



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

WILKA BARBOSA DOS SANTOS

TUA CULPA, MINHA SALVAÇÃO

Análise sociológica sobre um serviço secundário da rede SUS no contexto do Diabetes

**João Pessoa
2014**

WILKA BARBOSA DOS SANTOS

TUA CULPA, MINHA SALVAÇÃO

Análise sociológica sobre um serviço secundário da rede SUS no contexto do Diabetes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Artur Perrusi

**João Pessoa
2014**

S237t Santos, Wilka Barbosa dos.
Tua culpa, minha salvação: análise sociológica sobre um
serviço secundário da rede SUS no contexto do diabetes /
Wilka Barbosa dos Santos.-- João Pessoa, 2014.
105f. : il.
Orientador: Artur Perrusi
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA
1. Sociologia. 2. Diabetes - experiência da doença.
3. Serviço especializado. 4. Profissionais de saúde e
tratamento.

UFPB/BC

CDU: 316(43)

WILKA BARBOSA DOS SANTOS

TUA CULPA, MINHA SALVAÇÃO

Análise sociológica sobre um serviço secundário da rede SUS no contexto do Diabetes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Submetida à apreciação da banca examinadora em: 13/02/2020

Resultado: Aprovado com 2 votos

BANCA EXAMINADORA



Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
PPGS/CFCH/UFPE
(Orientador)



Luziana Marques da Fonseca Silva
DCS/CCAUE/UFPB
(Avaliadora)



Mônica Lourdes Franch Gutiérrez
PPGA/CCHLA/UFPB
(Avaliadora)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, por ter me dado saúde e determinação para encarar com serenidade e sabedoria mais essa etapa, colocando pessoas especiais no meu caminho, sem as quais tornariam este processo ainda mais trabalhoso e cansativo.

Ao meu orientador **Artur Perrusi**, por ter se mostrado atencioso e comprometido com o trabalho, ajudando-me com sua experiência e indagações.

À banca **Mônica Franch** e **Luziana Silva**, por terem aceitado participar da avaliação da dissertação, contribuindo com o desenvolvimento da mesma desde a qualificação.

Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Sociologia**, com os quais tive a oportunidade de compartilhar visões e aprender novas perspicácias da Sociologia.

Ao **Centro de Atenção Integral a Saúde – CAIS de Jaguaribe**, por ter aceito o projeto de pesquisa, contribuindo para que o estudo fosse realizado. Agradeço em particular a diretora multiprofissional **Juçara** por ter me recebido todas as vezes que lhe procurei.

Ao **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP** da UFPB, assim como a **Secretária Municipal de Saúde – SMS**, por conceder as certidões necessárias, sem as quais não poderia entrar em campo.

Ao **Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura – GRUPESSC**, pelas discussões acerca da interdisciplinaridade entre a saúde e o contexto social, despertando-me para alguns *insights*.

À minha família, por acreditar no meu potencial, mesmo convivendo com crises de insegurança que me afetaram nesse percurso de pesquisa e escrita.

Ao meu noivo **Wilson Macedo**, pelo incentivo e presença nos momentos felizes e tristes que academia proporciona, mostrando-se paciente e também me fazendo respirar novos ares.

Aos futuros sociólogos que iniciaram comigo essa nova etapa, dispostos a compartilhar experiências, frustrações, conquistas alcançadas no trajeto. Em especial, a **Ligia, Priscila e Jéssica** que de formas distintas se fizeram presentes nesta empreitada.

Aos amigos *extramuros* da academia, principalmente **Weskla, Kamila, Fabrício, Evelynne e Bruna**, por se mostrarem companheir@s também nos momentos pessoais, oferecendo para as conversas chatas distração e comédia.

RESUMO

O trabalho se dedica a refletir sobre as experiências cotidianas de um setor de Diabetes presente num serviço de média complexidade da rede SUS, explorando não só a convivência dos indivíduos com a enfermidade, como também a dinâmica de atendimento fornecida para este público. O intuito é compreender o procedimento proposto para os adoecidos de *longa duração*, observando quais profissionais são oferecidos no serviço; como se dá a dinâmica do trabalho; quais as formas de tratamento sugeridas e como estes fatores influenciam nas relações entre usuários e profissionais da saúde. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Integral à Saúde no bairro de Jaguaribe, mais conhecido como CAIS de Jaguaribe, tendo como objeto de estudo o espaço do setor de doenças metabólicas. Dentre diferentes fatores, foi possível perceber que o espaço de atendimento ao Diabetes interfere na vida individual e social de cada acometido, podendo chegar nessa análise a partir de alguns relatos de experiências trazidas pelos atores da pesquisa. Assim, para conseguir tais resultados, fez-se necessária a presença em campo por três meses, utilizando a observação de campo, a etnografia e as conversas informais, tanto com os adoecidos quanto com os funcionários e profissionais de saúde. A dinâmica de trabalho desenvolvida no setor, de modo geral, traz para os médicos e profissionais auxiliares um conhecimento *expert* sobre o adoecimento, sendo este saber crucial para o funcionamento do serviço. Além disso, também é relevante dizer que os conhecimentos populares e biomédicos interferem complementar e significativamente no cotidiano dos usuários, contribuindo para autovigilância medicamentosa e alimentar para além do consultório médico. O estudo no espaço diabético no serviço secundário (especializado) da rede SUS demonstrou que diferentes contextos e crenças se reúnem em busca de melhorar a saúde, contribuindo que várias temáticas sociológicas surjam no decorrer da pesquisa.

Palavras-Chaves: Diabetes, Experiência da Doença, Serviço Especializado, Profissionais da Saúde e Tratamento.

ABSTRACT

This work reflects about ordinary experiences on Diabetes of the SUS service, that explores not only the coexistence of the individuals with this disease, as well the dynamics of care provided for them. The aim is to understand, firstly, the procedure proposed to enduring ill people, watching which kind of professional is provided by the public service. Secondly, how its dynamics occurs. And finally, which methods of treatment are suggested and how they influence the relationship between the infirm and the health professional. The survey was made at the Centro de Atenção Integral à Saúde, in Jaguaribe, better known as “CAIS de Jaguaribe”. Among different factors, it is possible to note that the environment of service interferes in the individual and social life of each ill person. The field study, ethnography and informal conversations were necessary. We conclude that the dynamics of work developed in the health service, in general, brings to the professionals a fundamental expertise. It is also relevant to mention that the popular and biomedical knowledge significantly interfere in the daily life of the infirm and contribute to surveillance outside the doctor's office. Therefore, this study on diabetic environment shows that different backgrounds and beliefs come together in search of better health, and hopes to contribute for others future sociological analyses.

Key-words: Diabetes, Disease Experience, Specialized Service, Health Professionals and Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AB – Atenção Básica

ADJP – Associação dos Diabéticos de João Pessoa

APS – Atenção Primária à Saúde

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

CAISI – Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

GES – Gerência de Educação em Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPGS – Programa de Pós-Graduação em Sociologia

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RMP – Relação Médico e Paciente

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAR – Teoria Ator-Rede

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

Introdução.....	9
Trajectoria Metodológica	15
Capítulo I: Convivendo com o Diabetes	23
1.1 O adoecimento crônico como construção sociocultural	23
1.2 Experiência de <i>longa duração</i>	31
Capítulo II: Espaço de Atendimento <i>Expert</i> no Diabetes.....	39
2.1 Espaço de cuidado ao Diabetes	39
2.2 A sala de espera como espaço de interações	51
2.3 Os profissionais de saúde e suas relações acerca do Diabetes	57
Capítulo III: O Tratamento e Autocuidado no Diabetes.....	68
3.1 Medicamentos como <i>Actante</i>	68
3.2 Alimentos como Remédio	79
À Título de Considerações Finais.....	88
Referências Bibliográfica.....	92
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	97
Apêndice 2 : Roteiro de Observação do Campo.....	98
Apêndice 3: Roteiro de Perguntas aos Profissionais de Saúde.....	99
Anexo 1: Aprovação do CEP.....	100
Anexo 2: Termo de Anuência do Campo de Estudo	101
Anexo 3: Encaminhamento da SMS para o CAIS de Jaguaribe.....	102
Anexo 4: Termo de Compromisso com a GES	103
Anexo 5: Entrevista realizada pela enfermeira aos usuários	104

INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, os estilos de vida que vêm tomando conta do cotidiano dos atores sociais, têm despertado a atenção para pesquisas no âmbito da saúde e doença. Tudo isso, contribui para que uma das temáticas mais debatidas esteja voltada para o adoecimento crônico, conhecido nas pesquisas socioantropológicas como enfermidade de *longa duração*¹. O interesse em refletir sobre este assunto advém do número crescente de indivíduos acometidos por uma ou mais doenças crônicas como o Diabetes, resultado do “sedentarismo e mau hábito alimentício”, característico da modernidade.

Desse modo, o foco deste estudo é o Diabetes Mellitus², uma enfermidade crônica que vem ganhando corpo mundialmente. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2008), o Diabetes é visto como um dos principais responsáveis pela mortalidade crônica nos últimos anos. A doença é conhecida por entrar na vida dos adoecidos que possuem uma rotina sedentária, decorrente de um contexto mais tecnológico e prático.

Na biomedicina, a patologia é vista como “plural”, podendo afetar os indivíduos de diferentes formas. Deste modo, o Diabetes está dividido em tipos popularmente conhecidos como: Diabetes Tipo I, Diabetes Tipo II e Diabetes Gestacional.

O tipo I, denominado também *insulinodependente*, é conhecido por acometer o público infanto-juvenil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD, os adoecidos pelo tipo I precisam diariamente de injeções de insulina, visto que a doença faz com que o pâncreas não produza insulina suficiente no sangue.

O tipo II, também conhecida como *não insulinodependente* ou *diabetes do adulto*, é o que mais afeta os indivíduos, compreende a maioria no campo pesquisado. Com base nos dados coletados no site da SBD, o tipo II ocorre em indivíduos obesos, acima de 40 anos, podendo, atualmente, atingir os jovens através dos maus hábitos alimentares.

¹ Canesqui (2007) afirma que a doença é um novo momento na vida dos atores sociais, capaz de acompanhar os indivíduos acometidos por diferentes etapas da vida.

² O termo Diabetes Mellitus é de origem grega, no qual a primeira palavra significa *sifão*, visto que há uma semelhança da produção de urina com a saída do vinho dos tonéis. A segunda palavra está relacionada ao *doce*, já que este tipo de urina tem como característica ser adocicada.

O tipo gestacional é o menos conhecido, mas não o menos frequente, afeta o corpo de algumas gestantes quando o nível de glicose aumenta no sangue que, após o parto, as taxas podem normalizar ou não. Segundo a SBD, as mulheres que desenvolvem esse tipo, podem ser enquadradas no grupo de risco propenso a desenvolver o Diabetes Tipo II.

No contexto brasileiro, o Diabetes vem sendo considerado um problema social e de saúde pública, uma vez que ameaça a qualidade de vida dos indivíduos nas sociedades industrializadas e pós-industriais. É uma enfermidade que se configura como um fenômeno que exprime sinais antes mesmo do seu surgimento nos afetados, de modo que já existem mecanismos os quais identificam indivíduos que possam vir a desenvolvê-la, como por exemplo, o indivíduo pré-diabético que apresenta um comportamento de risco elevado para o desenvolvimento da doença.

Contudo, mesmo atingindo essa magnitude, o Diabetes ainda não configura uma patologia muito estudada no âmbito socioantropológico. Desta forma, é comum nos depararmos com discussões e trabalhos realizados apenas no âmbito da saúde. Diante desse fato, este estudo trilha uma abordagem socioantropológica acerca de determinada doença no espaço de tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS. E sendo importante verificar também, do que constitui o discurso dos profissionais da saúde e dos adoecidos, com considerações pautadas na linha socioantropológica da Saúde.

Sendo assim, o campo de nosso estudo é o espaço diabético do Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS, localizado no bairro de Jaguaribe. Os dados discutidos neste trabalho são oriundos da pesquisa desenvolvida no setor de doenças metabólicas. O intuito ao escolher o espaço do Diabetes como objeto de estudo é refletir a respeito não só do tratamento proposto pelos profissionais de saúde, mas também observar e analisar quais os perfis dos usuários, suas experiências com a doença e como ocorre ou não a adesão ao tratamento biomédico. Para tanto, consideramos que o âmbito estudado é composto por diferentes realidades, pois cada indivíduo possui crenças e saberes distintos. Dessa forma, o espaço do serviço especializado nas doenças crônicas, define quais objetos podem ser abordados e discutidos na teoria sociológica.

O Diabetes na perspectiva biomédica, por exemplo, é compreendido como uma doença que se enquadra num grupo de patologias não transmissíveis caracterizando-se pelo longo período de tratamento e o fato de ser “silenciosa”. Segundo os adoecidos, a doença é evidenciada pela presença de açúcar no sangue que ocasiona a proibição de alimentos gordurosos. Já nas pesquisas socioantropológicas, a enfermidade além de ser

caracterizada pela *longa duração*, traz a reflexão dos atendimentos propostos para esta demanda, os discursos dos profissionais, a vivência dos adoecidos, etc.

Com relação à convivência com a patologia é relevante argumentar que o Diabetes é diagnosticado através de exames de glicemia, que exige o acompanhamento de um especialista, geralmente um endocrinologista³. Este segmento profissional da Medicina ampliou seu campo de atuação na modernidade, tratando não apenas de distúrbios nas glândulas, mas também dos distúrbios relacionados à alimentação, iniciando assim, o atendimento ao Diabetes. Seria após o diagnóstico e incorporação da identidade diabética, que os indivíduos começam a lidar com a rotina proposta pela enfermidade, assim, ocorrendo mudanças nos hábitos de vida, vigilância do próprio corpo, idas frequentes aos médicos, etc.

Segundo Chamé (1996), o agente social passa a ter uma autovigilância dos seus equilíbrios orgânicos. Neste sentido, o adoecido de *longa duração* tende a adaptar-se à realidade do Diabetes, já que se trata de uma enfermidade permanente que necessita de medidas de controle como forma de garantir o estado de qualidade de vida. Com a incorporação da enfermidade, também podemos pensar no trabalho de autoreflexão que cada indivíduo desenvolve, contribuindo para que a doença não seja vista apenas de modo coletivo, mas a partir de experiências particulares, posto que os acometidos não se restringem unicamente ao cuidado fornecido pelos serviços de saúde.

Sendo assim, percebe-se que o indivíduo acometido pelo Diabetes desenvolve métodos autônomos para cuidar do adoecimento que vão além da prescrição médica, ou seja, os indivíduos também se autovigiam e se autocuidam através de receitas *lighths*, exercícios, chás, etc. Todavia, é com a enunciação médica que ocorre o estabelecimento do estado de doente.

O diagnóstico médico, portanto, introduz-se como um instrumento de classificação, pelo qual o indivíduo deixa de integrar um grupo e passa a pertencer a outro – dos “doentes” – e todas as limitações que esta condição pode representar.

Neste sentido, o diagnóstico parece representar um momento de *ruptura biográfica* (BURY, 1982), e faz com que o adoecido não se reconheça como “saudável”, estranhe seu corpo e mude suas escolhas de vida. Adota-se, por conseguinte, um dilema de identidade marcado pela pressão social e autoridade médica.

³ De acordo com o **Portal Endócrino**, a endocrinologia é uma área recente da Medicina que tem como função cuidar dos distúrbios das glândulas. Aqui no Brasil, esta ciência foi introduzida em 1980, mesmo período em que foi criada a Sociedade Brasileira de Endocrinologia.

Neste caso, os indivíduos acabam concordando com o diagnóstico e se reconhecendo numa condição considerada “imutável”.

O *dilema de identidade* (SANTOS; NEVES, 2010), é corroborado pelo fato de que o chamado doente nem sempre se reconhecer no enquadramento da doença declarado pelo profissional de saúde, em razão da ausência de sinais que indiquem algum tipo de anormalidade no corpo. Desse modo, estabelece-se uma contradição com relação ao indivíduo, já que ao mesmo tempo em que não se sente doente, o discurso médico afirma a existência da enfermidade. Sendo assim, a enunciação médica se torna uma abstração⁴, já que inexistem indicativos corporais da patologia (sintomas socialmente reconhecidos).

Diante disso, mesmo não apresentando nenhum sintoma, no momento em que o profissional afirma que as sensações são patológicas e as confirmam por meio de exames, é que os indivíduos se vêem diante da imposição de regras a hábitos cotidianos já consolidados, principalmente no âmbito da alimentação, no uso de medicamentos e nos cuidados físicos do corpo. Esses elementos imprimem uma pressão sobre o indivíduo e tornam presentes os limites do corpo com os quais o indivíduo deve aprender a conviver.

Neste caso, o discurso dos profissionais da saúde demonstra que, para se conviver com uma doença crônica é importante uma disciplina dos acometidos com relação ao tratamento da enfermidade. Isto posto, a disciplina seria um comportamento obediente do paciente à prescrição médica e os profissionais de saúde vistos como formadores de *corpos dóceis*. Entretanto, resta-nos discutir no decorrer do trabalho, tomando com base a observação de campo, se realmente há uma *docilidade* (FOUCAULT, 1987) e, caso exista, se podemos dizer que acontece do modo esperado pelos profissionais.

O interesse em compreender o processo de incorporação da doença do ponto de vista sociológico, ocorreu na pesquisa desenvolvida na graduação junto a Associação dos Diabéticos de João Pessoa – ADJP, na qual a proposta era problematizar a identidade diabética, refletindo até que ponto a nova rotina contribuía para a presença dos indivíduos numa Associação de diabéticos. Com base nesta experiência de campo, foi possível perceber que o Diabetes se apresentava para os adoecidos como um *fluxo de*

⁴ Abstração aparece no discurso do médico quando o mesmo procura impor uma nova realidade na vida do acometido sem ter uma experiência concreta, como no Diabetes em que o diagnóstico é realizado mesmo sem sintomas aparentes ao adoecido.

eventos (BARSAGLINI, 2011), cuja experiência pessoal era apenas um dos setores sociocultural vivido pelo indivíduo.

Entendendo alguns aspectos socioculturais presentes neste adoecimento de *longa duração*, o intuito desta pesquisa é analisar o contexto especializado no atendimento do Diabetes com enfoque não só processo de adoecimento, mas também de tratamento. O objetivo é estender, sobretudo, nosso olhar para a relação dos usuários com os profissionais de saúde e buscar compreender os elementos que determinam, fortalecem e enfraquecem este entrosamento.

Analisar o profissional da saúde tem sua relevância pela grande influência que exerce na vida social e individual do acometido, mesmo que os adoecidos não encarem seu discurso como único no momento de tratar da enfermidade. Partindo, algumas vezes, para remédios caseiros ou dando mais atenção para o discurso de “conhecidos” que tem a doença há mais tempo.

Deste modo, este trabalho além de refletir acerca das relações existentes no setor, também procura compreender os elementos que fundamentam esta relação (atores humanos e não-humanos) e como ocorre o fluxo dos usuários no serviço. Ademais, é relevante observar quais profissionais são disponibilizados para esta demanda e como ocorre a divisão do trabalho entre eles, analisando questões hierárquicas entre os próprios profissionais da saúde. Para que determinados elementos sejam abordados, o objeto do estudo será o espaço diabético, considerando o que compõe o setor de doenças metabólicas.

Para obtenção dos resultados, nossa investigação consistiu na observação do setor de *doenças metabólicas* do CAIS de Jaguaribe, no período de três meses, espaço este, que engloba dentre outras enfermidades o próprio Diabetes. Metodologicamente, este estudo foi realizado com base na observação da sala de espera, corredores, e por meio de conversas informais com acometidos, funcionários e profissionais da saúde. A escolha deste campo ocorreu também, pelo fato dos usuários e funcionários apontarem o ambiente como uma referência no tratamento do Diabetes. O serviço se enquadra no atendimento secundário do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece um atendimento especializado para o público.

A fim de facilitar a leitura dos dados obtidos durante nosso percurso investigativo, dividimos o trabalho em três capítulos que compreendem: uma discussão de cunho metodológico, o caminho seguido e renunciado para que o estudo fosse realizado, cotejando a relação existente entre as Ciências Sociais e a Saúde.

O primeiro capítulo aborda a convivência do sujeito com uma doença de *longa* duração, o Diabetes, evidenciando como são afetados individual e socialmente. Assim como chamamos atenção para a teoria, percebendo o adoecimento como um processo sociocultural e não apenas biológico.

No segundo capítulo, mostramos como ocorre essa convivência no serviço especializado na enfermidade, descrevendo a organização deste espaço e a construção das relações advindas desse convívio.

O terceiro capítulo, por sua vez, aborda um olhar sob os atores não-humanos importantes para o cuidado com a doença.

Desse modo, tecemos reflexões que evidenciam para o leitor o entendimento no que consiste a convivência do indivíduo com uma doença crônica, ou seja, onde e como é atendida esta demanda e quais os meios de tratamento propostos pelo serviço especializado do SUS.

Por fim, apresentamos as considerações finais sobre os dados coletados no decorrer de nosso estudo.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

De acordo com as discussões que atravessam as Ciências Sociais acerca do modo de se fazer pesquisa, percebemos que cada pesquisa qualitativa apresenta um estilo particular de se desenvolver, dependendo do contexto e do pesquisador (a). Como consequência, o intuito neste momento, é discutir os caminhos trilhados pela pesquisadora para conseguir realizar sua pesquisa no âmbito da saúde, sendo relevante abordar como aconteceu a escolha do campo, em que contexto ocorreu e demonstrar como essa trajetória de escolhas e renúncias foram modificando o objeto de estudo.

Para dar início às discussões acerca desta trajetória metodológica, é importante expor o objetivo primordial deste projeto de pesquisa para que o leitor compreenda as diversas modificações que ocorreram durante todo percurso metodológico. A princípio, o interesse da pesquisa estava voltado para o estudo da profissão médica, em particular ao segmento especializado numa doença crônica, no caso, o *Expert* no Diabetes, tendo como pretensão refletir sobre sua profissão, sua função, campo de trabalho, relações com os pares e clientes num âmbito privado.

O âmbito privado foi a primeira mudança sofrida pelo projeto de pesquisa, visto que os profissionais dos ambientes “particulares” não se mostraram interessados no estudo. A falta de interesse ficou notória no discurso dos profissionais ou secretárias que recebiam a pesquisadora, sendo assim, a dificuldade em pesquisar num setor privado ficou evidente quando frequentei algumas clínicas. Quando se deseja pesquisar numa Instituição particular é necessário procurar o médico responsável pela mesma. Entretanto, não foi possível chegar até este profissional, visto que recebíamos sempre a informação de que o mesmo estava atendendo seus pacientes ou que não havia chegado.

Nesta busca, tornou-se possível a conversa com uma nutricionista sobre a intenção de pesquisar seu trabalho, pois mesmo que esta profissional não seja considerada como *expert* no Diabetes, ela desempenha um trabalho importante com este público mostrando-se mais receptiva para conversar. Acerca da realização da pesquisa, obtive como resposta a seguinte argumentação:

Aqui e nas outras clínicas particulares vai ser difícil fazer esta pesquisa, até porque são pessoas que tem plano de saúde, classe média, que não querem ser incomodadas nas suas consultas. Vai lá para o Cais de Jaguaribe, lá tem um programa que atende os

diabéticos e tem pessoas que já estão acostumadas com isso.
(Nutricionista)

Este argumento serviu para refletir a respeito dos indivíduos que se encontram num ambiente público e privado na saúde, ou seja, na contínua estratificação social. Este cenário fica demonstrado na imagem do público, contribuindo para que alguns pensem que o pobre não pode reclamar, e por isso, está sempre disponível, resultando com que o campo da classe média permaneça no setor privado, considerando-os por vezes intocáveis.

Diante de determinada conversa, fez-se necessário uma mudança de planos, retirando o foco do privado e seguindo para o público, necessariamente para o Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS de Jaguaribe. A escolha não aconteceu apenas por ter sido citado na fala da nutricionista, mas também por lembrar algumas falas de acometidos da ADJP, referindo-se ao espaço enquanto uma referência no tratamento do Diabetes.

Com a intenção de saber o que precisaria para pesquisar no referido lugar, fui encaminhada para sala da diretora multiprofissional, a quem expliquei a proposta da pesquisa, ainda assim, a mesma tornou a perguntar: *você é enfermeira?* Respondendo negativamente, repeti que era um estudo sociológico, então, a mesma respondeu:

Ah, da sociologia? Então não sei, normalmente as pesquisas tem que passar pela Rede Escola⁵ na Secretária Municipal de Saúde, mas não sei se é o mesmo procedimento para Sociologia, na verdade nem sei se tem vagas para ela, mas passa lá para saber. (Diretora Multiprofissional).

Durante o processo de busca pelo campo de pesquisa e através da conversa realizada com a diretora multiprofissional do CAIS de Jaguaribe, era difícil não refletir sobre as dificuldades em pesquisar na saúde, principalmente, por se tratar de um estudo socioantropológico. As dificuldades têm várias causas, dentre elas, o fato da falta de reconhecimento das Ciências Sociais como uma ciência funcional para este campo.

Assim, com o direcionamento da pesquisa para uma Instituição pública, a permissão não viria mais do médico, foi necessário passar por etapas burocráticas externas ao campo. Como o CAIS de Jaguaribe pertence à esfera municipal, a

⁵ O projeto é enviado ao protocolo da GES, sendo importante que o pesquisador já saiba exatamente onde pretende realizar o estudo, pois o projeto será enviado para a direção das Instituições, sendo elas responsáveis pela avaliação, enviando seu parecer que pode ser negativo ou positivo.

solicitação de permissão teve que seguir para a Secretaria Municipal de Saúde – SMS, onde surgiu o interesse de também desenvolver um estudo no Centro de Atenção Integral ao Idoso – CAISI⁶, localizado no Hospital Santa Isabel. Para pesquisar nos dois lugares foi relevante dar entrada no protocolo e enviar o projeto, o qual seria lido pela diretora da Instituição. A resposta teria uma relação direta com o futuro da pesquisa, já que poderia não ser aceita.

