-se pertinente, uma vez que o caráter de doença crônica requer monitoramento constante e envolvimento do indivíduo e dos profissionais de saúde para a manutenção dos níveis glicêmicos próximos à normalidade, visando à prevenção de sequelas e complicações decorrentes do DM. Compreender o diabetes como uma condição crônica, pressupõe um repensar tanto na maneira como esse agravo incide e repercute na vida das pessoas e de suas famílias, como nas diferentes mudanças do cotidiano de vida dos sujeitos, onde os sentidos e significados são elaborados diante do modo como as pessoas vivenciam a sua doença.

Beheregaray e Gerhardt (2010) referem que uma atenção especial deve ser dada à população rural, que vive à margem dos centros urbanos e, conseqüentemente, dos serviços públicos de saúde, restando a elas a construção de estratégias para chegar aos serviços e receber um atendimento de qualidade que respeite sua cultura e atenda suas necessidades.

Para Dimpério (2010), a saúde rural não pode ser pensada e/ou executada como uma mera reprodução do modelo urbano; diferentemente, precisa ser pensada como estratégia de desenvolvimento rural, como um meio de assegurar a cidadania da família do campo. Promover o desenvolvimento de uma comunidade rural é um desafio intersetorial e tem efeitos determinantes sobre as condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Chama-se a atenção para o fato de que as comunidades rurais apresentam maiores carências com relação ao acesso aos serviços de saúde. Pesquisas demonstram que elas estão em desvantagem na assistência à saúde, uma vez que há dificuldade de acesso e baixa qualidade dos cuidados recebidos (CASTRO et al., 2004; SICHIERI et al., 1993; TRAVASSOS e VIACAVA, 2007).

Segundo Lopes (2008), as comunidades rurais refletem as disparidades em saúde existentes no país como um todo e ainda potencializam certas características crônicas de acesso a serviços em suas diferentes dimensões. Não só o acesso geográfico está expresso, mas também aquele que é resultado das desigualdades nas opções e recursos assistenciais, visto que as populações rurais não estão cobertas por programas de atenção básica e dependem de pólos de concentração urbanos. Partindo dessas considerações, o interesse em desenvolver o trabalho de mestrado sobre os usuários com DM residentes no meio rural advém da combinação de diversos fatores ligados à trajetória profissional e à literatura pertinente à temática, que demonstra uma lacuna de conhecimento sobre estas questões e impulsionam tal investigação. Ao longo da inserção da autora na enfermagem, várias reflexões sobre a temática perpassaram a vivência prática, desde a formação acadêmica até a atuação como docente, em especial, nas aulas práticas de Saúde Coletiva desenvolvidas em comunidades rurais.

As vivências e inquietações motivaram a realização deste estudo, uma vez que se sabe que a maior parte das complicações do DM poderia ser evitada, através de políticas públicas comprometidas, norteadas pela promoção da saúde e que valorizem os diferentes níveis de cuidado para os doentes crônicos. Apesar dos avanços científicos na área da saúde, as doenças crônicas continuam assumindo dimensões alarmantes, no que tange à qualidade de vida de seus adoecidos.

Diante disso, despertou o interesse em estudar essa população, a fim de contribuir nas discussões e reflexões sobre as políticas e programas de saúde a ela direcionados. Especificamente, com ênfase no meio rural, visto que diversas características e aspectos do cuidado retratam a fragilidade das práticas de saúde, uma vez que, longe dos centros urbanos, dos serviços de saúde e dos produtos alimentícios específicos para indivíduos com diabetes, essas pessoas precisam construir estratégias para controlar o problema e ter garantidos o acesso à rede dos serviços de saúde e a satisfação das suas necessidades.

Nesse sentido, este estudo pode ter grande importância para a enfermagem e demais profissionais que atuam na área da Saúde Coletiva, isso porque, segundo Leite e Vasconcellos (2006, p. 126), “a complexidade que envolve a vida cotidiana e o enfrentamento das doenças em

geral não faz parte da formação do profissional de saúde, e a diferença substancial entre os elementos que alimentam o raciocínio desses profissionais e os diversos grupos populares proporciona grande dificuldade para que o profissional compreenda as atitudes de seus pacientes, resultando em relações distanciadas e preconceituosas”.

Sendo assim, a visão sobre o cuidado apresentada pelos usuários permitirá a produção de conhecimento, o que poderá contribuir para o fortalecimento do cuidado e da formação da enfermagem para a utilização de referenciais culturais e não somente biológicos, visando à aproximação com os modelos de cuidado familiar e popular. Os estudos que buscam o entendimento das crenças, mitos, hábitos culturais e o cuidado cultural dos indivíduos poderão contribuir com a assistência de enfermagem a partir de uma fundamentação científica que aborde o contexto cultural das famílias.

Com base nessas considerações, o presente estudo de mestrado buscou responder à seguinte questão de pesquisa: Quais são os saberes e práticas de cuidado de pessoas com DM tipo II que vivem no meio rural?

Frente a isso, o **objetivo do estudo** foi: Compreender os saberes e práticas de cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo II residentes na área rural do Município de Capão do Cipó/RS, na perspectiva cultural.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Na perspectiva de Minayo (2000, p.16), “a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, em que se busca relacionar a teoria e os métodos utilizados, para a coerência metódica e sistemática que requer uma investigação científica. Nesta seção, serão apresentados os aspectos metodológicos que fundamentaram esta pesquisa.

2.1 Tipo de pesquisa

Para elucidar o objeto deste estudo, realizou-se uma investigação qualitativa de caráter descritivo. A investigação qualitativa trabalha com opiniões, representações, posicionamentos, crenças e atitudes, possuindo procedimentos de cunho racional e intuitivo para a melhor compreensão da complexidade dos fenômenos individuais e coletivos (ALVÂNTARA; VESCE, 2008). Portanto, se caracteriza como uma abordagem de alto grau de complexidade, na medida em que aprofunda as interpretações e decifra seus significados.

Conforme Minayo (2008), as abordagens qualitativas possibilitam as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, bem como permitem conhecer as histórias sociais sob a ótica dos atores. Por essa razão, visualiza-se como um método privilegiado para analisar a realidade dos sujeitos e conhecer as diversas maneiras com que interpretam suas experiências de vida.

O método utilizado foi o da Etnoenfermagem, que é uma ferramenta rigorosa, sistemática e profunda para as abordagens da pesquisa qualitativa utilizada na enfermagem e no campo da saúde, uma vez que busca obter dados relacionados à cultura de um grupo. A etnoenfermagem foi desenvolvida como um método de pesquisa para ajudar enfermeiros a documentarem sistematicamente e obterem maior entendimento e significado das experiências da vida diária das pessoas em relação ao cuidado humano, saúde e bem-estar em contextos ambientais diferentes ou similares (LEININGER, MCFARLAND, 2006). A intenção do pesquisador é a de compreender a visão de mundo, as atitudes, os significados e as experiências das pessoas, para conhecer sua realidade e suas verdades (ROSA, LUCENA, CROSSETTI, 2003).

A etnoenfermagem faz uso de várias estratégias e técnicas, auxiliando a interação espontânea do enfermeiro com os informantes, ajudando a documentar, preservar e interpretar o significado do cuidado e a experiência de grupos culturais diversos, além de capacitar o enfermeiro na obtenção de maior compreensão sobre os significados das experiências do dia a dia das pessoas, em diferentes ou iguais contextos ambientais (LEININGER, MCFARLAND, 2006). Neste estudo, considera-se que o cuidado cultural está permeado por valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, dão apoio ou capacitam o indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências (LEININGER, 1979).

Para Leininger (1985, p.45), “este método é uma forma poderosa de obter fatos, sentimentos, visões de mundo e outros tipos de dados que desvendam o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas”, pois visa descobrir o conhecimento cultural dos indivíduos e a forma como utilizam o conhecimento na organização dos seus comportamentos, interpretação de experiências e significados atribuídos às ações, quer seja através da linguagem, quer seja através das ações.

Foi formulado de modo que o pesquisador pudesse descobrir tanto os macro quanto os microfenômenos, dependendo do domínio da investigação estabelecida pelo pesquisador nas tendências da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Leininger (1991) enfatiza a importância de estudar um povo sob uma perspectiva *emic e etic*, sendo que *emic* refere-se à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo, e *etic* é a interpretação das experiências daquela cultura, a partir de fatos pesquisados.

Leininger, para consolidar o método da etnoenfermagem, desenvolveu o termo “guias habilitadores”, usado para substituir o termo “instrumento”, porque, segundo ela, instrumento lembra impessoalidade, experimentação e outros métodos quantitativos (LEININGER, 1991). Os guias habilitadores são congruentes com a pesquisa qualitativa e indicados para explicar o cuidado cultural. Nessa direção, foi utilizado o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), que consiste em um guia habilitador (LEININGER, MCFARLAND, 2006) composto por quatro fases que auxiliam o pesquisador a penetrar no meio em que os sujeitos estão inseridos, de maneira gradual, e permanecer no contexto natural de seus informantes.

2.2 Universo empírico da pesquisa

O universo empírico da pesquisa refere-se ao local onde foi desenvolvida a investigação e ao grupo que foi estudado, devendo apresentar as melhores condições de explicitação da problemática da investigação (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Refere-se ao cenário onde será realizada a pesquisa e à população que será estudada, os quais serão descritos a seguir.

2.2.1 Local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no Município de Capão do Cipó, sendo este situado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, numa distância de aproximadamente 600 quilômetros de Porto Alegre. Sua população é composta por cerca de 3.107 habitantes, segundo o Censo do ano de 2010 (IBGE, 2011).

Tal município possui uma Unidade de Saúde da Família, que assiste 100% da população, contendo um total de sete microáreas. Conta com atuação de vários profissionais da saúde, como nutricionista, fisioterapeuta, odontologista e fonoaudiólogo, além da equipe básica constituída de médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvendo atividades assistenciais e educativas. A unidade é campo de estágio e aulas práticas para o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago, desde 2009.

A estrutura física da unidade encontra-se interligada com a Secretária Municipal de Saúde, com o funcionamento de vários setores e programas de saúde, o que de certo modo facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde quando estes necessitam de encaminhamentos para outros municípios.

A escolha desse campo justifica-se pelo fato do município ter um número aproximado de 2.588 (83%) pessoas residentes no meio rural no ano de 2010 (IBGE, 2011). De conformidade com Wanderley (1997) sob o ponto de vista sociológico, existem características que diferem o meio urbano e o meio rural, uma vez que o espaço rural tem uma relação específica com a natureza, dependendo direta e intensamente do meio urbano. Ao contrário do meio urbano que compreende a população residente na sede do município.

Capão do Cipó é dividida em 17 localidades, incluindo assentamentos, zona rural e urbana. Os assentamentos perfazem um total de quatro, com uma população de 900 pessoas,

distribuídas em 225 famílias. O meio rural encontra-se dividido em 12 localidades, tendo 261 famílias nessas regiões divididas em microáreas (SECRETARIA MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE, 2011). Somado a isso, a familiaridade da pesquisadora com o município e o fácil acesso à localidade foram requisitos importantes para a definição do campo com base na proposta de Leininger, que reforça esses fatores como facilitadores para imergir na realidade (LEININGER, 1991).

No que se refere aos usuários com diabetes atendidos pela ESF, segundo levantamento realizado pelos profissionais do serviço, a unidade atende aproximadamente 64 pacientes com diabetes Tipo II cadastrados, o que equivale ao percentual de cerca de 2% da população. Todos os usuários recebem atendimento pela unidade, estando cadastrados no Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), participantes das atividades desenvolvidas na unidade, como grupos de saúde. O Ministério da Saúde, ao propor o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhece a importância da Atenção Básica, na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominada HIPERDIA que possibilita o desenvolvimento de ações contínuas de cuidado, que permitem identificar pacientes assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde usuários e familiares, e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (BRASIL, 2008).

2.2.2 População da pesquisa

A população do estudo foi composta por cinco usuários com DM tipo II pertencentes à área de abrangência da ESF do Município de Capão do Cipó/RS. Os critérios de inclusão foram: usuários com DM do Tipo II que residiam no meio rural no período da coleta. O critério de exclusão dizia respeito aos sujeitos que apresentassem problemas de comunicação e compreensão e que pertencessem a assentamentos rurais².

O fato de excluir os sujeitos assentados deste estudo, apesar de relacionarem-se à população rural, se deu sob a perspectiva de que são pessoas que residiam no meio urbano e se estabeleceram em áreas rurais, em geral desabitadas anteriormente. Diferenciam-se da

² O termo “assentamento” está relacionado a um espaço preciso em que uma população será instalada; é, portanto, uma transformação do espaço físico, cujo objetivo é a sua exploração agrícola (BERGAMASCO; BLANC-PAMARD; CHONCHOL, 1997).

população rural que, na sua grande maioria, pertence à zona rural por um grande período de suas vidas, tornando essas comunidades um local específico e diferenciado das outras realidades (WANDERLEY, 2001).

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados levando-se em conta a microárea rural que continha maior número de usuários com DM e que não fosse caracterizada como um assentamento rural. Partindo desse critério, a área escolhida estava constituída com um total de 11 sujeitos com diabetes, sendo 10 destes com diagnóstico de diabetes tipo II. Após definir a microárea destinada ao estudo, iniciou-se um processo de aproximação da localidade, juntamente com a equipe da unidade de saúde, em especial, com o agente comunitário de saúde (ACS). Durante as participações nos grupos de saúde e nas visitas com o ACS foi possível conhecer um pouco da realidade rural do município, bem como serviu de estratégia para aproximação com os usuários.

A partir dessa primeira inserção no campo, os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir de uma escolha intencional, com base nas características que contemplassem o objetivo do estudo, considerando o pensamento de Victora, Knauth e Hassen (2000), que advertem sobre a importância de o pesquisador buscar, dentro de seu universo, a maior diversidade possível, a fim de contemplar as diferentes perspectivas do problema e, assim, obter uma saturação dos dados adequada. A escolha intencional dos sujeitos buscou contemplar as diferentes realidades da localidade considerando a acessibilidade dos sujeitos ao serviço de saúde, bem como a sugestão da ACS a partir do objetivo do estudo e dos critérios de inclusão e exclusão. Assim, durante a etapa de coleta de dados foram acompanhados cinco sujeitos com DM tipo II, pertencentes a duas localidades distintas da mesma microárea.

Levou-se em conta que, em estudos qualitativos, existe a preocupação em aprofundar o conhecimento sobre o objeto em questão, e a definição do número de participantes se deu por saturação de dados (PIRES, 2008). Esta compreendida como o momento em que a busca de novos sujeitos não acrescenta nenhum dado novo à investigação (VICTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000; PIRES, 2008).

Após esse processo, foi realizada juntamente com o ACS uma visita domiciliária para contato prévio, com a explanação dos objetivos do estudo, autorização e agendamento para os demais encontros. Sabe-se que o pesquisador precisa ser aceito pelas pessoas da comunidade em que irá pesquisar, o que demanda um planejamento cuidadoso, principalmente acerca do primeiro contato com os sujeitos da pesquisa (LEININGER, 1991). Dessa forma, o ACS atuou como o principal aliado para o desenvolvimento da pesquisa, por ser o membro da

equipe que está mais próximo da população, conhecendo o contexto sociocultural dos usuários.

2.3 Coleta de dados

O estudo foi desenvolvido com base na proposta de etnoenfermagem de Leininger (1991), sendo que o período de coleta de dados ocorreu entre os meses de março a agosto de 2012, em um total de 44 dias de convivência com os sujeitos e suas famílias. Apesar de a pesquisadora já manter uma aproximação com a unidade de saúde do município, devido às aulas práticas do curso de enfermagem da instituição na qual é docente, sentiu-se a necessidade de realizar uma primeira aproximação especificamente com o cenário rural e com a realidade cotidiana dos sujeitos, antes de iniciar o processo sistemático de coleta de dados.

Com esse contato inicial pretendia-se promover uma familiaridade maior com as pessoas, com a região, com as estradas de acesso e com a localização dos domicílios. Por meio de visitas domiciliárias (VDs) com o ACS iniciou-se a primeira interação com os usuários e seus familiares, conhecendo a localidade a que pertenciam, bem como serviu para identificar previamente os horários mais oportunos para as visitas. No modelo de OPR o investigador dedica um tempo inicial à observação antes de participar ativamente no campo. Isso possibilita a absorção maior da cultura a ser estudada e a análise do fenômeno por meio da reflexão (LEININGER, MCFARLAND, 2006).

Após esse processo, deu-se início à coleta de dados propriamente dita, a partir de visitas domiciliárias sem a presença do ACS. Essas VDs aconteciam, no mínimo, duas vezes na semana e iniciavam-se em torno das nove horas da manhã, até as dezoito horas, aproximadamente. Geralmente passava-se a manhã em um domicílio e a tarde em outro, em algumas ocasiões ficava-se durante todo o dia na mesma família, acompanhando nas atividades diárias.

A coleta de dados baseada no modelo OPR fundamenta-se na observação participante, utilizada na antropologia, mas é modificada com a inclusão da reflexão, para estar de acordo com os objetivos do método de etnoenfermagem. De conformidade com Monticelli et al (2010, p. 223), nesse método:

o enfermeiro primeiramente realiza observações e o escutar ativo mas não participa de forma completa e ampla, porém, com o decorrer das interações com os sujeitos do estudo, procede progressivamente a outros níveis mais ativos de atuação junto

aos sujeitos, de modo que, ao final do processo, conquiste a obtenção de informações culturais, realizando principalmente reflexões sobre estes dados e reconfirmações concomitantes dos achados com os informantes.

Os informantes são definidos por Leininger (1991) como os informantes-chave (selecionados de modo intencional por terem mais conhecimento sobre o assunto que está sendo investigado) e os informantes gerais (apresentam ideias e domínio geral sobre o fenômeno sob investigação). Usualmente, o pesquisador inicia o estudo com informantes gerais e, progressivamente, vai elegendo os informantes-chave, contudo, neste estudo foram considerados *a priori* os indivíduos com DM tipo II como informantes-chave, pois eles vivenciaram o fenômeno investigado e, no decorrer da coleta, foram identificados os familiares como os informantes gerais pela convivência com os sujeitos.

O método de OPR é constituído por quatro fases: observação com atividade de escuta, observação com limitada participação, participação com continuada observação e reflexão, e reconfirmação dos resultados com o informante, conforme mostra a Figura 1:

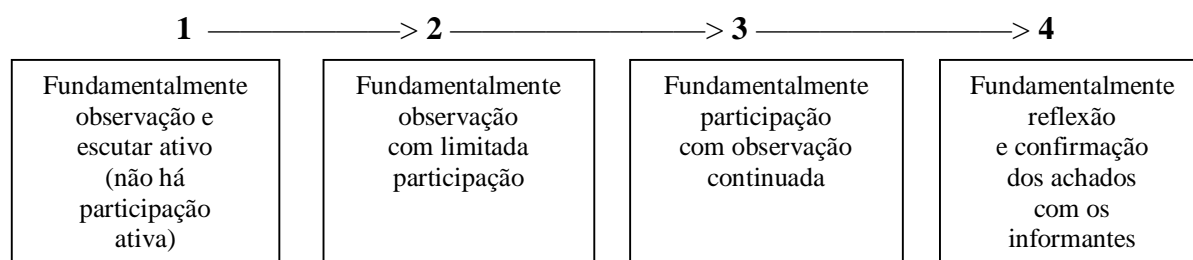


Figura 1 - Fases da Observação-Participação-Reflexão adaptado de LEININGER, MCFARLAND (2006, p. 52).

A **primeira fase**³, segundo os autores supracitados, inicia-se desde o momento em que se entra na cultura do pesquisado, escutando, observando, captando tudo o que acontece ao redor do contexto investigado. É preciso obter uma visão ampla da situação do ambiente, das atividades, dos atores, permitindo os levantamentos de dados descritivos da cultura. Neste estudo, esse momento de observação iniciou-se desde o meu primeiro contato com os sujeitos, inteirando-me com o contexto através da observação atenta de tudo o que acontecia, a partir de uma visão geral da situação, fase esta que serviu também para que os sujeitos se acostumassem com a minha presença.

No domicílio tudo era observado, desde os comportamentos no momento da minha chegada na casa, bem como a recepção e as atitudes das pessoas da família. Busquei conhecer o ambiente familiar, o ambiente interno e externo da residência e dos anexos, a organização

³ Ressalta-se que as fases da coleta de dados foram descritas utilizando os verbos na primeira pessoa do singular com vistas a deixar o texto mais claro e condizente com a realidade e as atividades desenvolvidas no campo da pesquisa.

da casa, no intuito de captar os detalhes característicos da cultura familiar, como presença de imagens, fotografias, santos, enfeites, tecnologias; presença de alimentos visíveis sobre a mesa, medicamentos nos armários, chás caseiros, folhas medicinais, verduras e árvores frutíferas no quintal. Com vistas a sistematizar o que deveria ser observado, utilizei um roteiro de observação proposto por VÍctora, Knauth e Hassen (2000, p.63), mas adaptado a partir do objetivo da pesquisa (Anexo A).

Nesta fase explanei os objetivos da pesquisa, ressaltando a confidencialidade e anonimato das informações, assegurados pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O fato das primeiras duas ou três visitas serem acompanhadas pelo ACS facilitou esse processo de aproximação com os sujeitos, tendo em vista que o agente está presente constantemente na vida dos usuários, tornando-se alguém em quem eles confiam.

As observações iniciais geralmente aconteciam na área central do domicílio, especialmente nas dependências da cozinha e da sala de estar. Na medida em que os sujeitos sentiam-se mais seguros em relação à minha presença na residência, as observações passaram a acontecer nos diferentes compartimentos da casa e nos arredores do local.

Acredito que esta fase foi um dos momentos mais desafiadores da coleta de dados, porque exigiu o fortalecimento da habilidade de observar e escutar ativamente, com vistas a focalizar tudo o que era dito e realizado pelos informantes. De acordo com Leininger e Mcfarland (2006), esta é uma etapa difícil, pois o pesquisador está se iniciando na aprendizagem da cultura e por isso sente-se inseguro em distinguir o momento de suas ações participativas.

Na **segunda fase** a observação continuou como maior foco, mas, gradativamente, iniciei a minha participação dentro do contexto, interagindo com as pessoas e observando as suas respostas. Aumentei minha participação junto às atividades desenvolvidas pelos informantes, incluindo tanto ações do ambiente doméstico como as que envolviam outros cenários. Acompanhei os sujeitos nas suas atividades diárias, como limpar a casa, cuidar dos animais, trabalhar na horta, cozinhar ou, ainda, durante as compras no supermercado e na procura por atendimento de saúde. O fato da coleta de dados ser realizada no domicílio dos pesquisados, bem como nos diferentes contextos em que o indivíduo se insere, justifica-se por estes serem ambientes privilegiados para entender as práticas de vida e de cuidado das pessoas. Nessa lógica, VÍctora, Knauth e Hassen (2000) afirmam que, para compreender e explicar o comportamento dos indivíduos, deve-se adotar como referência o contexto social onde ele acontece.

Procurei intensificar as observações em diferentes períodos e horários do dia, com vistas a acompanhar vários momentos do cotidiano dos sujeitos. Embora as visitas ocorressem no mínimo duas vezes por semana, houve variabilidade em termos de turnos acompanhados e de tempo de permanência em cada domicílio. Iniciei as conversas informais por meio de questionamentos amplos em torno dos acontecimentos mais presentes, no intuito de reconhecer os detalhes das informações observadas. Procurei ouvir e aprender com os informantes sobre seus valores culturais, crenças, hábitos relacionados ao cuidado com a saúde e com o diabetes. As conversas aconteciam tanto com os informantes-chave quanto com os gerais, pois eu presenciava várias situações de confraternização familiar.

Esta etapa foi caracterizada pelos intensos questionamentos e indagações dos informantes sobre os serviços de saúde, a respeito do diabetes e de outras doenças. Era preciso ter cuidado com as colocações efetuadas, limitar as respostas e evitar a minha participação nos diálogos entre a família, pois neste momento, os focos de observação eram os informantes no contexto cultural (LEININGER, 1991).

Na **terceira fase** a participação se tornou mais ativa e a observação em alguns momentos diminuiu, mas manteve-se a todo instante. Essa observação tende a ser mais seletiva, tendo em vista que as informações prévias coletadas permitiram que eu desenvolvesse entrevistas focalizadas ao objetivo da pesquisa. Contudo, Leininger e Mcfarland (2006) referem que é importante que não se perca a perspectiva de aprendiz para sentir, experimentar e aprender a todo momento.

Particpei e me envolvi diretamente nas atividades dos informantes, realizando observações específicas ao foco do estudo, da mesma forma que a entrevista acontecia para validar com os informantes os possíveis temas e padrões emergentes que surgiram até esta fase. O maior envolvimento, o vínculo e a relação de confiança estabelecidos com os sujeitos me permitiram apreender os sentimentos e as experiências vividas pelos informantes.

Nesta fase eu me sentia mais confiante e totalmente interada com o ambiente familiar dos sujeitos, era como se eu fizesse parte daquele meio. Nos dias em que não ocorreram as coletas, eu era questionada sobre o porquê da minha demora em retornar.

Por fim, a **quarta fase** é o momento de reflexão de tudo o que ocorreu. A reflexão, para Leininger e Mcfarland (2006), é uma parte integrante do método de etnoenfermagem e ajuda a considerar todos os aspectos conceituais da pesquisa antes de interpretar uma ideia ou experiência. Momento em que o pesquisador recapitula as situações e os acontecimentos, avaliando todo o processo e as informações encontradas.

Detive-me em fazer uma reflexão contínua sobre as informações coletadas, relembando todo o processo de um modo amplo e integral, foi um momento de síntese de tudo o que foi vivenciado no campo. Neste período final continuei com as observações para refinar os temas e as categorias que surgiram dos dados, também realizei algumas entrevistas com os informantes no interesse de confirmar algumas informações que ainda não estavam claras.

Foi nesta fase que iniciei a minha saída do campo, em que de forma gradual procurei me afastar, diminuindo a frequência das visitas e já avisando os informantes sobre a possível finalização do estudo. Foi um período difícil e delicado, pois, além das minhas intensas reflexões sobre os achados decorrentes de tantas informações reunidas, eu tive que aos poucos desprender-me daquele universo no qual eu estava inserida.

Esta etapa da coleta torna-se complexa pela necessidade de identificar o momento exato de conduzir a pesquisa para o fim, exige que pesquisadora perceba quando não há informações novas sendo acrescentadas. Em alguns momentos foi preciso retornar ao campo para aprofundar os dados, reconfirmar os achados e proceder à validação dos resultados.

É imprescindível salientar que, embora as fases do modelo OPR tenham sido descritas separadamente, na prática não houve uma separação rigorosa entre elas, pois ocorreram de modo dinâmico e em complementação uma às outras. Da mesma forma que a reflexão permeou todas as fases do estudo, mesmo tendo sido mencionada apenas na última etapa. A ênfase na reflexão ocorre na fase final do estudo, mas, de certa forma, ela começa com o início da pesquisa (LEININGER, 1985).

As observações eram registradas no **diário de campo** seguindo o referencial metodológico escolhido. No diário de campo foram anotadas as experiências, as ideias, as dúvidas, as palavras-chave e as citações que facilitavam, posteriormente, a descrição das vivências. Para o diário de campo, utilizei um bloco para registrar os dados no formato de notas de campo⁴, que são anotações rápidas realizadas no próprio cenário da pesquisa, sendo destacadas frases, palavras, sentimentos expressos, olhares, gestos que os usuários apresentavam no decorrer das observações da pesquisadora.

Todas as noites, as anotações eram digitadas no computador pessoal, onde era possível expandir os dados anotados anteriormente, descrevendo com rigoroso detalhamento todas as observações, percepções, cenários, relatos e participações vivenciadas em campo. O registro

² Notas de campo: relatos esquematizados por meio de palavras ou frases isoladas e citações extraídas de conversas; impressões das entrevistas e dos contatos de campo; experiências, ideias, erros, avanços e problemas que surjam durante o trabalho de campo; análises e interpretações, com início após os contatos de campo, estendendo-se até a conclusão do estudo (SPRADLEY, 1980, p. 123).

das observações foi precedido por uma identificação que consiste na data, o horário, o local e as situações observadas no período.

Além disso, utilizou-se a **entrevista** semiestruturada como técnica de coleta de dados, a qual serviu como fio condutor para que eu não me distanciasse do foco do estudo. Na pesquisa qualitativa, a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois permite que a fala, ao mesmo tempo, seja reveladora e transmissora das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos (MINAYO, 2008).

Para a mesma autora, "a entrevista semiestruturada dá à possibilidade de ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas" (MINAYO, 1996, p. 109). A entrevista individual semiestruturada, proposta por Leininger (1991), privilegia o significado do fenômeno investigado a partir da vivência dos informantes.

Nessa modalidade, o informante pode discorrer livremente sobre os assuntos investigados, assim dando a sua opinião. Consiste numa discussão onde questões são levantadas sobre um tema específico, com o intuito de obter informação qualitativa em profundidade sobre o mesmo. As entrevistas ocorreram principalmente na terceira fase do método OPR, no domicílio dos sujeitos, sendo gravadas em arquivos do tipo mp3, a partir do consentimento prévio dos participantes.

Foi utilizado um roteiro de entrevista como norteador do estudo (Apêndice A), contudo, salienta-se que este sofreu modificações a partir das observações já realizados no campo, o que permitiu uma flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas e questões trazidas pelo informante. De acordo com Minayo (2008), a entrevista tem um roteiro antecipadamente elaborado, mas o pesquisador/entrevistador tem uma flexibilidade ao utilizá-lo.

2.4 Análise de dados

Os dados foram analisados seguindo o método da etnoenfermagem, em que Leininger (1991) utiliza quatro fases descritas a seguir: a fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação e categorização dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas principais e dos achados relevantes da pesquisa, formulações teóricas e recomendações. Segundo Leininger e

McFarland (2006), esta é uma análise sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, pois inclui a identificação de temas e padrões de cuidado ou de saúde, a classificação semântica de expressões de cuidado à saúde e análise interpretativa dos dados *emic* e *etic*.

Na **Fase I** o pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de investigação ou das questões em estudo. Utilizando as informações do diário de campo e o registro dos dados de entrevista com os informantes-chave e gerais, elaboraram-se relatórios expandidos onde foi exposto tudo o que ocorreu durante a permanência no campo, de acordo com as situações vividas com cada informante, contendo uma descrição detalhada do cenário de estudo, principalmente sob a perspectiva *emic*, mas atenta às questões *etic*. Reuniu-se todo o material da coleta para uma primeira leitura e releitura dos dados, sendo este um fator fundamental para a análise.

A **Fase II** é caracterizada pela identificação e categorização dos descritores e componentes, em que as informações destacadas na fase anterior foram agrupadas em temas, a partir da leitura exaustiva dos dados. Foi o momento de identificar e caracterizar as observações e falas dos informantes, procurando agrupar as informações a partir das semelhanças e divergências, no sentido de compreender o objetivo proposto pelo estudo. Os dados foram codificados e classificados conforme sua relação com o domínio de investigação, e as questões de estudo; e os componentes recorrentes foram estudados pelos seus significados. Nesta etapa houve uma redução nos dados brutos, identificando a categorização inicial, que possibilitou prosseguir em direção aos padrões.

Na **Fase III** de análise contextual e padrões atuais, realizou-se uma avaliação criteriosa dos dados, com a finalidade de descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações ou explanação de dados relativos ao domínio da investigação. Os dados obtidos nas entrevistas também foram examinados minuciosamente e organizados de acordo com as categorias encontradas, para desvelamento dos padrões de comportamento e dos significados do contexto.

