

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**FABIANE FERREIRA FRANCONI**

**COMPREENDENDO O PROCESSO DE VIVER COM  
DIABETES MELLITUS EM UMA COMUNIDADE DE  
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: DAS PRÁTICAS DE  
AUTOATENÇÃO AO APOIO SOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

F817c Francioni, Fabiane Ferreira

Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina [tese] : das práticas de autoatenção ao apoio social / Fabiane Ferreira Francioni ; orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. - Florianópolis, SC, 2010. 186 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Diabetes Mellitus. 3. Etnologia. 4. Apoio social. 5. Relacionamento familiar. 6. Doentes Crônicos - Florianópolis (SC). I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**FABIANE FERREIRA FRANCONI**

**COMPREENDENDO O PROCESSO DE VIVER COM  
DIABETES MELLITUS EM UMA COMUNIDADE DE  
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: DAS PRÁTICAS DE  
AUTOATENÇÃO AO APOIO SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Esther Jean M. Langdon

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

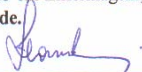
FABIANE FERREIRA FRANCONI

**COMPREENDENDO O PROCESSO DE VIVER COM  
DIABETES MELLITUS EM UMA COMUNIDADE DE  
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: DAS PRÁTICAS DE  
AUTOATENÇÃO AO APOIO SOCIAL**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

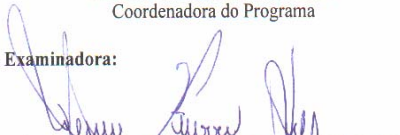
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 26 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da Legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**




Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



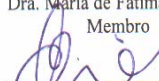
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva  
Presidente




Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Membro



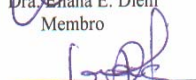
Dra. Mercedes Trentini  
Membro




Dra. Eliana E. Diehl  
Membro



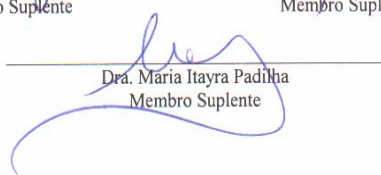
Dra. Miriam S. Borenstein  
Membro



Dra. Soraia D. Schoeller  
Membro Suplente



Dra. Maria Seloí Coelho  
Membro Suplente



Dra. Maria Itayra Padilha  
Membro Suplente

**"Bola de Meia, Bola de Gude"**

(Milton Nascimento)

*"Há um menino*

*Há um moleque*

*Morando sempre no meu coração*

*Toda vez que o adulto balança*

*Ele vem pra me dar a mão*

*Há um passado no meu presente*

*Um sol bem quente lá no meu quintal*

*Toda vez que a bruxa me assombra*

*O menino me dá a mão*

*E me fala de coisas bonitas*

*Que eu acredito*

*Que não deixarão de existir*

*Amizade, palavra, respeito*

*Caráter, bondade alegria e amor*

*Pois não posso*

*Não devo*

*Não quero*

*Viver como toda essa gente*

*Insiste em viver*

*E não posso aceitar sossegado*

*Qualquer sacanagem ser coisa normal*

*Bola de meia, bola de gude*

*O solidário não quer solidão*

*Toda vez que a tristeza me alcança*

*O menino me dá a mão*

*Há um menino*

*Há um moleque*

*Morando sempre no meu coração*

*Toda vez que o adulto fraqueja*

*Ele vem pra me dar a mão"*

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Nestor Francioni Júnior** e **Cidaura B. Ferreira Francioni**, pessoas a quem tenho orgulho de dizer que sou filha. Meus maiores incentivadores e minhas bases de vida. Obrigada seria pouco diante de tudo que, incansavelmente, sempre fizeram por mim. Sem vocês, eu nada seria! Se hoje "chegamos" até aqui foi porque vocês me ensinaram o verdadeiro sentido de palavras como AMOR, FAMÍLIA, AMIZADE, DEDICAÇÃO e PERSEVERANÇA. Eu os amo acima de tudo! Não existem palavras que, neste momento, expressem tudo o que sinto, apenas a certeza de que, por hora, cumprimos "nosso" dever, com a graça de Deus. "E a vida segue tchê, vamos em frente!"

Ao meu tio e padrinho **Sérgio Francioni** -*in memoriam* -, convidado a desembarcar do trem da vida numa estação antes de tantas outras ainda por vir. Espero que ele esteja desfrutando de bom descanso e olhando por nós, onde quer que esteja neste universo infinito. Contra a minha vontade, tive que aprender o significado da palavra SAUDADE em razão de sua partida em outubro de 2007. Suas palavras ecoam todos os dias em minha cabeça. Pode deixar que eu procurarei dar o meu melhor naquilo que ainda tenho para fazer durante esta minha caminhada. Nos veremos algum dia...Valeu Tio...!!!

Poucas paradas antes do desembarque sentido de meu tio, embarcou, em agosto de 2007, no trem da vida, a minha sobrinha **Júlia Machado Francioni**, que fez a gente confundir a dor da perda e da despedida, com a alegria da chegada e a celebração da vida. Este trabalho é para ela, minha adorada e dona absoluta da "tia Fafá". Com seu sorriso único, desde o

primeiro instante a amei incondicionalmente. Obrigada por aprender com você, minha querida, que o amor sincero e despretensioso é o que rege a vida...isto é o importa! Te amo com toda a minha alma e todo o meu ser. Juju, você é fundamental em minha vida desde sempre!

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À professora **Denise Guerreiro**, minha orientadora desde que aportei em Florianópolis. Obrigada por acreditar que tudo seria possível desde o princípio... Valeu o sorriso como ponto de partida, em dezembro de 1999. Obrigada por entender, com maestria ímpar, que cada pessoa tem seu tempo e que é fundamental saber lidar com isso. Minha admiração por você ultrapassa os muros da academia. Exemplo de ética e determinação, nunca tive dúvidas de fazer parte dos projetos sob sua coordenação, pois a certeza do sucesso sempre foi seu lema. Obrigada por saber me inquietar em busca do novo e por ter a sensibilidade de me orientar a calar na hora exata, para falar depois... Dicas para uma vida toda com certeza. Sua disponibilidade foi fundamental para a realização deste trabalho. Sou sua fiel escudeira e pode contar comigo sempre! Obrigada pela amizade, carinho e preocupação em meu processo de construção pessoal e profissional. Adoro você Denise!

À professora **Esther Jean Langdon**, co-orientadora deste trabalho. Mulher forte, cheia de amor e determinação! Muito obrigada por permitir que eu conhecesse um pouco da antropologia e me apaixonar por ela. A senhora é a *culpada* disso, devido a sua forma única de ser "antopóloga". Eu a admiro muito mais do que imagina. Cada aula, orientação, café no CFH, enfim...tudo isso fez eu perceber que minha vida não será mais a mesma depois de conhecê-la (e que bom que seja assim). Obrigada por me mostrar que preciso "não julgar" para fazer antropologia e ampliar minha visão de mundo. Obrigada pela sua forma original de ser. Consegui acreditar mais nos meus princípios me espelhando em sua determinação e olhar "científico" para o mundo. Vou procurar sempre entender a



cultura como um processo dinâmico. Muitas coisas ainda serão construídas, mas por hora, agradeço a sua boa vontade e disposição em me ajudar em todos os momentos e me fazer acreditar que era possível.

## *AGRADECIMENTO ESPECIAL*

Ao **Vinícius**, meu companheiro de vida, obrigada por estar sempre presente, ter paciência do tamanho do mundo e me conhecer mais do que eu mesma. Obrigada pela tua forma tranquila de encarar o mundo. Com certeza aprendemos juntos mais do que imaginávamos, e quero aprender muito mais ao teu lado. Valeu por tudo! Este trabalho tem um pouco de você em cada página, pois você acompanhou minhas alegrias, tristezas, descobertas, angústias e realizações. Espero alegre e confiante poder colher muitos frutos desta conquista ao teu lado.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, força superior que rege o universo e nossas ações frente ao mundo dinâmico e com infinitas possibilidades;

Aos meus pais, pela luta incansável para dar a mim e ao meu irmão sempre o melhor do mundo. Obrigada sempre!

Ao meu irmão Rodrigo Francioni e a minha cunhada Elenir, por terem me dado um dos meus melhores presentes: a Júlia. Obrigada por compartilharem suas vidas comigo. Amei suas viagens, assim pude ficar com o Ruffus, "nosso" cachorrinho, em Floripa. Ele alegrou meus dias com suas latidas e brincadeiras. Obrigada pela amizade, além dos laços familiares. Todos vocês são especiais!

À tia Nice e ao tio Ery, meus grandes maravilhosos amigos. Obrigada por sempre estarem dispostos a me ajudarem em todos os momentos de minha vida. Vocês são profundamente necessários na minha existência. Amo muito vocês dois!

À Ana Catarina Bengochea de Oliveira, socialmente chamada de sogra, mas para mim, uma amiga do peito e companheira maravilhosa. Obrigada por ser assim e por deixar eu fazer parte da sua vida. Obrigada pelo seu filho!

À Roberta Barutot, sempre disposta a me escutar. Minha irmã de alma, valeu!

À Luciane Salorte, minha amiga desde sempre. Valeu pelas descobertas "na" e "da" ilha da magia desde 2000, pelas risadas e pelas festas infinitamente divinas na Lagoa da Conceição, pelas lágrimas, pelas cumplicidades inenarráveis, pela distância, pelo aconchego... enfim... pelos puxões de

orelha, pela paciência e tudo mais que uma amiga sempre faz. Você é uma daquelas pessoas que nem o tempo nem a distância são capazes de abalar a certeza de que a verdadeira amizade sempre vale à pena, pois é como a pedra, o fogo, a água e o ar... elementos fundamentais para a existência. Obrigada por tudo! Agradeço pelo presente da correção gramatical desta etapa de minha vida... que mais uma vez... você faz parte. É isso aí Lulu, minha amiga "quase" Mestra do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura da Universidade Federal do Amazonas;

À minha prima Claudinha, Priscila e Alessandro. Obrigada por pertencerem à minha vida e por fazerem eu ter vontade de ir a Biguaçu. Mesmo sem atravessar a ponte com tanta frequência, amo-os demais e sei que tenho uma amiga eterna em você, Cláudia "loka" (eita genética essa!), e em seus filhos maravilhosos;

Às minhas amigas do peito e de infância, Beta e Kica, que tornaram meus dias em Floripa maravilhosos. Valeu as "gaitadas" de doer a barriga. Seguimos juntas sempre!

À minha amiga Edilanie Kerkoski, que chegou no NUCRON em 2006 e além de colega de trabalho, tornou-se uma grande e boa amiga. Obrigada pelo companheirismo, sinceridade e disponibilidade incansáveis. Sabemos de nossas alegrias e de nossas conquistas. Valeu Edi!

À banca examinadora composta para a defesa desta tese e suas excelentes contribuições para a finalização deste trabalho. Professoras Doutoradas Mercedes Trentini, Maria de Fátima Mantivani, Eliana E. Diehl, Miriam S. Borenstein e Maria Itayra Coelho de Souza Padilha. Agradeço também aos membros suplentes da banca, Soraia D. Scheller e Maria Selo Coelho;

Um agradecimento especial à professora Eliana Diehl, que contribuiu muito além da banca no decorrer das imersões antropológicas durante o doutorado. Obrigada pelas suas considerações e ponderações que foram fundamentais;

À Nilva Wagner, minha amiga "pequena grande notável". Obrigada por estar sempre disposta a me ajudar;

À Claudia Garcia, pelo apoio, amizade e confidências. Obrigada por sua disponibilidade e carinho. Obrigada por deixar eu ser sua amiga;

A todas as pessoas moradoras da comunidade estudada. Pessoas a quem tive o prazer de compartilhar o cotidiano de suas vidas por meio de diversos processos de sociabilidade. Seriam muitas páginas para nominar todos. Então agradeço ao GRUPO VIVA A VIDA, de diabéticos e hipertensos da Lagoa da Conceição - Florianópolis/SC, por ter aprendido coisas que nenhuma academia ensina. Não esquecerei vocês, que ocupam desde sempre, um grande espaço no meu coração;

À Tânia, à Tina e à Elza: as "três mosqueteiras" que possibilitaram momentos ótimos durante o trabalho com o grupo e durante o meu doutorado. Sem vocês este trabalho não teria sido possível;

Ao Pedrão, por sua forma única de ser e conduzir aquela comunidade a encarar a doença como apenas algo a mais em suas vidas. Profissionalmente aprendi muito sobre processo comunicativo e relação biomedicina x usuário;

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, obrigada por contribuir com meu processo de formação;

Aos colegas do NUCRON, valeu a convivência e tudo o que aprendemos, em especial, à Sabrina, à Seloi, à Mariza, à Albertina, à Rita, à Edilaine;

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, fundamental nesta etapa formativa;

À Prefeitura Municipal de Florianópolis/Secretaria da Saúde e a todos os funcionários da ULS-Lagoa, pelo apoio ao trabalho realizado;

A todos meus familiares que sempre torceram por meu sucesso, obrigada por acreditarem em mim sempre;

A todos aqueles, familiares e amigos, que a vida levou para outro plano, mas que de alguma forma sempre estiveram presentes nesta etapa;

Às forças que regem o universo e fazem acreditar que, embora existam pedras que tentam travancar nossa caminhada, tudo é possível quando um coração possui força, amor e ternura.

*“Somos o mundo girando no meio da imensidão  
Algo que tem a verdade e o gosto da criação  
Somos o muito e o pouco na múltipla sensação  
Quando sacode a poeira do sagrado chão...”  
(Zé Ramalho)*

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina:** das práticas de autoatenção ao apoio social. 186p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Esther Jean M. Langdon.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMO

O estudo teve o objetivo de compreender o significado das práticas de autoatenção das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e seus familiares em suas interações sociais. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, utilizando como referência o método etnográfico. Fizeram parte desta pesquisa 28 pessoas com DM cadastradas no Programa de Saúde da Família, vinculadas ao grupo de apoio às pessoas com DM e hipertensão arterial de uma Unidade Local de Saúde, numa comunidade de Florianópolis em Santa Catarina. Familiares e profissionais de saúde também integraram o estudo, uma vez que foram referidos pelas pessoas com DM como parte de sua rede de apoio social. A coleta de dados foi realizada entre maio de 2008 e novembro de 2009, utilizando as técnicas de entrevistas em profundidade e de observação participante, com base na integração da pesquisadora na comunidade. As entrevistas foram gravadas sempre que possível, e as observações foram registradas em diário de campo. O processo de análise de dados foi realizado em dois momentos. O primeiro envolveu leituras e releituras do material (entrevistas e diário de campo) para apreensão do conteúdo e identificação das temáticas. O segundo momento envolveu a reorganização do material por temática efetuando a codificação dos dados; agrupamento dos códigos semelhantes; criação de subcategorias e categorias preliminares; e interpretação dos achados para definição das categorias. Como resultados do primeiro momento do processo de análise, emergiram três temáticas que deram origem aos três manuscritos que compõem a tese: Práticas de auto-atenção de pessoas



com DM; Relacionamento entre pessoas com DM e profissionais da saúde; Compreendendo a rede de apoio de pessoas com DM de uma comunidade em Florianópolis, Santa Catarina. O primeiro artigo teve como objetivo conhecer os significados atribuídos ao viver com DM e suas práticas de autoatenção. Possibilitou ampliar a compreensão acerca das esferas vivenciais que abarcam diferentes práticas de autoatenção à saúde, envolvendo práticas profissionais, populares e tradicionais como parte do processo de sociabilidade dos sujeitos. O segundo artigo teve como objetivo conhecer como ocorrem os processos interativos entre as pessoas com DM e os profissionais de saúde. Mostrou que a relação entre pessoas com DM e profissionais de saúde inclui não apenas o processo biológico, mas também o social, o cultural e o político. Por meio dessas relações, os sujeitos buscam equilíbrio em suas ações cotidianas, envolvendo tanto as práticas de atenção à saúde quanto os demais âmbitos de suas vidas. O terceiro artigo teve como objetivo compreender como se organiza a rede de apoio de pessoas com DM. As redes de apoio a pessoas com DM são constituídas por familiares, amigos, profissionais de saúde e pessoas que vivem nessa comunidade e são reconhecidas segundo as subjetividades e os significados vivenciados e compartilhados. Compreender as redes de apoio apontou para a necessidade eminente dos profissionais de saúde ampliarem seus conhecimentos acerca do universo dos sujeitos, respeitando seus modos de vida, reconhecendo as diferentes práticas de atenção à saúde. Interagir com diferentes culturas é um esforço que desencadeia uma série de implicações relacionais. A rede de apoio é considerada essencial, influenciando positivamente na forma como as pessoas lidam com a doença. Os três manuscritos se interconectam, uma vez que as práticas de autoatenção que as pessoas com DM e seus familiares realizam em seus cotidianos influenciam e são influenciadas pelas interações que essas pessoas estabelecem em suas redes sociais, especialmente com seus familiares e profissionais de saúde. O estudo traz importante contribuição para a prática assistencial em saúde no sentido de compreender que, contrariamente ao que nós profissionais de saúde somos preparados para intervir, solucionar, ou controlar os problemas de saúde, a doença crônica pode não ser o centro da vida das pessoas com DM, sendo apenas mais um aspecto de seu viver. Portanto, tem uma conotação diferente daquela significada pelos profissionais de saúde, uma vez que as decisões nesse setor não estão submetidas ao saber da biomedicina, mas fazem parte das experiências pessoais e culturais das pessoas com DM. Nesse sentido, torna-se importante valorizar os cuidados em saúde, com foco na autonomia dos sujeitos e

respeito pelo seu modo de vida.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Apoio Social; Relacionamento Familiar; Antropologia Cultural; Doença Crônica; Enfermagem.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **Comprendiendo el proceso de vivir con diabetes mellitus en una comunidad de Florianópolis, Santa Catarina:** de las prácticas de autoatención al apoyo social. 186p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Pos-Grado en Enfermería Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Co orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Esther Jean M. Langdon.

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

## **RESUMEN**

El estudio tuvo el objetivo de comprender el significado de las prácticas de autoatención de personas con diabetes mellitus (DM) y sus familiares en sus interacciones sociales. Tratase de un trabajo de campo cualitativo, utilizando como referencia el método etnográfico. Participaron de esta investigación 28 personas con DM catastradas en el Programa de Salud de la Familia, vinculadas al grupo de apoyo a las personas con DM e hipertensión arterial de una Unidad Local de Salud, en una comunidad de Florianópolis en Santa Catarina. Familiares y profesionales de salud también hicieron parte de la investigación, puesto que fueron indicados por las personas con DM como siendo integrantes de la red de apoyo social de ellas. La recopilación de datos fue realizada entre mayo de 2008 y noviembre de 2009, utilizando las técnicas de entrevista en profundidad y observación de los participantes a través de la integración de la investigadora en la comunidad. Siempre que posible, se grabaron las entrevistas y las observaciones fueron registradas en un diario de campo. El proceso de análisis de datos fue hecho en dos momentos. El primero se basó en lecturas y relecturas del material (entrevistas y diario de campo) para la aprensión del contenido e identificación de las temáticas. En el segundo momento, se reorganizó el material por temática y se codificaron los datos; se hizo el agrupamiento de los códigos semejantes, se crearon subcategorías y categorías preliminares; y, por fin, se interpretaron los datos para la definición de las categorías. Como resultados del primer momento del proceso de análisis emergieron tres temáticas que, por su vez, originaron los tres artículos que componen la tesis: Prácticas de autoatención de personas con DM;

Relacionamiento entre personas con DM y profesionales de salud; Comprendiendo la red de apoyo de personas con DM de una comunidad en Florianópolis, Santa Catarina. El primer artículo tuvo como objetivo conocer los significados atribuidos al vivir con DM y sus prácticas de autoatención. Fue posible ampliar la comprensión en relación a las esferas vivenciales que abarcan diferentes prácticas de autoatención a la salud, envolviendo prácticas profesionales, populares y tradicionales como parte del proceso de sociabilidad de los sujetos. El segundo artículo, que tuvo el objetivo de saber cómo ocurren los procesos interactivos entre personas con DM y los profesionales de salud, mostró que la relación entre personas con DM y profesionales de salud incluye no solo el proceso biológico, sino el social, el cultural y el político. Por medio de estas relaciones, los sujetos buscan equilibrio en sus acciones del cotidiano, envolviendo tanto las prácticas de atención a la salud como los demás ámbitos de sus vidas. El tercer artículo tuvo el objetivo de comprender cómo se organiza la red de apoyo de personas con DM. La red de apoyo a personas con DM es constituida por familiares, amigos, profesionales de salud y personas que viven en esta comunidad y son reconocidas de acuerdo a las subjetividades y los significados vivenciados y compartidos. Comprender las redes de apoyo mostró la necesidad eminente de los profesionales de salud ampliar sus conocimientos sobre el universo de los sujetos, respetando sus modos de vida y reconociendo las diferencias prácticas de atención a la salud. La interacción con diferentes culturas es un esfuerzo que produce una serie de implicaciones relacionales. La red de apoyo es considerada fundamental, influyendo positivamente en el modo como las personas encaran la enfermedad. Los tres artículos se interconectan, puesto que las prácticas de autoatención que las personas con DM y sus familiares realizan en sus cotidianos, influyen y son influenciadas por las interacciones que las personas establecen en sus redes sociales, especialmente con sus familiares y profesionales de salud. El estudio presenta una importante contribución para la práctica asistencial en salud en términos de comprender qué, contrariamente a lo que nosotros, profesionales de salud somos preparados para intervenir, solucionar o controlar los problemas de salud, la enfermedad crónica puede no ser el centro de la vida de las personas con DM, siendo solo un aspecto más de su vivir. Así que tiene una connotación distinta de aquella significada por los profesionales de salud, una vez que las decisiones en salud no están sometidas al saber de la biomedicina, pero hacen parte de las experiencias personales y culturales de las personas con DM. En ese sentido, se vuelve importante valorar los cuidados en salud, con foco en

la autonomía de los sujetos y respetando su modo de vida.

**Descriptor:** Diabetes Mellitus; Apoyo Social; Relación Familiar; Antropología Cultural; Enfermedad Crónica; Enfermería.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **Comprehending the process of living with mellitus diabetes in a community in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil:** from self-awareness practices to social support. 186p. Thesis (Doctorate in Nursing). Nursing Graduate Program, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Advisor: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Co-Advisor: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Esther Jean M. Langdon.

Line of Research: Care and the process of living, being healthy, and becoming sick.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to comprehend the meaning of self-care practices expressed in the social interaction of people with diabetes mellitus (DM) and their families. It is a qualitative study based on the ethnographic method. The 28 people with DM studied were registered in the Family Health Program and participated in the DM and High Blood Pressure support group at a Public Health Clinic in Florianópolis, SC, Brazil. Family members and health care professionals part of the social network of those with DM were also included. Data was collected from May of 2008 to November of 2009, utilizing in-depth interview and participant observation techniques which were facilitated by the integration of the researcher in the community. When possible, interviews were recorded. Observations were registered in a field diary. Analysis of the data was conducted in two parts. The first involved readings and re-readings of the material (interviews and field diary) in order to apprehend content and identify themes. Subsequently the material was reorganized and coded according to topics and then grouped according to codes for the creation of preliminary categories and final categories. Three themes emerged from the first part of the analysis which gave origin to the three articles which compose this thesis: Practices of Self-Care among people with DM; Relationships between people with DM and health care professionals; and Support networks of people with DM in a community in Florianópolis, Santa Catarina. The objective of the first article is to understand meanings attributed to the experience of living with DM and practices of self-care. It broadens the comprehension of the domains that encompass self-care practices to include the professional, popular, and traditional which

compose the sociability processes of the subjects. The objective of the second article is to understand how interactive processes occur among people with DM and health care professionals. It demonstrates that the relationship between people with DM and health care professionals includes not only the biological process, but also the social, cultural, and political. Through these relationships, the subjects seek balance in their daily lives through self-care practices as well as other activities. The objective of the third article is to comprehend how people with DM organize support networks. Family members, friends, and health care professionals constitute support networks for people with DM. Members of the community are recognized according to subjectivities and lived and shared meanings. The study points out the need for health care professionals to expand their knowledge concerning their subjects, respecting their lifestyles and recognizing the different practices of self-care. Interacting with different cultures is an effort that implies relational issues. The support network is essential, positively influencing the manner in which people deal with the disease. The three manuscripts are interconnected, to the extent that the daily practices of self-care influence and are influenced by the interactions that people with DM establish in their social networks, especially with their family members and health care professionals. The study offers an important contribution to health care services. Contrary to the understanding of health care professionals who intervene, resolve, or control health problems, chronic disease is not necessarily the center of life for the subjects with DM. Rather, it is simply one more aspect of their lives. Thus, it has a different connotation than that attributed by health care professionals, one that is not dominated by biomedical knowledge but is determined by personal and cultural experiences. In this sense, it is important to value practices of self-care with focus on the subjects' autonomy and respect for their way of life.

**Keywords:** Mellitus Diabetes; Social Network; Family Relationships; Cultural Anthropology; Chronic Disease; Nursing.

## SUMÁRIO

<b>ESTRUTURA DA TESE</b> .....	<b>25</b>
<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>26</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>36</b>
2.1 A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA E AS PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO .....	36
2.2 REDE DE APOIO SOCIAL .....	47
2.3 FAMÍLIA E CULTURA: INFLUÊNCIAS NA VIDA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS .....	52
2.4 DIABETES MELLITUS: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E DE TRATAMENTO.....	62
<b>2.4.1 Historiografia do Diabetes Mellitus.....</b>	<b>62</b>
<b>2.4.2 Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus.....</b>	<b>65</b>
<b>2.4.3 Tratamento do Diabetes Mellitus .....</b>	<b>66</b>
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA</b> .....	<b>69</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	69
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	70
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....	74
3.4 A ENTRADA NO CAMPO .....	77
3.5 COLETA DE DADOS .....	78
3.6 A SAÍDA DE CAMPO.....	81
3.7 ANÁLISE DE DADOS .....	81
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	83
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>84</b>
4.1 ARTIGO 1: PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS.....	84
4.2 ARTIGO 2: O RELACIONAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	101
4.3 ARTIGO 3: COMPREENDENDO A REDE DE APOIO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DE UMA COMUNIDADE EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA .....	120
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>138</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>143</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>159</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>162</b>



## **ESTRUTURA DA TESE**

Esta tese está apresentada no formato alternativo de teses de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010, conforme Instrução Normativa 06/PEN/2009, de 02 de dezembro de 2009.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com o objetivo de compreender e explorar o significado das práticas de autoatenção das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e seus familiares, baseada nos princípios do método etnográfico.

A tese é constituída por introdução e problematização da temática, objetivo geral e objetivos específicos, fundamentação teórica da proposta de pesquisa, método, resultados. Tais seguimentos se encontram dispostos em três artigos científicos que serão submetidos à análise das revistas científicas selecionadas para a publicação.

O primeiro artigo versa sobre as práticas de autoatenção de pessoas com DM e será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, Qualis CAPES Enfermagem<sup>1</sup> A1. O segundo artigo é sobre o relacionamento entre a pessoa com DM e os profissionais de saúde e será submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Qualis CAPES Enfermagem B2. Por fim, o terceiro artigo, refere-se ao entendimento sobre o apoio social fornecido às pessoas com DM de uma comunidade de Florianópolis/SC e será submetido à Revista Acta Paulista Enfermagem, Qualis CAPES Enfermagem B1.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.capes.gov.br/webqualis>. Acesso em: 18 fev. 2010.

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Estudar pessoas com doenças crônicas requer compreensão das várias perspectivas envolvidas no processo de viver. Viver com uma doença crônica baseia-se num processo de interação e construção social, no qual a família e as pessoas mais próximas são as bases de apoio para a pessoa que vive tal situação. A vida social dos sujeitos e seu viver em família favorecem o compartilhar experiências e decisões, que, muitas vezes, não são claramente compreendidas pelo profissional de saúde. Esse tem como referência o conhecimento biomédico e considera a doença como uma alteração do corpo, ou seja, concebe que há um desvio da normalidade que precisa ser corrigido, nem sempre incluindo os demais aspectos envolvidos no processo saúde-doença.

A saúde se revela como um elemento dinâmico em processos sociopolíticos complexos, sendo que a cultura é construída por meio de conhecimentos que emergem das relações sociais como um modelo para agir no mundo, ao mesmo tempo em que é modelada por essa ação. A doença, enquanto processo sociocultural não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que apresenta dois objetivos básicos: a pessoa entender seu sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e aliviar o sofrimento e ressignificar sua existência. (LANGDON, 2003).

Neste estudo, o foco está centralizado na compreensão do viver com uma doença crônica, em especial, o Diabetes Mellitus (DM). Doença crônica, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), é toda a situação que não é resolvida num tempo curto, definido usualmente em três meses e, inicialmente, não coloca em risco a vida da pessoa. No entanto, dependendo do estágio, comprometimento e susceptibilidade da pessoa, a doença crônica pode ser extremamente séria, podendo causar a morte. As doenças crônicas incluem também todas as condições em que um sintoma existe continuamente, como por exemplo, a dor, e mesmo que não ponha em risco a saúde física da pessoa, pode levar à interrupção da qualidade de vida e das atividades cotidianas das pessoas. Muitas doenças crônicas são assintomáticas ou variáveis na maior parte do tempo, mas se caracterizam por episódios agudos perigosos, ou que provocam desconforto. Várias doenças crônicas têm tido especial atenção da biomedicina e dos programas de governo, tendo em vista sua expressiva ocorrência e/ou danos sociais que possam provocar.

Dados epidemiológicos apontam que houve 35 milhões de mortes por doenças crônicas em 2005 (OMS, 2007). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como o DM, a hipertensão arterial e outras, perfazem 60% de todos os óbitos previstos. Representam o dobro da mortalidade associada a todas as Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT) ou infecciosas, tais como AIDS, tuberculose, malária e outras. O índice de óbitos por doenças crônicas deve crescer em 17% nos próximos dez anos, enquanto a mortalidade por doenças infecciosas se encontra em declínio. (OMS, 2007; CRUZ et al., 2008).

Radley (1995) afirma que a pessoa com doença crônica necessita conviver com ela para o resto de sua existência, exigindo adaptação e ressignificação de sua vida em vários setores. A doença pode auxiliar na reflexão de valores e para isso a pessoa busca desenvolver uma teoria sobre o processo de adoecer; algo que explique a sua origem e a faça aceitá-la.

Ao longo de minha prática profissional tenho focalizado uma dessas doenças crônicas que é o DM. Dentro do grupo das doenças crônicas, o DM tem significação distinta, uma vez que, assim como a hipertensão arterial sistêmica, muitas vezes aparece desprovido de sintomas, permanecendo durante longo tempo silenciosamente, com a doença se evidenciando somente por meio de exames de sangue ou de urina e aferições da pressão arterial.

Viver com DM é extremamente complexo, sendo que a construção sociocultural desse processo é variável nos diversos grupos sociais. No cuidado às pessoas com diabetes e seus familiares, percebo que ter acesso aos meios de informação e boas condições socioeconômicas podem influenciar na compreensão e na aceitação do viver com DM. Porém não são os únicos elementos que influenciam, havendo aspectos que ainda não são conhecidos, ou compreendidos pelos profissionais de saúde.

Os estudos que temos realizado com pessoas com DM no grupo de pesquisa NUCRON<sup>1</sup>/UFSC (Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica) vêm privilegiando o olhar para a convivência com a condição crônica. Dentre esses estudos, destacamos alguns que envolvem temáticas como: a qualidade de vida (SILVA et al, 2007), o processo de aceitação do viver com DM (FRANCIONI, 2002), o itinerário terapêutico de adolescentes com DM (MATTOSINHO, 2004), as representações sociais do pé

---

<sup>1</sup> Grupo de pesquisa constituído em 1987, vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

diabético (COELHO, 2004), as percepções sobre a prática do autocuidado familiar de crianças e adolescentes com DM (MELLO, 2006), as percepções acerca das complicações crônicas do DM (SANDOVAL, 2003), as narrativas do viver com DM (SILVA, 2001), dentre outros.

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2009), o DM caracteriza-se por um grupo de enfermidades metabólicas com a presença de hiperglicemia (aumento dos níveis de glicose no sangue), resultado do defeito na secreção de insulina, em sua ação, ou ambos. Trata-se de uma complexa doença na qual coexiste um transtorno global do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As consequências do diabetes, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente dos rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. É uma doença crônica, podendo ter natureza genética, autoimune ou multifatorial pela existência de vários fatores existentes em sua patogênese.

Os avanços da biomedicina, segundo a American Diabetes Association (ADA, 2005), no que concerne ao uso e à implementação de tecnologias inovadoras, cada vez mais têm contribuído para novas perspectivas no tratamento e busca da cura do DM, tais como: transplante pancreático e de ilhotas, bioengenharia com células tronco e afins, pâncreas virtual e regeneração de ilhotas. Entretanto, nem sempre tais avanços têm correspondido a um melhor controle da doença; como podemos perceber no constante aumento da incidência da doença e também no avanço das complicações crônicas. Isso reforça a percepção de que existem outras questões envolvidas no viver com DM.

Temos percebido que não basta a indicação de cuidados e tratamentos, pois as pessoas mesmo conhecendo suas formas e prováveis eficácias não os realizam, ou os realizam parcialmente. Isso nos indica que as pessoas tomam suas decisões considerando diferentes elementos e não somente a indicação médica, remetendo-nos ao fato de que desconhecemos muitos aspectos da relação da pessoa com sua doença crônica.

Os cuidados e os tratamentos que vêm sendo prescritos para pessoas com DM, baseados no conhecimento da biomedicina, desconsideram que essas pessoas vivem numa sociedade com inúmeros apelos que se contrapõem a essas prescrições. Ao indicarem os cuidados/tratamento para a pessoa com DM alguns profissionais de saúde o fazem de maneira impessoal, seguindo um padrão clínico e não consideram a especificidade daquela pessoa que está inserida em um contexto de relações e interações que influenciam de maneira

preponderante suas decisões sobre o que e como realizar. Apesar de já sabermos que as pessoas com DM realizam múltiplas práticas que vão além do cuidado biomédico, não temos clareza ainda de algumas questões, como: com quem elas tomam decisões, qual o referencial que orienta suas decisões e como está composta a rede de informações e de ações para promover saúde, prevenir, tratar, controlar e aliviar os sintomas vivenciados.

Buscamos, então, na antropologia da saúde, um caminho para apreender a construção sociocultural do viver com DM, acreditando que somente ao nos aproximarmos do cotidiano dessas pessoas poderemos compreender o significado que é atribuído à doença e às maneiras como cuidam e tratam de sua condição crônica. Buscamos na teoria antropológica interpretativista de Geertz (1989) algumas bases para olhar o fenômeno.