A espera por alguma resposta da SMS durou um mês, totalizando dois meses por passar pelo crivo do CEP. Após isto, foi permitida a realização da pesquisa, já que qualquer procedimento no CAIS só pode ser feito após mostrar a documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa. Atenta-se que a submissão do projeto foi enviada para dois CEPs, sendo somente a partir de suas aprovações que a pesquisa pode ser desenvolvida sem “interrupções”.

Segundo Bevilaqua (2010), a discussão em torno dos CEPs teve início em 1980 na área médica, sendo na Resolução 01/1988 do Conselho Nacional de Saúde – CNS que houve a determinação a qual discorre que as pesquisas realizadas na área da saúde com seres humanos precisam passar por uma apreciação. Não obstante, após revisão de determinada diretriz em 1990, esta norma foi ampliada, a partir de então, todas as pesquisas, independente da área, devem passar por determinadas apreciações. As problemáticas existentes atualmente acerca disso é que, desde que os CEPs surgiram nas Universidades, a maioria é composta por pesquisadores da área biomédica, não tendo a formação necessária sobre os trabalhos socioantropológicos.

Para Cardoso de Oliveira (2003), dever-se-ia levar em consideração que há uma diferença básica entre fazer pesquisa *em* Seres Humanos (biomédico) e *com* Seres Humanos (socioantropológico). Nesta perspectiva, verifica-se que diferente do campo da saúde, o intuito da pesquisa social não é intervir na vida dos indivíduos, isto é, os sujeitos deixam seu papel de *cobaias* para ser o de *ator social*, podendo negociar as atividades de pesquisa.

Negociando a pesquisa com uma das diretoras, ficou acordado que a mesma teria início em março, já que os primeiros meses do ano são ‘atropelados’ por férias e festas. Mesmo assim, frequentei alguns dias antes para conversar com as diretoras multiprofissionais – visto que houve mudanças de cargo – e aproveitar que o setor

⁶ O interesse em realizar uma pesquisa no CAISI logo se desfez, pois esse espaço atende todos os idosos, fugindo do foco do estudo que pretende analisar os usuários acometidos pelo Diabetes.

estava vago para conseguir a apresentação cuidadosa da enfermeira sobre seu âmbito de trabalho.

Na última conversa, a diretora atual chamou a mesma enfermeira comunicando que ela poderia ajudar na pesquisa com informações que a pesquisadora desejasse saber, e seguiu reapresentando-me: *essa é Wilka, ela vai fazer uma pesquisa lá no setor com os diabéticos, observando o serviço*. Escutando sua explicação, complementei seu discurso dizendo que o contato com os profissionais seria muito importante. Neste momento, a diretora multiprofissional discorreu *enquanto não for possível sua entrada no consultório, você fica pela sala de espera, vendo o serviço e o que eles estão dizendo*.

Neste contexto, a alternativa foi aproveitar o que foi oferecido, realizar uma pesquisa com base na sala de espera e nos corredores do setor, consegui falar com alguns profissionais nos dias mais vazios ou quando insistia muito. Os profissionais que obtive contato foram: enfermeira, psicóloga e nutricionista, contudo, não consegui contato com a médica, pois houve dificuldade na aproximação. Houve este distanciamento não só pela demanda crescente, mas também pelo horário em que estas profissionais chegavam e saíam.

A distância também se fazia presente na sua relação com os profissionais auxiliares, visto que a aproximação ocorria apenas em casos de dúvidas acerca da prescrição. A falta de compreensão da mesma, segundo uma das profissionais, era mais frequente a respeito da medicação.

Aproveitando a sala de espera e os corredores onde estão situadas as salas de consultas, fez-se relevante o desenvolvimento de uma estratégia de idas a campo, principalmente quando ficou compreensível o funcionamento do serviço e os fluxos dos usuários. As idas ao setor do Diabetes aconteciam três vezes na semana, alterando os turnos. No turno da manhã, o propósito era observar o serviço, quem estava sendo atendido, quantos e quais profissionais tinham etc. Nos turnos da tarde, a intenção era de conversar com os profissionais, algumas vezes conseguindo, pois dias como quarta à tarde, por exemplo, tinham poucas pessoas para serem atendidas.

Percebendo a dinâmica do espaço diabético, tornou-se interessante realizar uma *descrição densa* (GEERTZ, 1989), desenvolvendo uma etnografia do setor do Diabetes, observando particularidades, conversas e relações. Desta maneira, a etnografia foi relevante nesta pesquisa porque a mesma

supõe o compromisso com a perspectiva dos sujeitos cujas experiências se pretende compreender. Esses sujeitos, por sua vez, atribuem ao pesquisador posições determinadas e limites de ação, de forma mais ou menos explícita. É nesse quadro e a partir da impossibilidade de simultaneamente ocupar mais de uma posição ou assumir mais de uma perspectiva que o andamento da pesquisa depende a cada passo de microdecisões relativas a acontecimentos particulares. (BELILAQUA, 2010, p.81).

Segundo Geertz (1989), este método ajuda o pesquisador (a) a perceber os pormenores: o modo de falar, o modo de olhar, o comportamento diante de determinada situação e até mesmo nosso papel no campo. No setor do Diabetes, observar por este viés foi relevante, visto que foi possível compreender como os sujeitos da pesquisa entendiam a doença e o serviço que estava sendo oferecido.

Com base nestas observações e nas discussões realizadas na qualificação, ficou nítido que na prática, a pesquisa acabou sendo direcionada. Um dos fatores que contribuiu para isso foi a interpretação errônea dos atores da pesquisa, como ocorreu com uma das diretoras, resultando em um estudo voltado mais para os usuários do que para com os profissionais.

Esse direcionamento em relação ao objeto de estudo incidiu sob o olhar da pesquisadora, uma vez que a diretora mencionou a importância da observação do andamento do serviço. Desse modo, acabou determinando qual função deveria ser desempenhada. Este papel que também afetou o comportamento da pesquisadora contribuiu para que na visão dos atores do estudo, a pesquisadora fosse vista como ‘olheira’, com o objetivo de vigiar o trabalho dos profissionais.

Sendo o estudo dificultoso, ficou acordado na qualificação que o projeto sofreria mais uma mudança, para assim abarcar as observações e conversas tidas até aquele momento. O novo objeto de estudo não teria como foco a profissão, mas o espaço diabético, sendo possível levantar questionamentos sobre os usuários, os profissionais, as relações, discursos, medicamentos, etc.

As mudanças pelas quais o estudo teve que passar, deixa claro, mais uma vez, a dificuldade que as Ciências Sociais apresentam ao desenvolver sua pesquisa na saúde. A dificuldade também advém do fato da medicina ser colocada num *status* superior às outras profissões. Com isso, a socialização com outras ciências se realiza por meio de hierarquia de poder, contribuindo para que a relação de interdisciplinaridade ocorra de modo cansativo.

Trazendo à tona este processo, Sarti (2010) afirma que as Ciências Sociais não têm o reconhecimento funcional no campo da saúde, por isso, há tantos problemas na trajetória metodológica, dificultando algumas aproximações entre o campo e o pesquisador.

Destarte, mesmo ao pesquisar um profissional que não esteja no nível superior da hierarquia, como o endocrinologista – chamado pelos acometidos de *médico do Diabetes* –, ele ainda se encontra acima das Ciências Sociais, pois, como alguns profissionais acreditam, os primeiros procuram salvar vidas, enquanto o Cientista Social discute algo que não interessa já que ‘não resolve nenhum problema’. Sendo assim, o modo socioantropológico de fazer pesquisa acaba sendo tratado com desdém pelo campo da saúde.

Dessa forma, pode surgir o não entendimento a respeito da Ciência sociológica, que se faz presente nesta pesquisa em três momentos. A primeira circunstância foi quando estive na Instituição procurando saber o que precisava ser feito para pesquisar no setor do Diabetes. Ao explicar como seria o estudo, a diretora multiprofissional perguntou: *você é enfermeira?* A segunda ocasião foi quando o trabalho chegou à direção do CAIS de Jaguaribe e a mesma ligou e disse: *Seu trabalho chegou aqui, acabei de ler, só queria saber se você vai usar algum material para tirar amostra?* Ao explicar que meu trabalho não utilizava tais ferramentas, mas sim uma observação e estabelecimentos de conversa, ela diz: *Ah! Então, tá certo!* O terceiro momento ocorreu quando iniciei a pesquisa e a atual diretora discorreu ao me apresentar para enfermeira: *Esta é Wilka e ela ficará no setor do Diabetes observando o serviço.* De modo geral, o que aconteceu nos três momentos foram dúvidas e falta de atenção sobre o que seria feito, pois como não iria trabalhar como as estagiárias, ficava difícil entender no que resultaria a pesquisa.

Então, mesmo os profissionais mostrando-se receptivos no início da pesquisa, a rotina do estudo junto com as demandas extensas para atender, acabou tornando difícil um contato com os profissionais de modo menos objetivo, resultando como dito, numa pesquisa de sala de espera.

Este espaço do setor do Diabetes, por exemplo, é o ambiente em que os adoecidos aproveitam para conversar com os demais indivíduos sobre sua experiência com a enfermidade e todas as limitações que a mesma traz. Para se colocar nas conversas em alguns momentos, a pesquisadora tem que se vigiar, já que pode reproduzir a relação de poder existente em alguns discursos biomédicos, principalmente

quando havia conversas sobre o tratamento com remédios caseiros e as “puladas de cerca” na dieta.

Neste ambiente, os olhares direcionados para a pesquisadora foram de estranhamento, principalmente nos dias em que todos eram idosos (terças-feiras). Contudo, como na saúde todos estão inicialmente doentes, ocorreram fatos de algumas usuárias perguntarem: *qual médico você vai?* Com dúvida no que dizer, respondia que era uma pesquisa e ao invés delas se calarem⁷, continuavam como informantes, inclusive prestando queixa do serviço.

As observações na sala de espera fazem-nos refletir acerca da percepção do adoecido sobre seu corpo e também sobre o serviço e suas relações com os profissionais. Possibilitando, assim, uma compreensão desta relação de controle e poder, já que o discurso deste sujeito fora do consultório nem sempre é o mesmo do ato da consulta. Estar neste ambiente também foi relevante para perceber o perfil dos indivíduos que chegavam para se consultar (idade, sexo e doença) – grande parte diabética –, quem estava trabalhando ao redor do setor, quais profissionais compõem e o fluxo do usuário e dos profissionais neste ambiente de cuidado.

Com relação aos usuários, percebi que uma das curiosidades que havia entre eles era saber qual era a taxa de glicemia um do outro, ocorrendo perguntas que expressavam bem esta vigilância: *E ai? Quanto?* (Perguntas realizadas com a saída dos usuários da sala de triagem). Já com relação às caminhadas pelo corredor do setor, ficou perceptível o fato de que após o atendimento aos usuários, os profissionais auxiliares (enfermeiras e psicólogas), saíam de suas salas e ficavam conversando no próprio corredor ou na sala de triagem.

No corredor, as últimas salas (nutricionistas) eram as mais precárias em termos de conforto e de acolhimento, em alguns momentos a porta tinha que ficar aberta para não ficar muito quente. Dessa forma, ficava mais fácil ver e ouvir a consulta, e aproveitar para conversar com quem aguardava a vez.

No entanto, isso não era suficiente para perceber como de fato ocorria a relação profissional – usuário. Como não foi possível comparecer às salas nas quais ocorria o atendimento por parte dos profissionais aos usuários, resolvi procurá-los separadamente,

⁷ Pensei na possibilidade da usuária se calar, por ter recebido um olhar de estranhamento ao dizer que realizava uma pesquisa. Inclusive, fiquei receosa de que pensasse que eu a estava enganando, com o objetivo de obter informações.

procedendo da seguinte forma: esperava a demanda diminuir para falar com os profissionais e, nessa espera, já aproveitava para conversar e observar os acometidos.

Percebemos, portanto, que na pesquisa qualitativa a relação vai se desenvolvendo com o tempo, contribuindo para que algumas vezes haja um entrelaçamento entre pesquisador e pesquisado, resultando num desenvolvimento, numa experiência de troca, etc. No setor do Diabetes não houve este entrelaçamento, sendo os contatos muito práticos. De toda forma, a pesquisa socioantropológica, principalmente a realizada na saúde, requer tempo, sensibilidade e paciência.

Tudo isso, está relacionado dentre outras coisas, com o fato da pesquisa social na saúde ser importante para compreensão do discurso biomédico, para assim entender a patologia estudada. Contudo, isso não significa que devemos adotar este discurso na nossa observação, conversa e escrita. Assim, ao mesmo tempo em que devemos compreender a doença na perspectiva biomédica, também é relevante compreender o ponto de vista dos acometidos sobre a enfermidade e quais as formas de cuidados e controle, entendendo o porquê da relação entre ambos não ocorrer apenas através da obediência.

Segundo Bourdieu (1999), é necessário enquanto sociólogo, fazer uma ruptura com nossas pré-noções, isto é, abdicar de discursos que são impostos pela sociedade, neste caso pela saúde. Na concepção de Hoonard (2008), é relevante “sair do seu espaço de conhecimento costumeiro para melhorar o relacionamento e ganhar maior compreensão do universo social estudado” (p.84), fazendo parte da pesquisa socioantropológica, *estourar a bolha*.

CAPÍTULO I

CONVIVENDO COM O DIABETES

Este capítulo reflete acerca do convívio com uma doença de *longa duração*, cujo intuito é analisar alguns conceitos socioantropológicos que se tornam visíveis no decorrer de uma pesquisa no campo da saúde, compreendendo a enfermidade e tudo que lhe afeta enquanto uma construção social. Sendo assim, apresentamos, primeiramente, uma análise teórica e em seguida a experiência do convívio com o Diabetes, a fim de que o leitor perceba como alguns elementos sociais se fazem presente no adoecimento. A discussão teórica acerca de como conviver com uma doença crônica ajudará o leitor compreender os próximos capítulos, visto que a partir da experiência com a enfermidade, observamos que outros contextos e elementos se fazem presentes, tais como o serviço de saúde e o cuidado com o corpo.

1.1 O adoecimento crônico como construção sociocultural

Os primeiros estudos desenvolvidos pelas Ciências Sociais acerca das enfermidades crônicas no âmbito da saúde e doença, foram iniciados no contexto norteamericano na década de 1950. O principal objetivo dos pesquisadores era mostrar a relação entre a saúde e a cultura, buscando com isso, compreender o processo de adoecimento como um novo estilo de vida adotado pelos adoecidos.

Segundo Barros e Nunes (2009), devemos considerar as décadas anteriores como um período de estruturação do novo campo nas Ciências Sociais, somente a partir de 1990, com o estudo de Canesqui (2003), que realmente ocorreu a consolidação dos estudos de saúde e doença na Sociologia e na Antropologia.

A década de 90, portanto, é considerada o momento em que houve um número crescente de trabalhos inscritos em congressos, os quais abordavam o corpo, a saúde e a doença desencadeando discussões e campos de pesquisas diversos. Geralmente, os estudos socioantropológicos abordavam mais a prática médica e sua relação com o paciente, atualmente é possível ver uma abrangência do campo que analisa os Serviços de Saúde, as Instituições, Associações, dentre outros.

Determinada expansão nos estudos da saúde ocorreu também pelas demandas que foram surgindo na sociedade e pelos questionamentos feitos pelos estudiosos.

Buscavam entender, portanto, a saúde/doença, além da biologia, vendo este espaço enquanto um setor que resulta em experiências humanas diferentes uma da outra.

Segundo Iriat (2003), de modo geral, podemos afirmar que o objeto de estudo das Ciências Sociais são os mais variados contextos sociais, considerando o modo pelo qual os indivíduos interpretam, atribuem significado e lidam com o processo de adoecimento. Mauss (2003), por sua vez, também teve suas implicações nos estudos do corpo, percebendo-o como uma das formas possíveis de constituir socialização e ordenação do mundo.

As Ciências Sociais com seu campo do saber diversificado, acabam estudando diferentes áreas e temáticas, inclusive o corpo, a saúde e a doença que adquirem um significado socialmente constituído. Portanto, ao olhar a saúde e doença por um viés sociocultural, é possível tomar nota de concepções populares e profissionais, visto que ambos têm suas representações acerca da etiologia, diagnóstico e terapias; ou seja, podemos nos deparar com diferentes saberes utilizados para cuidar do corpo adoecido.

Nos estudos atuais, por exemplo, encontramos temáticas que buscam refletir a respeito da experiência da doença pautadas no significado que o indivíduo e o meio social acabam empregando à enfermidade. Então, o modo biopsicossocial de perceber a doença, busca ir além da visão biomédica, chamando atenção para questões psicológicas e sociais da enfermidade.

Segundo Iriat (2003), essa maneira de analisar socialmente as questões do corpo, da saúde e da doença é relevante, pois em cada sociedade os sujeitos apreendem *princípios, conceitos, regras e significados* capazes de moldar o estilo de vida de cada um. Logo, é possível encontrar diferentes representações sociais acerca do adoecimento.

Sabendo disso, adoecer cronicamente se torna um fenômeno complexo, visto que os indivíduos se deparam com muitas interrupções que afetam seu ritmo de vida. No caso do Diabetes, por exemplo, as interrupções podem ser causadas por um mal-estar advindo de uma alimentação “pesada” como as comidas gordurosas. Essas interrupções, portanto, podem limitar o indivíduo afetando, sobretudo, sua atividade profissional já que o coloca sempre em situações de risco.

Segundo Amorim (1999), quando pensamos numa doença crônica, é importante considerar que cada enfermidade causa um impacto na vida dos adoecidos, familiares e de sua comunidade. Ainda de acordo com o autor é relevante saber da

especificidade dos problemas e das complicações comuns que acompanham as várias perturbações de saúde para que se possa compreender e ajudar as pessoas com determinadas doenças crônicas (p.105).

Acerca desse foco de estudo, o Diabetes, é válido ressaltar que está inserido no rol das doenças crônicas não transmissíveis. Neste caso, os indivíduos apresentam na maioria do tempo um quadro constante, o que Canesqui (2007) denomina uma doença de *longa duração* presente na vida dos sujeitos em diferentes momentos, já que precisam de um tempo longo de tratamento.

Sendo considerada uma enfermidade de *longa duração*,

a doença e a experiência que ela representa transcendem em muito a simples esfera do médico e cumprem um papel em todos os lugares da vida social. Isto é particularmente verificável no caso dos doentes crônicos que para lidar com sua condição, não encontram apenas os médicos em seu caminho, mas uma multidão de outros atores disseminados em todos os lugares da vida social. (p.121).

Há, portanto, modificações na hora de dar sentido aos conceitos *illness* e *disease*, pois o adoecimento será percebido para além do âmbito biomédico. A distinção entre esses dois elementos surgiu na década de 1990, na qual a primeira mostra a enfermidade no ponto de vista do adoecido e, o segundo, refere-se à doença numa perspectiva biomédica. Essa diferença de sentido acontece porque o adoecimento de *longa duração* é visto como uma vivência subjetiva dos sujeitos, e também, como um processo macrodeterminante responsável por consideráveis impactos na política, ideologia e economia.

Além disso, a literatura socioantropológica reserva-nos alguns conceitos capazes de fazer entender o processo de adoecimento de *longa duração* a partir de uma nova perspectiva. São eles: experiência da doença, ruptura biográfica, representação social, etc.

A respeito dessa experiência, Alves e Rabelo (1998) discutem que alguns autores procuram recuperar a dimensão cultural dos fatos, tais como símbolos, crenças, regras e códigos que influenciaram nos comportamentos dos atores sociais. Sobre a experiência da doença, por exemplo, os estudiosos afirmam que o objetivo não é identificar em que momento o aspecto sociocultural aparece, mas

considerar que o modo como os indivíduos vivenciam a aflição expressa uma síntese (pré-reflexiva) entre corpo e cultura que se dá anterior a qualquer representação sobre a doença, e que muitas vezes confronta o sujeito do sofrimento como algo inesperado, ocorrido sem interferência de sua vontade ou entendimento. (ALVES; RABELO, 1998, p. 110).

Pensando na experiência do adoecimento de outra forma, Marzano-Parisoli (2004), aborda que neste momento o sofrimento se manifesta no corpo dos indivíduos. Esse processo, muitas vezes doloroso, pode contribuir para que os acometidos atribuam um novo significado à vida, desenvolvendo um novo pensamento sobre o adoecimento.

Sobre isso, Canguilhem (2009) discute que,

a doença passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. O conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido — exceto pela diferença de formato — do conteúdo da saúde: a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida (p.73)

Já na concepção de Barsaglini (2011), a enfermidade é alicerçada na experiência e no significado a depender da organização do meio social em que vive cada sujeito, para que assim possam desenvolver estratégias de gerenciamento que condizem com sua realidade. Dessa forma, a experiência da doença é construída social e culturalmente e não é sentida e nem vivida da mesma maneira pelos indivíduos.

A respeito disso, Alves (1993) afirma que a

“experiência da enfermidade” é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Para analisar este conceito, a literatura especializada parte da premissa de que as pessoas (re) produzem conhecimentos médicos existentes no universo sociocultural em que se inserem. (p. 263)

A partir dessa ideia, Conrad apud Barsaglini (2001), discorre que é importante não tratar os indivíduos acometidos apenas como pacientes, em razão dessa concepção nos remeter a ideia de que os indivíduos tiram pouco tempo para a doença e que são passivos. Sendo assim, ao considerar como uma doença de *longa duração*, percebemos que a mesma convive com o sujeito em todos os momentos, sendo necessária a extensão do cenário biomédico para entender como se dá o gerenciamento do corpo.

O discurso biomédico não dá conta por completo do processo de adoecimento crônico, visto que os profissionais da saúde ao examinar os corpos adoecidos têm como base apenas o conhecimento anatomofisiológica, o qual vê o corpo como uma estrutura modelizável. Segundo Marzano-Parisoli (2004), o conhecimento biomédico não considera a dimensão sociocultural no momento do diagnóstico e no momento do tratamento, mas apenas as análises médico-científico.

Assim, a dimensão cultural e intersubjetiva da enfermidade é relevante para a relação terapêutica, pois cada enfermidade acaba sendo representada pelo contexto social de cada adoecido. Então, mesmo não havendo esse acompanhamento biomédico para que os indivíduos possam lidar com a experiência do adoecer, faz-se necessário a mudança do hábito de vida, dificuldade encontrada por muitos adoecidos, uma vez que estão acostumados com outra rotina.

Desse modo, segundo Alves e Rabelo (1998), uma das maiores dificuldades do indivíduo não é seguir a prescrição médica, mas mudar totalmente seu comportamento.

Na base da dificuldade, enfrentada por muitos doentes, de mudar seus comportamentos a partir das prescrições e explicações médicas, não está tanto uma dificuldade de entender tais prescrições, mas a experiência de uma resistência imposta pelo corpo, enquanto assento do hábito. (p. 110)

Conviver com determinada enfermidade também contribui para que alguns indivíduos percebam esse momento enquanto uma ruptura ou reconstrução biográfica. A reconstrução biográfica, primeiramente, pode ser analisada como uma das maneiras possíveis de se enfrentar o impacto da doença que envolve “um processo de interpretar e dar significados aos sintomas, de construir o sentido das situações e de legitimar o próprio processo de enfrentamento pelo adoecido e sua rede de apoio” (BARSAGLINI, 2011, p. 25).

Já com relação ao conceito de *ruptura biográfica*, Bury (1982), estabelece que é um momento no qual o indivíduo acredita que a doença rompe com sua vida anterior ao diagnóstico, fazendo com que o mesmo comece a estranhar seu próprio corpo. Contudo, podemos analisar esse processo enquanto uma continuidade da vida do adoecido como um elemento de reafirmação da identidade.

A construção de identidades, por sua vez, é um processo complicado para alguns adoecidos. Neste caso, alguns acometidos pelo Diabetes ao descobrirem o diagnóstico da enfermidade, deparam-se com a ruptura identitária, na qual os indivíduos são

afetados por um sentimento de perda através das renúncias os fazem se observar como outra pessoa e não como alguém que está se adaptando a uma nova vida. Segundo Herzlich (2004), após o estranhamento, decepção, vergonha por ter desenvolvido a patologia, há uma autodescoberta que geralmente ocorre depois que o indivíduo se reconhece doente, ou seja, aceita sua identidade enquanto diabético.

Os dilemas de identidade que acometem alguns adoecidos podem acontecer pela doença ser percebida como um desvio. Para Marzano-Perisoli (2004), esse fator contribui para que os indivíduos vejam na enfermidade, um sinal de sua incapacidade com relação às tomadas de decisões na vida pública e privada. São situações, portanto, que causam impacto no reconhecimento do indivíduo enquanto adoecido.

Com base em alguns informantes, os descompassos que surgem no Diabetes não aparecem apenas após o diagnóstico, mas também antes dele. Um dos motivos para acontecer é a “silenciosidade” da doença que acarreta um adiamento dos exames médicos e, conseqüentemente, do tratamento da doença. Isso acontece porque os chamados sintomas eram apresentados como algo comum ao cotidiano, como por exemplo, sentir sede, comer demais e não engordar, emagrecer, “urgência em urinar”; tidas como sensações que poderiam decorrer do “calor”, das atividades cotidianas que atingem todas as pessoas.

Então, o Diabetes acaba passando para seus acometidos sensações que nem sempre são associados à doença. Mas quando é diagnosticado pelo médico, este indivíduo se vê numa imposição de regras novas para poder conviver tranquilo com a patologia que já foi denominada por um dos informantes como “traíçoeira”.