A **Fase IV** é atribuída como a etapa em que surgem os temas principais de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. É preciso abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas.

O processo sistemático de análise de dados foi extremamente detalhado e rigoroso. Embora descrito em fases sequenciais, deve ser entendido como um processo elaborado num

ir e vir constantes, pois só assim é possível entender os dados e rever os resultados e/ou conclusões. O detalhamento e o rigor são essenciais na procura pelos critérios da análise qualitativa, mostrando como o pesquisador encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação, significado no contexto, e outros critérios do estudo qualitativo (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

2.5 Considerações Éticas

Sabe-se que a ética deve ser vislumbrada como parte fundamental na realização da pesquisa, devendo ser considerada desde os primeiros momentos da sua concepção. (VÍCTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000). Desse modo, para as autoras é necessária a observação das normas de conduta em todas as dimensões da vida, sempre que houver um ser humano envolvido em uma ação que implique consequências em outro ser humano ou na natureza. Nessa perspectiva, esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério de Saúde, que orienta e estabelece normas e diretrizes para as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

Iniciou-se este estudo após a autorização do gestor da Secretária Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética da UFSM (Anexo B), sob o número de processo: 23081.017021/2011-78, e pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 0351.0.243.000-11, no dia 09 de janeiro de 2012.

Os sujeitos do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), o qual garantirá o anonimato e o caráter confidencial das informações, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa. O TCLE está composto pelo objetivo e justificativa da pesquisa, bem como a descrição dos princípios éticos que garantem a privacidade e preservação da identidade dos participantes. O termo foi entregue a cada participante no momento da coleta de dados, sendo apresentado em duas vias para assinatura, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora.

As entrevistas e as observações foram agendadas previamente, garantindo o direito de privacidade e anonimato, não havendo exposição pública da pessoa ou de suas informações durante a etapa de coleta de dados, na análise e divulgação do estudo. Destaca-se que o anonimato dos participantes foi garantido tanto nas entrevistas quanto nas anotações da

observação participante. O sigilo dos participantes foi preservado ao se utilizar a letra “S”, que significa sujeitos, seguida de números arábicos como, por exemplo, S1, S2, S3, S4, S5 e pela idade dos informantes. Foram utilizados pseudônimos tanto para resguardar as informações sobre os participantes e familiares como também para as localidades rurais presentes no estudo, assim, os nomes próprios não correspondem ao nome verdadeiro de nenhuma informação.

As entrevistas gravadas e transcritas, bem como o material oriundo da observação participante estão sob a posse da pesquisadora responsável, Enf^a Prof^a Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó, por um período de cinco anos, na sala 1305A, 3º andar do Centro de Ciências da Saúde, prédio 26 da UFSM, compondo um banco de dados, o qual será utilizado exclusivamente para fins científicos, conforme assegura o Termo de Confidencialidade (Apêndice C). Após o vencimento desse prazo, o material será destruído.

Ressalta-se que o processo de investigação foi permeado, em todos os momentos, pelo respeito à singularidade, à individualidade, aos valores e à cultura de cada pessoa inserida neste estudo. O compromisso ético desta pesquisa implicará no retorno dos resultados aos sujeitos envolvidos no processo, em um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca da vivência do diabetes no meio rural.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

3.1 Capão do Cipó e o meio rural: conhecendo um pouco da história

A formação cultural e econômica do Brasil apresentou uma série de processos multifacetados em todo o seu território, devido às diferentes formas de colonização e exploração, a partir da chegada dos portugueses. O Rio Grande do Sul (RS), devido à sua situação geográfica distante do centro do país, não possuía riquezas minerais, integrando-se de forma tardia ao restante do Brasil (IBGE, 2008).

Esse processo de integração deu-se através de uma enorme instabilidade política local, com inúmeras lutas pela demarcação da fronteira e pela ocupação militar da terra, especialmente nas partes central e sul do estado do RS. Esse fato, além de proporcionar a essas regiões uma formação fundiária diferenciada em relação ao restante do estado, estabeleceu uma formação cultural e econômica específica. O “gaúcho”⁵ da região central se caracterizou pelo espírito de defesa permanente e por se dedicar à atividade extensiva do gado e ao cultivo intenso da terra. Do ponto de vista da composição étnica, além dos índios, segundo Gutfreind, “participaram da formação da sociedade colonial sul rio-grandense brancos, negros e mestiços” (2006. p. 241).

O Município de Capão do Cipó, entre as cidades situadas na região central do Estado do RS, faz parte desse território missioneiro que até o início do século XVII era habitado por índios Guaranis, contudo, após os grandes descobrimentos marítimos, foi considerado chão de Portugal e de Espanha. Posterior a esse período ocorreu a união das coroas portuguesa e espanhola, justificando, assim, a origem da população formada inicialmente por portugueses e espanhóis.

No ano de 1885, instala-se pelas cidades vizinhas o conselho de jurados enviado para proceder a diligências. Na ocasião, um serventuário, ao andar pelos arredores da região, escolheu para descanso um local onde havia muitas árvores e das quais despendiam grandes quantidades de cipós, desse modo, ao fazer seu relatório de viagem, denominou, em suas anotações, o local como "Capão do Cipó".

⁵ Na cultura tradicional regional do RS o gaúcho pode designar o gentílico de “todos os nascidos no Rio Grande do Sul”, para representar os homens e mulheres criados no sul do Brasil, que valorizam os costumes e as tradições do estado; se remete ao trabalhador rural, da região pastoril, do homem do campo e da terra. (MACIEL, 2000. p. 79)

Os traços históricos do município datam da sua criação e emancipação em 2001. É oriundo de um antigo distrito de Santiago, em que o processo de emancipação ocorreu em consequência de embates políticos, impulsionados pela insatisfação da população com a exclusão que a liderança exercia sobre a localidade. Em Capão do Cipó, há instalação de quatro assentamentos do Movimento Sem Terra, sendo que as demais áreas são divididas em diversas localidades rurais.

É um município onde há uma diversidade histórica no surgimento de cada localidade, tendo uma miscigenação do índio, negro e imigrantes europeus. É marcante a influência cultural deixada pelos espanhóis devido à proximidade da fronteira com países latinos. A população do município é de 3.104 habitantes, sendo que a maioria encontra-se na área rural, e sua densidade demográfica é de 2,53 habitantes/km². A cidade conta com um moderno sistema de telefonia fixa e está em franco desenvolvimento, possuindo vários estabelecimentos comerciais. O seu Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ 105.410 milhões de reais e uma Renda Per Capta de R\$ 30.247 reais (IBGE, 2010). As bases da economia são a agricultura e a pecuária, com mais de 80 mil hectares cultivados com soja, além de trigo, milho, entre outros. Na pecuária são mais de 40 mil cabeças de gado na localidade.

O acesso a este município se faz por uma rodovia estadual, asfaltada, onde a vegetação é predominantemente voltada às plantações e lavouras. No caminho podem-se ver as propriedades rurais com suas casas antigas, algumas desabitadas ou semidestruídas, outras mais novas. Quando se chega ao trevo de acesso ao município, entra-se por uma estrada de asfalto estreita e sem acostamento, e consegue-se visualizar as lavouras que vêm até a margem da estrada, sem cercas, apenas plantações.

Ao chegar à cidade, existe uma rua principal, de calçamento que dá acesso às outras ruas do município, é onde todo o comércio está centralizado. O centro da cidade encontra-se em desenvolvimento, uma vez que a população vem investindo em propriedades comerciais. As localidades rurais, na sua grande maioria, são distantes do município sede, sendo que para chegar à zona rural não é preciso ir até a cidade, é necessário apenas direcionar-se às estradas secundárias para ter acesso às regiões rurais. O município conta com uma unidade de saúde da família que atende 100% da população. A área de abrangência da ESF é dividida em seis microáreas, e o local, foco deste estudo, é considerado uma região totalmente rural.

Areal é habitada por 21 famílias, com uma distância de aproximadamente dez quilômetros do centro da cidade. Para ir até esse local é preciso sair do asfalto e entrar numa estrada estreita, de chão, empoeirada e com a presença de muitas pedras. Logo que se entra na estrada, observam-se as primeiras propriedades, com algumas construções recentes e outras

mais antigas. Em várias propriedades evidencia-se a existência de mais de uma casa no mesmo terreno, com presença de açudes, grandes lavouras e pastagens para o gado. Em algumas situações, as famílias vivem em lugares próximos ao seu local de origem ou moram na mesma propriedade, dividindo as atividades diárias.

As **moradias** em que vivem as famílias estudadas apresentam-se de alvenaria, como alguns cômodos de madeira. Há presença de galpões localizados próximo à residência, que servem como depósito para materiais utilizados no trabalho e maquinários agrícolas. Em algumas casas o fogão a lenha e o forno são localizados em um cômodo fora do ambiente doméstico.

A maioria das casas é protegida com cercas de arame, como uma estratégia para evitar que os animais invadam o pátio da casa. Ao redor da casa observa-se a presença de hortas, lavouras e plantações de árvores frutíferas; o gado, as aves e os suínos caminham pelo pátio, alimentando-se das pastagens de “inverno” à base de aveia e azevém. Há presença de muitos cachorros e gatos nos arredores das casas.

A **água** que abastece as propriedades é proveniente de poços artesianos ou nascentes, sendo de responsabilidade de cada família realizar o tratamento da água. Nesta localidade estavam construindo uma rede de abastecimento de água, em que a água é captada de um poço, encanada e armazenada em uma caixa de água para ser distribuída para os moradores. Essa alternativa busca diminuir os agravos decorrentes da intensa estiagem na região, que ocasionou a falta de água em várias localidades do município.

O **esgoto doméstico** é armazenado em fossas sépticas construídas pelas próprias famílias. O lixo que é produzido pela comunidade não é recolhido, sendo desprezado em “valetas” no fundo dos pátios, para posteriormente ser queimado. As famílias cuidam para que todo o lixo seja queimado ou enterrado, para evitar danos ao meio ambiente.

Na comunidade há presença de luz elétrica em toda a localidade, da mesma forma que todas as famílias apresentam telefone móvel para manter contato com os demais familiares. A eletricidade favorece a vida das famílias que vivem no campo, principalmente por proporcionar o funcionamento das máquinas utilizadas no trabalho de campo e para melhor conforto e qualidade de vida.

Já, na localidade de *Sossego*, há presença de 27 famílias na região. O acesso é mais difícil devido à distância de cerca de 20 quilômetros da sede do município e pela falta de transporte coletivo para locomoção. Para chegar a essa comunidade, é necessário sair da rodovia e entrar em uma estrada secundária de chão, larga e conservada, mas com bastante poeira. Assim que se acessa a estrada, já se visualiza uma escola municipal, contudo, está

abandonada para fins educacionais e serve para a residência de uma família. As casas aparentam ser mais antigas, uma do lado da outra, sem a presença de grandes propriedades ou lavouras, pois se observam pequenas hortas e árvores frutíferas. No centro de *Sossego* encontra-se uma igreja, com um salão de madeira desativado ao lado.

As **moradias** na maioria são de alvenaria, não há presença de lavouras, observam-se pequenas hortas e árvores para sombra ao redor das casas. As lavouras, as plantações e as criações de animais ficam, geralmente, no fundo das propriedades. Algumas casas são protegidas por cercas de arame, outras apresentam cercas de madeira. Em alguns casos, uma parte da casa é aproveitada como uma cozinha alternativa, com fogão de lenha, ou de "chapa" e churrasqueira. Próximo ao fogão há sempre bancos ou a própria caixa de lenha, que também serve, principalmente, de assento nos dias frios.

As casas são, em geral, construções simples feitas de tijolo e telha e todas possuem energia elétrica. A **rede de água**, com alguns pontos de origem em nascentes próximas, chega à maioria dos domicílios, porém, sem tratamento. Algumas das famílias recebem a água da rede de abastecimento proveniente de uma caixa de água central localizada próxima à igreja. A água do córrego que corta o distrito também é utilizada para várias atividades domésticas. O **esgoto** não possui estação de tratamento, é desprezado em fossas sépticas construídas pelos moradores ou em latrinas, da mesma forma que todo o lixo produzido é queimado ou enterrado no fundo do pátio.

A maioria das famílias possui telefone móvel que funciona com o auxílio de antenas instaladas nos domicílios. O transporte coletivo passa na estrada principal uma vez ao dia apenas pela manhã, desse modo, as famílias dependem de transporte pessoal ou de ajuda de parentes e amigos para se locomover.

3.2 (Re) conhecendo a realidade: a vida e o viver em uma comunidade rural

O caminho para chegar até as localidades rurais possuía um percurso por estrada não pavimentada, sem sinalização ou placas indicativas. Eram estradas, no primeiro momento, desconhecidas, onde se enxergava somente a imensidão do campo e das lavouras, as moradias, onde só se ouvia o silêncio, barulhos de animais, e mais nada, conforme uma nota do diário de campo:

[...] posso observar que o silêncio é total, a palavra que define este lugar é sossego, calma, escuto apenas os sons dos animais e, mesmo próximos às moradias, consigo perceber que ainda o silêncio permeia esses lugares. O cheiro é de terra e olha-se em toda a volta, e só se vê campo, árvores e muita natureza. (Fragmento diário de campo, 15/04/12)

Observar uma série de manifestações do cenário da vida rural permitiu realizar as primeiras reflexões sobre a diversidade cultural existente neste contexto, pois, para Budó (2002, p. 19), “o meio rural e urbano são espaços sociais diferenciados”. A realidade do viver da família rural compreende um sistema que depende de outros sistemas, pois, para a mesma autora, a vida da população rural e o atendimento de suas necessidades dependem diretamente do meio urbano. Boehs et al (2007) dizem que os sistemas de cuidado, na maioria das vezes, não são opostos, mas concordantes e complementares durante a trajetória de assistência ao enfermo. Assim, há necessidade dos profissionais de saúde buscarem a utilização de referenciais culturais e não somente biológicos, visando a aproximação com os modelos de cuidado familiar e popular.

Para isso, com vistas a entender o “meio cultural rural” e o ser humano/família rural, é importante compreender as histórias de vida, a dinâmica e a estrutura do sistema e subsistemas com os quais a família se relaciona, bem como os aspectos que envolvem o processo de saúde e doença desses indivíduos (SCHWARTZ; ELSÉN, 2003, p. 19).

Para conhecer os sujeitos com diabetes foi necessário imergir no seu sistema familiar, pois, para entender o modo de vida e de cuidado do sujeito, é preciso considerá-lo em um ambiente familiar, social e cultural. Na vida dos sujeitos deste estudo, o número de filhos por casal variou entre dois a cinco. Em algumas situações, os filhos continuam morando na mesma propriedade dos pais ou em locais próximos ao casal, em outras famílias mesmo que os filhos residam em outros municípios, mantêm o contato e a integração durante os finais de semanas ou feriados.

Algumas famílias mantêm os filhos casados morando na mesma propriedade, onde três gerações passam a conviver, dividindo a casa e o trabalho, diariamente. Observou-se que há uma organização familiar em relação à permanência de pelo menos um filho próximo aos pais, como uma alternativa para auxiliar na manutenção da mão de obra, estar mais presente na vida cotidiano da família e promover melhores cuidados em situações de doença.

Permanecer junto à família era percebido como uma tradição familiar que deve ser seguida entre as gerações:

[...] eu até morei um tempo na cidade, eu fui porque minha irmã ficou morando aqui perto da mãe, mas depois eu voltei, porque os filhos têm que ficar próximos aos pais, é uma responsabilidade da família, estar junto [...]. (S3 - 43 anos)

As famílias se visitam a todo o instante, realizam as refeições juntas e ficam grande parte do tempo na casa dos pais. Aos avós compete o papel de cuidar dos netos enquanto os filhos ajudam no trabalho, uma vez que, após executarem as atividades diárias, ao entardecer as famílias retornam para suas casas. A proximidade entre as moradias é uma característica do contexto rural considerada um fator facilitador para suporte entre os membros no cuidado e para ajuda nas tarefas e papéis (FERNANDEZ; BOEHS, 2010).

A instituição familiar representa o alicerce na vida do ser humano, em que constituir uma família é razão principal para construir um lar e adquirir o sustento pela terra. Viver em família é um princípio fundamental para as pessoas que vivem nessas localidades.

Após o almoço, sentamos em baixo da sombra de uma árvore, em meio ao gramado em frente à casa, era um dia quente e abafado, na ocasião S1 trouxe-me vários álbuns de família para me mostrar. Ao apresentar as fotografias de familiares, ela contava um pouco de sua história e relembrava fatos de sua vida. (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 24/05/12)

As lembranças da infância e dos episódios marcantes da vida dos sujeitos eram retratadas por meio de álbuns de família, fotografias espalhadas pela casa ou pelas histórias narradas pelos próprios informantes. Ao relatarem sobre passagens importantes da história familiar, mostrarem familiares e pessoas importantes em suas vidas, foi possível adentrar na história de vida dos sujeitos, construídas ao longo dos anos.

Além de conhecer os aspectos culturais e sociais transmitidos pelas famílias, evidenciou-se que o cuidado e o cultivo da terra, bem como a criação dos animais são tarefas partilhadas entre os familiares. A divisão do trabalho familiar permite a cada componente ter a sua participação definida na produção e no sustento da casa.

A **produção agrícola** das localidades da pesquisa está predominantemente relacionada à agricultura tradicional, além da criação de gado, sendo estas atividades importantes para o sustento das famílias dos sujeitos pesquisados. As principais produções que fornecem o sustento são baseadas na bacia leiteira, na criação de gado e cultivo de soja e trigo. Por tratar-se de comunidades rurais, o uso da terra surge como fator importante para as pessoas:

[...] a gente sempre morou para fora, não nessa casa, mas em outra localidade, se acostumou a mexer na terra, lidar na lavoura, a gente não sabe fazer outra coisa porque desde pequena aprendeu a fazer, a viver aqui fora [...]. (S2 -73 anos)

[...] eu sempre morei aqui, não nessa casa, em outra, mas nasci e me criei no meio rural. (S1- 65 anos)

O cultivo da terra para esses sujeitos foi apreendido na infância, herdado dos seus familiares. A família sempre exerceu as atividades para seu sustento, fortalecendo a agricultura familiar como fonte de subsistência, mesmo após a aposentadoria. As famílias que

residem na localidade rural são caracterizadas pela sua permanência nas terras de origem familiar, ou seja, buscam permanecer nas mesmas propriedades que pertenceram à família, herdada de geração em geração. O que é chamado por Girardon-Perlini (2009, p. 102) como “terra-patrimônio” é mais do que um ambiente geográfico, mas representa os aspectos sociais e culturais que permeiam o contexto de vida da família.

Há situações em que os homens da família necessitam trabalhar em outras propriedades rurais para garantir o sustento do lar, cabendo à mulher a responsabilidade dos cuidados com a casa e com as demais atividades. Em alguns casos, os homens residem e trabalham em outras localidades rurais, retornando para casa a cada quinze dias ou apenas em finais de semana; em outra situação, o agricultor trabalha durante o dia na produção, plantação e cultivo em outras propriedades rurais, sendo remunerado por dia de trabalho.

O trabalho é exercido tanto por homens quanto por mulheres, mas aos homens cabe o papel de exercer as atividades que exigem maior esforço físico e às mulheres competem as atividades no domicílio, elas cuidam das pequenas criações e ajudam na ordenha do leite. Contudo, há famílias em que a mulher conduz todo o trabalho relacionado ao campo e ao gado, porque o marido desempenha suas funções em outras localidades.

A criação do gado leiteiro garante, além do leite, a elaboração do queijo, que é basicamente produzido para o consumo próprio. A criação de pequenos animais, como aves e suínos, também é realizada para o consumo familiar e para compartilhar com familiares e amigos. As famílias deste estudo plantam alguns tipos de alimentos para que não lhes falte o básico, para que não necessitem comprar de outros lugares:

[...] nós temos uma horta, é bom não é, tem que ter pelo menos o básico, isso não pode faltar, para não ter que comprar, facilita a nossa vida. (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 15/05/12)

As pequenas hortas e estufas são cultivadas próximas à casa, há uma variedade de verduras e legumes, que são colhidos antes do almoço para serem consumidos na refeição. As famílias sentem dificuldades para comprar certos alimentos, devido à dificuldade de acesso aos mercados, desse modo, as verduras mais cultivadas são a alface, o repolho e a rúcula.

A alimentação e os hábitos alimentares envolvem uma série de questões peculiares ao modo de vida de cada família, relacionando-se aos aspectos socioeconômicos e culturais de cada pessoa. Nas famílias dos sujeitos da pesquisa está presente a percepção do alimento como uma fonte de energia essencial ao ser humano:

Quando almoçava na residência, a esposa de S5 comentou que utilizava vários temperos para preparar a carne, citando o uso do alecrim e da cebola. Argumentou que estes elementos proporcionam um bom paladar ao alimento, também auxiliam

na digestão da refeição. Pode-se constatar a atenção à alimentação como um elemento que mantém a saúde, auxiliando no tratamento de doenças. *Comer é para fortalecer o corpo, porque senão, falta energia, se eu deixar de comer carne ou feijão, não tenho força para trabalhar.* (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 26/08/12)

As refeições realizadas pelas famílias consistem basicamente no café da manhã, almoço e jantar, com horários definidos conforme a necessidade da família. O café da manhã é um hábito exclusivo das mulheres, sendo que os homens em maioria não possuem o costume de ingerir alimentos pela manhã. O café da manhã é consumido após a realização das atividades agrícolas, baseado em pães e bolos, complementados com geleia, margarina, queijo amarelo, mortadela ou salame de porco. Para acompanhar os alimentos, utilizam café preto ou café com leite.

A refeição mais valorizada pelas famílias é o almoço, pois é considerada a refeição que mais proporciona energia para o dia de trabalho. Os alimentos ofertados nessa refeição são arroz, feijão preto, algum tipo de carne e um complemento, como saladas ou carboidratos do tipo mandioca, massa ou batata doce. Acompanhando as refeições, as famílias têm por hábito ingerir sucos artificiais ou refrigerantes.

Após o almoço é ingerido algum tipo de doce, como pudins, sorvetes, doce de leite, sagus, variados tipos de doce em calda, bolachas ou frutas como maçã e laranja. O consumo do doce é um hábito de toda a família, para alguns logo após o almoço e para outros após um período de espera. Não se observou o hábito de lanchar durante a tarde, apenas se verificou o consumo de alimentos aleatórios quando o sujeito sentia fome em um determinado período do dia. Evidenciou-se o consumo do chimarrão⁶ nas famílias, especialmente nos intervalos das refeições ou como substituto, nos horários dos alimentos.

Os sujeitos com DM tinham o hábito de tomar chimarrão logo após acordarem, pois eles levantavam e, enquanto realizavam a higiene bucal, deixavam a água aquecendo para preparar a bebida. O chimarrão faz parte da cultura gaúcha, desse modo, essa bebida é valorizada em várias ocasiões do dia a dia no campo. Os sujeitos a consumiam antes de partir para o trabalho, quando retornavam das atividades do dia, antes e depois das refeições ou quando recebiam a visitas de familiares e amigos.

É de costume dessa família o hábito do chimarrão antes de iniciar as atividades, não há costume de tomar café ou consumir alimentos pela manhã. O momento do mate é a hora em que a família se reúne para conversar, dar risada. Não há o costume de tomar o chimarrão sozinho, sempre acontece na presença de outra pessoa, uma vai

⁶ É uma bebida característica da cultura do sul da América do Sul, um hábito legado pelas culturas indígenas, fortemente arraigado no Brasil, especialmente no Rio Grande do Sul (BOEIRA; GOLIN, 2006, p. 78).

na casa da outra. S3: *Estava te esperando com um mate pronto.* (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 10/07/12)

A cultura alimentar, com suas crenças e práticas tradicionais relativas ao alimento, não só garante um sentido de continuidade cultural com relação aos países de origem como também desempenha funções simbólicas, religiosas e sociais na vida diária (HELMAN, 2003). Sob a ótica cultural, observa-se que o consumo de alimentos doces é um hábito presente nas famílias desse contexto rural, uma vez que *o doce* é percebido como um alimento complementar, que promove o bem-estar e a confraternização dos sujeitos. A ingestão de doces é feita em qualquer horário do dia, após o almoço ou pelas 16 horas; especialmente, esse hábito é valorizado quando chega alguma visita de amigos ou familiares.

O jantar é a refeição mais reforçada, após a jornada de trabalho do dia. Geralmente é feito um reaquecimento do alimento servido ao meio-dia, sendo complementado com polenta, pão ou sopa à base de massa e arroz. Todos os alimentos, na maioria das vezes são preparados no fogão a lenha, embora as famílias já tenham o fogão a gás no seu domicílio, contudo, este só é utilizado num momento de pressa ou para aquecer algo muito rápido.

A **religiosidade** foi outra característica bastante presente no cotidiano das pessoas do estudo, mesmo não destacando a congregação religiosa da qual faziam parte. Houve o predomínio de católicos e evangélicos e observou-se a presença de práticas religiosas no cotidiano das famílias, tais como: rezas, orações, participação em rituais religiosos e a leitura da Bíblia.

Alguns dos sujeitos com DM frequentam as missas semanais realizadas na igreja da localidade ou na igreja católica do centro da cidade. As famílias evangélicas participam de “grupos caseiros” realizados nas casas de outros fiéis, bem como nos cultos das igrejas localizadas nos Municípios de Capão do Cipó e Santiago.

S4 estava se preparando para ir à missa na pequena capela da localidade, as missas acontecem uma vez por mês nesse local. É uma prática rotineira na vida dela, pois larga tudo que está fazendo, organiza o seu dia para poder frequentar a igreja. (S4 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 26/07/12).

Os termos “fé” e “religião” são utilizados frequentemente nos discursos dos sujeitos. A forte relação com Deus ajuda a família nas adversidades e no enfrentamento das doenças, bem como é percebido como uma alternativa de conforto aos membros da família, sendo também uma forma de apoio. Em geral, a enfermagem enfatiza a importância de reconhecer a religião e a espiritualidade como aspectos de fortalecimento para o enfrentamento da doença, a serem considerados no cuidado à saúde (PAULA, NASCIMENTO, ROCHA, 2008).

Com relação à **assistência à saúde**, a comunidade esta inserida em uma Estratégia de Saúde da Família Rural, que atende a população de segunda a sexta-feira. Nos finais de semana e feriados, a população conta com o serviço de ambulância que auxilia no transporte dos usuários aos serviços de saúde da região.

As atividades dos profissionais de saúde são desenvolvidas tanto na unidade quanto no Salão Comunitário local, nas igrejas e também nas casas dos moradores. Ao solicitar que os sujeitos falassem sobre os serviços disponíveis na unidade de saúde de Capão do Cipó para o diabetes, S1 declamou o seguinte poema:

Diabetes é doença grave que precisa controlar, leva falência de órgãos e isso pode matar, dizem que é um endocrinologista que devemos consultar, mas na unidade de saúde não conseguimos encontrar, o aparelho e tiras de medir glicose são coisas fundamentais, mas no posto de saúde nunca tem para nos doar, encontrar preço acessível nos produtos para diabéticos isto é quase impossível, o que seria correto. Sou só mais uma vítima com problemas de saúde, o que resta é ser otimista e pedir que Deus ajude. (S1- 65 anos)

O sujeito expressa, por meio de versos, as suas angústias em relação ao viver com diabetes. Ele demonstra por meio das palavras, as dificuldades para manter o controle adequado dos níveis glicêmicos. Na unidade de saúde, as atividades para os sujeitos com DM estão direcionadas a oferta de medicamentos, grupos de educação em saúde, consultas médicas, consultas com nutricionista e teste de glicemia capilar. O grupo de saúde acontece uma vez ao mês em cada microárea, geralmente em um espaço próprio na localidade rural.

O sistema de agendamento de consultas médicas e aos demais profissionais da saúde é organizado pela oferta de fichas conforme a demanda e a ordem de chegada do usuário na unidade. A ESF também conta com um serviço de atendimento móvel que busca desenvolver diversas atividades nas localidades rurais, conforme o cronograma da unidade.

3.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Fizeram parte desta pesquisa cinco participantes com DM tipo II, sendo quatro do sexo feminino e um do sexo masculino. De conformidade com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2012), em todas as partes do mundo as mulheres são mais predispostas à obesidade que os homens e assim estão em maior risco de diabetes, doença cardiovascular e alguns tipos de cânceres. Acredita-se que essa argumentação apresenta-se como uma forma eficaz de explicar a razão do predomínio significativo da população feminina nesta pesquisa, fato observado também em muitos estudos semelhantes (SANTOS; ARAÚJO, 2010; PÉRES et al., 2007).

Em relação à idade dos sujeitos, o homem tinha 52 anos e das quatro mulheres participantes da pesquisa, duas apresentavam 65 anos e duas com idade de 43 e 73 anos. Sabe-se que no Brasil, o DM tipo II ocorre geralmente em pessoas com mais de 40 anos de idade, embora na atualidade se veja com maior frequência em jovens (SBD, 2012). O aumento da prevalência do diabetes tem sido atribuído a transformações demográficas, como o envelhecimento populacional, e aos processos de industrialização e urbanização.

Em relação ao estado civil, quatro sujeitos eram casados e um viúvo. No que se refere à escolaridade, quatro dos sujeitos não concluíram o ensino fundamental, tendo em vista que quatro estudaram até a 5ª série e um completou o ensino médio. Os sujeitos manifestaram nas suas falas algumas dificuldades para o acesso a educação formal, apontando como principal limite o acesso as escolas, por residirem em uma zona rural:

Para estudar é muito difícil, o colégio era longe, ficava muito ruim de ir. (S1 – 65 anos)

Hoje em dia é mais fácil das crianças estudarem porque tem transporte, antigamente não tinha, para ir era de a pé, a cavalo, de carroça, tudo era mais difícil, a gente acabava indo só quando aprendia a escrever e ler e depois já tinha que ficar em casa para trabalhar e ajudar. (S5 – 52 anos)

Nos depoimentos dos sujeitos, evidenciam-se as limitações impostas pelo contexto rural, em que a dificuldade de acesso e transporte comprometia a procura pela escola. Chegar até a escola do campo é um grande desafio para os estudantes devido às dificuldades em função da distância, falta de transporte e estradas inadequadas. Egami et al. (2008) afirma que para os estudantes residentes na área rural, o transporte torna-se essencialmente importante para que se consiga ter acesso à escola.

Quanto à ocupação dos sujeitos, três relataram serem aposentados e/ou pensionistas, um sujeito mencionou ser dona de casa e outro agricultor. É importante ressaltar que todos os participantes do estudo declararam-se agricultores ou trabalhadores rurais, associados à outra ocupação, com uma renda familiar que variou entre um e três salários mínimos nacionais (R\$622,00). Salienta-se apenas um dos sujeitos mantêm uma renda fixa por mês, uma vez que os demais participantes possuem uma renda mensal variável, conforme a produtividade rural exercida. No que se refere à religião definida pelos sujeitos, três dos participantes declararam-se católicos e dois evangélicos.

O tempo de diagnóstico do DM variou de um e vinte e cinco anos, sendo que dois sujeitos apresentavam o diabetes a mais de vinte e cinco anos, dois com mais de cinco anos com a doença e um dos sujeitos com um ano de diagnóstico do diabetes. O tempo de tratamento relatado pelos participantes apresentou uma aproximação com o tempo de

diagnóstico. Contudo, o controle rigoroso do diabetes por meio da medicação contínua, para dois dos sujeitos estava associado ao período de implementação da ESF no município há aproximadamente dez anos:

[...] o tratamento eu faço desde que tem o posto aqui na cidade, antes não tinha médico. (S4 – 65 anos)

Eu me tratava antes, mas nem sempre dava, eu comecei a tomar os remédios sempre, todos os dias, depois que veio o posto para cá, antes eu comprava de vez em quando. (S2 – 73 anos)

O acompanhamento regular do diabetes é realizado na unidade de saúde do município ou em consultórios particulares das cidades vizinhas. Todos os sujeitos adquirem a medicação antiglicemiantes na unidade por meio do HIPERDIA, para tanto, os sujeitos fazem uso de outras medicações complementares prescritas pelo endocrinologista da rede privada. Dos indivíduos da pesquisa, apenas um participa do grupo de saúde desenvolvido na localidade.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados deste estudo estão apresentados sob a forma de artigos, os quais se encontram aqui organizados. Os artigos estão estruturados de acordo com a formatação do periódico na versão a ser submetida (BRASIL, 2012).