Geertz (1989), ao estudar a religião em Java, foi incapaz de se restringir a apenas um aspecto daquela sociedade, que ele achava que não poderia ser extirpado e analisado separadamente do restante, desconsiderando, entre outras coisas, a própria passagem do tempo. Para o autor, todo ser humano mediante os padrões culturais (coletivos) existentes no meio social em que vive irá construir e desenvolver sua individualidade, sua forma de agir no mundo, seus sonhos e suas possíveis execuções. É no social que o ser individual (com suas dimensões artística, psicológica, biológica, cognitiva e afetiva) se manifesta, constrói cultura e por ela é construído num processo simultâneo e dinâmico.

Surge então com Geertz a antropologia hermenêutica ou interpretativista, buscando prioritariamente compreender "quem as pessoas de determinada formação cultural acham que são, o que elas fazem e por que razões elas crêem que fazem o que fazem". (GEERTZ, 1989, p.63)

Partindo do processo dinâmico de interação social, Helman (1981) postula que no momento em que há alteração da saúde, as doenças são vistas como coisas abstratas ou entidades independentes, podendo ter vários significados. Assim, ao assumir que as doenças são universais em suas formas, progressos e conteúdos, significa dizer que sua etiologia, sintomas e sinais, tratamento e prognóstico são similares em qualquer indivíduo, cultura ou grupo em que ocorram. Dessa forma, há uma "emolduração" da doença, sendo que qualquer evento diferente daquilo que foi reconhecido cientificamente tende a ser desconsiderado, tanto pelos profissionais de saúde, como pelas pessoas com alguma doença e sua rede social de convívio.

A universalidade da forma de uma doença, segundo Helman (1981), está relacionada com as definições do modelo médico de saúde e normalidade. Em muitos casos, assume-se que a normalidade pode ser definida pela referência harmônica a certos parâmetros físicos e bioquímicos, sendo que tudo aquilo que é referido em desarmonia a esses padrões é considerado doença.

Embora muitos estudos apontem para uma perspectiva ampla e globalizada das alterações da saúde e da doença, o fato é que vivemos sob a égide do modelo hegemônico biomédico há algum tempo. Um exemplo claro disso é a constatação da existência do DM e seu modelo de doença. Embora os padrões bioquímicos e fisiopatológicos da doença sejam os mesmos em qualquer parte do mundo, o significado de doença para os sujeitos e as estratégias que eles adotam para lidar com ela podem ser muito diferentes. Isso se deve, segundo Helman (1981), porque o modelo de doença não consegue lidar com tais fatores pessoais, culturais e sociais da saúde debilitada, que são melhores percebidos com base na perspectiva da enfermidade, ou seja, como um processo sociocultural. (YOUNG, 1976).

Nessa perspectiva sociocultural da enfermidade, o conceito de práticas de autoatenção de Menéndez (2003) surgiu como uma possibilidade de ampliar a compreensão da autonomia e gerenciamento que as pessoas têm sobre suas vidas. Para esse autor, portanto, o conceito de autoatenção cola-se às representações e práticas que a população utiliza enquanto sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar, ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional dos curadores profissionais, quando esses podem ser a referência da atividade de autoatenção de tal maneira que a mesma implica decidir a autoprescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma.

A fim de ordenar a realidade, Menéndez (2003) propõe que metodologicamente a prática de autoatenção deveria ser pensada em dois níveis: um nível no sentido mais amplo no qual residem as formas de autoatenção que se requer para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos que a geraram, com normas estabelecidas pela própria cultura vigente; e um segundo nível, num sentido mais restrito, que se refere às representações e práticas de cura e cuidados aplicados intencionalmente ao processo de saúde e doença.

Dessa forma, baseada no conceito de autoatenção proposto por Menéndez (2003), ao compreender os caminhos que levam as pessoas a prevenir, tratar, controlar, aliviar e/ou curar seus padecimentos,

podemos entender de forma mais explícita sobre como se dá a construção sociocultural do processo de saúde e doença entre as pessoas com diabetes mellitus, seus familiares e comunidade em geral.

A concepção da doença como processo sociocultural nos remete a perspectiva de que as pessoas lidam com sua condição de saúde em interação com outras pessoas. A família é considerada o elo mais forte e presente, contribuindo de forma essencial no enfrentamento da doença. Nesse sentido, no convívio com uma doença crônica como o DM, Silva e Correa (2006) explicam que a família, ao enfrentar a trajetória da descoberta e convivência com tal situação, espera contar com a orientação e o apoio da equipe de saúde. Para essas estudosas, a família sofre juntamente com a pessoa (naquele estudo específico, os sujeitos eram crianças), vivencia certa dor em querer tomar parte no processo do cuidado e não possuir competências necessárias, além de não se sentir reconhecida por alguns profissionais no cumprimento de seu papel de familiar acompanhante.

Portanto, a doença crônica promove muitas vezes uma readaptação da família à nova realidade. Porém ainda não conhecemos em que extensão isso ocorre, que cuidados e tratamentos a família efetivamente realiza, como interpretam as mudanças indicadas e como avaliam a situação. Cada família possui modos próprios de lidar com seus sentimentos diante da vulnerabilidade de risco a situações que a doença pode apresentar; e para isso, dispõe de estratégias próprias de enfrentamento de problemas.

A concepção de família como uma unidade de decisão e interação pode ser vista como uma entidade que auxilia no convívio com uma doença crônica, transcendendo a visão linear e de autonomia do indivíduo. Pensar a família como um grupo de pessoas que se submetem a um regulamento, a fim de exercer uma atividade comum, ou defender interesses comuns e que apóia seus membros, contempla o panorama de que nem sempre esse suporte é livre de conflitos. (SILVEIRA, 2003).

No entanto, algumas famílias não passam por esse processo de ressignificação diante de um diagnóstico de doença de um de seus integrantes, visto que cada pessoa é única enquanto essência e possui tempos diferentes de assimilação e incorporação de saberes e práticas em seu cotidiano. Conforme Gomes (1999), a família é um sistema social composto por pessoas com características distintas baseada numa proposta de ligação afetiva duradoura, estabelecendo relação de cuidado em seu processo de vida, ainda que com muitos conflitos sobre as diferentes maneiras de pensar e agir dentro de um mesmo processo de construção cultural.

Tenho percebido que a família que convive com uma situação crônica de saúde, em diferentes momentos do seu desenvolvimento, sofrerá influências de forças que impulsionam as pessoas que a compõem para movimentos de aproximação e de distanciamento frente ao problema apresentado. A doença atua como força interna dentro da família, fazendo com que seus membros se voltem para as necessidades suscitadas a partir da constatação diagnóstica de uma situação que requer cuidados intermitentes.

Para Silva e Correa (2006), os profissionais devem promover adequada preservação da dinâmica familiar, em cada caso com que lidam, pois não há um modelo único para enfrentar o convívio com o DM, uma vez que cada família a vivencia de uma forma singular.

Silveira (2003) aponta que embora a biomedicina entenda que a família é importante na participação da busca e manutenção de saúde, as políticas públicas de saúde no Brasil a compreendem como alvo central de ações. Tais políticas públicas interagem por meio de estratégias conservadoras e pouco eficientes por estarem ligadas a uma cultura tutelar em relação às pessoas e em relação a seus familiares que buscam assistência.

Conforme Capitanini (2000), rede de apoio social é composta por um conjunto de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações que envolvem dar e receber, permitindo-lhes manter a identidade social, receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, bem como estabelecer novos contatos sociais. As redes sociais podem ser categorizadas quanto às suas propriedades estruturais (tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria, complexidade e grau de ligação entre seus membros). Podem, também, ser vistas quanto à natureza das relações (formais e informais, envolvendo amigos, familiares, vizinhos e/ou colegas). Segundo Kahan e Antonucci (1980) apud Resende (2006), as redes sociais se desenvolvem ao longo da vida como resultado de experiências, expectativas e significados relativos a vários tipos de relação em que a pessoa se envolve. Estas relações decorrentes das redes sociais são hierarquizadas e em seus diversos níveis são incluídos os membros da família, os amigos, o cônjuge, os companheiros de trabalho e os profissionais com que cada pessoa se relaciona durante seu curso de vida e em momentos específicos.

Caprara e Rodrigues (2004) refletem sobre os fatores presentes na raiz da problemática da relação médico-paciente. Explicam que uma boa relação médico-usuário não tem somente efeitos positivos na satisfação desses usuários e na qualidade dos serviços de saúde, exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde da população.



Contribuindo com essas reflexões, a antropologia da saúde traz autores como Helman (2003), Good (1994), Bibeau (1992), Young (1982) e Kleinman (1980) que analisam a relação médico-paciente analisando não somente o componente cultural da doença, também a experiência e o ponto de vista da pessoa doente e seus familiares, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e se desdobra em diversos componentes como: a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (ARDIGÒ, 1995), que foram tratados através da exploração da temática sobre o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde (ATKINSON, 1993; GATTINARA et al., 1995; ROSENTHAL; SHANNON, 1997), o aconselhamento (BERT e QUADRINO, 1989), a comunicação médico-paciente (BRANCH et al., 1991; WHO, 1993), o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina (CASSEL, 1991; 1982) e o consentimento informado. (SANTOSUOSSO, 1996).

Com base no que foi apresentado, a pesquisa realizada teve como referência a antropologia da saúde, procurando compreender o significado do tipo de apoio que as pessoas com DM recebem de seus familiares e de sua rede social de convívio para lidar com a doença. Dessa forma, esta tese se insere na temática de pesquisa do NUCRÓN sobre redes de apoio social a pessoas em condição crônica.

Apesar do DM ser um tema amplamente investigado em todo o mundo e com crescente interesse na enfermagem brasileira, percebemos que ainda há grandes lacunas neste conhecimento, especialmente do ponto de vista da compreensão do viver com DM, do significado da doença e do tratamento e das práticas de autoatenção que são realizadas como parte das experiências pessoais e culturais das pessoas e seus familiares. Ressaltamos a importância da compreensão de como uma pessoa com DM é conhecida e reconhecida em sua família e na comunidade; que tipo de apoio é oferecido, ou se são necessários; como são interpretadas as situações vivenciadas; que significado tem a própria doença, seus cuidados e tratamentos para a pessoa, seus familiares e profissionais de saúde que convivem com certo grupo social.

O tema proposto foi além de meus interesses acadêmicos em razão de simultaneamente ser profissional de saúde, uma pessoa com DM e familiar de pessoas com a mesma condição. Assim, algumas situações apresentam sentidos distintos para mim, uma vez que a

preocupação em colaborar com a ampliação do atendimento em saúde também perpassa minha busca pessoal do entendimento do processo e da aceitação do viver com DM. Nesse sentido, a forma como o tema é tratado ao longo deste texto expressa não somente meu legítimo interesse profissional, também a influência de minha própria condição pessoal.

Acredito que compreender como as pessoas com DM representam culturalmente o seu viver com diabetes e como percebem o suporte que recebem poderão contribuir significativamente para a promoção de uma prática assistencial menos tecnicista e mais dialógica, sensibilizando a sociedade sobre a necessidade de políticas de saúde mais aderentes à realidade social e cultural. O entendimento do significado do tipo de apoio que essas pessoas recebem configura-se como um importante aliado às ações de promoção de saúde e à prevenção de muitas complicações, especialmente decorrentes da falta de uma abordagem mais efetiva acerca do DM.

Esta pesquisa tem a intenção de contribuir na superação de pré-conceitos que os profissionais de saúde têm sobre o viver com DM, construído sempre na perspectiva do conhecimento biomédico. Essa colocação vai ao encontro do que diz Peirano (1995) sobre a etnografia, que tem como característica principal a de confrontar a teoria que o pesquisador leva para o campo e a observação entre os “nativos” que estuda. A observação, como suporte fundamental para uma etnografia, é realizada não só para descrever o curioso, exótico ou diferente, mas também e principalmente para universalizá-lo.

Assim, diante de tal justificativa, este estudo foi orientado pela seguinte questão: “Qual o significado cultural das práticas de autoatenção de pessoas com DM de uma comunidade de Florianópolis/SC?”

**O objetivo geral foi:**

**Compreender o significado das práticas de autoatenção de pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e seus familiares em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina.**

Como **objetivos específicos**, o estudo procurou:

- Conhecer os significados e práticas atribuídos ao viver com DM entre um grupo de moradores de uma comunidade de Florianópolis, em Santa Catarina;
- Conhecer como ocorrem os processos interativos entre pessoas com DM e os profissionais de saúde em uma comunidade de Florianópolis/SC;

- Conhecer a rede de apoio social de pessoas com DM em uma comunidade de Florianópolis/SC.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica desta tese está organizada em quatro itens: A experiência da doença e as práticas de autoatenção; Rede Social; Família e cultura: influências na vida da pessoa com Diabetes Mellitus; e, Diabetes Mellitus: alguns aspectos históricos, epidemiológicos e de tratamento.

Esses itens sustentaram o desenvolvimento do estudo, promovendo uma aproximação com a antropologia e com a temática de redes de apoio social, além de recuperar alguns aspectos relacionados ao Diabetes Mellitus (DM).

### 2.1 A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA E AS PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO

A doença, além de seu caráter fisiopatológico, configura-se também como um processo de construção cultural, pois suas manifestações são, ao final, interpretadas e tratadas com base em meios e procedimentos significados culturalmente, compreendidos como eficazes pelas sociedades. Mais ainda, os fenômenos de doença são interpretados por meio de uma linguagem que tem como base uma estrutura cujas relações sociais, políticas e econômicas ocorrem, sendo que o corpo é também uma das formas de linguagem que auxilia a pessoa a entender sua colocação no mundo.

Na antropologia da saúde, ao estudar os fenômenos do processo saúde e doença, com foco nos aspectos culturais, sociedade e corpo, é importante priorizar a interação que há entre os sujeitos e seus contextos socioculturais.

Entretanto, não é suficiente deslocar a centralidade do corpo físico das ciências naturais e discutir os postulados epistemológicos evocados pelos fatos naturais questionando as dicotomias entre a natureza e a cultura, o eu e o outro, ou seja, a mente e o corpo. Muito embora o corpo seja um produto de contextos sociais, culturais e históricos específicos, ele não pode ser visto como meramente um objeto por meio do qual seus significados podem ser revelados. Deve-se tentar olhar o corpo juntamente com os processos corporais e as atitudes tomadas em relação aos fenômenos de doença como um processo ativo

de (re) produção da sociedade por meio da história, ou mais ainda, como um instrumento por meio do qual ocorrem mudanças em configurações sociais e em representações culturais. Então, não é por causa da doença em si, mas sim por meio da doença e de seu tratamento que as pessoas constroem seus significados sobre o mundo social em que estão inseridos e interagem, abrindo a possibilidade de transformá-lo.

Com base no pressuposto de que as doenças são manifestações corporais e que elas geram atividades práticas que têm como objetivo reverter tais manifestações, as terapias, ou mesmo as narrativas estruturadas sobre o assunto, o corpo enfermo e as respostas práticas dadas pelos agentes a estes estados pode ser um meio através do qual as estruturas do mundo são internalizadas, objetificadas, significadas e/ou transformadas pela sociedade.

Este estudo, na tentativa de compreender como as pessoas significam seus mundos, ancora-se em Geertz (1989). A proposta desse autor acerca de interpretação de culturas contribuiu significativamente para as pesquisas nas ciências sociais, não apenas para a própria teoria e prática antropológica, também fora de sua área, em disciplinas como a psicologia, a história e a teoria literária. É considerado o fundador de uma das vertentes da antropologia contemporânea, a chamada Antropologia Hermenêutica ou Interpretativa, que se fortaleceu a partir dos anos 50. Para ele, todo ser humano, mediante os padrões coletivos culturais existentes no meio social em que vive, irá construir e desenvolver sua individualidade, sua forma de agir no mundo, seus sonhos e suas possíveis execuções.

Para definir o que faz a Antropologia Interpretativa, Geertz afirma que é preciso realizar a “leitura das sociedades” como textos ou como análogos a textos, interpretando em todos os momentos do estudo, que está constantemente cheio de significados e que é interpretado, por sua vez, por aqueles que não passaram pelas experiências do autor do texto escrito. Todos os elementos da cultura analisada devem ser entendidos, portanto, à luz dessa textualidade, imanente à realidade cultural.

Cultura, conforme Geertz (1989), é um sistema de concepções herdadas expressa em formas simbólicas por meio das quais as pessoas comunicam, perpetuam e desenvolvem seus conhecimentos e atitude na vida. A função da cultura é a de atribuir significado no mundo e torná-lo compreensível. O papel dos antropólogos é tentar interpretar a orientação simbólica de cada cultura. A análise de cultura deve se constituir numa ciência interpretativa em busca de significados para os sujeitos da ação, não como um complexo de padrões concretos de

comportamentos, costumes, usos, tradições, feixes de hábitos.

A cultura engloba, no interior da prática cultural, todo um conjunto de códigos e convenções simbólicas cujas mediações são feitas, fundamentando relações de sentidos explícitos e implícitos, segundo os significados dados em cada momento. Por conta disso, a cultura pressupõe que um campo semântico seja partilhado para que possa ser lida e seus sentidos interpretados, mesmo numa leitura de segunda mão, por sobre os ombros, isto é, a leitura de uma leitura. (GEERTZ, 1989).

Para esse autor, o que realmente interessa é perguntar não qual o *status* ontológico de um fenômeno, mas o que foi transmitido com a ocorrência de cada teia dentro do sistema simbólico, no qual cada teia diz o que, em que momento e com qual intenção. Nesse caso, a cultura, em vez de ser acrescentada a um ser acabado, é um ingrediente essencial na produção desse mesmo ser, fornecendo o vínculo entre o que os homens são intrinsecamente capazes de se tornar e o que cada um efetivamente se torna. Para Geertz:

Tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção dos padrões culturais, sistemas de significação criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas. (...) Assim como a cultura nos modelou como espécie única - e sem dúvida ainda nos está modelando - assim também ela nos modela como indivíduos separados. É isso o que temos realmente em comum - nem um ser subcultural imutável, nem um consenso de cruzamento cultural estabelecido (GEERTZ, 1989, p.64).

Ao refletir acerca do impacto da cultura sobre o conceito de homem, Geertz (1989) postula que as ciências sociais, complexas na sua essência, devem buscar a ordenação de sua complexidade. Apesar de a espécie humana possuir distintivas universais, é improvável que se possa definir um indivíduo como um ser desprovido das características impostas por sua cultura, necessárias até mesmo para situá-lo como membro de uma determinada sociedade. Todavia, também não se pode perder a essência do homem em suas características irrelevantes, o que fatalmente levaria sua definição a diversas caracterizações meramente pessoais e localizadas. É possível encontrar nas particularidades culturais dos povos algumas das revelações mais instrutivas sobre o que

é genericamente humano. Na compreensão das culturas, ao analisar os universos propostos, é preciso possuir teor substancial e não apenas categorias vazias, estar fundamentado em processos particulares biológicos, psicológicos ou sociológicos e não apenas associados a realidades adjacentes e defender convincentemente esses universos como elementos essenciais em uma definição de humanidade perante outras particularidades culturais secundárias.

A cultura não deve ser vista como um padrão concreto de comportamento de costumes, usos e tradições, e sim como um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instruções, pois é um produto de interações culturais, dinâmicas e mutantes. A cultura é condição essencial da vida humana, sendo a principal base para sua especificidade. (GEERTZ, 1989).

Para Geertz (2000), as características do pensamento social e o fim das grandes teorias têm a ver com uma mudança no próprio modo de pensar, que perpassa tanto as humanidades quanto as ciências sociais. No momento em que a organização da vida social passa a ser concebida menos em termos de determinantes causais do que de símbolos (signos, representações), novos significados tendem a ser decifrados, cabendo ao pensamento social reformular o seu instrumental conceitual.

No intuito de avaliar a abrangência do seu modelo de análise interpretativa com base em comparações amplas com outros tempos e espaços, o autor nos aponta para o estudo da nossa própria sociedade, afirmando a necessidade de uma etnografia que busque compreender como indivíduos de uma cultura são capazes de penetrar o pensamento de indivíduos que pertencem a outra. Nesse sentido, as várias áreas de conhecimento são "modos de estar no mundo" que, pautados em formas simbólicas próprias, dialogam com esse mesmo mundo, a fim de compreender o contexto no qual fazem sentido os "modos de estar" incorporados nas diversas disciplinas. (GEERTZ, 2000).

Buscando contemplar a compreensão e suas influências na significação das práticas cotidianas, ancore-me também, ainda que de forma um pouco restrita, em Kleinman (1978; 1991), que propõe compreender os Sistemas de Cuidado à Saúde, baseado nos significados atribuídos ao processo de adoecimento. Também recorro a Good (1979) que apresenta uma diferenciação sobre o conceito da doença na percepção dos termos *disease* e *illness*, sendo que esse segundo termo congregaria o termo *sickness* de forma mais abrangente do que os primeiros.

Cabe aqui destacar que os autores acima mencionados, embora com algumas especificações e peculiaridades, apresentam convergência

em suas conceituações sobre o entendimento da doença e, portanto, auxiliam na sustentação teórica deste estudo.

Ao abordar doença enquanto processo, Kleinman (1978) defendeu uma distinção entre a dimensão biológica e cultural da doença, designadas *disease* (patologia), *illness* (enfermidade) e *sickness* (doença como processo social). Para esse autor, patologia (*disease*) refere-se a alterações ou disfunções de processos biológicos, de acordo com a concepção biomédica, ou seja, o funcionamento patológico dos órgãos ou sistemas fisiológicos ocorre independentemente de seu reconhecimento ou percepção pelo indivíduo ou ambiente social. A enfermidade (*illness*) incorpora a experiência e a percepção individual relativas aos problemas decorrentes da patologia, bem como à reação social à enfermidade e aos processos de significação da doença. Além dos significados culturais, há também os significados pessoais, que abrangem tanto os significados simbólicos particulares formadores da própria enfermidade, quanto os significados criados pela pessoa para poder lidar com a doença e controlá-la. As noções de signo e sintoma estão ligadas respectivamente aos conceitos de patologia e enfermidade. Os signos se referem às manifestações objetivas da patologia conforme observadas pelo médico. (KLEINMAN, 1978).

Dialogando com esses autores, Young (1982) chama a atenção para a construção sociocultural do processo saúde-doença, indicando que o conceito de *sickness* não é meramente a soma das percepções médicas (*disease*) e subjetivas (*illness*), como originalmente concebido por Kleinman. O conceito de *sickness* trata da própria construção sociocultural da doença, iniciando com o reconhecimento público do estado de sofrimento e as interações instituídas pelos sujeitos, enquanto atores sociais, no sentido de resolvê-lo. Para Kleinman, a doença é constituída pelas interações e significados atribuídos ao episódio de todos os atores envolvidos. O autor também acrescenta que os sistemas médicos possuem uma dimensão ideológica que, por meio dos saberes e práticas de saúde, reproduzem visões específicas da ordem social e atuam na manutenção da doença.

De acordo com Kleinman, a saúde, a enfermidade e o cuidado são partes de um sistema cultural e, como tais, devem ser entendidos em suas relações mútuas. Examiná-los isoladamente distorce a compreensão da natureza dos mesmos e de como funcionam num dado contexto. Por esse motivo, estudos sobre a mudança de comportamento com relação a um desses elementos devem examinar as mudanças ocorridas em relação aos demais. No que diz respeito aos cuidados, Kleinman considerou que uma das razões pelas quais diferentes processos de cura persistem numa mesma sociedade é o fato de eles agirem nas diferentes dimensões da doença. Sendo assim, é preciso considerar modelos capazes de conceber a saúde e a



enfermidade como resultados de interação complexa de múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociológicos, com uma terminologia não limitada apenas à biomedicina. Esse autor apontou a necessidade de novos métodos interdisciplinares, trabalhando simultaneamente com dados etnográficos, clínicos, epidemiológicos, históricos, sociais, políticos, econômicos, tecnológicos e psicológicos. Dessa forma, para Kleinman, os métodos pré-existentes não eram capazes de descrever sistemas individuais, fazer comparações entre sistemas de diferentes culturas e analisar os impactos da cultura na enfermidade e na cura. (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Os estudos de Byron Good e Mary-Jo Good (1982) deram continuidade aos de Kleinman sobre a relatividade conceitual inter e intracultural da enfermidade. Para eles, a fronteira entre o normal e o patológico é estabelecida pela cultura, de certa forma imbuída em uma perspectiva moral. A antropologia médica oferece um método que possibilita investigar a experiência da enfermidade em diferentes culturas, examinando a fenomenologia dessa experiência, os modos pelos quais elas são narradas e os rituais empregados para reconstruir o mundo que o sofrimento destrói.

Ao fundamentar sua crítica ao modelo biomédico, Good e Good (1980; 1982) partem do pressuposto de que a atividade clínica é fundamentalmente interpretativa e hermenêutica. No entanto, segundo o modelo da racionalidade dominante, o trabalho interpretativo da clínica baseia-se no conhecimento de cadeias causais que operam no nível biológico, seguindo um roteiro de decodificação das queixas dos pacientes, a fim de identificar o processo patológico somático ou psicológico subjacente. Dessa forma, pretende-se atingir um duplo objetivo: estabelecer o diagnóstico da doença e propor uma terapêutica eficaz e racional. Segundo esses autores, a atribuição do significado do sintoma a um estado fisiológico alterado mostra-se insuficiente para a prática clínica, uma vez que fatores psicológicos, sociais e culturais influenciam a experiência da doença, sua manifestação e a expressão dos sintomas.

O significado não é produto de uma relação fechada entre significante e coisa (no sentido de uma realidade objetiva no universo físico), mas de uma rede de símbolos que se constrói na ação interpretativa, por eles denominada de "rede semântica"- ou *semantic network*. Para esses autores, a enfermidade é uma experiência dotada de sentido para cada sujeito particular. A relação existente entre os sentidos individuais e a rede de significados inerentes a cada contexto cultural mais amplo, ao qual pertencem os indivíduos, deve ser considerada, pois a ideia da enfermidade como uma "rede semântica", realidade construída por meio do processo de interpretação/significação, fundamenta-se na rede de significados que estrutura essas culturas. Os sintomas, dotados de significados individuais, possibilitam o acesso à rede semântica da biomedicina, ou

seja, aos significados culturalmente estabelecidos, uma vez que tanto a enfermidade como o sintoma são concebidos como síndrome de significados, condensando a rede de símbolos e experiências significantes que o profissional de saúde precisa compreender na conduta do paciente. (GOOD; GOOD, 1982).

Segundo Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) tanto Kleinman quanto B. Good e M. J. Good demonstram uma forte preocupação com a aplicabilidade clínica de seu modelo, apontando para a necessidade de uma reconceitualização do campo médico. Nesse sentido, o objeto da terapêutica, ou a realidade clínica, será o produto de uma construção que se dá por meio de um processo de tradução entre diferentes sistemas de significado que conformam os distintos modelos explanatórios de saúde-doença e as redes semânticas utilizados pelo profissional e pelo paciente.

Young (1982) contribui para essa discussão ao afirmar que, na reprodução de visões específicas sobre a saúde, as representações sobre a doença constituem, em última instância, elementos de mistificação de sua origem social e das condições sociais de produção do conhecimento. Para Young (1976), a tradução de formas de sofrimento derivadas das relações de classe em termos médicos constitui um processo de neutralização que segue os interesses das classes hegemônicas. Ou seja, por meio do processo de medicalização, a condição de doença é reduzida ao nível biológico individual, desconsiderando-se a sua dimensão social, política e histórica.

A doença não é um termo neutro, mas sim compreende um processo por meio do qual os signos biológicos e comportamentais são significados socialmente como sintomas. Esses sintomas, por sua vez, são ligados a sintomatologias que se associam a certas etiologias e intervenções, cujos resultados legitimam tais traduções. O autor comentou ainda que, em sistemas médicos plurais, um conjunto de signos pode designar diferentes enfermidades e práticas terapêuticas que não se superpõem. As forças sociais é que determinam quais pessoas sofrem certas enfermidades, exibem certas doenças e têm acesso a determinados tratamentos. A depender da posição socioeconômica do enfermo, a mesma patologia implica diferentes enfermidades, doenças e processos de cura. Young advoga uma antropologia da doença (*anthropology of sickness*) fundada nos conceitos-chave de cura, enfermidade, eficácia, modelo explanatório e rede semântica. Considera, no entanto, que tais conceitos não podem ser entendidos uns em relação aos outros já que, por si mesmos, ou encadeados, não constituem um sistema. A enfermidade e a cura são práticas ideológicas que reproduzem as relações sociais e os modelos explanatórios, enquanto as redes semânticas constituem construtos, esses, sim, culturalmente determinados. (YOUNG, 1982).

Contribuindo com essa discussão, Good (1994) retoma uma

perspectiva interacionista de construção da doença, reavaliando a concepção de rede semântica enquanto rede de associações e parte da experiência da doença, sendo preciso reconhecer a multiplicidade de vozes e significados presentes na constituição da enfermidade, a individualidade dessas vozes, o diálogo delas entre si e com o leitor, bem como a diversidade de línguas nacionais, religiosas e escolares. A enfermidade não é só constituída pelo ponto de vista individual, mas por múltiplos caminhos frequentemente conflitantes; ela é, nesse sentido, dialógica. Ao mesmo tempo em que a enfermidade é sintetizada nas narrativas familiares, carregadas de políticas de gênero e de parentesco, ela é também objetivada como uma forma específica de desordem fisiológica nas apresentações de caso e conversas entre os médicos. Mas essas objetivações podem ser subvertidas, ou resistidas pelos pacientes, pelos advogados e pelas companhias de seguro que autorizam, ou recusam pagamentos de tratamentos específicos. A doença encontra-se imersa numa teia social em que todos negociam uns com os outros a constituição do objeto médico e a direção do corpo material. A segunda limitação da análise das redes semânticas refere-se à reduzida possibilidade de representar a diversidade das formas de autoridade e resistência associadas aos elementos centrais do sistema médico. As redes semânticas são produzidas e reproduzem estruturas de poder e de autoridade. Elas podem prover os meios necessários para se entender como as formas hegemônicas são organizadas e reproduzidas, já que elas são culturalmente enraizadas e sustentam discursos e práticas. Entretanto, Good reconhece que essa similaridade entre as estruturas semânticas e as relações hegemônicas de poder não tem sido suficientemente desenvolvida pelos principais autores dessa linha teórica. (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Good (1994) amplia a noção de rede semântica para indicar que o significado da doença é um produto de interconexões e não apenas síndrome de significados, mas também síndrome de experiências, palavras, sentimentos e ações dos diferentes membros de uma sociedade que se expressa em narrativas. Esse conjunto de elementos é condensado nos símbolos essenciais do léxico médico; o que implica afirmar que tal diversidade pode ser sintetizada e objetivada culturalmente. As redes semânticas são estruturas profundas que ligam a enfermidade a valores culturais fundamentais de uma cultura, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento cultural explícito e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais.

Embora Kleinman (1980) tenha considerado que a prevenção íntegra o sistema de cuidado à saúde, o autor pouco se refere à prevenção ou promoção da saúde. O autor visualizou o retorno do paciente ao seu funcionamento normal com base na negociação dos diferentes modelos explanatórios, sem explicar, ou problematizar o que

seria essa normalidade.

Outro conceito analítico que contribui para a sustentação deste estudo foi o de práticas de autoatenção, de Menéndez (2003). Para esse autor, essas práticas podem ser definidas numa perspectiva ampla e restrita. Amplamente pode ser percebida como todas as práticas culturais que ajudam a assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e do grupo. Essas formas são ligadas aos processos socioculturais que contribuem para a sua continuação, tais como: os usos de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade.

Ao refletir sobre o nível mais amplo das práticas de autoatenção, diversas práticas de sociabilidade contribuem para a reprodução sociocultural da doença. Um exemplo dessas práticas radica-se na alimentação. O compartilhamento de comidas em festividades e reuniões comunitárias de socialização representa uma prática de autoatenção popularmente aceita pelos sujeitos de determinado grupo social. Os significados e atitudes que os sujeitos incorporam em suas vidas raramente são aceitos, ou reconhecidos pela biomedicina como estratégias e práticas de autoatenção, sendo passível de críticas. (MENÉNDEZ, 2003).

No entanto, as práticas populares de autoatenção se apropriam das práticas biomédicas e reinterpretam segundo suas necessidades. A automedicação, por exemplo, é o resultado da interação entre os profissionais de saúde e as pessoas com alguma doença. A biomedicina deve procurar articular suas práticas com as práticas populares, de forma a reconhecê-las como efetivas e/ou necessárias. (MENÉNDEZ, 2003).

Numa visão analítica mais restrita, Menéndez (2003) pontua que essas práticas compreendem as representações e práticas que a população utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar, ou prevenir os processos que afetam a saúde dos sujeitos em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional dos curadores profissionais. O autor reconhece que em qualquer contexto existem diversos modelos de atenção. Entre esses tipicamente encontramos os serviços da biomedicina (primários e especializados), dos curadores populares, das medicinas paralelas ou alternativas, e dos grupos de autoajuda. As pessoas articulam esses diferentes modelos para resolver seus problemas de saúde, sendo necessário reconhecer que o setor de saúde oficial fornece um impulso importante para a realização destas práticas de autoatenção.

Menéndez (2003; 2005) postula que há outros modelos

importantes de atenção, ou seja, todas aquelas formas que têm a ver com o sofrimento em termos intencionais e que envolve uma série de aspectos que contextualizam diferentes modelos de atenção, que estão relacionados ao modo de vida dos sujeitos.

As diversas práticas biomédicas atuantes, de certa forma, exercem domínio em diferentes grupos sociais. Isso significa dizer que a maioria da população utiliza potencialmente várias formas de atenção, não só para problemas diferentes, mas também para apenas um problema de saúde.

Em todas as sociedades, diferentes grupos utilizam formas específicas de atenção à saúde, sendo que muitas dessas práticas estão, cada vez mais, sendo utilizadas concomitantemente às práticas biomédicas. Não há, portanto, a sobreposição de práticas, apenas a constatação de que as pessoas utilizam diferentes recursos para um mesmo problema de saúde. (MENÉNDEZ, 2003; 2000).

As diferenças significativas entre as formas de pensar e agir das pessoas em relação aos seus processos saúde-doença devem ser observadas dentro de um contexto social. Analisar as diferentes articulações entre os saberes populares e tradicionais e biomédicos contribuem na compreensão sobre quais são as formas de atenção mais utilizadas e quais os mais eficazes para reduzir, controlar, ou aliviar alguns danos em termos de real ou imaginário. (MENÉNDEZ, 2003).