Isso ocorre no que Giddens (2004) denomina “incorporação biográfica da doença”, na qual o indivíduo acometido tem intervenções no mundo com base em sua nova condição corporal. A doença, desta forma, deixa de ser um fenômeno “anormal” e passa a fazer parte do conjunto de condicionantes corporais com os quais os indivíduos aprendem a “com-viver”.

De acordo com Barbará et al (2005), as escolhas que os indivíduos fazem quando convivem cronicamente com alguma doença, podem ser compreendidas se pensarmos que são atitudes construídas

por meio da interação social, produto de comparações, sucessivas identificações e diferenciações que permitem situar nossa posição sobre um objeto diante dos outros em um dado momento. São também passíveis de mudança e transformação através da informação ou da

experiência. Logo, diferentes pessoas podem ter diferentes atitudes diante do mesmo objeto e, estas avaliações podem mudar ao longo do tempo. (p.333)

Consideramos, portanto, que por meio do corpo, o indivíduo assimila a substância da sua vida, traduz e compartilha com os membros de sua comunidade esta experiência, através dos sistemas simbólicos, tal como sugere Foucault (2008). Esta reflexão parte da ideia de que o processo de construção da identidade é pautado em mudanças no cotidiano dos indivíduos, na forma como percebem a si e os outros.

De modo geral, algumas abordagens, como a fenomenológica, ajudam-nos a compreender a vivência dos adoecidos no decorrer da enfermidade de *longa duração*, demonstrando em alguns momentos, os saberes, as formas e as estratégias de controle adotado por cada ator social.

A respeito do cuidado com o corpo, Maclean apud Barsaglini (2011) aborda categorias capazes de demonstrar em que consiste o gerenciamento da enfermidade. São elas: individuais que chamam a atenção para o temperamento do adoecido, doença (acerca do tempo do diagnóstico) e o contexto que se refere às redes de apoio e equipamentos de automonitoramento.

Então, a doença, sob um olhar social, não é representada somente por cada adoecido, pode ser encontrada em múltiplas fontes, seja nos saberes biomédicos, religiosos ou populares. Segundo Iriat (2003), “as representações e concepções da saúde e da doença predominantes em distintos grupos sociais estão assim intimamente ligadas ao contexto social, político, econômico e aos valores vigentes nesse grupo”. (p.03).

O conceito de representação social, por sua vez, vem sendo utilizado no âmbito da saúde de diferentes formas, tomando como exemplo três casos:

- 1) Em cada contexto e/ou grupo social haverá uma modo de conceber e lidar com o corpo;
- 2) A enfermidade passará a ser vista como um fenômeno social, com capacidade de estabelecer relações com duas abordagens diferentes: biológica e social;
- 3) Haverá uma busca para superação dos limites biológicos dado para as doenças e para as explicações biomédicas vistas como única verdade inquestionável.

Além de diferentes formas, a representação social na saúde também é trabalhada por diferentes autores, como Herzlich (2005), que aponta para o fato dos indivíduos se

apoiarem em conceitos, símbolos e estrutura no momento de diagnosticar suas enfermidades. Como argumenta Canesqui (2003), existem algumas doenças que se firmam “no imaginário coletivo, enquanto outras, os indivíduos, em função de suas experiências e contexto, podem elaborar ou reelaborar interpretações, apoiando-se em recursos coletivos.” (CANESQUI, 2003, p. 112).

Para Barbará et al (2005), as representações sociais são vistas como um saber do mundo, ou seja, um conjunto de significados que nos permitem dar sentido a algo, algumas vezes contribuem que este saber seja compartilhado entre os sujeitos. Com relação ao adoecimento, as representações sociais podem ajudar-nos a “orientar julgamentos e ações acerca do mundo e permite conhecer as estratégias dos seres humanos quando estão diante da tarefa de compreender fatos desconhecidos” (p.333).

Já Hall (1999), discute que a representação social também serve como base na construção das identidades. No âmbito da saúde e doença ajuda a dar sentido ao adoecimento e compreender o método de tratamento adotado, já que cada sujeito sofre as imposições dos seus meios.

Dessa forma, ainda de acordo com o autor, as identidades vão sendo formadas continuamente de acordo com a realidade que nos é apresentada, logo, não é definida biologicamente. Trata-se, portanto, de uma dialética entre as dimensões corporais (biopsicológico) e coletiva/social. Neste caso, a doença também compreendida como um fenômeno que caracteriza bem o *fato social total*, conforme Mauss (2003), ao estabelecer esse tripé de complexidade: indivíduo, sociedade e historicidade.

Numa perspectiva geral, a enfermidade é vista como um processo subjetivo, no qual apreende diferentes sensações corporais. Como acredita Canesqui (2007), trata-se do fato de que “[a] cultura e a estrutura social tendem a organizar a experiência e o comportamento na doença, embora inexista correspondência unívoca de ambas, não sendo a experiência exclusivamente uma realidade idiossincrática e subjetiva” (p.44).

Portanto, a doença de *longa duração* se reporta ao indivíduo, desencadeando um processo subjetivo de convivência com a patologia e de resgate de sua condição social, apesar das pressões advindas da família e da rede social do adoecido. A doença esta inserida num tempo-espaço do social, cuja temporalidade está associada ao contexto anterior e posterior ao diagnóstico e à experiência com a doença, e é espacial quando define o corpo como condição de adoecimento – “lugar da doença” e da pessoa.

A doença também pode ser vista enquanto um *actante* no sentido da produção de efeito sobre os indivíduos e a coletividade (LATOUR, 2000), estabelecendo o

reconhecimento dos limites corporais e de mudanças nas relações sociais e modos de vida.

Portanto, os elementos apresentados, transformam não só a imagem corporal, mas também a imagem de si mesmo. Lançados à sorte entre valores sociais, desejos corporais e imposições médicas, os diabéticos buscam estratégias que possam articular outros critérios para a autossatisfação e convivência social, garantindo processos sociais e pessoais que possibilitem viver *com e apesar* da doença. As mudanças corporais experimentadas indicam que não se trata apenas de uma enunciação médica, mas de uma nova realidade corporal com a qual o indivíduo deve lidar e reconhecer e, acima de tudo, para continuar a viver.

1.2 Experiência de *longa duração*

O estudo apreendido revela-nos que o Diabetes, enquanto uma doença de *longa duração*, afeta não só a vida de seus acometidos, mas também dos atores sociais que estão a sua volta, acarretando mudanças individuais e coletivas nos hábitos e estilos de vida. Para conviver com determinadas modificações no cotidiano, os indivíduos desenvolvem estratégias de cuidados que refletem em sua rotina diária, procurando viver *com e apesar* da enfermidade.

Esse novo estilo de vida é adquirido não só após o diagnóstico, mas também após a aceitação da doença que é constituída através das frequentes idas ao médico, realização de exames a cada três meses, dieta e, quando necessário, o uso da terapia medicamentosa. É desenvolvida, portanto, uma contínua *vigilância dos corpos* (FOUCAULT, 2013), na qual acontece pelos próprios acometidos como também pelos profissionais de saúde e familiares.

Nesse contexto, conforme dito anteriormente, há a incorporação da enfermidade, na qual os adoecidos se depararam com as partes visíveis e invisíveis da patologia. De acordo com Giddens (2002), essa experiência é responsável por trazer para esses indivíduos uma *reflexividade do eu*, resultante do constante questionamento acerca do seu corpo e de suas ações. Sobre o assunto, foi possível ouvir dos adoecidos que o conhecimento e vivência com o Diabetes estabeleceram uma nova maneira de enxergar a saúde, isto é, uma possibilidade de manter uma vida “saudável”.

Deste modo, as mudanças no ritmo de vida acarretam transformações nas maneiras de sentir, pensar e agir de cada acometido e alteram a concepção existente

sobre saúde com base nas representações sociais da doença. Segundo Chamé (1996), o agente social submete-se a um processo de *autovigilância* de seus equilíbrios orgânicos, nesse sentido, o adoecido de *longa duração* tende a adaptar-se à enfermidade.

Nessa perspectiva, o controle do corpo só virá após a aceitação da enfermidade, pois alguns acometidos passam por um processo de negação da doença quando descobrem o diagnóstico. Durante a negação, o indivíduo pode ser afetado pelo *dilema de identidade* (SANTOS; NEVES, 2010). Isso ocorre pelo fato do adoecido não entender as mudanças que acontecem em seu corpo e pela enfermidade ter como característica o “silêncio”. Sobre isso, um dos usuários do setor argumentou que não acreditava que estava doente, resultando num controle biomédico tardio.

Podemos perceber também que, mesmo não sendo uma doença contagiosa, o Diabetes contribui para que alguns indivíduos se afastem da vida social, sintam-se excluídos ou esquecidos em alguns momentos festivos, tendo assim que “burlar” a dieta ou deixar de comparecer a certas ocasiões comemorativas. No entanto, os usuários demonstraram que faz parte de sua estratégia de convivência com a enfermidade, não evitarem os alimentos considerados “vilões” pelos profissionais da saúde, tais como: refrigerante, cerveja, excessos de doces e salgados, massas, etc., causando, dessa forma, um desvio da prescrição médica.

Parsons (1951), quando analisa o corpo doente, argumenta que a partir do momento em que o adoecido adota seu papel de enfermo não é mais considerado responsável pelo seu corpo. Há, portanto, neste caso, uma isenção das obrigações sociais e a visão da enfermidade como uma realidade social e não apenas um sofrimento. Contudo, podemos perceber que no Diabetes há uma dualidade, pois ao mesmo tempo em que o corpo tem que se submeter com mais frequência a exames médicos, por outro lado, há uma culpabilidade por parte dos adoecidos quando ocorre o descontrole da enfermidade.

As relações dos usuários e profissionais de saúde se estreitam a partir dos controles que acontecem de fora para dentro, tornando importante encontros trimestrais. Esse fator é um dos pontos que diferencia a doença de *longa duração* das doenças agudas, pois, no caso do Diabetes, estamos abordando uma categoria de enfermidade que não tem cura, mas sim controle, através da alimentação, exercícios físicos e terapia medicamentosa. Portanto, além do controle médico, o indivíduo necessita autovigiar-se.

Percebe-se, pois, que no tratamento a relação entre os profissionais de saúde e os adoecidos é contínua e constante, todavia, são os adoecidos quem detêm a

responsabilidade maior sobre seu corpo. O detentor do conhecimento biomédico, o endocrinologista, é visto como um profissional com formação especializada no Diabetes que pode orientar a ação dos acometidos nos primeiros momentos, porém após sua saída do consultório, cabe ao adoecido trilhar seu percurso no autocuidado.

Na visão biomédica, o Diabetes é concebido a partir de suas propriedades fisiobiológicas que não contempla os significados sociais que compõem o comportamento dos indivíduos acometidos. Nas conversas realizadas com alguns profissionais, mesmo que os aspectos sociais e culturais não tivessem sua relevância, foi notória a compreensão que estavam trabalhando com realidades diferentes, no entanto, não tinham como dar conta de um tratamento individual.

Assim, como argumenta Freidson (1988), ainda que o profissional da medicina consiga usar a ciência biofísica para explicar os sinais, os quais ele denominará enquanto doença, o mesmo não acontece com relação à explicação acerca do comportamento de cada adoecido, visto que a ciência não dá conta dessa perspectiva.

Os adoecidos, por sua vez, analisam sua doença pelo sistema leigo de referência, ou seja, por suas crenças e ações, sendo estas, resultado de suas estruturas sociais específicas. De acordo com Freidson (1988), é a partir desse sistema que podemos compreender a escolha de tratamento de cada acometido, contribuindo para que cada usuário desenvolva um *career of illness*, ou seja, um itinerário terapêutico.

Com isso, Langdon (1995) acredita que o significado do adoecimento surge com base em seu processo, necessitando, assim, que a doença tenha um acompanhamento dos seus “episódios”, com atenção voltada também para o itinerário terapêutico e aos discursos dos adoecidos. Este processo terapêutico trazido pelo estudioso, não é caracterizado por um simples consenso, pois como podemos também verificar no campo estudado, é um processo que requer decisões e negociações entre as partes (profissional – usuário), para que assim haja o desenvolvimento de uma terapia adequada.

Assim sendo, entende-se que as idas aos médicos são uma forma inicial do adoecido adquirir informações sobre seu novo estado, conhecer a patologia e descobrir como as taxas podem ser controladas. Este conhecimento médico é compreendido de maneira particular por cada indivíduo, dependendo das suas experiências para além do consultório.

A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas. O conhecimento médico de um indivíduo está continuamente sendo reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos. (ALVES,1993, p. 267)

Desta forma, após obter as informações necessárias, o responsável pelo controle é quem convive com a doença, ou seja, no campo, os acometidos pelo Diabetes nos fazem perceber que não há uma passividade ou obediência no tratamento, mas um novo olhar para o seu gerenciamento.

A relação passiva pode ocorrer no momento em que o acometido entra no consultório, entretanto, quando retorna para sala de espera, mostra-se uma pessoa com escolhas e desejos, sem que haja uma identificação com tudo que o especialista o aconselha fazer. Na ocasião em que cada usuário evidencia ser um indivíduo particularizado, ele está disposto a seguir a prescrição médica que considerar pertinente, alternando com suas crenças em medicamentos caseiros, comidas, rezas, mostrando-se um ator social com autonomia.

Então, nota-se que o cuidado com o corpo é iniciado sob o olhar do especialista e segue com as experiências adquiridas pelo acometido. Entretanto, essa experiência adquirida com o tempo, não tem muita relevância na consulta médica, e contribui para que os indivíduos respondam o que os profissionais perguntam ou peçam permissão sobre o que devem ou não fazer, sem muito espaço para tirar dúvidas.

A ausência da relação subjetiva entre usuário e profissional pode ser explicada pelo fato do profissional agir de acordo com as normas e leis, ou seja, enquanto porta voz da Instituição, tal profissional deve prestar contas das consultas. Segundo a psicóloga, os adoecidos também permanecem calados por terem medo do que a médica pode falar, ao verem suas taxas descompensadas, pode falar.

É importante salientar que mesmo quando os usuários demonstram autonomia, com relação ao próprio corpo no momento de tratar a enfermidade, o discurso biomédico não é deixado de lado, mas complementado com seus saberes. Um dos motivos que contribuem para que os indivíduos não se desprendam do discurso da saúde, ocorre pela crença de que se a prescrição não for seguida, não haverá melhora da doença e da qualidade de vida.

Tanto no discurso dos adoecidos como dos profissionais, podemos perceber que a qualidade de vida está relacionada com a autonomia que os indivíduos acometidos têm, não só no cuidado como na vida particular, como um papel ativo profissionalmente. A qualidade de vida no Diabetes, também está relacionada com o controle dos corpos, através dos alimentos dietéticos, remédios, aparelhos tecnológicos de insulina, isto é, com a ausência de sintomas. Dessa forma, segundo Marzano-Parisoli (2004), o sujeito acometido deixa de ser visto como máquina e passa a ser um composto de multiplicidades, no qual o tratamento da doença crônica busca apagar os sintomas e reabilitar os pacientes seja fisicamente e/ou psicologicamente.

Na sala de espera, por exemplo, sobre a adesão ao tratamento biomédico, foi discutida a possibilidade de dar continuidade em casa e no trabalho sem comprometer sua “saúde”, ressaltando apenas, o incômodo de tomar medicamentos controlados todos os dias. Então, o que acontece no âmbito normalizado da biomedicina, é uma atribuição positiva da terapia medicamentosa e alimentar que evidencia uma oportunidade de se readaptar. Esta, por sua vez, não tem correlação com o retorno ao que era antes, mas uma maneira de construir uma nova atitude natural (ADAM; HERZLICH, 2001).

Com o processo de adoecimento, o corpo torna-se instrumento de consciência de si. Dessa maneira, a imagem corporal se modifica a partir da reflexão dos adoecidos em relação a sua nova rotina, ou seja, a consciência de si pode ser vista como consequência de um processo de subjetivação. (ORTEGA, 2003). Envolve também, a internalização de certos aspectos do conhecimento biomédico voltados à doença, que atuam como mecanismos autoaplicados de controle e ocorrem no cotidiano pela avaliação dos riscos, em cumprimento ou não das regras médicas. A legitimidade e autoridade médicas se realizam através da imposição e interiorização de tais regras.

A internalização das normas biomédicas, geralmente acontece quando os indivíduos decidem incorporar na sua rotina a dieta alimentar e a terapia medicamentosa. Um dos medicamentos considerados importantes é a insulina, vista pelos profissionais de saúde como uma nova chance para os adoecidos que, em casos graves, controlam a doença. Já para os acometidos, é vista como vilã, representando a piora da doença. Foi com a descoberta da insulina que a Medicina pôde comprovar o que atualmente para nós já é senso comum, isto é, que o Diabetes relaciona-se com a insuficiência insulínica.

Desse modo, o tratamento da enfermidade acontece por diferentes formas e profissionais. Observamos também, que o endocrinologista não é o único profissional a

se mostrar *expert* no assunto, mas também os enfermeiros, psicólogos e nutricionistas. Neste âmbito, o trabalho só ocorre de modo eficiente casos todos se mostrem capacitados a realizar um trabalho complementar e em conjunto, apesar de ficar notório que o detentor do poder e responsável pelos adoecidos são os médicos.

Conforme veremos no próximo capítulo, para que os usuários tenham acesso a esses diferentes profissionais é necessária sua ida ao PSF do seu bairro, onde primeiramente será atendido por um médico generalista e, em seguida, será encaminhado para Instituições de nível secundário como o CAIS de Jaguaribe. O olhar do especialista, segundo Cyrino (2009), é desenvolvido com base em algumas competências especiais para cuidar destes adoecidos e incorporado no cotidiano destes sujeitos.

As aptidões estão vinculadas ao conhecimento da doença, como por exemplo, o que é? Quais complicações? Quais as prevenções? Como manter o controle glicêmico? E, também, passar a se autocuidar nas possíveis complicações e no cotidiano, conhecer os sintomas, as causas, o que faz passar mal, etc. Como todos os profissionais sabem cuidar da enfermidade, percebemos que o funcionamento do serviço segue um nível contínuo de informações, ou seja, em cada sala que o usuário entra, há uma transmissão de saberes biomédicos em torno da enfermidade.

É um processo pelo qual os acometidos acabam descobrindo ou relembrando das características da doença que apontam para um saber teórico e um saber-fazer, como aprender a injetar insulina, tomar o medicamento, como se alimentar, etc.

No caso dessa doença de *longa duração*, vemos que o profissional de saúde é a primeira fonte de informação legítima do acometido. Portanto, será ele quem discutirá o que é a doença, quais suas consequências, quais seus sintomas e as melhores maneiras que o doente tem para poder conviver com ela.

No setor, o método utilizado, é fazer o indivíduo que está sendo atendido, acreditar que o fato de estar com uma doença não significa viver menos, esclarecendo as formas possíveis de tratamento que podem conceder uma vida saudável mesmo com o Diabetes. Assim, o indivíduo precisa mudar hábitos de vida, ou seja, assumir sua identidade diabética. Com isso, o corpo passa a ser visto como um rascunho a ser corrigido, retificado pelos medicamentos e alimentações. A partir desta visão, Ortega (2003) afirma que a obediência, a adaptação e a submissão ao tratamento são consideradas o novo agir no mundo.

Ao analisar o modo pelo qual os usuários dizem conviver com a enfermidade e a forma pela qual se desenvolve a relação com os profissionais de saúde, não há como não voltar à discussão que aborda o corpo como algo que se manipula, como um alvo de poder, discutido por Foucault (1987). Até agora, podemos ver que os indivíduos acometidos passam por dois processos para chegar à incorporação da doença, este não é um percurso generalizado entre os diabéticos, mas presente em boa parte deles, ou seja, parte da ruptura e da incorporação biográfica que pode ser vista como um novo olhar que o acometido tem de si e afetado pela sua nova condição corporal (GIDDENS, 2004).

O Diabetes presente no discurso dos profissionais e absorvido pelo adoecimento, demonstra uma enfermidade que passa a fazer parte do conjunto de condicionantes corporais com os quais os indivíduos aprendem a conviver. Consideramos, assim, que por meio do corpo, o indivíduo assimila a substância da sua vida, traduz e compartilha com os membros de sua comunidade esta experiência.

A doença de *longa duração* se reporta ao indivíduo, desencadeando um processo subjetivo de convivência com a patologia e de resgate de sua condição social, apesar das pressões advindas do médico, da família e da rede social do adoecido. A doença se encontra num tempo-espço do social, sua temporalidade está associada ao contexto anterior e ao momento posterior ao diagnóstico e à experiência com a doença e é espacial quando define o corpo como condição de adoecimento – “lugar da doença” e da pessoa.

Desse modo, para conviver com uma doença de *longa duração* é necessário uma disciplina pessoal na qual o indivíduo se adapte ao seu novo momento, o que Foucault (1987) chama de docilidade. No Diabetes, a disciplina está relacionada à alimentação, ao exercício físico, aos medicamentos etc.; esses aspectos são continuamente repetidos no discurso dos interlocutores. A disciplina também exige que os indivíduos renunciem a certos comportamentos, por exemplo, sair com os amigos em razão das possibilidades de transgressão da dieta. Desta forma, o procedimento médico e seus regimes se tornam uma forma de dominação, exigindo que cada um tome conta do próprio corpo.

Tais elementos transformam não só a imagem corporal, mas, também, a imagem de si mesmo. Lançados à sorte entre valores sociais, desejos corporais e imposições médicas, os diabéticos buscam estratégias que possam articular outros critérios para a autossatisfação e convivência social, garantindo os processos sociais e pessoais que possibilitem viver *com e apesar* da doença. As mudanças corporais experimentadas

indicam que, não se trata apenas de uma enunciação médica, mas de uma nova realidade corporal a qual o indivíduo deve lidar e reconhecer, acima de tudo reconhecer-se para continuar viver.

CAPÍTULO II

ESPAÇO DE ATENDIMENTO *EXPERT* NO DIABETES

Neste capítulo, apresentamos o campo de estudo em que a pesquisa foi desenvolvida. O intuito é refletir acerca dos elementos que compõem o serviço especializado em doenças crônicas, explorando o fluxo dos usuários, a relação com seus pares e profissionais de saúde e a organização do setor para atender os adoecidos. Para a apresentação do âmbito de doenças metabólicas, descrevemos os profissionais que compõem o serviço, sua posição hierárquica dentro da dinâmica do programa, assim como o perfil geral dos usuários que frequentam o espaço de atendimento. Posteriormente, apresentamos como as relações vão sendo constituídas e como elas interferem nos seus papéis sociais. Desta forma, o capítulo é dividido em três tópicos. O primeiro apresenta o contexto em que é prestado o serviço, o segundo propõe uma descrição da sala de espera, discutindo como algumas interações vão acontecendo, e o terceiro, chama a atenção para análise da relação dos usuários com os profissionais de saúde, demonstrado por meio da concepção acerca enfermidade.

2.1 Espaço de cuidado ao Diabetes

O estudo tem como campo de pesquisa a atenção de média complexidade da rede SUS, localizado no bairro de Jaguaribe (Distrito I), denominado CAIS de Jaguaribe, no entanto, conhecido pelos usuários como Posto de Assistência Médica – PAM de Jaguaribe, nomenclatura antiga da Instituição. Este espaço social é composto por uma atenção especializada, disponibilizando diferentes serviços e profissionais para população, como radiologistas, nutricionistas, oftalmologistas, terapeutas, fisioterapeutas, endocrinologistas, psicólogos, dentre outros.

O objetivo fundamental do Centro de Atenção Integral à Saúde é dar continuidade ao cuidado dos indivíduos encaminhados pelos Programas de Saúde da Família - PSFs, estabelecendo também vínculos com cidades vizinhas. De modo geral, tem como intuito atender a demanda de adoecidos através de profissionais especializados que não se fazem presentes nas Unidades de Saúde.

Isto posto, entende-se que quando os usuários são encaminhados para os níveis de média complexidade, é sinal de que já tenham iniciado seu tratamento com os profissionais generalistas das Unidades Básicas de Saúde – UBS. Desse modo, são levados à serviços profissionais especializados para que possa haver um olhar mais específico acerca do processo de adoecimento.

Segundo Mendes (2011), esta forma de organizar o atendimento no campo da saúde pública é o que se chama *Redes de Atenção à Saúde – RAS*, na qual se procura oferecer um trabalho contínuo aos usuários, fazendo com que os indivíduos, mesmo passando por especialistas, tenham a obrigação de retornar com os resultados dos exames para a atenção primária. A Assistência Primária à Saúde – APS, por sua vez, é considerada o centro das comunicações entre os profissionais, contudo, observando o cotidiano do serviço, o fato é que os usuários só retornam ao seu PSF no caso de necessidade, como por exemplo, para marcar consulta com outro médico, visto que seus interesses são os profissionais especializados.

Analisando o âmbito da saúde privada podemos perceber que, geralmente, os indivíduos têm seu médico há anos, mudando de especialista caso precise de uma consulta urgente e/ou o médico não tenha vaga naquele período. Já na saúde pública os usuários procuram escolher o médico, sendo, por vezes, aqueles que mais gostaram.

Apesar disso, na saúde pública é muito difícil seguir o tratamento com o mesmo profissional, pois estamos tratando de um serviço que não depende do indivíduo adoecido e sim do sistema. O usuário, assim, depende da marcação de consultas que não têm relação necessária com a disponibilidade do médico. Tal procedimento gera consequências indesejadas, como o encaminhamento para uma Instituição desconhecida, resultando num número crescente de faltas no dia da consulta e dificultando a continuidade do acompanhamento do acometido.

Acerca desse fato temos o exemplo de uma usuária que há dois anos esteve numa consulta endocrinológica com uma determinada profissional, ao tentar um retorno para mesma, o sistema de marcação direcionou sua consulta para o CAIS de Jaguaribe com outra profissional, sobre a qual não tinha conhecimento se era “boa”. Esse relato ocorreu quando entretida no seu celular, a usuária decidiu perguntar a pessoa ao seu lado (eu), se a médica já havia chegado. Quando questionada se conhecia a médica, respondeu: *não, é a primeira vez que venho para ela* e relatou seu processo de encaminhamento.