4.1 Artigo 1

“A GENTE VIVE COM ELA UMA VIDA INTEIRA”: EXPERIÊNCIA COM O DIABETES MELLITUS TIPO II EM UMA COMUNIDADE RURAL⁷

⁷ Artigo formatado segundo as normas da “Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery”, Qualis A2. Ressalta-se que assim como este artigo, os demais que o seguem, não se encontram no formato final para ser enviado ao referido periódico. Dessa forma, o número de laudas, bem como a formatação final, será realizado no momento da submissão ao periódico.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo descrever as experiências de pessoas com DM tipo II residentes em uma comunidade rural no sul do Brasil. Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, utilizando o método da etnoenfermagem a partir dos guias habilitadores denominados de Modelo Observação-Participação-Reflexão. A coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2012, através de entrevista semiestruturada e observação participante, direcionadas aos usuários com DM tipo II. A análise dos dados de Madeleine Leininger propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Dos resultados surgiram experiências e percepções sobre o diagnóstico da doença, definição e saberes sobre a enfermidade, tipos de diabetes e manifestações da doença. Acredita-se que este estudo poderá ampliar a compreensão acerca da vivência com DM, em uma comunidade rural, tomando como referência os aspectos sociais, culturais e históricos dos sujeitos.

Descritores: Diabetes Mellitus. Cuidados de enfermagem. População rural. Cultura

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008, especialmente por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.¹ Dentre as DCNT, o diabetes mellitus (DM) tipo II é um dos mais proeminentes problemas de saúde pública, tanto em número de pessoas acometidas quanto de incapacitações decorrentes de suas complicações.² Segundo levantamentos epidemiológicos, estima-se que no Brasil existam cerca de 5 milhões e meio de pessoas com diabetes e há uma expectativa crescente do aumento da prevalência da morbidade por essa doença.³

O DM tipo II abrange 85% a 90%³ dos casos de doenças crônicas e, por ser uma enfermidade de caráter evolutivo, exige um constante acompanhamento voltado ao controle da doença e à prevenção das suas complicações, o que demanda mudanças nos hábitos de vida dos indivíduos. Essas modificações podem refletir significativamente na vida das pessoas, pois a vivência com a cronicidade implica em mudanças no modo de viver, além das alterações físicas, psicossociais e nas formas de enfrentamento do adoecido e sua família.⁴

O adoecimento por DM é considerado uma condição na qual a pessoa é forçada a fazer (re) arranjos em seu cotidiano, a partir da experiência e do aprendizado tecidos ao longo de sua vida.⁵ Sabe-se que o processo de viver com a doença é único e singular, pois é percebido de maneira diferente por cada indivíduo, influenciado pela sua construção sociocultural, em que os significados das experiências de vida, saúde e doença orientam seus atos e seus comportamentos.⁶ Isto posto, evidencia-se que o contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido interfere no cuidado de sua saúde e na reestruturação de sua vida frente à enfermidade.

No que se refere ao meio rural, sabe-se que as mudanças registradas no modo de vida rural nos últimos anos trouxeram graves consequências para a saúde desta população, sendo que a principal delas é a substituição das doenças infectocontagiosas pelas DCNT como hipertensão arterial, diabetes e obesidade.⁷ As famílias rurais apresentam diversas estruturas, culturas, crenças e valores, que exigem do profissional a negociação do saber profissional⁸ considerando as diferentes condições de vida, trabalho e saúde da população do campo, o que inclui os aspectos socioculturais que permeiam seus saberes e suas práticas de saúde.

Nesta perspectiva, compreender a experiência de adoecimento de pessoas com DM que vivem em comunidades rurais pode contribuir com práticas de saúde e de enfermagem mais sensíveis e condizentes com as necessidades dos usuários. Apesar do diabetes ser um

tema investigado em todo o mundo e com crescente interesse na enfermagem brasileira, percebe-se que ainda há grandes lacunas, especialmente no que se refere à compreensão das experiências com o diabetes nos diferentes contextos de vida. Nesse sentido, este artigo buscou descrever as experiências de pessoas que convivem com o DM tipo II residentes em uma comunidade rural no sul do Brasil.

Método

Desenvolveu-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando o método da etnoenfermagem desenvolvido por Madeleine Leininger.⁹ A etnoenfermagem é utilizada para focar o contexto cultural e de cuidados à saúde de uma cultura específica, com suas peculiaridades, forma, padrões, comportamentos, expressões e considerações frente ao processo de saúde e doença, podendo proporcionar diversos benefícios para os trabalhadores da saúde, e, principalmente, para os usuários por eles assistidos.^{9,10}

O cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi uma comunidade rural de um município situado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, composto por cerca de 3.107 habitantes, com 83% dessa população residindo na zona rural.¹¹ A região é dividida em 17 localidades, incluindo assentamentos, zona rural e urbana, sendo que o meio rural divide-se em 12 localidades, distribuídas por 261 famílias.

A população do estudo foi composta por pessoas com DM tipo II que residiam em uma microárea rural pertencente à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do município, sendo a área que continha maior número de usuários com diabetes e que não fosse caracterizada como assentamento.

Os critérios de inclusão estabelecidos para selecionar os sujeitos foram: usuários com DM do tipo II que residiam no meio rural no período da coleta; e o critério de exclusão se referia ao usuário que apresentasse problemas de comunicação e compreensão. Utilizou-se a escolha intencional dos sujeitos com base nas características que contemplavam o objetivo do estudo, com vistas a buscar, dentro de seu universo, a maior diversidade possível, a fim de abranger as diferentes perspectivas do problema e, assim, obter uma saturação dos dados adequada.¹²

O número de sujeitos acompanhados delimitou-se pela saturação dos dados, em um total de cinco usuários com DM. Utilizaram-se como informantes-chave os usuários e como informantes gerais os familiares.⁹ A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e agosto de 2012, em que se utilizou um dos guias habilitadores indicados como recurso para explicar

o cuidado cultural proposto por Leininger, denominado de Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R). O modelo O-P-R é derivado da técnica de observação participante, com a inclusão da reflexão.⁹

A análise dos dados baseou-se na proposta de Leininger, a qual propõe uma análise das informações em quatro fases sequenciais. A fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa.⁹

Com o objetivo de garantir os aspectos éticos previstos em pesquisas que envolvem seres humanos, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, com o intuito de assegurar a privacidade e o anonimato, as pessoas envolvidas nesta pesquisa, os usuários com DM tiveram seus nomes substituídos pela letra S (sujeito) seguida da ordem numérica (1, 2, 3, 4, 5) e idade dos informantes. Ressalta-se que as localidades de Areal e Sossego são nomes fictícios e não correspondem o nome verdadeiro das localidades, bem como os nomes próprios presentes no texto.

Atenderam-se às questões éticas presentes na Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde,¹³ que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com o número 23081.017021/2011-78 e CAAE 0351.0.243.000-11.

Resultados e discussão

Os dados discutidos apresentam primeiramente a população de estudo; após, apresenta-se a experiência dos usuários com DM tipo II, que foi categorizada em: “Deve ser por causa da diabetes”: diagnóstico e percepções sobre a doença, “Sangue doce que a gente tem”: definições sobre o diabetes e “Um diabetes é de um jeito, outro é de outro”: tipos de diabetes.

População do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma microárea rural pertencente à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As localidades de Areal e Sossego possuem em torno de 100 famílias, que residem numa distância aproximada de 20 quilômetros do município sede. A infraestrutura da localidade constitui-se de uma escola de ensino fundamental e uma igreja onde ocorrem as reuniões da comunidade, os encontros das

congregações religiosas, e onde são realizadas as atividades de saúde pelos profissionais da unidade, que atendem 100% da população. A região é habitada por pequenos proprietários rurais, com subsistência da criação de gado e vacas leiteiras, bem como das plantações de soja e trigo, além de trabalharem nas propriedades vizinhas.

Participaram do estudo cinco sujeitos e suas famílias, sendo quatro mulheres e um homem, com idade entre 43 e 73 anos. Em relação ao estado civil, quatro sujeitos eram casados e um era viúvo há mais de três anos. Apresentavam baixo nível de escolaridade, em que quatro cursaram até 5ª série do ensino fundamental e apenas um concluiu o ensino médio. Quanto à remuneração da família, a renda familiar declarada foi inferior a dois salários mínimos, e o maior rendimento correspondeu a três salários mínimos nacionais. Em relação à ocupação, três sujeitos eram aposentados e/ou pensionistas, um era agricultor, e uma, trabalhadora do lar.

A descoberta do DM ocorreu após os quarenta anos de idade, sendo que dois sujeitos do estudo possuíam o diagnóstico havia mais de vinte e cinco anos, dois com mais de cinco anos com a doença e um dos sujeitos com um ano de diagnóstico do diabetes. Todos os usuários com DM tipo II eram cadastrados no Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e recebiam acompanhamento na unidade de saúde.

“Deve ser por causa do diabetes”: diagnóstico e percepções sobre a doença

Na convivência com os sujeitos foi possível presenciar vários relatos em relação ao diagnóstico e a descoberta do diabetes. Na observação participante junto às famílias, evidenciou-se as experiências dos adoecidos em relação à doença, suas percepções e suas formas de enfrentamento.

A descoberta do diabetes para três sujeitos estudados parece não ter sido um momento marcante, tendo em vista que ocorreu em meio ao surgimento de outros problemas ou outras doenças:

Eu andava doente, andava com umas tonturas, umas coisas, aí fui fazer exame, consultar, [...] eles pediram uns exames e deu que eu tinha [diabetes], aí disseram que era a glicose que estava alta. (S2 – 73 anos)

O diabetes eu descobri porque eu fiquei doente e fiz tudo que é tipo de exame e apareceu o diabetes, ele [médico] me baixava cada dia um pouco porque eu tinha bastante diabetes, eu sentia fraqueza, tontura, as pernas, não podia caminhar e daí eu fiquei ali [unidade de saúde], aí ele me disse que era do diabetes.” (S4 – 65 anos)

[...] eu passei mal um dia e eles [vizinhos] foram me levar fazer exame, eu não tinha nada [...] quando fizeram o exame do diabetes, aí, meu Deus do céu, eu estava com 900 e pouco de colesterol, 700 e pouco de diabetes e ácido úrico, triglicerídeos, era um coma. (S5 – 52 anos)

Evidencia-se que o diagnóstico da doença ocorreu ao procurar o serviço de saúde no momento do aparecimento dos primeiros sintomas, contudo, sem suspeitar que as manifestações estavam relacionadas ao diabetes. Os sintomas apresentados pelos sujeitos mostraram que o DM foi descoberto em meio a complicações da doença que exigiram a procura por assistência. Alguns estudos mencionam que o diagnóstico é feito quando os pacientes experimentam os primeiros sintomas característicos da doença, como cansaço, sonolência, poliúria e polidipsia ou, então, já diante de manifestações decorrentes de complicações da doença.¹⁴

Nas situações relatadas pelos participantes do estudo percebe-se que a procura por atendimento ocorreu em decorrência de crises hiperglicêmicas, chegando a complicações mais graves, como o coma diabético. Nos discursos, percebe-se que os sujeitos não suspeitaram dos sintomas iniciais do diabetes, devido à convivência com outras doenças crônicas, cujos sintomas são de igual ou maior intensidade que o DM:

Antes de saber que eu tinha [diabetes] sentia seca nos lábios, a língua parece que adormece, adormece os dedos da gente, eu sentia isso, mas o que será? Eu achava que era da pressão, eu tenho problema de pressão [alta]. (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 12/04/12)

[...] eu achei que era do coração, sei lá, tu sabia que meu coração dispara? Eu tenho problema do coração. (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 26/07/12)

Os sujeitos relatam o surgimento de alguns sintomas desconfortáveis para o seu organismo, contudo, as manifestações do diabetes não eram percebidas por eles porque acreditavam que os sinais poderiam ser decorrentes de doenças cardiovasculares. Apesar dos usuários conviverem com o diabetes há vários anos, observa-se a dificuldade em identificar os sinais da doença, o que acaba prejudicando o diagnóstico precoce do agravo. Os indícios de enfermidade podem acontecer facilmente em decorrência de outras doenças, confundindo o paciente, uma vez que o DM tem início insidioso, com sintomas inespecíficos que podem retardar o diagnóstico.¹⁴

O reconhecimento do diabetes é dificultado seja pelo desconhecimento ou pela própria evolução silenciosa e gradual da enfermidade. Entre os sujeitos pesquisados, apenas um foi capaz de estabelecer a associação dos sintomas com a doença:

Eu nem ia no médico, consultava por correspondência, tinha uma amiga minha que consultava em outra cidade, aqui não tinha médico, não vinha médico, daí minha amiga pediu os exames para mim: 'Tu vai consultar, então pede exame, pede para diabetes', porque eu tinha um problema assim, que qualquer arranhão, qualquer coisa corre sangue e dizem que pessoas que têm diabetes acontece isso, aí ela pediu [exame] e eu fui fazer os exames, acusou que eu estava com glicose alta. (S1 – 65 anos)

A desconfiança de uma possível doença ocorreu a partir da percepção que algo anormal acontecia no seu corpo, o que exigiu a busca da confirmação do diabetes por meio de exames laboratoriais. O conhecimento sobre um dos sintomas manifestados pelo diabetes auxiliou na descoberta precoce do diagnóstico, pois os esclarecimentos que S1 possuía sobre o DM contribuiram para a identificação da doença antes do seu agravamento.

Sabe-se que clinicamente, a identificação precoce do diabetes é essencial para a redução dos índices de morbidade e mortalidade, sendo que seu diagnóstico ocorre pela investigação dos sintomas e exames laboratoriais de sangue e urina. Somado a isso, as experiências anteriores dos sujeitos servem de referência para interpretar os processos atuais, decidir sobre suas escolhas e sobre as formas de cuidar de sua saúde.⁴

Em outra situação, um dos entrevistados, ao realizar exames de sangue periódicos, constatou que seu índice glicêmico encontrava-se no limite, sendo alertada pelos profissionais de saúde.

[...] a minha diabetes estava boa, com 99, no limite, até o doutor disse que eu tinha que me cuidar, que já estava pretendendo ter, e outra vez eu fiz, estava com 101, que tive que me cuidar, mas ele [profissional] não dizia que eu tinha diabetes, só que tinha passado do limite, mas depois, nem cuidei, sei eu. Aí, depois que começou a doer a bexiga, comecei a urinar bastante, que fiz exame e apareceu. (S3 – 43 anos)

Percebe-se que o desconhecimento sobre os sinais e sintomas do DM ocasionou o descuido com a evolução da doença. Embora tenha recebido algum tipo de orientação do profissional da saúde, supõe-se que as orientações oferecidas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas por S3, considerando a fala: *mas ele [profissional] não dizia que eu tinha diabetes*. Mesmo que os sujeitos se deparem com um possível diagnóstico positivo da doença, percebe-se que a forma com que o risco para o diabetes foi exposto ao usuário dificulta o entendimento do sujeito sobre a doença.

Partindo dessa situação, é possível refletir sobre a maneira como a pessoa é informada sobre o seu diagnóstico, pois a linguagem utilizada pelo profissional pode ser responsável por uma imagem negativa ou irrelevante sobre a doença. Uma comunicação profissional-paciente deficiente é percebida como um obstáculo no cuidado do usuário com DM, tendo em vista

que há uma valorização da linguagem técnica do profissional, o que impede que alcance o resultado esperado.¹⁵

Para tanto, parece haver um período de esquecimento ou de afastamento em relação ao diagnóstico inicial do DM. Um fato que chama a atenção é o de que, apesar de alguns dos sujeitos conviverem com os familiares que possuíam DM, eles não perceberam as manifestações da doença. As pessoas, de um modo geral, percebem que algo está errado com seu corpo, contudo, passam a realizar os diferentes tratamentos e cuidados somente após o diagnóstico da doença ser estabelecido.¹⁶

Os sujeitos que apresentavam história familiar de diabetes não foram alertados sobre os seus possíveis riscos para o desenvolvimento da doença. Acredita-se que ao considerar a característica hereditária do DM, os profissionais da área da saúde devem salientar as orientações relacionadas à promoção de um estilo de vida saudável dos familiares dos usuários com DM, a fim de detectar precocemente a doença, prevenindo suas complicações.¹⁷

No cotidiano dos sujeitos, como o DM ainda não se manifestava de maneira clara no corpo, por não apresentar sintomas que prejudicassem o trabalho e a rotina de vida dos indivíduos, ele não era percebido como uma doença:

[...] olha, não mudou em nada na minha vida, nem lembro que tenho a diabetes, dizem que é uma doença grave, mas é só se cuidar, tomar o remédio, se controlar, não acho tão grave, é só se cuidar, não tenho nada, para mim não mudou nada, segue o mesmo ritmo de antes, as mesmas coisas, não mudou nada. (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 12/09/12)

Mas eu gosto, essas coisas a gente faz para se entreter, vai levando a vida, o pior é se amoitar, não fazer nada porque eu não sou doente, sou diabética, tem gente que se prevalece, que sou isso e não posso fazer aquilo. (S4 – 65 anos)

Faz tempo que eu não vou consultar, nunca vou no médico, para quê, né, a diabetes é só controlar, já sei o que tem que fazer, me sinto bem, não me sinto doente, então! (S5 – 52 anos)

Evidencia-se que o diabetes, mesmo tratando-se de uma condição crônica, não representa para os participantes desta pesquisa, uma doença, pelo fato de não apresentar sintomas físicos que restringissem as atividades cotidianas dos sujeitos. A possibilidade de continuar desenvolvendo suas atividades de forma ativa e a ausência de alguma incapacidade era compreendida por eles como uma condição de não doença.

Embora reconhecessem a necessidade de cuidados, os sujeitos se compreendiam como pessoas saudáveis por acreditarem que apenas a execução adequada dos cuidados e adesão ao tratamento seriam fatores que garantiriam a estabilidade de sua saúde. Percebe-se que os

sujeitos ficaram indiferentes, ignoraram ou mesmo negaram a existência de sua doença. As pessoas frequentemente possuem uma imagem do próprio corpo como um organismo em perfeito estado de saúde, quando não conseguem mudar a imagem que possuem de si, isso pode acarretar na negação de sua condição.¹⁸

Para os sujeitos, o diabetes demanda uma rotina de cuidados, contudo, pelo fato de não depender de medicamentos e não exigir a procura freqüente dos serviços de saúde, era classificado por eles como um estado saudável. Além disso, a condição de não doença era fortalecida quando os sujeitos, em suas falas, manifestavam o caráter silencioso e assintomático da doença:

Coisa triste a gente sentir dor, a gente com dor não fica bem, ainda mais a gente que tem que trabalhar, né, não tem quem faça o serviço, é tu ou tu. Então, com dor fica mais difícil mesmo, e o diabetes é uma praga, porque a gente até se sente, mas não é uma dor, porque quando é dor parece que a gente se assusta e aí corre para o médico. (S1 – 65 anos)

A diabetes em si ela não é de atacar muito, a pressão quase igual, é uma coisa que quando está boa daqui a pouco já está alta, e o diabetes também, porque o diabetes assim como ele está, ele vai levantando. Só que a gente vai ficando mais velha, sei lá, porque, quando ela ataca [diabetes], até no tu levantar, arroteia a cama, as coisas, a diabetes não é que seja uma coisa que dá uma dor, nada, não dói. (S4 – 65 anos)

O diabetes em si não tem perigo, o que é ruim é a complicação que traz, é nas vistas [olhos] e no rim, eu sei, mas parece que se a gente não sente, não se dá conta, não dói, não se pronuncia, quando eu me machuco eu saro logo, não tenho problema de cicatrização. (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 19/08/2012)

Na visão dos usuários, o fato do diabetes não manifestar sintomas que o caracterizem como uma doença faz com que os indivíduos só percebam a sua instalação e evolução quando se agrava ou surgem às complicações. Nos relatos, percebe-se a valorização da dor como característica de morbidade, uma vez que, para esses sujeitos, não há um agente causal ou limitações que gerem incômodo, o que reflete na percepção do diabetes como não doença. Desse modo, o diabetes é uma doença invisível, que não apresenta manifestações para os sujeitos. Pesquisas mostraram que os norte-americanos não consideram o diabetes como uma doença muito grave, principalmente se comparada com o câncer e as doenças cardíacas, por ser uma condição crônica assintomática ou com sintomas pouco limitantes nos seus primeiros anos.^{17,19,20}

A dor é caracterizada como um sinal de alerta para uma enfermidade. No caso do diabetes, por ele não manifestar dor ou sinal de sofrimento, desconsideram-no como uma condição de adoecimento. A dor faz parte do viver humano e, como tal, é complexa e

permeada por sentimentos subjetivos que interagem com o ambiente sociocultural, sendo sentida de maneira diferente por cada um.²¹ A dor é construída socialmente como uma característica que representa a condição de doença, todavia, quando não se manifesta em algumas doenças pode prejudicar o reconhecimento, diagnóstico, manejo e o controle da enfermidade.

Observa-se que a preocupação dos sujeitos centra-se no aparecimento das complicações ocasionadas pelo diabetes, desse modo, o tratamento é realizado visando evitar o seu agravamento. A definição de doença é relacionada ao sintoma atribuído a determinada enfermidade, como se representasse um sinal convencional de incapacidade ou angústia decorrente e esperado da condição de doente.²²

As pessoas com diabetes que ainda não apresentam as complicações e limitações em suas atividades cotidianas aparentam ter sinais mais positivos de aceitação da doença.

[...] a vida é essa, a gente vive o dia a dia, sou uma pessoa, me sinto bem em qualquer situação boa ou ruim. Agora ela [diabetes] faz parte da vida e doença não é o fim, o fim se tiver em fase final, a gente se cuidando, a gente vive com ela [diabetes] uma vida inteira, morre de velho, não dela [diabetes]. Então acho que sou uma pessoa feliz, porque acho que felicidade é aquele que se sente bem com as coisas que rodeiam. (S1 – 65 anos)

[...] a gente vai tocando a vida, a pessoa que é doente crônica assim tem que, não pode se murchar com a doença, ir levando ela, desde a diabetes, não pode se amontoar por ela, senão ela vai subindo, se ficar sentada, é pior. (S4 – 65 anos)

Esses sujeitos apresentavam uma boa aceitação do DM, uma vez que a vivência com a doença foi compreendida por eles como uma nova fase de suas vidas, que exige cuidados, mas que se consegue “enfrentar”. Entende-se que a visão da doença como *algo que eu tenho que cuidar* denota a consciência de sua cronicidade.

Desse modo, acredita-se que o adoecimento crônico estabelece alterações significativas no cotidiano dos indivíduos e em todo o seu relacionamento com o ambiente, exigindo readaptações frente às novas estratégias de enfrentamento. A maneira como as pessoas interpretam a origem, a importância e o efeito da doença sobre seus comportamentos e relacionamentos influencia suas decisões na busca de cuidados. O diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. Assim, a modificação do estilo de vida exige um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro.²³

Por outro lado, os sujeitos que já vivenciaram alguma complicação do diabetes encaram a doença de forma negativa:

O diabetes traz muita complicação, tipo o meu tio, ele está ruim desse jeito por causa do diabetes, tudo piora, né, ele [diabetes] prejudica tudo, todo o corpo, eu sei disso [...] eu estou com problema grave de coluna, até fui no médico, o diabetes piora tudo, mas o que me incomoda é a coluna. (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 08/08/12)

Mas o diabetes é assim, acho que esses problemas de bexiga, é por isso, puxa tudo, fica com o organismo fraco. (S3, Fragmento diário de campo, 12/05/12)

O adoecimento de um membro da família, um ente querido, ou um tratamento de saúde que trouxe transtornos foram apontados como eventos estressantes e negativos do diabetes. A partir das experiências próprias ou de familiares que tinham diabetes, os sujeitos enfocaram a preocupação com os danos que a enfermidade ocasiona no organismo, especialmente por se tratar de uma doença silenciosa que se manifesta quando há gravidade no quadro clínico do paciente.

Ainda, o entendimento do diabetes como algo negativo em suas vidas surge da ideia de que o diabetes em si ocasiona o aparecimento de outras doenças, como enfatizado no relato do S3: *puxa tudo, fica com o organismo fraco*. Há compreensão do diabetes como uma doença que “enfraquece” o organismo, o que predispõe ao surgimento de outras enfermidades no corpo, pois *prejudica tudo, todo o corpo*. A definição do diabetes não como um problema em si, mas como algo que predispõe a outras intercorrências, se dá talvez pelo reconhecimento da sua instalação no sangue, o que prejudicaria e afetaria o organismo.²⁴

Há uma busca de explicações para as alterações percebidas no organismo e o diabetes aparece como provável coadjuvante nesse processo, mas há sempre uma outra causa mais concreta, ou seja, uma doença mais expressiva. Os sujeitos destacam outros agravos, como problema de coluna, infecções do trato urinário, problemas gastrointestinais, cardíacos, por estes apresentarem sinais de sofrimento e limitação, representando elementos que se caracterizam como uma morbidade.

Porque eu fui num especialista que dá remédios de ervas lá, aí, quando eu fui lá, ele me perguntou o que eu sentia, o que eu tinha, eu fui dizendo tudo, que era hipertensa, diabética, sofria, do coração, que tinha consultado para a cabeça quando a minha mãe faleceu, contei tudo [...] daí consultei com ele para a cabeça, apareceu mesmo um problema na cabeça que podia me prejudicar e ele disse: ‘Tua cabeça e teu coração estão bem fraquinhos, mas eu vou dar um remédio para a dor de cabeça, para o problema na cabeça que está fraca. (S4 – 65 anos)

O diabetes faz tempo que não vejo, mas o que me ataca muito é o problema de coluna, isso sim me deixa mal, não consigo fazer nada, sinto muita dor nas costas, no pescoço, fui consultar em outra cidade, vou ter que fazer cirurgia. (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 28/06/12)

Há uns 5 anos deu que eu estava com gastrite, gastrite nos rins, mas eu acho que provocada por uma bactéria [...] suponho grave porque me dava as crises [...] comecei o tratamento e faz tempinho até que não faço endoscopia. (S1 – 65 anos)

A ausência ou a irrelevância dos sintomas do diabetes ocasiona a falta de valorização de sua gravidade. O surgimento de sinais decorrentes das comorbidades revela-se significativo para os sujeitos, uma vez que os relatos de queixas ou sintomas oriundos de outras enfermidades fortalecem o caráter silencioso do DM. O fato dos entrevistados atribuírem mais importância às doenças correlacionadas pode levar o paciente a encarar o diabetes de uma forma despreocupada, dificultando a adesão ao tratamento. O diabetes passa a ser uma questão secundária e um problema menor frente aos outros que enfrentam em seu cotidiano.²⁵

A consciência da perda da condição de "indivíduo saudável" se dá, muitas vezes, tardiamente, após a ocorrência de complicações oriundas do mau controle glicêmico.²³ O fato de alguns profissionais de saúde darem ênfase excessiva às proibições pode ser entendido pelo paciente sob uma perspectiva sombria e negativa para o convívio com uma doença.²⁶ Após a etapa de reconhecimento da doença, há uma busca de aceitação da nova identidade de vida, uma vez que os sujeitos passam a conviver com enfermidade de longa permanência que causa reflexos importantes em suas próprias vidas e nas relações sociais.

“Sangue doce que a gente tem”: definições sobre o diabetes

As explicações elaboradas, após o diagnóstico, tendem a buscar identificar erros passados que poderiam ter contribuído para o seu adoecimento, tendo em vista que os sujeitos correlacionaram explicações biomédicas ao seu modo de vida. Apesar de quatro dos sujeitos conviverem com a doença havia mais de 5 anos, eles ainda apresentavam dificuldades em defini-la, o que fica evidente nas falas abaixo:

Diabetes, o próprio nome já diz: Diabo, coisa boa não é, dizem que é o pâncreas que não produz insulina. (S1 – 65 anos)

[...] sei lá, nem sei em que órgão dá, dizem que é no pâncreas, e isso serve para quê? (S5 – 52 anos)

[...] eu acho que é no pâncreas, no baço, sei lá, a vó [materna] tem [diabetes] mas sempre comeu de tudo, da mesma comida que nós, ela senta na mesa e manda comida, eu nunca pensei que ia ter também, porque a mãe não tem. (S3 – 43 anos)

O diabetes para esses sujeitos é definido como uma doença do pâncreas e da falta de insulina no organismo. Há o interesse dos sujeitos em identificar o órgão que é acometido pela doença, mesmo sem entender realmente a sua etiologia. Eles esboçam tentativas de argumentos que buscam explicação no discurso biomédico e biológico da enfermidade. Localizar o problema de saúde em uma determinada parte do corpo implica na materialização do diabetes, com vistas a ordenar as sensações vagas ocasionadas pela doença, apoiando-se nos conhecimentos biomédicos como alternativa para o enfrentamento da enfermidade.²⁷

Outros o descreveram ainda como o “excesso de açúcar no corpo”, associado à alimentação pela ingestão de açúcar e de outros alimentos:

[...] eu acho que o sangue fica assim [grosso] por causa da diabetes, porque todos os alimentos que a gente come ele vai grudando nas veias e vai fechando, inchando. Aí, em vez de cruzar ele demora para passar, aí que dá os inchaços, porque eu notava que eu ficava inchada, agora que comecei a tomar remédio, eu não incho mais. Porque dizem que é sangue doce que a gente tem, essa tal de diabetes, sei lá se é mesmo, os médicos dizem para a gente que é, mas do que ela se cria não sei. (S4 – 65 anos)

A gente sabe que diabetes é a falta de insulina no sangue, cria as bolinhas de açúcar, eu sei, os médicos nos [familiares] explicaram. (S2 – 73 anos)

Evidencia-se que para eles o organismo humano é grande sistema formado por tubos conectados por onde passa o sangue, e que em decorrência do diabetes esse sangue fica “pesado”, dificultando a passagem no tubo, ocasionando o diabetes. Em um estudo sobre as representações sociais sobre o diabetes, identificou-se que os sujeitos, ao localizarem a doença no corpo (sangue e pâncreas), buscam concretizar as sensações vagas sobre o diabetes, complementando os saberes herdados da biomedicina.²⁴

As concepções de saúde/doença têm características que variam de acordo com o contexto sociocultural, ou seja, as interpretações que os sujeitos dão à saúde fazem parte de uma série de concepções, valores e experiências que são compartilhadas pelas pessoas que participam de uma mesma cultura, em que as representações e práticas populares de saúde são trocadas entre si na convivência do dia a dia.²⁶

A hereditariedade foi lembrada por alguns entrevistados. Nesse caso, a doença seria um presente ou uma herança que vem de família:

Pois decerto é da família, não sei, de herança, a vó [materna] tinha diabetes, mas ela sarou da diabetes, uns dizem que é de família, coisa, mas eu não sei. Olha,

sinceramente, eu não sei por que eu tenho diabetes, de certo é para ser. (S3 – 43 anos)

Acho que causou por causa da família, é de família, porque a gente do meu pai tudo sofria de diabetes e de coração, quase tudo eram [pessoas com diabetes], e ele morreu do coração e assim uns quantos [familiares] tinham diabetes. Deve ser de família, puxa por aquele sangue daqueles, não dá em todos, mas dá em uns e outros [...]. (S4 – 65 anos)

Observa-se que a herança genética é entendida como um fatalismo ou como um destino não modificável, um legado que deve ser vivenciado, como segue a fala de S4: *o escolhido tem para passar, diz que a gente tem uma cruz para carregar, a minha deve ser o diabetes*. Aceitar as situações que desorganizam a vida e a submissão ao destino faz com que o profano se submeta ao sagrado, assim, os acontecimentos previsíveis, como a doença genética, torna-se previstos e explicados, substituindo a fatalidade.²⁸ Contudo, em algumas situações, os sujeitos são os primeiros casos conhecidos na família de diabetes:

Eu não entendo por que a minha filha é diabética, dizem que é hereditário, mas eu não tinha diabetes na época que surgiu nela e que eu saiba nem na família tinha. Sei lá se tinha também, naquela época a gente nem sabia, não sei se tinha na família, se tinha não sabia, porque eu nunca soube. Outros dizem que é de comer muito doce, mas eu não sou de muito doce, sei lá, por que eu tenho. (S2 – 73 anos)

Apareceu do nada, não tenho diabético na família, nunca comi açúcar em demasia, nem gulodices, nem coisa nenhuma. Até porque na época que me criei não existia, me criei na serra, trabalhando na roça, comendo os alimentos, arroz, feijão, essas coisas naturais ou na horta, sempre tinha salada, minha mãe tinha uma horta enorme. Então, doce até a gente não usava, era uma coisa que não se comprava pronto, porque nem, existia para comprar, não sei o por quê sou diabética, não faço a mínima ideia. (S1 – 65 anos)

Quando se verificaram as explicações do por quê haviam desenvolvido o diabetes, observa-se uma incerteza em relação às respostas. Não conseguiram encontrar uma explicação, tendo em vista que não tinham antecedentes na família ou nunca souberam de algum caso. Apesar de mencionarem a hereditariedade e saberem ser uma das argumentações dos médicos, não a aceitavam como justificativa, porque não tinham conhecimento sobre a história de diabetes em seus familiares.