Essas diferentes práticas de atenção com foco na doença e no sofrimento, segundo Menéndez (2003), tendem a identificar e construir suas estratégias de cuidado, com base em certos conhecimentos biomédicos, tradicionais ou alternativos, que tornam possível observar não só as convergências e divergências na construção do perfil epidemiológico de determinada comunidade, também o tipo de cuidado utilizado em situações específicas. Os processos social, econômico e cultural permitem o desenvolvimento das diferentes formas de atenção baseadas nas necessidades e capacidades dos diferentes grupos sociais. Focalizar os modos de vida social pode ajudar a produzir novos conhecimentos e perspectivas em relação ao processo saúde-doença, tornando possível compreender a racionalidade das ações tomadas por indivíduos e grupos sociais. (MENENDEZ, 1981; MENENDEZ; RAMIREZ, 1980; MENÉNDEZ, 2003).

Sobre as diferentes formas de atenção que as pessoas buscam para controlar seus problemas, Menéndez (2003, Pp. 188-189)

propõe, com base no entendimento sobre seus processos vivenciais e de condições diferenciadas de trabalho, econômicas, étnicas, religiosas, que, potencialmente, existem as seguintes formas de atenção:

a) atenção biomédica: refere-se aos cuidados primários e ao nível de especialidade para doenças físicas e doenças mentais reconhecidas cientificamente. Dentro dessa forma biomédica, enquadram-se, embora relativamente marginalizados pela área da ciência, outras formas associadas como: a naturologia, a homeopatia e diferentes formas de psicoterapia individual e grupal;

b) atenção popular e/ou tradicional: refere-se aos curadores especializados e reconhecidos em certas comunidades, tais como os feiticeiros, bruxos, curandeiros, espiritualistas, ervários, xamãs etc. Inclui-se aqui também a cura atribuída a certos santos ou figuras religiosas em confissões cristãs e outras, bem como o desenvolvimento de atividades curativas por meio de alguns grupos religiosos;

c) atenção alternativa: inclui curandeiros da nova era, voltados para a prática bioenergética, novas religiões e práticas terapêuticas e seus adeptos;

d) atenção diversificada de práticas acadêmicas médicas: inclui as práticas voltadas à acupuntura, à medicina ayurvédica etc.;

e) atenção focalizando a autoajuda: grupos terapêuticos como Alcoólicos Anônimos, Neuróticos Anônimos, clubes diabéticos, pais de crianças com Síndrome de Down etc., cuja característica básica é serem organizados e orientados por pessoas que sofrem diretamente as imposições de tais patologias.

Na intenção de ampliar o conhecimento sobre a cultura das práticas de autoatenção que as pessoas exercem em seus cotidianos, Menéndez (2003) propõem que é possível descrever e estudar as relações econômicas, sociais e culturalmente estratificadas, que são construídas dialeticamente em função de problemas que evidenciam processos de hegemonia e de subalternidade.

Os estudos de Menéndez (2003; 2000) nos mostram que, apesar da hegemonia biomédica, forte ainda nos dias atuais, as pessoas têm procurado outras formas de atenção até mesmo em função da crise mundial em diversos setores. Aí se inclui o setor de saúde, no qual há deficiência relacional nas esferas entre os próprios profissionais de saúde, bem como desses com setores burocráticos

privados e federais e com pessoas que procuram melhorias para a sua saúde; nesse caso, os pacientes/usuários. Essa deficiência tem sido mostrada por meio de atividades profissionais executadas voltadas a manter os níveis de atendimento à saúde conforme preconiza os padrões legais, sem visar a qualidade, mas sim a quantidade. Diante disso, as pessoas/usuários encontram outras formas para prevenir, controlar, ou erradicar seus males.

Menéndez (2003) afirma que os grupos sociais sintetizam em suas estratégias curativas e preventivas os recursos aos quais têm acesso, sejam elas da medicina tradicional ou da denominada medicina científica. O setor da saúde deveria apoiar a recuperação dessas práticas, saberes e ideologias, com base no reconhecimento de relações baseadas na autonomia relativa dos grupos sociais.

Enfim, a principal do autor é de que estejamos atentos à relação entre o profissional biomédico e o sujeito/usuário. Em função da reorganização dos atendimentos à saúde e a redução de tempos de duração das consultas médicas, muito se perdeu da história clínica do usuário. A tendência atual é de crescente desvalorização da fala do sujeito, de suas expectativas e conhecimentos acerca do sofrimento que padece. Na realidade, essa reestruturação afetou não apenas o médico, que tem se preocupado mais com a objetividade, do que com a subjetividade do usuário; também com o fato desse usuário procurar outras formas de atenção que priorize seus sentimentos, anseios e medos em relação à sua doença, ou de seu familiar.

## 2.2 REDE DE APOIO SOCIAL

No que tange ao apoio social, Lopez (2004) afirma que é preciso compreender o contexto estrutural das pessoas que vivenciam direta ou indiretamente o DM (pessoa e/ou familiares próximos), a sociedade a que pertencem e as fontes de informações para a manutenção da saúde (profissionais de saúde ou pessoas em geral), sendo que tais fatores configuram-se como base na formação de redes de apoio social.

A pluralidade do conceito de redes nos remete à necessidade de considerar algumas distinções entre: *integração*, *rede social*, *rede de apoio* e *apoio social*. Glanz, Rimer e Lewis (2002) referem que o termo **integração social** tem sido usado para se referir às experiências dos laços sociais; **rede social**, basicamente, refere-se a uma rede de relações

em torno do indivíduo. Garcia (1998) apud Meneses (2007) acrescenta que rede social faz referência às características estruturais das relações sociais; **rede de apoio** é o conjunto de relações que desempenham funções de apoio; e **apoio social** refere-se às funções prestadas por esta rede de apoio e o efeito sobre o bem-estar das pessoas.

Discutindo o conceito de redes sociais à luz de alguns pesquisadores, Griep et al (2003) citam que a relação do indivíduo com seu ambiente envolve processos dinâmicos, que requerem adaptações contínuas. Assim, vários recursos são necessários para lidar com as demandas e os problemas da vida diária. Dentre esses, a disponibilidade de redes sociais constitui recurso social importante. A rede social pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social ou ainda como a rede de relacionamentos sociais que envolvem um indivíduo e as características dessas ligações.

Duarte e Cruz (2002) pontuam que o homem estabelece, enquanto ser social, sua primeira rede de relação no momento em que vem ao mundo. A interação com a família lhe confere o aprendizado e a socialização, que vão se estendendo para as outras redes sociais. É por meio da convivência com grupos e pessoas que se moldarão muitas das características pessoais determinantes da identidade social.

Podemos, então, com base em Trentini e Silva (1992), entender o suporte social como um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma determinada finalidade, e se interconectam por meio de linhas de ação, trabalhos conjuntos, ações integradas ou conjuntos de ação.

Em seus estudos, Matumoto, Mishima e Pinto (2001) destacam, além da importância das relações interpessoais harmônicas, a interdisciplinaridade como fator determinante de sucesso na estruturação de suporte social, visto que a articulação entre as diversas áreas do saber, seja ele científico ou do senso comum, possibilita a construção de um conhecimento ampliado sobre as situações de doença e do enfrentamento das diversidades dos processos envolvidos na promoção da saúde. Assim, na formação das redes sociais, o objetivo principal é a valorização dos diferentes saberes envolvidos no processo vivencial dos sujeitos e seus discursos. (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Assim, a conformação de uma prática de saúde, baseada na socialização de saberes diversos, possibilita um novo olhar sobre o sujeito social, com focos não coincidentes, dispostos pelos diferentes saberes e práticas que se transformam nessa mesma convivência. É fundamental entender a gama da rede de relações tecidas no cotidiano,



visto ser preciso descobrir as características não familiares envolvidas em seu processo de formação.

Para Perrasse (1987), não só as pessoas de uma mesma comunidade, como suas famílias, tendem, naturalmente, a unir-se de diversas formas, por várias necessidades, de modo a buscar suas satisfações por meio da interação social. Ao fazer parte de uma rede de apoio, o indivíduo traz consigo características próprias e uma visão de mundo particular, incluindo interesses, habilidades, desejos e frustrações. Existem também outras forças oriundas da interação entre os indivíduos, como: a atmosfera, a comunicação, a participação, as metas, os objetivos, a homogeneidade, o tamanho do grupo, as normas e os controles.

Quanto aos contextos e camadas que originam as redes, reportamo-nos aos diferentes tipos de rede apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999): redes sociais primárias, secundárias e intermediárias. Uma rede social primária é constituída por todas as relações significativas que uma pessoa estabelece cotidianamente ao longo da vida. Cada pessoa é o centro da sua própria rede, que é composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participa: políticas, religiosas, socioculturais etc. A socialização, que se inicia na infância, leva à construção da rede de relacionamentos, que é importante para o desenvolvimento da identidade individual e coletiva.

As redes sociais secundárias são formadas por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas; organizações sociais, organizações não-governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade. Essas redes de apoio social fornecem atenção especializada, orientação e informação. (OPAS, 1999).

As redes sociais intermediárias são aquelas constituídas por pessoas que receberam capacitação especializada, denominadas de promotoras, que podem ter origem no setor saúde, na educação, na igreja ou na própria comunidade. Suas funções são de prevenção e apoio em determinadas ações.

Nesse sentido, as redes secundárias e intermediárias formam-se pela atuação coletiva de grupos, instituições e pessoas que defendem interesses comuns. Dependendo do grau de liderança e da força de seus componentes, elas podem ter um grande poder de mobilização e articulação para atingirem os seus objetivos. (OPAS, 1999).

A conceituação e o entendimento de redes sociais de suporte carregam, em sua gênese, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda a sua estranheza e imprevisibilidade, com o intuito

de descobrir como esses e seus grupos podem construir um mundo estável, previsível, com base nessa multiplicidade de significados desse viver.

Ao buscar entendimento sobre a forma como as pessoas com DM, enquanto agentes sociais, representam sua rede de apoio e interagem com essa realidade, concordo com Coelho (2004) que afirma que as pessoas agem visando a preservação de sua vida. Aproximando-se desta autora, Breslow (1999) ressalta que, para a implementação de estratégias de promoção da saúde, ou seja, de um viver melhor, é necessário o desenvolvimento de noções de suporte social às pessoas, que contribuam para as iniciativas de melhorias da saúde. Por conseguinte, a rede social do indivíduo ou de uma comunidade, bem como as características comportamentais das pessoas frente as suas conquistas de saúde contribuem, em igual teor, para a capacidade de viver com saúde. Segundo Garmezy e Masten (1994), a rede social de suporte contribui para o aumento da competência individual, que reforça a autoimagem e a autoeficácia necessárias para alcançar um objetivo.

A rede de apoio social está associada à saúde e ao bem estar dos indivíduos (SAMUELSSON et al., 1996), sendo um fator fundamental para o processo de adaptação a situações de estresse e de suscetibilidade a distúrbios físicos e emocionais (MASTEN; GARMEZY, 1985; RUTTER, 1987). Ela é dinâmica, construída e reconstruída em todas as fases da vida. O efeito de proteção fornecido pelo suporte social está relacionado ao desenvolvimento da capacidade de enfrentamento das adversidades, promovendo processos de resiliência e desenvolvimento adaptativo. (BRITO; KOLLER, 1999; GARMEZY; MASTEN, 1994; RUTTER, 1987). Todas as relações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas, advindas dos diversos microssistemas nos quais transita (como: família, amigos, serviços de saúde, entre outros), podem assumir o papel de fornecer apoio.

As redes sociais, com base em Wills, Blechman e McNamara (1996), podem ainda fornecer diferentes tipos de suporte, que são: apoio emocional, entendido como a disponibilidade de conversar e dividir problemas, estabelecendo uma relação de confiança; o apoio instrumental, que se refere à ajuda e à assistência em tarefas, tais como oferecer transporte, dinheiro e auxílio na busca de atendimento à saúde etc; e, por fim, apoio pelo fornecimento de informações, que se refere à disponibilidade de orientação e informação a respeito dos recursos da comunidade. (SIQUEIRA et al., 2006; MENESES, 2007).

Uma rede de suporte social bem estruturada parece ser

fundamental para o processo de cuidado. Articulada com diferentes campos da área social, como lazer, trabalho, segurança social, educação, entre outros, necessária para atender às necessidades dos indivíduos e comunidades, uma rede social não se faz apenas na esfera da saúde, mas também na esfera da construção histórico-social diante da diversidade e da pluralidade dos cotidianos vivenciais.

Ao trabalhar com comunidades e culturas socialmente variadas, a autonomia do sujeito sobre sua vida deve ser valorizada, visto que os mesmos diferem das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar atividades e ações que trazem benefício a si ou aos outros. Os indivíduos, assim como sua coletividade, necessitam de informações para que possam exercer sua autonomia, na busca de um viver mais saudável. Eles constroem o próprio aprendizado com base nas suas experiências e trocas de conhecimentos, em situação de interação social.

Segundo Resende (2006), é fundamental a interação harmônica e satisfatória entre pessoas de um mesmo grupo social, que compartilham determinadas situações em seus cotidianos vivenciais. Por meio dessa interação, percebe-se que novas formas de comunicação e regras de conduta são apreendidas com maior facilidade. Embora algumas pessoas com idade avançada já tenham apreendido muitas habilidades para bem viver, o contato com outras pessoas mantém-se imprescindível em qualquer época da vida.

De um modo geral, as pessoas com convívio social intenso apresentam maior inclinação em ajudar, ou dar apoio a outros sujeitos de seu convívio, com uma boa influência no bem-estar, além de reduzir o isolamento e aumentar a satisfação com a vida.

As relações sociais são dinâmicas por natureza. Variam de pessoa para pessoa, de situação para situação e conforme o tipo de interação. (DESSEN; BRAZ, 2000). Os relacionamentos sociais, tão importantes para os indivíduos em todo o ciclo vital, têm pesos diferentes de acordo com a época de vida das pessoas, dependendo do gênero, do *status* conjugal, da presença ou da ausência de filhos, do tipo de arranjo domiciliar, da personalidade, de questões culturais, educacionais e políticas e do contexto como um todo. Além disso, é preciso lembrar que esses aspectos se combinam aos efeitos da estrutura e da função da rede social, em diferentes momentos da vida. (PAPALIA; OLDS, 2000).

O grau de ajustamento de uma relação ou de uma interação social específica, por exemplo, um conselho ou confiança, ou ajuda

instrumental, depende do contexto relacional e situacional, assim como das necessidades e preferências do indivíduo. Em termos gerais, reflete as necessidades, as capacidades, os valores e as atitudes do indivíduo. A interação de eventos do contexto e das características pessoais desempenha papel crítico na compreensão da adaptação social dos mais velhos. (LAWTON, 1989).

Os elementos-chave do suporte social, com base em Carvalho et al (2004), são dar e receber e, de acordo com Ramos (2002), receber e poder dar suporte a outras pessoas beneficiam psicologicamente e enriquecem o sentimento de autovalorização das mesmas. A definição de suporte social, pode ser compreendida como qualquer informação ou ação de um semelhante que contribui para que o indivíduo acredite que é cuidado, amado, estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de relações e obrigações comuns e mútuas.

O suporte social, portanto, é compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o suporte, dando ideia de gerenciamento e autonomia de viver. Os contatos sociais permitem engajamento social, sendo compreendido como uma experiência pessoal e subjetiva que leva a um maior senso de satisfação com a vida.

### 2.3 FAMÍLIA E CULTURA: INFLUÊNCIAS NA VIDA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

Na construção de conhecimentos acerca do viver com uma doença crônica, o NUCRON tem elaborado e desenvolvido estudos que fundamentam a premissa de que o ser humano constitui um todo, sem distinção de corpo e espírito, integrando pensamentos, ações e sentimentos.

Assim, ancorada em alguns trabalhos e pesquisas desenvolvidos pelo NUCRON, tais como: FRANCIONI; SILVA (2007), SILVA et al (2005), FRANCIONI; COELHO (2004), COELHO (2004), NATIVIDADE (2004), MATTOSINHO (2004), SANDOVAL (2003), SILVA et al (2003), FRANCIONI (2002), SILVA (2001), TRENTINI; PAIM (1997), MARTINS (1995), TRENTINI; SILVA (1992), focalizamos diferentes aspectos do viver com uma doença crônica, procurando apreender a problemática dessas pessoas, de forma a podermos contribuir no desenvolvimento de cuidados mais aderentes à sua condição de saúde e maneira de compreendê-la. Dessa forma, na

apreensão dessa problemática, entende-se que contar com um apoio social parece ser aspecto positivo no viver com DM visto que esse apoio pode atuar como propulsor no início e nos passos subsequentes da busca de ajuda, já que seus familiares proporcionam apoio contínuo às pessoas na realização dos cuidados e tratamentos.

Como parte de processos simbólicos, Langdon (2003) afirma que a doença não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. É um processo experiencial e suas manifestações dependem de fatores culturais, sociais, psicológicos que operam em conjunto com os processos psicobiológicos.

Os avanços tecnológicos na saúde e a subdivisão do organismo humano em partes, focalizando a alteração do corpo, levaram, dentre outras coisas, à exclusão da família como objeto de atenção em saúde. Entretanto, recentemente, movimentos dentro da biomedicina têm se preocupado mais com o sujeito e seu contexto vivencial, na tentativa de compreender que os cuidados e os tratamentos indicados de forma isolada, sem considerar a pessoa em sua integralidade, têm limitações. Isso se evidencia pelo avanço de complicações em doenças que poderiam ter controle, como as doenças crônicas. Assim, a família vem sendo recuperada como uma unidade de interesse para a área da saúde e, neste estudo configura-se como a principal rede social de suporte para o viver com DM.

A família se constitui na estrutura social básica, compreendida com base em inúmeras e abrangentes perspectivas, cujo funcionamento, na visão de Pichon-Riviere (1998), depende da diferenciação de papéis.

Dentre uma multiplicidade de conceitos sobre família, selecionamos alguns cujo ponto de convergência é a união de pessoas, com ou sem laços de consanguinidade, em que idealmente há intimidade, respeito mútuo, amizade, trocas e enriquecimento conjunto. No entanto, conflitos, relações desiguais, ausências, falta de compreensão e individualidade também se mostram presentes, trazendo questionamentos sobre se somente laços de consanguinidade dão conta de constituir uma família. Nossa compreensão é de que além dos laços de sangue, outros elos, como o estabelecimento de interações duradouras e positivas (afeto, respeito e solidariedade), são essenciais para que um grupo de pessoas seja reconhecido como uma família.

Nessa ótica, Simionato e Oliveira (2003) afirmam que o conceito de família pode ser considerado até certo ponto subjetivo, pois depende de quem a define, do contexto social, político e familiar em que está inserido. A família pode ser entendida como um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído por pessoas que compartilham

sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco na evolução do conceito de família, ao inserir o conceito de Lévy-Brul, de que o traço dominante da evolução da família é sua tendência a se tornar um grupo cada vez menos organizado e hierarquizado e que cada vez mais se funda na afeição mútua. (GENOFRE, 1997).

A família pode ser entendida como um sistema social composto por grupo de pessoas com características distintas baseados numa proposta de ligação afetiva duradoura, estabelecendo relação de cuidado em seu processo de vida. A noção de família saudável parece depender de cada membro e da família como unidade, para superação de crises e conflitos, evidenciando a busca por normalizar o seu funcionamento por meio do cuidado e do estar-com o outro. (GOMES, 1999).

Na saúde, a família é considerada uma unidade primária de cuidado, pois ela é o espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações, apóiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços, para amenizar e solucionar problemas. A família deve ser entendida como um grupo dinâmico, variando de acordo com a cultura e o momento histórico, econômico, cultural e social que está vivenciando. (CONTIM, 2001).

Segundo Dias (1992), o que realmente liga uma pessoa a outra na família são os laços de parentesco e/ou afinidade. A composição familiar depende do ponto de vista do indivíduo, sendo que pode ser variável. Um amigo próximo pode ser considerado da família, ao passo que a relação com um irmão biológico pode ser distante e sem afeto.

Para Elsen (2004), a família possui um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se definem com base nas relações internas e externas, determinando seu modo de funcionamento e a maneira como desenvolvem suas experiências e interações com o mundo externo. Essas experiências caracterizam-se pelas ações e interações presentes no núcleo familiar e direcionado a cada um de seus membros com o intuito de alimentar e fortalecer seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar.

No contexto dinâmico, complexo e singular que é o da família, o diálogo é destacado por Andrade (2001) como essencial no compartilhar de experiências, conhecimentos, sentimentos e necessidades.

Assim como Souza (1997), que defende a família como ciclo vital que depende de trocas com o meio, Simionato e Oliveira (2003), a despeito das definições ou classificações que as famílias recebem, afirmam que um ponto importante é que o conceito de família é uma

realidade que está viva e que como todo ser vivo necessita ter saúde para assim permanecer. Mais do que uma ideia ou conceito, a família tem materialidade na convivência entre seus membros. Como processo contínuo de abstração e concretude, ela é a unidade essencial do viver humano, por meio da qual, ora como pano de fundo, ora como determinante explícito, vão sendo tecidas as relações entre seus membros.

Toda família tem uma história construída em etapas sucessivas, que definem sua trajetória, e as levam a experimentar uma variedade de situações marcantes. A convivência familiar é um processo dinâmico e em constante movimento, dirigindo ações e interações que ocorrem entre os membros da família, criando um mundo privado, porém em conexão com o mundo externo.

Para conviver, os membros que compõem a família necessitam estabelecer uma relação interpessoal, no sentido de compreender um ao outro. Eles reconhecem que o fato de estarem vivendo juntos não quer dizer que sejam iguais; eles têm características que os diferenciam como seres únicos. Cada pessoa tem um modo de ser, agir e interagir que é construído socialmente. As famílias declaram que as condições para que as pessoas possam conviver estão no respeito à individualidade. Não é fácil para a pessoa interpretar o comportamento do outro e reconhecer as diferenças. (ALTHOFF, 2004).

As pessoas são preparadas para agir com base em significações atribuídas à seu mundo, sendo que seus atos são construídos por meio de um processo no qual os atores percebem e avaliam as situações com as quais se defrontam. Algumas pessoas com doença crônica transcendem a fase inicial de adaptação à mudança, quando há flexibilidade na estrutura familiar, permitindo que os membros desempenhem seus papéis e assumam outros quando necessário. Entretanto, é fundamental que a família não perca sua identidade.

A flexibilidade familiar, segundo Messa (2006), é a capacidade do sistema em permitir a oscilação de papéis como forma de manter o equilíbrio da família e não sobrecarregar seus membros. Os sistemas mais rígidos poderão apresentar dificuldades em reorganizar as funções, não redistribuindo tarefas entre os membros, tornando as trocas escassas e dificultando a comunicação. Algum integrante da família pode se sentir exigido em excesso, sobrecarregado de funções, tendo que cumprir diversos papéis. Tal asserção é apresentada por autores sob diferentes óticas no que tange aos estudos sobre o papel da mulher e do homem no universo familiar.

A diversidade cultural predispõe que as famílias atuem de forma

diferente em seu meio social. Assim, ao longo da história, a família sofreu fortes influências políticas, econômicas, sociais e culturais, ocasionando mudanças nos papéis e nas relações em seu interior, bem como alterando sua estrutura no que diz respeito à composição familiar. Graças a sua grande capacidade de ajustar-se às novas exigências do meio, a família tem conseguido sobreviver, mesmo que com intensas crises sociais. Ela é ainda a matriz mais importante do desenvolvimento humano e também a principal fonte de saúde de seus membros.

O conceito de família nuclear e a instituição do casamento, intimamente ligada à família, passaram por transformações. A expressão mais marcante dessas transformações ocorreu a partir do final da década de 60, quando surgiram inúmeras organizações familiares alternativas: casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões; casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos ou parceiros isolados ou mesmo cada um vivendo com uma das famílias de origem; as chamadas “produções independentes” tornam-se mais frequentes. Mais recentemente, duplas de mães solteiras ou já separadas compartilham a criação de seus filhos. A mulher também começa a ser reconhecida como “chefe-de-família” em diferentes situações. (MESSA, 2006). Essas mudanças caracterizam o surgimento de novos modelos familiares, de novas relações entre os sexos, com maior controle da natalidade e a inserção massiva da mulher no mercado de trabalho, entre outros aspectos.

Nas famílias das camadas mais empobrecidas da população, a realidade de composição familiar é bem diferente do modelo tradicional de família nuclear, em que o pai é o provedor, a mãe cuida da casa e os filhos estudam. De acordo com Senna e Antunes (2003), elevou-se o número de núcleos familiares compostos apenas por mulheres e seus filhos menores, e também o número de indivíduos e mesmo de famílias moradores de rua.

Muitas famílias têm vivido situações especiais de risco, com doenças, desemprego, conflitos conjugais intensos, envolvimento em atividades ilícitas e problemas com a polícia, dependência de drogas, distúrbios mentais etc., que as tornam incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros. Em razão disso necessitam atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças, idosos e deficientes físicos ali presentes. (VASCONCELOS, 1999).

Para Elsen (2004), embora não existam estudos com uniformidade na denominação das ações desempenhadas pelas famílias, vários termos são usados no que concerne ao papel da família em seu



processo de cuidado, tais como: cuidado humano, cuidado cultural, sistemas de cuidado à saúde, unidade de saúde, sistema de saúde, cuidado popular, família produtora de saúde, família como unidade de cuidado, com significados diferentes e semelhantes. Entretanto, com base no mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver, a autora define cuidado familiar como forma de ação. Dessa forma, o cuidado familiar é fortalecido pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos.

O conceito de gênero se faz importante quando se estuda a família, pois torna possível uma compreensão renovada e transformadora das diferenças e desigualdades entre mulheres e homens, na medida em que pode ampliar o conhecimento para além das diferenças individuais, salientando as interações sociais que influem nos resultados educativos e ocupacionais, entre tantos outros. A visão de gênero como construção cultural e histórica implica um conjunto de categorias e arranjos simbólicos por meio dos quais a sociedade transforma um macho em homem e uma fêmea em mulher e como transforma a biologia sexual em produto da atividade humana. (STREY et al., 2001).

As atribuições familiares nascem com a formação da família e se estendem ao longo das etapas que definem os tempos da família. As famílias têm incorporado as mudanças em relação aos papéis parentais, no sentido de compartilhar as atividades de criação dos filhos. Entretanto, os papéis em relação ao gênero, como a responsabilidade do homem pelo sustento da família e da mulher pelo cuidado ou governo da casa, como declaram as famílias ao longo do tempo, tem se mantido. O gênero masculino começa a entender a convivência e a colaborar para que a mulher participe do mercado de trabalho, assumindo responsabilidades, como cuidar dos filhos e da casa, para que a mulher estude, profissionalize-se e trabalhe. Há um compartilhar de tarefas e responsabilidades. Quando isso não ocorre, há um comprometimento da harmonia familiar, surgindo conflitos e rompimento de relações. (ALTHOFF, 2004).

Chauí (1986) destaca as contradições e complementações das famílias percebendo que essa se apresenta como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra a sociedade. Atualmente, a família ainda mantém, de certa forma, a subordinação feminina e dos filhos, mas protege mulheres, crianças e velhos contra a violência urbana; cria condições para a dominação masculina, mas garante aos homens um espaço de liberdade contra sua subordinação no trabalho; conserva tradições, mas é o espaço de

elaboração de projetos para o futuro, é não só núcleo de tensões e de conflitos, também o lugar onde se obtém prazer.

Assim, por meio do incentivo à construção da autonomia e independência de seus membros, a família favorece a formação de um indivíduo capaz de organizar sua própria vida e responsabilizar-se por suas relações sociais, fortalecendo a manutenção de laços afetivos já existentes, bem como a formação de novos laços.

Schramm et al. (2004) afirmam que projeções da OMS para 2025 incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos e mais. A proporção de idosos no Brasil passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, estimando-se 14% em 2025. Os agravos crônico-degenerativos, que atingem essa faixa etária, implicam tratamento de duração mais longa e recuperação mais lenta e complicada, exigindo também intervenções de elevado custo. Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional configura-se como um dos grandes fatores determinantes do aumento do índice de doenças crônicas. Desse modo as famílias estão convivendo mais com pessoas idosas e, conseqüentemente com as doenças crônicas.

As famílias de pessoas com doença crônica vêm sendo cada vez mais solicitadas a participarem dos cuidados e tratamentos. Porém, independentemente dessa solicitação, internamente sempre houve esse requerimento. Ter uma pessoa com doença crônica na família pressupõe o conhecimento dos significados e de como intervir na compreensão desse universo. A família, de maneira geral, é profundamente afetada pela ocorrência da doença crônica em um de seus membros. O cotidiano familiar pode ser alterado, e a possibilidade de mudanças necessita ser encarada como alternativa no viver com uma situação crônica, em que se torna fundamental uma nova organização e até a redefinição de papéis.

A existência ou disponibilidade de pessoas nas quais se pode confiar, pessoas que se preocupam, valorizam e procuram auxiliar o outro, é entendido como suporte social por Claudino, Cordeiro e Arriaga (2008).

O suporte social, fornecido pelas famílias, reduz o isolamento e aumenta a satisfação de viver das pessoas. É descrito como sendo a informação de que o indivíduo é amado, estimado e valorizado pelos membros de sua família e funciona como um amortecedor de estresse. (CARVALHO et al., 2004).

Rolland (1989) coloca que a doença atua como força interna dentro da família, fazendo com que os membros se voltem para as necessidades da pessoa afetada, unindo-as em função de um objetivo

comum: o controle da doença e busca de melhoria do estado geral de saúde.

Ao estudar a importância da família na vida de quem vive com uma doença crônica, o principal ponto de convergência referente à temática é a importância que o apoio tem para elas, tanto pela sua presença, mas também a referência de sua falta. Aceitar viver com uma doença crônica requer mais do que simplesmente realizar o tratamento recomendado; é lidar com os profissionais da saúde, com seu cotidiano e consigo mesmo. Isso pode implicar mudanças nos hábitos da família, que participa da situação e tenta minimizar o sofrimento de seu familiar. A aceitação do viver com diabetes em seu estágio mais elevado inclui a incorporação plena de sua condição, que é caracterizada pelo ato de respeitar e enfrentar a verdade para reconhecê-la, mesmo que essa situação possa ser desconfortável ou complicada para o sujeito ou seus familiares. (FRANCIONI, 2002).

Sousa, Mendes e Relvas (2007) analisam as repercussões da doença crônica no âmbito familiar baseados num programa na área da saúde<sup>1</sup> que considera meios de facilitar a adaptação familiar à doença crônica por meio da integração dos componentes médicos, social e psicológico. Tal programa evidencia que uma doença crônica afeta os membros da família, contribuindo para que a unidade familiar saiba lidar com os instrumentos mais eficazes, gerindo dificuldades, superando os sentimentos contraditórios e reduzindo o estresse. Quando surge a doença crônica é imperioso reconstruir a vida, adotar estratégias específicas para lidar com os sintomas, ajustar a vida e as relações sociais às novas limitações.

Esses autores perceberam que por meio da implementação e ação do programa, o olhar científico sobre a relação entre a família e a doença crônica foi modificado. Antes era privilegiada a relação entre a doença e o sistema de saúde; agora a família ou a rede social é percebida como o principal recurso. Observaram os impactos processuais e emocionais e a inter-relação família-paciente-profissionais de saúde. (SOUSA, MENDES e RELVAS, 2007).

Numa outra pesquisa, Anderson e Auslander (1980) ressaltaram que a forma como a família lida com situações de diabetes vem tradicionalmente seguindo um modelo linear cujas atitudes de parentes de pessoas com diabetes são vistas como principal influência no controle metabólico da doença. Nesse estudo, o foco das pesquisas com

---

<sup>1</sup> Programa de Saúde denominado Pró-Família, desenvolvido em Portugal, que tem como objetivo principal fornecer apoio a “doentes crônicos” e a suas famílias.

famílias que convivem com o diabetes deu ênfase na cooperação dos pais de pessoas com diabetes e como esses membros resolvem seus conflitos e contribuem na adesão ao tratamento. Assim, esses autores basearam-se no conceito de que há uma necessidade de relações mútuas no que se refere ao suporte, ou seja, tanto o indivíduo quanto seu familiar precisam de suporte para manejar melhor com as questões decorrentes da doença.

Em outro estudo, Yawn et al. (2001) procuraram compreender como a pessoa com DM trata sua doença dentro da comunidade familiar, destacando a família como o foco primário provedor de cuidado. A pesquisa foi feita com 138 famílias em uma comunidade. Com isso, detectou-se mais de 20 comportamentos diferentes frente à situação de doença. Foram analisadas as visitas às pessoas com DM, outras condições crônicas existentes e a autopercepção sobre o processo da doença. Desses 20 comportamentos evidenciados nas famílias estudadas, dois fatores distintos se sobressaíram: a distinção entre a percepção da doença na ótica clínica e a doença na percepção do sujeito. Assim, a intervenção e o suporte oferecido às pessoas com DM e a seus familiares se dá de forma diferenciada entre as famílias que cuidam da doença, pois algumas visam apenas os aspectos clínicos, enquanto que outras visam, além disso, os aspectos subjetivos das pessoas com diabetes.

Uma importante colaboração sobre as ações e reações da família frente ao diagnóstico da doença crônica é apresentada por Santos e Sebastiani (2001). Segundo esses autores, existem três tipos de reações da família frente à situação de crise ocasionada pela limitação da doença: a) o primeiro tipo é a reação em que a família mobiliza-se com o intuito de recuperação de seu estado anterior. No caso das doenças crônicas, esse estado anterior não pode ser recuperado exigindo que a família alcance outra identidade. A família passa por dificuldades de adaptação, tentando acomodar-se à enfermidade; b) o segundo tipo de reação é a paralisação frente ao impacto da crise, sendo superada em maior ou menor tempo. Essa paralisação se dá proporcionalmente à importância que a pessoa possuía no equilíbrio dinâmico familiar; c) por fim, o terceiro tipo é quando a família identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la. A pessoa com doença crônica torna-se o alvo de tudo o que ocorre, sendo o depositário de todas as patologias das relações dentro da família.

Norenberg et al. (2007) verificaram que o apoio social que as mulheres com diabetes recebem influencia positivamente no controle da doença ou mesmo na redução do risco de desenvolver a doença,

diferentemente dos homens, em que o suporte não é um fator que influencia no surgimento.

Os múltiplos papéis da mulher e sua responsabilidade em dar apoio emocional e ajuda concreta aos membros da família, na visão de Hodge-Samuel et al (2000), são percebidos por elas como sobrecarga e interferindo no seu autocuidado. Nesse estudo os autores afirmam que o cuidado a essas mulheres é geralmente prestado por pais que moram próximos, por filhos crescidos ou netos que moram na casa ou permanecem lá por longo período. O suporte emocional é dado por membros da família e amigos que aconselham ou que escutam seus problemas. Com o aumento do nível de responsabilidades, muitas mulheres apresentam-se cansadas física e emocionalmente. O estresse para as mulheres com DM varia de acordo com seu estágio de vida. Mulheres com filhos pequenos se sobrecarregam com cuidados à família. Uma das queixas mais frequentes é a falta de empatia dos membros da família, pois o diagnóstico de DM não é traduzido como redução das tarefas físicas ou um aumento do suporte emocional. O mais frequentemente mencionado como fonte de suporte instrumental vem das filhas que as ajudam a realizar atividades tais como lembrar de tomar a medicação e seguir o plano de dieta, entre outras. (HODGE-SAMUEL et al., 2000).