Podemos observar que o sistema de marcação da rede SUS não leva em consideração a disponibilidade dos usuários, suas relações e obrigações sociais que estão para além da saúde. Todavia, é notória no setor pesquisado a ausência de *corpos dóceis* (FOUCAULT, 1987), já que são pessoas que algumas vezes protelam seu atendimento na saúde ao invés de adequar seu horário com o dia imposto pelo sistema de marcação.

Com relação ao atendimento secundário, é importante lembrar que a doença estudada é uma enfermidade de *longa duração*, e pode afetar diferentes partes do corpo dos acometidos no decorrer do tempo. A necessidade dos usuários em frequentar este tipo de atendimento se evidencia com as complicações, crescendo a necessidade de especialistas como endocrinologista, urologista, oftalmologista etc. Tais profissionais, embora disponibilizados pelo SUS, nem sempre são encontrados no mesmo espaço.

A partir das idas aos diferentes especialistas, ocorre uma interação entre os profissionais de especialidades distintas, estabelecida no momento em que o médico encaminha os usuários para exames mais específicos. Os médicos para quem o endocrinologista encaminha seus pacientes são geralmente conhecidos por este profissional, além disso, também atendem pelo SUS. Esta relação de encaminhamento entre ‘conhecidos’ é uma relação de confiança que vai sendo construída, na qual os profissionais confiam seus pacientes com a certeza que o mesmo voltará para sua vista e controle.

Quando pensamos nesta interação profissional do ponto de vista interacionista, podemos compreender que a partir da divisão de trabalho existente entre os médicos, há uma interação e um processo social, não levando em consideração apenas o saber técnico. No campo em que se desenvolveu a pesquisa, a divisão do trabalho acarreta, conseqüentemente, um entrosamento entre os profissionais da saúde, no qual cada atividade necessita de um trabalho em equipe, visto que sozinho não seria eficaz, o que não quer dizer que não exista uma hierarquia das funções desempenhadas.

No interacionismo simbólico acredita-se que as relações, seja ela individual ou coletiva, desenvolvem-se através da interação contribuindo para que os agentes sociais interpretem o mundo social a sua volta. Na pesquisa, precisamente, o interacionismo ajuda a analisar a concepção dos usuários e profissionais da saúde acerca do Diabetes.

A corrente interacionista, portanto, também tem sua importância nos estudos da profissão, tendo como uma das estudiosas a Dubar (1997), que chama atenção para as transformações no mundo do trabalho, argumentando que neste âmbito não haverá

apenas uma transação econômica, mas também um ambiente em que se deve levar em consideração a identidade individual e social do profissional. A respeito da identidade individual, o interacionismo vai ampliando sua reflexão para as relações que surgem neste processo profissional, assim como as novas formas de profissão que acabam impondo hierarquias e divisão moral do trabalho, resultado de uma extensa especialização dos saberes.

Estas extensas especializações dos saberes podem ser encontradas nos serviços secundários do SUS. Contudo, como há diferentes espaços para que este atendimento seja realizado e a pesquisa foi desenvolvida no Distrito I, cabe mostrar de modo breve os outros espaços em que este atendimento ocorre:

- CAIS Mangabeira (R. Romário C. de Moraes, s/n, Mangabeira I)
- CAIS Cristo (R. Olívia de Almeida Guerra, nº 50, Cristo)
- **CAIS Jaguaribe (R. Alberto de Brito, s/n, Jaguaribe)**
- Centro de Especialidades Odontológicas Mangabeira (R. Romário C. de Moraes, s/n, Mangabeira I)
- Centro de Especialidades Odontológicas Centro (R. General Osório, nº 280, Centro)
- Centro de Especialidades Odontológicas Cristo (R. Olívia de Almeida Guerra, nº 50, Cristo)
- Centro de Saúde Maria Luíza Targino (Av. Vigolvin Florentino da Costa, s/n, Manaíra)
- Centro de Saúde de Mandacaru (R. Mascarenhas de Moraes, s/n, Mandacaru)
- Centro de Saúde Lourival Gouveia Moura (R. Alfredo José Athaide, s/n, Alto do Céu)
- Centro de Saúde Francisco das Chagas
- Unidade de Saúde das Praias (Av. Olinda, s/n, Tambaú)
- Centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos (Av. Rui Barbosa, s/n, Torre)
- Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso - CAISI (Praça Caldas Brandão, s/n, Tambiá)
- Laboratório Central do Município (R. Alberto de Brito, s/n, Jaguaribe)

Para realizar esta pesquisa no Distrito I, especificamente no setor de doenças metabólicas do CAIS de Jaguaribe, foi importante a atenção da pesquisadora acerca do PSF, visto que este serviço legitimaria o atendimento no campo. O atendimento, por sua vez, funciona todos os dias da semana, tendo como dias de *pico* as segundas-feiras, terças-feiras e quintas-feiras (turno integral), apresenta uma demanda maior nas quintas-feiras, dia em que 4 endocrinologistas estão atendendo no turno da tarde, reunindo-se assim, diferentes usuários na sala de espera.

Para ser atendido no setor do Diabetes é significativo que o usuário chegue com o encaminhamento do médico do PSF. Este documento certifica que o adoecido iniciou o tratamento no atendimento primário, chegando à Instituição direcionada necessariamente no setor em que acontecerá a consulta. Nesse contexto, o usuário é questionado pelo (a) recepcionista a respeito do documento, considerado por estes funcionários um meio de comunicação entre os profissionais. Caso o usuário não tenha ou esqueceu, pode ser resolvido de duas formas: no dia de pouca gente acaba sendo atendido, pois entra como *acolhimento*, ou nos dias de muita gente retorna para casa e volta outro dia com a documentação.

Como a maioria dos acometidos é um público diabético e considerado uma demanda de risco, é comum que os indivíduos entrem na vaga de urgência, ou seja, sem precisar ter marcado a consulta. O fato deste procedimento acontecer não está relacionado com a humanização da saúde, já que no caso do setor estudado, uma das profissionais comentou que é bom atender os casos urgentes da doença para não ter mais trabalho posteriormente. Diante desta discussão foi possível perceber dois casos, o primeiro, refere-se a um senhor que estava muito mal e logo foi atendido pelos profissionais; o segundo, um tanto rotineiro, são casos em que idosos esquecem de levar o remédio para depois da refeição. Neste caso em particular, a enfermeira comentou

não é nossa responsabilidade se eles esquecem os medicamentos, sempre estamos falando que é para trazer, mas como eles esquecem, pegamos aqui e damos para eles tomarem, já que pior será se ele passar mal e ter que chamar o SAMU.

A observação do serviço nos faz perceber que há uma exigência e cobrança não só com relação ao comprovante vindo do PSF, mas também com relação aos exames e medicamentos, vendo este procedimento como uma maneira de por em funcionamento o atendimento. Com relação à organização dos usuários que estão ou não com consulta

marcada, faz-se presente um número considerável de recepcionistas, estando três na recepção e dois no preenchimento da ficha no turno da manhã e dois na recepção e um na ficha no turno da tarde, podendo variar com base na demanda de atendimento.

Passado este momento, também é percebido que os usuários submetem-se a diferentes profissionais, seguindo por vezes determinada ordem: técnico de enfermagem, enfermeira, nutricionista, psicóloga e endocrinologista. Há, portanto, conforme ressalta Oliveira (2008), um tripé nesta prática do atendimento, sendo composto por Hierarquia, Participação Popular e Descentralização do médico.

No caso da saúde pública, precisamente a dinâmica encontrada no campo, a hierarquia chama muito atenção, podendo ser notada desde o acesso da população às redes de atendimento – serviço primário (básico), secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade) – como também pelos profissionais, visto que é iniciada pelo generalista e segue para os especialistas. Conforme demonstrado, podemos perceber também essa dinâmica no setor do Diabetes, iniciado pelo técnico e enfermagem e finalizado com o *expert*.

Como discute Freidson (2009),

existe uma hierarquia de prestígio e autoridade entre os paramédicos, na qual as enfermeiras, por exemplo, estão acima dos agentes hospitalares e técnicos. Esta hierarquia também parece refletir a origem social desses trabalhadores. (p. 73).

Exemplificando melhor a partir do profissional da endocrinologia, *expert* em distúrbios metabólicos, verificamos que a partir de sua formação é desenvolvido um conhecimento específico sobre determinado assunto, podendo com isso ter autonomia nas suas prescrições e ser detentor do conhecimento sobre algumas doenças como o Diabetes.

A partir de uma perspectiva geral, o trabalho médico é uma das profissões em que a autonomia é vista como indispensável, já que a mesma estaria relacionada com a ideia de não depender de outros profissionais para tomar alguma atitude.

No setor do Diabetes, profissionais como as nutricionistas mesmo entendendo como se dá a prescrição de medicamentos, não podem prescrevê-los, devem aguardar a prescrição da médica, para assim adequar sua dieta alimentar aos medicamentos propostos. No pensamento de Freidson (2009), este processo acontece por que os profissionais auxiliares da saúde, enfermeiros e nutricionistas, não se encaixam no

status de médico. Estes profissionais são conhecidos por ter a função de complementar o diagnóstico, dando com isso, continuidade ao tratamento.

Os paramédicos, então,

não são apenas parte de uma divisão tecnologicamente diferenciada de trabalho, mas, mais importante, são parte de uma divisão de trabalho organizada em torno de uma profissão central que a controla e domina. (FREIDSON, 2009, p. 69).

Assim, mesmo existindo uma proposta de continuidade de complementação da prescrição médica, os endocrinologistas ainda são considerados os legítimos profissionais, já que passou por uma formação longa para adquirir tais saberes, enquanto os outros (técnicos de enfermagem, enfermeiros, nutricionistas, etc.), acabam sendo vistos como profissionais que colocam a prescrição em prática.

Os empregos paramédicos são quase sempre subordinados, na medida em que seu trabalho é exercido a pedido do médico ou sob sua “ordem” e, muito frequentemente, sob sua supervisão. Finalmente, o prestígio que essas atividades recebem do público é geralmente inferior ao dos médicos (FREIDSON, 2009, p. 69).

Ainda que exista essa divisão na prática, é relevante discorrer que os profissionais auxiliares também possuem *intelecto*. No entanto, o que é requisitado são as suas mãos, seja no momento de fazer a dieta, um curativo ou aplicar a insulina, etc.

Sobre descentralização do médico, podemos argumentar que é um modo de enunciar uma horizontalidade na divisão do trabalho, com a perspectiva de dar menos poder ao médico. Determinada simetriação é um ponto relevante no campo, visto que há uma redistribuição das tarefas e das responsabilidades, não só entre Instituições como também entre os profissionais, acarretando numa divisão do trabalho. No caso do referido setor, a Instituição além de redistribuir suas responsabilidades com os PSFs, divide também com a equipe de profissionais e funcionários que compõem o espaço pesquisado, pois cada profissional tem uma tarefa a realizar.

A divisão de responsabilidade que ocorre entre o serviço primário (PSF) e o serviço secundário (CAIS) ocorre no momento em que os usuários precisam de um médico especialista. Neste caso, os PSFs passam a responsabilidade para os profissionais de outra Instituição. No serviço secundário, precisamente no setor do Diabetes, a divisão de tarefas é redistribuída entre os profissionais com a pretensão de não centralizar o atendimento na mão do médico endocrinologista.

A hierarquia observada, portanto, está intrínseca na formação de cada profissional e influencia na função que cada um vai desenvolver e na própria divisão do trabalho. Esta divisão pode ser analisada como um momento em que os profissionais têm que se entrosar para poder desenvolver um trabalho completo para o público, podendo por vezes, estabelecer vínculos de interdependência com os seus pares e outros profissionais.

Mesmo notando esta hierarquia, o foco do programa é o trabalho interdependente, ou seja, o trabalho em que todos os profissionais precisam um do outro. Contudo, isso não quer dizer que os usuários fiquem satisfeitos com o atendimento, visto que não há um comportamento tranquilo por parte dos adoecidos, já que os mesmos são encaminhados pelo PSF ao médico especialista e quando chegam ao serviço, deparam-se com um programa para o Diabetes, tendo assim, que aguardar e participar da dinâmica de atendimento do setor. O momento de espera causa muito estresse para quem aguarda, pois como discutido pela enfermeira e a psicóloga: *neste setor há um programa para o Diabetes, buscando cuidar do indivíduo por completo.*

Quando o paciente é encaminhado via PSF, ele é encaminhado para o endocrinologista, mas aqui no CAIS tem toda equipe, tem médico que atendem 16+4 (registrados + urgência), e quando ele está ocupado para que o paciente não fique sem fazer nada a gente encaminha para a nutricionista ou psicólogo. (Enfermeira).

O paciente chega aqui encaminhado apenas para médica, isso já complica o atendimento, porque ele só quer ser atendido por ela e ir embora. Mas aqui no CAIS há um programa que proporciona que estes usuários sejam atendidos por diferentes profissionais. No caso do nutricionista, a médica ainda encaminha quando chega aqui, mas para o psicólogo só mandam para gente fazer milagre. (Psicóloga).

A fala da psicóloga ocorreu quando numa conversa informal, estava argumentando o fato da psicologia não ser reconhecida, seja no setor ou no campo da saúde como um todo. Quando se utiliza da frase “para gente fazer milagre”, a profissional discorre que muitas vezes fica na sua sala, esperando os outros profissionais encaminharem, nem sempre acontecendo, a não ser quando os usuários se mostram muito estressados na sala de espera. Segundo a mesma, o encaminhamento deve ser feito de todo jeito, pois estamos nos referindo a uma doença que afeta o emocional de todos os acometidos.

Com relação ao processo de atendimento, é preciso que o usuário entre na sala da triagem para aferir pressão, altura, peso e glicemia. Após isso, o indivíduo retorna à sala de espera e aguarda o chamado de seu nome, mas, ao escutar, pensa que finalmente vai ao *médico do diabético* (endocrinologista). Contudo, ainda não é a hora, e entra na sala da enfermeira para fazer uma entrevista (anexo 5) e para verificar o prontuário⁸. No momento que sai da sala da enfermeira o acometido pode ou não ser atendido pela médica, dependendo se ela já estiver com outro usuário na sala. Caso isso aconteça, o indivíduo geralmente espera em pé no corredor com medo de perder a vez ou é chamado pela nutricionista e/ou pela psicóloga.

Segundo os usuários e funcionários que se encontram na sala de espera, esse procedimento acaba acarretando irritação, visto que estamos falando de pessoas que chegam às 6 horas para ser atendido pela médica às 10h, contribuindo para desabafos e reclamações. Uma das acometidas pela enfermidade relatou que não gosta de ir para a psicóloga, *gostaria apenas de ser atendida pela médica*.

Com relação ao perfil dos usuários que buscam o atendimento, podemos enfatizar que são pessoas que na maioria das vezes moram longe, chegando cedo por conta do transporte. No caso de pessoas que tem condições de ir de carro, chegam por volta das 8h. No entanto, os funcionários repassam a informação de que para ser atendido rápido deve chegar às 7h. Nota-se que, chegar cedo ao serviço pode garantir ao usuário sua primazia como primeiro da fila, mas não garante que será atendido com rapidez por algum médico.

Durante uma conversa informal, uma conhecida – futura enfermeira – argumentou:

O sistema dá abertura para os médicos fazerem isso (chegar tarde), às vezes chegam atrasados por nada. Tem muita coisa que acontece, se eu for te falar não dá, coisas que você enquanto pesquisadora não vai saber, mas eu vou, já que sou vista como futura enfermeira e tenho que saber como funciona o serviço teria que me adequar. É comum você ouvir – o médico foi lancha – mas na verdade ele nem chegou e o usuário – o mais informado, é claro – tem como saber por um sistema se o (a) médico (a) está ou não na Instituição.

No setor pesquisado, como não houve um contato direto com a médica, não tive como saber sobre os motivos do atraso, no entanto, o que percebi foi que são médicos

⁸ A sala de arquivos é criticada por todos os funcionários e profissionais, principalmente as enfermeiras. Como são elas que “iniciam” o atendimento, acabam perdendo muito tempo procurando os prontuários dos usuários. Muitas vezes, o prontuário não é encontrado e inicia-se a consulta com os preenchimentos de fichas, o que causa mais perda de tempo.

(as) que também atendem em consultórios particulares, tendo que por vezes trabalhar no turno da noite. Como no setor do Diabetes há o programa em que os adoecidos têm que passar por outros profissionais, os (as) médicos (as) chegam no momento em que todos já tenham passado pela dinâmica anterior e estejam prontos para serem chamados. Enquanto a médica (o) não chega, os outros profissionais e funcionários acalmam os usuários dizendo que a médica já está chegando, falando de uma forma que normalize o seu horário, como um dos funcionários que disse *a médica chega às 10h ou o horário dela é a partir das 10h*.

Com relação ao ambiente, nos quais as consultas são realizadas, pode-se dizer que não são acolhedores. Algumas salas têm ar-condicionados novos e outras apenas uma ventilação, geralmente são as salas da psicóloga e das nutricionistas. Às vezes há necessidade de que a porta fique aberta, o que diminui a privacidade do usuário. Segundo a psicóloga, isso acontece pelo fato do CAIS seguir um padrão de consultório médico, não podendo nenhum profissional modificar ou personalizar ao seu jeito.

Na segunda volta ao campo, deparei-me com uma porta de vidro que separa a sala de espera do corredor onde ficam os consultórios, o que tira a liberdade dos usuários de ir e vir, os mesmos só tem acesso por ele quando chamados. Neste momento não vi ninguém que não tivesse sido chamado a entrar ou a ficar nos corredores, logo, tornou-se mais uma via de profissionais.

O público que é atendido neste setor são usuários com diferentes distúrbios metabólicos como: Diabetes, obesidade, tireóide, etc. No entanto, o público-alvo são os adoecidos pelo Diabetes, uma vez que ao falar com a nutricionista, ela disse: *é sobre o Diabetes? Então é com a gente mesmo*. Em sua maioria, as pessoas acometidas são idosas e convivem com a doença há muito tempo. Inclusive alguns usam a insulina e fazem o tratamento com intuito de se livrar das furadas diárias.

A psicóloga relatou que quando o usuário chega ao setor, os profissionais procuram mostrar a importância de se cuidar e não usar insulina, já que este momento é visto por muitos como culpa do acometido. Segundo a mesma profissional, é necessário que se produza uma tomada de consciência pelo indivíduo por meio de um discurso, por vezes duro, e mostre a “realidade”. Seu exemplo e demonstração de “realidade” foi enfático e culpabilizante: *antes você estava assim, se furando? Foi você que quis chegar nesta situação*.

Observando a dinâmica do setor, nota-se que há uma contradição entre o que está no discurso e o que realmente acontece. No discurso dos profissionais, o intuito do

programa é levar informações para os acometidos a respeito dos medicamentos e das alimentações, entretanto, na prática, o discurso carrega consigo a lógica de vigiar e punir, amedontrando os adoecidos, os quais decidem ou seguir a risca o “conselho” ou desconsiderar as falas dos profissionais. Dentre essas informações que são repassadas, os profissionais de saúde explicam como o serviço funciona, buscando integrar os usuários ao sistema, de forma dócil.

Acabamos encontrando algumas contradições entre a “teoria” e a prática do serviço proposto pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A tabela abaixo, busca demonstrar em que consiste essa incoerência, demonstrando que, apesar de estarmos numa *rede de atenção à saúde*, ainda encontramos uma forma fragmentada utilizada, seja no tratamento da doença ou na dinâmica do serviço. Lembrando que, na teoria o sistema de rede é o que faz parte do atual mecanismo do SUS.

Sistema Fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de Atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por uma rede poliárquica
Orientado para a atenção a condições agudas	Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas
Voltado para o indivíduo	Voltado para a população
O sujeito é o paciente	O sujeito é o agente de saúde
Reativo	Proativo
Ênfase nas ações curativas	Atenção Integral
Cuidado Profissional	Cuidado Multiprofissional
Gestão da Oferta	Gestão das Necessidades
Financiamento por procedimentos	Financiamento por capacitação

FONTE: Mendes (2009)

No setor estudado o que realmente acontece é um tratamento contínuo, no sentido do usuário ter acesso aos diferentes níveis de saúde, isso contribui para que os atendimentos não ocorram de modos isolados. Diante desse fato, não houve a descentralização total do médico, ocorrendo ainda uma forte hierarquia das profissões.

O sistema está voltado para a população no sentido que transfere a responsabilidade do cuidado para o adoecido, transformando-o no agente de sua saúde, não levando em consideração sua vida social para além da doença. Quanto ao cuidado multiprofissional, apesar de existir diferentes profissionais, ainda há uma centralização médica, na qual os auxiliares só atuam a partir de seu diagnóstico.

Pensando que estes encaminhamentos trazem pessoas de diferentes lugares, podemos considerar o CAIS de Jaguaribe um âmbito em que há uma transitoriedade de contextos sociais diversos. Desta forma, poderíamos dizer que o CAIS, na perspectiva de Augé (1994), pode ser considerado um *não-lugar*, em razão de que este serviço especializado foi desenvolvido para atender diversos fins, resultando numa *contratualidade solitária*, mesmo estando ao redor de muitas pessoas.

São estes *não-lugares*, que correspondem a um espaço físico, mas também à forma como os actores sociais aí se relacionam, correspondem a uma lógica funcional cuja preocupação é tornar cada vez mais rápida a movimentação na sociedade e a satisfação das necessidades. (SÁ, 2006, p. 180).

No que concerne ao setor de doenças metabólicas, podemos dizer que mesmo ocorrendo a vinda de usuários de diferentes contextos pela primeira vez, o setor é visto como um *lugar* de tratamento. Segundo Augé (1994), o que caracteriza um lugar é a identidade, a relação e a história. Todos os que frequentam o setor de doenças metabólicas reconhecem que tem uma doença de *longa duração*, a partir dela acabam estabelecendo relações com os profissionais e com alguns acometidos, resultando assim, numa história de cuidado. Quanto aos profissionais, apesar de alguns não permanecerem muito tempo no setor, não podemos dizer que é um *não-lugar*, já que a maioria acaba estabelecendo vínculos a ponto de mesmo saindo para outro setor, retornarem para saber informações.

Já com relação ao bairro, onde se localiza o CAIS de Jaguaribe, configura-se como uma *mancha médica* (MAGNANI, 2002), já que é possível se deparar com diferentes serviços de clínicas, hospitais e farmácias no caminho para o atendimento secundário. O referido autor quando utiliza o conceito de *mancha* argumenta que são

áreas contíguas do espaço urbano dotadas de equipamentos que marcam seus limites e viabilizam – cada qual com sua especificidade, competindo ou complementando – uma atividade ou prática predominante. Numa *mancha* de lazer, os equipamentos podem ser

bares, restaurantes, cinemas, teatros, o café da esquina etc., os quais, seja por competição seja por complementação, concorrem para o mesmo efeito: constituir pontos de referência para a prática de determinadas atividades. Já uma *mancha* caracterizada por atividades ligadas à saúde, por exemplo, geralmente se constitui em torno de uma instituição do tipo âncora – um hospital –, agrupando os mais variados serviços (farmácias, clínicas particulares, serviços radiológicos, laboratórios etc.), e assim por diante. (p.24)

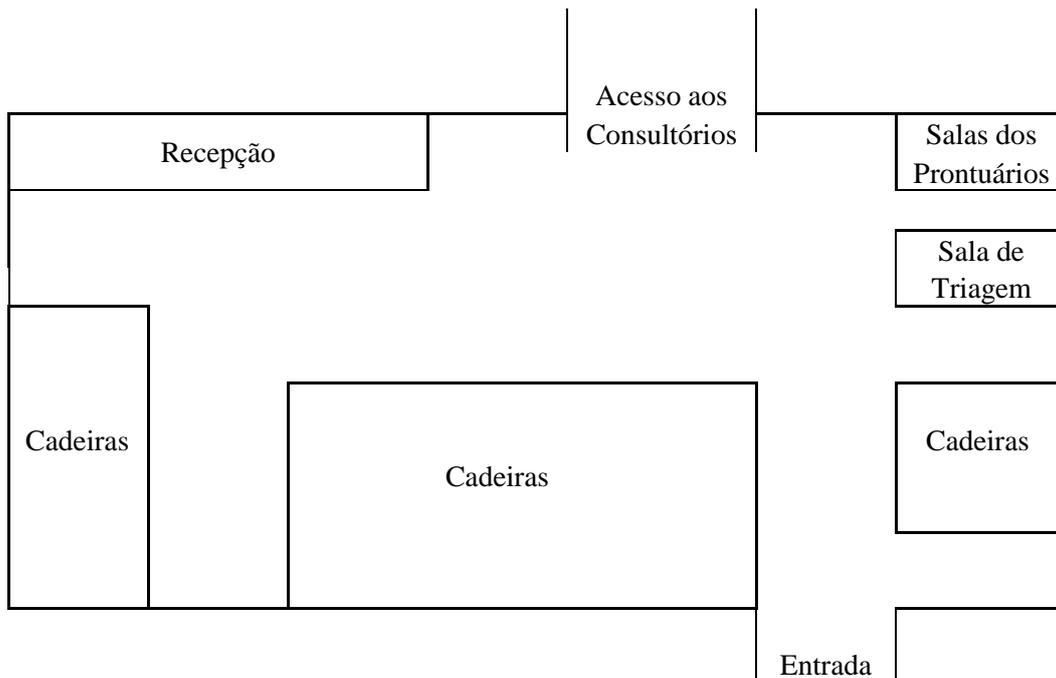
Nesta perspectiva, o setor do Diabetes pode ser considerado um pedaço em que os indivíduos estão em busca de um serviço que atenda pessoas “iguais” a eles. Os profissionais neste contexto procuram prestar atendimento aos acometidos pela mesma doença de modo unânime, geralmente por meio de uma metodologia empregada pelo Ministério da Saúde, mas nem sempre servindo a todos.