O início do diabetes foi atribuído aos seus hábitos de vida voltados à alimentação inadequada, ao consumo abusivo de doces, bebidas e cigarro.

Nunca entendi por que eu tive diabetes, dizem que o sangue fica doce, de comer muito açúcar, gosto de comer, sou mais do salgado, de carne, coisa forte eu gosto também, deve ser disso então. (S5 – 52 anos)

É de comer, não é?! de comer arroz e feijão, aí não pode comer nada, uns dizem que é de comer! Sei lá [...]. (S3 – 43 anos)

O consumo de bebida alcoólica e o cigarro são percebidos como fatores que prejudicam a produção de insulina, alterando os níveis de glicose no organismo da pessoa que tem diabetes. (Fragmento diário de campo, 12/06/12)

Apesar de não terem um bom entendimento sobre os mecanismos que os levaram ao diabetes, os sujeitos acreditavam que a doença surgiu em decorrência da falta de gerenciamento de alguns hábitos de vida, especialmente voltados à alimentação. Os hábitos alimentares são considerados pelos sujeitos uma das principais causas do diabetes, atribuído à ingestão de doces e consumo de gordura. O hábito de consumo excessivo de bebida alcoólica é entendido como uma prática que pode ocasionar o diabetes, considerando que, para eles, o álcool apresenta em sua composição o açúcar que prejudica o organismo, o que predispõe ao aparecimento do diabetes.

As possíveis causas do diabetes reforçam a ideia de pluralidade que inclui fatores comportamentais, biológicos e relacionais, que trazem a noção de causalidade da doença a partir da explicação da medicina oficial, associada aos acontecimentos de coisas que se fez, não fez, e falharam, e aos eventos significativos da vida.²⁹

Além disso, o uso de medicações por um período longo de vida foi revelado como uma possível causa para o diabetes:

Não sei por que sou diabética, não faço a mínima ideia, às vezes eu acho que pode ser por causa do anticoncepcional, que usei sempre, isso aí eu nunca parei, acho que vai prejudicando o corpo e não sabia do quê, achava que era a idade. (S1 – 65 anos)

A minha irmã tem, mas é por causa dos remédios que ela toma, faz um tempo que ela tem que usar essas medicações fortes, corticóides, por isso deu o diabetes. (S3 – 43 anos)

A utilização de terapia medicamentosa por um período prolongado é entendida como um fator que predispôs ao surgimento do diabetes. Para eles, tanto as medicações “fortes” à base de “corticóides” como os anticoncepcionais orais acarretam danos ao organismo, gerando o DM. A utilização contínua das medicações cria um sentimento de desconfiança acerca da efetividade e dos benefícios dos medicamentos receitados pelo médico, provavelmente resultante de crenças advindas do seu contexto sociocultural.³⁰

Porém, a etiologia biomédica, como se percebe, não é capaz de sozinha convencer sobre os motivos que levaram a desenvolver a doença. Um dos participantes atribuiu a causa do diabetes à vontade Divina:

Como dizem, nenhuma cruz é tão grande que a gente não possa suportar, de certo era para ser assim, eu tenho diabetes, era para ser, Deus é que sabe [...] acho que se eu tenho Diabetes é para ter, Deus quis, porque eu penso assim, Deus não dá algo para a pessoa maior que aquilo que ela suporta. Então, eu penso assim, não pode ficar murmurando, do que adianta, o negócio é seguir em frente, tendo fé e coragem o resto a gente enfrenta. (S1 – 65 anos)

O aspecto religioso se mostrou presente na concepção do sujeito, considerando a doença como de vontade divina. Para ele, o diabetes é entendido como um castigo, uma provação, algo que ele precisa enfrentar e viver como um sinal de superação e força pessoal. A pessoa recebe a doença e suas repercussões com resignação, pois acredita que este é seu destino. O entendimento sobre a interferência divina como força suprema reflete que a Deus pertence a decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura das pessoas, podendo fazer retornar ou manter a saúde ou até mesmo castigar o indivíduo com doenças.³¹

“Um diabetes é de um jeito, outro é de outro”: tipos de diabetes

No intuito de melhor compreender o seu processo de adoecimento, os usuários com diabetes classificaram sua doença usando seus próprios critérios. Na compreensão dos sujeitos, o DM pode apresentar-se em diferentes formas, sendo classificado de acordo com suas características, modificando-se em cada pessoa e organismo:

O pai tinha diabetes, era daquela, que Deus o Livre, da braba mesmo, que ele não comia nada junto com os outros. E não adiantava, quando eles viam estava lá em cima, tinha que levar para o hospital, ficava uns dois ou três dias baixado. Aí vinha embora, ficava bom e depois piorava de novo. Depois ele esteve atacado do fígado e inchou o coração e morreu, tudo por causa da diabetes. E a mãe tinha na família, mas não era tanto, era da comum, então tem dos dois lados. (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 28/08/12)

A minha [diabetes] nunca esteve tão alta, sou diabética, mas não que seja da alta, diz que dá até nas pernas. Tem uma da braba, um tipo que dá mais complicação tipo cegueira e que deixa as pessoas entrevadas das pernas. Então tem vários tipos, e esses vários tipos pioram, um diabetes é de um jeito, outro de outro. (S4 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 28/07/12)

Eu nunca passo mal porque minha diabetes é aquela que aumenta, a da vó [materna] é diferente, a dela diminui, aí ela passa mal, fica meio boba, tem que logo levar para o hospital, senão quase fica em coma, porque é desse diabetes. Tem o 1 e 2, um é mais fraco que o outro. (S3 – 43 anos)

Para essas pessoas, o diabetes é considerado pelo tipo de complicação que o indivíduo manifesta. O diabetes “brabo” diz respeito à doença que gera maior número de complicações, como hospitalização, problemas de saúde, crises hipoglicêmicas e hiperglicêmicas. O diabetes

“comum” se refere à enfermidade que não manifesta complicações agravantes ao paciente, podendo ser considerado o tipo de mais fácil controle.

A forma mais “braba/grave” parece sofrer alterações mesmo com a existência de uma rigorosa dieta alimentar, sofrendo variações nas taxas de glicemia, o que ocasiona agravamento das complicações, diferente do diabetes considerado “mais leve/comum”. O tipo mais brando possibilita alcançar o controle da doença com dieta, atividade física e hipoglicemiante. Em um estudo de caso voltado ao diabetes, o usuário classificou a doença como uma forma mais grave de difícil controle, materializada pela insulina e pelas complicações, e a outra forma como mais branda, possível de ser controlada com medicação oral e regime alimentar.²⁹

A indicação ou não pelo uso de insulina também é classificada como um dos tipos do diabetes:

Quando eu descobri que tinha diabetes, me assustei porque pensei que era da diabetes que tinha que usar insulina, que nem a minha filha, mas aí só com a alimentação eu consegui, aí eu vi que era o diabetes que não precisa, fiquei mais tranquila. (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 13/06/12)

Evidencia-se na fala do sujeito que o diabetes é identificado pelo uso ou não de insulino terapia. Para eles, quando o indivíduo atinge esse estágio da doença, desenvolveu um tipo de diabetes considerado grave, que pode evoluir para uma de suas complicações em que há maior concentração de açúcar no sangue e maior dificuldade para normalizar. A utilização da insulina atesta a piora do diabetes, negligência do cuidado, falha no controle da doença e a dependência química pelo uso de medicações mais fortes.²⁴

A insulino terapia é considerada por alguns sujeitos como uma necessidade que surge com a evolução da doença, ou seja, a necessidade de seu uso significa que a doença está mais grave ou avançada.

[...] esses dias eu fui na unidade, e a minha diabetes estava alta, o médico se apavorou, mandou as enfermeiras fazer uma injeção de insulina. Eu já fiquei apavorada, mas nem dói na barriga, né. Imagina tive que fazer até insulina! Ainda bem que eu não tenho que fazer insulina, isso sim é brabo, levar injeção sempre, aí acho que quando tem que fazer é porque está [com a diabetes] avançada, né, sei lá. (S3 – 43 anos)

Eu tomo todos esses remédios e tomava mais três, nunca usei insulina, graças a Deus, porque aquilo é um castigo! Só com a medicação, porque insulina eu evito, porque acho que quando eu for fazer é porque estou ruim mesmo, depois que começa a usar, não para mais. (S4 – 65 anos)

A dificuldade em aceitar a utilização da insulina emerge da compreensão que essa medicação associa-se a um estágio avançado da doença, por falta do controle do diabetes ou a

realização de cuidados inadequados. Existe em torno da aplicação de insulina uma mística que a torna temida e estigmatizada, uma vez que é considerada por eles como uma agressão ao corpo que gera dependência do organismo, principalmente pela necessidade de aplicações diárias no corpo.

É possível dizer que, na visão dos sujeitos e seus familiares, o diabetes encontra-se controlado na medida em que não haja necessidade de utilizar a insulina, tornando-se uma prática que supõe a negligência dos cuidados: *me cuido para evitar ter que usar isso [insulina] algum dia*. Na opinião de alguns especialistas, o medo do uso de insulina é retratado como uma barreira para o autocuidado, uma vez que os pacientes atribuem a utilização da insulina ao aparecimento de complicações graves ou ao estágio avançado da doença.¹⁵

Observa-se que o uso de hipoglicemiantes com baixa dosagem é considerado como um fator que sinaliza o controle adequado da doença.

[...] nunca usei a insulina, uso os comprimidos, ainda estão com baixo miligrama.
(S1- 65 anos)

Utilizar uma medicação com pequena quantidade de miligramas é vista pelo sujeito como um resultado positivo no tratamento do diabetes. Não fazer uso de insulina e apenas controlar a doença por meio de hipoglicemiantes orais significa que o DM não se encontra descompensado ou em seu estágio avançado. Acredita-se que para o sujeito S1 consumir medicações com maiores dosagens implica no agravamento do seu quadro clínico, o que pode evoluir para o aparecimento de complicações da enfermidade. Desse modo, os cuidados são voltados à adesão terapêutica adequada com vistas a prevenir os agravos.

Dentre as classificações manifestadas pelos pesquisados, o diabetes foi definido como curável/não curável.

O meu vizinho me disse que não tem mais diabetes, de certo curou, e ele tinha bastante diabetes. Não sei se ele sarou, ele trabalha na prefeitura, sabe se sarou? Acho que não, não é fácil sarar, ainda mais tomando esses remédios. Dizem que um [diabetes] não tem cura, mas como é que tem gente que sara e muitos se curam da diabetes, tem uma diabetes que cura. (S4 – 65 anos)

A vó [materna] tinha diabetes, o médico olhou os remédios que ela [avó] tomava da pressão, mas só da pressão, porque o do diabetes o doutor tirou porque ela não tem mais, está normal o diabetes da vó, está louco! Acho que cruzou de lá para cá, no vento, como dizem, é um vírus de certo, a vó se curou, espero que eu também me cure.
(S3 – 43 anos)

Há o entendimento de que alguns tipos de diabetes evoluem para a cura, dependendo de cada organismo. Na percepção dos usuários, os sujeitos que manifestam o diabetes “curável” têm a possibilidade de interromper a cronicidade da doença, abolindo a terapêutica

medicamentosa de seu tratamento. Ao mesmo tempo em que a vivência de “casos de cura” permeia seu entendimento, há a incerteza em relação a “essa cura”: *Sabe se sarou? Acho que não, não é fácil sarar, ainda mais tomando esses remédios.* Observa-se que para esse sujeito, mesmo que o diabetes curável se apresente no organismo do indivíduo, existe uma dificuldade de sarar/curar, considerando o uso de medicamentos como fator agravante para essa reabilitação. Como se as medicações tornassem os adoecidos dependentes do tratamento.

Ainda, evidencia-se que a noção de normalidade é identificada como a própria cura. Para S3 o diabetes encontra-se “curado” quando o nível de glicose já não está alterado, exigindo a banimento das medicações. Na biomedicina, a cura está relacionada ao restabelecimento do organismo após a perda do equilíbrio funcional, enquanto que, no sentido simbólico, ela está ligada à atenuação de sintomas, à capacidade de lidar com dificuldades sem sintomas dolorosos.³²

Somada a isso, a opinião de um dos sujeitos pesquisados traz a sua percepção sobre a cura do diabetes, bem como suas expectativas futuras para a doença:

Acho que não existe nada fazendo pesquisa e coisa [...] espero que eles encontrem a verdadeira causa e descubram a cura do órgão que está doente para ele funcionar, porque dizem que é a insulina que o pâncreas não produz, que causa isso. Mas tinha que tentar alguma coisa no pâncreas, para ver se ele volta a funcionar, porque já escutei coisas, programas de TV, de pessoas que fizeram transplante de pâncreas e sararam da diabetes. Mas isso é uma coisa quase impossível, não existe o órgão, não vão transplantar essa montanha de diabéticos que existe. Então teria que ser outro tipo de tratamento para diabéticos, para poder existir a cura, eu ainda espero a cura, sou otimista, tenho esperança, não sei se vou alcançar, já estou com 65 anos. (S1 – 65 anos)

A cura da doença é entendida como algo possível de ser alcançado, desde que se realize o tratamento e desenvolva um transplante de órgão. No discurso do sujeito há esperança de cura na intensificação do tratamento com vistas a “curar o órgão doente”, mas, por outro lado, existem a dúvida e a impossibilidade desse tipo tratamento. Evidencia-se que para o sujeito a cura está permeada pela visão da biomedicina, relacionada ao restabelecimento do organismo após a perda do equilíbrio.

Considerações finais

Nas experiências e percepções dos sujeitos com relação ao diabetes, percebe-se que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui muitas representações simbólicas e culturais para os indivíduos e famílias. Evidenciaram-se as diferentes

compreensões que os usuários têm sobre a doença, bem como as reinterpretações elaboradas por eles a partir do seu saber culturalmente construído.

Ficou evidente que durante a realização de outros tratamentos e de exames que a grande maioria soube ter diabetes. Esse fato aponta o possível desconhecimento dos sintomas da doença, mesmo depois do seu diagnóstico. O diabetes também insere a condição dupla de se estar doente e saudável ao mesmo tempo, foi revelado nas vivências dos sujeitos, com o caráter silencioso da enfermidade.

Houve referência ao discurso profissional, acerca da etiologia e classificação do DM, associada às experiências dos sujeitos com a doença. As experiências com o diabetes estão relacionadas ao processo de enfrentamento e adaptação pessoal, em que as pessoas incorporam o diabetes no seu processo de viver como algo que afeta o seu modo de vida, que pode trazer uma perspectiva negativa, mas pode promover um desejo de lutar para um viver saudável.

A inserção no contexto de uma comunidade rural possibilitou perceber que a doença crônica não é o centro da vida das pessoas que a possuem, mas envolve mais um aspecto de seu viver. As experiências e percepções sobre a doença têm uma conotação diferente daquela significada pelos profissionais de saúde, visto que a atenção ao DM tem sido eminentemente prescritiva, normatizada e centrada na doença, e não na experiência de adoecimento vivenciada pela pessoa com esse agravo.

Evidenciou-se durante o estudo que existem diferentes modos de ver e viver o diabetes, e que os aspectos sociais, culturais e históricos devem ser tomados como referência pelos profissionais que atuam nesses espaços. A enfermagem necessita promover uma assistência que considere os valores e crenças dos sujeitos, a partir da compreensão da doença não apenas como um processo biológico, mas social, cultural e político. Acredita-se que essa experiência cultural dos sujeitos que Leininger aponta como *emic* poderá ampliar a compreensão e as reflexões acerca da vivência com o DM, em uma comunidade rural.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

2. Brasil. 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.
3. Sociedade Rural Brasileira. População rural no país perdeu 2 milhões em 10 anos, 2011. Disponível em: <http://www.srb.org.br/modules/news/article.php?storyid=4203>. Acesso em 20/10/2012.
4. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [serial on the Internet]. 2010 Sep [cited 2012 Nov 02]; 31(3): 428-434.
5. Faria AP, Bellato R. A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(3): 520-7.
6. Souza NMG, Honorato SMA, Xavier ATF, Pereira FGF, Ataíde MBC. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes *Mellitus*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):139-46.
7. Tinoco ALA, Brito LF. Implicações das doenças crônicas nas comunidades rurais. Espaço do produtor, 2008, Julho-ago; 2 (1): Disponível em: <https://www2.cead.ufv.br/espacoprodutor/scripts/verartigo.php?codigo=6&acao=exibir>
8. Fernandes GCM, Boehs AE. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. Texto contexto - enferm. 2011 Dec; 20(4): 803-811.
9. Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury MA. 2006, 43-82.
10. Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. 2009, 62 (3): 442-446.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em: 20/10/12.
12. Victória GC, Knauth RD, Hasssen NM. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. 64p.
14. Welfer M, Leite MT. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. 2005, Scientia Medica jul./set. 15 (3): 148-55
15. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do auto-cuidado no diabetes. São Paulo: Unesp, 2009

16. Silva DGV, Souza SS, Francioni FF, Mattosinho MMS, Coelho MS, Sandoval RCB, et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006 59(3): 297-302.
17. Ceolin J, De Biasi LS. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. *Perspectiva* 2011, mar 35 (129): 143-56.
18. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008 Feb; 16(1): 101-108
19. Escott-Stump S. *Nutrição Relacionada ao Diagnóstico e Tratamento*. 5.ed. São Paulo: Manole, 2007.
20. Coutinho WF, Benchimol AK. Obesidade morbida e afecções associadas. In: Garrido Junior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.13-7.
21. Budó MLD; Resta DG; Denardin JM; Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2008; 12(1): 90 – 96.
22. Kleinman A. *The illness narratives, suffering, healing and human condition*. USA: Basic Book, 1988.
23. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato A A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 nov-dez; 15(6): 02-8.
24. Barsaglini RA. *As representações sociais e a experiência com o diabetes: enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
25. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2: o sentir, o pensar e o agir. *Rev. Saúde Públ.* 2006; 40(2).
26. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Representações de saúde em mulheres com diabetes tipo 2. *Cienc Cuid Saude* 2008 Jul/Set; 7 (3): 295-303
27. Canesqui AM. Estudos Antropológicos sobre Adoecidos. In: Canesqui AM. Organizadora. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007. p. 19-51.
28. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2011 Feb [cited 2012 Nov 02] ; 64(1): 53-59.
29. Barsaglini RA. “Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: Canesqui AM. Estudos Antropológicos sobre Adoecidos. In: Canesqui AM. Organizadora. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007. p. 53-85

30. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3): 397-406.
31. Barsaglini RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saude soc.* 2010 19 (4): 919-932.
32. Rezende MFC, Oliveira e Silva D. 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. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Agosto, 2011, 02 -16

4.2 Artigo 2

CUIDADO DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS DE UMA COMUNIDADE RURAL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM⁸

⁸ Artigo formatado para periódico “Revista Gaúcha de Enfermagem”, Qualis B1.

RESUMO

Este estudo buscou conhecer os aspectos culturais envolvidos no cuidado com o diabetes mellitus tipo II de um grupo de pessoas que vivem no meio rural de um município do Rio Grande do Sul. Pesquisa qualitativa desenvolvida a partir do método da etnoenfermagem proposto por Madeleine Leininger, utilizando o Modelo Observação-Participação-Reflexão. A coleta de dados foi desenvolvida com os usuários com diabetes mellitus tipo II, no período de março a agosto de 2012, através de entrevista semiestruturada, a observação participante e o diário de campo. Utilizou-se a análise de dados proposta por Leininger constituída pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Os sujeitos desenvolvem o cuidado a partir das compreensões que eles têm em relação à doença e ao cuidado, em que evidenciou-se que os valores culturais podem influenciar de modo direto o cuidado com a doença, uma vez que as práticas culturais estão extremamente inseridas na rotina diária das pessoas. Reconhecer os sujeitos e o ambiente cultural é indispensável a práticas de cuidado culturalmente congruentes, para a saúde e bem-estar do indivíduo.

Descritores: Diabetes Mellitus. Cultura. População rural. Cuidados de enfermagem.

Introdução

A doença crônica é uma enfermidade de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta as funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas dos indivíduos.¹ O diabetes mellitus (DM), por ser uma condição crônica, requer um sistema de gestão contínuo do cuidado com vistas a manter o controle da doença e prevenir os agravos, o que demanda ajustamentos na dinâmica e organização familiar dos sujeitos.²

O cuidado do DM é voltado, especialmente, à redução dos fatores de risco ou à diminuição destes, visto que as práticas nos serviços de saúde apoiam-se em ações medicalizantes e normativas, fortemente influenciadas pelo modelo clínico. No cotidiano dos adoecidos, o manejo da doença direciona-se, principalmente, à tríade caracterizada pelo controle da alimentação, adesão à terapia medicamentosa e à prática de exercícios físicos.

Contudo, um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção aos usuários com diabetes é a baixa adesão ao tratamento, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida.³ São várias as causas que interferem no tratamento do diabetes, estando relacionadas tanto ao paciente, como também aos serviços de saúde, ao tratamento, à doença e à realidade social em que o usuário está inserido.⁴

Sabe-se que as pessoas vivenciam de formas diferentes a experiência de adoecimento e de cuidado. Esse cuidado está intimamente ligado aos valores culturais, os quais compõem o contexto dos indivíduos e conduzem crenças e comportamentos que podem interferir no sucesso da terapêutica. Isso ocorre porque o corpo não é apenas biológico, mas um corpo humanizado pela cultura.⁵

Frente a isso, é importante considerar as implicações e os aspectos que envolvem o cuidado dos usuários, uma vez que a cultura na qual o ser humano nasce ou vive reflete diretamente no modo de perceber o processo saúde/doença, tanto de indivíduos, famílias ou grupos.⁶

A convivência com o diabetes vai sendo construída atrelada aos outros conhecimentos do viver cotidiano do sujeito e, portanto, influenciando-os e sendo por eles influenciados.⁷ Desse modo, deve-se levar em conta também os fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais que permeiam o contexto de vida das pessoas.^{8,9}

Quando se trata de uma população rural, sabe-se que a atenção à saúde deve ser organizada de modo a atender às especificidades territoriais, culturais e sociais desses grupos

populacionais.¹⁰ As ações de saúde em algumas situações podem ser caracterizadas pelo desencontro entre a comunidade rural e os profissionais da saúde, uma vez que a percepção de uns, pode ter significados distintos para outros, principalmente no que diz respeito à cultura local e à forma de cuidar dos diferentes grupos.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de conhecer o modo de viver das famílias em comunidades rurais, tendo em vista que vários estudos apontam que essa população possui características específicas na área de cuidado em saúde.¹¹⁻¹⁵ Para a enfermagem, evidenciar os modos de cuidar e suas múltiplas facetas, torna-se um elemento fundamental para a construção de novos caminhos para o fortalecimento de uma prática pautada no saber popular.

Com isso, o enfermeiro poderá ter uma visão mais holística e será capaz de oferecer uma prática profissional culturalmente embasada, sem choques culturais, conceituada, planejada e operacional, livre da imposição de valores e preconceito.⁶ Assim, este estudo objetivou conhecer os aspectos culturais envolvidos no cuidado com o diabetes mellitus tipo II de um grupo de pessoas que vivem no meio rural de um município de Rio Grande do Sul.

Método

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, apoiado no método da etnoenfermagem desenvolvido por Madeleine Leininger.¹⁶ A pesquisa foi realizada em uma comunidade rural pertencente à área de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família no sul do Brasil. Os participantes foram cinco pessoas com DM tipo II que atenderam aos critérios de inclusão: usuários com DM do tipo II que residiam no meio rural no período da coleta. E o critério de exclusão se referia ao usuário que apresentasse problemas de comunicação e compreensão. Utilizou-se a escolha intencional dos sujeitos com base nas características que contemplavam o objetivo do estudo, com vistas a buscar, dentro de universo empírico, a maior diversidade possível.¹⁷

Para alcançar os objetivos do estudo, a coleta de dados ocorreu entre os meses de março a agosto de 2012, utilizando o guia habilitador proposto por Leininger, denominado de Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R).⁶ Esse guia permite que o pesquisador estude o cotidiano das pessoas de uma forma sistemática e reflexiva, em que, na fase da observação, é possível observar os sujeitos e suas relações com o contexto a ser estudado, e a fase da participação é o momento no qual ocorre melhor interação entre sujeito e pesquisado. A reflexão inicia-se com a entrada no campo e segue até o final do estudo, quando, de posse dos dados, realizam-se leituras para compreender os significados.¹⁸

Denominaram-se como informantes-chave os sujeitos com DM e como informantes gerais os seus familiares.⁶ O critério de saturação foi utilizado para encerrar a coleta dos dados.¹⁷

A análise dos dados baseou-se na proposta de Leininger: a fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa.⁶

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com o número 23081.017021/2011-78 e CAAE 0351.0.243.000-11. Em atenção à Portaria 196/96,¹⁹ que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e, com vistas a assegurar a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas nesta pesquisa, os usuários com DM tiveram seus nomes substituídos pela letra S seguida da ordem numérica (1, 2, 3, 4, 5) e pela idade. Ressalta-se que os nomes próprios presentes no texto são pseudônimos e não correspondem ao nome verdadeiro de nenhum participante.

Resultados e discussão

O estudo foi desenvolvido em uma comunidade rural na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul. A população do município é composta por cerca de 3.107 habitantes, sendo que 83% das pessoas residem no meio rural.²⁰ A cidade é dividida em 17 localidades, incluindo assentamentos, zona rural e urbana. O meio rural encontra-se dividido em 12 localidades, tendo 261 famílias nessas regiões, divididas em seis microáreas. É um município onde há uma diversidade histórica no surgimento de cada localidade, tendo uma miscigenação da população indígena, negra e de imigrantes europeus, com forte influência cultural deixada pelos espanhóis devido à proximidade da fronteira com países latinos.

Os participantes foram quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 43 e 73 anos. Os usuários com DM do estudo caracterizam-se como pequenos produtores rurais, que têm sua subsistência baseada na criação de gado e vacas leiteiras, bem como das plantações de soja e trigo, além de trabalharem nas propriedades vizinhas.

Em relação às condições socioeconômicas dos participantes, destaca-se que todos possuíam casa própria, sendo que dois dos sujeitos haviam cedido parte do terreno para os filhos construírem suas casas. Salienta-se que a localidade é ligada pelo parentesco entre as famílias. Quanto à ocupação dos sujeitos, três relataram serem aposentados e/ou pensionistas,

logo, apresentavam uma renda mensal fixa. Das pessoas que não possuíam renda fixa, duas participantes mencionaram a ocupação de dona de casa e um intitulou-se agricultor.

Saberes sobre o diabetes: percepções culturais

Por meio da convivência com os usuários, constatou-se como os valores culturais podem influenciar de modo direto o cuidado com a doença, uma vez que as práticas culturais estão extremamente inseridas na rotina diária das pessoas. Observou-se que os adoecidos percebem a doença e o cuidado de formas distintas, aplicando na sua vida os conhecimentos adquiridos e apreendidos durante toda a sua trajetória de vida.

Essa aproximação permitiu identificar o conhecimento, os sentimentos e as relações dos sujeitos com a doença e seu tratamento. Observou-se que o convívio com o DM vai sendo incorporado ao cotidiano dos usuários e suas famílias, o curso da doença ficando tão próximo à história de vida dos indivíduos, que se torna difícil o sujeito relatar uma, sem mencionar a outra:

O diabetes a gente tem que aceitar que tem e aprender a conviver com ela, depois que descobri passou a fazer parte da minha rotina. (S2 – 73 anos)

[...] Faz mais de 20 anos que tenho o diabetes, isso é muito tempo não é, uma boa parte da minha vida. (S1 – 65 anos)

Após o diagnóstico do diabetes, os sujeitos passam a *conviver* com a doença e com o passar dos anos a enfermidade torna-se algo natural, e que faz parte da vida do indivíduo. O *viver com* implica os possíveis limites e possibilidades impostos, pois a doença torna-se uma forma de vida e, através dela, o indivíduo fala de si mesmo e de sua própria vida. Pelo seu desenvolvimento silencioso, o diabetes aos poucos se infiltra em todos os aspectos da vida do adoecido, tornando-se parte permanente da vida das pessoas.²¹

A percepção sobre a doença foi sendo construída pelos sujeitos gradativamente, exercitando a observação dos sinais e sintomas que aprenderam a reconhecer no organismo com o passar do tempo:

Eu acho que quando fico nervosa a diabetes sobe [aumenta], não é, acho que, eu sinto que sobe, sinto que está diferente as coisas mesmo, a gente se conhece quando está ruim. (S4 – 65 anos)

Quando estava alta [diabetes] eu já dizia para o médico: eu sei quando está, eu comi tal coisa e foi isso. (S2 – 73 anos)

[...] porque tu te sente mal, não sabe se está com ela [diabetes] baixo ou alto, aí tu precisa medir para saber desde a alimentação, para ti saber o que vai comer, se tem que comer uma coisa salgada ou uma coisa doce, a gente se conhece, aprende a se conhecer. (S1- 65 anos)

Os sujeitos referem que aprendem a reconhecer as manifestações do diabetes, identificando os sintomas e seus significados. Pela convivência de longos anos com os mesmos agravos, conseguem reinterpretar as manifestações da doença, aplicando o próprio tratamento. Pode-se inferir que, ao conviver com o diabetes, os sujeitos se tornam mais confiantes, pois aprendem a conhecer e a identificar melhor o seu corpo, para que aos poucos a experiência cotidiana proporcione a prática necessária para cuidar-se. É preciso compreender que o conhecimento acerca da doença é a base do cuidado para se conseguir o automanejo do diabetes, com o propósito de atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença.²²

Contudo, observa-se que a percepção de “estar doente” apresenta-se quando o DM encontra-se descompensado com o surgimento de seus agravos. Os indivíduos sentem-se “doentes” quando se inicia uma sintomatologia leve, facilmente identificável, que pode ser decorrente de um estágio de hipoglicemia ou hiperglicemia. Alguns participantes já sofreram crises de hipoglicemia ou hiperglicemia ou as presenciaram em algum familiar, situações estas que contribuíram para a identificação dos sinais:

Se aumenta, daí tu, quando sobe lá em cima [glicose], a minha irmã que ia a 500, e se ia para 500 ia para UTI [Unidade de Terapia Intensiva], levada bem dizer em estado de coma para cidade, abaixou demais e outra vez de novo [...], quando eu estava lá a gente via que baixava quando ela começava a cair, a amolecer, ficar boba, e podia ver que a glicose estava lá embaixo. (S3 – 43 anos)

[...] eu adorava comer melancia e comia, quando eu fui ver estava alta [diabetes], subia lá em cima, e fui parar no hospital, coisa bem ruim, a gente passa muito mal [...] agora eu já sei como é, já me cuido e evito. (S4 – 65 anos)

[...] às vezes baixa demais [diabetes] e a gente é obrigado a comer uma coisa doce e voltar ao normal, passa mal [...] porque tu te sente mal, não sabe se está com ela [glicose] baixa ou alta, aí tu precisa medir, para saber desde a alimentação, para ti saber o que, qual os hábitos de cuidado, acho que seja isso. (S1- 65 anos)

A experiência com a hipoglicemia ou hiperglicemia apresenta-se em forma de desconforto físico e mal-estar, sendo necessária em alguns casos a hospitalização. Os sujeitos desenvolvem uma capacidade de reconhecer os sintomas, refinando suas percepções corporais, com vistas a identificar precocemente os sinais ocasionados pela alteração da glicose. No entanto, observa-se no cotidiano dos sujeitos uma certa dificuldade em diferenciar as crises de hipoglicemia e hiperglicemia, não conseguindo distinguir os sintomas apresentados em cada caso.