Cartana (1988) aponta que mesmo tendo modos diferentes de significar suas vidas, as famílias convergem na delimitação de papéis, sendo que as questões de gênero são construídas socialmente: o homem atua como sujeito provedor, e a mulher como sujeito cuidador. A sobrecarga das mulheres com relação ao cuidado familiar é maior que a dos homens, visto que as preocupações do universo da mulher cuidadora envolvem muitas responsabilidades, diferentemente dos homens que focalizam a provisão do sustento econômico a seus membros.

Assim, de uma maneira mais restrita, tais observações também são expressas nos dados estatísticos e organizacionais do Ministério da Saúde (2008) sobre a procura de assistência à saúde básica, que é predominantemente de mulheres que utilizam esse serviço mais precocemente, tendo repercussão em sua maior longevidade, contribuindo também para que tenham maior possibilidade de desenvolver doenças crônicas, convivendo com as mesmas por um maior período de tempo.

O DM é uma doença crônica que requer cuidados intermitentes e contínuos ainda que com uma denotação de invisibilidade ou efeito “*iceberg*”, além da solicitação, ou quase obrigação, de uma participação ativa e constante da pessoa portadora e seus familiares. Muitas

exigências, adaptações e mudanças de estilo de vida são impostas drasticamente após a constatação diagnóstica, cabendo à família auxiliar nesse processo de adaptação ao novo. O envolvimento efetivo e favorável da família no cuidado à pessoa com diabetes é um desafio que a enfermagem precisa lidar com maestria.

Por fim, valorizar a família como suporte básico na rede social da pessoa com DM estimula-nos a cada vez mais pensar em mudanças paradigmáticas concernentes à construção do processo de vida pois certas doenças crônicas, ainda hoje, são deveras estigmatizantes. No caso do DM, muitas pessoas ficam à margem do convívio social, visto que o mundo, de uma forma geral, não está preparado para interagir com certas limitações. Isso pode ser constatado em uma visita a um supermercado das cidades brasileiras, com disponibilidade de produtos geralmente voltados para o atendimento de pessoas que não apresentam transtorno de saúde. Nesse contexto, o que se evidencia é que tais pessoas sofrem com a pouca disponibilidade de recursos e a falta de entendimento de grande parte da sociedade, gerando nelas, certo desconforto e indignação no viver com DM associado à deficiência na estruturação das redes de suporte social para com esses problemas.

Embora seja fato que existam certas deficiências a serem superadas no que tange às redes de apoio social constituída por profissionais de saúde que atendem pessoas com DM, não há como negar que temos sido contemplados com certos avanços e contribuições para a melhoria do viver com DM, bem como outras doenças crônicas, conforme podemos evidenciar em várias pesquisas.

## 2.4 DIABETES MELLITUS: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E DE TRATAMENTO

### 2.4.1 Historiografia do Diabetes Mellitus

O termo Diabetes Mellitus já era conhecido antes da era cristã. No papiro de Ebers descoberto no Egito, correspondente ao século XV antes de Cristo, já se descrevem sintomas que parecem corresponder ao diabetes (SBEM, 2009).

Foi Areteu da Capadócia quem, no século II da era cristã, deu a esta afecção o nome de diabetes, que em grego significa sifão, referindo-se ao seu sintoma mais chamativo que é a eliminação exagerada de água

pelo rim, expressando que a água entrava e saía do organismo do diabético sem fixar-se nele (polidipsia e poliúria, características da doença e por ele avaliadas por esta ordem). Ainda no século II, Galeno, contemporâneo de Areteu da Capadócia, também se referiu a diabetes, atribuindo-a a incapacidade dos rins em reter água como deveriam. Nos séculos posteriores não se encontram nos escritos médicos referências a essa enfermidade até que, no século XI, Avicena fala com clara precisão dessa afecção em seu famoso Cânon da Medicina (SBEM, 2009).

Após um longo intervalo, foi Thomas Willis quem, em 1679, fez uma descrição muito importante sobre o DM para a época, ficando desde então reconhecida por sua sintomatologia como entidade clínica. Foi ele quem, referindo-se ao sabor doce da urina, lhe deu o nome de diabetes mellitus (sabor de mel); apesar desse fato já ter sido registrado cerca de mil anos antes na Índia, por volta do ano 500. (SBEM, 2009).

Os primeiros trabalhos experimentais relacionados a metabolismo dos glicídios foram realizados por Claude Bernard, o qual descobriu, em 1848, o glicogênio hepático que provocou a aparição de glicose na urina excitando os centros bulbares. Ainda na metade do século XIX, o grande clínico francês Bouchardat assinalou a importância da obesidade e da vida sedentária na origem do diabetes e traçou as normas para o tratamento, basendo-a na restrição dos glicídios e no baixo valor calórico da dieta. Os trabalhos clínicos e anatômico-patológicos adquiriram grande importância em fins do século XIX, nas mãos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, tendo culminado em experiências de pancreatemia em cães, realizadas por Mering e Mikowski em 1889 (SBEM, 2009).

A busca do suposto hormônio produzido pelas ilhotas de Langerhans células do pâncreas descritas em 1869 por Paul Langerhans, iniciou-se de imediato. Hedon, Gley, Laguessee Sabolev estiveram muito próximos do almejado triunfo, o qual foi conseguido pelos jovens canadenses Banting e Charles Best, que conseguiram, em 1921, isolar a insulina e demonstrar seu efeito hipoglicêmico. A descoberta deste hormônio e suas ações no organismo significou uma das maiores conquistas médicas do século XX, porque transformou as expectativas e a vida dos diabéticos e ampliou horizontes no campo experimental e biológico para o estudo da diabetes e do metabolismo dos glicídios. (SBEM, 2009).

Dessa forma, o DM é caracterizado como uma síndrome plurimetabólica (conjunto de sinais e sintomas) que se caracteriza por um excesso de glicose no sangue (hiperglicemia), decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina (hormônio produzido pelas

células beta das ilhotas de Langerhans do pâncreas) de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Com frequência os sintomas clássicos do diabetes - poliúria, polifagia e polidipsia - estão ausentes. Entretanto poderá existir hiperglicemia de grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido. Antes do surgimento de hiperglicemia mantida, acompanhada do quadro clínico clássico do DM, a síndrome diabética passa por um estágio de distúrbio do metabolismo da glicose, caracterizada por valores glicêmicos situados entre a normalidade e a faixa diabética (SBD, 2009).

Associado a isso, o DM pode ter natureza genética ou autoimune e/ou ser resultante da deficiência relativa ou absoluta de insulina produzida pelo pâncreas e/ou incapacidade desse hormônio em exercer seus efeitos adequadamente, resultando em hiperglicemia crônica e alteração no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Podem ocorrer disfunções e alterações em órgãos como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos devido ao acometimento vascular, que atua como o marcador biológico das lesões orgânicas dos diversos órgãos acometidos. (BRASIL, 2008; DIAS; SOARES; RESENDE, 2001).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2009) calcula que exista uma prevalência estimada na população adulta de 7,4% (1995), com um valor esperado em torno de 9% para 2025 de pessoas com Diabetes Mellitus.

O termo diabetes, geralmente se refere a Diabetes Mellitus, mas existem muitas outras condições raras que também se chamam diabetes. A mais comum delas é a diabetes insípida (insípida significa "sem gosto" em Latim) na qual a urina não é doce. Esse DM pode ser causado por danos aos rins ou à glândula pituitária.

As condições de risco para o surgimento do DM são, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as seguintes: idade superior a 40 anos; histórico familiar (probabilidade aumentada devido à carga genética); casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos; histórico prévio de hiperglicemias e/ou glicosúria; recém-nascido com mais de 4 kg; mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional; HDL - colesterol menor ou igual a 35 mg/dl; triglicérides maior ou



igual a 200 mg/dl; e uso de medicamentos diabéticos (corticóides, anticoncepcionais, etc).

### **2.4.2 Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus**

O DM é reconhecido como um sério problema de saúde pública, praticamente em todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento socioeconômico. A problemática dessa doença envolve diferentes aspectos, como: ser uma patologia que necessita de controle metabólico para toda a vida; estar frequentemente associado ao surgimento de complicações agudas e crônicas, sobretudo quando não se tem o controle adequado; ter uma elevada prevalência e atingir várias faixas etárias; modificar a qualidade e a expectativa de vida; poder levar à incapacidade física permanente por cegueira e amputação de membros inferiores; ser causa frequente de mortes prematuras, devido à insuficiência renal, doenças cardiovasculares, entre outras; e afetar o sistema nervoso, causando neuropatia periférica e autonômica. (BRASIL, 2008).

Atualmente, o DM é considerado uma epidemia que afeta milhares de pessoas visto o impacto econômico e social não apenas pelos elevados custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações, também pela redução da produtividade e dos anos de vida perdidos. (BRASIL, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2006, registrou-se cerca de 171 milhões de pessoas com diabetes no mundo, e esse índice aumenta rapidamente. É estimado que em 2030 esse número dobre. O DM ocorre em todo o mundo, mas é mais comum (especialmente o tipo II) nos países mais desenvolvidos. O maior aumento atualmente é esperado na Ásia e na África, onde a maioria das pessoas com DM serão reconhecidas somente em 2030. O aumento da incidência do DM em países em desenvolvimento segue a tendência de urbanização e mudança de estilos de vida. Outro dado significativo é sobre as taxas de mortalidade de todas as causas para homens com diabetes que caíram de 42.6 por 1.000, entre 1971 e 1986, para 24.4 por 1.000 no período de 1988 a 2000. No entanto, o mesmo não aconteceu com as mulheres, permanecendo entre 1971 a 2000. (SBEM, 2009).

O DM está na lista das dez, senão das cinco, doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. Pelo menos nos últimos 20 anos, o número de pessoas com DM

na América do Norte aumentou consideravelmente. Em 2005 eram em torno de 20,8 milhões de pessoas com diabetes somente nos Estados Unidos. De acordo com a American Diabetes Association (ADA, 2009) existem 6,2 milhões de pessoas não diagnosticadas e cerca de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas "pré"-diabéticas. Os Centros de Controles de Doenças classificaram o aumento da doença como epidêmico, e a National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC) fez uma estimativa de \$132 bilhões de dólares gastos com o tratamento e controle dessa doença, somente para o ano de 2007 nos Estados Unidos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009), o DM configura-se como um importante problema de saúde pública uma vez que é frequente. Está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações.

Medidas de prevenção do diabetes, assim como das complicações, são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre morbimortalidade dos pacientes. Tal impacto pode ser avaliado por meio de dados obtidos de fontes do Ministério da Saúde, levantamentos regionais e de outras associações que apontam os seguintes fatos: o DM, como diagnóstico primário de internação hospitalar, aparece como a sexta causa mais frequente e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial; pacientes diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que internam nas Unidades Coronarianas Intensivas com dor precordial; diabetes é a principal causa de amputações de membros inferiores; é também a principal causa de cegueira adquirida; cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos. (SBD, 2009).

### **2.4.3 Tratamento do Diabetes Mellitus**

O objetivo principal do tratamento do DM é reduzir os níveis glicêmicos até próximo do normal por meio de medidas educativas. Tal necessidade é reforçada por estudos recentes que verificam o impacto do decréscimo de cada 1% na hemoglobina glicosilada, com diminuição de 30% a 35% na incidência de complicações microvasculares (retinopatia, neuropatia e nefropatia) e de 16% nas complicações macrovasculares

(Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)) relacionadas ao DM. (LEITE, 2003).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2009) afirma que o Diabetes Mellitus é atualmente uma doença crônica, sem cura, e sua ênfase médica deve ser necessariamente em evitar/administrar problemas possivelmente relacionados ao DM, a longo ou a curto prazo. É extremamente importante a educação do paciente, o acompanhamento de sua dieta, exercícios físicos, monitoração própria de seus níveis de glicose, com o objetivo de manter os níveis de glicose a longo e curto prazos adequados. Um controle cuidadoso é necessário para reduzir os riscos das complicações a longo prazo. Isso pode ser alcançado com uma combinação de dietas, exercícios e perda de peso (tipo 2), várias drogas diabéticas orais (tipo 2 somente) e o uso de insulina (tipo 1 e tipo 2 que não esteja respondendo à medicação oral). Além disso, devido aos altos riscos associados de doença cardiovascular, é necessário que as pessoas com DM façam modificações no estilo de vida de modo a controlar a pressão arterial e o colesterol, exercitando-se mais, fumando menos e consumindo alimentos apropriados para diabéticos, e se necessário, tomando medicamentos para reduzir a pressão.

Atualmente, estudos têm sido realizados na busca da cura do DM. Entre os mais discutidos, destaco as pesquisas de transplantes: pancreático, de ilhotas e de células tronco por meio dos avanços da engenharia genética. No que tange aos transplantes, o primeiro foi realizado em 1966, na Universidade de Manitoba. Atualmente, uma linha mais recente de pesquisa na Medicina tem buscado fazer o transplante apenas das ilhotas de Langerhans. O primeiro transplante de ilhotas de Langerhans para curar diabetes do tipo 1 ocorreu em 2004, no Hospital Albert Einstein de São Paulo. O Brasil é considerado líder nas pesquisas dessa linha de tratamento. Outro centro de excelência de pesquisas nessa área é a Universidade de Alberta, no Canadá. (SBEM, 2009).

Nova alternativa é o desenvolvimento de um pâncreas artificial e a neogênese de ilhotas que está sendo feito no Instituto de Diabetes de Norfolk, Virginia (USA), desenvolvendo substâncias que possam estimular a formação de ilhotas com base em células-tronco existentes no pâncreas adulto. (ALBUQUERQUE, 2005; SBD, 2009).

Embora tais avanços para a busca da cura do DM sejam uma constante no nosso cotidiano, percebe-se que há uma necessidade de evolução nos estudos e aplicação da terapêutica clínica em si.

Mesmo que atualmente estudos apontem uma tendência para as

práticas humanizadas de cura, essa almejada humanização, por assim dizer, tem sido exercida, em grande parte, unilateralmente. Isto é, as práticas assistenciais têm-se preocupado, de acordo com a circunstância apresentada, unicamente com o paciente/pessoa/sujeito e, em outras, apenas em dinamizar o processo de trabalho no sentido de efetivação e do cumprimento da atividade realizada. Nessa ótica, o princípio básico e ainda norteador nos dias atuais, mesmo que de forma implícita no exercer da prática biomédica, é o de manter o corpo funcionando. Quando isso não ocorre como deveria, o profissional de saúde sente-se, de certa maneira, “podado” ou impotente diante de sua missão curativa e reparadora. Para tanto, o direcionamento da prática educativa desses profissionais, desenvolvendo suas habilidades e competências, possibilitará melhor reflexão sobre os modelos assistenciais apreendidos e como os mesmos têm sido utilizados. Poderá promover também novas perspectivas acerca do cuidado humano e redirecionamento da atuação dos profissionais por meio da educação, conscientização e sensibilização nas práticas em saúde.

Diniz (2001) aponta que o controle adequado da doença pode atenuar, reduzir, ou evitar as complicações crônicas do diabetes, sendo que, para isso, necessita-se trabalhar, cada vez mais, o senso de responsabilidade das pessoas que vivem e/ou convivem com essa patologia. Em seus estudos, a autora verificou que quanto maior a conscientização das pessoas, maior a aptidão para a valorização de sua saúde. Isso ocorre pois o DM é uma doença crônica que ainda não apresenta cura total, sendo que as pessoas têm que conviver com tal situação por toda a vida, alterando, muitas vezes, drasticamente, o seu cotidiano e o mundo social de convívio, visto as mudanças impostas na terapêutica.

Com base nisso, torna-se necessário que o tratamento ultrapasse os limites técnicos assistenciais de cuidado. Por ser uma condição crônica de saúde, é preciso maior conscientização dos profissionais dessa área, das pessoas e de seus familiares, no sentido de desmitificar o viver com DM.

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, visto que tem como objetivo compreender o significado das práticas de autoatenção das pessoas com DM e seus familiares em seus relacionamentos sociais, utilizando como referência o método etnográfico.

Ainda que esta pesquisa se afaste do paradigma etnográfico, compreender como as pessoas com DM significam suas vidas e convivem socialmente tem como base Peirano (1995) que postula que a etnografia se configura como uma pesquisa que se realiza com o objetivo de desafiar conceitos pré-estabelecidos, substituindo-os, pouco a pouco, por outros mais abrangentes.

Alguns estudiosos como Elsen (1994; 1994a; 2000; 2004), Elsen et al (2004), Elsen e Althoff (2004), Cartana (1988), Monticelli (2005), Heck (2003), Boehs (2003) e Meleiro (2006) nos ensinam que na enfermagem a etnografia se mostra uma alternativa de aproximação do ponto de vista dos sujeitos, permitindo-nos apreender o significado de um fenômeno.

Nessa perspectiva, Da Matta (1987) afirma que ao analisarmos uma situação com base na visão dos sujeitos, devemos aprender uma dupla tarefa: a de transformar o exótico em familiar e vice-versa. Em ambos os casos, é necessário a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e, mais basicamente, uma vivência destes dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los. A transformação do exótico em familiar é compreendida como o processo de familiarização (movimento para dentro) que corresponde ao movimento original de conjugar esforços na busca deliberada dos enigmas sociais situados em universos incompreendidos pelos meios sociais. Já a transformação do familiar em exótico é denominada pelo autor como o processo de estranhamento (movimento para fora) que consiste no movimento presente de estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir (ou recolocar, como fazem as crianças quando perguntam os porquês) o exótico no que está petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação.

Tomando por base o que preconiza o método etnográfico, esta pesquisa incluiu a busca das experiências dos sujeitos por meio de seus

relatos e das histórias contadas nas entrevistas e em conversas informais. Isso permitiu visualizar uma fonte de conhecimento por meio da experiência do sujeito. Nessa abordagem procurei sempre “deixar fluir”, visto que o sentido da vida social se expressa particularmente por meio de discursos que emergem constantemente na vida de maneira informal por comentários, contos, falas e conversações. (GUBER, 2001; ROBLES SILVA, 2002).

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa se desenvolveu em uma comunidade de Florianópolis/SC que foi escolhida em razão de ser um local onde o NUCRON realiza atividades de pesquisa e extensão vinculadas à Unidade Local de Saúde (ULS). Também se motivou pelo vínculo familiar e afetivo da pesquisadora com a referida comunidade.

O local do estudo é conhecido como um bairro tradicional de Florianópolis com influência açoriana expressiva, manifestado nas festividades populares e religiosas e no compartilhamento de narrativas sobre bruxas e lobisomens. (MALUF, 1993). A religiosidade é uma característica dessa comunidade, pois há uma frequência expressiva em relação à igreja católica bem como nas festas do Divino Espírito Santo, Nossa Senhora dos Navegantes e Nossa Senhora da Conceição. A participação na organização e realização dessas festas é um compromisso dos devotos e se configura como importante fator de inclusão na comunidade.

Um aspecto evidenciado é que seus moradores, além de outras fontes de renda, ainda hoje têm na pesca uma de suas fontes de subsistência. Isso demonstra que tal atividade econômica se mantém como uma das identidades culturais desse local.

No passado, a pesca foi a mais importante fonte de renda dos moradores; atualmente se traduz como uma tradição e complementação da renda ou apenas como lazer e consumo das famílias. Mesmo assim, a pesca continua sendo importante para a identidade entre os moradores mais antigos. É importante destacar que nas safras da tainha e do camarão, os eventos coletivos são mais intensos. Nesse período, muitas famílias se reúnem a fim de compartilharem aquilo que pescaram, sendo que isso é motivo de confraternização e sociabilidade.

Por sua beleza natural, o local se configura como um importante ponto turístico atraindo novos moradores de diversos estados do Brasil,

principalmente Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo. Porém, os novos residentes raramente participam das atividades locais. Esses não são considerados membros da comunidade pelos moradores antigos por não compartilharem das mesmas redes sociais nem participarem das atividades coletivas.

Os residentes de outras regiões e classes sociais raramente se integram nas atividades locais e não são considerados pelos “nativos”<sup>1</sup> membros de sua comunidade, não compartilhando as mesmas redes de apoio ou das atividades coletivas como processo de sociabilidade. A maioria dos idosos se mantém afastada do grupo designado como “os de fora”<sup>2</sup>. Em câmbio, os mais jovens passam a interagir facilmente com as outras pessoas que não são aquelas nascidas, criadas e reconhecidas como nativos pelos membros da comunidade. Muitos trabalham nos estabelecimentos comerciais (lojas, supermercados, bares, restaurantes e hotéis) que atendem os turistas ou esses novos moradores. Entretanto, alguns que vêm de fora passam a integrar essa comunidade de nativos, compartilhando os espaços sociais, especialmente as festas locais, a igreja, o posto de saúde e de moradia.

A igreja, o local de moradia, a relação com a ULS e com os profissionais de saúde que lá atuam, bem como as relações interpessoais e aspectos de sociabilidade oriundos de festividades e interação social são consideradas pelos sujeitos.

Os nativos têm uma identidade muito forte com a igreja, construída por volta de 1750. Ela faz parte do cotidiano da comunidade, sendo cenário de celebrações como: nascimentos, batizados, casamentos, mortes e outros eventos sociais. A igreja, segundo a comunidade, é um lugar procurado para peregrinações, romarias, concentrações, celebrações especiais, penitências, confissão e oração, pois em dezembro de 1999 foi elevada à condição de Santuário. É um lugar de bênçãos especiais onde o povo tem maior oportunidade de manifestar a sua devoção. Atualmente, o Santuário é a maior expressão de religiosidade dos nativos. A comunidade sente-se um pouco proprietária da igreja, visto que muitos fatos e acontecimentos de suas vidas tiveram como pano de fundo o cenário desse local. Os frequentadores da igreja são as pessoas que ali moram há anos e que

---

<sup>1</sup> NATIVOS: identidade coletiva de pessoas que nasceram, cresceram e ainda vivem na comunidade estudada, diferenciando-os dos “de fora”, que são os moradores novos ou “estrangeiros” (que pode ser de outro estado ou país).

<sup>2</sup> OS DE FORA: pessoas que moram na comunidade, mas que não se integram às atividades comunitárias e não interagem com os nativos. Podem ser nascidos na ilha de Florianópolis, mas não são reconhecidos pela comunidade como membro desse grupo de nativos.

acabaram formando um círculo fechado de relações, como uma extensão da família e vizinhança.

Outra característica dos moradores nativos da comunidade é que suas casas geralmente compartilham um mesmo terreno. Mesmo rodeados de casas de pessoas de fora, eles mantêm espaços caracterizados pela sociabilidade familiar. Os filhos constroem suas casas no terreno dos pais, contando com a ajuda econômica e instrumental dos mesmos. No passado, esses espaços territoriais eram maiores, e as casas construídas tinham uma separação expressiva entre elas. Atualmente isso mudou devido à especulação imobiliária e à venda de muitos terrenos ou partes deles, passando a ocupar espaços bem menores. Dessa forma, as casas são próximas umas das outras, com essas famílias compartilhando áreas restritas. Isso traz uma convivência íntima entre os seus moradores, que passam a participar de todas as situações cotidianas dos demais moradores do mesmo terreno, geralmente os pais e os filhos, mas, às vezes, avós, primos e tios. As festas familiares contam sempre com vários participantes e são momentos de conversas acerca dos demais moradores, dos problemas das famílias e da comunidade.

Existe outro local bastante frequentado pelos sujeitos desta pesquisa, como uma sociedade recreativa desta comunidade, onde se realizam os encontros do grupo de apoio a pessoas com DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), os bailes dos idosos, os bingos, as festas beneficentes da comunidade, as festas religiosas, entre outras manifestações de sociabilidade. Esse espaço, frequentado, em sua maior parte, por moradores (nativos e de fora) da comunidade, iniciou suas atividades no início da década de 1980. Atualmente a sociedade funciona também como um espaço de socialização comunitária e de extensão das atividades desenvolvidas pela ULS, que não apresenta espaço suficiente para reunir grupos e desenvolver atividades educativas. Assim, dividem esse local os grupos de encontros tais como: idosos, hipertensos e diabéticos; rendeiras (que também se reúnem em um centro cultural da comunidade), conselho comunitário de saúde etc.

Outras celebrações festivas como casamentos, aniversários e *shows* são realizadas no local, pois auxiliam na manutenção do mesmo. Tal fato faz dessa sociedade um importante meio de circulação de pessoas, que além dos nativos, congrega aqueles que são moradores de outras localidades da Ilha e/ou de outras cidades e estados.

Os dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (SMS/PMF) confirmam, com base no último levantamento de 2007, 8.074 moradores nesse bairro que buscam



atendimento na ULS, sendo que desses, 3.981 são homens e 4.093 são mulheres.

Com relação ao atendimento de saúde, essa comunidade dispõe de um serviço de atenção primária à saúde local há mais de três décadas, que eles denominam o “posto de saúde”. Importante ressaltar que aqui se tem uma situação distinta de outras comunidades do município, que passaram a contar com esse serviço somente mais recentemente. Esse serviço criou há 24 anos um grupo de apoio às pessoas com HAS e DM que passou a integrar o HIPERDIA e há 18 anos vem sendo liderado por um mesmo médico e uma técnica de enfermagem. Esses dois profissionais, que são também moradores do mesmo bairro, estabeleceram relações familiares e sociais que vão além do acompanhamento e controle da doença, sendo considerados integrantes da comunidade. Essa identificação se reflete no discurso dos sujeitos, expressando a influência desses profissionais de saúde na comunidade. No entanto, essa influência não se expressa em suas práticas de cuidado à saúde, como será tratado nos resultados deste estudo.

O “posto”, nome convencionalmente usado pelos moradores para se referirem à ULS, é também um importante ponto de referência para encontros e sociabilidades da comunidade. Os nativos circulam no local com maior frequência e número e o fazem de maneira informal, sendo que a localização do posto facilita o acesso, pois é bastante central e é onde todos circulam e se encontram. Os sujeitos afirmam que procuram o posto para encontrar amigos, pessoas que lhe são caras, ou que trabalham no local, além de buscarem cuidados e assistência, seja para situações agudas ou crônicas.

No posto de saúde da comunidade, atuam os profissionais mais antigos, tidos como importante referência de apoio e aqueles decorrentes de contratações recentes. Entre os profissionais, a relação parece ser harmônica; no entanto, há certa restrição por parte da comunidade em relação aos profissionais mais novos, que sofrem algum tipo de rejeição. O motivo se cola ao não conhecimento profundo dos sujeitos que buscam atendimento. Somente em situações agudas com sofrimento mais acentuado, os sujeitos aceitam o atendimento por qualquer profissional presente. Aspectos gerenciais da SMS/PMF como a contratação dos funcionários do posto por tempo limitado (cerca de dois anos) é um elemento que dificulta a inserção dos profissionais na comunidade estudada.

Os profissionais mais antigos têm conseguido construir uma relação de camaradagem, no que se refere aos cuidados terapêuticos e condutas de atenção à saúde praticada, com as pessoas estudadas.

Embora exista a consciência de que alguns sujeitos não realizam sempre os cuidados e tratamentos indicados, esses profissionais não criticam, ou tentam impor suas opiniões; desse modo promovem uma comunicação mais horizontalizada.

Ainda sobre os serviços de saúde prestados à comunidade, existe um farmacêutico considerado importante pelos sujeitos da comunidade, proprietário de uma farmácia que funciona há 30 anos no local, que presta atendimento para as pessoas que o procuram. Seja qual for o transtorno de saúde, esse farmacêutico é acionado.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

As pessoas que integraram este estudo foram aquelas cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) da Unidade Local de Saúde (ULS) de uma comunidade de Florianópolis/SC, por possuírem o diagnóstico de DM há pelo menos um ano e serem moradores da comunidade de longa data, considerados “nativos”. A escolha dos nativos foi por constituírem uma comunidade distinta no local onde o estudo foi realizado.

Tomando por base a maneira de viver da comunidade escolhida para a realização deste estudo, anco-ro-me em Mattos (2001) o qual afirma que nas pesquisas com lastro etnográfico, os significados e as perspectivas são, muitas vezes, inconscientes para as pessoas que os possuem. Esses sujeitos são, às vezes, pouco articulados para explicitar concretamente sua compreensão sobre como vivem e por que agem desta ou daquela forma. A significação dada a sua rotina por esses atores sociais são vistos, algumas vezes pelo pesquisador, como secundária ao objetivo central da pesquisa ou irrelevante, teoricamente. Assim, o “sujeito”, historicamente fazedor da ação social, contribui para significar o universo pesquisado exigindo uma constante reflexão e reestruturação do processo de questionamento do pesquisador.

A ULS tem um grupo de apoio a pessoas com DM e HAS (HIPERDIA) que consiste num sistema de cadastramento e acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, captadas no Plano Nacional de Reorganização da atenção à HAS e DM em todas as unidades ambulatoriais no município. Essa ação gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Nesse serviço existem 42 pessoas cadastradas sendo que, para a realização deste estudo, optou-se por

aquelas que participam mais ativamente desse programa, perfazendo um total de 28 pessoas, sendo 21 mulheres e sete homens, com idade variando de 50 a 87 anos.

A maioria dos sujeitos que frequentam o HIPERDIA participam há mais de uma década; algumas pessoas estão desde a sua fundação, há 24 anos. Isso confere um caráter único ao grupo, que além de se reunirem em função da doença crônica, mantém uma ligação que fortalece a identidade social e cultural da comunidade. As pessoas ligadas a esse grupo nem sempre são aquelas nascidas na comunidade, mas têm uma história de vínculo com os sujeitos e o local estudado. Apesar da HAS e do DM, outras doenças fazem parte da vida desses sujeitos; muitas vezes elas impossibilitam a participação ativa dos sujeitos nas atividades de sociabilidade.

Geralmente as pessoas chegam ao grupo por indicação de familiares, amigos, vizinhos ou por recomendação médica, reforçada pelos funcionários da ULS, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou médicos especialistas particulares por causa de alguma alteração de saúde. As pessoas indicadas a participarem do grupo são aquelas que apresentam DM ou HAS e em razão disso necessitam de acompanhamento contínuo. Entretanto, não há distinção entre essas doenças, sendo que o foco é a promoção da saúde e prevenção de complicações em decorrência da existência da condição crônica. Essas pessoas possuem outras doenças associadas, tais como: osteoporose; transtornos de ansiedade ou “nervos”<sup>1</sup>; artrose; artrite reumatóide; doenças cardíacas; dentre outras.

A participação efetiva no grupo é definida pela aceitabilidade das pessoas que vivem na comunidade por compartilharem do mesmo espaço social e das vivências diárias. Muitos sujeitos deste estudo mantêm entre si laços afetivos desde a infância, percebendo-se como uma grande família. Eles se solidarizam diante dos mais variados eventos cotidianos. Tal aspecto, além de fortalecer a rede de apoio e exercer influência positiva na resolução de problemas, em outras ocasiões de conflito, configura-se como invasão de privacidade, nem sempre aceita por todos os membros dessa comunidade. Além das pessoas do grupo HIPERDIA, outras pessoas com DM, também cadastradas no serviço, mas que não frequentavam o grupo, foram incluídas no decorrer da pesquisa. Essa inclusão deu-se por serem

---

<sup>1</sup> “Nervos” é uma síndrome reconhecida entre as populações tradicionais e populares no Brasil, sendo objeto de estudo de várias pesquisas antropológicas. Entre elas, destaco os estudos de Kuhen (2002), Silveira (2000); Cartana (1988), Maluf (1993).

referidos pelos sujeitos do grupo como pessoas com DM (amigos, vizinhos) que de alguma maneira, também fazem parte de sua rede de apoio. Outro fator de inclusão foi o cadastro existente na ULS, que totaliza 42 pessoas com HAS e DM.

As pessoas tipicamente nativas interagem com as pessoas de fora que não nasceram no local e os reconhecem como membros dessa comunidade sempre que há compartilhamento de experiências e uma participação ativa nos eventos sociais. Os sujeitos considerados de fora, ao incorporarem determinados hábitos locais em suas vidas, como as festividades religiosas, acabam sendo reconhecidos e aceitos pelos nativos. Somente fazem parte deste estudo pessoas nativas e aquelas reconhecidas como integrantes da comunidade estudada. Pode-se dizer então que esse reconhecimento dá-se não apenas pelo fato das pessoas terem nascido nessa comunidade, mas também porque de alguma forma, têm uma história ligada à mesma.

Embora não tenha sido foco deste estudo, cabe salientar que existe ainda outra designação ao termo “os de fora”, que se refere àqueles que realmente não socializam suas vidas com os nativos nem tão pouco procuram participar dos eventos sociais, constituindo outro grupo de pessoas que também mora no local estudado, tais como: estudantes universitários, pessoas com alto poder aquisitivo, proprietários de imóveis que somente moram no período de alta temporada.

Nesse contexto, a convivência com as pessoas com DM incluiu a oportunidade de me aproximar de alguns de seus familiares tidos como os principais cuidadores e que davam apoio efetivo, entrevistando assim, outras dez pessoas. Além dessas entrevistas com os familiares, outras pessoas próximas integram os relatos de campo.

A relação das pessoas integrantes do estudo com os profissionais de saúde motivou a realização de entrevistas com esses profissionais, referidos pelas mesmas como fundamental apoio para manter a saúde. Foram entrevistados cinco profissionais de saúde: um médico, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e um farmacêutico. A escolha desses deu-se por serem reconhecidos como fundamentais no apoio para o viver com DM para as pessoas estudadas e seus familiares. Tais profissionais foram acionados por meio do posto de saúde e participaram da pesquisa, uma vez que o médico e a técnica de enfermagem eram que estavam à frente do grupo HIPERDIA, conforme já descrito. As duas enfermeiras entrevistadas faziam parte do grupo, respectivamente, uma do posto de saúde da comunidade e outra de um hospital universitário de referência no caso de DM. As pessoas com DM, além de contarem com o serviço de saúde local, procuram

atendimento nessa instituição esporadicamente. O farmacêutico, assim como os dois profissionais que atuam no grupo HIPERDIA, é uma importante fonte de apoio para os sujeitos estudados, sendo que também é morador da comunidade.

### 3.4 A ENTRADA NO CAMPO

A introdução da pesquisadora na comunidade ocorreu de forma gradual com o Projeto de Pesquisa do NUCRON denominado “Qualidade de vida de uma comunidade pesqueira do Sul Catarinense”, em junho de 2006. Esse projeto foi aprovado pela FAPESC<sup>1</sup>, sendo que sua execução durante o ano de 2006 teve início com contatos com a ULS por meio da Regional Leste, da SMS da PMF. Por meio desse Projeto, que foi anterior à proposta de execução desta tese, foi possível perceber o funcionamento da ULS, da sistemática de trabalho dos profissionais que lá atuam, bem como das atividades de educação, prevenção e promoção da saúde, como é o caso do grupo HIPERDIA.