2.2 A sala de espera como espaço de interações

A sala de espera no setor do Diabetes configura um espaço em que o cuidado individual com a enfermidade é algo comum entre alguns usuários, pois a maioria dos acometidos se depara com histórias parecidas acerca do convívio com o adoecimento. As experiências acabam sendo compartilhadas no momento em que os usuários aguardam o chamado dos profissionais de saúde, possibilitando, portanto, a ocorrência de uma interação face a face conforme preceitua Goffman (2011), desenvolvendo discussões acerca dos cuidados e experiências com a enfermidade.

O espaço da sala de espera é um ambiente de médio porte composto por cadeiras enfileiradas, TV, ar condicionado, funcionários que organizam a lista de usuários por chegada e a sala de triagem onde se encontra o Técnico de Enfermagem. Antigamente, ligado a esta sala, estavam os corredores dos consultórios, contribuindo para que os adoecidos trafegassem livremente, entretanto, atualmente, este corredor é separado por uma porta de vidro, restando ao usuário esperar em pé ou sentado, mas sempre na sala de espera.

O desenho abaixo ilustra de modo mais claro, como está organizado o espaço de espera:



Neste novo modelo o profissional que detém contato direto com os usuários é apenas o Técnico de Enfermagem, responsável por aferir a pressão, glicemia, altura e peso, encontrando-se na base da dinâmica de trabalho e num nível de prestígio inferior aos outros profissionais da saúde que trabalham neste mesmo setor.

O ambiente fora da sala de espera é composto por corredores com bancos. Esse espaço geralmente é frequentado por pessoas que não podem ficar expostas ao ar condicionado ou estão acompanhando alguém. Neste ambiente exterior da sala de espera, as conversas giram em torno dos profissionais, pois como é um espaço onde há um fluxo de passagem maior de médicos, os sujeitos comentam – quando conhecem – como determinado profissional atende. Neste momento, ocorrem comentários do tipo: *esse daí quando atende aqui é todo chato, mal humorado. Já fui atendido por ele no consultório particular, é totalmente diferente, mais simpático.*

Percebe-se, pois, que o espaço da sala de espera não é voltado para os profissionais de saúde, mas um âmbito onde os usuários transitam e aguardam o atendimento. Durante a espera os adoecidos desenvolvem conversas entre os “iguais” que estão sentados ao seu lado, desenvolvendo assim, pequenos agrupamentos que partilham experiências e discursos biomédicos e/ou populares acerca do autocuidado com a doença.

É um espaço dinâmico onde sempre entra e sai diferentes indivíduos que buscam dar continuidade ao tratamento disponibilizado ao seu nível de complexidade na doença. De acordo com Teixeira e Veloso (2006), podemos observar que a sala de espera reúne fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Tomando como exemplo o setor pesquisado, deparamo-nos não apenas com os acometidos e os profissionais da saúde, mas também com atores sociais e estratégias de trabalho que ajudam a caracterizar o espaço, entre eles: vigilantes, cuja função é controlar os ânimos dos usuários menos pacientes; os profissionais quando saem de seus consultórios e vão até a sala de espera para chamar os usuários, alguns reclamando que não aguentam esperar; pessoas aliviadas por conseguir acolhimento no dia em que não estava marcada sua consulta, os funcionários que falam alto querendo saber se falta mais alguém ser atendido e representante de medicamentos.

Outro aspecto muito característico no setor de doenças metabólicas são os comerciantes, os quais vendem não só CDs de música, como também comidas não “adequadas” ao público acometido pelo Diabetes. Inclusive frequentemente apareciam duas comerciantes que vendiam pamonha, salgados e bolos para as pessoas que aguardavam na sala de espera, embora o foco dos comerciantes fossem os profissionais, principalmente quem se encontrava na sala de triagem e enfermagem.

Tais comerciantes quando entravam nas salas para realizar as vendas demonstravam que já conheciam os profissionais de saúde, pois falavam com um sorriso no rosto que era *hora do lanche*, ao perceberem que os profissionais estavam atendendo, permaneciam na sala de espera vendendo aos funcionários e acometidos, não demonstrando muito preocupação se o público tem ou não Diabetes.

No setor vão aparecendo pontos importantes de serem pensados e debatidos, como por exemplo, os lugares em que os usuários decidem se “acomodar” na sala de espera. A princípio são atitudes aleatórias, no entanto, as observações indicaram que os indivíduos geralmente sentam próximos de pessoas que partilham das mesmas experiências. Em alguns casos, notamos que os adoecidos que estão impacientes por esperar a consulta, sentam na fileira próxima ao corredor dos consultórios com intuito de controlar quem já foi ou não atendido.

Os adoecidos que chegam com seus familiares procuram um lugar tranquilo para continuar a conversa que não é necessariamente sobre a doença, sendo assim, sentam nas cadeiras distantes do corredor dos consultórios. Já com relação aos idosos que chegam sozinhos, há a preferência em sentar na primeira fileira para ouvir os

profissionais lhe chamarem, e também para tirar dúvidas recorrentes com as funcionárias da recepção.

Podemos perceber, portanto, que no momento da espera há uma interação entre os indivíduos e os demais, e algumas vezes, um reencontro com conhecidos que nunca mais tinham tido notícias. Dentre essas aproximações as mais recorrentes são os entrosamentos entre mulheres que são a maioria do público atendido pelo setor. São mulheres que chegam cedo, sozinhas ou não, que aos poucos vão tomando conta das cadeiras da sala de espera e estabelecendo conversas com as outras mulheres que se encontram ao seu lado. Os assuntos discutidos são diversos, geralmente sobre algo comum entre elas, como por exemplo, entre mães que tem a filha diabética, entre esposas que o marido não quer cuidar, entre mulheres que não gostam da dinâmica do atendimento, dentre outras temáticas.

No momento que chega outras mães com seus filhos é estabelecida uma conversa a partir deste pequeno indivíduo, na qual procuram saber se a outra criança já teve ou tem complicações iguais ao seu filho. Dentro destas temáticas as mães passam horas conversando sobre os saberes que desenvolveu com a experiência de cuidar da enfermidade, surgindo comentários do tipo: *Se ela amanhece sonolenta já sei que precisa de insulina ou de algum docinho, fico com medo que seja qualquer outra doença.*

Os encontros e as interações realizadas na sala de espera ocorrem de acordo com o interesse que os acometidos demonstram uns aos outros, buscando sempre interagir com atores sociais os mesmos dilemas, rotina e emoções. Situações diárias de suas vidas e de seus corpos adoecidos permeiam conversas que nem sempre têm a oportunidade de serem discutidos no âmbito familiar.

Desta forma, fica nítido que não há um grupo formado, mas um desenvolvimento de agrupamentos de que se constrói de acordo com a espera da consulta. Conforme os acometidos são chamados, os agrupamentos vão sendo desfeitos, principalmente, quando os adoecidos estão sendo chamados à sala da médica, pois após isso, eles retornam para sua vida cotidiana, ou seja, saem do setor. O mesmo não acontece quando vão para as salas dos outros profissionais, pois retornam à sala de espera onde são interrogados por seu pequeno grupo sobre o que foi perguntado.

De acordo com os diálogos que vão sendo estabelecidos no momento da espera, é interessante destacar que sempre se iniciam com perguntas do tipo *a médica já chegou? Já começou a chamar? Qual seu número de chamada?* São através destes

questionamentos que vão se desenvolvendo conversas sobre diferentes assuntos, principalmente a respeito do serviço, dos profissionais, dos medicamentos, das experiências com a doença, das comidas, etc.

Algumas conversas que chamaram atenção aconteceram no turno da manhã, cujo tema mais debatido - a alimentação - ocorria por diferentes motivos. Um deles relacionava-se ao fato dos adoecidos ficarem esperando atendimento até próximo da hora do almoço, e também pelo fato de enquanto aguardarem a próxima dieta sem *gosto*, passar na televisão o programa “Mais Você” de Ana Maria Braga, com suas receitas saborosas. Sendo assim, era quase impossível não falar sobre o que estavam vendo e relacionar com sua rotina de cuidados. Portanto, enquanto aguardam, compartilhavam sentimentos e experiências sobre diferentes aspectos das suas vidas com a enfermidade, transformando este espaço de saúde num tráfego de saberes e estratégias de vida.

A sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por algum atendimento, espera essa que pode gerar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários negativos entorno do atendimento dos serviços públicos de saúde. (TEIXEIRA; VELOSO, 2006, p. 103).

Desta forma, é através das conversas que podemos perceber dentre diferentes situações, os problemas de saúde. Argumentavam o porquê de estar ali, os remédios que tomam as receitas *Diets* que conseguem fazer, as ‘puladas de cerca’ na prescrição médica, etc. A sala de espera revela-se um âmbito em que os profissionais não têm controle, contribuindo para desabafos não aceitos pela saúde e proporcionando uma desmistificação acerca de crenças, visto que cada um cuida do seu corpo para além do discurso biomédico.

Em relação a esses encontros, Goffman (2011) argumenta que

uma multidão de palavras, gestos, atos e eventos menores se torna disponível, desejada ou não, através da qual alguém que está presente pode, intencionalmente ou não, simbolizar seu caráter e suas atitudes. (p. 111).

É no âmbito da sala de espera que os usuários juntam-se a outros indivíduos para falar de experiências sobre a doença, abordando as dificuldades em viver com o Diabetes que aumenta percepção do cuidado dos agentes com seus corpos.

Quanto ao perfil destes usuários, podemos dizer que os indivíduos que vão tomando conta da sala de espera são pessoas na maioria humildes, resultando numa interação entre indivíduos com os mesmos “capitais culturais”, geralmente, demonstrando a mesma prática no cuidado da enfermidade e desenvolvendo afinidades simbólicas.

Entretanto, não podemos deixar de lado que mesmo tendo o mesmo “capital”, esses indivíduos vivem de modo diferente em sua realidade. Assim, como acredita Pereira e Catani (2002), o social pode ser compreendido como um âmbito multidimensional, um espaço plural e fluido, possibilitando que os atores sociais sejam definidos a partir de suas *posições relativas* adquiridas no espaço.

Como abordado, a sala de espera é um campo onde ocorrem ações individuais e coletivas, geralmente acerca da doença que o serviço atende, ou seja, pode haver uma socialização entre os atores sociais com base numa normatização imposta pelo serviço e profissionais de saúde. Portanto, além de ser vista como um espaço repleto de significados, pode também ser visto enquanto um âmbito linguístico e gestual.

Segundo Goffman (2011), o fato de um sujeito tomar a frente de outro, sentar em determinado lugar, representa um signo ou uma simbologia. Assim, no momento em que há uma relação face a face, podemos perceber corpos que se comunicam de variadas maneiras.

Langdon (1995), por sua vez, discorre que

a cultura é expressa na interação social, onde os atores comunicam e negociam os significados. Aplicado ao domínio da medicina, o sistema de saúde é também um sistema cultural, um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. É aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis. (p.06)

O contexto da sala de espera, configura uma dinâmica na qual os acometidos têm que se encaixar para poder ser atendido, sendo preciso antes de se sentar, ir à sala do técnico de enfermagem. Seria este atendimento que legitima a consulta, visto que a primeira pergunta que os profissionais fazem, antes do acometido entrar na consulta é se o mesmo já passou pela sala de triagem.

Como se trata de um grupo de Diabéticos na sua maioria idosos, o serviço segue a organização por ordem de chegada, havendo privilégio em atender os que já estavam

com consultas marcadas. Tal ambiente,, portanto, será demarcado pelos papéis sociais que cada sujeito desenvolve, sendo a partir deste contexto que observamos as relações usuários – profissionais ganharem espaço, principalmente no que diz respeito à concepção dos profissionais de saúde diante da enfermidade.

2.3 Os profissionais de saúde e suas relações acerca do Diabetes

Neste tópico desenvolvemos uma discussão acerca dos profissionais e analisamos como são constituídas as relações entre os usuários e os demais profissionais, qual o método adotado para realizar as consultas, o tratamento, de modo que a compreensão em torno da dinâmica das atividades fique clara.

Conforme apresentado anteriormente, o Centro de Atenção Integral à Saúde do bairro de Jaguaribe é dividido por diferentes setores e profissionais especializados nas diferentes áreas da saúde, dentre eles encontramos o objeto de estudo, denominado pelos profissionais da saúde como *setor de distúrbios metabólicos*. Mesmo sendo composto por um público diversificado, o setor é conhecido pelos acometidos e por alguns funcionários como *setor do Diabetes*, visto que os profissionais são capacitados para trabalhar num programa que visa cuidar desse público.

Inicialmente é relevante saber que o setor é composto basicamente por quatro endocrinologistas que trabalham em diferentes dias, um técnico de enfermagem, três enfermeiras, um (a) psicólogo (a), sendo um pela manhã e outro pela tarde, duas nutricionistas e uma terapeuta ocupacional. Todos os profissionais participam de palestras que visam explicar o que é o Diabetes, como a doença se desenvolve e qual seria a melhor forma de cuidar deste público. Entretanto, essas palestras não acontecem com muita frequência, sendo realizadas quando algo novo precisa ser debatido, como o exemplo do ‘pé diabético’, que vem se tornando uma complicação constante da doença, precisamente no momento em que o adoecido fica com má circulação nas pernas, acarretando numa dormência⁹ dos pés.

Sobre o assunto, uma das nossas informantes argumentou:

⁹ No discurso biomédico, a dormência ocasionada nos pés é denominada *neuropatia diabética*, uma das consequências da doença que acontece quando o sistema nervoso não consegue emitir ou emite lentamente as mensagens para o corpo, acarretando uma lesão dos nervos, podendo ser tratada algumas vezes com medicamentos.

Quando abrimos o programa do pé diabético houve uma palestra para qualificar os profissionais, na qual era abordada toda problemática do assunto e seriam multiplicadores para os outros profissionais que trabalham com esta clientela. Inclusive com o apoio de uma terapêutica ocupacional, dando este suporte a equipe. (Diretora Multiprofissional)

Não ocorrem apenas palestras, também são realizadas reuniões fechadas com os profissionais a fim de discutirem como anda o serviço e o que poderia mudar para melhoria do atendimento com relação à demanda. Acerca desse fato, uma das profissionais discorreu que são nestes eventos que ela tem mais contato com uma das médicas.

No setor do Diabetes o trabalho é realizado de modo particular, por meio de uma interação entre os profissionais que acaba ocorrendo de forma técnica, para que assim os usuários fiquem satisfeitos com o serviço. Inicialmente, conforme comentado na apresentação do campo, os adoecidos passam pelos profissionais auxiliares para então chegar ao médico, dependendo de como anda o fluxo de pessoas na sala de espera. O que acaba ficando claro é que o controle da divisão do trabalho fica a cargo da médica, como por exemplo, as ocupações conhecidas como paramédicas.

Segundo Machado (1997), a opinião do médico sempre prevalece, no entanto, para que isso aconteça é importante que os outros profissionais aceitem e respeitem sua autoridade, ou seja, é necessário que haja uma legitimidade de quem manda e de quem obedece. Tomando o pensamento de Durkheim, Machado (1997) argumenta que esta divisão do trabalho que vai se consolidando na sociedade especializada, pode ser visto como um fenômeno positivo, pois contribui para a reiteração do indivíduo numa sociedade orgânica, onde ele terá a oportunidade de estabelecer relações de trocas com os demais.

Dentre as variadas profissões, podemos oferecer como exemplo a relação de trabalho entre médico e paramédico, precisamente entre endocrinologia e enfermeira. A ocupação paramédica é vista como uma profissão que detém conhecimento na área da saúde através de uma formação longa, mas que acaba sendo controlada pelos médicos.

Pensando nessa hierarquização, Freidson (2009) argumenta que

Para que uma ocupação paramédica alcance a mais alta posição nesta hierarquia, deve investir muito tempo e energia no treinamento, recrutar de maneira menos casual e ter enorme compromisso com a ocupação. (p.75).

Ainda seguindo a reflexão do autor, este tipo de ocupação (paramédica) é composto por características que o diferencia das outras profissões mais reconhecidas, já que esta não contém no seu histórico uma autonomia, uma responsabilidade e uma autoridade presente como na Medicina.

Acerca da autonomia profissional na profissão médica, Machado (1997) assim se posiciona

essa capacidade de auto-regular o próprio trabalho é fruto da Medicina moderna, do século XX. Para tanto, a profissão médica buscou: primeiro, produzir crédito social, validando seus serviços como 'bens sociais' capazes de promover o desenvolvimento social da coletividade; segundo, fundar seu conhecimento e sua prática profissional na racionalidade científica; terceiro, basear a autoridade técnica do médico na *expertise* técnica, no conhecimento especializado, da mesma forma que seu trabalho tem, em si mesmo, um forte apelo ético, alicerçado em um código de atitudes profissionais que rege o ato médico. Enfim, podemos dizer que a unificação da base cognitiva produziu a unificação do saber, do conhecimento médico, padronizando tanto a produção de serviços (assistência médica) como os produtores (médicos). Por outro lado, embora o conhecimento médico seja produzido socialmente, sua apropriação, paradoxalmente, é privada. (MACHADO, 1997, p.23).

O prestígio que a Medicina conquistou não tem muito tempo, segundo Freidson (2009), faz menos de 100 anos. Isso porque mesmo se fazendo presente antigamente, suas características eram distintas, não contendo tanto poder. Foi após o desenvolvimento das Universidades que a Ciência conquistou seu reconhecimento social e econômico, transformando-se assim numa prática de consulta.

No setor do Diabetes o profissional menos reconhecido pelos usuários é a psicóloga. Para os usuários tal profissional é vista apenas como uma pessoa que 'enrola' enquanto a médica não chega, os tratando como loucos. Durante uma conversa, a psicóloga afirmou que é uma situação difícil para sua atividade profissional, já que os outros profissionais são aceitos e respeitados por terem sua função legitimada no setor.

Apesar dos diabéticos passarem por dilemas de identidade e negação da doença, durante o processo de reconhecimento do corpo doente, o serviço nem sempre acreditam ser necessário o encaminhamento para este profissional. Sendo assim, a médica só faz o encaminhamento quando ocorre o caso de algum usuário se mostrar

muito nervoso com a espera. O estresse dos usuários é uma das justificativas de haver vigilantes no setor. Num dado momento um deles comentou:

Antigamente, muito tempo mesmo, ocorreu um caso de um paciente matar uma médica por que ela não podia atender ele no momento, desde então, ficamos aqui no CAIS, principalmente neste setor.

Portanto, atualmente, quando os adoecidos mostram-se impacientes a ponto de discutir, são imediatamente encaminhados para a psicóloga, que por sua vez explica o porquê da demora a fim de acalmá-lo. Os técnicos de enfermagem e principalmente as enfermeiras, assumem uma posição importante no campo investigado, visto que desempenham funções consideradas significativas e complementares ao trabalho médico. Como são sujeitos detentores de uma formação longa, num curso conhecido por ser auxiliar médico, eles acabam tendo acesso a saberes também utilizados na Medicina. Tudo isso, acarreta às enfermeiras outras atribuições, tais como: colocar o medicamento que a médica indicou escrito na receita para depois a mesma assinar; fazer um pré-diagnóstico na sala de entrevista e dar dicas aos acometidos de como tomar o medicamento; aplicar a insulina quando o paciente está com glicemia alta e também fazem curativos.

Desta forma, algo que se faz muito presente nas profissões ditas como auxiliares é o desempenho de uma função tão importante quanto à atividade médica, sendo que na prática ambas não são vistas com o mesmo prestígio pelos acometidos. Quando apresentada ao setor pela enfermeira, foi perceptível na sua conversa que mesmo não tendo autonomia para prescrever um medicamento, são elas e os técnicos que colocam “a mão na massa”. Esse discurso surgiu quando perguntei qual seria a dinâmica do atendimento ao pé diabético que foi respondida da seguinte forma:

A gente vai dar uma olhada e mesmo sabendo que precisa colocar algum medicamento, mandamos para a consulta médica, na qual ela irá olhar mais uma vez e dirá se será preciso ou não colocar remédio e fazer curativo. (Enfermeira)

No pensamento de Pereira Neto (2001) o conflito entre a Medicina e outros profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, ocorre há muitos anos, resultando em algumas lutas por reconhecimento pela “classe subalterna”. Os conflitos acabam

acontecendo porque os profissionais auxiliares, mesmo reconhecendo a dominação médica, mostram que também estão preparados e capacitados no cuidado ao outro.

Maurice apud Dubar (1997) chama a atenção para o papel profissional, cujas discussões apontam para as características das profissões que tendem a se fixarem mesmo na especialização do saber, partindo para formação intelectual e por fim, chegando ao ideal de serviço.

No setor do Diabetes, precisamente quando reabrir o programa do ‘pé diabético’, fechado por conta da reforma e mudanças de equipamentos, as enfermeiras serão responsáveis pela realização de curativos e passar antibióticos, no entanto, esta tarefa só será desempenhada após análise do médico endocrinologista, o qual será responsável por observar os pés dos adoecidos e assim decidir o que seria melhor a fazer. Esse papel, Pereira Neto (2001) chama de *tarefa nobre* (cirurgias, exames, prescrições, etc.), já o que ele denomina de *face rotineira* se faz presente no trabalho dos auxiliares como a enfermeira¹⁰ que tem contato mais próximo com os acometidos.

A face rotineira dos curativos e demais cuidados diários e braçais com o doente ficariam sob a responsabilidade da enfermeira. Assim sendo, o trabalho da enfermeira torna-se indispensável tanto para pleno funcionamento do sistema de saúde pública quanto para o pleno cumprimento das determinações do médico. (PEREIRA NETO, 2001, p.75)

No setor pesquisado existem diferentes profissionais no cuidado ao Diabetes – nutricionista e psicóloga, por exemplo. A primeira não tem uma tarefa totalmente autônoma, já que a dieta prescrita tem que ser complementar aos medicamentos, o que exige um conhecimento sobre a ação de *fármacos*, tornando o tratamento geral dos acometidos mais eficiente. Os outros médicos especialistas nas complicações do Diabetes, só recebem estes acometidos quando a endocrinologista diagnostica outras complicações além da enfermidade, entrando em jogo sua comunicação com outros profissionais através dos acometidos, tais como: cardiologistas, angiologistas, urologistas, etc.

¹⁰ Às vezes, as enfermeiras acabam conhecendo os contextos em que cada indivíduo vive e o modo como convive com doença. No entanto, essa aproximação no SUS nem sempre acontece na sala da médica e da própria enfermeira, pois é um âmbito com muita demanda, necessitando um atendimento objetivo, fazendo com que a comunicação aconteça através do prontuário.

Percebe-se, pois, que na sociedade moderna a divisão do trabalho não ocorre mais entre *expert* e amadores. Verifica-se o aumento do número de *expert*, os quais também necessitam de trabalhos que lhe dê assistência, no caso do setor, que dê continuidade ao serviço e ao tratamento proposto pelo médico endocrinologista.

Machado (1997) afirma que as profissões que vem surgindo na sociedade moderna apresentam novas especialidades e subespecialidades. Para a autora, a endocrinologia encontra-se no grupo denominado *especialidade cognitiva*, que lida diretamente com o público adoecido e tem a relação profissional baseada nos conhecimentos que adquirem nas escolas médicas.

Desta forma, não há um trabalho em rede como vimos entre os serviços primários e secundários, por mais que seja algo integrado, faz-se uma hierarquia de prestígio e autoridade entre os profissionais da saúde, contribuindo para que mesmo que os adoecidos saibam que estão num programa para o Diabetes, ainda fazem questão de serem atendidos apenas pela médica. Na verdade, faz-se uma hierarquia também na dinâmica de atendimento, iniciado pelo técnico, depois pela enfermeira, depois pela psicóloga, nutricionista e endocrinologistas.¹¹

Diferente dos demais profissionais, as endocrinologistas não saem muito da sala, dentre as quatro, apenas uma algumas vezes procura a recepção para tirar alguma dúvida, como por exemplo, o número de usuários para atender. Freidson (2009) acerca desta postura médica, argumenta que são profissionais que trabalham buscando o tempo todo preservar sua privacidade.

Em outras profissões estabelecidas, o trabalho frequentemente se desenvolve de maneira pública, tanto no tribunal, na igreja e nos auditórios como nos escritórios. O trabalho médico é caracteristicamente conduzido em um consultório fechado ou em um quarto residencial. Além disso, o médico costuma oferecer seus serviços pessoais mais a indivíduos do que a congregação ou classes. Estas características fazem que a Medicina se assemelham, mais do que outras profissões estabelecidas, a uma atividade baseada na relação simples entre profissional-cliente e não a uma organização. Ela é, entretanto, muito mais do que uma simples relação: é uma prática inserida em uma estrutura organizada que influencia o comportamento dos médicos e dos pacientes. (p.113)

¹¹ Como as consultas costumam demorar, a dinâmica do setor só não é seguida caso a nutricionista demore mais que a endocrinologista, precisando assim, que o usuário seja atendido por quem estiver livre.

A medicina também procura manter a história de seu “paciente” em sigilo, esta privacidade que fica em torno da profissão, ocorre pelo contato íntimo e direto com a vida do usuário. Para Pereira Neto (2001), a medicina

participa dos momentos cruciais de sua existência, servindo de intermediário entre ciência e o caso particular, interpretando os problemas sociais com a linguagem abstrata do conhecimento científico. A medicina parte de um saber generalizante para atingir uma objetividade individualizada (p.39).

No entanto, o fato dos profissionais do setor procurar manter sigilo não quer dizer que os adoecidos contam como cuidam da doença, já que foi possível observar que muitos usuários nem sempre seguiam a risca o tratamento, não contando tudo para não receber bronca.