As crises de hipoglicemia e hiperglicemia aparecem como dimensões que provocam dificuldades para o autocuidado, assim, o controle da glicemia busca aproximar-se da normalidade.²³ Para S1 a aferição da glicemia capilar em casa auxilia na detecção dos níveis

de glicose, possibilitando identificar o nível glicêmico com vistas a desenvolver um cuidado condizente para o restabelecimento do seu quadro clínico.

A automonitoração da glicemia favorece o alcance das metas de controle glicêmico, contribui para o reconhecimento da hipoglicemia e hiperglicemia e para a diminuição dos episódios de complicações agudas, evitando o aparecimento das complicações crônicas ou reduzindo a sua incidência.²² Para tanto, apenas um dos pesquisados possuía o glicosímetro no domicílio, incorporando em sua rotina a prática diária de aferição de glicose para evitar a ocorrência dessas crises. Percebe-se que os sujeitos mostram temor diante da possibilidade de uma nova crise, desse modo, os cuidados com o diabetes eram intensificados quando apresentavam alguma indisposição ou percebiam que o nível glicêmico estava descompensado.

A glicose alterada é percebida pelos sujeitos quando eles identificam sintomas expressivos no seu corpo, sendo que dentre os sinais mais citados estão a polidipsia, poliúria e polifagia. Nos relatos evidenciou-se que a vontade excessiva de comer doce era atribuída como um sintoma característico do diabetes:

Dizem que o diabetes é de comer doce, eu como doce, sempre comi, mas nada exagerado assim, pelo menos eu acho, mas parece que, depois que descobri que tenho diabetes, sinto uma vontade de comer, mas comer coisa doce, nem que seja uma bala. (S3 – 43 anos)

[...] de vez em quando a gente come, faz um doce e come, porque dá vontade, parece que no diabético a vontade é maior ainda. (S1 – 65 anos)

Tem dias que sinto uma vontade desesperada por doce, que coisa, acho que é o diabetes que causa isso. (S4 – 65 anos)

[...] acho que a vontade do doce dá quando a gente está com ele baixo [diabetes], para regular, sei lá. (S2 – 73 anos)

A necessidade de consumir o doce é relatada pelos sujeitos como algo incontrolável e irresistível, sendo atribuída como um sintoma próprio do diabetes. Apesar de manifestarem essa vontade antes do diagnóstico da doença, para eles, esse desejo potencializou-se após a descoberta do DM. A confirmação da doença intensifica o “apetite incontrolável” como uma característica da enfermidade, que se comporta como entidade externa, detentora de vontade própria, que precisa ser alimentada com açúcar. Essa representação pode proporcionar ao sujeito certo conforto moral por eximi-lo da culpa pela transgressão alimentar e negligência com a sua saúde.²¹

O consumo de alimentos doces, se por um lado está associado à alteração das taxas de glicose no organismo de indivíduos com diabetes, por outro lado é percebido como uma

característica própria da enfermidade. A intensificação da vontade de comer doces é considerada pelo adoecido como uma necessidade que a doença manifesta, no intuito de produzir conforto moral ao indivíduo.²⁴

Os sujeitos acreditavam que existem alguns fatores que alteram o diabetes, identificando a temperatura, o consumo excessivo de alguns alimentos e o estado nervoso como agravantes para o diabetes:

No inverno, eu tenho sempre dor a urinar, eu acho que no inverno a diabetes fica mais descompensada, não sei se tem haver isso do clima, mas eu acho que tem, eu sinto pelo menos, a pressão e o diabetes também. Diz que é pior no inverno, diz o médico, e sinto que no inverno se eu sair lá fora, com uma blusinha que nem esta [fina e manga longa], eu venho de lá ruim, pegou vento eu fico toda manchada, dá pele sensível por causa do diabetes. Parece que assim tu colocar a mão na água fria, depois eu não sinto as mãos, lavar a roupa no tanque, a gente fica um pouco lá, Deus o Livre, uma coceira, uma coceira... Acho que é do Diabetes, água muito fria e o problema da diabetes, problema que a gente tem, diabetes pressão alta e a pele fica sensível. Mas quando eu era nova não tinha nada disso, [risos] ou é a idade, [risos] não sei, sei que é brabo, eu sinto essas coisas. (S4 – 65 anos)

O diabetes é uma coisa que às vezes está boa e de vez em quando ela dá uma levantada conforme o que tu come, porque, se tu comer alguma coisa forte, eu acho que ela levanta com o doce, levanta a diabetes. (S2 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 12/07/12).

[...] agora que a minha irmã estava doente, que eu fui para lá cuidar dela, eu fiquei bastante nervosa de ver o estado dela, ela estava ruim mesmo, e eu me ataquei dos nervos e acho que isso levantou a minha diabetes, eu não medi, mas eu sentia que estava ruim. (S3- 43 anos)

A temperatura do ambiente é percebida como um fator que prejudica o diabetes, causando alterações nos níveis glicêmicos. A relação do frio e calor com a variação glicêmica do organismo, o que para o sujeito ocasiona complicações no seu quadro clínico. Para S4 o diabetes provoca sensibilidade na pele, ao ser exposta às alterações climáticas desenvolve sinais de agravo pelo corpo. Os indivíduos que sofrem de doenças crônicas têm risco acrescido às consequências indiretas do clima, como é o caso das pessoas com diabetes, com problemas cardiocerebrovasculares e pulmonares.²⁵

O consumo de doce também é compreendido por S2 como um desencadeador do diabetes, uma vez que, ao consumir certos tipos de alimentos, ocorre o aumento imediato nos níveis da glicose, especialmente ao consumir alimentos *fortes* e doces. Observa-se que essa noção do doce como potencializador do aumento da glicose surge do aprendizado biomédico apreendido pelos sujeitos, que atribuem a causa do diabetes ao açúcar no sangue.

O estado nervoso é considerado como um fator que gera comprometimento no diabetes, sendo que, para os sujeitos, há elevação da glicose em períodos de estresse ou modificação emocional. O *ataque de nervos* é caracterizado pelos adoecidos como período de nervosismo

e tensão intensa que afetam o controle da doença, uma vez que relacionam a doença ou a piora da condição de saúde, como uma resposta física, aos seus problemas emocionais. As fortes emoções, como situações de tensão, desencadeiam inúmeras reações somáticas no organismo humano, trazendo repercussões biofísicas para os sujeitos acometidos por uma doença crônica. Estudos afirmam que os fatores emocionais podem atuar tanto na etiologia da doença, no seu agravamento, como também no seu controle e, na prevenção de complicações.^{21, 27, 28}

Além disso, os sujeitos acreditam que o diabetes ocasiona sensações de inquietação, ansiedade e até mesmo depressão:

Não é que eu queira ficar nervosa, mas eu fico, me sinto, qualquer notícia eu fico desinquieta, deve ser por causa do diabetes, mesmo que não seja comigo, seja com outros, parece uma coisa fica assim inconformada, sei lá, sou mais sensível [emocionalmente]. (S4 – 65 anos)

[...] só que me dá, assim, fraqueza, trabalho menos, não faço minhas coisas como fazia antes, mas é que gente vai ficando velha e tem a diabetes, quando me dá as crises eu fico às vezes meio depressiva, mas depois passa, eu sinto que eu fico, aí já sei do que é. (S1 – 65 anos)

Depois do diagnóstico do diabetes, os indivíduos referem que se sentem mais sensíveis, ansiosos, inquietos e depressivos em certos períodos do dia ou na ocorrência de alguma situação. O DM trouxe consigo uma variedade de sensações que comprometem a rotina diária dos sujeitos, pois eles se apresentam debilitados fisicamente e emocionalmente.

A sensibilidade emocional é compreendida como uma característica própria do diabetes, em que o adoecido perpassa por momentos de inquietação e ansiedade, afetando seu estado nervoso. Essa incapacidade em não conseguir desenvolver suas atividades diárias como antes parte da ideia de que o diabetes gera indisposição e desânimo. A *crise* retratada por S1 surge dos períodos de variação dos níveis de glicemia, em que o indivíduo sente-se mais vulnerável à doença, ocasionando momentos de depressão.

Acredita-se que essas sensações podem surgir da noção de incurabilidade, que acaba produzindo no sujeito a ideia de progressão da doença, de sua cronicidade e complicações. As emoções e os traumas podem precipitar o aparecimento da doença em pessoas que já tenham características genéticas para desenvolvê-la, e é possível que, após emoções, sustos, estresse e contrariedades, a glicemia aumente.²⁹

Práticas Culturais de cuidado com o diabetes

O convívio com a doença crônica leva as pessoas e suas famílias a centralizarem suas atividades em torno da doença e do tratamento. O cuidado dos usuários com diabetes pode ser evidenciado nas práticas de vida dos indivíduos voltadas ao monitoramento da enfermidade, tais como: alimentação, práticas de exercícios físicos, uso de medicação e acompanhamento com equipe de saúde.

Contudo, durante a convivência com os sujeitos do estudo, percebeu-se que, apesar do reconhecimento acerca das condutas a serem seguidas e impostas pela condição crônica, o manejo do diabetes a partir das múltiplas rotinas é confrontado, em algumas situações, pelos valores culturais inseridos na vida dos sujeitos. Nesse mundo de relações socioculturais, as pessoas vão desenvolvendo a compreensão da realidade e os modos de cuidar a partir do ambiente no qual crescem e se desenvolvem.³⁰

Assim, observou-se que as práticas de cuidado direcionadas ao diabetes são desenvolvidas com base nas experiências de vida dos sujeitos, permeadas por questões sociais, econômicas e culturais. Toda cultura possui conhecimentos e práticas de cuidados que são influenciadas pela visão de mundo, a linguagem, a religião, as relações de parentesco e pelo contexto do ambiente onde se insere.¹⁶

No modo de cuidar dos sujeitos do estudo, a medicalização é mencionada como a primeira atitude a ser incorporada ao cuidado cotidiano do diabetes, seguida pelas mudanças dos hábitos alimentares, sendo que apenas dois dos sujeitos mencionaram a importância da atividade física nesse processo:

[...] diabetes é cuidar da alimentação e tomar o medicamento, claro que de vez em quando tem que fazer um exercício, eu até me alongo, faço uns alongamentos, mas o principal é a dieta e o remédio [...]. (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 18/04/12)

O que eu sei é que tem que cuidar a comida e tomar os remédios, é o principal no tratamento da diabetes, prevenir que ela se agrave. (S2 – 73 anos)

[...] para cuidar eu acho que é fechar a boca, e tentar se movimentar mais, fazer um exercício, sei lá, é o que os médicos dizem para a gente fazer. (S3 – 43 anos)

Na concepção dos sujeitos, as mudanças nas práticas de vida surgem como um importante componente para a manutenção da saúde, uma vez que são reconhecidas como formas de prevenir ou reduzir os danos decorrentes do diabetes. Evidencia-se que o cuidado está centralizado na adesão à tríade dieta, medicação e exercício físico, como uma regra a ser seguida, sofrendo forte influência do cuidado profissional. Quando S3 refere *é o que os médicos dizem para a gente fazer*, evidencia-se que ele busca seguir as recomendações

prescritas pela medicina clínica. As orientações impostas pelos profissionais de saúde direcionam-se para a oferta de intervenções clínicas e educativas baseadas em um plano de tratamento que busca contribuir para o alcance de resultados satisfatórios, principalmente em relação ao controle metabólico do diabetes.³¹

A terapia medicamentosa é a primeira conduta de cuidado adotada pelos sujeitos da pesquisa, tendo em vista que todos eles fazem uso de medicação oral para tratar o diabetes. Na rotina dos usuários acompanhados, observou-se que a medicação é valorizada no tratamento da doença, sendo que a incorporação do medicamento é percebida como uma regra para o cuidado e como natural à condição de ter diabetes:

Eu sei que vou ter que tomar remédio pela minha vida inteira, já é algo que eu acostumei, é automático [...] nem sempre eu tomo no horário certo, depende do que eu estou fazendo, mas sempre eu tomo. (S4 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 27/06/12)

O cuidado da doença, envolve o uso do remédio, isso eu sei, tem que tomar, porque senão ela [diabetes] pode alterar. (S1 - 65 anos)

[...] quando descobri o diabetes e a pressão alta [hipertensão arterial] sabia que teria que usar medicação sempre [...]. (S5 – 52 anos)

Na percepção dos sujeitos, a utilização de medicamentos contínuos parece se constituir em um recurso indispensável para a pessoa que tem diabetes restabelecer a normalidade dos quadros de glicemia. O uso do medicamento, na visão dos usuários, é uma necessidade inerente ao fato de estar com uma condição crônica, em que o *tomar remédio pela minha vida inteira* se constitui uma prática imprescindível para o cuidado e controle da doença. O medicamento, entre outras funções simbólicas, tem assumido papel de mercadoria propensora de saúde, onde o medicamento pode ser visto como um signo ou símbolo composto de uma realidade material que, no caso, a pílula, a solução, a ampola, etc. remete a um conceito do que é a saúde.³²

Todavia, observou-se que, no cotidiano dos sujeitos, os medicamentos prescritos pela medicina científica têm as suas doses e horários modificados a partir das concepções que os sujeitos apresentam sobre sua condição. Mesmo que os usuários considerem o uso de medicamentos eficaz e necessário para o seu tratamento, em algumas situações, ocorrem alterações na sua administração diária:

O familiar de S5 demonstra preocupação em relação ao consumo de medicações associadas ao uso da bebida alcoólica, pois é percebido como prejudicial ao organismo dos usuários com diabetes, podendo causar reações ao corpo. (Fragmento diário de campo, 30/05/12)

S1 apresenta problemas de desconforto gástrico, segundo ela é uma gastrite que a acompanha por muito tempo, faz tratamento mas tem períodos em que se manifesta

intensamente. Hoje, quando cheguei ela me disse que estava com uma *crise de gastrite*, havia se medicado, contudo, observei que as outras medicações para diabetes e hipertensão não foram tomadas. Questionei o motivo e ela referiu que prefere não tomar as demais medicações nos dias em que se sente desconfortável porque acredita que elas prejudicam ainda mais o seu estômago. (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 09/05/12)

A utilização da medicação é repadronizada pelos sujeitos a partir das suas percepções sobre o efeito dos remédios, havendo o entendimento de que as medicações são benéficas para o controle da glicose, mas podem prejudicar ou gerar complicações ao organismo em determinadas situações. Associar a terapia medicamentosa ao consumo de álcool é revelado como um fator que gera preocupação para o familiar, uma vez que essa interação pode ocasionar reações adversas no adoecido. A bebida alcoólica é considerada uma prática prejudicial ao controle do diabetes, pois o açúcar presente na bebida pode provocar agravos ao corpo.²³

No caso de S1 os medicamentos são evitados em períodos em que sente-se mais frágil e debilitado por outra doença, pois acredita que o consumo das medicações específicas para o DM podem comprometer ainda mais o seu estado de saúde. As escolhas dos indivíduos são feitas com base na experiência, nas interpretações das sensações corporais e nas conclusões a respeito da compatibilidade ou incompatibilidade dos medicamentos ao seu organismo. Dessa forma, o uso de medicamentos não se resume apenas a uma prática terapêutica, pautada no modelo biomédico, mas também pode ser considerado como fenômeno vinculado a significados e sentidos, onde o uso de medicamentos também pode ser uma prática social e cultural inserida no cotidiano.³³

As pessoas procuram atribuir significados adquiridos através de vivências e experiências decorrentes da utilização do medicamento no decorrer de suas vidas:

O dia em que eu não tomo o remédio, eu sei que sobe, e sinto que a diabetes altera. (S4 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 16/06/12)

Observa-se que S2 sempre toma a sua medicação após o almoço, acompanhado pela ingestão de água. Quando questionei o motivo, a mesma referiu que a *medicação não deve ser tomada com estômago fraco, é preciso alimentar-se antes.* (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 12/07/12)

[...] *antes de tomar o remédio, eu sempre tomo meu café antes, não gosto de usar o remédio de estômago vazio [...].* (S1 – 65 anos)

Prefiro tomar a medicação de manhã e de noite, porque de manhã fica mais fácil, não me atrapalha durante o dia e de noite, é bom porque depois eu vou dormir. (S5 – 52 anos)

As especificidades relacionadas a quando, como e onde utilizar o medicamento surgem das experiências apreendidas durante o manejo do diabetes. A facilidade de tomar as

medicações nos períodos da manhã e noite é percebida como uma atitude que possibilita que os sujeitos desenvolvam suas atividades cotidianas sem a interferência dos possíveis efeitos da medicação. A facilidade maior de tomar as medicações à noite surge da ideia de que, durante o dia, o efeito do remédio poderá atrapalhar o ritmo e a rotina do serviço.²¹ O uso das medicações no tratamento do diabetes tem um valor simbólico na vida dos sujeitos, uma vez que eles atribuem o medicamento como o meio capaz de controlar os agravos do DM ou aproximá-los da cura da doença:

[...] não adianta, se não tomar o remédio não tem como controlar o diabetes, é muito importante fazer o tratamento, seguir a prescrição dos remédios. (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 09/05/12)

Eu uso a medicação porque tenho medo de usar insulina ou a doença complicar mais, então com o remédio eu capricho, faço direito. (S5 – 52 anos)

[...] e muitos se curam do diabetes, acho que é por usar os remédios direitinhos [...]. (S4 – 65 anos)

Na percepção dos sujeitos, a adesão ao tratamento farmacológico busca evitar a utilização de outras terapias, no caso prevenir o uso de insulina. A insulina é considerada uma necessidade que surge com a evolução da doença, ou seja, o seu uso significa que a doença está mais grave e sem possibilidade de cura. Os medicamentos são percebidos como componentes imprescindíveis para o controle do diabetes, sendo que para S4, quando se utiliza *os remédios direitinhos*, é vislumbrada pelo adoecido a possibilidade de cura da doença. Uma compreensão maior dos usuários sobre a terapêutica pode ajudá-los a obter melhor controle da doença, e possivelmente menor risco para o desenvolvimento de complicações tardias do DM.³⁴

Para tanto, acredita-se que a inviabilidade da cura gerada pelo sujeito poderá causar frustração diante da persistência dos sintomas do diabetes, o que pode fazer com que o indivíduo descredite na terapia medicamentosa. Por outro lado, sabe-se que as pessoas julgam e acreditam nos resultados do tratamento com base nas suas percepções e experiências individuais e culturalmente construídas, desse modo, a noção de cura estabelecida pelos sujeitos ultrapassa a visão da eliminação completa da doença, mas se remete à falta de manifestação dos sintomas e à abolição dos medicamentos:

Eu tinha um vizinho, ele mora mais lá para baixo, ele tinha um horror de diabetes, usava insulina e ele se curou, não usa mais insulina e nem remédio, está curado do diabetes, não sente mais nada [...] não sei se ele sarou mesmo, ele trabalha na prefeitura, não é fácil sarar, ainda mais tomando esses remédios. Dizem que não tem cura, mas como é que tem gente que sara? (S4 – 65 anos)

A possível cura do diabetes é entendida sob o enfoque etiológico da doença, ou seja, quando a enfermidade não manifesta sintomas visíveis no organismo do adoecido ou mesmo não necessita desenvolver um tratamento específico para o agravo, na visão do sujeito obteve-se a cura do DM. Existe uma ambiguidade em torno da cronicidade, uma vez que o indivíduo em alguns momentos acredita na cura de sua enfermidade, mas, ao mesmo tempo, reconhece ser incurável e que exige cuidados contínuos pelo resto de sua vida.²⁶

Por outro lado, o fato de usar uma variedade de medicamentos por um tempo espaçado é entendido como um fator que interfere e prejudica o alcance da cura, pois, ao referir que *não é fácil sarar, ainda mais tomando esses remédios*, observa-se que o sujeito atribuiu o uso constante e prolongado de remédios como algo que pode prejudicar o seu organismo. Tal percepção pode surgir do entendimento de que o corpo se acostuma com a medicação, não exercendo o efeito esperado para combater a doença.

Quando a doença não manifesta sinais no organismo, os sujeitos não se percebem como uma pessoa com diabetes e não compreendem as implicações desfavoráveis da doença, isso acarretando na falta de adesão terapêutica:

S3 faz uso de glibenclamida, administrado duas vezes ao dia, contudo, observa-se que ela não mantém a terapia regularmente [...] ela investe na medicação, especialmente nos períodos em que sente algum desconforto físico ou quando percebe que sua glicemia está descompensada. (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 27/06/12).

Eu procuro cuidar dos remédios já que não me cuido tanto na comida, fica mais fácil tomar o remédio, do que fazer caminhada ou mudar a comida, sei lá [...]. (S5 – 52 anos)

A inexistência de sinais e sintomas do diabetes interfere na percepção do sujeito em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que o corpo, ao não sinalizar os sintomas, faz com que os adoecidos não identifiquem motivos para tomar os medicamentos. Como não se percebem doentes, a medicação é utilizada somente na presença de sinais que demonstram alterações no organismo. Pode-se dizer que, nesse contexto, o remédio é entendido como eficaz somente em situações de doença, em que o tratamento medicamentoso gera efeito apenas para o alívio dos sintomas. Essa forma de pensar pode resultar no abandono do tratamento, além disso, essas práticas podem conduzir a sérias consequências na evolução da enfermidade. O uso indiscriminado ou mesmo o mau uso de medicamentos pode levar ao agravamento do estado de saúde do paciente, intoxicações ou, até mesmo, à morte.³⁵

Outro aspecto evidenciado foi que para alguns sujeitos é mais cômodo fazer uso da medicação e seguir o esquema terapêutico adequadamente do que mudar os hábitos de vida que são prejudiciais à saúde. Observa-se a resistência dos adoecidos em associar o uso da

medicação aos demais hábitos de vida, uma vez que eles consideram o medicamento como o principal componente de tratamento do diabetes em detrimento das outras práticas de saúde. Os sujeitos acreditam na medicação como sinônimo de controle e de cura para a sua doença ou promotora de saúde, podendo ser assumida como uma forma de alimento ou um nutriente vital e indispensável à sobrevivência.³⁶

Além da valorização das medicações para o tratamento para o diabetes, evidenciaram-se as mudanças no comportamento envolvendo as práticas alimentares dos sujeitos. Observam-se posicionamentos de adaptação tanto aos tipos de alimentos, como à quantidade a ser ingerida:

Alguns hábitos alimentares foram modificados, como uso de adoçantes, diminuição de consumo de alguns alimentos, aumento no consumo de frutas e verduras. Eu cuido a alimentação, porque sei que é preciso, sou diabética e sei que o principal é alimentação, porque não adianta tomar remédio, se não ajudar com a comida. (S2 – 73 anos)

[o cuidado com o DM] É mudar a alimentação, a alimentação, tem que ser mais saudável [...]. (S1 – 65 anos)

Tem que deixar de comer um pouco de carne assada, especialmente aquelas bem gordas que eu gosto [...]. (S5 – 52 anos)

[...] eles dizem [médicos] que tem que diminuir um pouco aqui, um pouco ali, evitar os doces, eu amo doce, mas tenho que evitar de tomar um refrigerante [...]. (S3 – 43 anos)

As adaptações realizadas no comportamento alimentar demonstram a necessidade de renúncia dos adoecidos aos hábitos considerados prazerosos para eles, uma vez que a nova condição causa um forte impacto na rotina dos indivíduos com DM. Evidencia-se a presença do saber profissional sobre o cotidiano de tratamento dos sujeitos, em que há conhecimentos sobre o plano alimentar e um reconhecimento da importância da prescrição feita pelos profissionais de saúde.

Apesar disso, todos os sujeitos seguiam a prescrição dietética de forma parcial, apenas com o intuito de manter a glicemia o mais próxima do nível normal e evitar complicações da doença. As escolhas de alimentos eram feitas com base naquilo que era entendido como mais saudável frente à condição de doente, a partir das suas percepções culturais. A alimentação humana parece estar muito mais vinculada a exigências tradicionais do que às próprias necessidades fisiológicas.³⁷

A comida é compreendida e valorizada nos seus diversos aspectos, desde a plantação, à colheita e ao consumo. Nas refeições, os alimentos como feijão, arroz, hortaliças, frutas, leite, queijos, manteiga, carnes e o charque são iguarias presentes no cardápio dos sujeitos

acompanhados. Aliado a isso, presencia-se a cultura gaúcha fortemente representada pelo churrasco, chimarrão e farofa, o que faz com que os hábitos alimentares sejam determinados pelas crenças obtidas pelo aprendizado com os familiares:

[...] assar uma carne assada, um churrasco, é tradição do gaúcho, e para eu perder esse costume de comer carne, coisa gorda, não sei não! É muito difícil [...]. (S5 – 52 anos)

[...] mas agora tu me diz! Como é que a gente não vai comer um doce, se chega uma visita tu não vai oferecer alguma coisa e geralmente é um doce que a gente oferece, é costume, me criei assim. Acho que é um costume das pessoas que moram no campo oferecer um doce e o chimarrão, e aí tu não vai poder comer, complica mesmo [...]. (S4 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 26/07/12).

O cuidado alimentar é expresso por atitudes como excluir comidas salgadas, gordurosas e refrigerantes, bem como reduzir e evitar o consumo de alimentos doces. Contudo, o abandono do consumo desse tipo de alimento, como uma alternativa de cuidado, é percebido como uma atitude complexa que envolve a história de vida e os costumes herdados da família. Embora exista uma assimilação das informações sobre as escolhas alimentares apropriadas para o diabetes, os comportamentos dietéticos são fortemente influenciados pelas memórias ligadas com a origem das famílias.³⁸

Os saberes e as práticas relacionados à alimentação são notoriamente difíceis de serem modificados, mesmo quando interferem com a nutrição adequada que o diabetes exige. Os sujeitos reconheciam que a dieta sem açúcar e com pouca gordura é essencial no tratamento da doença para prevenir complicações, no entanto, a dieta indicada pelos profissionais de saúde não era mantida constantemente.

Os sujeitos com DM indicam nas suas falas o conhecimento do que devem fazer, mas a adesão ao que é recomendado é o aspecto complexo que envolve significados sociais e culturais. O alimento está relacionado aos prazeres e desejos das pessoas, desse modo, uma modificação brusca repercute na maneira de viver das pessoas com DM, uma vez que se faz necessária uma nova rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar, na qual se impõe a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes, para que haja as modificações dos hábitos de vida que foram outrora consolidados.³⁹

Entende-se que a cultura influencia diretamente a escolha dos alimentos diários, especialmente quando se tem um acometimento crônico. Em algumas situações, os sujeitos mencionaram os alimentos como medicamentos, atribuindo-lhes propriedades curativas. Por vezes, alguns alimentos foram relatados como proibidos, principalmente durante períodos em que as pessoas estavam mais vulneráveis ao aparecimento de doenças, de acordo com as condições climáticas ou com a estação do ano:

[...] eu adorava comer melancia e comia, quando eu fui ver estava alta [diabetes], subia lá em cima, comia laranja e não pode comer mais do que duas laranjas e eu comia, e a melancia coloradinha, aquela assim não posso comer, aquela sobe a diabetes que Deus o Livre! Melancia não, tem certas coisas que tu não pode comer por causa da diabetes, e esse ano deu pouco, mas aquele ano deu um horror e fui parar no hospital. Aí disseram que era por causa das frutas, que têm doçura, daqui para a diante as frutas ficam mais doces, é a época, não é! (S4 – 65 anos)

[...] dizem que o limão é muito bom para o diabetes, dessa época então dizem que é melhor, que ele fica mais forte, quando faz mais calor [...]. (S2 – 73 anos)

O cuidado com o consumo de alimentos está intimamente associado com as práticas de vida das pessoas, nesse caso, às escolhas são voltadas aos alimentos considerados mais saudáveis, frente à condição de DM. Os sujeitos evitam consumir certos alimentos em determinados períodos porque podem prejudicar o diabetes, da mesma forma que investem em outros tipos de alimentos por contribuírem com o tratamento da doença. Em algumas sociedades as dietas especiais são vistas pelos indivíduos como remédios utilizados para certos tipos de doenças.³⁶

A alimentação envolve uma série de questões peculiares ao modo de vida de cada pessoa, sendo que o padrão alimentar também está relacionado à situação socioeconômica:

[...] não é fácil comprar as coisas [alimentos], tem que se virar com o que tem em casa, o que é produzido aqui, porque se vai comprar sempre [...] não temos condições. (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 20/06/12)

A dificuldade econômica é um fator limitante nas mudanças dos hábitos alimentares, uma vez que a situação financeira é um componente decisivo para aquisição de alimentos, na compra e na frequência de consumo de determinados tipos de alimentos. O alto custo de uma alimentação saudável pode ser uma das causas da baixa adesão ao tratamento e à dieta prescrita. Neste contexto de práticas alimentares marcadamente culturais, é necessário resgatar o olhar crítico de Leininger quando pondera que o enfermeiro precisa atentar para as múltiplas facetas que revestem o comportamento alimentar humano.⁴⁰

Aliado aos cuidados alimentares, uma das complicações mais temidas ocasionadas pelo diabetes é o aparecimento de lesões no corpo, especialmente nos membros inferiores. Para prevenir esses agravos, os sujeitos adotam na sua rotina alguns cuidados específicos voltados à prevenção de lesões:

Quando S5 chega do trabalho por volta das 18 horas, retira as botas e coloca próximas ao vento, toma banho e permanece sem sapatos durante o resto do dia. Esse é considerado um cuidado com os pés, buscando prevenir o aparecimento de lesões. Uma coisa que eu aprendi, que sempre me ensinaram a cuidar, é redobrar os cuidados com os pés, secar os vãos dos dedos, não usar sapato apertado que

posso fazer calo, essas coisas, a unha [esposa] corta para mim, porque eu não sei direito [...]. (S5 – 52 anos, Fragmento diário de campo, 22/08/12)

Eu uso sempre um chinelo, não ando de pés descalços porque ali fora sempre tem algum espinho, alguma pedra que podem me machucar, abrir ferida e depois para curar não é fácil, diabética, né. (S2 – 73 anos)

[...] a gente se cuida no que pode, principalmente para não se machucar [...]. (S1 – 65anos)

Os cuidados para prevenir as lesões estão relacionados ao uso de calçados adequados para o trabalho, corte de unhas na forma correta, controle da umidade dos pés e atenção para diminuir o surgimento de lesões e escoriações. Para trabalhar na horta ou com os animais, utilizam botas de borracha ou de couro, ou chinelos fechados, evitando sair de pés descalços pela propriedade. Para prevenir o aparecimento de ferimentos nos braços e pernas, os adoecidos usam calças longas e camisas de mangas compridas, especialmente quando vão desenvolver alguma atividade em lugares com galhos de árvores ou madeiras.