A entrada no campo foi facilitada pelo referido Projeto e impulsionou sobremaneira a realização desta tese, uma vez que o acesso ao local já estava estabelecido. A boa receptividade dos profissionais de saúde que ali atuam contribuiu para a execução desta proposta de pesquisa. Outro aspecto facilitador foi o fato da pesquisadora, além de ter ligações familiares com a comunidade de estudo, ser também portadora de DM 1, diferente da maioria da comunidade que tem DM 2.

Sobre isso, é importante salientar que em determinados momentos esses aspectos facilitaram o desenvolvimento da pesquisa, proporcionando maior aproximação com o universo dos sujeitos. No entanto, esses mesmos aspectos facilitadores, também foram obstaculizantes. Ter a mesma doença que os sujeitos pesquisados, em determinadas situações, impossibilitou um aprofundamento maior no processo de estranhamento da pesquisadora com a vida dos sujeitos, o que causou certa diluição e perda de alguns aspectos considerados relevantes no transcurso da imersão etnográfica.

Durante esse processo de inserção no campo, ocorreram encontros com os ACS, previamente agendados pela enfermeira da ULS, que também receberam informações sobre o projeto a ser desenvolvido nas áreas sob a equipe de saúde da ULS. Além disso,

---

<sup>1</sup> FAPESC: Fundação de Amparo à Pesquisa em Santa Catarina.

também houve contatos informais, como conversas e observações que foram elucidadas pelos demais funcionários da ULS, tais como: médicos, nutricionistas, psiquiatras, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, pessoal da limpeza. Essas pessoas não compuseram efetivamente o universo dos sujeitos pesquisados, mas contribuíram para o delineamento de alguns aspectos da comunidade.

Posteriormente a essa interação com a ULS, começou a participação voluntária da pesquisadora no grupo de apoio a pessoas com DM e HAS, o HIPERDIA, que desde setembro de 2006 manteve contato direto e sistemático com essas pessoas. A primeira aproximação com o grupo foi considerada pouca receptiva. As pessoas dessa comunidade tendem a manter algum tipo de resistência com a chegada, a cada semestre acadêmico, de pesquisadores da UFSC devido à execução de vários projetos de pesquisa e extensão que os diferentes cursos da área da saúde realizam na comunidade.

Embora a ULS apresente excelente receptividade no que tange ao desenvolvimento de pesquisas em saúde e atue como facilitadora no processo de inserção em campo, a comunidade tem um olhar diferenciado sobre essas pesquisas. Para muitos sujeitos do estudo, a universidade nem sempre efetiva suas propostas de forma satisfatória. Há uma dificuldade no entendimento de que os projetos têm um tempo de início e de finalização que precisa ser academicamente respeitado. Isso gera uma resistência das pessoas dessa comunidade que sentem suas vidas invadidas e não vêem grandes melhorias na assistência à saúde que é prestada.

### 3.5 COLETA DE DADOS

Como técnica de coleta de dados utilizou-se a observação participante e a realização de entrevistas em profundidade, tendo como base a pergunta norteadora: “Como é para o (a) senhor (a) viver com DM?”. A intenção da pergunta era de contribuir no direcionamento dos relatos sobre o viver com DM. As entrevistas possibilitaram ampliar o entendimento e captar melhor o foco de interesse desta pesquisa, relacionado à questão das redes sociais. Muitas vezes as pessoas entrevistadas desviavam o foco do questionamento inicial devido ao fato da doença não ser percebida como o principal aspecto de suas vidas.

Em uma pesquisa com bases etnográficas, segundo Oliveira (1998) e Da Matta (1987), esse “desvio” da questão central por parte dos

sujeitos que narram fatos de suas vidas não deve ser interrompido, pois essas pessoas transcorrem sobre seus cotidianos, suas relações familiares, percepções e significações. Compreender o significado que as pessoas com DM atribuem a esse viver vai além da percepção da existência da doença, visto a complexidade da vida dessas pessoas.

Os dados foram registrados no diário de campo e traduzidos o mais próximo possível das observações e percepções sobre a vida cotidiana da comunidade, dos registros de visitas nas casas de moradores, de conversas informais em diferentes encontros, tais como: do grupo HIPERDIA, de encontros casuais pelas ruas, supermercados, farmácia e estabelecimentos comerciais, bem como eventos festivos religiosos e sociais da comunidade. As entrevistas, sempre que possível, foram gravadas de acordo com a oportunidade e/ou a autorização das pessoas.

Importante relatar que nas entrevistas formais, solicitadas com antecedência às pessoas, os dados eram registrados com base na permissão do entrevistado e de acordo com a pergunta norteadora. No entanto, em algumas entrevistas gravadas, percebeu-se que o gravador intimidava e interferia na naturalidade da conversa com algumas pessoas, que ponderavam suas falas.

Dessa maneira, os dados mais significativos eram coletados em encontros informais, sem o uso de gravadores, visto que as pessoas se sentiam mais livres para falar daquilo que pensavam. As conversas e observações com diferentes sujeitos da comunidade estudada foram constantes durante todo o processo de observação participante. Um passeio “despretensioso” pela comunidade se transformava em importante fonte de obtenção de dados baseado em encontros em uma parada de ônibus, no interior dos estabelecimentos comerciais e também em festas comunitárias que propositadamente eram frequentadas pela pesquisadora.

Segundo Becker e Geer (1978), a observação participante é um método no qual o observador participa da vida diária das pessoas que estão sendo estudadas. Tais autores acreditam que por meio desse método são obtidos os dados sociológicos mais completos, pois, ao se observar um evento social, pode-se perceber os eventos que o precedem e que acontecem depois desse e as explicações sobre seu significado, dadas pelos participantes e espectadores, antes e depois de sua ocorrência.

Durante as observações nos diferentes locais do estudo, tais como as casas, a ULS e a comunidade em geral, surgiam as melhores informações que eram obtidas em situações inesperadas. Um exemplo

importante refere-se ao fato de, em algumas vezes, pegar o ônibus de volta para casa e sentar ao lado de uma das pessoas do grupo, que falava mais abertamente sobre suas experiências, sem colocar as barreiras da formalidade ou da preocupação com o que os outros estariam pensando. A fim de não perder as informações que surgiam em momentos inusitados, os dados de campo eram anotados e imediatamente eram registrados. Sentar-se com os funcionários do serviço de saúde para realizar as refeições, bem como a permanência no local quando o tempo era impróprio para andar pela comunidade devido às adversidades climáticas foram meios utilizados para a coleta de dados.

Conforme já mencionado, os dados foram sistematicamente registrados de maio de 2008 até outubro de 2009. Nos três últimos meses, o retorno foi apenas para esclarecimentos de alguns aspectos do estudo que suscitavam dúvidas e também como parte de atividades como enfermeira voluntária no grupo de apoio, o HIPERDIA.

Oliveira (2000, p. 34) afirma que para fazer uma consistente pesquisa de campo é fundamental saber olhar, ouvir e escrever. Esse último aspecto não pode ser subtraído ou negligenciado pelo pesquisador, desde que ao tentar penetrar em formas de vida que lhe são estranhas, a vivência que delas passa a ter cumpre uma função estratégica no ato de elaboração e análise dos dados, uma vez que essa vivência só é assegurada pela observação participante, pela ação do “estando lá”, que passa a ser evocada durante toda a interpretação dos dados no processo de sua inscrição.

Com base nos princípios etnográficos, desde o início da caminhada em campo, procuramos analisar as dimensões do socialmente vivido e compartilhado, podendo compreender mais claramente os processos de inspiração, motivação e ainda algumas determinações das expectativas e possibilidades das vivências entre sujeitos, seja pela apreensão e cuidado do instituído, seja pela permanência e ruptura das relações de poder das práticas sociais e de suas representações. (GONÇALVEZ, 2009).

A preocupação inicial com o fato de conhecerem a pesquisadora como enfermeira pudesse intervir na maneira como as pessoas poderiam relatar suas experiências e suas histórias foram diluídas ao longo da permanência em campo e interação com os sujeitos da comunidade. As pessoas com DM dão importância considerável à sociabilidade, permeada por eventos mais significativos, como os encontros comemorativos, festas e viagens.

A expressão de vivências e experiências individuais e coletivas que abarcam a formação cultural do sujeito com permanências e/ou



rupturas auxilia na compreensão do modo como as pessoas vivem e significam suas vidas. Gonçalves (2009) propõe que a cultura seja entendida como expressão do fazer social na perspectiva das múltiplas temporalidades, sendo possível desvelar as tramas que envolvem sua construção por meio das representações repletas de sentidos e de significados que emergem.

### 3.6 A SAÍDA DE CAMPO

A pesquisa qualitativa se preocupa com a profundidade e qualidade da informação. A permanência em campo é fundamental para a consistência dos dados quando se pretende compreender a cultura de um grupo de pessoas como um processo conduzido por uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas com as quais se trabalha.

No entanto, a saída do campo também faz parte do processo de pesquisa etnográfica. Durante o período de permanência no local, alguns laços de amizade foram firmados, visto que a pesquisadora conviveu intensamente com a comunidade estudada.

Além do fato de cumprir com o calendário da ULS de atividades anuais do grupo, que encerra em dezembro e retorna em fevereiro, a saída do campo começou pela redução da atuação da pesquisadora frente ao grupo de apoio, que lentamente passou a ser mais participativa do que de coordenação. No último ano de coleta, a maior parte do tempo foi dedicada à imersão e à análise dos dados.

O processo de saída de campo foi efetivado definitivamente pela mudança de estado devido à oportunidade de emprego, que foi entendido pela comunidade como algo necessário.

### 3.7 ANÁLISE DE DADOS

Uma das questões mais frequentemente colocadas em relação ao rigor metodológico na pesquisa com bases etnográficas, diz respeito à subjetividade do pesquisador que decorre do seu envolvimento com os informantes no processo de investigação. Para que a validade do estudo seja garantida, o pesquisador precisa reconhecer inicialmente seus pressupostos e valores antes de iniciar a pesquisa. Tais aspectos devem

ser reconsiderados e descritos na medida em que forem modificados, ou afetados durante o desenvolvimento da investigação. (GUALDA; HOGA, 1997).

Nessa perspectiva, é importante esclarecer que esta tese não se trata de uma etnografia em absoluto, mas se utilizou de seus princípios enquanto método. A análise de dados foi bastante complexa, pois precisou ser sistematizada em decorrência da quantidade de dados coletados no decorrer do período de observação participante e convivência intensa na comunidade por parte da pesquisadora. Em função da opção pela nova estruturação acadêmica do formato de tese, houve a necessidade de eleger dados substanciais que fossem convergentes ao objetivo geral deste estudo.

A finalidade da análise é extrair temas e obter um entendimento profundo dos valores que guiam as ações dos indivíduos. Isso envolve um pensar e repensar sobre o que as pessoas dizem, fazem e sobre a consistência entre aquilo que dizem, que fazem e que realmente fazem, bem como o significado das ações no contexto socialmente vivido. O uso do método etnográfico de pesquisa é uma descrição cultural. A generalização é a tarefa essencial do pesquisador e envolve a descrição de padrões culturais. (POWERS; KNAPP, 1990).

Com base nisso, neste estudo a análise dos dados ocorreu por imersão, interpretação e conseqüente saturação de dados. Esse processo teve duas etapas: uma primeira em que trabalhamos de forma mais interpretativa por meio de leituras e releituras para identificar os temas contidos no conjunto dos dados (entrevistas e diário de campo). Nessa fase, foram identificados inicialmente três temas considerando o destaque dado pelos sujeitos. A saber: a recorrência em diferentes momentos, a possibilidade de contribuição para a prática assistencial em saúde e a convergência com a temática do estudo, ou seja, sobre as práticas de autoatenção. Os dados referentes a cada um desses temas foram organizados em arquivos separados. Após essa organização, iniciou-se a segunda etapa do processo de análise.

A segunda etapa foi mais estruturada e constou de: codificação linha a linha, seleção dos códigos mais significativos, reunião dos códigos semelhantes, comparação e elaboração de categorias. Nessa etapa inicialmente buscamos destacar nas falas dos sujeitos os aspectos relevantes. Logo em seguida, procuramos destacar os dados significativos referentes ao viver com DM e agrupamos os dados semelhantes, que originaram as categorias de análise.

A validação dos dados foi obtida por meio da aproximação entre a perspectiva dos sujeitos e a da pesquisadora, convergindo com a

temática proposta no objetivo geral desta tese que era a de compreender o significado das práticas de autoatenção para o viver com DM das pessoas da comunidade e seus familiares.

Desse processo de análise com base nas temáticas que emergiram, delinearam-se os três artigos desta tese. As temáticas foram as seguintes: As Práticas de autoatenção de pessoas com DM; Os processos interativos de pessoas com DM e profissionais de saúde; e As redes de apoio social às pessoas com DM.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, fundamentada na Portaria/MS N° 196/96, respeitou-se o sigilo e o anonimato. Os termos de adesão ou recusa constam no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) que foram assinados por todos os integrantes do estudo, tanto aqueles entrevistados formalmente quanto aqueles que constam do diário de campo.

A concordância dos sujeitos foi obtida em diferentes momentos. Inicialmente o termo TCLE foi apresentado ao grupo de pessoas com DM e HAS, esclarecendo sobre os objetivos e o direito de se recusarem a participar. Após a leitura do termo, houve aprovação total dos sujeitos. As assinaturas foram coletadas em momentos variados, sendo principalmente durante a realização das entrevistas formais, ao final dos registros no diário de campo e ao término das atividades no referido grupo.

Durante o ano de 2006, foi apresentado o motivo da realização do doutorado à comunidade por meio da inserção voluntária na qualidade de enfermeira. Nesse período, configurou-se um forte vínculo e não houve problemas quanto à solicitação de consentimento para a realização da pesquisa. Muitas pessoas se ofereceram para fazer parte da pesquisa devido aos vínculos de respeito e de amizade. Em maio de 2008, após aprovação do comitê de ética, foi realizada a coleta de dados.

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, em 14/04/2008, sob o N° 057.

## **4 RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa sob a forma de três artigos científicos, na formatação de cada periódico para a publicação, conforme as normas que seguem em anexo no final deste trabalho.

O primeiro artigo procura conhecer os significados e práticas atribuídos ao viver com DM entre um grupo de moradores de uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina.

O segundo artigo busca compreender como ocorrem as relações entre as pessoas com DM e os profissionais de saúde.

O terceiro artigo, por fim, procura compreender a rede de apoio de pessoas com DM em uma comunidade em Florianópolis, Santa Catarina.

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instruções aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica para atender às Normas de Apresentação para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **4.1 ARTIGO 1: PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Este artigo será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, e apresentado conforme a instrução para autores da própria Revista (Anexo D). A autoria do referido artigo é desta pesquisadora, sua orientadora e co-orientadora.

## PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS<sup>(I)</sup>

FRANCIONI, Fabiane Ferreira<sup>(II)</sup>  
SILVA, Denise M<sup>a</sup> Guerreiro Vieira da<sup>(III)</sup>  
LANGDON, Esther Jean M.<sup>(IV)</sup>

<sup>I</sup> Artigo da tese de doutorado “Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social”, conforme a Resolução 196/96, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC, aprovada em 14/05/2008, mediante o parecer n<sup>o</sup> 058/2008.

<sup>II</sup> Enfermeira, autora da pesquisa, Doutoranda em Enfermagem da PEN/UFSC. Integrante do NUCRON/UFSC. Bolsista CNPq. E-mail: [francionifloripa@yahoo.com.br](mailto:francionifloripa@yahoo.com.br)

<sup>III</sup> Orientadora. Enfermeira. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Bolsista de produtividade do CNPq.

<sup>IV</sup> Co-orientadora. Antropóloga. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Antropologia Social CFH/UFSC. Pesquisadora do CNPq.

**RESUMO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no método etnográfico. O estudo foi realizado com pessoas com DM e profissionais de saúde que atuam numa comunidade açoriana de Florianópolis, Santa Catarina. Teve como objetivo conhecer os significados atribuídos ao viver com DM e suas práticas de autoatenção. Os dados foram coletados por meio de observação participante, entrevistas e registros em diário de campo. A análise fundamentou-se no conceito de autoatenção de Menéndez (2003), procurando identificar as formas como as pessoas realizam seus cuidados para manter a saúde. O estudo possibilitou ampliar a compreensão acerca das esferas vivenciais que abarcam diferentes práticas no viver com uma doença crônica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas de Autoatenção; Diabetes Mellitus; Enfermagem; Antropologia.

### INTRODUÇÃO

As doenças crônicas abrangem cerca de 75% da carga geral de doenças no Brasil. O envelhecimento rápido, enquanto situação demográfica, projeta um incremento situacional epidemiológico que, antes de por fim às doenças infecciosas e parasitárias, apresentam uma manifestação hegemônica<sup>(1)</sup>.

Entre essas doenças crônicas, o Diabetes Mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde resultante de vários fatores, com uma prevalência no Brasil de aproximadamente 8%<sup>(2,3,4)</sup>, com previsão de crescimento para 10,3% em 2030<sup>(4)</sup>. O sedentarismo e a obesidade são atribuídos como fatores que também contribuem para essa incidência.

O avanço da biomedicina<sup>(5)</sup> tem contribuído com a implementação de tecnologias inovadoras e com novas perspectivas no tratamento e busca da cura do DM, tais como: transplante pancreático e de ilhotas, bioengenharia com células tronco, pâncreas virtual, regeneração de ilhotas e cirurgia de interposição do íleo e de exclusão do duodeno<sup>(5)</sup>. Entretanto, nem sempre esses avanços têm correspondido a um melhor controle da doença, visto o aumento de sua incidência e o avanço das complicações crônicas. Isso acena para a existência da realização de outras práticas envolvidas no cuidado e tratamento do DM, especialmente as relacionadas ao significado popular e tradicional, distinto da percepção dos profissionais da saúde, que a consideram mais como uma alteração da normalidade do corpo a ser corrigida, do que implicações na vida das pessoas.

Atualmente as pessoas com DM procuram usar várias formas de atenção à saúde não só para problemas diferentes, também para um mesmo problema de saúde. Tomando por base as necessidades e possibilidades dos diferentes conjuntos sociais, os processos de desenvolvimento econômico e cultural de diferentes formas de atenção promovem estratégias de sobrevivência que permitem um equilíbrio psicobiológico. A existência de doenças incuráveis e a busca de soluções aos problemas existenciais conduzem a uma ressignificação de formas de atenção<sup>(6)</sup>. No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado superar o modelo centrado na biomedicina e organizado para atender condições agudas, propondo um olhar mais amplo para o sujeito. Tentar apreender a perspectiva de quem vive com a doença, em seu contexto social e cultural, poderá contribuir para que o modelo biomédico utilizado pelo SUS seja superado.

A forma dominante como a biomedicina age decorre não apenas do discurso dos profissionais de saúde que reforçam a sua hegemonia, mas sim, e principalmente, pela forma como os sujeitos agem e reproduzem seus discursos, incorporando em suas vidas como algo vital<sup>(7)</sup>.

A antropologia configura-se como importante aliada para entender como as pessoas significam, desenvolvem e articulam as diferentes formas de atenção à saúde. Neste artigo adotamos o conceito de práticas de autoatenção de Menéndez<sup>(7)</sup>, para compreender as

representações e práticas que os sujeitos e os grupos sociais utilizam para tratar seus problemas de saúde. Menéndez define as práticas de autoatenção em saúde numa perspectiva ampla e restrita. Na perspectiva ampla, é percebido como todas as práticas culturais que ajudam a assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e do grupo. Estas práticas são ligadas aos processos socioculturais que contribuem para sua continuação, tais como os usos de recursos corporais e ambientais, ritos, regras de casamento, parentesco e outras práticas de sociabilidade. Na perspectiva restrita, o autor compreende as representações e práticas que a população utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar, ou prevenir os processos que afetam a saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional dos curadores profissionais<sup>(7)</sup>. Menéndez reconhece que em qualquer contexto existem diversos modelos de atenção. Entre esses tipicamente encontramos os serviços da biomedicina (primários e especializados), dos curadores populares, das medicinas paralelas ou alternativas e dos grupos de autoajuda. As pessoas articulam esses diferentes modelos para resolver seus problemas de saúde; sendo necessário reconhecer que o setor de saúde oficial fornece um impulso importante para as práticas de autoatenção. Isso significa dizer que a interação entre profissionais de saúde e usuários resulta na apropriação e/ou integração das práticas biomédicas com as práticas de autoatenção. Um exemplo dessa apropriação se refere à automedicação que é mal vista pelos profissionais de saúde sem, no entanto, haver percepção de que são os serviços de saúde que também estimulam essa prática, entre outras.

Baseada nessa ideia de articulação entre a biomedicina e as práticas de autoatenção, o **objetivo desta pesquisa** foi o de conhecer os significados e práticas atribuídos ao viver com DM entre um grupo de moradores de uma comunidade de Florianópolis/SC.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando como referência a pesquisa antropológica, baseada nos princípios do método etnográfico, com o uso de observação participante e entrevistas semidirigidas. As pessoas que integraram este estudo foram os moradores da comunidade, designadas “nativas”, que possuem o diagnóstico de DM há pelo menos um ano e cadastradas no HIPERDIA do Programa de Saúde da Família (PSF) em uma Unidade Local de Saúde (ULS) no município de Florianópolis. Também os profissionais de saúde no posto, que

interagem com essas pessoas, foram inclusos na pesquisa. Participaram três profissionais de saúde, sendo um médico, uma técnica de enfermagem e um farmacêutico, além de 28 pessoas, sendo 21 mulheres e sete homens, com idade variando entre 50 a 87 anos. Além do DM, algumas pessoas apresentavam outras doenças (osteoporose; transtornos de ansiedade, reconhecido popularmente como “nervos”; artrose; artrite reumatóide etc) sendo a hipertensão arterial a mais expressiva.

O HIPERDIA consiste num sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção ao DM do SUS. Esse acompanhamento é idealmente preconizado pelo SUS com um atendimento mensal capaz de traçar o controle da doença, além de realizar práticas educativas em saúde. No entanto, as atividades executadas pelo grupo estão centradas na organização de festas, bingos, viagens e eventos festivos na comunidade, sendo que as questões concernentes à saúde ficam em segundo plano.

A introdução na comunidade ocorreu por meio da participação da primeira autora no grupo do HIPERDIA que, desde junho de 2006, atuou como enfermeira voluntária, organizando e conduzindo atividades de promoção e prevenção à saúde. Entre os motivos para a realização da pesquisa, está o fato da pesquisadora apresentar DM 1, diferente da maior parte do grupo, que apresenta DM 2. De março de 2008 a novembro de 2009, foram realizadas visitas (três ou quatro vezes semanais) à comunidade. A pesquisadora circulou em momentos variados pelas ruas, estabelecimentos comerciais e casas de moradores e registrou as observações e conversas num diário de campo. Estes encontros e conversas resultavam em convites para cafés da tarde, almoços ou jantares, que eram aproveitados para a realização de entrevistas semiestruturadas que visavam dialogar sobre as experiências de viver com DM e as práticas de autoatenção. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Houve também a participação em eventos coletivos, tais como as festas religiosas, comunitárias e familiares.

Seguindo os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, com base na Portaria/MS Nº 196/96, respeitou-se o sigilo e anonimato. Os termos de adesão ou recusa constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina-CEP/UFSC, em 14/05/2008, sob o Nº 057.

## **CONTEXTUALIZANDO A COMUNIDADE**

O local do estudo é conhecido como um bairro tradicional da ilha



de Florianópolis/AC com influência açoriana expressiva, manifestado nas festividades populares e religiosas e no compartilhamento de um patrimônio cultural incluindo narrativas sobre bruxas e lobisomens, alimentação, artesanato típico do grupo, como renda de bilro etc<sup>(8)</sup>. A religiosidade é uma característica desta comunidade, expressa na frequência à igreja católica e às festas do Divino Espírito Santo, Nossa Senhora dos Navegantes e Nossa Senhora da Conceição. A participação na organização e realização dessas festas é um compromisso dos devotos e configura-se como importante fator na inclusão da comunidade.

A pesca foi durante muito tempo a principal atividade de subsistência da comunidade. Atualmente serve como complementação da renda ou apenas uma atividade de lazer e consumo das famílias. Mesmo assim, a pesca continua sendo importante para a identidade entre os moradores mais antigos. Durante as safras da tainha e do camarão, os eventos coletivos são mais intensos. Nesse período, muitas famílias fazem refeições daquilo que pescaram; sendo que isso é motivo de confraternização e sociabilidade.

Por sua beleza natural, o local configura um importante ponto turístico, atraindo novos moradores de diversos estados do Brasil, principalmente Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo. Porém, os novos residentes raramente participam das atividades locais. Os moradores mais antigos não os consideram membros de sua comunidade por não compartilharem das mesmas redes sociais, nem participarem das atividades coletivas. A maioria dos idosos tende a manter-se afastados desse grupo que identificam como “os de fora”. Em câmbio, os mais jovens passam a interagir com mais facilidade com eles. Muitos moradores da comunidade trabalham nos estabelecimentos comerciais que atendem os turistas ou esses novos moradores: lojas, supermercados, bares, restaurantes e hotéis. Entretanto, alguns que vêm de fora passam a integrar a comunidade de “nativos”, compartilhando os espaços e atividades sociais, tais como as festas locais e da igreja, o posto de saúde e espaços de moradia.

A Ilha, por ter comunidades tradicionalmente açorianas enfrentando transformações frente ao desenvolvimento do local, já foi objeto de várias pesquisas antropológicas com temas diversos<sup>(9,10, 11, 12, 13, 15,16, 17, 18,19)</sup>, sendo que vários têm privilegiado os aspectos relacionados às práticas de saúde, questões de gênero e das redes sociais.

Alguns estudos<sup>(14,17,20,21)</sup> demonstram a continuação de práticas de medicina tradicional e a importância da benzedeira e plantas

fitoterápicas nas práticas de autoatenção. Silveira (2003) pesquisou a doença dos “nervos” entre as mulheres e suas articulações com os médicos dos postos de saúde e as práticas de automedicação que resultam dessa articulação. Brown (2008) pesquisou transformações na família e a rede de apoio criada para atender os idosos com alteração da saúde. Porém, não há pesquisas que enfocam especificamente as doenças reconhecidas pela biomedicina, tais como o DM e a articulação realizada por essas populações entre a biomedicina e as práticas de autoatenção.

Na comunidade estudada, as famílias “nativas” tendem a compartilhar o mesmo espaço territorial. Mesmo rodeados de casas de pessoas de fora, os “nativos” mantêm espaços caracterizados pela sociabilidade familiar, peculiar ao local estudado. Os filhos geralmente constroem suas casas no terreno dos pais, contando com a ajuda econômica e instrumental desses. No passado, os terrenos eram grandes, e as casas construídas tinham uma separação expressiva entre elas. Isso mudou com a especulação imobiliária e a venda desses espaços, ou parte deles, sendo que atualmente são bem menores. Assim, hoje em dia as casas estão bastante próximas, com essas famílias compartilhando áreas restritas. Essa nova ordem traz uma convivência muito próxima entre os moradores, que passam a participar de todas as situações cotidianas dos demais moradores do mesmo terreno, geralmente os pais e os filhos, mas, às vezes, avós, primos e tios. As festas familiares contam sempre com muitos participantes e são momentos de muitas conversas acerca dos demais moradores e sobre os problemas das famílias e da comunidade.

A comunidade dispõe de um serviço de atenção primária local há mais de três décadas, que eles denominam o “Posto de Saúde”. Importante ressaltar que essa é uma situação distinta de outras comunidades do município, que passaram a contar com esse serviço somente mais recentemente. Também um grupo de pessoas com DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi criado há 24 anos pelos profissionais do Posto, que passou a ser cadastrado como HIPERDIA, em 1996. Há 18 anos vem sendo liderado por um mesmo médico e uma técnica de enfermagem. Estes dois profissionais, que são também moradores do bairro, estabeleceram ao longo dos anos, relações familiares e sociais que vão além do acompanhamento e controle da doença, de tal forma que são considerados integrantes da comunidade.

Além do atendimento mantido, o “posto” é um importante ponto de referência para encontros e sociabilidades da comunidade. Particularmente os “nativos” passam no local com bastante frequência,

dado que o posto está localizado estrategicamente no meio da circulação dos moradores e suas residências. As pessoas afirmam que procuram o posto para encontrar amigos, pessoas a quem têm afeto, ou que trabalham no local, além de buscar assistência biomédica. As atividades desenvolvidas são as de assistência com consulta pré-agendada, pronto atendimento à comunidade, distribuição de medicamentos, realização de grupos de apoio (adolescentes, gestantes, idosos, entre outros), vacinação, acompanhamento de gestantes, crianças etc.

A farmácia, também centralmente localizada, é outro espaço valorizado pelos sujeitos, visto que o farmacêutico atua há 30 anos no local e é referência de apoio para a comunidade.

*“na verdade eu tento melhorar o nível de informação deles... eles sempre ficam naquele “eu ouvi falar”. Então eu tornei esse “eu ouvi falar” um pouco mais técnico... eu dei informações que eles começaram a ver que era mais concisa... e aí veio a questão da confiança né... com o passar do tempo eu consegui tirar um pouco as credices que eles tinham em relação à doença, alimentação... é que também, às vezes, o médico faz um atendimento rápido e prescreve medicamento... daí eles não entendem muito e chegam na farmácia fazendo várias perguntas e eu acabo traduzindo para a linguagem deles o que o médico falou...”* (farmacêutico, 59 anos).

## **RESULTADOS**

### **2. Práticas de autoatenção das pessoas com Diabetes Mellitus**

Identificamos algumas práticas de autoatenção<sup>(7)</sup> que as pessoas com DM realizam para manterem sua qualidade de vida, bem como o modo como se estabelece a relação entre o saber científico e o popular. As pessoas estudadas executam suas práticas, sem distinguir o âmbito de sua origem, justificando-as segundo suas necessidades e experiências pessoais e de acordo com sua eficácia percebida.

#### **2.1 Práticas de autoatenção decorrente da interação com os profissionais**

As práticas de autoatenção relacionados ao DM das pessoas são influenciadas em grande parte pelas indicações dos profissionais. É possível ver a grande aceitação e legitimidade que as pessoas com DM atribuem aos medicamentos alopáticos e aos diagnósticos dados pelo médico por meio de resultados de exames. Particularmente há uma

valorização as especialidades médicas. Porém, ficou claro que eles reapropriam e articulam as informações de vários médicos com outros conhecimentos e práticas que julgam interessantes e acreditam ter efetividade.

Os profissionais que atuam na comunidade e tidos como referência há certo tempo têm conseguido construir uma relação de confiança em relação aos cuidados terapêuticos e às condutas de atenção à saúde praticada pelos pacientes. São conscientes de que as pessoas estudadas não realizam sempre os cuidados e tratamentos indicados, no entanto, não criticam seus pacientes, ou tentam impor suas opiniões, assim uma comunicação mais horizontal e próxima é evidente nas relações entre o profissional e paciente.

O uso de medicamentos é um exemplo claro sobre como a biomedicina integra as práticas de autoatenção dessas pessoas com DM. Tomar remédio é a principal forma de prática referida pelas pessoas, tanto no sentido de valorizarem o médico e o farmacêutico que prescrevem, ou indicam medicamentos, quanto pela automedicação.

Para as pessoas com DM, o uso de medicação oral é o tratamento mais aceito, em comparação as outras medidas terapêuticas. No entanto, algumas pessoas fazem adaptações, alterando os horários e a frequência, ou as dosagens tomadas, baseadas nos efeitos observados em relação ao controle glicêmico. Isso pode ser evidenciado nas visitas e no que se refere aos convites para almoços nas casas de alguns moradores. Devido à pesquisadora ser também profissional de saúde, tais moradores questionavam sobre suas práticas adotadas em seus cotidianos em relação ao DM.

O uso da insulina é considerado por alguns sujeitos como uma necessidade que surge com a evolução da doença, ou seja, a necessidade de seu uso significa que sua doença está mais grave e sem possibilidade de cura. Aqueles que precisam fazer uso da insulina afirmam que a mesma vicia, ou seja, a pessoa cria uma dependência e não pode mais se livrar. Tentam prorrogar ao máximo o início do uso da insulina, mas aceitam quando o médico especialista diz ser essencial.

O médico especialista é particularmente valorizado pela comunidade. Considerando que o acesso a esses especialistas no sistema público nem sempre é fácil e rápido, muitas vezes os sujeitos procuram médicos particulares. O elevado custo desses profissionais é tido como prioridade pelas famílias que, mesmo que precisem ajustar seus orçamentos, pagam por esse atendimento. Quando as pessoas procuram médicos especialistas, tal atitude torna legítimo seu papel de doente, comunicando que o sujeito está investindo na sua saúde para seu

melhoramento, apesar de nem sempre as indicações dos profissionais serem seguidas.

*“... eu vou no posto né... ali eu consulto com a doutora “G” e eu também vou no médico particular... tem o Dr. “E”... mas eu vou nele quando eu to bem mais pra baixo, que tá mais doente assim, aí eu procuro ele... a consulta dele é cara... mas daí quando eu vou fazer um exame completo, aí eu procuro o particular... porque o posto é bom, mas aqui eles quase não fazem exame aqui, não tem...”* (mulher, 75 anos).

As pessoas dão importância à realização de exames. O resultado de um exame apontando glicemia normal ou próxima da normalidade é interpretado como razão de cumprir com todas as indicações de tratamento. Um resultado ruim não é muito comentado e quando referido é justificado por problemas da vida, tais como conflitos, problemas familiares etc. Fazer exames é uma prática valorizada, considerando que um médico que não pede exames, assim como um que não prescreve medicamentos, não é um bom médico.

Nos encontros mensais ou nas consultas no Posto, a dieta sem açúcar e com pouca gordura recebe ênfase especial como sendo essencial no tratamento do DM para prevenir complicações. No entanto, a dieta não é realizada pelos pacientes conforme indicada pelo nutricionista e/ou outros profissionais. Os discursos das pessoas com DM indicam que sabem o que devem fazer, mas a adesão ao recomendado é o aspecto mais complexo dos cuidados e tratamentos adotados. A comida é relacionada aos significados sociais e culturais, além dos prazeres e desejos. Comer é um ato social que faz parte das relações de amizade e das atividades festivas resultando em interpretações flexíveis e distintas do discurso biomédico. A participação em uma festa religiosa é razão para quebrar a dieta. Visitas nas casas de amigos requerem o oferecimento de doces e outras comidas que reforçam os laços sociais e afetivos. Os passeios e outras atividades sociais associadas ao grupo HIPERDIA são exemplos de sociabilidade.