De modo geral, mesmo buscando levar confiança para os acometidos por meio de tratamento com alguém *expert* na sua doença, a especialização da atividade é vista como uma maneira de manter o controle sob os avanços e os conhecimentos, sendo assim, a Medicina continua com o monopólio do saber e da prática profissional, tendo como consequência uma crescente fragmentação do saber.

Segundo Helman (2009),

Os médicos e seus pacientes, ainda que tenham a mesma origem social e cultural, vêm a má saúde de formas muito diferentes. Suas perspectivas baseiam-se em premissas bastante diversas, o problema é como asseguram alguma comunicação no encontro clínico (p.113).

É possível perceber, como argumenta Fernandes (1993), que a partir da especialidade da Medicina os indivíduos são vistos como portadores de lesões, o que provoca perguntas do tipo: *Diga ai seu José o que lhe trouxe aqui hoje, o que tá sentindo?* Este tipo de visão afeta a relação entre médico-paciente e contribui para construção de uma relação rápida e objetiva. Há, portanto, uma normatização que afeta primeiro os médicos e a Medicina em si, e depois os pacientes. (GONÇALVEZ, 2007).

Neste contexto, Boltanski (2004) discute que a relação entre médico e paciente desenvolve algumas barreiras, como por exemplo, na linguagem¹², pois nem sempre o indivíduo confia no que foi dito, e assim, não se submete ao tratamento. A barreira

¹² Para Fernandes (1993), a relação entre médico e paciente é constituída por dominação. Essa, por sua vez, é advinda não só pela própria Medicina como pelo Estado, impondo seu poder sob as classes não hegemônicas, tendo como um de seus instrumentos a linguagem.

também existe do médico para o usuário, pois a forma de como o indivíduo vai discorrendo sobre o que está sentindo, faz-se necessário que os profissionais decodifiquem seu discurso para compreender os sintomas, para então indicar exames que apontará qual o possível diagnóstico.

Dessa forma, é importante que se estabeleça uma confiança, uma credibilidade do conhecimento médico para com o paciente, a fim de que se firme a autoridade e poder do profissional de saúde. No caso do Diabetes, os médicos e seus auxiliares procuram mostrar a importância em manter a qualidade de vida através da dieta e dos medicamentos, pois é uma maneira de viver ‘normalmente’ mesmo estando com a doença. Esta forma de ‘cuidar’ tem a função de mostrar para os acometidos que só haverá uma melhora da doença se o mesmo seguir suas prescrições, criando desta forma, “consumidores passivos, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico” (MACHADO, 1997, p.22).

Entretanto, nem todos acometidos confiam em determinado discurso ou simpatizam com o profissional, resultando na desobediência aos exames pedidos e medicamentos prescritos, desse modo, os profissionais passam a ver esses pacientes como *teimosos*. Essa visão ocorre por meio da biomedicina, prática hegemônica no campo da saúde que analisa a dimensão física da enfermidade e deixa de lado os fatores sociais, culturais, socioeconômico que explicam a atitude dos adoecidos diante de algumas situações.

A profissão especializada, portanto, faz com que o profissional tenha um discurso mais objetivo e persuasivo e contribui para que ocorra não só uma divisão técnica do trabalho, como também uma divisão dos doentes. Esta última acontece como dito anteriormente, porque nem todos os acometidos confiam no discurso médico, resultando em diabéticos *rebeldes* vistos pelos profissionais de modo geral.

A rebeldia é vista por Barsaglini (2011) de duas maneiras: ligada a adesão e ligada à vivência. A primeira busca mostrar que nem sempre o adoecido compreende o que deve ser feito no tratamento, acontece também por nem sempre o serviço público disponibilizar uma informação adequada, ou seja, ir para consultas, utilizar medicamentos, monitorar a glicemia, comer bem, etc. A segunda chama atenção para o cansaço que a doença estabelece na vida do indivíduo, necessitando que o sujeito esteja sempre atento ao seu corpo para cooperar com o tratamento, fazendo com o adoecido torne-se um “reclamão”. Para os profissionais do setor do Diabetes os rebeldes são os indivíduos que não querem se cuidar, não se adaptando à dieta e aos medicamentos.

Em consequência, o fato de os pacientes serem vistos não como são, mas como deveriam ser, decorre de julgamentos em bases moralistas e pode levar os profissionais a qualificá-los, em determinados casos, como não cooperadores, problema ou resistentes. (BARSAGLINI, 2011, p.125)

Segundo Fernandes (2008), esses pacientes podem ser inseridos em duas subcategorias: a do doente que tudo quer saber e a do doente que nada quer saber. O diabético rebelde estaria no primeiro caso, já que se trata de um indivíduo que procura compreender, para depois cumprir as recomendações médicas, de modo que se tornam seres autônomos com relação ao autocuidado. Para o autor, o melhor tipo de paciente para o médico é aquele que nada quer saber e aceita pacificamente seu discurso e tratamento, sendo um *repositório pacífico* da disciplina e saber médico.

No setor do CAIS de Jaguaribe os profissionais vêem estes sujeitos em sua grande maioria como indivíduos rebeldes, já que sabem que *não podem e continuam fazendo*. Entretanto, estes não são vistos como autônomos que buscam ter um autocuidado consciente, mas indivíduos que não prestam atenção na explicação médica e acabam administrando os medicamentos e dietas de modo errôneo, sendo necessário relembrá-los do cuidado em cada consulta que retornam.

Eu sempre tenho essas seringas aqui para mostrar o modo certo de usar, também pergunto sobre os medicamentos para explicar como tomar, mas alguns nem lembram qual estão tomando. (Enfermeira)

A ideia do doente cumpridor e não cumpridor remete-nos para o poder que os profissionais têm, sendo importante cumprir suas ‘regras’ para continuar saudável. Segundo Berwick apud Fernandes (1993), os profissionais têm como função instruir os pacientes, mas, caso eles não adiram ao tratamento, são vistos como irrealistas e irresponsáveis com a saúde, tendo uma interferência relevante do médico na vida do acometido¹³. Um dos fatores que também contribuem para que este seja visto como rebelde, é o fato da relação com o médico não ser o único vínculo que o adoecido desenvolve após o diagnóstico da doença, já que estamos falando de atores sociais que

¹³ Marilyn Nations ao debater meu trabalho na REA (2013), argumentou que existe uma dinâmica de culpabilização da vítima, na qual os profissionais dão a informação; no entanto, caso não seja seguida, não podem fazer nada, é como se determinada postura se resumisse à frase *tua culpa, minha salvação*. Essa reflexão resume claramente o que buscamos tratar na dissertação, tornando-se, portanto, o título da mesma.

vivem em contextos sociais diferentes, tendo cada um formas particulares de cuidar e entender este novo momento.

Desta forma, como acredita Barsaglini (2011), “o tratamento continua sendo uma instância individual quer se pense em médico, quer se pense em paciente” (p.67). Com isso, principalmente numa doença crônica, é importante que o indivíduo também se comprometa com o tratamento, tornando-se um *árbitro* do seu próprio corpo, no qual nem todos se encontram preparados.

O desenvolvimento da ciência e da Medicina a ela atrelada influenciou no cuidado das doenças e na condição dos doentes de hoje, pois estar doente significa estar sob cuidados: o diagnóstico, as receitas do médico, os exames e tratamento que o paciente deve fazer condicionam a sua cura e também estruturam sua percepção e experiência da doença. (BARSAGLINI, 2011, p.70).

Para que os acometidos entendam que também têm que desenvolver uma competência de saberes no seu autocuidado, os médicos fazem uso de seus discursos persuasivos com intuito de influenciá-los ou provocar medo com relação ao que pode acontecer, conseguindo assim, que o adoecido adote o comportamento desejado. Nesse contexto, também é interessante chamar atenção para o fato de que embora a Medicina tenha como uma de suas características fundamentais o discurso persuasivo, o mesmo não acontece de modo coercitivo, nem sempre deixando clara a dominação que existe.

Se formos pensar num poder e numa persuasão nítida, por exemplo, vamos refletir sobre o diagnóstico de uma doença de *longa duração* como o Diabetes, pois é preciso fazer com que o indivíduo que não sente nada, sintam-se doente, colocando como diz Illich apud Gonçalves (2007) uma *etiquetagem* no sujeito. No setor os profissionais de saúde procuram ser incisivos em seus discursos, principalmente, quando percebem que os adoecidos não estão vendo a gravidade da doença.

Após o choque de realidade, como comentou a psicóloga, o tratamento do Diabetes tem como função procurar influenciar na *melhoria* do estilo de vida, mostrar quais padrões de consumo, de lazer, que os acometidos poderiam utilizar e frequentar, levando em consideração o que poderia afetar sua saúde de modo negativo ou positivo. Os discursos que ocorreram após o diagnóstico e consultas deixaram nítido que o tratamento, as relações com a doença, a experiência com a vida social iriam acontecer com base em dois cuidados, medicamentoso e alimentar.

Após essas discussões, apresentamos a seguir, uma discussão acerca dos componentes que são fundamentais na Sociologia e no cuidado com o corpo dos acometidos.

CAPÍTULO III

O TRATAMENTO E AUTOCUIDADO NO DIABETES

É através da compreensão de como se dá a convivência com uma doença de *longa duração* e do funcionamento de um dos serviços especializados da rede SUS, que neste capítulo discutimos acerca das duas formas de ocorrência do controle da doença na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde. Sendo assim, abordamos a terapia medicamentosa¹⁴ e alimentar para observar não tão somente discurso dos atores da pesquisa, mas também para verificar como suas relações foram constituídas. Apesar da prática de exercícios físicos também ser um meio legítimo para o controle da doença, não o abordamos, visto que o intuito deste trabalho é chamar a atenção para o que foi discutido no campo. Nossa reflexão no decorrer deste capítulo discorre sobre essa temática para além da saúde, penetrando no âmbito individual e social de cada sujeito.

3.1 Medicamentos como *Actante*

Estamos inseridos numa sociedade em que a saúde é cada vez mais almejada, resultando em altos investimentos das grandes indústrias farmacêuticas, com o intuito de trazer *qualidade de vida* por meio de medicamentos. Tomando o Diabetes como exemplo fundamental do estudo, podemos notar que um dos tratamentos também ocorre pela terapia medicamentosa, isso traz a ideia de que é possível estar doente e permanecer “saudável”. O uso do termo *qualidade de vida*, segundo Azize (2012), é entendido como uma maneira através da qual os indivíduos encontram motivos para lidar quimicamente com seu estado físico.

Com base em Nietzsche apud Martins (2004), o corpo acometido por uma doença crônica faz com que os indivíduos percebam a saúde por uma nova perspectiva, não a vendo como ideal, mas podendo encontrá-la também no controle da doença, visto que é possível viver ativamente na sociedade. No Diabetes, a terapia medicamentosa contribui para que os indivíduos não se sintam indispostos e faz com que consigam permanecer

¹⁴ O medicamento é visto como uma “ferramenta” utilizada por todos acometidos, no entanto, alguns em menores ou maiores dosagens. Contudo, é importante destacar, que na maioria das vezes as dosagens vão aumentando, contribuindo para quem tomava muito, use mais ainda.

vigorosos para continuar suas atividades profissionais e pessoais, ou seja, o medicamento permite ao adoecido conviver *com e apesar da doença* (HERZLICH, 2004).

Com relação aos medicamentos que fazem parte da vida dos diabéticos, os alopáticos são os que ganham mais espaço na sociedade brasileira. Esta demanda juntamente com os hipertensos, destacam-se como um dos maiores consumidores de *fármacos*. Esta realidade tem chamado a atenção de diferentes estudos socioantropológicos a respeito desta temática, contudo, são análises que ainda não estão numa etapa consolidada, já que sua importância e pluralidade na sociedade moderna tem sido reconhecida aos poucos.

O mesmo não acontece no âmbito internacional, pois é válido ressaltar que, os estudos já possuem uma bibliografia social abundante, compostas por pesquisadores que se interessam por assuntos como: assistência em saúde, biomedicina enquanto um fenômeno cultural, globalização, economia, dentre outros. Segundo Castro (2012), essas discussões têm abordado a medicalização da vida e do corpo.

Portanto, os medicamentos vêm ocupando um lugar legítimo na constituição das relações de alguns indivíduos. Determinado depoimento em nossa pesquisa demonstra o modo como que é ingerida a medicação e como essa ação afeta seu ritmo de vida. Os usuários do setor, por exemplo, devem chegar em jejum para que o técnico em enfermagem verifique sua glicemia. Geralmente são indivíduos que tomam inúmeros remédios (antes e depois da refeição), necessitando que neste dia mude seu hábito medicamentoso para que possa ser atendido como almeja o programa do Diabetes.

Segundo a enfermeira, o fato de os indivíduos chegarem em jejum contribui para que não tenham muita paciência de esperar.

São pessoas que não tem paciência de esperar, principalmente os diabéticos que precisam vir em jejum, querendo logo ser atendido para poder comer algo e tomar o remédio. A gente entende, mas tem muita gente lá fora nessa situação (Enfermeira)

Desse modo, o funcionamento do serviço também está vinculado ao medicamento, já que há prioridade para quem está sem se alimentar, acarretando em comentários do tipo: *Já comeu? Então pode esperar mais um pouquinho* (funcionária).

Segundo Lefèvre (1991), a função significativa dos medicamentos nos faz compreender sua realidade material, vista pelo sistema farmacêutico e biomédico como

complementar ao corpo, já que no caso do Diabetes, o mesmo procura ajudar o pâncreas a “trabalhar”.

Os medicamentos ocupam um lugar de símbolos e representações que obscurecem os determinantes sociais das doenças, iludem os indivíduos com a aparência da eficácia científica e, como mercadorias realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial. (p. 501).

Portanto, o medicamento na pesquisa é visto como um dos atores do estudo, o que Latour (2001) denominaria *actante*. Isto é viável porque o autor acredita que o ator não é só o sujeito social, mas tudo aquilo que age, deixa traço e produz efeito na sociedade. O conceito *actante*, portanto, foi utilizado com a pretensão de não só chamar atenção para os atores humanos da pesquisa, como também os não-humanos, visto que no campo de estudo cada um teve sua relevância para o tratamento do Diabetes.

Nesta perspectiva, Latour (2005) discorre que assim como o ator, a rede citada por alguns autores na Teoria de Ator-Rede – TAR, não é a cibernética presente na modernidade, mas a que nos faz refletir a respeito de *fluxos, articulações e alianças*. Com relação à saúde, podemos perceber uma rede de tratamento que interferem no cotidiano dos adoecidos.

Como acredita Fleischer (2012), o tratamento medicamentoso ajuda a perceber outros fatos e permite-nos verificar sua relação com o “Sistema Único de Saúde, conjugalidade, parentesco e dinâmicas cotidianas dentro e fora de casa” (p.415). Percebe-se, pois, que os medicamentos não são objetos inertes, mas repletos de sentidos e relações sociais.

Ainda como discute Fleischer (2012), no âmbito das pesquisas socioantropológicas, o medicamento tem se mostrado

um excelente “atalho etnográfico” para conhecermos o cuidado com a saúde no âmbito familiar e vicinal, como os serviços oficiais de saúde são entendidos e freqüentados, como os itinerários terapêuticos são alinhavados e, sobretudo, como estes sujeitos demonstram uma agência muito criativa no trato dos três “corpos”, individual, social e político (p.415).

Retornando para discussão acerca dos medicamentos enquanto *actantes*, observou-se que mesmo sendo uma das formas eficazes de controlar a enfermidade, seja

via comprimido ou injeção de insulina, ainda é o maior desafio dos profissionais de saúde no momento de tentar a adesão dos usuários, pois alguns acometidos ainda são resistentes a determinada mudança no seu cotidiano.

No estudo de Faria (2008), o período de adesão ao tratamento é um trabalho em conjunto entre o médico e o paciente, constituindo nesta relação uma *aliança terapêutica* em que o paciente será o indivíduo que além de obedecer, entenderá e concordará com a prescrição feita pelo seu médico (a). No entanto, nem sempre o medicamento ou o grupo de antibióticos prescritos tem muito significado para o público acometido, talvez pelos adoecidos acreditarem em outros métodos, como por exemplo o caseiro.

As dúvidas e os esquecimentos são outros fatores que contribuem para que o acometido não se entregue fielmente ao tratamento. Tal situação resulta também por estarmos lidando com uma doença “silenciosa”, na qual os indivíduos acometidos nem sempre tem compreensão de sua gravidade, até que ela lhe cause alguma consequência.

Segundo a enfermeira que também é responsável por explicar como deve ser tomado o remédio, um dos maiores problemas é o esquecimento por parte dos idosos na tomada de medicação, tendo sempre que lembrar como deve ser tomado, já que erros na dosagem contribuem para alterações das taxas e estados de mal-estar.

Peres et al. (2007), em seus estudos, puderam perceber que os acometidos pelo Diabetes demonstram dificuldades a respeito dos medicamentos quando se tratava da dosagem, modo de usar, assim como também observaram que outros adoecidos se recusavam a utilizar a terapia medicamentosa.

É neste momento, portanto, que entram os profissionais da saúde e o (a) médico (a) endocrinologista, que buscam persuadir os acometidos da importância em se submeter ao tratamento no Diabetes. Segundo Akrich e Méadel (2002), a relação médico – usuário é construída antes da prescrição e do consumo dos medicamentos, já que se acredita que aos poucos nas consultas médicas os usuários acabam falando de suas experiências vividas com a doença.

Desta forma, o medicamento nessa interação é permeado pela prescrição, atribuindo à medicalização não só do corpo biológico, como também da subjetividade e da vida cotidiana. Essa medicalização dos corpos pode ser vista em diferentes situações no setor, como nas pessoas que não tinham consultas marcadas, mas compareciam para pegar a receita prescrita pela médica.

Com relação ao momento da prescrição, é desenvolvida uma relação triangular entre médico, farmacêutico e paciente. Segundo Manica (2012), o farmacêutico é o responsável pela operação intermediária que ocorre entre os outros dois, efetivando o ritual de tratamento. Essa responsabilidade, portanto, advém da relação “entre detentores de conhecimentos sobre processos fisiológicos (médicos) e as pessoas que eles recorrem tendo como objetivo a obtenção da cura (paciente)” (p.183). Ocorrendo, assim, um *trânsito dos medicamentos*, o qual confere ao remédio uma autonomia que o afasta do *expert* que lhe produz, distribui e prescreve (CASTRO, 2012).

Este *trânsito dos medicamentos* acontece, geralmente, com ajuda dos representantes farmacêuticos, cuja função é levar aos consultórios médicos indicações de medicamentos que foram lançados pelos laboratórios. O objetivo maior é despertar o interesse do especialista em associar estes remédios ao tratamento.

Essas visitas, em que estariam envolvidas tensões entre os caracteres científicos e comerciais dos medicamentos e as negociações que são estabelecidas através delas, configurariam a relação entre médicos e laboratórios dentro de um contexto de “quase-mercado.” (MANICA, 2012, p.183).

Esta relação é desenvolvida em um contexto de *quase – mercado*, pois não ocorre troca de dinheiro entre o profissional de saúde e o representante de indústrias farmacêuticas, o que acontece entre eles, portanto, são apenas elementos *incorpóreos*. No entanto, por mais que seja de grande importância sua distribuição aos consultórios, ainda será o médico quem legitimará na sua consulta quais medicamentos prefere prescrever.

Segundo Manica (2012), isso acontece pela formação dos médicos que lhe traz cada vez mais conhecimentos técnicos, dificultando a transformação do mercado farmacêutico num mercado direto¹⁵.

No CAIS de Jaguaribe é muito comum ver os representantes farmacêuticos andando pelos corredores, chamando sempre atenção por suas roupas chiques, por seus equipamentos tecnológicos e posturas eretas. Quando eles (as) chegam e perguntam para o recepcionista: *A doutora se encontra?* Os usuários já sabem que vão ter que

¹⁵ Antigamente as farmácias tinham mais autonomia para atender os indivíduos sem prescrição médica. O novo regulamento deixa essa situação ilegítima, pois garante ao médico o ato de prescrever os medicamentos. Desse modo, há uma restrição quanto à função dos farmacêuticos, responsável apenas pelo aviamento de formulas, ou seja, ao trabalho técnico.

esperar mais um tempinho na sala de espera, já que são os profissionais que têm preferência quando chegam, entrando na sala das médicas quando as mesmas já estão presentes.

Mesmo após determinada visita para que o produto encontre o consumidor é necessária a atuação do médico como *passador*, já que os profissionais são os que possuem legitimidade de fazer a prescrição do medicamento para o paciente, conferindo assim, a ligação entre laboratório e diagnóstico. É neste momento, segundo Manica (2012), que ocorre a individualização e a singularização do usuário, tendo cada um sua necessidade no momento de se cuidar.

Vendo por uma perspectiva diferente, Kopytoff (2008) cogita o fato das mercadorias, assim como o medicamento, não serem consideradas meras coisas. Castro (2012), ao refletir sobre a mercadoria, afirma que

um bem produzido dentro de um processo cognitivo e cultural. Isso porque as coisas devem passar por um conjunto determinado de ações e práticas até que possam ser consideradas trocáveis e, assim, se constituírem como mercadorias – mesmo que provisoriamente. Nesse sentido, “uma biografia econômica culturalmente informada de um objeto o encarará como uma entidade culturalmente construída, dotada de significados culturalmente específicos e classificados e reclassificados em categorias culturalmente constituídas” (p.151).

Ainda pensando no raciocínio de Kopytoff (2008), é interessante pensar que a mercadoria possui uma biografia, passando por mudanças na sua trajetória e ganhando legitimidade, dependendo do número de indivíduos que farão uso. As “fases de vida” dos medicamentos, por exemplo, é fragmentada por Van der Geest, Whyte e Hardon (1996) apud Castro (2012) em: *produção e marketing; prescrição; distribuição; uso e eficácia*. Com o passar dos tempos, o medicamento vão assumindo funções diferentes, deixando o seu lado mais voltado para a química e se transformando em uma rede terapêutica formada pelos doentes e pelos diferentes profissionais.

No caso do aumento de acometidos por doenças de *longa duração*, como o Diabetes, houve um crescimento no uso de terapias medicamentosas que é um procedimento que afeta a vida do adoecido, tanto de modo positivo como negativo, durante anos ou a vida inteira. Com isso, alguns adoecidos do Diabetes procuram alternar com terapias caseiras trazidas geralmente por conhecidos ou familiares (ex: chás). Sobre esse processo medicamentoso longo, Barsaglini (2011) argumenta que os

adoecidos já aprendem qual a reação de cada remédio no seu corpo, conferindo-lhe uma confiança na hora de alternar com os caseiros.

Durante o processo de medicalização do corpo nos deparamos com indivíduos “rebeldes”, conforme alguns profissionais de saúde reconhecem. Todavia, há também os usuários “obedientes”, aqueles que acreditam que seguindo a prescrição médica pode ficar curado ou viver sem complicações. Segundo uma das informantes que estava na sala de espera, após iniciar o tratamento medicamentoso foi possível ver uma melhora e até sentir-se aliviada.

A aderência significativa ao tratamento de uma doença crônica está ligada ao que o paciente entende como terapêutica, tendo como componente principal o medicamento como agente de manutenção e prevenção da saúde. (TALHATE, 2011, p.10).

Para conseguir uma eficácia na adesão ao tratamento, os endocrinologistas e os demais profissionais auxiliares recebem um guia de recomendações a fim de que compreendam o procedimento da terapia medicamentosa do usuário. A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2004), por exemplo, procura mostrar para os profissionais quando o tratamento com medicamento pode começar, quais os medicamentos devem ser prescritos, quais medicamentos existem, etc.

Em relação aos medicamentos existentes, a demanda é diversa, sendo relevante que no decorrer de sua formação o médico saiba diferenciar a funcionalidade de cada um, para assim poder interagi-los quando necessário. Acerca dessa variedade, a tabela abaixo apresenta as composições e as funções de alguns remédios, mostrando os mais utilizados pelo público Diabético.

Classes de Drogas	Agente	Principal Ação
SULFANILURÉIAS	<i>Primeira Geração</i>	Secretagogos Beta-pancreático de ação lenta
	CLOPROPAMIDA	
	<i>Segunda Geração</i>	
	GLIBENCLAMIDA	
	GLICLAZIDA	
	GLIPIZIDA	
	GLIMEPIRIDA	

GLITINIDAS	REPAGLINIDA NATEGLINIDA	Secretagogos beta-pancreático de ação rápida
BIGUANIDAS	METFORMINA	Diminui a produção hepática de glicose e aumenta a sensibilidade da insulina
THIAZOLENEDIONAS	ROSIGLITAZONA PIOGLITAZONA	Aumentam a sensibilidade da insulina e diminuem a produção hepática de glicose
INIBIDORES DA ALFA-GLICOSIDASE	ACARBOSE	Retarda a absorção intestinal de carboidratos

Medicamentos orais comercializados no Brasil. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e metabologia. (2004)

Os medicamentos denominados *Secretagogo de ação lenta* apresentam como efeitos colaterais o aumento do peso (almejado por alguns acometidos), ocorrendo por conta da *hiperinsulinemia* e *hipoglicemia*. Estão presentes na vida de diabéticos tipo 2, não obesos, que devem ser administrados meia hora antes das refeições, tendo como objetivo “coincidir o pico de ação da droga com o aumento sanguíneo da glicose” (FARIA, 2008, p.26). Uma das principais características é a perda de eficácia ao longo do tratamento, necessitando substituir ou acrescentar outros.

Os remédios presentes no grupo de *Secretagogos de ação rápida* são medicamentos que têm a absorção rápida, deve ser ingerido logo após a refeição, causa menos riscos para hipoglicemias. Já os sensibilizadores de insulina, como a Metformina, são medicamentos direcionados para pacientes diabéticos obesos, que proporciona maior perda de peso.