Observou-se que os sujeitos examinam frequentemente as regiões dos pés, pernas e braços na busca de identificar possíveis lesões. Evidenciou-se que esses cuidados foram apreendidos durante a sua trajetória com a doença, a partir do surgimento de pequenas lesões que demoraram a cicatrizar. É importante que a equipe de saúde busque estratégias que motivem as pessoas a adotarem comportamentos adequados acerca dos cuidados com os pés e a encontrarem caminhos para superar as barreiras na adoção desses comportamentos.⁴¹

O acompanhamento com a equipe de saúde foi visualizado por alguns participantes como uma forma de cuidado do DM, exemplificado pela realização de consultas e exames periódicos:

Eu procuro o médico, vou no posto, consulto com o clínico, vou na nutricionista também, aí ela me ajuda com os cuidados da alimentação, os exames do diabetes o médico pede por ali [unidade de saúde], pelo posto. São esses cuidados que o diabético tem que ter, essa rotina de controle, de estar indo no médico. Quando eu vou faço o exame do diabetes, o do dedo, ali eu já vejo quanto está para saber, não consigo fazer sempre, mas quando eu vou consultar eu sempre faço para controlar. (S4 – 65 anos)

Faz muito tempo que eu não consulto ali no posto para o diabetes, desde que eu comecei ir na doutora [endocrinologista], porque ali só tem o clínico e ela é especialista nessa área de diabetes. Então vou nela, de dois em dois meses eu acho, aí ela já pede os exames que precisam, ela pede também exame de visão para controlar, essas coisas, porque para saber como está o diabetes é só pelo exame. (S2 – 73 anos)

[...] eu vou na doutora, não digo que todo os meses, mas de três em três meses, porque ali no posto é só o clínico geral e não entende muito dessa parte de diabetes. E tem os exames específicos que o diabético tem que fazer, que não tem pelo posto, aí ela já pede, já sabe quais são. (S1- 65 anos)

A assistência à saúde e o controle do DM estão centralizados na figura do médico como profissional de referência para os sujeitos, tanto na unidade de saúde quando nos consultórios particulares. Há uma valorização sobre a especialidade médica para o tratamento do diabetes, atribuída à figura do endocrinologista como o profissional mais adequado para assistir os pacientes com DM. Quando o sujeito refere que *porque ali [unidade de saúde] só tem o clínico e ela [endocrinologista] é especialista nessa área de diabetes*, evidencia-se a presença de uma visão biologicista que considera o organismo fragmentado, que precisa ser tratado por um profissional específico para cada área do corpo.

As consultas médicas e, principalmente, os exames estariam associados ao monitoramento da evolução do diabetes, em seu processo saúde e doença. São percebidos como espaços em que as pessoas assumem a visão clínica da doença, nos quais é possível comprovar o controle da doença por meio de exames. Evidencia-se que o exame tem um valor simbólico para o sujeito, uma vez que eles sentem-se mais seguros em relação à sua condição de saúde após a comprovação quantitativa dos dados presentes nos exames. Os exames dão visibilidade e espacialização aos problemas de saúde, objetivando-os em imagens, números, taxas e medidas que são relevantes para convencer, a si mesmo e os outros, sobre a realidade da doença.^{21:168}

Somado a isso, a prática regular de exercício físico é indicada pela medicina científica como um componente fundamental para prevenir e controlar as doenças. Nos discursos dos sujeitos, a prática de exercícios físicos é reconhecida como uma conduta importante para o controle do diabetes, contudo, ao conviver com as famílias verificou-se que apenas um dos sujeitos realizava atividade física na sua rotina. Do ponto de vista dos adoecidos, a atividade física era efetivada durante as atividades diárias rotineiras que eles desenvolviam em casa e no trabalho:

Eu não faço exercício físico, assim, vamos dizer regularmente, de vez em quando eu me alongo, faço uns alongamentos por aqui, eu até me exercito, vou para lá e para cá para fazer o sangue circular [...]. (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 24/05/12)

Eu me exercito, estou sempre me movimentando, fazendo alguma coisa, varro o terreiro [pátio da casa], limpo aqui e ali, isso deve fazer eu perder alguma coisa, pelo menos eu fico suada [...]. (S3 – 43 anos)

A execução de atividades no espaço doméstico é valorizada em práticas como varrer, lavar, limpar, plantar, colher, trabalhar com os animais, tirar leite, fazer esforço físico, dentre outras ações. Na percepção dos sujeitos, o exercício físico promove o aumento da circulação sanguínea, eliminando pelo suor possíveis substâncias prejudiciais ao corpo. Desse modo, movimentar-se durante o dia é entendido como adequado para o controle do diabetes. Os

movimentos ativos e a produção de suor representam a limpeza do corpo por meio da eliminação de substâncias que estão em excesso no corpo e que podem prejudicar o estado de saúde.⁴²

Considerações finais

Muitos são os fatores que podem interferir no cuidado diário da saúde das pessoas com diabetes mellitus tipo II, uma vez que a sua percepção e a experiência em relação ao tratamento e as reinterpretações elaboradas para cuidar-se são influenciadas pelo discurso profissional e pelo contexto social onde elas se inserem.

O contexto rural em que vivem os participantes interfere no cuidado de sua saúde e na reestruturação de sua vida em face da doença. O ambiente rural condiciona o indivíduo, influenciando diretamente na adesão ao tratamento. Cada pessoa vivencia e compreende o cuidado relativo à doença de forma singular e individual, permeada por saberes socialmente e culturalmente construídos.

Observou-se que as orientações sobre as práticas saudáveis impostas pela medicina científica desconsideram as questões sociais e culturais que permeiam as escolhas alimentares dos indivíduos. Ficou claro que os adoecidos se reapropriam e articulam as informações biomédicas com outros conhecimentos e ações que julgam interessantes e acreditam ter efetividade.

O estudo possibilitou entender os diversos aspectos que envolvem o viver com uma condição crônica, que ultrapassam a noção de adesão ao tratamento prescrito e as recomendações médicas. É importante conhecer a dimensão valorativa das práticas de cuidado e compreender as percepções e ressignificações da doença e do cuidado.

Acredita-se que reconhecer os sujeitos e o ambiente cultural é indispensável a práticas de cuidado culturalmente congruentes, para a saúde e bem-estar do indivíduo. Os profissionais que atuam na comunidade rural devem construir um relacionamento de confiança em relação aos cuidados terapêuticos e às condutas de atenção à saúde praticados pelos usuários, com vistas a fortalecer uma assistência pautada nas dimensões culturais.

Referências

1. Machado MM. Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. 2009 Instituto de Educação e Psicologia. [em linha]. (2009) [Consult. 29 Set. 2009]. Disponível em WWW: <URL:

[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%Aautico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf)>

2. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):651-8.
3. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato A A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-am Enfermagem 2007 nov-dez; 15(6): 02-8.
4. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, Castro S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. Millenium 2011, 40(1): 201-219.
5. Soares CL. Corpo e história. 3 ed, São Paulo: Autores Associados, 2006.
6. Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury MA. 2006, 43-82.
7. Francioni FF, Silva. DGV. Processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm 2007, Jan-Mar; 16(1): 105-11.
8. Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 408 p.
9. Badziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. R. Saúde públ 2010, jan./jun; 3(1): 69-79.
10. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cadernos de Saúde Pública 2007, 23 (10): 2490-2502.
11. Denardin ML. A família rural e os cuidados em saúde. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadoras. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002.
12. Schwartz E. Família, ruralidade e saúde. Ciênc Cuid Saúde. 2003; 2 (supl):38-41.
13. Girardon-Perlini NM. O. Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer. 2009. 217f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
14. Fernandes GCM, Boehs AE . Família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. Cogitare Enferm 2010 Jan/Mar; 15 (1): 33-9.
15. Wunsch S. Cuidado em saúde nas famílias em assentamento rural: um olhar da enfermagem. 2011 (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Maria, 2011, 128p.
16. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.432p.
17. Victória GC, Knauth RD, Hasssen NM. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

18. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. *Esc. Anna Nery* 2011 Dec; 15(4): 851-857.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. 64p.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em: 20/10/12.
21. Barsaglini RA. As representações sociais e a experiência com o diabetes: enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
22. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril; 16(2): 01-07.
23. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do auto-cuidado no diabetes. São Paulo: Unesp, 2009.
24. Barsaglini RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saude soc.* 2010 19 (4): 919-932.
25. Tavares A. Proteger a Saúde das alterações climáticas na Região de Lisboa e Vale do Tejo, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, número especial 25 anos, 2009.
26. Barsaglini RA. “Com açúcar no sangue até o fim: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: Canesqui AM. Estudos Antropológicos sobre Adoecidos. In: Canesqui AM. Organizadora. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007. p. 53-85.
27. Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre o Diabetes e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(1), pp.72-77.
28. Baggio SC, Mazzola JC, Marcon SS. Vivência da pessoa com diabetes após atendimento de urgência. *Cogitare Enferm.* 2011 Abr/Jun; 16 (2): 275-81.
29. Moreira RC, Márcia Scardoelli GC, Baseggio RC, Sales CA, Waidman MAP. Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Min. Enferm.* 2009 jan./mar; 13(1): 43-48.
30. Souza SS, Bonetti A, Meirelles BHS, Mattosinho MMS, Coelho MS, Argenta C. Viver com doença crônica em uma comunidade pesqueira *Acta Paul Enferm* 2010; 23(2):194-9.
31. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.* 2009; 32(Suppl 1):S13-57.
32. Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. OMS/EDM/PAB, 2004.

33. Renovato RD. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Farmácia* 2008; 89 (1): 64-69.
34. Belestre KCE, Teixeira JJV, Crozatti MTL, CANO FG, Gunther LSA. Relato de um Seguimento Farmacoterapêutico de Pacientes Portadores de Diabetes do Programa Saúde da Família de Atalaia, Paraná. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2007; 28(2):203-8.
35. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* 2012 [serial on the Internet]. [cited 2012 Oct 29]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
36. Helman CG. *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 408 p.
37. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MB. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm*, 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30.
38. Denham SA, Manoogian MM, Schuster L. Managing Family Support and Dietary Routines: Type 2 Diabetes in Rural Appalachian Families. *Families, Systems, & Health* 2007; 25(1): 36–52.
39. Souza NMG, Honorato SMA, Xavier ATF, Pereira FGF, Ataíde MBC. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes *Mellitus*. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2012 mar; 33(1):139-46.
40. Leininger L. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. New York: McGraw-Hill, 1995.
41. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(1):17-23.
42. Sarti CAA. *A família como espelho: um estudo sobre o moral dos pobres*. São Paulo: Cortez, 2003.

4.3 Artigo 3

“VIVER SOBRE CONTROLE”: COTIDIANO DE QUEM VIVENCIA O DIABETES MELLITUS TIPO II⁹

⁹ Artigo formatado segundo as normas da “Revista Texto & Contexto Enfermagem”, Qualis A2.

RESUMO

Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que buscou compreender o cuidado sob a ótica do “controle” exercido no cotidiano das pessoas com DM tipo II de uma comunidade rural do sul do Brasil. Utilizou-se o método da etnoenfermagem a partir dos guias habilitadores denominados de Modelo Observação-Participação-Reflexão, a entrevista semiestruturada e observação participante, direcionadas aos usuários com DM tipo II. Os achados foram organizados e discutidos por meio da análise de Madeleine Leininger, que propõe quatro fases constituídas pela coleta e documentação dos dados brutos; identificação dos descritores e indicadores; análise contextual e de padrões atuais; e a identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa. Os resultados mostraram que a vigilância é exercida pelo próprio indivíduo, bem como por seus familiares e profissionais da saúde, e busca gerenciar a doença a partir do cumprimento das restrições, das regras e dos limites impostos pelo diabetes. O controle do diabetes não é apenas uma simples condição técnica, mas é um processo complexo e dinâmico que envolve os sujeitos e as pessoas do seu convívio, a partir dos fatores sociais e culturais do indivíduo e seu meio.

Descritores: Cuidados de enfermagem. Diabetes Mellitus. Cultura. População rural

Introdução

Dentre as doenças crônicas, o diabetes mellitus (DM) tipo II representa um importante problema de saúde pública, com grande impacto sobre a vida das pessoas.¹ É uma condição que exige ajustamentos na dinâmica e organização familiar do paciente, pois impõe cuidados permanentes e contínuos, em um processo de adaptação a partir do seu diagnóstico.²

O viver com o DM não está relacionado apenas às modificações biológicas e físicas do organismo, mas representa um processo subjetivo permeado por fatores culturais, no qual o sujeito e as pessoas de sua rede social interpretam e expressam um conjunto de sentimentos, sensações, simbologias e eventos ligados a esse adoecimento. “A experiência da enfermidade é entendida como processo subjetivo, construído nos contextos socioculturais e vividos pelos atores”.^{3:90}

As práticas de vida podem se tornar carregadas de novos sentidos ligados à condição crônica, além de mobilizar saberes que influenciam um comportamento criterioso do usuário, pois requerem contínuos ajustes, reajustes, avaliações e reavaliações devido à dinamicidade de apresentação e evolução da doença.⁴ O diabetes e suas complicações promovem alterações na vida cotidiana dos sujeitos pelas inúmeras imposições e determinações que a doença obriga e que são reforçadas pelas práticas prescritivas e pela visão biomédica do cuidado.

Sabe-se que o cuidado com o DM associa-se ao “controle” da doença como categoria central, o que envolve ajustamentos e autorregulação empreendidos pelos sujeitos e as pessoas com quem convive.^{5,6} Essa ideia de controle é considerada como o centro do cuidado tanto para os profissionais, quanto para os adoecidos, mas carrega significados diferentes, com pontos de convergência e divergência para cada sujeito, a partir do contexto em que os indivíduos estão inseridos.⁷

O controle da doença remete à noção de uma vigilância que o usuário com diabetes enfrenta, sendo exercida tanto pelo próprio indivíduo, como por outras pessoas com quem se relaciona, o que é descrito como uma “cultura da vigilância”.^{8,9} Esse permanente controle do diabetes e de outras doenças crônicas se configura como uma autovigilância quando exercida pelo próprio adoecido, ou por uma heterovigilância que inclui outras pessoas com DM, vizinhos, parentes, colegas de trabalho e profissionais da saúde.⁸

Acredita-se que conhecer os aspectos que envolvem a vigilância na vida do usuário com diabetes poderá fornecer diretrizes para estabelecer estratégias de intervenção e ampliar a compreensão dos fatores associados ao adoecimento crônico. Nesse sentido, este artigo busca

compreender o cuidado sob a ótica do “controle” exercido no cotidiano das pessoas com DM tipo II de uma comunidade rural do sul do Brasil.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, apoiada no método da etnoenfermagem desenvolvido por Madeleine Leininger.¹⁰ Essa linha metodológica se mostrou mais adequada ao trabalho com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, no intuito de descobrir a maneira que as pessoas conhecem e vivem nos seus mundos, sob o ponto de vista dos sujeitos envolvidos.¹¹

O estudo foi desenvolvido em uma comunidade rural pertencente à área de uma unidade Estratégia de Saúde da Família no sul do Brasil. Os participantes foram cinco pessoas com DM tipo II que atenderam aos critérios de inclusão: usuários com DM do tipo II que residiam no meio rural no período da coleta; e o critério de exclusão se referia ao usuário que apresentasse problemas de comunicação e compreensão. Utilizou-se a escolha intencional dos sujeitos com base nas características que contemplavam o objetivo do estudo, com vistas a buscar, dentro de universo empírico, a maior diversidade possível.¹²

Para alcançar os objetivos do estudo, a coleta de dados ocorreu entre os meses de março a agosto de 2012, utilizando o guia habilitador proposto por Leininger, denominado de Modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R).¹¹ Esse guia permite que o pesquisador estude o cotidiano das pessoas de uma forma sistemática e reflexiva, em que, na fase da observação, é possível observar os sujeitos e suas relações com o contexto a ser estudado, e a fase da participação é o momento no qual ocorre melhor interação do sujeito e pesquisado.¹¹ Denominaram-se como informantes-chave os sujeitos com DM e como informantes gerais os seus familiares.¹¹ O critério de saturação foi utilizado para encerrar a coleta dos dados.¹²

A análise dos dados baseou-se na proposta de Leininger: a fase I refere-se à coleta e documentação dos dados brutos; a fase II, à identificação dos descritores e indicadores; a fase III, à análise contextual e de padrões atuais; e a fase IV, à identificação dos temas e dos achados relevantes da pesquisa.¹¹

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com o número 23081.017021/2011-78 e CAAE 0351.0.243.000-11. Em atenção à Portaria 196/96,¹³ que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, com vistas a assegurar a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas nesta pesquisa, os usuários com DM

tiveram seus nomes substituídos pela letra S, seguida da ordem numérica (1, 2, 3, 4, 5) idade dos sujeitos.

Resultados e discussão

Para apresentar os resultados do artigo, organizaram-se os dados em duas categorias denominadas “A gente sabe que tem que se controlar”: autovigilância com o diabetes; e “Sempre um e outro me vigiando”: diabetes e a vigilância exercida pelo outro.

“A gente sabe que tem que se controlar”: autovigilância com o diabetes

Ao imergir na realidade dos usuários que convivem com o diabetes, foi possível conhecer alguns elementos que integram o cotidiano dessas pessoas e as diferentes formas de tratamentos e cuidados que eles exercem para gerenciar sua enfermidade. Após o diagnóstico ser estabelecido, os indivíduos realizam diversas condutas direcionadas, especialmente, ao controle da doença, utilizando a autovigilância como uma alternativa de cuidado.

A autovigilância dos sujeitos acompanhados destina-se a manter a glicemia em níveis aceitáveis, evitando crises hipoglicêmicas e hiperglicêmicas ou sensações desagradáveis decorrentes da doença. Para isso, os sujeitos desenvolvem, na sua rotina, medidas relacionadas ao controle com a dieta e medicamentos:

Observa-se que alguns dos sujeitos (4) mantêm-se vigilantes quanto ao cuidado com a dieta e a medicação. [...] Percebe-se a presença de um discurso que valoriza as recomendações dietéticas e normativas oriundas dos profissionais da saúde, da mesma forma que alguns buscam na sua prática, exercer esse cuidado, contudo, na maioria das vezes não conseguem seguir as “regras”, como eles mesmos referem [...] os horários das medicações são respeitados [...] evidencia-se que os cuidados buscam manter o controle da glicose em níveis normais. (Fragmento diário de campo, 25/04/12, 20/05/12, 03/06/12, 12/06/12).

Após o diagnóstico da doença, os cuidados direcionam-se a uma permanente atenção para uma alimentação adequada e à terapêutica medicamentosa, no intuito de evitar a variação dos níveis glicêmicos e a prevenção de complicações oriundas do DM. Nas práticas de cuidados exercidas pelos usuários com diabetes deste estudo, observa-se que eles, a todo instante, vivem em uma constante “batalha” que busca mediar *aquilo que eu posso e não posso* (S4 – 65 anos), em uma rotina constante de cuidado.

Os sujeitos exercem a sua vigilância quando se submetem às *regras* que tratam da dieta, dos medicamentos, dos exames periódicos e das consultas médicas, buscando seguir os tratamentos oriundos do subsistema profissional, reconhecidos como efetivos para o controle da doença. O tratamento dessa enfermidade é bastante específico e complexo, pois envolve

educação e mudanças no estilo de vida em que a prescrição do profissional de saúde sobre o que podem ou devem fazer é entendida como o único caminho adequado ao cuidado em saúde.¹⁴

Desse modo, a constante vigilância do diabetes é exercida pelo próprio adoecido, em diversas situações de sua vida, e esse autocontrole relaciona-se principalmente aos hábitos alimentares:

[...] tem certas coisas que não pode comer por causa do diabetes, eu sei que tenho que me controlar, é a gente que tem que se conscientizar que não pode comer, que é diabética, que faz mal, que prejudica, mas nem sempre é fácil manter a dieta. (S2 – 73 anos)

Agora eu fico mais em casa, nos serviços da casa, é bastante, eles [familiares] almoçam aqui em casa, aí eu tenho que fazer almoço, se envolve, por isso que às vezes a gente come certas coisas que não é de comer, a gente vai fazer e está vendo, se fosse só a gente, só para os dois [S4 e esposo], faz qualquer coisinha para comer, eles trabalham e envolvem a gente [...]. (S4 – 65 anos)

[...] eu tento me cuidar na medida do possível, tentar não comer uma coisa ou outra, mas não é fácil a gente se controlar, tem que estar se vigiando a todo tempo, no almoço, na janta, porque a gente tem que estar alerta a todo tempo, porque, quando tu vê, tu já comeste. (S5 – 52 anos)

[...] aqui em casa sou eu quem prepara o almoço ou a janta, eu faço uma comida normal, porque eles [família] não são diabéticos, não faço nenhuma comida diferente, mas quem se cuida é eu, não como tudo que vejo, consigo comer menos, na hora que estou preparando evito provar toda a hora a comida, porque eu tinha a mania de estar provando aqui e ali, agora eu cuido isso, me controlo nisso. (S1- 65 anos)

A autovigilância é identificada durante as refeições em casa ou em outro domicílio, no consumo de algum alimento e no preparo da alimentação para a família. Essas situações exigem do usuário com DM um controle nas suas atitudes e comportamentos, com vistas a atender às restrições e às regras impostas pelo diabetes. Nas refeições nota-se que os sujeitos buscam vigiar seus hábitos alimentares, pois investem no consumo dos alimentos que foram indicados como adequados para a sua dieta, como a ingestão de verduras e legumes, evitando doces e carboidratos, contudo, nem sempre conseguem seguir as determinações dietéticas.

Manter as alterações do estilo de vida que são impostas às pessoas com DM tipo II é um desafio para quem convive com a doença, porque tais modificações ocorrem em uma fase da vida em que os hábitos já estão consolidados e as práticas relativas à alimentação estão determinadas pelo convívio familiar e social.¹⁵ O cumprimento de determinações profissionais é limitado por diversos fatores que tornam a incorporação de determinadas atitudes necessárias no manejo do diabetes tão difíceis e distantes da realidade das pessoas.

Isso porque a ação de comer é percebida mais do que apenas como ingerir um alimento, significa também as relações pessoais, sociais e culturais que estão envolvidas naquele ato, tendo em vista que “a alimentação é mais voltada para o prazer de comer, do que para o valor nutritivo do alimento, pois come-se por prazer e não pelo que aquele alimento representa nutricionalmente”.^{16:1} Os conhecimentos e práticas tradicionais sobre os alimentos e a alimentação apoiados no saber nutricional dos médicos e dos profissionais de saúde são reinterpretados, com base em outras configurações culturais presentes na cultura das diferentes classes populares.¹⁷

Com vistas a conduzir o cuidado dietético sem modificá-lo totalmente, os sujeitos manifestam que a autovigilância é necessária em várias situações do seu dia a dia, na busca de evitar os alimentos inadequados à manutenção do controle glicêmico. A preocupação com o consumo alimentar acaba tornando as refeições em momentos que exigem o *estar alerta* ou o *estar vigiando* como importantes componentes no cuidado com o diabetes. O fato dos sujeitos manterem-se em permanente “controle” durante as refeições é percebido como algo que faz parte de sua rotina, compreendido como uma exigência própria do DM.

Evidencia-se que, durante as refeições, as pessoas com diabetes buscam apoiar-se em vários argumentos que justifiquem para si mesmas a necessidade de manter o cuidado dietético, utilizando-se dessa estratégia para manter o controle da dieta. Quando S2 diz *tem que se conscientizar que não pode comer, que é diabética, que faz mal, que prejudica*, é possível dizer que ele busca convencer-se dos malefícios que um alimento pode causar no seu quadro clínico. As crenças prevalentes sobre a restrição alimentar, acentuam o “não pode”, em detrimento das outras possibilidades que se abrem, como os ganhos na qualidade de vida caso o diabético siga as recomendações prescritas pelos profissionais.^{18:5}

A vigilância de si torna-se um atributo necessário para o controle do diabetes, uma vez que para S5 um pequeno ato de desatenção pode repercutir em uma atitude não pensada: *a gente tem que estar alerta todo tempo, porque, quando tu vês, tu já comeste*. Para ele, o consumo de um alimento deve estar permeado pelo cuidado e pela atenção redobrada, pois isso resultará na manutenção correta da dieta exigida para o DM. Sabe-se que as pessoas com diabetes precisam controlar a alimentação no intuito de manter os níveis de glicose adequados e prevenir as complicações. Contudo, pelo fato da manifestação da doença não ser aparente a princípio, isso faz com que os sujeitos se esqueçam de sua condição e dos cuidados necessários para a manutenção do estado de saúde, cometendo deslizes nutricionais.

Somado a isso, o preparo diário das refeições para a família aparece como uma tentação para os sujeitos, pois exige o policiamento para não fugir da terapia nutricional recomendada.

O ato de cozinhar para o marido, filhos, genros e netos, ao mesmo tempo em que gera prazer e alegria, torna-se um desafio para quem o pratica, devido à convivência diária com os pratos mais saborosos e tentadores. Ao preparar os alimentos para o consumo, os indivíduos evitam provar ou experimentar os alimentos, porque consideram essa prática prejudicial ao diabetes.

A dificuldade em seguir as recomendações dietéticas ao cozinhar para a família e atenderem ao pedido para o preparo de pratos da culinária tradicional ao invés daqueles recomendados pelos profissionais de saúde é identificada como uma problemática para o cuidado do DM.^{18,19} Especialmente, no cotidiano das famílias acompanhadas, observou-se que a principal medida de adesão à dieta foi o controle de si, pois, apesar de todas as restrições impostas pelo diabetes, o cardápio e os alimentos da pessoa com diabetes não sofreram modificações, sendo consumidos por toda a família.

O controle de si é entendido como uma ferramenta que auxilia o sujeito no enfrentamento das situações do cotidiano:

[...] esses dias a gente foi em um aniversário de uma sobrinha minha, aí a gente jantou e então chegou a hora do doce e veio uma torta de morango, coisa que eu adoro, mas me controlei, tinha jantado, consegui me controlar, porque era minha torta preferida, mas resisti à tentação. (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 19/06/12).

Há situações específicas que exigem do sujeito uma conduta firme para manter uma alimentação sem o consumo de doces. Observa-se nesse fragmento a dificuldade que o indivíduo encontra para seguir as recomendações dietéticas, considerando que os desejos manifestados por alguns alimentos são considerados incontroláveis e irresistíveis. Conseguir controlar o desejo de algo que se gosta é percebido como uma atitude de superação, tendo em vista que, para S2, o controle mantido ao *resistir à tentação* em não consumir um doce é resultado de uma escolha positiva para a sua saúde. Para tanto, as mudanças e as atitudes não são fáceis de serem realizadas, pois envolvem valores arraigados na cultura, nas tradições regionais e no espaço social e alimentar do homem.²⁰

Em determinadas ocasiões há casos em que a vigilância de si relaciona-se à alimentação e à quantidade consumida, em que os sujeitos evitam alguns tipos de alimentos, mas não se privam totalmente deles:

Não aquela restrição, eu não como tal coisa, como eles dizem [profissionais da saúde], de vez em quando eu como, no domingo em uma festa. Mas tento corrigir, na maioria das vezes eu consigo dizer não às massas, às coisas que fazem mal, mas lá um dia a gente acaba comendo, diminui a quantia, não vai comer aquele excesso que comia antes, tem que tentar controlar a alimentação, para manter o diabetes, evitar que baixe ou levante [...]. (S1 - 65 anos)

[...] *nos dias que tem almoço aqui na mãe, com todo mundo [toda a família], não é que eu vou deixar de comer, eu continuo comendo, mas não tanto, eu não consigo deixar de comer, só estou tentando diminuir um pouco, tentar comer menos, nada exagerado, mas é tão bom estar com eles [familiares] e não comer? Ah!! Isso é difícil.* (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 06/08/12)

[...] *esses dias assei uma carne, eu estava de aniversário, aí como não vai comer? A gente se cuida, mas sempre a gente come, ainda mais de pouquinho [...] sempre tem as trapaças [risos].* (S4 – 65 anos)

As situações que exigem maior autovigilância dizem respeito às visitas, aos almoços de domingo junto com a família ou em outros encontros festivos. Ao referirem-se às refeições não cotidianas, os sujeitos indicam que são os momentos em que mais ocorrem “trapaças” na dieta, pois são considerados momentos de integração com familiares e amigos que não permitem uma conduta totalmente correta e regrada. Essa dificuldade em seguir a alimentação prescrita acontece porque está relacionada aos hábitos adquiridos e ao valor cultural do alimento, em que os costumes alimentares desde a infância, tradicionalmente são adquiridos e construídos no seio familiar, onde o encontro da família durante as refeições é visto como um ritual social e familiar de fortalecimento dos laços afetivos.²¹

A vigilância alimentar exercida pelos sujeitos busca seguir as recomendações aprendidas nos serviços de saúde ou aquelas oriundas de sua experiência com a doença. Os sujeitos buscam aplicar na sua dieta os conhecimentos adquiridos durante sua trajetória de vida, atitude esta que fortalece o autocontrole a partir da reflexão e do repensar diante de uma situação:

[...] *desde tu comer uma bala, uma coisa, um doce que não pode, que dizem [profissionais da saúde] que não pode comer, eu tenho que estar, pensando: Pode ou não? Não é dar vontade e pronto, vai lá e come, não! Tem que ver bem o que é, a gente mesmo tem que se controlar, ver se faz mal ou não.* (S3 – 43 anos)

A autovigilância é necessária em todas as situações de vida dos sujeitos, pois, no cotidiano de quem vivencia o diabetes, o simples ato de consumir uma bala exige do adoecido uma postura de controle frente a determinadas ocasiões. Na compreensão de S3, o alimentar-se exige do usuário um repensar sobre suas atitudes, considerando os malefícios ou benefícios que o alimento poderá causar no seu organismo. Para ele, quando se tem diabetes não se pode apenas seguir o instinto, *a vontade*, mas é preciso refletir sobre se *pode ou não* consumir determinados alimentos, relacionando-os com os cuidados que o DM determina.