*“... isso que é vida né... se a gente passeasse mais, a gente se preocuparia menos com problemas da vida... Eu gostei do passeio! Isso me deixou com sensação de mais saúde!!! [...] Só que hoje a gente saiu da dieta mesmo... afinal é tanta falta de dinheiro que quando a gente consegue sair e se divertir... a gente tem que aproveitar... passamos o ano todo em volta da doença... que Deus Nosso senhor nos ajude e que a gente tenha mais isso. Obrigado guria!!”* (homem, 68 anos).

*“... vou te levar pra andar de bateira (barco com remo) ... mas tu vem mesmo, né? Eu vou fazer um café bem gostoso, vou fazer um bolo... eu*

*já sei o que tu vai me falar, mas é que hoje é festa né rapariga. Não é todo dia que vocês vêm aqui... então vamos passar uma tarde bem boa... e vai ter doce sim... e nem vai subir nada, de tão faceira que vamos ficar todas.* “ (mulher, 78 anos).

*“Olha... vou preparar a minha casa pra vocês virem e na tardinha ... E depois vocês prometem que vão provar o bolinho que eu vou fazer pra nós... hoje é festa e então não tem problema porque a gente vai estar tudo feliz.”* (mulher, 69 anos).

*“Ah... mas eu sei que não se pode usar açúcar branco, mas me disseram que açúcar mascavo podia... então eu faço essa torta há um tempo já e os que têm açúcar alto come dessa minha torta... mas eu ponho bem pouquinho... daí não faz tão mal assim né... e também eu faço muito é para as festas daqui, da igreja, as da pracinha... até vendem a minha torta pra igreja... então eu acho que não faz mal mesmo!”*(mulher, 86 anos).

A flexibilidade da dieta é resultado dos valores associado às práticas de sociabilidade da comunidade, sendo que o DM não é o foco central da maior parte dessas pessoas.

*“...eu sei que tem que fazer isso e aquilo, mas pra mim o diabetes eu cuido do jeito que dá... se eu ficar só pensando na minha doença eu não vivo... Tu (a pesquisadora) é muito moça e tem diabetes, eu sei... mas pra mim que já estou velha, ela não é tão importante assim... eu tô bem assim...”* (mulher, 64 anos).

Igualmente as atividades físicas recomendadas pelos profissionais de saúde não são seguidas. Algumas pessoas participam de um programa de atividade física da Prefeitura, referindo que os exercícios trazem benefícios para suas vidas. No entanto, participar destes programas está mais ligado aos benefícios sociais de manter-se ativo e interagente.

## **2.2 Práticas de autoatenção populares e tradicionais**

Como outras comunidades açorianas, essa também tem como tradição o uso de benzedadeiras para o controle de doenças que podem ser sentidas e percebidas pelos sujeitos e seu círculo de relações. Nesses casos, percebe-se que as pessoas fazem essa busca não no sentido de cuidar de sua doença de base, o DM, mas sim devido a algumas complicações como as feridas que não cicatrizam, as infecções urinárias

ou pulmonares de repetição.

A benzedura é reconhecida pelos sujeitos como algo bom ao promover limpeza espiritual e proteção dos santos. Durante o ritual é utilizado galho de arruda, faca, espada de São Jorge ou de Santa Bárbara, dependendo da devoção do benzedor e da pessoa que procura essa ajuda. Com igual objetivo, também são utilizadas ervas para auxiliar nas limpezas espirituais.

O uso de chás é uma prática popular na comunidade estudada e tem múltiplas indicações, sendo mais utilizado para os transtornos cotidianos da saúde, tais como: indisposição gástrica, diarreia, sonolência, febre, nervoso, palpitação, gripe, problemas respiratórios, entre outros. Com relação ao DM, sua eficácia parece ser restrita, pois consideram que ajuda a controlar a glicemia, mas não resolve. Utilizam frequentemente o maracujá, a alcachofra e a insulina vegetal.

Outra prática de atenção refere-se ao uso de plantas no tratamento de feridas e infecções, causados pelo surgimento de complicações decorrentes do DM. Algumas são utilizadas para limpar (tanchagem), para cicatrizar (casca de mamão) e para infecções ginecológicas e alívio de prurido (tanchagem e malva).

*“... pois é... essa minha ferida aqui na perna que não cura... eu tô é triste com isso... eu já fui lá no Posto, o Dr (P) olhou, disse que era pra limpar com soro e tudo... mas já faz uns 2 meses que isso não cura!! Eu estou é cansada... eles falam e nada melhora. Eu acho até que quando a situação complica, eles não tem muito o que fazer e se a gente não procura o particular... vai acontecendo isso daqui. ... Eu faço é o que minha avó fazia e eu estou usando urina virgem na ferida (primeira urina da manhã) e depois eu cubro com mamão papaia... eu lembro que minha vó fazia isso e curou um monte de gente... mas aqui eu não sei... Tu não me consegue algo lá pela Universidade? Isso está me incomodando tanto... ai meu Deus!!”*(mulher, 66 anos).

*“pois então... eu faço é benzedura pra criança com bronquite... mas pra adulto eu não faço... teve uma época que eu benzia cinco crianças por dia, com essas umidades que dão no inverso... meu Deus do céu... mas aqui com ferida eu lavo com tanchagem e não benzo não, que eu só benzo criança... mas o chá ajuda né...”* (mulher, 75 anos).

As práticas populares e tradicionais ainda que não devidamente reconhecidas cientificamente representam uma forma importante de lidar com seus processos de saúde e doença. É no saber popular que se respalda a compreensão do viver com uma condição crônica. Isso significa que as pessoas tomam suas decisões com base nos referenciais

compartilhados por sujeitos que convivem e interagem. Assim, a comunidade realiza diferentes tipos de ações que procuram melhorar, ou promover a sua própria saúde, decidindo sobre o que fazer em relação à sua condição e tomam decisões que abarcam inclusive a prática da automedicação.

### **2.3 Sociabilidade como prática de autoatenção**

Como observado nas práticas alimentares e nos grupos de atividade física, a participação em grupos de apoio é valorizada principalmente por sua sociabilidade. O grupo HIPERDIA representa um espaço de sociabilidade no qual as pessoas se encontram, trocam experiências, organizam festas, viagens e outras atividades consideradas de lazer, além de compartilharem medos e anseios, amenizando o peso da doença em suas vidas. Falar sobre a doença, ou ampliar conhecimentos acerca da mesma é secundário para as pessoas. Os profissionais atuam como referência para o encontro cumprindo seu papel ao verificarem a pressão arterial e a glicemia bem como acompanhando as atividades organizadas.

*“... ah... eu conto os dias pro grupo chegar. Aqui é bom pois a gente revê todos os amigos e sempre conseguimos dar risadas. Ainda mais quando organizamos uma atividade que nos diverte. Eu acabo até esquecendo que tenho diabetes...”*(mulher, 63anos).

Existe também um grupo de idosos que parece ter a mesma função terapêutica. A realização de bingos, baile dos idosos e outras atividades incentivam a participação dos sujeitos nos grupos mencionados, cujas atividades devem ser vistas como práticas de autoatenção no sentido amplo, promovendo a reprodução biossocial do grupo frente às transformações que a comunidade está enfrentando.

A doença configura-se como experiência social e cultural envolvendo noções compartilhadas sobre o corpo, seu funcionamento e sinais que indicam algo errado, a gravidade da situação e como interpretá-la. Ela é, por sua vez, um processo que envolve negociações entre os vários atores, a escolha de terapia, a avaliação sobre sua eficácia e todo um ciclo que se repete até que a doença seja percebida como curada. A sociabilidade surge como o palco principal nessas negociações e compartilhamentos de significados entre as pessoas estudadas.

As práticas cotidianas das pessoas com DM mostram que a sociabilidade é muito valorizada, pois as pessoas ativas nos grupos parecem conviver melhor com o DM.



*“[...] eu vim aqui pois deu uma subidinha no açúcar... tu imagina se eu perco os bailes de quarta e de domingo?... Ah não, né!!!... Então eu estou fazendo como a gente conversa lá no grupo. Lá é bom pois dá uma base pra gente ir enganando o diabetes né... (risos)... mas eu acho que foi estresse sabe... esses filhos nos dão tanta preocupação... ai meu Deus... mas eu estou bem melhor... vocês aqui são nossos anjos de plantão... e agora que estou boa... vou é tratar de ficar assim pra poder comer umas coisinhas no café do bingo que tem hoje e no baile de amanhã... que ninguém é de ferro né...” (mulher, 60 anos).*

Nesses casos, vemos que viver com DM e cumprir a terapêutica preconizada pela biomedicina não é o foco central da vida dos sujeitos. Numa perspectiva antropológica, a questão da alimentação, além de fator biológico, configura-se forte determinante relacional de sociabilidade na vida diária, em festas, almoços familiares e eventos comunitários etc. O ato de comer e os valores atribuídos aos diferentes pratos não são apenas determinados por necessidades biológicas. O que comer, quando e como são atos culturais que constroem a vida social e que, numa perspectiva mais abrangente é altamente relacionado à saúde. Conviver social e harmonicamente, além de manter o controle sobre suas vidas é fundamental para as pessoas com DM, mais do que controlar a doença.

Ao analisarmos as dimensões do socialmente vivido e compartilhado, podemos compreender mais claramente os processos de inspiração, motivação e ainda algumas determinações das expectativas e possibilidades das vivências entre sujeitos, seja pela apreensão e cuidado do instituído, seja pela permanência ou ruptura das relações e das práticas sociais, bem como suas representações.

Portanto, não há possibilidade de separar as noções e práticas de saúde dos outros aspectos da cultura, como reconhece Menéndez. Embora muitas vezes as formas de manifestar as visões de mundo e práticas de interação social não pareçam ter relação direta com a saúde. As práticas coletivas, no sentido amplo, fazem parte das práticas de autoatenção de um grupo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As práticas de autoatenção que emergiram não são práticas isoladas, mas sim coletivas e parte de um processo dinâmico associado aos sujeitos e constantemente negociado por eles, contribuindo para o seu viver com DM.

Neste estudo reforçamos a concepção de que o viver com DM

tem uma conotação diferente daquela significada pelos profissionais de saúde, que se preocupam com a manutenção constante dos parâmetros de normalidade de taxas e exames biomédicos pelas pessoas com DM. Cuidar de sua doença é mais uma atribuição na vida dos sujeitos estudados, onde a doença toma diferentes relevos, dependendo de suas manifestações e complicações. Isso acaba por interferir em seus prazeres e relações sociais.

Contar com profissionais da saúde que têm uma longa e contínua convivência com essas pessoas por serem moradores da mesma comunidade, promove uma situação confortável, e, provavelmente provoca uma maior influência do discurso biomédico em suas representações. Observamos que a proximidade entre pessoas com DM e profissionais da saúde promove um acesso mais freqüente e contínuo ao Posto de Saúde, seja pela proximidade física ou pela identidade cultural e social.

Acreditamos que essas considerações poderão ampliar a compreensão acerca do viver com DM, evidenciando por meio das nuances de uma determinada comunidade. Também que há diferentes modos de ver e viver essa condição crônica, e que os aspectos sociais, culturais e históricos devem ser tomados como referência pelos profissionais que atuam nesses espaços e não apenas os biológicos.

A fim de valorizar as práticas de autoatenção que as pessoas realizam, é preciso reconhecer que os sujeitos articulam as práticas biomédicas com os saberes populares nos seus cotidianos. Dado a autonomia e agenciamento das pessoas com DM sobre suas vidas, é impossível impor o modelo de atenção biomédico a esses sujeitos, mas sim é importante dialogar e negociar tais práticas, reconhecendo a autonomia demonstrada pelas pessoas com DM por meio de suas práticas de autoatenção. Entende-se que uma prática efetiva em saúde é aquela na qual há respeito dos diferentes universos envolvidos no processo saúde-doença-atenção.

## REFERÊNCIAS

1. Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde. In: Seminário de Discussão sobre os modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Brasília, DF. 2006. [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br) Acesso: 19/12/2009.
2. Malerbi, DA.; Franco, LJ. Evolução crônica do diabetes mal controlado. In: Atualização em diabetes do tipo 2 para o clínico não especialista. São Paulo- SP, fascículo 2. março, 1998.
3. Barros, DLP. et al, Diálogos na fala e na escrita. São Paulo:

Associação Editorial Humanitas, 2005. 343 p.2005

4. Organização Mundial da Saúde- OMS. In: Resolução da OMS de 2003. Tracoma. In: TrachomaWHO\_resolution2003.pdf . 2003.
5. American Diabetes Association. ADA. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 28: suplemento 1, Janeiro, 2005.
6. Menéndez, EL. Intencionalidad, experiencia y función. In: Revista de Antropología Social 33(14) Pp.33-69, 2005.
7. Menéndez, EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: Ciência e Saúde Coletiva. 8(1): 184-207, 2003.
8. Silveira, ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 124p. Coleção Antropologia e Saúde.
9. Maluf, S. Encontros noturnos: Bruxas e bruxarias da lagoa da conceição. Editora Rosa dos Tempos- Rio de Janeiro, 1993.
10. Cartana, MHF. Rede e Suporte Social de famílias. [dissertação]. Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1988.
11. Brown, DG. A obrigação de cuidar: mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis. In: Gênero, Saúde e Aflição: Abordagens Antropológicas. Maluf, Sonia e Tornquist, Carmen, Orgs. No Prelo Florianópolis: Editora Letras Contemporâneas. 2009.
12. Silva, YF. Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha/SC. In: Dissertação mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências Humanas. 178f. 1991.
13. Rial, CS. Da casa açoriana à casa decorada: ensaio de estética popular. In: Revista de Ciências Sociais. Nº 34, fevereiro 1992.
14. Cordova, RV. Ficar em terra- o processo de migração de profissionais da pesca. In: Dissertação Mestrado. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. PPGAS/CFH/UFSC. 1986.
15. Albuquerque, CMCP. Tecendo redes sociais: a articulação de instituição social numa localidade pesqueira de Santa Catarina. In: Dissertação Mestrado. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. PPGAS/CFH/UFSC. 1983.

16. Motta, FM. Gênero e reciprocidade: uma ilha no Sul do Brasil. In: Tese de doutorado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2002.
17. Elsen, I. Concepts of Health and Illness and Related Behaviors Among Families Living in a Brazilian Fishing Village. Ph.D. Thesis, Inuversity of California, San Francisco. 1994.
18. Monticelli, M. A Cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. In: Texto & contexto Enfermagem. Florianópolis: UFSC v. 26, n. 1, (jan./mar. 2005), p. 26-34
19. Elsen, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEN, Ingrid et al. Marcos para a prática com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. cap.2 p.61-77.
20. Althoff, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen, I; Marcon, SS.; Santos, MR. dos (Orgs.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2004, p.25-43.
21. Silveira, ML. Família, cultura e prevenção. Anais do Seminário sobre cultura, saúde e doença. Londrina, PR. 2003. Pp. 91-107.

## 4.2 ARTIGO 2: O RELACIONAMENTO ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Este manuscrito será submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, e apresentado conforme a instrução para autores da própria Revista (Anexo E). A autoria do referido artigo é desta pesquisadora, sua orientadora e co-orientadora.

## O RELACIONAMENTO ENTRE AS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE<sup>1</sup>

FRANCIONI, Fabiane Ferreira<sup>2</sup>  
SILVA, Denise M<sup>a</sup> Guerreiro Vieira da<sup>3</sup>  
LANGDON, Esther Jean M.<sup>4</sup>

**RESUMO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com base no método etnográfico que procurou conhecer como ocorrem os processos interativos entre os sujeitos do estudo, que foram as pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e os profissionais de saúde em uma comunidade de Florianópolis, em Santa Catarina. A coleta de dados utilizou as técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas, registradas em diário de campo. Foram identificados os conteúdos específicos e selecionados os códigos semelhantes, dando origem às seguintes categorias: uma referente à relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários e outra relacionada à percepção dos sujeitos sobre o atendimento à saúde de pessoas com DM na comunidade. Essas categorias possibilitaram a compreensão de que, na ótica dos sujeitos, o bom profissional é aquele que os vê além da doença, compartilhando vivências cotidianas. A abertura para o diálogo compreensivo por parte dos profissionais de saúde faz desses uma importante base de apoio para as pessoas com DM, que conseguem desenvolver de forma mais efetiva sua autonomia e gerenciar suas vidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus; Profissional de Saúde; Enfermagem.

<sup>1</sup> Artigo decorrente da tese de doutorado intitulada “Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social”, conforme a Resolução 196/96, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC, aprovada em 14/05/2008, mediante o parecer nº 058/2008.

<sup>2</sup> Enfermeira, autora da pesquisa e Doutoranda em Enfermagem da PEN/UFSC. Integrante do NUCRON/UFSC. Bolsista CNPq. End: Rua Douglas Seabra Levier, Nº 235/Apto. 101 Bairro Serrinha. Florianópolis/SC CEP: 88040-410. E-mail: francionifloripa@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Orientadora. Enfermeira. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Bolsista de produtividade do CNPq.

<sup>4</sup> Co-orientadora. Antropóloga. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Antropologia Social CFH/UFSC. Pesquisadora do CNPq.

## Introdução

A atenção à saúde vem sendo valorizada sob diferentes óticas quanto à efetividade de suas ações e quanto ao controle das doenças. No entanto, o crescente índice de pessoas com doenças crônicas e a progressão de complicações decorrentes evidenciam a necessidade de rever o modelo de atenção à saúde que ainda orienta a maioria das práticas. Esse modelo foi desenvolvido para o atendimento às doenças agudas, caracterizando-se pela centralidade biomédica, verticalizada e sem comunicação efetiva, destacando-se pela assimetria nas relações entre profissionais e pessoas em condição crônica (Fertonani, 2003; OMS, 2003).

O relacionamento entre usuários e profissionais de saúde vem sendo discutido há algumas décadas, tendo como principal proposta a necessidade de ampliar a compreensão sobre a realidade das pessoas em seu contexto e a percepção que elas têm acerca da doença (Tesser, 2006; Lopes, 2005; Caprara; Rodrigues, 2004; Helman, 2003; Caprara; Franco, 1999). Trabalhos considerados referência como o *Toronto Consensus Statement* (Simpson et al, 1991) evidenciam a problemática da comunicação entre pacientes e médicos, influenciando negativamente nos resultados da atenção à saúde. Ainda hoje poucos estudos mostram mudanças efetivas nessa comunicação, constituindo um problema a ser superado.

A assimetria na relação entre profissional de saúde e usuário pode se expressar enquanto uma tecnologia de processo, que vai além de uma técnica ou de um procedimento. A questão estritamente técnica que essa relação envolve está apoiada no processo comunicativo, imprescindível para que se possa ter a compreensão necessária entre os atores para o esclarecimento dos objetivos desse ato clínico, e para adequar a natureza da relação às diferenças culturais e sociais dos sujeitos em relação. Entretanto não se pode pensar isoladamente. Essa problemática mostra que na relação médico-paciente, além da aquisição das habilidades biomédicas, é preciso priorizar a formação humanitária e a ética do profissional que terá como missão cuidar do sofrimento humano. (Sucupira, 2007).

A formação biomédica ainda mantém sua base tecnicista e centrada na objetivação do sofrimento orgânico, supervalorizando os exames complementares. Com isso, o foco

da existência da doença fica centrado apenas na alteração fisiopatológica, sem conseguir compreender a pessoa que está por trás da doença. Esse tipo de comportamento tem sido incrementado no cotidiano das pessoas, que se identificam com o discurso biomédico.

Caprara e Franco (1999) destacam a contribuição de estudos com base na antropologia que trazem não somente os aspectos culturais da doença, também a experiência do ponto de vista de quem vive com a doença. Um dos principais autores nessa área é Kleinman (1980, 1978), que evidenciou a relativa participação dos profissionais da saúde nos processos de adoecimento e cura, uma vez que 70 a 90% dos episódios de doença são manejados fora da biomedicina. Outro achado importante foi de que até 50% das pessoas atendidas em consultórios médicos descrevem sintomas que não são considerados no diagnóstico. Isso acena para uma comunicação pouco efetiva e destaca a necessidade de novos olhares para a situação a fim de examinar as interações e as contradições referentes aos modelos de prática que orientam os serviços de saúde, colocando em relevo outra realidade relacionada à experiência da doença.

O DM é uma doença crônica que vem se expandido nos últimos tempos, sendo considerada uma epidemia. Seu crescimento, que já atinge cerca de 8% da população adulta no Brasil, está relacionado ao envelhecimento populacional, sedentarismo, obesidade, entre outros (Brasil, 2006). A falta de controle da doença acarreta o surgimento de complicações como cegueira, amputações, infartos cardíacos e cerebrais, dentre outros problemas que alteram a disposição e satisfação com a vida, bem como a desestruturação organizacional dos recursos gestores do sistema de saúde, haja vista o grande gasto com seu acompanhamento e controle. Apesar dos inegáveis avanços sobre os tratamentos e os cuidados dessa doença do ponto de vista da biomedicina, pouco se tem avançado na compreensão da experiência de viver com a mesma.

O estudo de doenças e seus agravos, com base em Menéndez (1994), tem sido o foco de atenção nas sociedades quanto ao seu controle social e ideológico. Quando se constata um problema de saúde, procura-se resolvê-lo analisando a existência de condições com significados coletivos negativos, o



desenvolvimento de comportamentos que precisam ser controlados e a produção de instituições que assumem esses significados, não só em termos técnicos, mas sociais e ideológicos. Isto ocorre porque a população realiza diferentes tipos de ações que visam melhorar ou promover a sua própria saúde em nível individual, embora valorizando os diferentes aspectos de sua coletividade, sendo muitas vezes por meio da reprodução do discurso biomédico em suas vidas.

Berger e Luckman (1995) pontuam que é importante a discussão sobre a construção social da realidade, tornando claras as relações humanas estabelecidas com o mundo. São relações governadas por regras culturais específicas, incorporadas pelos indivíduos, que as significam e as legitimam perante o grupo social. A realidade social exerce uma influência decisiva na maneira como as pessoas agem e reagem frente à doença. (Atkinson, 1993).

Ampliar o conhecimento acerca da perspectiva de quem vive a doença crônica passa a ser elemento relevante, no sentido de compreender como percebem sua condição, como se dá a relação com os profissionais da saúde e o que valorizam nessa relação. Assim, este estudo teve como **objetivo** conhecer como ocorrem os processos interativos entre as pessoas com DM e os profissionais de saúde de uma comunidade de Florianópolis, em Santa Catarina.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no método etnográfico. Os integrantes do estudo foram pessoas com DM cadastradas em uma Unidade Local de Saúde (ULS) do município, moradoras da comunidade de longa data, considerados “nativos”<sup>1</sup>, pois moram em um bairro que teve uma expansão imobiliária, trazendo muitos outros moradores que não se integraram à vida da comunidade, constituindo outro grupo, “os de fora”. Também integraram o estudo os profissionais da saúde referidos por essas pessoas como aqueles que as apoiam no viver com DM.

Para a coleta de dados, utilizaram-se as técnicas de

---

<sup>1</sup> NATIVOS: identidade coletiva de pessoas que nasceram, cresceram e ainda vivem na Comunidade estudada, diferenciando-os dos “de fora”, que se refere àqueles moradores novos ou “estrangeiros” (que pode ser de outro estado ou país).

observação participante e de entrevistas não estruturadas. A observação foi realizada entre março de 2008 e novembro de 2009, por meio de ampla participação na comunidade, incluindo visitas nas residências; participação em eventos familiares e comunitários; conversas informais nas ruas, em estabelecimentos comerciais e na ULS; participação em encontros de grupos de moradores; participação do grupo vinculado ao HIPERDIA; dentre outros. Os dados das observações foram registrados em diário de campo. As entrevistas foram realizadas em diferentes momentos e tiveram como objetivo aprofundar alguma temática, conhecer melhor algum aspecto do cotidiano, esclarecer, ou validar algum aspecto da observação. Foram realizadas 18 entrevistas, sendo 14 com pessoas com DM e quatro com os profissionais de saúde, todas gravadas e posteriormente transcritas.

A análise do conjunto dos dados iniciou com leituras e releituras das entrevistas e do diário de campo para apreensão do conteúdo, possibilitando a identificação das seguintes categorias: uma referente à relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários e outra relacionada a percepção dos sujeitos sobre o atendimento à saúde de pessoas com DM na comunidade. Todas as falas e registros do diário de campo que abordavam essa temática passaram a constituir um novo arquivo, que foi então codificado com a intenção de identificar o conteúdo mais específico. Foram selecionados os códigos semelhantes e reorganizado, dando origem às categorias. Esse processo de análise não foi linear, havendo necessidade de muitas vezes, voltar ao texto original para validar a interpretação que estava sendo feita na junção desses códigos. Foram constituídas duas categorias: a primeira diz respeito ao acesso e à interação com os serviços de saúde e a segunda sobre o relacionamento com os profissionais, reconhecendo aqueles que prestam uma assistência diferenciada.

Segundo os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, com base na Portaria/MS Nº 196/96, respeitou-se o sigilo e o anonimato. Os termos de adesão ou recusa constam do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado por todos os integrantes. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina-CEP/UFSC, em 14/05/2008, sob o Nº 057.

## **Resultados e Discussão**

A horizontalidade relacional com os profissionais da saúde foi o aspecto mais valorizado pelas pessoas com DM. Essas pessoas procuram uma instituição pelo reconhecimento que têm dos profissionais que ali atuam; como será apresentado em mais detalhes nas duas categorias que seguem: O acesso e a interação com os serviços de saúde e O profissional de saúde que faz a diferença.

### **O ACESSO E A INTERAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

As pessoas com DM têm como principal referência de atendimento em saúde o posto de saúde e a farmácia da comunidade, além de um hospital universitário localizado próximo, bem como médicos particulares do centro da cidade. Apesar de existirem outros serviços de saúde no bairro, tais como clínicas particulares, farmácias e consultórios médicos, as pessoas pouco os utilizam ou não os utilizam efetivamente.

Mesmo considerando que buscam os serviços de saúde com regularidade para tratar de seu DM, percebemos que o principal aspecto que levam em conta é a forma como são atendidos pelos profissionais. Um serviço é considerado bom se avaliam que o profissional é confiável e se estabelecem um vínculo afetivo, favorecendo um atendimento diferenciado.

O atendimento no posto de saúde existe há mais de duas décadas e sua implantação decorreu de reivindicação dos moradores nativos da comunidade, o que trouxe uma identidade cultural com a instituição e com alguns profissionais de saúde (um médico e duas técnicas de enfermagem) que atendem no posto há um longo tempo.

Essa longa e próxima convivência com os profissionais colocou essas pessoas em maior contato com o discurso biomédico, influenciando a forma como se referem a seus problemas de saúde e em especial ao DM. No entanto não significa que tenham assumido as práticas de cuidado da biomedicina.

A ampliação do posto e a contratação de outros profissionais há cerca de 10 anos, trouxeram várias mudanças, nem sempre bem aceitas pela comunidade. A organização do agendamento de consultas e a distribuição de medicamentos tiveram bastante resistência, uma vez que não aceitam que um

funcionário novo lhes diga quando será a próxima consulta e com quem serão consultados. Buscam formas de serem atendidos pelos mesmos profissionais que já conhecem e nos momentos que desejam. Caso isso não ocorra da maneira como desejam, preferem não ser atendidos, rejeitando, ou ignorando os profissionais mais recentes. Somente em situações agudas com sofrimento mais acentuado, aceitam o atendimento por qualquer profissional presente. De maneira geral, avaliam o atendimento em saúde pelo acesso facilitado ao posto ou hospital; pela prescrição e obtenção de medicamentos, especialmente aqueles que fazem uso há muito tempo, como os ansiolíticos; pela solicitação e agendamentos de exames mais complexos; e pelo relacionamento horizontalizado com os profissionais.

Uma das atividades organizadas pelo posto com a liderança de profissionais com os quais mantêm uma relação de muito tempo foi a criação do grupo de pessoas com DM e hipertensão, constituído há 18 anos e que posteriormente foi vinculado ao HIPERDIA. Esse grupo mantém um encontro mensal e, apesar de sua vinculação à condição de saúde, sua continuidade e assiduidade de seus integrantes se mantêm pelo seu caráter de encontro social e de ajuda mútua. Qualquer atividade relacionada ao cuidado com DM ou com a saúde destas pessoas em geral é tomado como uma introdução ao que realmente interessa: organização de festas e viagens, lanches comemorativos e conversas antes, durante e após os encontros.

O grupo tem certa autonomia na sua organização e na interação entre seus integrantes. A entrada de novas pessoas indicada por profissionais do posto, nem sempre se efetivam. O grupo acolhe somente se a pessoa for considerada nativa, ou tiver forte vínculo com algum nativo. Exceções são abertas somente para pessoas que já moram há muito tempo na comunidade, que possuem o mesmo nível socioeconômico daqueles que participam do grupo ou se contar com o apoio de algum integrante mais antigo do grupo.

A verificação da glicemia e da pressão arterial é uma das atividades do HIPERDIA, mantida pelos profissionais e valorizada pelas pessoas do grupo. No entanto, o resultado dessas aferições não é tomado como referência para um processo educativo ou encaminhamento mais formal, mas é apenas parte da rotina dos encontros.

Ainda sobre os serviços de saúde prestados à

comunidade, o farmacêutico com reconhecimento da comunidade, é proprietário de uma farmácia que funciona há 30 anos no local, sendo valorizada e utilizada pela comunidade como um dos serviços de saúde mais importantes e, muitas vezes, procurada em primeiro lugar, antes mesmo de irem ao posto de saúde, ou consultarem um médico. Isso tem a ver com a resolutividade e a confiança no saber do farmacêutico e sua trajetória na comunidade. As pessoas o consultam para problemas agudos e mais comuns (gripe, febre, desidratação e mal estar geral) e para algumas complicações do DM. A confiança no farmacêutico é expressiva entre os moradores que, ao disporem de alguma receita de um médico do posto ou particular, o consultam para ver se a mesma é adequada, se tem outro medicamento similar mais barato e saber mais sobre o que foi recomendado. Dessa forma, as pessoas deixam de buscar atendimento médico e o serviço disponível na ULS devido à resolubilidade da farmácia, ainda que tenham que pagar pelos seus serviços.

O atendimento com médicos particulares e especializados é valorizado pela comunidade e significa que estão recebendo atenção diferenciada e investindo em sua saúde, porém a referência são os médicos do centro da cidade e não os do bairro. Poder pagar uma consulta, mesmo com esforço financeiro da família, evidencia que têm o afeto da família e expressa que estão *“fazendo tudo que é melhor”*. O que se sobressai é que mesmo tendo seu diagnóstico validado por um especialista, não há mudanças efetivas e distintas de quando consultam o médico do posto. Barros (2002) refere que essa situação resulta da intromissão da tecnologia médica, no caso a especialidade, na vida das pessoas, mesmo que seja para manter o *status quo*.

*“Sabe... é esse meu diabetes e a pressão alta que eu trato com um médico que não é do Posto porque lá no Posto a gente custa muito para ser atendida... e também eles não dizem muita coisa... parece que sempre está tudo bem... então como graças a Deus eu tenho um dinheirinho guardado, eu pago particular e me sinto mais protegida... pego remédio no Posto, mas sempre tenho a palavra final do meu médico particular... tu entende né... [...]... mas é que eu pago médico né... daí eu e minha família a gente fica mais descansado, pois a gente sabe que está sendo bem cuidado de verdade...”* (mulher, 67 anos).

O hospital universitário é outro serviço que recorrem em situações de gravidade. É tido como um serviço de qualidade, com profissionais que resolvem sua situação e se interessam por eles. Procuram esse serviço quando não conseguem resolver seu problema no Posto, na farmácia ou no médico particular, sendo que preferem aqueles profissionais que têm uma relação mais próxima e afetiva e são considerados como referência para algumas pessoas da comunidade.

Embora a proposta do SUS contemple os aspectos mais subjetivos da relação entre profissionais e usuários e tenha como uma de suas principais metas a promoção da saúde, reconhecendo outros conhecimentos além da biomedicina, isso não tem ocorrido de forma efetiva. O que permanece são os discursos que supervalorizam o uso de medicamentos como solução para todos os males e a especialidade como referência de melhor atendimento acaba balizando a qualidade dos serviços de saúde e a própria atuação dos profissionais. (Uchoa; Rozemberg; Porto, 2002; Teixeira, 2009).

Essa situação evidencia o processo de medicalização que vem se infiltrando em nossa sociedade, como um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos (Tesser, 2006). Existem saberes que acabam por pressionar a interação médico-paciente, reforçando intrinsecamente a medicalização. Isso ocorre quando o profissional de saúde faz o diagnóstico e não oferece outra alternativa para a pessoa em relação a não aceitar a interpretação técnica profissional, visto que esta experiência acaba parecendo estranha ao sujeito diante do isolamento e objetivação biomédica. (Menéndez, 2003; Tesser, 2006).

Como quesito indispensável ao cumprimento da relação de cura, cabe ao profissional oferecer à pessoa interpretações sobre seu adoecimento, que lhe façam sentido, de modo a reorganizar suas representações, medos, ansiedades e desejos. Essa interpretação pode ser provisória, pode ser parcial, ou adiada para um encontro subsequente. O importante é que precisa ser abordada e personalizada, ainda que signifique um acúmulo de ignorâncias e dificuldades de diálogo. A biomedicina é um saber limitado e restrito em relação à complexidade dos adoecimentos, com suas múltiplas dimensões envolvidas (sociais, emocionais, ambientais, existenciais, culturais etc). Não

se deve, portanto, resumir as possibilidades interpretativas aos diagnósticos biomédicos, visto que cada pessoa traz consigo uma capacidade adaptativa com possibilidades ilimitadas de cura (Tesser, 2004).

## **O PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE FAZ A DIFERENÇA**

A avaliação que fazem da atuação dos profissionais de saúde, principalmente do médico, expressa-se na definição de quem consideram o bom profissional, daquele que se sobressai e que faz a diferença no atendimento em saúde. A relação próxima e afetiva é um dos principais elementos, juntamente com a resolubilidade da atuação desses profissionais no atendimento das expectativas das pessoas.

Assim, o bom médico é aquele que atende suas necessidades prescrevendo remédios, solicitando exames e facilitando o acesso aos serviços de saúde, por meio de uma relação mais horizontal. Um profissional que não as ouve e desconsidera suas percepções e sensações sobre a doença, que se mantém rígido nas normas e burocracias do serviço e não se envolve e desconhece a comunidade, tem uma avaliação negativa e é rejeitado pela comunidade.

A relação entre os profissionais tidos como referência e as pessoas com DM se destaca pela informalidade da comunicação, com o uso de expressões populares e linguagem acessível a todos. Brincadeiras e demonstrações de interesse por outros aspectos do cotidiano e da vida, tanto dos profissionais quanto das pessoas com DM, estão presentes tanto no Posto quanto no grupo, ou em qualquer lugar onde se encontrem.