Quanto os medicamentos orais disponibilizados pelo SUS, contamos com: Glibenclamida, Gliclazida e Metformina. Dentre essas drogas, a sugerida para iniciar o tratamento é a Metformina, para Sgarbi e Villar (2004) são drogas efetivas na redução das complicações vasculares ao longo do tempo. No entanto, em alguns momentos ela pode causar desconfortos abdominais e diarreias. Segundo Faria (2008), a Sociedade

Brasileira de Diabetes – SBD (2007)) afirma que com a dificuldade de adesão dos pacientes aos medicamentos e aos novos hábitos de vida é cada vez maior o uso de Metformina ou Arcabose. São geralmente utilizados por pacientes que têm taxa de 110mg/dl em jejum e com a glicose alterada, pertencentes à classe de Anthiperglicemiantes.

Sendo assim, de modo geral e superficial, percebe-se que alguns medicamentos trazem consigo uma obrigatoriedade no cuidado, mesmo fora dos consultórios, quando tratamos, por exemplo, de crianças que desenvolvem o Diabetes muito cedo, necessitando dos pais para fazer este processo de aplicação da insulina.

No campo pesquisado, geralmente quarta pela manhã e/ou à tarde é possível se deparar com pessoas mais jovens, inclusive crianças de colo. Um dos casos, tratava-se de uma mãe de 30 anos, cuja filha (7 anos) sofria com a doença há muito tempo. A fim de que não tivesse nenhuma complicação, a mãe tomou a iniciativa de elaborar um caderno denominado *controle de glicemia*, onde registrava toda medicação que dava a filha nos três turnos. Uma experiência parecida ocorreu com um dos membros da Associação dos Diabéticos de João Pessoa – ADJP, em que a mãe durante um tempo mudou sua rotina em função da medicação da filha, que aos poucos foi aprendendo e fez com que sua mãe retornasse para o trabalho.

O medicamento vai carregando consigo os aspectos culturais e simbólicos compostos por diferentes significados, itinerários e usos, os quais não dependem só da sua fórmula, mas de quem o utiliza.

Dentro de seu esquema analítico, a conceituação de medicamento dos autores é dada de forma categórica: “por definição medicamentos são substâncias que têm a capacidade de modificar a condição de um organismo vivo - para melhor ou, no caso de medicamentos de bruxaria, para pior” (Van der Geest et al., 1996, p.154). Dentro dessa ideia, o que interessa aos autores, não são os mecanismos pelos quais essas substâncias agem biologicamente, mas sim como esses objetos marcados por uma “concretude”, bem como por uma “lógica cultural e simbólica” (*idem*) transitam por diferentes regimes de valores ao longo da biografia cultural que compõe sua vida social. (CASTRO, 2012, p.153).

Nas Ciências Sociais a adesão ao tratamento é resultado de uma construção social que faz com que os indivíduos acreditem que o conhecimento biomédico detém o poder da cura, já que numa concepção histórica, tem conseguido a sobrevivência de inúmeros adoecidos e culturalmente presente. Akrich e Méadel (2002) argumentam que,

o medicamento só tornará eficaz quando estiver em comunicação com a rede terapêutica (prescrição, uso, etc.).

Dentro da classe dos medicamentos a insulina ainda é o pavor de quem se descobre diabético, mas não é essa a visão do médico, pois para alguns, a insulina é a chance de vida dada ao usuário. De acordo com o depoimento de uma das médicas de uma maneira não tão delicada: *Se continuar assim vai para insulina, ela não é a pior coisa, dê glória a Deus por ainda poder utilizar a insulina que é um medicamento como outro qualquer.* (endocrinologista). A insulina salvou, por vezes, pacientes com o Diabetes descompensado, foi necessária, neste caso, uma saída imediata da sala do médico para sala de triagem para que ocorresse a sua aplicação pelo técnico de enfermagem.

Segundo o discurso dos profissionais, também presente nos estudos de Faria (2008), a insulino terapia é um tratamento importante para o público que tem o Diabetes Tipo 1, já que estamos nos referindo a um tipo da doença que destrói a célula beta. Já com relação ao Diabetes Tipo 2 – maior número no campo – a doença é considerada progressiva, cujo tratamento é iniciado com os medicamentos por cápsula para controlar a glicemia. Quando o uso de antibióticos orais não é o suficiente, faz-se necessário a substituição para insulina ou sua entrada como medicamento complementar.

Alguns pacientes em conversas informais na sala de espera, diziam que durante um bom tempo tomavam insulina e tinha o objetivo fazer tudo direitinho para poder sair deste método de tratamento. No momento em que uma das usuárias do serviço citou a palavra *deixar*, outra adoecida perguntou:

– *A médica te disse isso foi?*

– *Foi! Ela disse que se tiver com minha taxa regular ela vai tirar, até porque estou tendo muita crise de hipoglicemia.*

Já em outros casos os acometidos com os níveis glicêmicos altos, disseram que nunca tomaram nada, era, portanto, a primeira vez que estavam naquele ambiente para ser consultados, resultando comentários do tipo: *Meu amigo, aquele cara ali tá com a Diabetes alta que só a bixiga, tem que ir para insulina, mas parece que ele não toma não. É doido né não?!*

Com relação aos profissionais, houve um caso em que o usuário chegou num nível extremamente grave, fazendo com que um dos funcionários saísse da sala de

triagem e ficasse conversando por muito tempo com a família. Esta conversa, além de questões voltadas para alimentação, tinha a preocupação com a forma em que a doença estava sendo controlada. Nas suas frases sempre tinha a palavra “cuidado”, *não pense que a doença é brincadeira não.*

Na sala da enfermeira também existe a preocupação em saber como os medicamentos estão sendo ministrados, uma vez que os idosos são a maioria e muitos esquecem. Dessa forma, seringas são usadas para explicar utilização. No SUS, são fornecidos três tipos de insulina – uma delas é a regular (conhecida por ter como característica: solúvel e incolor), podendo ser utilizada de modo endovenosa, intramuscular ou subcutânea.

Para que o paciente saiba lidar com a aplicação é importante manter a vigilância sobre seu próprio corpo, percebendo se há ou não modificações, isso porque a insulina depende da alimentação e da atividade física para controlar tanto os horários como a dose que será necessária para os variados casos, dependendo do autocuidado de cada acometido.

Observa-se como o comportamento, as relações intra-familiares, o contato com os serviços de saúde e as concepções de corpo e alimento, por exemplo, são todos elementos fundamentais para se estabelecer alguma adesão a tratamento medicamentoso e um nível auto-proclamado de bem estar. (FLEISCHER, 2012, p.414).

Podemos perceber que nos últimos tempos, principalmente com o número cada vez maior de acometidos de *longa duração*, a ciência propõe cada vez mais uma medicalização da vida, contribuindo para que os indivíduos acometidos estejam em constante procura pela qualidade de vida e que a saúde acabe se tornando também um espaço de comercialização que lucra em diferentes ramos. Nesse contexto, a medicalização está sendo imposta a cada instante pelos meios de comunicação motivando nos indivíduos o sentimento de culpa com relação às dores. Desse modo, os acometidos apelam rapidamente ao comércio farmacêutico que está pronto para aliviar qualquer desconforto trazido pela patologia.

A quantidade de remédios para Diabetes também contribui para que cada indivíduo e profissional da saúde aprenda a desenvolver modos diferentes de cuidar de si e do outro, sendo importante que cada um descubra como seu corpo reage a diferentes medicamentos (tal conhecimento geralmente vem com muito tempo de experiência com a doença). Este tipo de experiência tão debatida na sala de espera do setor, nem sempre

chega aos ouvidos dos médicos (as), já que os usuários não tem conhecimento do que os médicos acreditam ser ou não correto, não comentam, portanto, para não levar ‘brincas’.

3.2 Alimentos como Remédio

No tratamento do Diabetes outro elemento que se mostrou imprescindível para o controle da doença foi a estratégia alimentar, através da qual os acometidos tem a necessidade de adaptação com base nas prescrições dos profissionais da saúde e nas suas escolhas. Para que isso ocorra, como dito, é relevante a alteração dos hábitos alimentares de cada indivíduo, comportamentos que são incorporados na infância, para que o bem-estar dos adoecidos permaneçam intocáveis.

Os estudos a respeito da alimentação dentro do campo socioantropológico já acontecem a algum tempo, sendo Geertz apud Canesqui (2005) quem “sugeri que o entendimento das ciências pode passar não apenas pelas teorias, mas pelos seus praticantes, importando assim analisar aquela produção sem que se faça uma etnografia do saber antropológico sobre a alimentação.” (p. 23).

Até então, houve mudanças nos temas que iam sendo discutidos, por exemplo, nos anos 70 os interesses dos antropólogos era estudar a alimentação com base no modo de vida das classes operárias. Já nos anos 80, a alimentação era estudada com base na representação do corpo, saúde e doença e assim por diante.

Trazendo determinada discussão para o tratamento de uma doença de *longa duração*, Barsaglini (2011), acredita que a alimentação é o ponto essencial para o tratamento do Diabetes. Desta forma, podemos também perceber, como discute Garcia (2005), que a alimentação vem sendo considerada a prática mais apontada como responsável por doenças crônicas, sendo “perseguida” principalmente em doenças como o Diabetes.

Isto é exposto porque quando o acometido chega ao setor de doenças metabólicas, percebemos que um dos primeiros procedimentos que os profissionais tomam é conversar e informar sobre a alimentação, recomendando um novo plano alimentar, seguindo, portanto, um critério mais individualizado.

Porém, mesmo o profissional especializado passando esta avaliação nutricional individualizada, não há uma incorporação do discurso por todos adoecidos, visto que a

adoção deste novo hábito interfere diretamente na sua convivência com a família, contribuindo algumas vezes num “jogo de panelas”, já que alguns familiares não estão dispostos a mudar a alimentação da casa por conta de uma pessoa.

Segundo Helman (2009), as dificuldades em aderir uma nova rotina alimentar ocorrem pelo alimento desenvolver

muitos papéis e está profundamente inserido nos aspectos sociais, religiosos e econômicos do dia-a-dia. Para as pessoas nessas sociedades, o alimento também traz consigo vários significados simbólicos, que expressam e criam relacionamentos entre os homens (p.55).

No Diabetes, muitos adoecidos argumentam que fazer a dieta no modo prescrito pelo profissional, é uma tarefa difícil não só pelo dinheiro, visto que os profissionais de saúde afirmam que não é necessária uma alimentação totalmente *Diet*, mas sim comer menos. A dificuldade da maioria dos usuários ultrapassa o dinheiro para medicamentos e novos alimentos presente no novo comportamento, resultando mais uma vez numa *ruptura biográfica*.

Os componentes culturais prevalecem sobre os econômicos (que “vendo bem, em termos econômicos, a alimentação saudável é mais barata do que a que a pessoa faz aí e faz errado”, diz um profissional). (BRASAGLINI, 2011, p.110).

Quando vamos analisar a alimentação neste contexto de adoecimento crônico, percebemos que assim como o medicamento, ela é considerada um pivô dual, interferindo tanto no controle como no descontrole da enfermidade, já que numa rotina sem dosagens haverá complicações para o corpo do adoecido.

Todavia, a decisão dependerá de cada indivíduo que a partir de seu comportamento e contexto social, fará a “balança” pender para o controle ou descontrole, ou seja, no controle há um processo de responsabilização do corpo pelos sujeitos adoecidos como também de culpa, caso algo dê errado.

Canesqui e Garcia (2005) ao abordarem a perspectiva sociocultural dos alimentos comentam que em cada sociedade há escolhas alimentares. Em se tratando do Diabetes, podemos utilizar esse pensamento sobre tais escolhas, visto que os indivíduos não irão definir seus alimentos após o diagnóstico da doença apenas pelo seu valor

nutritivo, mas também através de uma perspectiva mais ampla que neste caso, pode ser o hábito alimentar incorporado desde cedo.

Com relação ao discurso dos profissionais de saúde, alguns disseram que para a dieta ser eficiente seria importante que toda a família adotasse o novo momento, isto é, que houvesse uma mudança coletiva. Isso seria relevante para saúde de todos, visto que alimentação sugerida não serve apenas como tratamento do Diabetes, mas como precaução desta e outras enfermidades.

Helman (2009), também traz esse pensamento quando discute de modo diferente que “em alguns casos, o consumo de certos alimentos pode ser percebido não como um remédio, mas como uma forma de ‘imunização’ contra doença” (p.59).

Retornando para o contexto do Diabetes, a psicóloga comentou que observa nas conversas que poucas famílias estão dispostas a ajudar o doente neste momento, discorrendo que neste contexto é compreensível quando os adoecidos não conseguem seguir a dieta, pois *é difícil quando você não pode comer e outras pessoas ficam te “provocando”*.

Assim, percebe-se que além da mudança alimentar, o que se faz significativo no controle da doença é a composição da dieta, a qual reduzirá muitas medidas e tirarão outras como: a sobremesa e os alimentos considerados fortes (farinha, macarrão, batata, etc.). Seria no momento de pôr a dieta em prática que os dilemas de efetivá-las ou não acontecem, ou seja, é em casa e nas ocasiões diversas que os indivíduos encontram-se sem o médico do lado, que aparecem as dificuldades em autocuidar-se e autovigiar-se, procurando seguir o tratamento.

Segundo Helman (2009), isso acontece porque o alimento assume um papel central na vida cotidiana de cada um e faz com que a dieta seja um ato difícil de realizar, pois se pressupõe o abandono de tudo que dê prazer. A mudança do hábito de vida por conta do Diabetes, por exemplo, demonstra um meio de normalizar ou controlar o nível de glicemia. Esta, por sua vez, não é uma atitude fácil para quem se encontra diabético, pois estamos falando de indivíduos que em sua maioria, desenvolveu a doença por conta do mau hábito (sedentarismo e “comilão”).

Sabendo disso, profissionais como a nutricionista, prescreve uma dieta que não foge muito da realidade do adoecido, para tanto, considera sua idade, ritmo de vida e sexo. É importante dizer que antes da nutricionista passar a dieta, há uma verificação no prontuário do paciente e, quando aparecem dúvidas acerca de algo como o medicamento, a consulta é interrompida para que seja esclarecida na sala da médica.

Busca-se, portanto, prescrever uma dieta eficaz e complementar à terapia medicamentosa.

Nos corredores foi possível perceber algumas diferenças nos discursos dos usuários em relação aos acometidos do campo anteriormente pesquisado (ADJP). Neste, os indivíduos conversavam muito sobre o tema, no entanto, havia uma cautela no momento de falar sobre sua conduta com a alimentação, afirmavam sempre atenção, cuidado e acompanhamento da dieta. Já no campo atual, os indivíduos demonstram mais liberdade para falar sobre o assunto, contudo, não ocorre o mesmo comportamento na sala do médico.

O fato dos adoecidos da ADJP terem mais cautela com os comentários em comparação aos usuários do setor, acontece a partir do contexto de cada um, visto que na Associação as reuniões eram ministradas pela presidente da ADJP, que mesmo sendo diabética, tinha o objetivo de ensinar o controle para os adoecidos. Já no setor, os usuários conversam na sala de espera, sem nenhuma supervisão “superior”, com liberdade de dizer o que faz ou não com base na dieta médica. Então, o fato de ter alguém com a função de “vigiar” como a presidente da Associação e os profissionais do setor, contribuem para que algumas verdades do tratamento sejam omitidas.

Em relação à tranquilidade em falar sobre seus cuidados, podemos citar como exemplo, um momento em que chegou ao setor uma moça vendendo bolo de tapioca com leite condensado. O público que se mostrou mais interessado e até realizou algumas compras foram os acometidos pelo Diabetes que a partir das compras, os adoecidos começaram a partilhar suas experiências a respeito da alimentação. Neste caso em particular, quando a moça dos bolos chegou, uma das usuárias que esperava a consulta para saber de sua tireóide argumentou:

- *Neste setor é difícil vender, porque tem muito diabético.*

- *Eu sou diabética, e daí? (adoecida comendo o bolo)*

- *Não pode não, viu?*

- *Mais menina, como mesmo, aproveito que eu já to aqui.*

- *Tu fala que nem minha sogra.*

- *Se a gente não come passa mal, se come passa mal, é melhor continuar comendo (usuária diabética que não comia o bolo, mas que escutava a conversa).*

- *Pois é! Não vou morrer nas mãos deles não, vou morrer aqui. (adoecida que se empanturrava na segunda fatia de bolo).*

Longe da presença de algum detentor do conhecimento, os acometidos se mostram mais *rebeldes*, termo utilizado pelos profissionais de saúde, demonstrando que a consulta médica não determina como viver e chama atenção para dificuldade em lidar com uma doença que tira mais do que dá.

No entanto, quando conversei com a psicóloga, profissional que esteve presente nas consultas dos outros colegas, menos da endocrinologista, a mesma discorreu que quando os acometidos chegam à sala de consulta são *as pessoas mais controladas do mundo*, justificando a alteração das taxas por conta do nervosismo de está ali ou porque a alimentação *diet é cara*.

Tirando o fato de omitir os eventuais descontroles, durante os três meses antes da consulta, a psicóloga também comentou que é muito comum os usuários reclamarem da falta de respeito por parte de sua família. A socialização dos familiares é muito importante para o comprometimento do sujeito com o tratamento e contribui também para que ele não se isole do meio social. Contudo, como discutido, o âmbito familiar não é levado em consideração por algumas médicas e enfermeiras, pois ficou evidente que a consulta demonstra interesse apenas no comportamento do indivíduo.

Conforme visto no setor, Barsaglini (2011) afirma que em situações comemorativas fica mais difícil seguir a dieta, podendo ocorrer de o adoecido ser ou se sentir excluído, caso decida controlar a doença nesses momentos. A autora, portanto, ao citar Canesqui discorre que

o sentido que os adoecidos conferem à alimentação também é citado como fator que condiciona a adesão à dieta prescrita. Além de reafirmar a função de atenuante da ansiedade, os adoecidos referem-se ao alimento como componentes de sociabilidade, o que dificultaria o acatamento das restrições alimentares, principalmente em ocasiões comemorativas, de convívio social. (p.112).

Estes dilemas não estão presentes só no Diabetes, como também na Hipertensão, indivíduos que se descobrem doentes numa casa em que o outro não está disposto a mudar porque se encontra saudável, necessitando assim de panelas separadas na hora da refeição. Outra questão que surge ao tratar da alimentação após o diagnóstico do Diabetes é o cuidado de cortar grupos de alimentos como açúcar e carboidratos, acreditando que assim, a enfermidade será controlada de maneira mais eficaz, podendo inclusive se curar.

Com essa postura mais ativa em cuidar da saúde, os indivíduos passam a procurar mais receitas diversificadas e saudáveis para fazer suas comidas sem necessariamente ter que comprar tudo Diet. Isso acontece até pelo fato de os médicos mostrarem que estar diabético não significa cortar o alimento, mas comer de tudo sem exageros, já que o *inimigo* da doença não se encontra nos açúcares, mas nos excessos de comida.

A endocrinologista especialista no assunto, ao dar um depoimento para o livro *comida que cuida*, argumenta que

uma das dificuldades é quando o paciente descobre que tem Diabetes. Receber a notícia deprime, porque o preconceito contra a doença é grande, e a pessoa acha que a vida acabou, que nunca mais vai poder fazer nada, nem comer nada. E isso é uma inverdade; hoje a Medicina defende que o diabético pode comer de tudo, desde que com equilíbrio. O segredo está na distribuição dos alimentos, na dieta com moderação e na monitoração da glicemia. (SEMISERIF et al; 2007, p.18)

Com o crescimento destas discussões, surgem cada vez mais livros e reportagens que procuram informar aos acometidos do Diabetes que esta doença de *longa duração* não é algo negativo, mas que contribui para que o indivíduo tenha outros olhares e sabores com relação à refeição e também da vida em si.

Segundo Garcia (2005),

a ideia de que o que é gostoso comer pode ser perigoso para a saúde vem acompanhado da valorização de um estilo de vida saudável, de um corpo atlético, que impõe um novo gênero de vida regrada (p.211).

O livro *a comida que cuida* (2007), por exemplo, procura demonstrar de modo simples, como é possível ser diabético e não abrir mão do sabor da comida, contendo depoimentos de endocrinologistas que argumentam existir um mito na relação entre Diabetes e comida insossa. Assim, eles vão discutindo sobre a enfermidade; receitas possíveis de serem feitas; redescoberta da vida através de outros prazeres que não seja o excesso da comida (doces, massas, dentre outros).

Com o Diabetes surgem muitas dúvidas, principalmente por se tratar de uma doença incoerente. Sua contradição está no fato de o indivíduo não poder cortar os açúcares e os carboidratos das comidas, grupos considerados um tabu para quem tem a enfermidade. Porém, a endocrinologia e a nutrição através de seus estudos esclarecem

que o corpo humano, com ou sem a doença, precisa destes componentes e deixa de lado a falsa ideia de que, sem açúcar e carboidrato o diabético se sentirá melhor.

O açúcar, por sua vez, durante muito tempo foi visto como um vilão para as pessoas que tinham o Diabetes. Atualmente, os profissionais da endocrinologia afirmam que este componente é um dos responsáveis pela energia necessitada pelo corpo humano, sem ele o indivíduo sente-se mal. Sobre essa temática, recordo o que uma interlocutora da ADJP falou: *a glicose é o principal alimento do cérebro e sua presença no sangue fornece a “sensação de plenitude”*, só alterada quando a pessoa começa a tomar os medicamentos de controle da doença. Para ela, *o açúcar é como um vício*, por isso, tem-se a necessidade de comer sempre.

No setor estudado quando o usuário acaba passando mal por hipoglicemia (falta de glicemia), os profissionais de saúde geralmente os técnicos de enfermagem, oferecem de imediato algo que seja doce (biscoito, bala, garapa, suco, etc.). Desta forma, se o açúcar fosse visto apenas como um agente prejudicador, em nenhum momento ele seria sugerido para o controle da glicemia.

Percebe-se, pois, que nesta doença de *longa duração* o tabu vai sendo direcionado para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol (ORTEGA, 2003, p.61). Com isso, os indivíduos modernos vão se transformando cada vez mais em sujeitos que se autocontrolam, autovigiam e se autogovernam.

O autogoverno e a formação de bioidentidades se dão através de toda uma série de recursos reflexivos e de práticas de bioascese (manuais de auto-ajuda, terapias, *fitness*). A reflexividade é o processo de taxação contínua de informação e peritagem sobre nós mesmos. Não só o *self*, mas principalmente o corpo, aparece marcado pela reflexividade. A dieta e o *fitness* seriam dois exemplos básicos desse processo de reflexividade corporal. Os alimentos que consumimos implicam uma seleção reflexiva, refletem um estilo de vida, um “hábito” (no sentido bourdieuano de marca de distinção), um critério da biossociabilidade. (ORTEGA, 2003, p.64).

Com o hábito de se autovigiar, os afetados pelo Diabetes começam a levar consigo sempre alguma bala ou lanche para não passar mais de 4 horas sem comer. O intuito é não correr o risco de ter uma crise de hipoglicemia e ficar desacordado no meio da rua. Essa preocupação também ocorre do profissional para o paciente, pois no setor logo após a triagem, é servido café com algum biscoito para que o acometido não fique sem comer. É sempre o técnico de enfermagem que procura saber se todos já entraram

na sala e se já comeram, pois segundo a enfermeira é preciso que eles comam algo e tome o medicamento que trouxeram de casa para não acarretar em algo grave, e assim, poder esperar mais à vontade a hora da consulta.

Em relação a essa parte do tratamento é praticamente unânime entre os profissionais da saúde, a opinião de que os acometidos são rebeldes ao ponto de não seguirem a dieta do modo como é prescrita.

Num caso grave, um usuário idoso chegou ao setor preocupando uma das profissionais presentes na sala de triagem, a qual imediatamente procurou o responsável e explicou com detalhes como deveria ser a dieta dele e o que ele não poderia nem “ver”.

Tem certas comidas que ele não pode nem ver, a glicose dele ta muito alta, se continuar assim ele vai para tratamento mais grave, como a hemodiálise.

Nesta afirmação, podemos perceber uma contradição com o que vem sendo discutido, visto que a profissional argumenta que existem alimentos que o paciente em situação grave não pode “ver”. O que discutimos é que existem alimentos que devem ser ingeridos com cautela, mas que podem fazer parte da dieta dos usuários.

Com relação ao momento das consultas, os indivíduos com medo de levar bronca da médica acabam mentindo, argumentam que não saem da dieta e tomam os medicamentos prescritos. Na sala da nutricionista, alguns chegam dizendo que não entendem por que as taxas não baixam ou por que não perde peso, sempre mencionam que algo está errado. A psicóloga, caminhando entre as salas ou até na sua, já se deparou com várias histórias, *precisando dar um choque de realidade* no paciente e dizer o que pode acontecer com ele caso não cuide da doença.

A necessidade de conscientizar os adoecidos, ou seja, de esclarecê-los sobre a doença e sensibilizá-los para aderirem ao tratamento parece baseada no pressuposto de que lhes falta conhecimento. Informação são dispensáveis e mesmo essenciais (ainda que não determinantes), e os adoecidos se interessam em recebê-las. No entanto, elas só assumem significado e valor de incentivo à ação quando são cotejadas com as necessidades cotidianas da pessoa e reportadas às suas características e a sua inserção numa rede de relações sociais, e intermediadas por elementos da estrutura social, por seus sistemas de valores e por suas referências culturais (BARSAGLINI, 2011, p.109).

Portanto, conforme dito anteriormente, a alimentação é colocada pela nutricionista como uma estratégia saudável que o paciente deve seguir, não seguindo uma receita para todos, pois ela leva em consideração o contexto em que cada indivíduo vive sua rotina e em que momento se alimenta. Para alguns acometidos ficou notório que a dieta não é vista como algo positivo, em razão deste ser o momento que o faz lembrar diariamente que o corpo está doente. Desse modo, vê a dieta como remédio e as outras comidas como um veneno.