O ato de comer é entendido como algo que ultrapassa uma atitude mecânica, pois, quando se tem diabetes, é necessário manter o domínio de uma série de critérios voltados às refeições que tornam a prática de alimentação um momento de ponderação de muitos fatores,

alterando significativamente o tipo de relação que o sujeito passa a ter com os alimentos. A vigilância necessária para gerenciar o diabetes implica em um contínuo diálogo com o “eu”, em uma constante autorreflexividade imposta pela condição crônica, em que se busca superar maneiras habituais e fazer escolhas direcionadas à “coisa certa”.⁹

Todavia, o ato de vigiar-se e controlar-se a todo momento na busca de um cuidado regrado pode desencadear uma série de sensações no sujeito, da mesma forma que a autovigilância, quando não exercida pelo adoecido de forma eficaz, pode gerar sentimentos de culpa, medo, preocupação e autopunição:

[...] mas o diabético é uma praga, quando não pode comer aí que dá vontade! Um dia fui num aniversário, até não sou muito gulosa, mas era uma torta que eu gosto muito, aí eu aceitei, não consegui me controlar, mas já me senti culpada e a gente se sente mal [...](S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 06/08/12)

[...] passo mal, se invento de sair da dieta, comer coisa exagerada, parece que sobe [diabetes] lá em cima, eu já vejo que estou ruim. (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 02/05/12)

[...] inventei de comer carne de porco e de noite eu estava enjoada, era a diabetes decerto, que a gente nota quando ela está alta, porque usou que não era de usar, comeu o que não era de comer, porque comeu diferente da comidinha que eles [profissionais da saúde] mandam a gente comer. (S4 – 65 anos)

Ao ceder à vontade e ao impulso de comer algum alimento considerado proibido para o controle do diabetes, os sujeitos são tomados por uma gama de sentimentos. O desejo de consumir uma alimentação doce é atribuído como um castigo para quem tem diabetes e a autovigilância, nesse caso, visa controlar a vontade de ingerir o que não é permitido, contudo, quando não exercida de forma positiva, causa angústia e culpa ao adoecido.

A falta de controle sobre a sua vontade implica na sua autopunição, ou seja, quando o indivíduo não consegue manter o domínio sobre seus atos, sente-se responsável pelo seu “fracasso”, punindo-se com sentimentos e sensações de desconforto físico e emocional. O fato de não manter-se vigilante em seus cuidados acarreta na culpabilização do sujeito, pois este passa a manifestar sintomas físicos atribuídos como um “castigo” que lhe foi imposto. O sujeito sente-se amedrontado quando comete exageros, pois acredita que os deslizes poderão prejudicar o diabetes e a negligência do cuidado repercutirá diretamente na alteração dos níveis glicêmicos, o que faz com que ele sinta-se desapontado e frustrado frente ao cuidado da doença.

Evidencia-se que, na medida em que os sujeitos constroem um conhecimento sobre a doença, tanto por informações técnico-científicas, como pelo convívio com outras pessoas ou

por influências do seu ambiente social, eles também organizam os cuidados necessários para o controle da enfermidade, e, quando a prática do não cuidado se mantém, surge a culpa por conhecer o que pode ser feito e mesmo assim não o fazer.²²

Associadas a esses sentimentos, existem certas ocasiões em que o autocontrole é intensificado no intuito de manter a dieta sem cometer transgressões que comprometam o manejo da doença. As reuniões em família ou os encontros com os amigos são momentos em que o adoecido sente-se frágil e vulnerável, pois é tomado por um conjunto de constrangimentos relacionados às restrições alimentares que o diabetes impõe:

[...] *o mais difícil é quando tem alguma data comemorativa, tipo Natal, Ano Novo, conseguir se controlar nessas épocas é bem pior. Aniversário então, nem pensar, nem comemoro meu aniversário para não ter que servir o doce e não poder comer [risos], ficar só olhando não dá.* (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 11/04/12).

[...] *domingo sempre todo mundo vem almoçar aqui na mãe, junta os pratos e todo mundo come, faz uma carne assada, como é que tu não vai comer? Tem que tentar comer pouco, se controlar, mas acabo quebrando as regras [risos].* (S3 – 43 anos)

[...] *final de semana sempre tem um ou outro por aqui, a gente assa uma carne, bebe umas cervejas, sai da linha mesmo, mas depois a gente compensa, dá uma maneira [controlada] durante a semana e pronto.* (S5 – 52 anos)

Controlar a alimentação em dias festivos ou de integração com outras pessoas torna-se algo desafiador e desconfortável, pois requer a vigilância nos impulsos que as ocasiões proporcionam. A dificuldade consiste em preparar a alimentação para os familiares, ir às festas e não poder comer, apenas olhar. Essa privação voltada *ao não poder* reflete no isolamento do sujeito, uma vez que ele deixa de comemorar datas festivas, por exemplo, por não poder usufruir do alimento doce durante o evento.

Observa-se que a expressão *ficar só olhando* é repleta de significados, tendo em vista que o ato de apenas observar algum alimento pode estimular uma série de desejos e vontades nos sujeitos, o que dificulta o autocontrole dos indivíduos. Ao olhar, tocar, manipular e preparar o alimento, o indivíduo instiga o desejo e isso dificulta o controle da alimentação prescrita por um tempo prolongado.¹⁸

Os deslizos são tolerados nas ocasiões de descontração com amigos e familiares, em que a autovigilância é esquecida e o *quebrar as regras* ou *sair da linha* são justificados pelos momentos de integração social. Após o período de exageros, o sujeito busca durante a semana compensar as falhas cometidas, com vistas a prosseguir com o controle da doença. Essas condutas são aceitas em momentos de convivência com os amigos e familiares, uma vez que

os sentimentos de confraternização e solidariedade são mais valorizados do que os possíveis danos físico-biológicos ocasionados pelo diabetes.²³

A vigilância também é exercida em várias situações cotidianas dos sujeitos voltadas ao controle das medicações e aos cuidados com a terapia medicamentosa:

Todos os sujeitos com quem convivi buscam controlar os horários das medicações, há uma intensa vigilância sobre a terapia medicamentosa, em que eles procuram seguir à risca o tratamento medicamentoso [...] perto dos horários dos remédios, eles monitoram o relógio com vistas a não ultrapassar o horário indicado. Ainda, nunca deixam faltar medicações, pois, quando estão perto de terminar, já iniciam a busca por novas embalagens ou compram duas ou três caixas de medicações a mais. (Fragmento diário de campo, 23/04/12)

Durante os períodos de convivência com as famílias, a vigilância de si é percebida nos cuidados com a medicação, em que os sujeitos policiam-se constantemente no tratamento medicamentoso prescrito pelo médico, pois se mostram atentos com os horários e com as doses dos medicamentos indicados. Essa autovigilância visa reduzir as complicações decorrentes do diabetes, como as crises glicêmicas e o uso de insulina, sendo que a medicação é considerada a principal responsável pelo controle da doença por ser de fácil adesão.

Aliado a isso, o controle dos níveis de glicose por meio do glicosímetro é uma das estratégias de vigilância encontrada por S1:

[...] eu tenho o aparelho de medir a glicose, resolvi comprar para controlar o diabetes. Se eu como alguma coisa a mais, se me sinto mal, corro e faço o teste, eu faço pelo menos uma vez no dia, mas quando necessário eu faço mais vezes, depende como me sinto, eu mesmo me controlar, vou lá e faço [...] se eu exagero em alguma coisa, vou conferir se está boa a glicose. (S1- 65 anos, Fragmento diário de campo, 24/05/12).

A automonitoração glicêmica surge como uma prática que oportuniza o usuário a medir regularmente a sua própria glicemia através de fitas e/ou aparelhos de uso doméstico. Ao medir frequentemente a glicemia, o sujeito consegue encontrar a melhor maneira de determinar se o seu tratamento para o diabetes está sendo efetivo. Ele considera uma oportunidade para assumir o controle da sua própria saúde, vigiando constantemente o seu nível de glicose. Na verdade, muitas vezes a prática do controle da glicemia através dos hemoglicotestes acaba orientando os sujeitos quanto à possibilidade de cometer alguns “abusos” na comida.²⁴ Quando a glicemia está baixa, a noção é de que há uma margem que pode ser usada para se comer um pouco a mais.²

“Sempre um e outro me vigiando”: diabetes e a vigilância exercida pelo outro

Ao conviver com os usuários e seus familiares, foi possível presenciar diferentes momentos do cotidiano dos sujeitos com diabetes em que o cuidado da doença era desenvolvido na forma de controle ou vigilância exercida pelos membros familiares, por profissionais da saúde ou outras pessoas.

A vigilância da doença também é exercida por outras pessoas de convivência do usuário com diabetes ou pelos profissionais da saúde. Esse controle surge em diversas situações e parte de diferentes pessoas, especialmente no âmbito domiciliar:

Ao conversar com os sujeitos, eles manifestam certo desconforto em relação ao controle/vigilância que surge de outras pessoas, como familiares, vizinhos, amigos. Os sujeitos mostram indignação frente às condutas de seus familiares. (Fragmento diário de campo, 20/08/12). É muito presente na realidade dessas pessoas o controle e monitoramento dos seus hábitos, sempre relatam que alguém controla, fiscaliza sua alimentação. (Fragmento diário de campo, 31/05/12).

A vigilância no contexto domiciliar é exercida pelo marido, filhos, esposa, mãe, irmãs e amigos, geralmente por meio de ordens, chamamentos, controle, restrições e críticas. Evidencia-se, especialmente durante as refeições, a proibição que parte dos familiares em relação à alimentação dos sujeitos. Os familiares assumem a posição de constantes vigilantes na vida das pessoas com DM, pois vigiam e punem os excessos cometidos pelos sujeitos:

[...] *quando eu vou comer alguma coisa a mãe já me grita: ‘Guria, larga isso aí, que tu não pode comer!’ Tem sempre um e outro me vigiando, nunca vi, qualquer coisa que eu como, eles [familiares] ficam cuidando ou falando: ‘Olha a diabetes!’, ‘Te cuida!’.* Meu Deus! (S3 – 43 anos)

Quando S3 estava arrumando um café para tomar, seu marido diz: *Tu vai usar açúcar, não vai usar aquilo [adoçante], tem que usar, para que foi comprar, então, se não usa?* (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 02/05/12).

A vigilância exercida pela família busca relembrar os cuidados que os sujeitos devem realizar para a manutenção dos níveis de glicose. Os familiares monitoram os tipos de alimentos que serão consumidos, bem como estimulam a ingestão e a prática de uma alimentação mais saudável pelos adoecidos. O modo como a família se aproxima do tratamento é alicerçado na noção de um controle coercitivo e punitivo, que monitora e pune as transgressões cometidas pela pessoa com DM.²¹

Os membros da família acentuam no seu discurso a ideia do *não pode*, em que o controle alimentar é desenvolvido pela família dentro da ótica da privação, das proibições e restrições impostas ao sujeito. Tentam controlar a dieta dos usuários, o que gera, às vezes,

conflitos, quando os sujeitos não aceitam a interferência na sua autonomia de escolha. “A atitude enfática do familiar não respeita o livre arbítrio e a liberdade de decisão do outro, mas, ao contrário, procura impor-lhe uma decisão, dar uma direção para seu comportamento, sufocando-o em sua autonomia”.^{21:654}

Em algumas situações há críticas em relação ao descontrole com a dieta ou pelos deslizes cometidos pelos indivíduos com DM:

[...] *se eu invento de comer alguma coisa, sei lá, carne gorda, já falam [familiares]: ‘E a dieta?’, e que tem que cuidar a hora de comer, então eu me cuido.* (S3 – 43 anos)

[...] *a Ana [filha] que me fala quando acha que estou comendo demais, ela diz que eu não posso, que tenho que seguir a dieta.* (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 18/04/12).

Os sujeitos são constantemente controlados em seus hábitos, especialmente alimentares. As situações de incômodo provocadas pelas restrições alimentares acabam por gerar a preocupação em manter o padrão de alimentação saudável, tanto no que se refere aos horários quanto à qualidade dos alimentos ingeridos. Após a descoberta do diabetes, a família passa a ficar mais rígida, buscando sempre vigiar para garantir que o adoecido siga o tratamento corretamente.

Essa atitude de vigilância familiar gera no sujeito com o diabetes uma mudança de comportamento, pois este começa a repensar sobre suas práticas e assume um maior controle sobre os seus hábitos. A preocupação desperta no ser humano atitudes que ajudam o outro a assumir os próprios caminhos, ou seja, o autocuidado.^{26: 54}

O controle do outro é manifestado nas ações que buscam evitar que os sujeitos com diabetes rompam os cuidados com a dieta e medicações:

[...] *confesso que não me cuido mesmo como eu deveria, mas lá em casa quem cuida de mim é a minha mulher e a minha filha, elas estão sempre puxando minhas orelhas para tomar os remédios e tentam me policiar na alimentação [...].* (S5 – 52 anos)

No início eu tive dificuldade de me acostumar a não comer, porque senão ia ter que usar insulina. Mas depois foi mais fácil, aceitei, mas eles [familiares] estão sempre em cima de mim, mas sou eu que tenho que aprender a me cuidar, não adianta, mas um apoio [suporte] é sempre bom! (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 28/06/12)

[...] *um bom diabético tem que saber se controlar, aprender a dieta e fazer, vencer a tentação.* (54 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 22/05/12)

A vigilância dos familiares segue as determinações biomédicas que se centram no monitoramento da dieta e medicação. A família assume o compromisso de controle frente à doença na tentativa de facilitar a adesão terapêutica dos sujeitos, adotando diferentes

estratégias de abordagem do adoecido. As expressões *puxar as orelhas* e *sempre em cima* trazem a percepção do indivíduo como alguém a quem se deve manter sob vigilância constante por não ter capacidade de sozinho controlar-se, pois é entendido como alguém suspeito, que pode ceder aos instintos e cometer transgressões.

A aceitação da doença como uma condição crônica que exige vigilância constante é compreendida como um importante requisito para o controle do DM. Evidencia-se na fala *sou eu que tenho que aprender a me cuidar* a presença de uma atitude de responsabilização do adoecido por sua própria saúde, em que o aprendizado emerge das escolhas do sujeito, mas necessitam de um apoio familiar. É preciso uma rede de suporte que envolva a família no processo de educação em diabetes, fortalecendo a interação de todos os membros para encorajar a pessoa com diabetes para a busca de hábitos saudáveis.²⁷

De um modo geral, a percepção de que *um bom diabético* deve ter a habilidade de saber resistir à sedução dos pratos mais cobiçados, vencendo o desejo de consumir alimentos contraindicados para a pessoa com diabetes. O fato de o DM ser uma doença controlável faz com que os outros acreditem na sua fácil gestão, desconsiderando todos os fatores que permeiam o viver com a doença crônica.

A vigilância da família é intensificada quando os familiares consideram alguma atitude desregrada, principalmente ao consumir alimentos considerados proibidos:

[...] *até ali na mãe, quando eu vou, ela não quer me dar doce, aí eu digo: Claro que eu posso! Tijolinho [rapadura à base de marmelo], ela come e não me dá. Mas quem disse que não posso? Dá vontade de nem ir mais lá!* (S3- 43 anos)

Essas colocações demonstram que a dimensão do controle que a atitude dos familiares representa pode ser foco de incômodo. Expor-se à crítica do outro, à não aceitação por parte de familiares, faz o sujeito sentir-se diferente dos demais, o que pode gerar o seu isolamento social. Verifica-se que a doença repercute no cotidiano, em particular nos hábitos e costumes de caráter pessoal, mas também envolve as relações sociais no ambiente familiar. Após o diagnóstico, muitas vezes o indivíduo se sente isolado em alguns locais, preferindo ficar em casa onde não sofre represálias dos familiares.

Nas adaptações necessárias à vida cotidiana em função da doença, observa-se que os sujeitos atribuem as suas decisões como se não fossem escolhas próprias, mas, sim, necessidades ou orientações que a doença estabelece. A enfermidade é compreendida como algo que ocorre no corpo, delimita ações, mas que não pertence à pessoa, uma vez que não obedece às suas decisões, mas impõe certas circunstâncias, podendo ser pensada como uma entidade à parte, independente do sujeito.²⁸

O controle da família também é fortalecido pelas frequentes ligações dos familiares, buscando coletar informações sobre a situação de saúde do sujeito:

S2 recebeu a ligação de sua filha, na conversa escutei: *Já tomei os remédios de manhã sim, deu bom os exames, 130 a diabetes, bem boa.* Percebe-se a vigilância dos filhos sobre os cuidados prestados pela mãe. (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 09/05/12)

Mesmo que a distância, os familiares procuram manter o contato com o sujeito, no intuito de manterem-se informados sobre as questões de saúde que envolvem o seu ente querido, monitorando a glicemia do paciente. Observa-se que o conhecimento acerca da terapia medicamentosa não ficou restrito ao paciente, mas tem repercussão no contexto da família, uma vez que os familiares demonstram ter conhecimento dos medicamentos utilizados quanto ao nome, horário, bem como a introdução de outros medicamentos. A família também passa a ser conhecedora das orientações sobre a doença, o que pode contribuir para que exerça seu papel de cuidadora e multiplicadora do aprendizado.²⁷

Contudo, o controle do outro pode gerar diferentes sentimentos e percepções no indivíduo com diabetes, especialmente quando à intensa vigilância é fortalecida em situações de confraternização com a família ou na casa de amigos:

[...] a gente mesmo que tem que aprender a se cuidar, porque os outros não vão cuidar a gente. Tu chega num lugar e tão comendo e te oferecem: ‘Vamos comer isso.’, [...] eu até tinha vergonha de sair, sabe, já sabia que eu era diabética e diziam ‘Eu não vou fazer por causa da fulana.’ De tarde, tem uma comadre minha que não gosta de sair de tarde, ela é diabética e dão doce, e como é que vamos agradecer o doce? Mas a gente tem que agradecer, porque dão doce para comer de tarde, e no verão, que as tardes são grandes, não vai ficar a tarde inteira sem comer, e sempre oferecem o doce, é uma tradição o doce. Se não for, vai oferecer o quê? Só o chimarrão, em primeiro lugar. (S4 – 65 anos)

[...] quando eu vou em uma casa que não conheço, quando eu vou para a cidade, eu nem conto que sou diabética, porque senão já ficam cheios de mania, sei lá, vão querer mudar a comida, ou até no doce, fica estranho. (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 14/07/12).

Para os sujeitos, o momento de compartilhamento da companhia em família ou de amigos se mostra incompatível com a prática alimentar que a diabetes requer, pois exige uma postura diferenciada tanto do indivíduo com DM quanto das outras pessoas. Nas vivências relatadas, a condição da doença delimita a socialização do adoecido, uma vez que ele sente-se constrangido em frequentar alguns lugares devido ao “incômodo” que ele pode causar, pelas adaptações que as pessoas têm que realizar na alimentação ofertada. Quando S3 refere a sua percepção na fala *já ficam cheios de mania*, observa-se que para ele as outras pessoas exercem certas modificações nas suas atitudes e comportamentos, principalmente relacionadas à alimentação e aos cardápios.

Recusar um doce feito na casa de um parente é uma prática de cuidado necessária que os sujeitos adotam para evitar a represália dos outros, contudo, é percebida como uma atitude de controle do diabetes constrangedora e desconfortável. Devido a situações como esta em que “o sujeito com diabetes mellitus apresenta o desejo de consumir alimentos proibidos, esse mesmo desejo o faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa”.^{29:98} Estas situações de visitas aos amigos ou outros tipos de encontro, muitas vezes, colocam os adoecidos em meio a tensões bastante incômodas.

No cotidiano desses sujeitos, a vigilância sobre a doença crônica pode ser expressa em sentimentos como vergonha, constrangimento, desconforto e exclusão. Evidencia-se que o controle do diabetes pelo outro pode ocasionar o isolamento social dos indivíduos, pois evitam frequentar alguns lugares devido à sua condição e pela necessidade intensa de controle de si e dos outros. Em algumas situações, os sujeitos acabam por negar a sua condição, escondendo a doença dos demais no intuito de não sofrer estigmas e discriminações por ocasião da sua enfermidade. Ao se perceberem confrontados em seu cotidiano com sucessivas imposições do outro, eles sentem-se inferiorizados e infantilizados frente às múltiplas demandas que o tratamento e o controle da doença exercem.²¹

Ao mesmo tempo em que surge um desejo de comer e de participar das reuniões, este é confrontado com a ideia do controle do outro e isso acarreta no empobrecimento da vida social dos indivíduos, seja por exclusão social dos pares, seja por um autoconfinamento e desinteresse por atividades que anteriormente eram importantes. Várias enfermidades crônicas evocam vergonha pública nas pessoas, o que faz com que elas utilizem estratégias para evitar a estigmatização da doença, gerando isolamento e distância dos relacionamentos sociais ou mantendo segredo sobre a condição.³

A vigilância da pessoa com diabetes também é exercida pelos profissionais da saúde e assenta-se no uso de medicação, mudança de comportamentos voltados à dieta, controle do peso e a prática de exercícios físicos:

[...] porque eu vou na doutora, lá ela pede sempre o exames de diabetes, vê a alimentação, o peso, faz um controle geral. Se a gente sai do ritmo, ela já chama a atenção, não dá para facilitar. (S1 – 65 anos)

[...] o dia em que fui consultar no médico da coluna, falei que eu era diabético. Ela já viu que eu fumava, mandou eu perder peso e largar o vício, disse que eu tenho que ir na nutricionista, controlar o diabetes, porque eu nunca vou mesmo. Faz muito tempo que não faço o teste de glicose, até a agente [ACS] sempre me pergunta, fica me controlando também. (S5 – 52 anos)

[...] *me mandam controlar [técnica de enfermagem ou enfermeira] a comida e tentar fazer mais exercício, eu caminho bastante, mas sei lá [...] quando eu vou lá [na unidade de saúde] ficam me perguntando: 'E a dieta, e os remédios?!' (S3 – 43 anos, Fragmento diário de campo, 20/07/12).*

[...] *ainda tinha a nutricionista, vigiando sempre, todos os meses, quando a gente ia, cada mês era uma pesada, controlado o peso. Se tu emagrecia era bem bom, mas se não perdia nada, recebia um puxão de orelha, que tristeza, já ficava ansiosa para ir, até com medo de levar um xingão. (S2 – 73 anos)*

A vigilância do diabetes é realizada por diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde. Ocorre principalmente quando os sujeitos procuram a unidade de saúde ou nas consultas particulares, em que o controle profissional busca a manutenção dos níveis de glicose por meio da alimentação e terapia medicamentosa. O cuidado com o diabetes é fortalecido pela tríade do autocuidado, que se traduz em mudanças dos hábitos de vida da pessoa, especialmente a alimentação e a realização de exercícios físicos, associadas ao uso de medicação.¹⁹

As práticas e os discursos dos profissionais de saúde reforçam a necessidade constante da mudança de hábitos de vida, mas parecem desconsiderar o quanto é difícil para a pessoa compreender que tais cuidados estão associados ao tratamento do diabetes. Percebe-se que as práticas de atenção destinadas às pessoas com DM insistem na manutenção e reprodução de ações reducionistas que focalizam o controle e monitoramento do agravo e na transmissão vertical de informações. Os profissionais desconhecem que muitas das dificuldades que essas pessoas experimentam no seu cotidiano são resultantes de práticas profissionais de atenção que não fazem sentido para elas, pois são realizadas de forma impositiva, sem considerar a realidade vivida por essas pessoas.³⁰

O controle de peso uma vez por mês é percebido pelo sujeito como uma vigilância da doença, uma vez que o profissional, ao pesar o paciente, está *controlando o peso* para avaliar as suas condições de saúde. Essa conduta profissional de vigilância mensal do peso pode gerar receio e ansiedade para os sujeitos, pois receber um *puxão de orelha* é entendido como uma punição, um chamamento, quando o padrão de peso não é satisfatório.

A vigilância dos profissionais também é fortalecida no controle do diabetes através do monitoramento da taxa de glicemia por meio de exames laboratoriais e teste de glicemia capilar na unidade:

[...] *a doutora [endocrinologista particular] pede exame de sangue e de urina, pede os exames específicos de diabetes porque no posto só tem de glicose. Então ela pede o glicosilado e outros para diabéticos, sempre quando eu vou consultar ela já pede para poder*

nos controlar, ver como é que está o diabetes, é um controle, né. (S1 – 65 anos, Fragmento diário de campo, 20/05/12).

[...] quando eu vou na unidade para consultar eu faço o teste da glicose, elas [técnicas de enfermagem] sempre fazem antes de ir no médico, para saber como está o diabetes, alto ou baixo. (S3 – 43 anos)

Há uma dependência por parte da pessoa com DM em relação ao glicosímetro, como forma de manter a vigilância sobre seus níveis glicêmicos, tornando essa tecnologia importante na sua vida. No entanto, os serviços de saúde não têm sido capazes de ofertar o glicosímetro para uso contínuo, cabendo à pessoa a responsabilidade e o custo para a sua aquisição. Na ocorrência de complicações ou aumento das taxas de glicose, a tendência dos profissionais de saúde é culpar a pessoa pela não adesão ao tratamento:

Quando eu fui no posto, fiz o exame de diabetes, estava alta, aí já me falaram: ‘Olha essa diabetes, anda comendo, S3, não está se cuidando.’. Mas que coisa, claro que me cuido! Mas não é fácil, a diabetes não aumenta porque eu quero. (S3 – 43 anos)

[...] quando está alta eu já dizia para o médico: Eu sei quando está, eu comi tal coisa e foi isso. Aí ele diz: ‘Tu sabe que não pode comer.’ – Ah, mas eu comi, de vez em quando não mata [...]. (S2 – 73 anos)

A postura autoritária do profissional pode reproduzir sentimentos de culpa, medo, ansiedade e frustração. Nas experiências dos sujeitos observa-se que o controle do diabetes pelos profissionais é exercido sob uma conduta de imposição as regras, as quais, quando não alcançadas, sofrem represália. Os sujeitos manifestam ansiedade e medo em relação à censura recebida durante a assistência, uma vez que as orientações médicas seguem padrões comportamentais que devem ser cumpridos, uma vez que as pessoas vêm na figura do profissional o detentor do saber e nele depositam toda a confiança para o seu tratamento.

Nessa semana foi possível observar que S2 estava mais aplicada à manutenção da sua dieta alimentar; ao conversar com ela constatei que ela iria realizar exames de sangue no final da semana para consultar com a endocrinologista. Percebe-se que a preocupação com a dieta é decorrente da necessidade de manter as taxas da glicose em níveis considerados normais para a avaliação médica. S2. preocupa-se com a opinião da médica: *Eu me controlo, não que eu não me cuide sempre, mas essa época de exame eu cuido mais. (S2 – 73 anos, Fragmento diário de campo, 23/04/12).*

Observa-se que o comportamento alimentar regrado é fortalecido em períodos anteriores aos exames de sangue, com vistas a manter um nível de glicose ideal para uma avaliação médica. Pode inferir que a atitude de controle alimentar exercida por S2 emerge do medo e da preocupação acerca da vigilância exercida pelo profissional, que pauta suas ações no monitoramento de índices glicêmicos. Os aspectos técnicos do cuidado fortalecem uma

assistência que valoriza a análise de exames, a quantificação de resultados e a preocupação com a quantidade de tarefas cumpridas, superando a necessidade de uma visão humanística do cuidado.³¹

Todavia, para um dos sujeitos, a vigilância do familiar ou do profissional da saúde torna-se insuficiente quando o cuidado com a doença não emerge da própria escolha do adoecido:

Meus filhos pedem para eu me cuidar na alimentação, nisso e naquele outro, mas se eu não decidir isso, eles não podem fazer nada, porque por enquanto é eu que faço, eu que cozinho, depende de mim, sou eu que tenho acesso às coisas, vou no mercado, faço as compras. Então, se eu não decidir de comprar aquilo que eu posso me alimentar e fazer para mim, a minha alimentação, eles não podem me cuidar. Eles saem, eles não estão me vigiando 24 horas, depende de cada pessoa, seja a família ou seja ela que faz as coisas. Acho que a pessoa que tem que ter conscientização que ela não pode usar aquilo e corrigir, decisão de cada um [...] o controle a gente tem que tentar fazer, não é só o médico, o médico da medicação, mas se a pessoa corrigir não vai adiantar, a pessoa tem que ter um programa de corrigir o que ela pode usar e o que não pode. (S1 – 65 anos)

Há uma valorização da autonomia como um importante requisito para o controle do diabetes, pois, na percepção de S1, a autovigilância é uma atitude que surge da decisão do próprio adoecido, porque exige a tomada das decisões pautadas na ideia de que *o controle a gente tem que tentar fazer*, tornando a vigilância do outro ineficaz e não resolutiva. O controlar-se é entendido como algo que não depende da vigilância do outro, mas envolve as escolhas de cada pessoa, a partir do que ela compreende como certo ou errado. A linguagem do controle é um código cultural em que “estar no controle” é altamente valorizado, pois denota poder e capacidade de gerenciar-se, contudo, quando surgem sinais de controle ocorre uma falha moral.⁹

É importante privilegiar um cuidado pautado no diálogo que proporcione a autonomia do sujeito, estabelecendo uma relação de respeito, na qual estejam considerados os fatores culturais, sociais e emocionais, as experiências vividas e o conhecimento dos sujeitos. Acredita-se que, ao planejar as ações com envolvimento e respeito às decisões dos sujeitos, isso proporcionará melhores resultados no cuidado da doença.

Considerações finais

Evidenciou-se neste estudo que o controle do diabetes tipo II requer mudanças nos comportamentos, atitudes e valores adquiridos durante a vida dos indivíduos acometidos por

essa enfermidade. Contudo, os hábitos e o estilo de vida apreendido tornam-se difíceis de serem modificados, apesar da pessoa reconhecer a necessidade de tais mudanças.

Após o diagnóstico da doença, a rotina do adoecido perpassa por adaptações que a sua nova condição impõe, tendo como foco central o controle da doença. Contudo, o monitoramento do diabetes não é apenas uma simples condição técnica, mas é um processo complexo e dinâmico que envolve os sujeitos e as pessoas do seu convívio, a partir dos fatores sociais e culturais do indivíduo e seu meio.

Para gerenciar a doença, a vigilância surge como um componente muito presente na vida dos sujeitos, sendo exercida tanto pelo próprio adoecido, como pelos familiares e profissionais da saúde. A autovigilância leva o adoecido ao esforço contínuo para adaptar-se ao convívio com o DM, com vistas a atender às regras e aos limites impostos pela doença ou evitar situações discriminadoras.

Do ponto de vistas dos familiares e dos profissionais da saúde, a vigilância do diabetes é exercida no intuito de gerenciar a doença com base no uso de medicação, mudanças no comportamento alimentar, monitoramento do peso e dos índices glicêmicos. O constante controle ao qual o adoecido é submetido pode gerar sentimentos de culpa, ansiedade, medo e isolamento social.

O exercício da autonomia surge como uma alternativa importante para o controle do diabetes, tendo em vista que, ao decidir sobre o que deseja, o sujeito poderá escolher as modalidades terapêuticas que considera mais adequadas e efetivas para sua condição. Desse modo, o compromisso da enfermagem passa a ser o de oferecer suporte para que as pessoas possam exercer essa liberdade de forma consciente, reconhecendo as implicações de suas escolhas a partir de diversificados conhecimentos.

Referências

1. Castellanos MEP, Barros NF, Spadacio C, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. *Interface* 2011, jan./mar 15 (36): 257-73.
2. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):651-8.
3. Canesqui AM, organizadora. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: HUCITEC, 2007.
4. Silva DMGV. *Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais*. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UFSC; 2001.