Na ótica dos profissionais, o atendimento envolve olhar para essas pessoas de forma integral, valorizando aquilo que é importante para elas, mesmo que eles não tenham a mesma concepção.

*“... às vezes é melhor dizer qualquer coisa sobre a doença pois eles só querem mesmo é atenção...tu achas que se a dor na barriga que ela disse fosse insuportável... tu acha que ela ia esperar outro médico? Claro que não... então eles encontram o doutor e ele fala meia dúzia de piadas... e deu de gastrite... se eu não vou conhecer essa minha gente... e pode apostar... se a dor for forte... eles aceitam ser atendidos até por alguém que nunca viram... eles querem é as regalias que a gente dá de conversar e tudo mais...”* (técnica de enfermagem, 49 anos).

*“Eu atendo uma pessoa e converso, pergunto da família, de tudo... e daí eu vejo que não tenho que mudar ou aumentar nenhuma medicação... o problema é que a filha casou e saiu de casa e ela está com saudade da filha que vai morar com o marido ali, do outro lado da rua... então o que ela precisa não é de medicação... é de conversa...”* (médico, 56 anos).

Os exames e os medicamentos têm representação simbólica para essas pessoas, pois quando estão com alguma queixa física, e o médico não solicita exames, ou não prescreve medicamentos, consideram como falta de atenção ou mau atendimento. Nesse sentido, exames mais sofisticados (ressonância magnética, tomografia, endoscopia) e prescrição de remédios mais caros indicam maior conhecimento e interesse, evidenciando que são consideradas pessoas especiais para o médico e que esse tem um conhecimento especializado.

O profissional considerado bom é também aquele que indica novos remédios. Uma das explicações para essa situação é o espaço da indústria farmacêutica em nossa sociedade, que investe recursos em propagandas direcionadas ao profissional de saúde e à população em geral, objetivando manter e expandir o processo de medicalização. Esses achados também estão presentes no texto de Pimenta (2007), que evidenciou, tanto por parte dos profissionais de saúde como da comunidade, que há uma reprodução do discurso biomédico no cotidiano social.

Atuar segundo os preceitos clínicos, delimitando a reclamação do usuário às causalidades corporais, tratadas por meio do seguimento à terapêutica não é o suficiente. É necessário perceber a pessoa em seu contexto social e cultural, além dos indícios de alterações biológicas. As pessoas classificam o “bom profissional” como aquele que vai além da constatação da doença, aproximando-se de sua vida cotidiana e, em determinadas situações, até compartilhando experiências de vida.

O fato de contarem com um mesmo médico e uma técnica de enfermagem há muito tempo, e que são também moradores da mesma comunidade, promove uma identificação que vai para além da relação profissional-usuário, pois compartilham muitos signos culturais. Como destacado anteriormente, outros profissionais que atuam no Posto não têm a mesma identificação e reconhecimento, sendo tratados de maneira quase indiferente.



Suas prescrições ou indicações de cuidado são apresentadas aos profissionais que consideram como referência, para que validem as mesmas.

Na ótica das pessoas com DM, o profissional que procura conhecer mais sobre sua vida e se envolve, passam a ser sua referência. Assim, os profissionais que enxergam para além da doença, ultrapassando as alterações dos padrões biológicos e percebendo que existem diferentes formas de compreensão sobre as alterações sociais e culturais, firmam-se com uma posição diferenciada.

*“Ah... meu Deus do céu... essa enfermeira é muito minha amiga... eu tô sempre lá no HU porque eu sou voluntária lá né... e ela não pode me ver que já vem querer saber como eu tô... ela se preocupa muito comigo e isso é muito bom... eu sei que posso contar com ela... ela é minha amiga”* (mulher, 64 anos).

Essa percepção é compartilhada pelos profissionais:

*“Eu traduzo a informação, participo da comunidade... embora tenha coisas que eu não aceite, eu escuto”* (farmacêutico, 59 anos).

*“Eu atendo uma pessoa e converso... puxa vida, ela quer dizer o que fez e como aquilo foi importante para ela...”* (médico, 56 anos)

Há, portanto, uma horizontalidade nessas relações, que inclui a conversa fácil; o convívio mais frequente; a obtenção de alguns benefícios, como receitas de medicamentos e prioridade na realização de exames; a resolução ou encaminhamentos dos problemas; e a tradução da linguagem técnica dos profissionais em algo que compreendam. Mesmo não considerando que a perspectiva das pessoas está correta, esses profissionais que conhecem a cultura local acabam aceitando a maneira de explicar os problemas de saúde e de realizar os cuidados sem discutir outras possibilidades. Porém essa atitude é frequentemente contestada por outros profissionais que atuam no Posto.

Oliveira (2002) destaca essa cumplicidade entre quem presta e quem recebe o serviço de saúde, evidencia que o profissional passa a ser aceito na comunidade, no sentido de poder ser procurado em caso de doença. Isso não implica,

contudo, uma forma homogeneizada de busca de atendimento, pois, apesar de o sistema de atenção à saúde ser uma construção coletiva, o padrão de uso do mesmo difere de acordo com o grupo social, com as famílias e mesmo com os indivíduos, dependendo, entre outros fatores, do grau de instrução, de sua religião, de sua ocupação, da sua rede social e, concretamente, das doenças existentes.

Outros profissionais de saúde que participam do tratamento de pessoas com DM, tais como o enfermeiro, o nutricionista, o odontólogo, o psicólogo e o profissional de educação física, que estão presentes no posto de saúde, são referidos apenas quando perguntados sobre eles. As opiniões são sempre favoráveis, mas sem expressarem a compreensão da relevância do atendimento desses profissionais e também sem reconhecerem a autoridade desses profissionais, pois estão sempre submetidos à opinião do médico, bem como àqueles profissionais que atuam há mais tempo na comunidade.

Sobre a valorização daqueles profissionais que atuam na ULS há mais tempo, cabe destacar que devido ao aumento do número de moradores no local, ocorreu a contratação de outros profissionais, além dos que eram tidos como referência. Isso trouxe algumas mudanças, apesar dos nativos continuarem mantendo aqueles profissionais mais antigos como importante apoio referencial e rejeitando, ou até mesmo ignorando os demais. Somente em situações agudas com sofrimento mais acentuado, aceitam o atendimento por qualquer profissional presente. Um dos motivos tem a ver com o fato de procurarem aqueles profissionais para conversas acerca de outros problemas de sua vida cotidiana, nem sempre relacionados à situação específica de saúde. Essa situação muitas vezes gera conflitos entre os profissionais mais antigos e os mais recentes, sendo que a situação se agrava pelo fato desses últimos terem dificuldade de aceitação na comunidade. Aspectos gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis (SMS/PMF) como a contratação dos funcionários do Posto por tempo limitado (cerca de dois anos) é outro elemento que contribui para dificultar a inserção dos profissionais nessa comunidade.

O poder médico é parte do modelo de saúde predominante e seus saberes e práticas não são questionados pelos sujeitos. Em suas formações tecnicistas e intervencionistas, o princípio da

beneficência passou a ser vertical e paternalista tendo em vista que o médico, ao agir visando o bem do paciente, automaticamente suprime seu consentimento (Hentz, 2004).

Apesar da importância de uma relação mais horizontal das pessoas com DM com os profissionais de saúde, especialmente com o médico, a situação mais frequente é de super valorização do conhecimento científico, fazendo das relações entre profissionais de saúde e usuários um cenário de inconsistências e de diferentes significações para um mesmo problema. Um exemplo disso é a permanente crítica dos profissionais sobre a falta de controle das taxas de glicemia, que é atribuída a não realização da dieta. Já do ponto de vista das pessoas com DM, a falta desse controle é atribuída a outros problemas da vida cotidiana que provocam certa ansiedade e nervosismo, interferindo significativamente na glicemia.

Reafirmando a hegemonia do discurso biomédico, a relação entre usuários e profissionais de saúde pode ser entendida como uma relação de dominação, firmada não apenas pela comunidade científica, mas reproduzida pelos grupos sociais como algo importante em suas vidas. Há um sentimento de que, por possuírem alguma alteração da saúde, os sujeitos passam a ser dependentes do atendimento médico.

Caldeira (2000) afirma que é preciso ficar claro que é a pessoa quem vai em busca da compreensão do que está acontecendo em sua vida. O profissional de saúde, muitas vezes esquecendo-se disso, assume um saber onipotente e pretende, e, numa única consulta, faz o diagnóstico, o prognóstico bem como fornece sugestões sobre a vida do paciente, do qual sabe pouco.

Caprara e Franco (1999) postulam que a doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas, que considera os fenômenos complexos constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. Incorporar cuidados ao sofrimento subjetivo, divergente do modelo clínico, significa que os profissionais de saúde, além do suporte técnico-diagnóstico, necessitam ter sensibilidade para ouvir as queixas e percepções das pessoas sobre suas doenças. (Caprara e Franco, 1999).

Outros trabalhos têm contribuído para reflexões sobre as

relações entre profissionais de saúde e usuário, tais como os de Machado (2008), Assunção; Melo; Maciel (2008), Sucupira, (2007), Moreira Filho (2002). Esses estudos convergem sobre a necessidade da valorização do modo de vida do sujeito, em sua plenitude, a fim de melhorar as relações entre a biomedicina e usuários. Outrossim apontam que, junto à importância da aquisição das habilidades biomédicas, esteja a formação humanitária e ética do profissional com a missão de cuidar do sofrimento humano.

### **Considerações Finais**

Neste estudo, os profissionais que têm uma relação mais próxima com as pessoas com DM, abertos para o diálogo mais compreensivo, passam a ser considerados mais acessíveis, respeitados e tidos como referência, uma vez que é permitido à pessoa participar ativamente das decisões sobre sua saúde, exercendo seu poder de acordo com seus valores morais.

Existe um movimento para modificar as práticas assistenciais focalizando a humanização da assistência, especialmente o acolhimento e o vínculo entre profissionais da saúde e usuários. O estudo realizado reafirma a importância dessa proposta ao destacar que a principal referência são aqueles profissionais que atuam há mais tempo e integram a comunidade, conhecendo a cultura local. No entanto, acreditamos que não basta ter um diálogo fácil entre profissionais e pessoas com DM. É preciso repensar sobre o que está envolvido na promoção da saúde, pois mesmo com relatos de um atendimento acolhedor e do vínculo estabelecidos, não foi promovida a autonomia dessas pessoas no controle mais efetivo de sua condição. Os espaços de interação entre pessoas com DM e profissionais da saúde precisam ser permeados por essa compreensão mútua.

É fundamental que o profissional de saúde busque a constante manutenção da integralidade do sujeito a quem presta atendimento, e não apenas o acompanhamento da evolução da doença. É preciso, portanto, ir além do modelo prescritivo da doença, estabelecendo uma relação próxima que possibilite um fortalecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, estimulando a incorporação e realização de práticas de atenção voltadas à melhoria da qualidade de vida. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, existe uma concordância de que

é preciso haver uma intencionalidade entre profissionais e comunidade, a fim de encontrar meios satisfatórios na relação das diferentes esferas. Assim, o resultado final não deve ser a imposição do saber científico sobre o popular, ou vice-versa, mas sim, a valorização dos diferentes universos.

O estudo pretende contribuir para a melhoria da compreensão da doença não apenas como um processo biológico, mas social, cultural e político. A promoção da autonomia da pessoa com DM precisa ser tomada como uma meta e estar em equilíbrio com os demais aspectos de sua vida. A cultura, por sua vez, desempenha importante papel na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços médicos.

### **Colaboradores**

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas do processo de produção e revisão do manuscrito.

### **Referências**

Assunção, LF.; Melo, GCMP.; Maciel, D. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. In: Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 32; Nº.3 Rio de Janeiro. Jul/Set. 2008.

Atkinson, S. Anthropology in research on the quality of health services. In: Caderno de Saúde Pública, Vol. 9, Nº 3, Pp (283-99), 1983.

Berger, P., Luckmann, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

Brasil, Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Caprara, A.; Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. In: Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):139-146, 2004.

Caprara, A., Franco, ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. In: Cad. Saúde Pública. Vol.15.

Nº.3 Rio de Janeiro. Jul/Set, 1999.

Caldeira, G. Relação médico-paciente na visão psicossomática. In: *Psiquiatria Geral*, 2000. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br> Acesso 04/02/2010.

Fertonani, HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR [Qualificação de Mestrado]. Florianópolis: PEN/UFSC, 2003.

Helman, C. *Cultura, saúde e doença*. Tradução: Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Hentz, AS. A relação médico-paciente e o dever de informar. In: *Texto de opinião*. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12858>. Ribeirão Preto (SP). Dez, 2004.

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

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. In: *Int. Med.*, v.88, n.2, p.251-8, 1978.

Lopes, MJ. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.39 no.2 São Paulo, junho, 2005.

Machado, VMP. Saúde, corpo e sociedade. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 32; Nº3. Rio de Janeiro. Jul/set, 2008.

Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. In: *Rev. de Antropología Social*, Vol 35., Pp (1433-69), 2005.

Menéndez EL. La enfermedad y La curación? Qué es la medicina tradicional? In: *Alteridades* 4(7): 71-83. 1994.

Moreira Filho, JR. Relação Médico-Paciente. In: *Jus Navigandi*. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2745> Teresina, ano 6, n. 55, mar. 2002. Acesso em 04/02/2010.

Oliveira, FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. In: *Interface - Comunicação, Saúde,*

Educação. Vol. 6, Nº 10, p(63-74), Fev 2002.

Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2003) In: [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf) Acesso em 28/11/2003.

Pimenta, AL. Medicamentos, a medicalização e a saúde da mulher. In: Conferência de Drogas, acesso aos medicamentos e mundialização: questões éticas e sociais. Nov, 2007. JASP (Jornal Anual de Saúde Pública) site: <http://www.inspq.qc.ca>

Simpson, M.; Buckman, R.; Stewart, M.; Maguire P., Lipkin, M.; Novack, D.; Till, J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. In: Toronto-Bayview Regional Cancer Center, University of Toronto, Ontario, Canada. Pubmed central Journal List. Vol.303 (6814); Nov 30, 1991.

Sucupira, AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. In: Interface- Comunic. Saúde, Educ. v.11, n.23. p.624-27. 2007.

Teixeira, MZ. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. In: Revista Brasileira de Educação Médica. Vol.33. Nº.3, p. 239-282. Rio de Janeiro. July/Sept. 2009

Tesser, CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface (Botucatu), Vol. 10, Nº20, p. 347-362. São Paulo. Dez, 2006.

\_\_\_\_\_. Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas. 2004. Doctoral Thesis – Medical Science College, Campinas State Universtiy, Campinas.

Uchoa, E.; Rozemberg, B.; Porto, MFS. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. In: Informe Epidemiológico/SUS. v.11 n.3 Brasília set. 2002.

#### 4.3 ARTIGO 3: COMPREENDENDO A REDE DE APOIO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DE UMA COMUNIDADE EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

Este manuscrito será submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem, e apresentado conforme a instrução para autores da própria Revista (Anexo F). A autoria do referido artigo é desta pesquisadora e sua respectiva orientadora e co-orientadora.



## COMPREENENDO A REDE DE APOIO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DE UMA COMUNIDADE EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA<sup>1</sup>

FRANCIONI, Fabiane Ferreira<sup>2</sup>  
SILVA, Denise M<sup>a</sup> Guerreiro V. da<sup>3</sup>  
LANGDON, Esther Jean M.<sup>4</sup>

**RESUMO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como referência o método etnográfico. Procurou compreender a organização das redes de apoio das pessoas com Diabetes Mellitus (DM) de uma comunidade de Florianópolis/SC. Os sujeitos foram aqueles cadastrados no Programa de Saúde da Família de uma Unidade Local de Saúde. A análise de dados foi por imersão, interpretação e saturação de dados, constando de duas etapas: a primeira interpretativa, seguida de codificação, seleção dos códigos semelhantes, comparação e elaboração das duas categorias: uma retratando quem compõe a rede social das pessoas com DM e outra analisando qual a contribuição dessas redes de apoio para o viver com DM. A rede de apoio emocional é considerada essencial e influencia positivamente na maneira como as pessoas lidam com o processo saúde-doença em suas vidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rede Social, Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Família.

---

<sup>1</sup> Artigo decorrente da tese de doutorado intitulada “Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social”, conforme a Resolução 196/96, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC, aprovada em 14/05/2008, mediante o parecer nº 058/2008.

<sup>2</sup> Enfermeira, autora desta pesquisa e Doutoranda em Enfermagem da PEN/UFSC. Integrante do NUCRON/UFSC. Bolsista do CNPq. E-mail: francionifloripa@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Orientadora da pesquisa. Enfermeira. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem PEN/UFSC. Bolsista de produtividade do CNPq.

<sup>4</sup> Co-orientadora da pesquisa. Antropóloga. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Antropologia Social CFH/UFSC. Pesquisadora do CNPq.

## INTRODUÇÃO

As pessoas se articulam engendrando uma teia de relações familiares e sociais, nos seus diversos âmbitos. Desde o nascimento, a rede de apoio vai se ampliando, seja por interesses em comum ou por necessidades eminentes. Essas relações vão servindo como apoio, influenciando nos comportamentos adotados pelas pessoas em seus cotidianos. Assim acontece também com as relações que se estabelecem frente à existência da doença, requerendo uma série de mudanças vivenciais. A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica, mas serve como substrato para uma construção cultural<sup>(1)</sup>.

Para as pessoas que vivem com uma doença crônica, um dos pontos importantes para sua convivência com a condição é o apoio social que recebem para enfrentar as situações decorrentes da doença. As pessoas que contam com um apoio social consistente se mostram mais motivadas e dispostas a cuidar de sua saúde, conseguindo conviver de forma mais saudável com sua doença crônica<sup>(2)</sup>.

O DM vem sendo reconhecido como uma das doenças crônicas mais frequentes, constituindo um sério problema de saúde em todo o mundo, podendo causar redução da produtividade e dos anos de vida. O crescimento acentuado da doença tem previsão de que em 2025 possam existir cerca de 11 milhões de pessoas com DM no Brasil, acarretando em um aumento de mais de 100% em relação aos cinco milhões constatados em 2000. A problemática do DM, além das alterações físicas e emocionais iniciais, está associada ao surgimento de complicações agudas e crônicas, que reduzem a expectativa e qualidade de vida, levando a incapacidades físicas, como por exemplo, cegueira e amputações<sup>(3)</sup>.

Conforme já descrito, o DM pode alterar significativamente a vida das pessoas, sendo que não basta apenas o controle de complicações, segundo as prescrições biomédicas. Além das complicações físicas que podem surgir no decorrer da existência da doença, as pessoas valorizam sobremaneira o suporte que recebem por meio da articulação de redes de apoio social. As redes sociais são definidas<sup>(4)</sup> como sendo formadas pelo conjunto daqueles que interagem com o indivíduo em sua realidade social cotidiana, e que são acessíveis de maneira direta ou indireta ao contato personalizado. É um nível intermediário da estrutura

social que inclui todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, escolares, de serviço, de inserção comunitária e de práticas sociais. Esses vínculos estabelecem relações com maior ou menor grau de intimidade conforme a proximidade entre a pessoa e seus contatos.

Um estudo que investigou como o apoio social tem sido avaliado em estudos brasileiros nas duas últimas décadas mostrou que houve uma crescente preocupação com a temática. Nas avaliações sobre a importância do apoio social em situações de doença e de vulnerabilidade física ou social, o apoio configurou-se como aliado na promoção da saúde<sup>(5)</sup>. Com base na dimensão analítica da importância da rede social e do significado das manifestações do cuidado familiar, outro estudo mostrou que nas construções cotidianas de pessoas com deficiências, a rede social sólida e estruturada auxilia na manutenção do equilíbrio e da dinâmica familiar<sup>(6)</sup>.

Outros trabalhos<sup>(7,8,9,10,11,12,13)</sup> versam sobre redes de apoio e enfrentamento e, independentemente do tipo de sujeito e de apoio recebido, confluem ao constatar que estudos sobre a referida temática promove melhoria da qualidade de vida na perspectiva da coletividade. A fonte de apoio social mais evidente é a família. Outras pessoas, organizações e/ou instituições sociais também contribuem para o enfrentamento das situações decorrentes da doença.

O conceito de família<sup>(14)</sup> pode ser considerado subjetivo, dependendo de quem a define e do contexto social e cultural. Pode ser entendida como um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído por pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios. Sistemáticamente a família é composta por grupo de pessoas com características distintas, baseada numa proposta de ligação afetiva duradoura, estabelecendo relação de cuidado<sup>(15)</sup>.

A estruturação de uma rede de apoio apresenta-se como um recurso externo para reduzir o estresse de viver com DM. A rede pode ser conceituada<sup>(16)</sup> como um sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede. Nesse sentido, a rede social passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de

valores e interesses compartilhados.

Rede de apoio social pode ser compreendida como um tecido de relações e interações que se estabelecem com determinada finalidade e se interconectam por meio de linhas de ação, trabalhos conjuntos ou ações integradas. Os pontos dessa rede podem ser pessoas, grupos e instituições governamentais ou não<sup>(17)</sup>.

A relação do indivíduo com seu ambiente envolve processos dinâmicos e requer adaptações contínuas, com a necessidade de diferentes tipos de apoio sociais para lidar com os problemas da vida diária<sup>(18)</sup>.

Existem diferentes tipos de apoio sendo que a ligação entre a saúde das pessoas e o estabelecimento de uma rede social estável<sup>(7)</sup>, ativa e confiável é significativa, tanto no que se refere à influência da rede sobre a saúde das pessoas, quanto na influência que a rede recebe considerando-se o estado de saúde das mesmas. A instauração de uma doença afeta as redes na medida em que reduz a oportunidade de contatos sociais, de reciprocidade e também pela pouca gratificação recebida em função das doenças crônicas. A presença de uma doença pode gerar outras redes como aquelas formadas pelos serviços de saúde e que, podem adquirir caráter central por seu apoio instrumental e emocional. Cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma função, de modo que um membro da família, por exemplo, pode servir como ajuda material ao mesmo tempo em que participa como apoio emocional<sup>(7)</sup>.

Na doença crônica, a rede social pode promover o apoio necessário para capacitar as pessoas a viverem independentemente. Contribuindo com isso, a antropologia entende que a assistência à saúde de uma comunidade está relacionada com outros aspectos, especialmente a organização social, religiosa, política e econômica<sup>(19)</sup>.

A compreensão da importância do apoio social para o viver com DM nos remeteu à necessidade de conhecer melhor como este suporte se expressa no cotidiano de pessoas com DM, a fim de ampliar o olhar profissional para além do controle da doença e da prática assistencial curativa, de forma a entender a realidade dos fenômenos cotidianos. Assim, esta pesquisa teve como **objetivo** conhecer a rede de apoio social de pessoas com DM em uma comunidade de Florianópolis/SC.

Este texto é parte da tese de doutorado intitulada

“Compreendendo o processo de viver com DM em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social”, constituindo um dos temas que emergiu na análise dos dados.

## MÉTODOS

Esta pesquisa de natureza qualitativa ancorou-se no método etnográfico. A introdução na comunidade deu-se por meio da participação da primeira autora no grupo do HIPERDIA que, desde junho de 2006, atuou como enfermeira voluntária, organizando e conduzindo atividades de promoção da saúde e prevenção de complicações. As pessoas que integraram este estudo foram escolhidas por terem DM e serem cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) da Unidade Local de Saúde (ULS). Fizeram parte deste estudo 28 pessoas que participam efetivamente do grupo HIPERDIA<sup>1</sup>, sendo 21 mulheres e sete homens, com idade variando de 50 a 87 anos.

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas observação participante e entrevistas em profundidade. As entrevistas foram realizadas em diferentes ocasiões, geralmente nas residências das pessoas, e tiveram como pergunta norteadora: “Como é para o (a) senhor (a) viver com DM?” A intenção da pergunta era contribuir no direcionamento dos relatos sobre o viver com DM. As entrevistas possibilitaram ampliar o entendimento e captar melhor o foco de interesse desta pesquisa, relacionado à questão das redes sociais. A observação participante possibilitou descrever o cotidiano dessas pessoas por meio de conversas, encontros casuais, festejos da comunidade, entrevistas, dia-a-dia rotineiro, almoços, relatos, entre outras formas de socialização. Os dados foram registrados no diário de campo.

A análise ocorreu por imersão, interpretação e consequente saturação de dados. Esse processo teve duas etapas: uma primeira na qual trabalhamos de forma mais interpretativa por meio de leituras e releituras para identificar os temas contidos no conjunto dos dados (entrevistas e diário de

---

<sup>1</sup> HIPERDIA: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

campo). A segunda etapa foi mais estruturada e constou de: codificação linha a linha; seleção dos códigos mais significativos; reunião dos códigos semelhantes; comparação e elaboração de categorias. Nessa fase inicialmente buscamos destacar nas falas dos sujeitos os aspectos mais relevantes. Logo em seguida, procuramos destacar os dados mais significativos referentes ao viver com DM e agrupamos os dados semelhantes que originaram as categorias de análise.

A validação dos dados foi obtida por meio da aproximação entre a perspectiva dos sujeitos e a da pesquisadora, convergindo com a temática proposta no objetivo geral da tese que era o de compreender o significado das práticas de autoatenção para o viver com DM das pessoas da comunidade e seus familiares em suas interações. Com base nisso foi possível compreender a importância do apoio social no cotidiano dessas pessoas, objeto do presente texto.

Seguindo os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, tomando por base a Portaria/MS Nº 196/96, respeitou-se o sigilo e o anonimato. Os termos de adesão ou recusa constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina-CEP/UFSC, em 14/05/2008, sob o Nº 057.

## **RESULTADOS**

A rede de apoio das pessoas com DM se constitui com base nas necessidades decorrentes do viver com essa condição crônica, porém, não se restringe aos aspectos específicos de cuidados e tratamentos do DM, mas se entrelaça aos diferentes âmbitos do viver dessas pessoas. Consideram que a doença não é o centro de suas vidas, apesar de ser parte de seu viver. Nesse sentido, o apoio que recebem é compreendido de forma mais ampla, como por exemplo, receber apoio para manter suas atividades de lazer e a participação em eventos sociais.

Viver com DM toma uma dimensão significativa somente quando essas pessoas têm alguma alteração em suas vidas diárias. Caso contrário, vivem sem focalizar preocupações relacionadas ao controle da doença. Tal aspecto se deve, em grande parte, à invisibilidade do diabetes. Mesmo com a doença presente, muitos seguem suas vidas sem alterar seu cotidiano, sendo que somente há modificação quando as situações de

saúde-doença fogem do seu controle.

Um exemplo típico disso se refere à questão alimentar. Para a maioria das pessoas, interagir socialmente está diretamente relacionado ao compartilhar refeições. A comida, muitas vezes, é motivo para organização de grupos e encontros de pessoas, tomando um espaço simbólico que vai muito além da ingestão de nutrientes; significa estar com os outros, ter prazer, sentir-se incluída. Qualquer situação que possa impedir ou modificar isso pode ser relegada, ou tomada como algo secundário e que pode ser retomado em outra situação. As restrições alimentares indicadas pelos profissionais da saúde perdem espaço para, por exemplo, seu envolvimento com atividades sociais, em que compartilhar refeições é tomado como mais importante.

### **Composição da rede de apoio de pessoas com DM**

A rede de apoio apresenta-se composta por familiares, amigos, vizinhos, além dos profissionais de saúde e outras pessoas que compartilham o ambiente social mais amplo, tais como: integrantes da associação de moradores, da sociedade recreativa, da igreja, dos grupos de convivência (rendeiras, idosos, bingo, reza, DM e hipertensão).

Ainda que sua rede social seja bem variada, o principal apoio que recebem é da família, que fornece apoio instrumental e emocional no enfrentamento de situações adversas em suas vidas.

As famílias dessa comunidade tendem a compartilhar o mesmo espaço territorial. Mesmo rodeados de casas de pessoas que vieram de outras localidades e não se integraram na comunidade, os espaços caracterizados pela sociabilidade familiar são mantidos. Cada filho que se uni por casamento constrói uma nova casa no terreno da família, mantendo esta proximidade e, com isso, forma-se aglomerado de casas. No passado, os terrenos eram maiores, e as casas tinham uma separação mais expressiva. Atualmente, devido à especulação imobiliária, os terrenos passaram a ser bem menores, o que reflete uma maior aproximação física entre as pessoas; consequentemente estreitamento das relações interpessoais. Além disso, há uma aproximação entre vizinhos que perpassa essas relações familiares. Tal aspecto traz uma convivência muito próxima entre os seus moradores, que passam a participar

de todas as situações cotidianas dos demais moradores do mesmo terreno, geralmente os pais e os filhos; às vezes, avós, primos e tios. As festas familiares contam sempre com muitos participantes e são momentos de conversas acerca dos demais moradores e sobre os problemas da comunidade.

*“Ah... a gente vive como se fosse uma grande família mesmo. A gente briga e tudo mais, mas é tudo passageiro... logo depois faz festa... meus filhos, graças a Deus, construíram suas casas aqui, cada um tem a sua vida independente, mas a gente está sempre perto e juntos né... a gente se cuida tudo aqui... um segura o outro. É bom e é ruim... viver assim... mas aqui sempre foi assim... os nativos mesmo, a gente ia casando e se arrumando como dava... antes era como se fosse um grande pátio de casa, pois todo mundo se conhecia né...”* (mulher, 68 anos).

As redes de apoio dessa comunidade se organizam basicamente em função do compartilhamento do espaço territorial, conferindo tanto o suporte instrumental como o emocional. Não há como delimitar quem fornece que tipo de suporte, visto que esses ocorrem de acordo com o momento e a necessidade que se apresenta.

No que tange ao atendimento em saúde, existe um serviço de atenção primária local há mais de duas décadas, denominada pela comunidade como o “Posto de Saúde”. Esse serviço criou há 24 anos um grupo de apoio a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM, o HIPERDIA. O grupo, há 18 anos, é liderado por um mesmo médico e uma técnica de enfermagem, ambos moradores do bairro. Nessa longa convivência, estabeleceram relações mais próximas que vão além do acompanhamento e controle da doença. São considerados integrantes da comunidade e da rede de apoio das pessoas com DM e profissionais de referência no atendimento do posto de saúde.

O grupo HIPERDIA apresenta-se como importante aspecto formador da rede de apoio. No entanto, seu reconhecimento está mais relacionado a ser um espaço de sociabilidade do que um espaço de discussões acerca do processo saúde-doença e instrumentalização para o cuidado.

Além do descrito acima, existe um farmacêutico, com importância considerável na vida dos sujeitos. O mesmo é proprietário de uma farmácia que funciona há 30 anos no local,



prestando atendimento para as pessoas que o procuram. Seja qual for o problema de saúde ou não, esse farmacêutico é acionado, visto que representa importante base de apoio às pessoas com DM da comunidade estudada.

Outro grupo de apoio, cujos encontros ocorrem no centro cultural do bairro, é o de rendas e artesanatos tipicamente açoriano, onde as mulheres se reúnem e convivem socialmente, significando suas vidas não apenas em função da doença, mas principalmente em função de questões de convivência e de sociabilidade.

A igreja é outra fonte de apoio, especialmente suas festas religiosas que têm uma importância especial na comunidade, sendo a religião católica a principal referência. A comunidade tem na fé seu principal apoio e referência para obter suas graças, especialmente relacionadas à saúde.

Entidades populares, como a associação de moradores, sociedade recreativa, grupos de rendeiras, de idosos, de bingo, de reza atuam como propulsores de cidadania, além de auxiliarem em diferentes problemas que surgem no cotidiano das pessoas com DM, e não apenas devido à presença da doença.

### **A Contribuição da rede de apoio para as pessoas com DM**

As pessoas que podem contar com um suporte mais efetivo gerenciam melhor suas vidas. Diferentes tipos de apoio auxiliam as pessoas com DM a enfrentarem sua condição com maior facilidade. Tomando como referência a sistematização dos tipos de apoio<sup>(4)</sup>, foram identificados os seguintes tipos: emocional, instrumental e/ou informacional.

Estar em contato com diferentes grupos de pessoas configura-se como forte elemento de auxílio no processo de significação do que é ter uma doença como o DM. O apoio existente nas interações relacionais, muitas vezes, não fica explícito, mas simplesmente o fato de não se sentir isolado ou sozinho no mundo já reduz o peso da existência da doença, fazendo acreditar que é possível viver bem, ainda que com certas limitações.

O apoio instrumental e emocional se reflete de forma positiva nas ações cotidianas dos sujeitos com DM. A ajuda mútua faz parte da convivência, do viver em comunidade, especialmente da família mais próxima. Apesar da ajuda poder vir de qualquer integrante, há sempre aquele mais dedicado, e

geralmente uma das filhas é a referência. Se há filhas solteiras, essas são sempre as que assumem esse cuidado. A comunidade valoriza o respeito e o sentimento de cuidado e preocupação com os pais por parte dos filhos, especialmente as mulheres.

O apoio instrumental se expressa na compra de remédios e de alimentos especiais, pagamentos de consultas e acompanhamento ou transporte para suas necessidades, além de outras formas de ajuda no dia-a-dia, como limpeza da casa. O apoio emocional se expressa em manifestações de carinho diário; na presença constante, por saber que podem contar com alguém em suas necessidades; e nas manifestações de preocupação, em ter alguém que os observa e está atento às pequenas mudanças. Enfim, na comunidade estudada, o apoio emocional é aquele que ajuda as pessoas com DM a se sentirem amadas e protegidas.

No entanto, esse apoio nem sempre está assim disponível, pois há conflitos familiares que podem promover sobrecarga para alguns integrantes, com ausência de outros que não se envolvem. Porém, uma das características da comunidade é o compromisso que existe de apoio entre os membros das famílias, configurando-se como um compromisso. Isso significa dizer que a família, em algumas situações, sente-se pressionada a tomar alguma atitude. Em razão da comunidade ser pequena, todos os moradores se conhecem e recriminam situações de abandono, ou descuido com seu familiar. O compromisso em fornecer apoio ao seu familiar é compreendido como um dever ético para ser aceito neste grupo social.

*“Ora... eu dou apoio porque ela precisa... ninguém me obriga... eu vou e ajudo... porque ela é minha mãe... eu faço porque ela precisa assim... se não tem quem ajuda então como é que ela vai fazer né... eu faço porque eu gosto!!!! Porque se ela fica doente e sem poder fazer as coisinhas que ela gosta e tudo né... então tu tem que buscar sempre a dar apoio e ela estar sempre bem para ela não precisar ficar numa cama e não fazer as coisas que ela gosta...”* (mulher, 38 anos, filha)

*“...eu vou na casa da minha filha que mora ali... eu vou na casa da minha filha que mora aqui pertinho... ela me ajuda assim... eu vou lá conversar e tudo... eu falo pra ela as coisas e fica assim... é bom contar com ela...”* (mulher, 64 anos)

Amigos e vizinhos contribuem com diversificadas ações

semelhantes àquelas efetivadas pela família. O que distingue é que os amigos apóiam emocionalmente, estimulando a pessoa a manter suas relações externas, com maior destaque na participação das atividades na comunidade, especialmente as religiosas. Eventualmente também dão suporte instrumental, como por exemplo, levar à consulta ou ajudar em alguma tarefa doméstica.