Às vezes, quando eu já não aguento mais comer a mesma coisa, vou na pizzaria ou compro uma pizza e como. Não faz mal não, até porque eu sigo a dieta, só às vezes eu quero comer algo bem gostoso.
(Usuária)

Em relação a não aderir à dieta, uma das profissionais de saúde argumentou:

alguns chegam aqui dizendo que a alimentação sugerida é muito cara e que fica difícil aderir o tratamento, enquanto isso fico só observando a roupa nova, o brinco bonitinho.

Alguns pacientes desse setor, por se tratar de doenças com distúrbios metabólicos, acabam frequentando por muito tempo o serviço, contribuindo para o que o profissional de saúde saiba sua história e constate que a dieta não é tão importante como outras ocupações e preocupações da vida deste acometido.

De modo geral, podemos perceber que principalmente no Diabetes, o ato de alimentar vem causando inquietações na vida dos indivíduos no que diz respeito à saúde, transformando, como afirma Campos apud Garcia (2005), num processo mecânico. Esse processo vem valorizando cada vez mais a saúde, fazendo com os indivíduos procurem mais moderação e restrição no momento de se alimentar.

À TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa reflexão ao longo desse trabalho no tocante ao contexto especializado, *doenças metabólicas*, contribuiu para o entendimento de alguns elementos que se fazem presentes no decorrer do adoecimento pela possibilidade de acesso ao discurso não só dos usuários, como também dos profissionais de saúde.

Os resultados e as discussões acerca do objeto investigado, o Diabetes, demonstram que os atores da pesquisa sempre falavam em mudanças no estilo de vida, como uma maneira de conviver com qualidade de vida na doença.

A respeito dessas modificações, algumas características são predominantes, tais como: idas frequentes ao médico, nova alimentação e inclusão de medicamentos. Nesse contexto, o primeiro profissional *expert* que os acometidos pelo Diabetes procuram é o endocrinologista, cuja função é prestar as primeiras informações acerca da enfermidade.

É a partir da enunciação médica, portanto, que se estabelece o “estado” de doente. No momento em que o indivíduo aceita e internaliza a nova realidade, ocorrem mudanças no acometido que passam a compor seu o novo cotidiano, refletindo em seu corpo e vida social. O diagnóstico médico é introduzido como um instrumento de classificação, através do qual o indivíduo deixa de integrar um grupo e passar a pertencer a outro, sofrendo as limitações que tal condição pode representar.

Nesse sentido, de acordo com Bury (1982), o diagnóstico representa um momento de *ruptura biográfica* que ocasiona a mudança de percepção que o indivíduo tem de si e deixa de se ver “saudável”. Assim, é introduzido um dilema ontológico, marcado pela pressão social e autoridade médica, no sentido de que o indivíduo deve concordar com o diagnóstico e se reconhecer numa condição considerada “imutável” inscrita na ordem corporal.

O adoecimento de *longa duração* marca principalmente uma nova realidade na vida dos sujeitos adoecidos que se manifesta de diferentes maneiras e contribui, também, para que a doença seja sentida de formas distintas. O corpo doente, algumas vezes, leva o indivíduo a uma reflexividade de si, deixando de ser apenas uma entidade física, mas que também passe a se reconhecer como um âmbito de ação coletiva.

É a partir da reflexividade acerca do próprio corpo e das experiências advindas do adoecimento, que os acometidos têm no conhecimento biomédico, um dos saberes em que pode se apoiar no momento de gerenciar o Diabetes. Contudo, esse

conhecimento não é o único a ser seguido, visto que a realidade em que cada um vive, influencia bastante no cuidado com o corpo. Assim, é importante lembrar que, apesar da doença ser individual a determinado sujeito, ela também se encontra num tempo-espço do social que ocasiona uma mudança de sua relação com a sociedade, principalmente em relação aos seus hábitos cotidianos como a alimentação.

Dessa maneira, a partir do momento em que o indivíduo se reconhece doente e lida com as limitações que a doença pode causar, aprende a controlar e vigiar seu corpo, ou seja, nem sempre a consulta médica ensina como deve lidar em algumas situações decorrentes de aprendizado com o cotidiano da patologia.

Trazendo para o contexto estudado, o aspecto social foi um dos fatores que dificultou a adesão ao tratamento biomédico, já que nem sempre a prescrição da nutricionista levava em consideração o ritmo de vida e o contexto social dos seus usuários. Alguns informantes alegaram que a alimentação era muito cara e não tinha como fazer parte de seu cardápio e, por vezes, diminuía o sal e o açúcar dos alimentos.

O fato dos profissionais só enxergarem a doença e não o indivíduo com todas suas complexidades contribuiu para que o adoecido não se sentisse à vontade para aderir ao tratamento. A não adesão faz com que os profissionais de saúde vissem os usuários enquanto “rebeldes” e “teimosos”, isto é, não são considerados usuários *dóceis*.

A rebeldia, contudo, acontece por se tratar de um processo subjetivo de convivência com a enfermidade e de resgate de sua condição social, apesar das pressões advindas da família e da rede social do adoecido. A doença se encontra num tempo-espço do social, cuja temporalidade está associada ao contexto anterior e posterior ao diagnóstico e à experiência com a enfermidade e, é espacial, quando define o corpo como condição de adoecimento – “lugar da doença” e da pessoa.

Mesmo alguns profissionais sabendo que existe um aspecto cultural que cada sujeito carrega, sua função no setor era, dentre outras coisas, informar aos indivíduos como estava a doença, para então prescrever algo mais eficaz referente ao seu controle. Para que isso ocorresse, os profissionais de saúde trabalhavam em conjunto com intuito complementar o trabalho do outro.

Geralmente, a dinâmica estabelecida segue uma ordem “crescente”, através da qual os usuários começam a ser atendidos pelos técnicos de enfermagem e terminam a consulta na sala da médica *expert*. Essa ação faz com que os indivíduos cheguem à sala da médica sem precisar falar muito sobre a experiência com a enfermidade, já que as

mesmas foram concedidas pelos outros profissionais. Assim sendo, as consultas ficam mais objetivas e ocorrem por meio de perguntas e respostas com base não nas falas dos usuários, mas o que está escrito no prontuário.

Ao refletir acerca do tratamento medicamentoso foi possível perceber que a maioria dos indivíduos complementava o remédio prescrito pelo médico com outros mais populares, como chás. Isso ocorria, pois no momento de gerenciar o corpo, os indivíduos não consideravam apenas o conhecimento biomédico, mas também de amigos e familiares.

Então, mesmo sendo o profissional de saúde o primeiro informante legítimo sobre a enfermidade, o maior responsável pelo corpo é o próprio adoecido que se autovigiava e autocontrolava durante seu cotidiano. A vigilância fora das paredes dos consultórios, também existia na família. Nesse contexto, os informantes informaram que nem sempre eram respeitados, pois convivem às vezes no ciclo de tentações, pelo fato dos mais próximos não mudarem suas alimentações.

Em relação à responsabilidade do indivíduo sob seu corpo, notamos que há o desenvolvimento de uma autonomia dos acometidos, pela qual descobrem novas formas de controlar a doença. A autonomia, dessa forma, é responsável pela não *docilidade* na relação médico/paciente no campo. Nesse caso, a passividade se fazia presente quando entravam na sala de consulta, onde os adoecidos se mostravam um sujeito cuidadoso com o corpo.

É relevante afirmar, contudo, que mesmo sendo considerado o maior responsável pelo próprio corpo, o discurso biomédico continua com grande importância, considerado a primeira fonte do saber. Essa situação faz com que os adoecidos acreditem que se não seguirem a prescrição, não irão melhorar. Com isso, ainda que haja uma complementação no medicamento, o saber biomédico nunca é deixado de lado.

Portanto, de modo geral, podemos afirmar que os profissionais de saúde e os usuários são *expert* no Diabetes. Entretanto, a formação é conseguida de modo diferente, pois ao mesmo tempo em que os profissionais têm uma formação longa em Universidades, os usuários têm a formação a partir da experiência “longa” com a doença, capazes de cuidar do corpo de modo diferente, porém também legítimo.

Com a responsabilização de si, há um ciclo de culpabilização dos adoecidos que salvam os profissionais de qualquer responsabilidade, visto que sua função é orientar e o papel do usuário é fazer, caso contrário, a culpa não é do profissional. Esse contexto

nos faz pensar na culpa dos adoecidos e na salvação dos profissionais durante o cuidado com a enfermidade.

Já com relação ao uso das metodologias presentes nas Ciências Sociais, o método qualitativo e etnográfico foi essencial para compreendermos como pensa o sujeito após o diagnóstico médico e quais são as mudanças relevantes em seu cotidiano, assim como o que pensa os profissionais acerca do seu serviço e usuários.

Para isso, também foi importante o papel do pesquisador social, o qual tem como função demonstrar que no âmbito da saúde o saber biomédico não é o único discurso a ser seguido após o diagnóstico de uma doença, pois estamos lidando o tempo todo com atores sociais que possuem crenças em diferentes setores da vida social.

O trabalho de campo nas Ciências Sociais, também pode ser analisado como um *rito de passagem* (DA MATTA, 1978), que abre possibilidades de redescobrir novos formatos de relacionamento social, visto que a Antropologia é um dos mecanismos importantes para deslocar nossa própria subjetividade.

Por fim, segundo Velho (2006), o pesquisador é duplamente aprendiz, pois tem a chance de conviver com o campo e os acadêmicos. O importante da pesquisa, também, é que juntamente com pesquisador ela é introduzida em sua vida pessoal, percebendo situações que antes não eram vistas. É nas leituras e no campo, portanto, que desenvolvemos a pesquisa e consideramos o que nem sempre para muitos parece ter valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, A. **The system of professions: An essay on the division of expert labor.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988

ADAM, P. e HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina.** São Paulo: EDUSC, 2001.

AKRICH, M. e MÉADEL, C. Prendre ses médicaments/ prendre La parole: Les usages de médicaments por lês patients dans listes de discussion électronique. In: **Sciences Socials ET Santé**, 2002.

ALVES, P. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, 1993.

ANGELIN, P. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. In: **REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, Araraquara, (3)1: 1-16, 2010. ISSN: 1984-1736

ARAÚJO, D. e CASTRO, L. **A alimentação como objeto em Ciências Sociais.** 2010. Disponível em: <http://www.ppgcs.fafcs.ufu.br/index.php?page=discentes/producoesdiscentes.php>, acessado em 03 de maio, 2013

AUGÉ, M. **Não-lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade.** São Paulo, 1994.

AZIZE, R. Antropologia e Medicamentos: uma aproximação necessária. In: **Revista de Antropologia Social.** UFCAR, (4)1: 134 – 139, 2012.

BARBARÁ, A. SACHETTI, V. e CREPALDI, M. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. In: **Interação em Psicologia**, 9(2): 331-339, 2005.

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

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo.** São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. In: **Sociology of Health and Illness**, (4)2: 167-182, 1982

CANESQUI, A. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.** São Paulo: FAPESP, 2007

_____. Olhares antropológicos sobre a alimentação. In: CANESQUI, M. e GARCIA, R. **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. In: **Ciência & Saúde coletiva**, 8(1): 109-124, 2003.

CARNEIRO, H. **Comida e Sociedade: Uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CASTRO, R. Antropologia dos Medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. In: **Revista de Antropologia Social**. UFSCAR, (4)1: 146-175, 2012.

CHAMÉ, S. Modos e modas da doença e do corpo. In: **Saúde e Sociedade**. UNESP, (5)2: 61-76, 1996.

CYRINO, A. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: UNESP, 2009.

DUBAR, C. **A socialização: Construção das Identidades sociais e profissionais**. Trad: Annette Pierrette e Estela Pinto. Rio de Janeiro: Porto Editora, 1997.

FARIA, H. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. Dissertação em Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FERNANDES, J. A quem interessa a relação médico e paciente? In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1993.

FLEISCHER, S. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia. In: **Saúde Sociedade**, São Paulo, (21)2: 410-423, 2012.

FREIDSON, E. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: UNESP, 2009.

FREIRE, L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. In: **Comum**. Rio de Janeiro, 11 (26): 46 – 65, 2006.

FRESHE, F. Erving Goffman, sociólogo do espaço. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 2008.

FOUCAULT, M. Corpos dóceis. In: **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987

GARCIA, R. Alimentação e Saúde nas Representações e Práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, M. e GARCIA, R. **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4ed. Lisboa: Fundação Caluste Gulbeuklau, 2004.

GOFFMAN, E. **Ritual de Interação: Ensaios sobre o comportamento face a face**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GONÇALVEZ, J. **A disciplina médica**: A permanência de Foucault. UFSC, 2007.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad.: Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1795-3.

HERZELICH, C. Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a experiência privada e a esfera pública. In: **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(2):383-394, 2004.

_____. A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. In: **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005.

HOONAARD, W. A explosão da bolha: relações entre pesquisador e participantes pesquisados. In: GUERRIERO, I. **Éticas nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

IRIAT, J. **Concepções e Representações da Saúde e da Doença**: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003.

KOBER, C. Profissões e Competências. In: **Congresso Brasileiro de Sociologia**. Campinas: UNICAMP, São Paulo, 2003.

KOPYTOFF, I. A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo. In: APPADURAI, A. (Orgs.). **A vida social das coisas**: As mercadorias sob uma perspectiva cultural. Niterói: EDUFF, 2008.

LANGDON, J. **A doença como experiência**: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra ministrada na Conferência 30 Anos do Xingu, Escola Paulista de Medicina, 1995.

LATOUR, B. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.

_____. **Reassembling the social**: na introduction to actor – Network theory. New York: Oxford press university, 2005.

LEFFÈFRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo:Cortez, 1991.

MACHADO, M. (org.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. ISBN: 85-85471-05-0.

MAGNANI, J. De perto e de dentro: notas pra uma etnografia urbana. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, (17)49: 11-29, 2002. ISSN: 0102-6909

MARZANO-PARISOLLI, M. **Pensar o corpo**. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. – Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MENDES, E. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, S. **Avaliação do programa saúde da família**: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida. Dissertação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

OMS – **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int>, acessado em: 22/03/2013.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. In: **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (11)1: 59 - 77, 2003

PEREIRA, J. **Especialização na Medicina**. In: Medicina, Saúde e Sociedade. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.

PEREIRA, G. e CATANI, A. Espaço Social e Espaço Simbólico: Introdução a uma topologia social. In: **Perspectiva**, Florianópolis, 2002.

PERES, D. SANTOS, M. ZANETTI, M. e FERRONATO, A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(6): 1105 – 1112, 2007.

POULAIN, J. e PROENÇA, R. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. In: **Revista de Nutrição**, Campinas, (16)3: 245-256, 2003.

PORTO, D. Relato de uma experiência concreta com a perspectiva das ciências da saúde: construindo o *anthropological blues*. In: FLEISHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (orgs.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres, Editora UNB, 2010.

RODRIGUES, A. et al. Sala de Espera: Um ambiente para efetivar a educação em saúde. In: **Vivências - Revista Eletrônica de Extensão da URI**, ISSN 1809-1636 , 2009

SÁ, T. Lugares e Não-lugares em Marc Augé. In: **Arte Textos**. 2006

SANTOS, W. **Adoecimento de longa duração**: Estudo sobre a experiência cotidiana com o Diabetes. Monografia em Ciências Sociais. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SANTOS, W. e NEVES, E. Dilemas da Identidade: Estudo sobre o processo de Identidade Diabética e Associação de Diabéticos de João Pessoa-PB. In: **IX CCHLA Conhecimento em Debate**, João Pessoa, 2010.

_____. Doença como abstração: Estudo sobre a identidade diabética em João Pessoa – PB. In: **II Colóquio Luso-brasileiro sobre saúde, educação e representações sociais**,

2010, João Pessoa. Anais do II Colóquio Luso-Brasileiro, 2010. ISBN: 978-85-7745-640-6.

_____. Ser Diabético: Estudo sobre a Construção de Identidade na Associação de Diabéticos de João Pessoa – ADJP. In: **Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, 2011. ISSN: 1517-6916

SARTI, C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, (25)74: 77-191, 2010.

SGARBI, J. e VILLAR, H. Diabetes Mellitus: Tratamento Medicamentoso. In: **Projeto Diretrizes**. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2004.

SMS – **Secretária Municipal da Saúde**. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>, acessado em 25/03/2012.

TALHATE, J. **Perfil de consumo de medicamentos de pacientes com Diabetes Mellitus tipo II**. Dissertação em Administração. Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças. Vitória, 2011.

TEXEIRA, E. e VELOSO, R. O grupo em sala de espera: Território de práticas e representações em saúde. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006.

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este documento solicita sua participação na pesquisa **O Expertise do diabetes: Estudo sociológico sobre a especialização da profissão médica e suas relações com clientes no contexto do Diabetes em João Pessoa/PB**, que busca compreender como se dá a organização dos médicos especialistas no diabetes junto aos seus pares e seus pacientes, até que ponto ser especialista lhe beneficiou ou não na carreira profissional, se trabalha no público e no privado.

Para participar deste estudo é preciso estar disponível para conversar com a pesquisadora e passar por uma entrevista sobre diversos assuntos, incluindo a saúde e doença, havendo alguma reação importante ao conteúdo registrado, fica assegurado seu atendimento pela pesquisadora. A participação e entrevista na pesquisa tende a ser um processo tranquilo e que você não terá nenhum gasto nesta participação.

Fica assegurado o seu direito de pedir outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, agora ou mais tarde, podendo se recusar a participar ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua identidade será tratada com sigilo, assim o seu nome não será divulgado em nenhuma hipótese e os resultados da pesquisa serão apresentados em conjunto, que não permitem a identificação dos indivíduos.

Declaro ter conhecimento e compreendido os objetivos da pesquisa, sob a orientação do Prof^o Dor^o Artur Perrusi, do programa de pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, dando o meu consentimento para participação na pesquisa. Autorizo sua utilização e reprodução para os efeitos deste estudo e em artigos e trabalhos que venham a divulgá-lo, com a preservação do sigilo da minha identidade pessoal.

Local e data

Assinatura

Pesquisadora Responsável: Wilka Barbosa dos Santos
Avenida Presidente Castelo Branco, 545, Castelo Branco
Fone: (83) 88987283
Trabalho: estudante de pós-graduação em sociologia
Email: wilkabarbosa@hotmail.com

APÊNDICE II

Roteiro de Observação do Campo

- Cais de Jaguaribe: O que é? Onde fica? Perto de que? Como é? Que demanda atende? Quais profissionais? Qual Distrito?
- Direção Multiprofissional: Por quem é composta? O que faz?
- Setor do Diabetes: Demanda atendida? De onde os pacientes vêm? Quais profissionais? Quem são eles? Quais funcionários? Dias de atendimento? Dias de lotação? A diretora multiprofissional comparece? Como são os consultórios?
- Sala de Espera: Composta por qual faixa-etária? O que conversam? Quem é responsável por esta dinâmica? Quem chama? Circulação de outros funcionários? De outros profissionais?
- Salas de consultas e atendimentos disponibilizados: Confortáveis? O que tem? Quantas?
- Funcionários e suas relações com os profissionais: A médica sai da sua sala? Os outros profissionais frequentam a sua? Ficam nos corredores? O que conversam? Há uma relação com os funcionários da recepção? Os médicos conversam entre si?
- Dinâmica de Atendimento: O que precisa para ser atendido neste setor? O paciente é logo atendido? Passa por quais profissionais? Todos são encaminhados? O que falam do atendimento? O que os profissionais acham? É uma dinâmica boa?
- Comerciantes: O setor é frequentado por algum comerciante? Como são recebidos? O que vendem? O que os pacientes e funcionários acham?
- Representantes Farmacêuticos: São muitos representantes? Tem preferência? Demoram na sala do médico? Atende todos os médicos? Como são tratados pelos funcionários da recepção? Os usuários falam algo?

APÊNDICE III

Roteiro de Perguntas aos Profissionais de Saúde

- O que é diabetes para você?
- Este setor atende quais acometidos? Só Diabetes?
- Já atende este público a muito tempo?
- São pessoas fáceis ou difíceis de lidar?
- São pessoas que sabem controlar a doença?
- Quem passa os medicamentos?
- Qual o estado dos usuários quando chega na sua sala?
- O que você diz numa situação que precisa de mais cuidado?
- Já chegou paciente dizendo que não vai fazer a dieta?
- O que faz para o usuário aderir o tratamento?
- Como é a relação com os demais? E a médica?
- Você só trabalha aqui?
- Qual seu horário?
- Tem muitas pessoas que lhe procuram aqui?
- Tem algum usuário que lhe procurou no seu outro trabalho?
- Qual sua relação com os outros profissionais?
- Há um trabalho em conjunto neste setor?
- Qual a vantagem de muitos profissionais neste setor? Você acha positivo ou negativo?
- Você foi preparado para lidar com este público?
- Tem mais alguma coisa para falar que eu não perguntei?

ANEXO I

Aprovação do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 12ª Reunião realizada no dia 11/12/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “EXPERTISE DOS DIABETES: ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA E SUAS RELAÇÕES COM CLIENTES NO CONTEXTO DO DIABETES EM JOÃO PESSOA” da Pesquisadora Wilka Barbosa dos Santos. Prot. nº 0463/12, CAAE: 09945512.3.0000.5188.

Igualmente, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO II

Termo de Anuência do Campo de Estudo



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES**



João Pessoa, 03 de dezembro de 2012

Processo: 21.259/2012

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA E SUAS RELAÇÕES COM PACIENTES NO CONTEXTO DO DIABETES EM JOÃO PESSOA/ PB”, a ser desenvolvida pela pesquisadora **WILKA BARBOSA DOS SANTOS**, sob orientação do **PROF. DR. ARTUR PERRUSI**, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais,

Atenciosamente,


Bruno de Macedo
Téc. de Gerência de
Educação na Saúde
Mat. 66.084-1

Gerência de Educação na Saúde
Colegiado Gestor

ANEXO III

Encaminhamento da SMS para o CAIS de Jaguaribe



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES**



João Pessoa, 14 de janeiro de 2013

Processo nº 21.259/2012

ENCAMINHAMENTO

Ao Cais de Jaguaribe

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos a pesquisadora **Wilka Barbosa dos Santos** para a realização de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“EXPERTISE DO DIABETES: ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA E SUAS RELAÇÕES COM CLIENTES NO CONTEXTO DO DIABETES EM JOÃO PESSOA/PB”**, a ser realizada neste serviço, conforme o processo nº 21.259/2012.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Gerência de Educação na Saúde

GES/SMS-JP

Daniela Pimentel
Fec. da Gerência de Educação na Saúde
Mat. 86.891-0

ANEXO IV

Termo de Compromisso de Pesquisa com a GES



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES



TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

A Rede Escola tem como um de seus objetivos estimular e acompanhar a produção de conhecimento através da pesquisa no trabalho na Rede-SUS de João Pessoa. Diante disso, entendendo como vital, firmamos um pacto para que, após a realização da pesquisa, o resultado seja apresentado aos locais da amostra e encaminhado a Gerência de Educação na Saúde em CD/DVD, em 2 cópias. Para tanto:

Eu, Wilka Barbosa dos Santos, aluno (a) do Curso de Mestrado em Sociologia, da Instituição de Ensino UFPB.

Comprometo-me através desta apresentar e disponibilizar, em CD/DVD, os resultados finais da pesquisa por mim realizada, durante o período de Janeiro de 2013 (início) a Agosto de 2013 (final), aos cuidados da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para registro e disponibilização em ambiente virtual institucional próprio.

Tipo da pesquisa: () Monografia () Tese (x) Dissertação () PIBIC () Outros

Tema da pesquisa: Expertise do Diabetes: Estudo sociológico sobre a especialização da produção médica e suas relações com clientes no contexto do Diabetes em João Pessoa

Orientador (a): Artur Perreuxi

C.E.P. Responsável: CCS/UFPB

Nº Processo da SMS: 21259/2012

CONTATOS

Orientador (a)	Telefone	E-mail
<u>Artur Perreuxi</u>	<u>88282586</u>	<u>aperreuxi@ufl.com.br</u>
Aluna (o) / Alunas (os)	Telefone	E-mail
<u>Wilka B. dos Santos</u>	<u>88987283</u>	<u>wilkabarbosa@hotmail.com</u>

João Pessoa, 14 de Janeiro de 2013.

Wilka Barbosa dos Santos

Assinatura

ANEXO V

Entrevista realizada pela enfermeira aos usuários



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
 Prefeitura Municipal de João Pessoa
 Secretaria Municipal de Saúde
 CAIS-JAGUARIBE

FOLHA SUPLEMENTAR DE PRONTUÁRIO	
DATA	_____
	NOME DO PACIENTE
	Quanto tempo de?
	Antecedentes familiares de?
	Outras patologias?
	Procedim. cirúrgico?
	Sintomas clássicos: PIP, PIP:
	Perda de peso
	Polifagia - ↑ fome
	Polidipsia - ↑ sede
	Poliúria - ↑ urina
	Retinopatia diabética
	cefaleia, náusea, tontura
	Síndrome hiposplenica
	Nictúria
	→ Fatores psicológicos:
	→ DA periodical
	→ Fatores sintoma, genital
	→ Eliminação renal e urinária
	e Paratoma
	→ Algesia
	→ Exercícios físicos
	→ dieta
	→ Terapia medicamentosa

- Quanto tempo de Diabetes Mellitus?
- Antecedentes familiares?
- Outras patologias?
- Procedimento Cirúrgico?
- Sintomas Clássicos (Perda de peso, Polifagia (fome), Polidipsia (sede), Poliúria (urgência para urinar))?
- Retinopatia Diabética?
- Fatores Psicológicos?
- Algesia?
- Exercícios Físicos?
- Dieta?
- Terapia Medicamentosa?