5. Naemiratch B, Manderson L. Control and adherence: living with diabetes in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine*, 2006; sept 63 (5):1147-1157.
6. Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science & Medicine*, 1985; 20 (1):29-37.
7. Barsaglini RA. Análise socioantropológica da vivência do diabetes. *Interface* 2008; jul.-set 12 (26): 563- 77.
8. Barsaglini RA. As representações sociais e a experiência com o diabetes: enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
9. Broom D, Whittaker A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science & Medicine* 2004; june. 58 (11): 2371- 2382.
10. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.432p.
11. Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury MA. 2006, 43-82.
12. Victória GC, Knauth RD, Hasssen NM. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. 2 ed. ampliada. Brasília, Ministério da Saúde; 2003. 64p.
14. Silva DGV, Souza SS, Francioni FF, Mattosinho MMS, Coelho MS, Sandoval RCB. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos *Rev Bras Enferm* 2006 maio-jun; 59(3): 297-302.
15. Pontieri FM, Bachin MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):151-160, 2010.
16. Leonardo M. Antropologia da Alimentação: a cultura alimentar brasileira. *Revista Ethnic* 2004; jun 1 (1): 01- 12. Disponível em: <http://www.ethnic.org.br>, Acesso em: 10 out. 2012.
17. Canesqui AM. Comentários sobre os Estudos Antropológicos da Alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306p.
18. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato A A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 nov-dez; 15(6): 02-8.
19. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do auto-cuidado no diabetes. São Paulo: Unesp, 2009.
20. Cornelli G. Os sentidos da alimentação: para uma antropologia filosófica da alimentação. In: Miranda DS, Cornelli G. *Cultura e Alimentação. Saberes Alimentares e Sabores Culturais*. São Paulo: SESC, 2007: 25-34.
21. Santos AFL, Araújo JWG. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado 2012 Out 10]; 20(2): 255-263.
22. Coelho MS, Silva DMGV, Padilha MIS. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2009 Mar [cited 2012 Oct 10] ; 43(1): 65-71.

23. Barsaglini RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saude soc.* 2010 19 (4): 919-932.
24. Lopes AAF. O gênero do cuidado de si: as implicações da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. *Cadernos Pagu* 2011 janeiro-junho; 36 (1): 345-374
25. Silva SED, Padilha MICS, Rodrigues ILA, Vaconcelos EV, Santos LMS, Souza RF et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Rev Bras Enferm* 2010 mai-jun; 63(3): 404-9.
26. Moreira RC, Scardoelli MGC, Baseggio RC, Sales CA, Waidman MAP. Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com Diabetes Mellitus. *Rev. Min. Enferm.* 2009 jan./mar;13(1): 49-56.
27. Zanetti ML, Biagg MV, Santos MA, Péres DS, Teixeira CRS. Cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família *Rev Bras Enferm*, 2008 mar-abr; 61(2): 186-92.
28. Bedrikow R, Gastão Campos WS. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57 (6): 610-613.
29. Santana MG. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades. Pelotas: Universitária / UFPel; Florianópolis: USFC; 2000. 201 p. Série Teses em Enfermagem, 26.
30. Faria APS, Bellato R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*, 2009; 43 (4): 752-9.
31. Dias DG, Santana MG, Santos E. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. *Rev Bras Enferm* 2006 mar-abr; 59(2): 168-71

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Este estudo buscou compreender os saberes e práticas de cuidado dos usuários com DM tipo II pertencentes a uma comunidade rural, a partir da perspectiva cultural. O cuidado foi apresentado sob o ponto de vista das pessoas com diabetes bem como por seus familiares. Para alcançar o conhecimento sobre os modos de cuidar dos usuários com diabetes foi necessário imergir na “história de vida” de cada sujeito desta pesquisa. Essa imersão na comunidade rural possibilitou apreender diferentes aspectos sobre o viver dos sujeitos e suas relações com o processo saúde/doença. Budó et al., (2008, p. 95), “as pessoas agem e reagem influenciadas pela herança cultural, com base na interpretação que faz do vivido”.

A população rural investigada é caracterizada como uma comunidade que tem suas raízes e origens do campo, em que a maior parte das famílias nasceu e viveu sempre na zona rural. As tradições, crenças e costumes foram apreendidos com seus familiares, herdados e repassados de geração em geração. A relação familiar é fortemente presente na vida dos indivíduos, tendo em vista que o cuidado é entendido como um compromisso familiar, intergeracional e contínuo. Destaca-se a importância da família em toda a trajetória de vida e adoecimento do sujeito, uma vez que as experiências anteriores com familiares permitiram uma reinterpretação do seu processo de vida.

Na tentativa de entender o significado cultural das práticas de cuidado das pessoas com DM e seus familiares, aproximar-se das experiências dos sujeitos foi oportuno para este estudo, uma vez que o enfoque na vida e na cronicidade permitiu interpretar as perspectivas individuais e familiares sobre a vivência com a doença crônica.

O modo de vida e de cuidado das pessoas estudadas está permeado por suas histórias, eventos que compõem o seu cotidiano e o contexto sociocultural onde ocorrem. As experiências, os saberes e as práticas de cuidado exercidas pelas pessoas com DM e suas famílias têm significados diferentes daqueles compreendidos pela biomedicina.

Evidenciou-se que existem variadas formas de perceber e de viver com o diabetes, uma vez que os aspectos sociais, culturais e históricos exercem forte influência nesse processo. Leininger refere que o cuidado humano encontra-se permeado por fatores socioculturais, crenças culturais, valores, normas e padrões que têm uma poderosa influência no crescimento, estado de doença, saúde, bem-estar e sobrevivência humana (LEININGER, 1991).

Neste estudo, a descoberta do diabetes acabou acontecendo quando outras doenças já faziam parte da vida da pessoa, pois só reconheceram os sinais e sintomas do diabetes, depois

que receberam o diagnóstico. Com o passar dos anos, os sujeitos aprenderam a interpretar as manifestações da doença no organismo, desenvolvendo os cuidados que consideravam adequados para a sua condição.

A convivência com o DM é percebida pelos sujeitos como mais um aspecto do seu viver, em que as relações com o mundo e com a doença têm conotações diferentes, baseadas na subjetividade e singularidade do próprio indivíduo e nos significados atribuídos à vida de cada um. O cuidado com a doença depende tanto da percepção do indivíduo em relação à enfermidade como também está relacionado à maneira com que o diabetes se manifesta no organismo. Com base nos estudos da Canesqui (2007), o adoecido crônico tende a se adaptar ao diabetes, pois se trata de uma doença permanente, que normalmente não tem cura, e isso contribui para a atenção que ele deve ter consigo mesmo, já que resulta em reflexos diferentes na própria vida.

As experiências com a doença envolvem os sentimentos e as percepções sobre o diagnóstico, bem como os diferentes entendimentos sobre o diabetes e as manifestações no cotidiano do sujeito. O cuidado é realizado a partir da visão de mundo constituída pelo adoecido, em que a forma pela qual as pessoas veem o universo gera um quadro de valor ou atitude acerca da relação com o mundo e como ela afeta as suas vidas (LEININGER, 1979).

O diagnóstico, seguido do tratamento, é centralizado nas práticas de vida, principalmente, na alimentação, na adesão ao tratamento medicamentoso, nas atividades físicas e no acompanhamento à saúde, o que condiciona o surgimento de complexas alterações que comprometem o aspecto físico e psicológico, com repercussões pessoais e sociais na vida dos adoecidos. Fica explícita a apropriação de informações científicas fornecidas pelos profissionais da equipe. A família também está implicada nesse processo, tendo em vista que alterações no estilo de vida do indivíduo interferem diretamente na relação familiar. A família, como parte do sistema de saúde para seus membros, influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo e este, por sua vez, influencia o modo pelo qual a unidade familiar funciona (ELSEN, 2002; ZANETTI et al., 2008).

Os sujeitos desenvolvem o cuidado a partir das compreensões que eles têm em relação à doença, sendo que os cuidados são constantemente negociados pelos sujeitos como um processo dinâmico e associado. O gerenciamento do diabetes baseado em ações para controlar a enfermidade e viver o mais saudável possível é efetivado mediante ajustes que os sujeitos realizam sobre as recomendações médicas direcionadas à dieta e medicamentos. Os ajustes realizados pelos adoecidos buscam atender às orientações profissionais, contudo, as práticas são congruentes com as ideias e valores do mundo do sujeito. A concepção de saúde e o modo

como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais, e estas guardam uma relação direta com suas crenças e valores, os quais são formados ao longo da vida (XAVIER, BITTAR, ATAÍDE, 2009).

As práticas de vida são construídas em uma lógica sociocultural e familiar, em uma realidade histórica e, por essa razão, tornam-se difíceis de serem modificadas. Um exemplo disso são as práticas alimentares que possuem um valor intimamente associado às questões socioculturais do contexto dos sujeitos, uma vez que ultrapassam a simples função nutricional, mas representam uma fonte de prazer e um meio de confraternização com as pessoas.

Em relação à dieta, além dos obstáculos materiais para o acesso aos alimentos recomendados para um doente crônico, existem os valores e padrões alimentares determinados pelos significados culturais atribuídos a cada alimento. Para a maioria dos sujeitos, as práticas alimentares apreendidas no contexto de vida tornam-se conflitantes com as normas dietéticas impostas pela medicina oficial, desencadeando dificuldades em manter uma dieta considerada ideal. Devem-se levar em consideração os hábitos alimentares dos indivíduos, suas condições socioeconômicas e o acesso aos alimentos. As mudanças esperadas não são fáceis de serem realizadas, pois envolvem valores arraigados na cultura, nas tradições regionais e no espaço social e alimentar do homem (CORNELLI, 2007).

As medicações também são ajustadas conforme as percepções dos sujeitos, uma vez que os adoecidos buscam seguir a terapêutica medicamentosa com base naquilo que eles consideram apropriados para o seu cuidado. Os medicamentos utilizados pelos adoecidos sofrem modificações quanto à sua dose e horários, a serem consumidos a partir da sua rotina de vida e das concepções que permeiam o entendimento do sujeito em relação aos remédios.

Observa-se que as pessoas têm uma conotação diferente daquela significada pelos profissionais de saúde, que se preocupam constantemente com a manutenção dos parâmetros de normalidade de taxas e exames biomédicos. Apesar de reconhecerem a importância de um acompanhamento sistemático da glicose, os adoecidos adotam diferentes formas e parâmetros para avaliar a sua condição de saúde, centrando-se em ações técnicas e culturalmente apreendidas para manter os níveis de glicose dentro dos padrões de referência.

O acompanhamento por profissional de saúde foi observado como essencial pelos sujeitos, como uma fonte de apoio para manterem-se em tratamento do diabetes. O profissional médico foi o mais referenciado, sendo que os técnicos de enfermagem, enfermeiros e nutricionistas também foram citados, porém com menor frequência. Acredita-se que as ações do enfermeiro devam ser fortalecidas, tendo em vista que a assistência de

enfermagem apresenta-se fundamental para o paciente com diabetes, desde a ação de orientação, acompanhamento e até mesmo o acolhimento ao paciente, promovendo incentivo e educação em saúde para a aprendizagem da convivência com a doença (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

O cuidado também foi percebido como o “controle” da doença exercido pelo próprio indivíduo, bem como por seus familiares e profissionais da saúde. Esse cuidado busca gerenciar a doença a partir do cumprimento das restrições, das regras e dos limites impostos pelo diabetes, tendo em vista que o controle do diabetes não é apenas uma simples condição técnica, mas é um processo complexo e dinâmico que envolve os sujeitos e as pessoas do seu convívio, a partir dos fatores sociais e culturais do indivíduo. Os sujeitos procuram ter o controle do seu corpo pela necessidade de se tornarem aceitos no meio social, mas também para obter melhor qualidade de vida.

Na confirmação do diagnóstico do diabetes, a família e os profissionais da saúde passam a ficar mais rígidos com o adoecido, buscando sempre vigiar o seu comportamento e a conduta em relação ao tratamento. Nesse sentido, a vigilância exercida no cotidiano dos adoecidos é percebida como um cuidado com a doença.

Na rotina dos informantes, a busca por cuidado é repleta por dificuldades que dizem respeito tanto aos limites presentes no contexto rural, como no serviço de saúde no município. As barreiras para o cuidado estão relacionadas principalmente à distância geográfica, ao acesso ao serviço de saúde e à assistência ofertada pelos profissionais de saúde.

Durante o estudo, evidenciou-se que as práticas de cuidado estão impregnadas de saberes culturalmente construídos e apreendidos ao longo da trajetória de vida e adoecimento do sujeito. Nessa perspectiva, torna-se necessário reconhecer o que essas pessoas pensam, sentem e o que fazem em relação ao diabetes e ao seu tratamento. É interessante fortalecer a compreensão de que o diabetes faz parte das experiências socialmente vividas, com a influência dos profissionais de saúde e de seus familiares. Os profissionais, em especial a enfermagem, devem buscar congregar em sua prática tanto o saber científico quanto o familiar e o popular, de forma a encontrarem um ponto de equilíbrio dos diferentes cotidianos, articulando meios que possibilitem novas práticas promotoras de saúde para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, fez-se necessário refletir sobre o caminho da pesquisa para compreender o cuidado de pessoas com diabetes mellitus pertencentes a uma comunidade rural no sul do Brasil. Muitos foram os conhecimentos adquiridos em relação aos valores do cuidado, as crenças, os significados e os modos de viver. Ao considerar a importância da cultura de uma população rural, procurou-se trazer à tona uma forma de conhecimento relacionado ao cuidado diferente do aprendizado acadêmico. Acredita-se que, neste estudo, isso ocorreu a partir da compreensão sobre a forma com que os sujeitos com DM organizam sua experiência e suas práticas em relação à saúde, à doença e ao cuidado.

Ter a oportunidade de realizar um estudo qualitativo utilizando uma metodologia que permitiu adentrar no contexto das famílias rurais ampliou os olhares sobre o cuidado e oportunizou que as velhas e as novas experiências fossem entrelaçadas, com vistas a fortalecer uma prática de enfermagem pautada no cuidado cultural. O método de pesquisa proposto por Leininger foi imprescindível na investigação a respeito da cultura das pessoas, pois fez com que se imergisse no mundo dos informantes compreendendo parte do contexto de cada um, o que permitiu não só identificar características do contexto social e cultural do meio investigado, mas projetar novas frentes para o trabalho do enfermeiro nessas comunidades.

Na atual fase da vida profissional da autora, concluir este trabalho foi uma experiência única e enriquecedora que revelou as diversas faces do cuidado existente na vida das pessoas. Após a conclusão deste estudo, foi possível compreender o modo de vida e o universo cultural que permeia o cotidiano e as relações dos indivíduos, adentrando em um mundo cheio de simbologias em que o processo de viver dos sujeitos é único e singular.

A etnoenfermagem, como método de pesquisa, permitiu, ao longo do estudo, a construção do conhecimento dos saberes e práticas do cuidado dos sujeitos com DM tipo II. O DM é uma condição que gera modificações na vida dos indivíduos, a partir de diferentes experiências, percepções e perspectivas sobre o adoecimento, com particularidades que não advêm apenas das diferenças biológicas, mas, sim, das diferenças socioculturais. Desse modo, um aspecto importante deste estudo é que ele amplia a visão sobre os sujeitos com diabetes, no que se refere ao cenário em que a pesquisa foi desenvolvida, uma vez que a maioria dos trabalhos científicos na área da saúde sobre o diabetes tem o enfoque no meio urbano,

existindo uma lacuna de conhecimentos em relação à doença crônica do meio rural, especialmente, voltados ao DM.

O cuidado das pessoas com diabetes pode ser percebido por diferentes dimensões do processo de vida dos sujeitos, evidenciadas no cotidiano, nas falas, atitudes, crenças e principalmente através dos atos das pessoas, em que foi possível desvelar a singularidade do cuidado e as maneiras com que é compartilhado com os demais membros da família. Pode-se dizer que o cuidado é concebido pelos sujeitos em comportamentos, atitudes e ações que vão além do controle da doença, mas buscam atender suas necessidades objetivas e subjetivas em suas múltiplas dimensões. O cuidado nessa comunidade rural ultrapassa os aspectos biológicos, pois a experiência do adoecimento associa situações presentes e passadas, valores e crenças compartilhados socialmente e na vida em família.

A experiência com a doença é compartilhada com a família, pois envolve uma gama de sentimentos, sensações e significados marcados pela trajetória de vida dos indivíduos, em que as relações familiares estão fortemente implicadas nesse processo. Especialmente por se tratar de famílias rurais, em que a estrutura e a dinâmica familiar apresentam-se de forma peculiar, enraizadas pelas suas condições sociais, pela visão de mundo, pelos hábitos, crenças e costumes adquiridos com o passar dos anos.

Viver com uma doença crônica em um contexto rural torna-se um desafio a ser enfrentado todos os dias, tendo em vista que a ruralidade desvela as dificuldades relacionadas tanto ao acesso aos serviços de saúde, como às particularidades implicadas no contexto de vida dos sujeitos. A busca pelo cuidado é moldada a partir daquilo que eles consideram importante, guiados pela percepção cultural e a situação social em que se encontram.

Consciente dos aspectos relacionados à doença e as mudanças que ela gera na vida do adoecido, percebe-se a importância da participação da família e dos profissionais da saúde no cuidado às pessoas com diabetes. Fortalecer alternativas de planejamento do cuidado inclui a criação de parcerias dos profissionais de saúde com as famílias dos usuários com diabetes, de maneira a criar vínculos que possam contribuir com o cuidado ao sujeito.

Acredita-se que esta pesquisa tenha uma relevante contribuição para a prática de enfermagem, na medida em que proporciona subsídios para o cuidado cultural, pois vislumbra a articulação da teoria à prática, ao mesmo tempo em que valoriza as novas expressões para o cuidado de enfermagem em diferentes contextos culturais. É importante que o enfermeiro conheça aquilo que a comunidade define como cuidado, uma vez que para promover uma assistência condizente com as necessidades desta população é preciso conhecer a história de

vida, a realidade sociocultural das pessoas e as dificuldades que esses núcleos familiares enfrentam.

A enfermagem como uma profissão do cuidado, busca a valorização do ser humano, respeitando a singularidade, crenças, hábitos e cultura. É preciso investir em práticas que apreciem os saberes, pautadas no diálogo e no cuidado cultural, com vistas à promoção de uma assistência mais articulada, culturalmente pertinente e que respeite o saber popular dos usuários com DM que residem em comunidades rurais. Espera-se que os resultados deste estudo, agregados a outras pesquisas, mostrem evidências científicas que possam servir de base para reflexões referentes à formação de políticas de cuidado para as pessoas com doenças crônicas residentes no meio rural.

REFERÊNCIAS

ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

ALVÂNTARA, A. M.. VESCE, G. E. P.. **As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa**. In: VIII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2008. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf>. Acesso em: 10/10/2012.

BEHEREGARAY, L. R; GERHARDT, T. E. A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno-infantil em um Contexto Rural: um relato de experiência. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.1, p.201-212, 2010.

BERGAMASCO, S. M. P. P.; BLANC-PAMARD, C.; CHONCHOL, M. **Por um Atlas dos assentamentos brasileiros: espaços de pesquisa**. Rio de Janeiro: DL/Brasil, 1997.

BOEHS, A et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & contexto enferm**. Florianópolis, abr/jun; v. 16, n. 2: p. 307-14, 2007.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

BRASIL. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 1996.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 102 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64

p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA**. 2008. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em 20/09/2012.

BRASIL. Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT**. / Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Biblioteca Central, Editora da UFSM. – 8. ed. – Santa Maria : Ed. da UFSM, 2012. 72 p.

BOEIRA, N. GOLIN, T. **Colônia**. Coleção História Geral do Rio Grande do Sul. v. 1, Ed. Méritos. Passo Fundo: 2006. 200p.

BUDÓ, M. L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002, 193.p.

BUDÓ, M. L. D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 12, n. 1, p. 90-96, mar., 2008.

CANESQUI, A. M (Org). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CASTRO, T. G. et al. Saúde e nutrição de crianças de 0 a 60 meses de um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce, MG, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 167-176, 2004.

COELHO, M. S; SILVA, D. M. G. V. DA; PADILHA, M. I. de S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2, **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 43, n. 1, mar. 2009.

CORNELLI, G. Os sentidos da alimentação: para uma antropologia filosófica da alimentação. In: Miranda DS, Cornelli G. **Cultura e Alimentação. Saberes Alimentares e Sabores Culturais**. São Paulo: SESC, 2007, 25-34.

DIMPÉRIO, M. G. S. **O olhar da fisioterapia no meio rural**: estudo de caso com orizicultores de Arroio Grande, 112 f (Dissertação mestrado), Santa Maria: UFSM, 2010.

EGAMI, C. Y. et al. **Panorama das Políticas Públicas do Transporte Escolar Rural**. Brasília (DF): Centro de Formação de Recursos Humanos em Transportes Universidade de Brasília, 2008.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA (org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.11-24.

FERNANDES, G. C. M; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 4, p. 803-11, out-dez, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, G. P; HADDAD, M. C. L; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público, **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2008.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidando para manter o mundo da família amparado**: a experiência da família rural frente ao câncer. 2009. 217f. Tese (Doutorado), São Paulo: USP, 2009.

GOMES, M. C. P. A., PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**. 2005; v. 9, n. 17, 287-301.

GUTFREIND, L. O Gaúcho e sua cultura. In. BOEIRA, N; GOLIN, T. **Colônia**. Coleção História Geral do Rio Grande do Sul. v. 1. Ed. Méritos. Passo Fundo: 2006.

HELMAN, C. G.; **Cultura, Saúde e Doença**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 408 p.

HEURTIN-ROBERTS, S; BECKER, G. Anthropological perspectives on chronic illness. Introduction. **Social Science & Medicine**, v. 37, n .3, p. 281-83, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Territorial do Brasil**. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008). Página visitada em 11 de outubro de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em: 20/10/12.

JORGENSEN, W. A; POLIVKA, B. J; LENNIE, T. A. Perceived adherence to prescribed or recommended standards of care among adults with diabetes, **Diabetes Educ**, v. 28, n.6, p. 989-98, nov-dec, 2002.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, and human conditions**. New York: Basic Books, 1988.

KING, D. E et al, Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988-2006. **Am J Med**, v. 122, n. 6, p. 528-34, 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 113-128, jan.-mar, 2006.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: Wiley & Sons; 1979.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.432p.

LEININGER, M; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. New York: Jones and Barlett Publishers, 2006.

LOPES, M. J. M. et.al. **Gravidez e maternidade na adolescência em municípios de pequeno porte e em áreas rurais na metade sul do Rio Grande do Sul**. 2008. Projeto de Pesquisa-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MACIEL, M. E. S. Apontamentos sobre a figura do gaúcho brasileiro. In: BERND, ZILÁ (org), **Olhares cruzados**: Editora UFRGS. Porto Alegre: 2000.

MINAYO, M. C. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 6 Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. **O Conceito de Metodologia de Pesquisa**. In: MINAYO, M. C S (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**.15ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MONTICELLI, M. et al. Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto Contexto Enferm**, v, 19, n. 2, p. 220-8, abr-jun, 2010.

OLIVEIRA, G. K.S.; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. VEREDAS FAVIP - **Revista Eletrônica de Ciências** - v. 3, n. 2, jul-dez, 2010. Disponível em:<<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewPDFInterstitial/144/14> > Acesso em 10 de set. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OPAS **Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSa**. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349p.

PAULA E. S, NASCIMENTO L. C, ROCHA S. M. M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n 1, p. 100-6, jan-fev, 2009.

PÉRES, D. S; SANTOS, M. A; ZANETTI, M. L; FERRONATO, A. A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 02-8, nov-dez, 2007.

PIRES, P. Á. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J., DESLAURIERS, JP, GROULX, LH ET AL. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

RODRIGUES, R. et al. Avaliação do perfil glicêmico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 com e sem administração de infusão de folhas de Averrhoa carambola. **Sci Med**. V. 20, n. 2, p. 161-165, 2010.

ROESE, A. et al. Perfil de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus a partir de bases de dados nacionais em Municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. v. 14, n. 1, p. 75-84, jan/mar, 2011.

ROSA, N. G; LUCENA, A. F; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n. 1, p. 14-22, abr, 2003.

SANTOS, A. F. L; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 255-263, jun, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE CAPÃO DO CIPÓ. **Divisões das localidades do município de Capão do Cipó em 2011**. 2011. Disponível em: <http://www.capaodocipo.rs.gov.br/?pag=secretarias>. Acesso em 15/09/2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **O avanço do diabetes no mundo, segundo a OMS**. 2012. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2132-o-avanco-do-diabetes-no-mundo-segundo-a-oms>. Acesso em 02/11/2012.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** 2011, Séries Saúde no Brasil 4. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em 20/10/12.

SICHERI, R. et al. Estado nutricional de crianças e relações de trabalho da família em uma comunidade rural do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 528-535, 1993.

SILVA-JUNIOR, J. B. **As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde.** In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation.** New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

SCHWARTZ, E; ELSÉN, I. Observação participante: uma metodologia para conhecer o viver, o adoecer e o cuidar das famílias rurais. **Fam. Saúde Desenv.**, v.5, n.1, p.19-27, jan./abr. 2003

TANG, P. L; YUAN, W. L; TSENG, H. F. Clinical follow-up study on diabetes patients participating in a health management plan. **J Nurs Res**, v. 13, n. 4, p. 253-62, dec, 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VICTÓRIA G. C., KNAUTH, R. D.; HASSSEN, N. M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VISENTIN, A. **O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer.** (Dissertação de mestrado), Paraná: UFPR, 2008.

WANDERLEY, M. N. B. **A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas**; o “rural” como espaço singular e ator coletivo. Texto inédito, 2001.

WHITAKER, D. C. A. O rural-urbano e a escola brasileira. **Revista do Migrante**, v. 5, n. 12, 1992.

XAVIER, A. T. F; BITTAR, D. B, ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 1, p. 124-30, jan-mar, 2009.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, mar-abr, 2008.

ANEXOS

Anexo A- Roteiro de observação

O seguinte roteiro de observação segue as sugestões de Victóra, Knauth e Hassen (2000, p. 63):

Observar no domicílio:

- cenário comunitário (físico-estrutural e social) em que reside o usuário com DM e sua família;
- características do domicílio (higienização, presença de água encanada, saneamento básico, energia elétrica, eletrodomésticos...);
- pessoas que residem no domicílio;
- localização e características do ambiente;

Em relação ao ambiente interno e externo observar:



- relação entre o ambiente interno e externo;
- relação das pessoas e do pesquisado com o espaço;
- distância com relação ao observador.
- O cuidado dos familiares
- Cuidados com a condição crônica (Hábitos de alimentação, uso da insulino terapia, armazenamento e acondicionamento da insulina, hipoglicemiantes orais)

Observar o usuário inserido em diferentes espaços (grupos, igrejas, encontros, festividades, entre outros)

Observar durante a entrevista:

- comunicação verbal e não-verbal;
- interferências na fala (silêncios, tom de voz, risos, choro, abstrações...)
- sentimentos expressos no decorrer da entrevista.

Anexo B - Carta de aprovação

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Saberes e Práticas de Cuidado dos Usuários com Diabetes Mellitus Tipo II Residentes no Meio Rural

Número do processo: 23081.017021/2011-78

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0351.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes Denardin Budó

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 09/01/2012

Santa Maria, 09 de Janeiro de 2012.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado civil: _____

Religião: _____

Grau de escolaridade: _____

Origem da renda familiar e valor aproximado: _____

Localidade: _____

Quanto tempo reside na localidade: _____

Pessoas que moram no domicílio: _____

Há quanto tempo sabe que tem DM? _____

Há quanto tempo acompanha na Unidade? _____

O que o Sr (a) entende sobre saúde?

O que o Sr (a) entende por falta de saúde?

Como o (a) senhor (a) cuida de sua saúde?

Há quanto tempo o (a) senhor (a) tem DM? Como começou?

O que significa o DM na sua vida?

Fale sobre o DM. O que o (a) senhor (a) acredita que causou a doença?

O que mudou na sua vida depois que descobriu que tinha DM?

Como é o cuidado com a sua saúde, com o DM? (Descreva detalhadamente como o (a) senhor (a) realiza o cuidado). Sempre foi assim?

O que o (a) senhor (a) acha que pode ser utilizado ou feito no cuidado com o DM?

Nos hábitos de sua família como acontece o cuidado com o DM? Tem alguém (familiar, amigo, vizinho) que tem uma prática de cuidado diferente com o DM?

Quem o (a) senhor (a) procura quando necessita de cuidados? Alguém ajuda no cuidado?

Quem? (itinerário do cuidado e redes sociais de apoio).

Descreva a última vez em necessitou de cuidados. (como foi a situação, quem auxiliou, o que foi feito, onde foi levado).

Dificuldades e facilidades encontradas para cuidar-se?

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DA PESQUISA: Saberes e práticas de cuidado dos usuários com Diabetes Mellitus tipo II residentes no meio rural.

PESQUISADOR: Marciele Moreira da Silva (Enfermeira-Aluna do Mestrado em Enfermagem da UFSM). Contato: (55) 99285986; email: enfmarciele@yahoo.com.br

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª. Maria de Lourdes Denardin Budó (Enfermeira-Prof^ª do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM – PPGEnf). Contato: (55) 3220-8029; email: lourdesdenardin@gmail.com

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM; Centro de Ciências da Saúde - CCS; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGEnf.

Caro pesquisado(a):

Você está sendo convidado para uma entrevista de forma totalmente voluntária, livre de qualquer constrangimento. Tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Portanto, antes de concordar em participar desta pesquisa, ser entrevistado e observado, é muito importante que você compreenda as informações e as instruções contidas neste documento, as quais tenho o dever, enquanto pesquisadora, de responder a todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

- **Objetivo do estudo:** Compreender os saberes e práticas de cuidado dos usuários com Diabetes Mellitus Tipo II residentes do meio rural de Capão do Cipó/RS na perspectiva cultural.

- **Procedimentos:** Sua participação, nesta pesquisa, consistirá em responder uma entrevista onde poderá contar algumas situações relacionadas ao seu cuidado, bem como será realizado uma observação. A entrevista poderá ser gravada, no entanto, você poderá solicitar que tal procedimento não seja realizado, as gravações ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por cinco anos. Além disso, será realizada a observação participante no seu domicílio, ou seja, a pesquisadora irá observar seus hábitos de vida e de seus familiares durante o tempo que estiver na sua casa.

- **Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefícios diretos para você, contudo, acredita-se que o convívio, assim como a escuta e o diálogo, serão momentos de troca de experiência bastante produtivos para você e para o pesquisador. Além disso, contribuirá para que os profissionais de saúde venham a conhecer como os usuários com DM vivenciam e expressam o cuidado e, dessa forma, permitindo uma assistência à saúde mais eficaz para essa parcela da população. Informo também que sua participação na pesquisa não acarretará em nenhum benefício financeiro para você.

- **Riscos:** A entrevista e a observação não acarretarão riscos (biológico, moral ou econômico), sendo o risco mínimo de ordem física ou psicológica para você, como cansaço.

- **Privacidade:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, sendo resguardada, confidencialmente, sua identidade. As informações do estudo

serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde, especialmente para a enfermagem e os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área da enfermagem, ficando assegurada a garantia do anonimato.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Capão do Cipó, ____ de _____ de 2012.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Sala 702. Cidade Universitária – Bairro

Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

Apêndice C - Termo de confidencialidade

TÍTULO DA PESQUISA: Saberes e práticas de cuidado dos usuários com Diabetes Mellitus tipo II residentes no meio rural.

PESQUISADOR: Marciele Moreira da Silva (Enfermeira-Aluna do Mestrado em Enfermagem da UFSM). Contato: (55) 99285986; email: enfinarciele@yahoo.com.br

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª. Maria de Lourdes Denardin Budó (Enfermeira-Prof^ª do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM – PPGEnf). Contato: (55) 3220-8029; email: lourdesdenardin@gmail.com

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM; Centro de Ciências da Saúde - CCS; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGenf.

LOCAL DA COLETA DE DADOS: na ESF de Capão do Cipó ou no domicílio dos sujeitos.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados *por meio de observação participante e entrevistas no domicílio dos sujeitos da pesquisa*. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas gravadas em arquivos do tipo mp3 ficando sob a responsabilidade da pesquisadora, Mda Enf^a Marciele Moreira da Silva, pelo prazo de cinco (5) anos, aproximadamente até dezembro 2016. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../..... com o número do CAAE

Marciele Moreira da Silva
Pesquisadora

Maria de Lourdes Denardin Budó
Orientadora

Data: ____/____/____

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7o andar – Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.