O apoio dos profissionais da saúde pode ser tanto emocional quanto instrumental e informacional. O apoio emocional é dado pelos profissionais da saúde com os quais as pessoas com DM têm uma relação mais próxima. As conversas com esses profissionais vão além dos problemas de saúde, abrangendo o aconselhamento acerca de problemas familiares e da vida cotidiana. O fato das pessoas com DM saberem que têm a quem recorrer em situações de doença, que serão atendidas de forma prioritária no serviço de saúde e que serão reconhecidas, é uma forma de apoio que dá segurança e confiança. O apoio instrumental envolve o fornecimento de medicamentos e a facilitação na realização de consultas e de exames. O apoio informacional é valorizado especialmente quando conseguem respostas para suas dúvidas e quando têm uma “tradução” da linguagem científica.

Explicações genéricas, especialmente sobre cuidados e tratamentos, não têm grande relevância para essas pessoas que não acreditam que aquilo se aplica a sua situação específica. Isto é, suas compreensões são baseadas em suas experiências de vida, e não em generalizações.

Não há uma nítida divisão entre esses tipos de apoio que, muitas vezes, sobrepõem-se. As pessoas com DM que têm um acesso facilitado ao serviço de saúde significam que o tipo de apoio pode ser instrumental, atendendo a necessidades específicas, e emocional, fornecendo segurança.

As pessoas não tomam o DM como uma nova referência em sua vida, mas como parte de seu viver cotidiano, valorizando-o somente em determinados momentos e situações, especialmente quando são solicitadas informações relacionadas ao fato de terem DM. De maneira geral, o DM é tomado como mais um problema em suas vidas e não uma condição especial.

## **DISCUSSÃO**

O apoio social nem sempre está voltado especificamente

para o DM, mas contribui de alguma forma para um viver mais saudável. Seja qual for o tipo de apoio social, o fato é que “ter” apoio colabora para a autonomia do sujeito, reforçando a eficácia positiva nos enfrentamentos cotidianos.

Nesse sentido, a rede de apoio está associada à saúde e ao bem estar dos indivíduos<sup>(20)</sup>, sendo um fator fundamental para o processo de adaptação a situações de estresse e de suscetibilidade a distúrbios físicos e emocionais<sup>(21)</sup>.

A rede social é dinâmica, construída e reconstruída em todas as fases da vida. O sentimento de proteção, gerado pelo fornecimento do apoio social, está relacionado ao desenvolvimento da capacidade de enfrentamento das adversidades, promovendo processos de resiliência e desenvolvimento adaptativo<sup>(22,23)</sup>. Todas as relações que o indivíduo estabelece com outras pessoas, advindas dos diversos microssistemas nos quais transitam, como família, vizinhos, amigos, profissionais de saúde, entre outros, podem fornecer suas bases de apoio.

Compartilhar o mesmo espaço social com familiares, amigos, vizinhos e até mesmo profissionais de saúde predispõe ao sentimento de estarem recebendo apoio. Quando essa convivência envolve laços afetivos, as pessoas com DM enfrentam melhor seus problemas de saúde, reduzindo a importância da doença em suas vidas. Muitas pessoas, embora não façam do DM o centro de suas vidas, quando se sentem apoiadas, apresentam maior estímulo para enfrentar as inconveniências que acompanham o viver com uma doença crônica.

O apoio instrumental fornece às pessoas uma satisfação maior com seu futuro visto que, com recursos disponíveis, é mais fácil transpor determinado problema, ou controlá-lo, como no caso do DM. O apoio emocional tem um destaque importante, sendo referido como fundamental e atua como propulsor para uma vida com mais qualidade. Uma pessoa emocionalmente estável enfrenta melhor as adversidades da vida, seja em relação à doença ou não.

O apoio social, portanto, está relacionado à percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos, e com os recursos que este apoio lhe oferece, como proteção e força, frente a situações de risco que se apresentam.

Juntamente com a família, os amigos desempenham o papel de fonte de apoio, que está relacionado à manutenção do bem estar. Eventos estressantes vivenciados com o apoio emocional dos amigos capacitam o indivíduo a desenvolver estratégias mais adaptativas. Essas relações afetivas, desenvolvidas com pares, tornam o apoio recebido mais eficaz, uma vez que trazem consigo recursos pessoais e sociais que diluem os efeitos negativos das situações adversas<sup>(22)</sup>.

É fundamental a organização de redes de apoio na vida das pessoas. O sentimento de responsabilidade que se estabelece entre as relações de pessoas e organizações caracteriza-se por laços duradouros e é motivado por um reconhecimento de que, apesar de diferenças particulares, a igualdade as une. Com base na equidade, a solidariedade busca a distribuição de oportunidades e de recursos básicos para uma vida decente. Isso de tal forma que cada pessoa e cada organização social possa realizar-se em sua singularidade e desenvolver-se para contribuir de forma plena no desenvolvimento humano<sup>(24)</sup>.

O apoio social para as pessoas com DM atua como propulsor no início e nos passos subsequentes da busca de ajuda, já que seus membros proporcionam apoio contínuo na adesão ao tratamento ou controle da doença. A inexistência ou limitação desse apoio é considerada por essas pessoas como um ponto frágil.

Considerado uma importante dimensão do desenvolvimento humano, o apoio que a pessoa com DM recebe constitui uma interface entre o sujeito e o sistema social do qual ele faz parte. Interagir socialmente apresenta-se como aspecto fundamental para um viver melhor, pois possibilita a sobrevivência e transcendência do sujeito diante de adversidades cotidianas.

## **REFLEXÕES CONCLUSIVAS**

As redes de apoio a pessoas com DM, constituída fundamentalmente por familiares e profissionais de saúde da comunidade, são reconhecidas segundo as subjetividades e os significados vivenciados pelos sujeitos estudados. Teve como destaque a variedade, a densidade e a complexidade de significados atribuídos ao conceito de família e ao processo de saúde-doença.

Os profissionais de saúde precisam conhecer o universo das pessoas que cuidam para poderem respeitar seus modos de vida, sendo necessário ir além da sensibilização, interagindo na perspectiva da integralidade sociocultural.

A principal contribuição deste estudo é a valorização de todos os contextos do viver com uma doença crônica, levando em consideração os diferentes significados que os sujeitos dão a esse viver. Salientou-se ainda a importância das relações sociais, principalmente destacando a família e os profissionais da saúde como apoio aos diferentes aspectos do viver da pessoa com DM.

Com base nos processos de humanização, que visa atender a pessoa na perspectiva da integralidade, sempre que a pessoa procurar alívio para os seus problemas de saúde, devemos compreender que haverá encontros contínuos e dinâmicos, sendo renovados de acordo com o momento de vida dos sujeitos.

Os resultados do presente estudo podem suscitar novas investigações. Ao lidar com pessoas com diabetes e seus familiares, é necessário o entendimento de que antes de ser uma pessoa com DM, muitas construíram suas experiências desenvolvendo hábitos diferentes dos que são necessários na convivência com a doença crônica. Assim, é preciso avançar na compreensão dos fatores que motivam a realização de cuidados e tratamento de modo a favorecer um melhor controle metabólico do DM. No entanto, os resultados nos mostram que esses cuidados e tratamentos tomados como referência na biomedicina precisam ser relativizados. Cuidar da saúde para as pessoas com DM é primeiramente manter suas relações sociais na forma como estas pessoas compreendem e valorizam suas vidas, podendo participar integralmente dos eventos sociais familiares e comunitários.

Pode-se dizer que a comunidade estudada possui uma rede social sólida e que lida com suas vivências cotidianas de acordo com a significação acerca da saúde e da doença, construída culturalmente, e reconstruída diariamente.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira, FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. In: Com., Saúde e

Educação. Vol. 6, Nº 10, Pp. 63-74. Fev, 2002.

2. Adam P; Herzlich C. Sociologia da doença e medicina. Bauru: EDUSC; 2001.
3. Brasil, Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial e *diabetes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. Sluzki, CE. A rede social na prática sistêmica. SP: casa do Psicólogo, 1997.
5. Gonçalves, TR. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. In: Revt. Ciência e Saúde Coletiva. Set, 2008.
6. Simionato, MAW; Marcon, SS. A construção de sentidos no cotidiano de universitários com deficiência: As dimensões da rede social e do cuidado mental. *Psicol. Am. Lat.*, Aug. 2006, no.7, p.0-0.
7. Siqueira, AC.; Betts, MK.; Dell'aglio, DD. A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. In: Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. Vol. 40, Num. 2 pp. 149-158. 2006
8. Scherer, AD. Conhecimento e atitudes de mulheres a partir de 50 anos sobre a AIDS. In: Dissertação (mestrado). UFSC/CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 93 f.
9. Bitencourt, FG. Reprodução, inversão, transformação: uma etnografia do esporte na escola. In: Dissertação (mestrado). UFSC/CFH. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis, SC, 2005.
10. Bacheladenski, MS. (RE) significações do lazer em sua relação com a saúde em comunidade de Irati/PR. In: Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, UFSC. Florianópolis, SC, 2006.
11. Meleiro, MM. A Abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. In: Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis: UFSC v. 15, n. 1, (jan./mar. 2006), p. 82-88.

12. Silva, I.; Ribeiro, JP.; Cardoso, H.; Ramos, H.; Carvalhosa, SF.; Dias, S; Gonçalves, A. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. In: *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol.4, n.1, p.21-32, 2003.
13. Kambara, S; Taniguchi, H; Sakaue, M; Wang, DH; Takaki, J; Yajima, Y; Naruse, F; Kojima, S; Sauriasari, R; Ogino, K. Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes. In: *Yogyakarta, Indonesia. Diabetes Res Clin Pract* 80(1):56-62, 2008.
14. Simionato, MAW.; Oliveira, RG. Funções e transformações da família ao longo da história. In: *I Encontro Paranaense de Psicopedagogia*. Nov./2003
15. Gomes, MMF. As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI Neonatal: construindo possibilidades de cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, 1999.
16. Marteleto, RM. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*. Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.
17. Meirelles, BHS. Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem. In: *Trabalho para Concurso Público-Professor Adjunto*. Dpto. Enf. CCS: UFSC: Florianópolis, 2004, 31p.
18. Griep RH.; Chor, D; Faerstein, E.; Lopes, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n.3, p.379-85, jun, 2003.
19. Helman, C. Cultura, saúde e doença. Tradução: Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
20. Samuelsson, M.; Thernlund, G.; Ringström, J. Using the five map to describe the social network of children: A methodological study. In: *International Journal Behavioral Development*, 19, 327-345. 1996.
21. Masten, A.; Garmezy, N. Risk, vulnerability and protective in



developmental psychopathology. In: *Advances in clinical child psychology*. New York, USA: Plenum Press, Pp. 1-52, 1985.

22. Rutter, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: *American Journal Orthopsychiatry*, 57, 316-331. 1987.

23. Brito, R.; Koller, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Ed.). In: *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação* (pp.115-129). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo. 1999.

24. Lück, H. Como formar rede de escolas solidárias. In: *Rev. FAE, Curitiba*, v.6, n.2, p.125-136. maio/dez, 2003.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerado um dos problemas de saúde pública do mundo atual, o DM vem sendo motivo de vários estudos em diferentes áreas, sempre na tentativa de encontrar meios de melhorar a qualidade de vida de pessoas com DM e, conseqüentemente, suas redes de relações. Pesquisar como vivem as pessoas com uma doença crônica ultrapassa os limites de estudos pontualmente circunscritos, focalizando somente e, de acordo com o estudo, aspectos puramente biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Mais do que contribuir com pesquisas isoladas, é preciso haver uma convergência de objetivos quando o foco é pessoas com doenças crônicas.

O olhar antropológico contribuiu neste estudo na percepção de que o DM pode ser secundário na vida das pessoas, ou seja, suas vidas são significadas com base em suas relações com o mundo e não somente de sua relação com a doença crônica. A ideia da centralidade do DM na vida de uma pessoa vem do olhar biomédico que orienta o profissional de saúde, que supervaloriza a doença e vêem em sua atuação a solução para o problema. Colocar-se como tendo um papel mais secundário do que imaginava é um exercício de compreender o que está a sua volta sem a lente da biomedicina, mas com o olhar curioso de quem se interessa pelo outro e deseja uma prática que tenha como referência as necessidades e a autonomia desse outro.

A compreensão do DM como periférico na vida das pessoas da comunidade pesquisada decorreu de uma série de observações e interpretações. Uma das mais marcantes foi perceber que somente quando essas pessoas são lembradas da necessidade de cuidado pelos profissionais de saúde, família, amigos, parentes, vizinhos ou por qualquer situação que o restrinja do convívio social, fortemente valorizado por esta comunidade, é que refletem sobre a sua condição crônica

Por meio deste estudo, minha visão biomédica sobre o viver com uma condição crônica sofreu alterações significativamente positivas. Na tentativa de compreender o significado cultural das práticas de autoatenção de pessoas com DM e seus familiares, a imersão na comunidade me possibilitou apreender diferentes aspectos sobre o seu viver e o seu interagir socialmente e a reflexão desse viver no seu processo saúde-doença.

Contrariamente do que nós ( profissionais de saúde, pensamos e

somos preparados ao longo de nosso processo formativo para intervir e solucionar, ou controlar os problemas com a saúde), a doença crônica não é o centro da vida das pessoas que a possuem, apenas sendo mais um aspecto de seu viver, tendo uma conotação diferente daquela significada pelos profissionais de saúde, visto que esses se preocupam com a manutenção constante dos parâmetros de normalidade de taxas e exames biomédicos. Para as pessoas com DM, seu cotidiano de relações é considerado como o mais importante.

No artigo que versa sobre o entendimento das práticas de autoatenção que as pessoas utilizam, tais práticas não se configuram como isoladas, mas como um processo dinâmico e associado, constantemente negociado pelos sujeitos como práticas necessárias em suas vidas e que contribuem, de alguma forma, para seu viver saudável com sua condição crônica de saúde, como é o DM. Cuidar de seu DM é mais uma atribuição em suas vidas, na qual a doença toma diferentes relevos, dependendo de suas manifestações e complicações, que acabam por interferir em seus prazeres e realizações.

Contar com profissionais da saúde, que além de morarem na comunidade, convivem de forma efetiva e interagem socialmente com essas pessoas, promove uma situação mais confortável e, provavelmente, também acaba por promover uma infiltração do discurso da biomedicina em suas referências sobre o DM, mas que não se expressa da mesma maneira em suas práticas de cuidado. Nesse relacionamento mais próximo, com um processo comunicativo que flui melhor entre profissionais da saúde e pessoas com DM, há um conjunto de facilidades que as pessoas percebem no atendimento em saúde, com destaque para o acesso a consultas sem agendamento prévio, a prescrição e obtenção de medicamentos disponíveis no serviço de saúde, além de explicações mais compreensíveis acerca de seus problemas de saúde e respectivos tratamentos.

Foi possível perceber que existem diferentes modos de ver e de viver com o DM, sendo que os aspectos sociais, culturais e históricos precisam ser tomados como referência pelos profissionais que atuam nesses espaços da comunidade. Portanto, a postura esperada é que tais profissionais consigam congregiar em sua prática tanto o saber científico quanto o familiar e o popular, de forma a encontrarem um ponto de equilíbrio dos diferentes cotidianos, articulando meios que possibilitem novas práticas promotoras de saúde. É preciso compreender que cada pessoa tem um entendimento de mundo, sendo que o experientista e o percebe de forma diferente do profissional de saúde, que passou por um treinamento específico que lhe confere uma maneira própria de olhar

para a doença que nem sempre é igual para quem a possui. As pessoas assumem decisões sobre o que fazer com suas vidas. Não se pode, portanto, separar a experiência subjetiva do contexto da doença.

Quando existe a intenção de um diálogo mais compreensivo na relação entre os profissionais de saúde e as pessoas com DM, percebe-se um respeito mútuo e uma maior acessibilidade nos diferentes universos, uma vez que é permitido à pessoa participar ativamente das decisões sobre sua saúde, exercendo seu poder de decisão e autonomia.

Com foco no significado cultural das práticas de autoatenção de pessoas com DM, este estudo destaca a importância da humanização da assistência e reafirma a importância de um plano de atuação para a promoção de um viver mais saudável dessas pessoas. Talvez o ponto mais importante na relação que o profissional de saúde estabelece com as pessoas com DM seja o reconhecimento da singularidade de cada um, na intenção de valorizar sua autonomia, potencializando sua capacidade de enfrentamento de novas situações, tais como as adversidades que possam acompanhar uma condição crônica. Os espaços de interação entre pessoas com DM e profissionais da saúde precisam ser permeados por essa compreensão, mas, de alguma forma, manter a intencionalidade de promover um melhor controle de sua condição crônica.

A promoção da autonomia da pessoa com DM precisa ser tomada como uma meta e manter-se em equilíbrio com os demais aspectos de sua vida. É preciso entender que fatores culturais desempenham importante papel na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços médicos, entre nós fortemente assentado no modelo biomédico, o qual é apenas um entre tantos outros modelos.

As redes de apoio social às pessoas com doenças crônicas, fundamentalmente constituídas por familiares, e também por amigos, vizinhos e instituições/profissionais da saúde, são reconhecidas e essenciais em seus processos de vida. Conhecer os universos vivenciais de pessoas com DM e como essas interagem com um mundo de possibilidades vai além da sensibilização. Com base na humanização da assistência, é preciso auxiliar na busca e resolução de problemas que afetam o cotidiano da pessoa com DM e sua rede social, interagindo socioculturalmente.

A principal contribuição deste estudo é de que precisamos entender e valorizar todos os contextos vivenciais que envolvem o viver com uma doença crônica, levando em consideração os diferentes significados que os sujeitos dão a esse viver.

Entendendo que sempre haverá encontros contínuos e dinâmicos

sendo renovados de acordo com os momentos de vida dos sujeitos, este estudo salientou a importância das relações sociais, principalmente por meio da família como suporte social. É essencial para o ser humano viver e interagir socialmente e saber que pode contar com alguém, uma vez que relacionar-se é de relevância vital, tendo em vista o contato com diversos tipos de pessoas (RESENDE et al, 2006; ERBOLATO, 2001).

Na comunidade estudada, as pessoas com DM compartilham suas vivências não somente relacionadas a sua condição crônica nos encontros mensais no grupo de apoio a pessoas com diabetes e hipertensão. Esse é mais um espaço de interação das pessoas da comunidade, promovendo convivências que vão além dos laços de ligação pela doença. Destarte, amizades antigas são fortalecidas e amizades novas são criadas, promovendo oportunidades para atividades de lazer e de interações sociais importantes para o grupo. Isso é especialmente evidenciado pelo aspecto desse longo tempo de criação e permanência das atividades de promoção da saúde.

Compreender as práticas de autoatenção de pessoas com DM (manuscrito 1), como se articulam as relações entre essas pessoas e os profissionais de saúde (manuscrito 2) e como se organizam suas redes de apoio social (manuscrito 3) possibilitaram perceber que os cuidados e tratamentos que as pessoas com DM realizam têm um significado diferente daqueles compreendidos na biomedicina. O foco é a manutenção de seus relacionamentos sociais, isto é, as pessoas com DM estarem sempre em contato com outras pessoas, sejam elas da própria família ou de pessoas próximas, e em contato com profissionais considerados aptos a atenderem suas necessidades de saúde. Esperam uma compreensão de sua condição e não críticas e cobranças que não consideram adequadas, pois o importante para elas nem sempre converge ao que os profissionais assim consideram. Por outro lado, a longa e próxima convivência entre profissionais da saúde reconhecidos como da comunidade não tem promovido um melhor controle do DM, ou da retomada de hábitos mais saudáveis, tanto na alimentação quanto na realização de atividades físicas.

A pesquisa possibilitou ampliar a compreensão de que o DM faz parte das experiências socialmente vividas, com a influência dos profissionais de saúde e de seus familiares, tendo em vista que é meio desse compartilhamento que pessoas significam suas experiências. Assim, mais do que uma prática assistencial em saúde, o viver com DM abrangeu diversas dimensões em minha vida, sendo que em alguns momentos foi aspecto facilitador e, em outros, fator limitante para o estudo.

Dentre as limitações do estudo realizado, destaca-se o fato de eu ter DM 1, diferentemente da maioria das pessoas estudadas, que têm DM 2. Diante disso, a compreensão dos significados do viver com DM, dependendo da situação, não foi tão explorada quanto poderia, visto a dificuldade em estranhar o familiar, que nesse caso é uma condição que faz parte de meu viver. Minha condição permeou meu olhar para as pessoas e suas práticas de autoatenção. Nesse sentido, mesmo buscando apreender a perspectiva dessas pessoas, compreender o modo como elas entendem seus universos muitas vezes se tornou tarefa difícil de se realizar em razão do estranhamento e distanciamento de minha própria condição de também ter DM, o que toma um espaço bastante central em minha vida.

No entanto, em determinadas situações, isso fez com que a imersão no mundo de quem vive com DM fosse sensivelmente compreendida, tal como os sujeitos a percebem. O fato de ter DM contribuiu para a percepção de situações que poderiam não ter sido notadas por um profissional de saúde, como a dificuldade de restringir certos alimentos num mundo de apelos para o consumo de carboidratos. Assim, conviver com outras pessoas com DM foi um processo complexo, embora em determinados momentos essa condição tenha favorecido minha inserção no grupo e possibilitado uma compreensão mais efetiva do que estavam vivenciando. De modo geral, requereu um esforço, em várias ocasiões, especialmente pela necessidade de manter um olhar curioso que possibilitasse o estranhamento da condição de viver com DM.

Este estudo não esgota a temática, mas se constitui como um propulsor de novas investigações que contribuirão para a construção de modelos assistenciais mais convergentes à vida das pessoas com DM, suas necessidades e potencialidades. Novos espaços de discussão poderão ser abertos, com base nas experiências vivenciadas e relatadas pelos integrantes deste estudo. Valorizar a necessidade de cuidados em saúde com foco na autonomia dos sujeitos e respeito pelo seu modo de vida parece ser o discurso que esses desejam ouvir. Baseado nisso, interagir de forma mais consciente com o mundo em que vive. A relação horizontalizada, que pode ser promovida pelos profissionais de saúde, pessoas com DM, seus familiares e sua rede social parece atender às expectativas da comunidade, que deseja ser reconhecida pela sua forma de agir diante do mundo, antes de ser reconhecida como pessoas que precisam de cuidados em função de uma doença. De uma forma distinta, é também um apelo à cidadania diante da perspectiva de compreensão desse viver.

## 6 REFERÊNCIAS

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

ALBUQUERQUE, C.M.C.P. **Tecendo redes sociais: a articulação de instituição social numa localidade pesqueira de Santa Catarina**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1983. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1983.

ALBUQUERQUE, R. **Diabetes Mellitus e Hipoglicemia: características gerais**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/hipog.php>> Acesso: 15 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. **Diabetes Mellitus**. Disponível em: <[www.medcape.com](http://www.medcape.com)> Acesso em: 15 ago. 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M.T.A; PERES, M.F.T. O conceito de saúde mental. **Revista da USP**, São Paulo, n. 43, p. 101-25, set-nov. 1999.

ALTHOFF, C.R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSÉN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p.25-43.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. ADA. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, sup. 1, S4-S36, jan. 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. ADA. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, v. 32, sup. 1, S6-S12, jan. 2009.

ANDERSON, B.J.; AUSLANDER, W.F. Research on diabetes management and the family: A critique. **Diabetes Care**, v. 3, n. 6, p. 696-702, 1980.

ANDRADE, G.R.B. **Grupo de apoio social no espaço hospitalar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

ARDIGÒ, A. **Corso di Sociologia Sanitaria I Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria**. Bologna: Università di

Bologna, 1995.

ASSUNÇÃO, L.F.; MELO, G.C.M.P.; MACIEL, D. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 383-389, jul/set. 2008.

ATKINSON, S.J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 283-299, 1993.

BACHELADENSKI, M.S. **(RE) significações do lazer em sua relação com a saúde em comunidade de Irati/PR**. Florianópolis: UFSC, 2006. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

BARROS, D.L.P. et al. **Diálogos na fala e na escrita**. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2005. 343 p.

BECKER, H.S., GEER, B. Participant Observation and interwinening: a comparation. In: MANIS, J. G.; MELTZER, B. N. (Org). **Symbolic interaction: a reader in social psychology**. 3th edition. Boston: Allyn and Bacon, 1978.

BELTRAME, V. **O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de Diabetes Mellitus**. Florianópolis: UFSC, 2000. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

BERT, G.; QUADRINO, S. **Il Medico e il Counselling**. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1989.

BIBEAU, G. Entre Sens et Sens Commun, Exposé de Présentation. In: **l'Académie des Lettres et des Scences Humaines de la Société Royale du Canada**. Montréal, s/ed., 1992.

BRANCH, W. T.; ARKY, R. A.; WOO, B.; STOECKLE, J. D.; LEVY, D. B.; TAYLOR, W. C. Teaching medicine as a human experience: A patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. **Annals of Internal Medicine**, v. 114, p. 482-489, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e**



diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 104 p.

\_\_\_\_\_. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Manual de hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manual de hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRESLOW, L. Da prevenção das doenças à promoção da saúde. **In: JAMA Brasil**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, p. 2252-2261, 1999.

BRITO, R.; KOLLER, S.H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. **In: CARVALHO, AM. (Ed.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

BROW, Diana D. G. A obrigação de cuidar: mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis. **In: MALUF, S.; TORNIQUIST, C. (Orgs.) Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2009.

CALDEIRA, G. **Relação médico-paciente na visão psicossomática**. Disponível em: <[http://www.psiquiatriageral.com.br/rempacmed/relacao\\_medico\\_pacient\\_e\\_na\\_visao\\_psicossomatica.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/rempacmed/relacao_medico_pacient_e_na_visao_psicossomatica.htm)>. Acesso em: 04 fev. 2010.

CAPITANINI, M. E. **Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós**. Campinas: UNICAMP, 2000. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.F. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.647-654, jul/set, 1999.

CARTANA, M.H.F. **Rede e suporte social de famílias**. Florianópolis: UFSC, 1988. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.

CARVALHO, G.; LAVOURAS, H.; ANDRÉ, I.; SILVA, L. S. **Projeto de promoção da saúde mental e prevenção das toxicodependências**

**na gravidez e 1º infância: suporte social.** Originalmente apresentado como Projeto de Mestrado em Saúde Pública. 2004. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp/2004>. Acesso em: 04 fev. 2010.

CASSEL, E. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine.** Oxford: Oxford University Press, 1991.

\_\_\_\_\_. The nature of suffering and the goals of medicine. **New England Journal of Medicine**, England, v. 306, p. 639-645, 1982.

\_\_\_\_\_. **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship.** Harmondsworth: Penguin Books, 1978.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência:** aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R.; ARRIAGA, M. **Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos: um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários.** Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/14.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2008.

COELHO, M.S. **“A doença do pé”:** representações sociais de um grupo de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Florianópolis: UFSC, 2004. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS. **In: Seminário de Discussão sobre os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** <<http://www.conass.org.br>> Acesso em: 19 dez. 2009.

CONTIM, D. **O significado do cuidar para familiares de crianças e adolescentes com doenças crônicas.** São Paulo: UNIFESP, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, 2001.

CORDOVA, R.V. **Ficar em terra - o processo de migração de profissionais da pesca.** Florianópolis: UFSC, 1986. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1986.

CRUZ, A.A.; CAMARGOS, P.A.M.; BOUSQUET, J. **As Doenças Crônicas como Problema de Saúde Pública em Países de Renda Média e**

Baixa. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 78, sup. 1, p. 107-109, 2008.

DA MATTA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DIAS, M.L. **Vivendo em família: relações de afeto e conflito**. 9a. ed. São Paulo: Moderna, 1992.

DIAS, E.P.; SOARES, M.M.S.; RESENDE, L.M.H. Diabetes mellitus: diagnóstico e classificação. In: BRAGA, Walter dos Reis Caixeta (Org). **Diabetes mellitus**. v. 3. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 341-347.

DINIZ, M.I.C. Educação para o autocuidado do paciente diabético. In: BRAGA, Walter dos Reis Caixeta (Org). **Diabetes mellitus**. v. 3. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 395-404.

DUARTE, P.V; CRUZ, D.O. Redes Sociais e Interação. In: **Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas**. Florianópolis: SED/UFSC- SENAD, 2002. p. 203-217.

ELSEN, I. **Família e necessidades: revendo estudos**. *Acta Scientiarum/Health Sciences*, Maringá, v. 26, p. 147-157, 2004.

ELSEN, I.; MARCON, S.S; SILVA, MRS (Org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2a. ed. Maringá: Eduem, 2004.

ELSEN, I. ; ALTHOFF, C.R. Família e pesquisa: os contornos de um universo a explorar. In: ALTHOFF, CR.; ELSEN, I; NITSCHKE, RG. (Org). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 19-28.

ELSEN, I. **Concepts of Health and Illness and Related Behaviors Among Families Living in a Brazilian Fishing Village**. Ph.D. Thesis, Inuversity of California, San Francisco. 1994.

ELSEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994a. p. 61-77.

ERBOLATO, R. M. P. L. **Contatos sociais: relação de amizade em três momentos da vida adulta**. Campinas: PUC, 2001. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Pontifícia Universidade de

Católica de Campinas, 2001.

FERTOMANI, H.P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR.** Florianópolis: UFSC, 2003. Originalmente apresentada como projeto de qualificação de dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.M.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-11, jan.mar. 2007.

FRANCIONI, F.F.; COELHO, M.S. A superação de déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 55-62, 2004.

FRANCIONI, F.F. **Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus.** Florianópolis: UFSC, 2002. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GARMEZY, N.; MASTEN, A. Chronic adversities. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSON, L. (Eds.). **Child and adolescent psychiatry.** Oxford, UK: Blackwell, 1994. p. 191-207.

GATTINARA, B. C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 425-438, 1995.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

\_\_\_\_\_. **Saber local.** São Paulo: Vozes, 2000.

GENOFRE, R.M. **Família: uma leitura jurídica.** A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 1997.

GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. **Health Behavior and Health Education.** Theory, Research and Practice. San Fransisco: Wiley & Sons, 2002.

GOMES, M.M.F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI Neonatal: construindo possibilidades de**

**cuidado.** São Paulo: UNIFESP, 1999. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, 1999.

GONÇALVES, A.J. **Sociabilidade e construção das subjetividades através dos Guias e Manuais Médicos de São Paulo.** Disponível em: <<http://www.misp.pucsp.br>>. Acesso em: 16 jun. 2009.

GONÇALVES, T.R. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Set, 2008.

GOOD, B.J. Medicine, Rationality, and Experience. In: GOOD, B. **An Anthropological Perspective.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GOOD, B.; GOOD, M.J.D. Toward a meaning-centered analysis as popular illness categories: Fright-Illness and Heart Distress in Iran. In: MARSELLA, A. J.; WHITE, G. (Ed.) **Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy.** Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.,1982. p. 141-166.

GOOD, B.J. The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. In: **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 25-58, 1979.

GRIEP RH.; CHOR, D; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.3, p.379-85, jun, 2003.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.K. Pesquisa etnográfica em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-22, 1997.

GUBER, R. **La etnografia: Método, campo y reflexividad.** Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2001. 146p.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde, doença.** 4a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

\_\_\_\_\_. Doença versus Enfermidade na clínica geral. In: **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 31, p. 548-552, 1981.

HODGE-SAMUEL, C. D. et al. Influences on day-to-day self management of type 2 diabetes among Africa-American women. **Diabetes care-Epidemiology/Health services/ Psychosocial research.**, v. 23, n. 7, p. 933-2000, jul. 2000..

KAMBARA, S. et al. Social support, self-efficacy and psychological

stress responses among outpatients with diabetes. **Diabetes Res Clin Pract**, Indonésia, v. 80, n. 1, p. 56-62. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve> Acesso em: 15 mar. 2009.

KAHAN, R.S; ANTONUCCI, T.C. Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. In: BALTES, P.B.; BRIM, O.G. (Orgs). **Life span development and behavior**. v. 3. New York: Academic Press, 1980. p. 253-283.

KUHEN, A. **Lagoa da Conceição: meio ambiente e modos de vida em transformação**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

KLEINMAN, A. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 15, p. 275-301, 1991.

\_\_\_\_\_. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

\_\_\_\_\_. **Patients and healers in the context of culture**. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

\_\_\_\_\_. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med.**, New York. v. 12, p. 85-93, 1978.

\_\_\_\_\_. **Normal e comportamento anormal na cultura chinesa**. v. 2. New York: A. Kleinman e Tsung-yi Lin. D. Reidel, 1981.

LANGDON, E.J. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: JEOLAS, L. S.; OLIVEIRA, M. (Orgs.) **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença**. Londrina: Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003. p. 91-107.

LAWTON, M. P. Behavior relevant ecological factors. In: SCHAIRES, K. W.; SCHOOLER, C. (Ed.) **Social structure and aging: psychological processes**. Hillsdale: Erlbaum, 1991. p. 57-58.

LEITE, S. **Insulinoterapia no paciente com diabetes tipo 2**. Programa de atualização. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

LÓPEZ, T.M.T. **Sangre y azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México**. Universidad de Guadalajara, 2004.

LÜCK, H. Como formar rede de escolas solidárias. **Rev. FAE**, Curitiba,

v.6, n.2, p.125-136, mai./dez. 2003.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Evolução crônica do diabetes mal controlado. **Atualização em diabetes do tipo 2 para o clínico não especialista**. São Paulo, SP, fascículo 2. março, 1998.

MALUF, S.W. **Encontros noturnos: bruxas e bruxarias da lagoa da conceição**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

MARTELETO, R.M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MARTINS, M.L. **Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas**. Florianópolis: UFSC, 1995. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

MASTEN, A.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective in developmental psychopathology. In: **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum Press, 1985. p. 1-52.

MATTOS, C.L.G. A abordagem etnográfica na investigação científica. **Revista INES-ESPAÇO**, n.º 16, pp. 42-59, jul./dez., 2001.

MATTOSINHO, M.M.S. **Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares**. Florianópolis: UFSC, 2004. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a Enfermagem. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan-fev. 2001.

MEIRELLES, B.H.S. **Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem**. Trabalho apresentado para Concurso Público-Professor Adjunto. Dpto. Enf. CCS/UFSC: Florianópolis, 2004. 31p.

MELLEIRO, M.M. A Abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 82-88, jan./mar, 2006.

MELLO, M.B. **Déficits de autocuidado vivenciados por familiares de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1**. Florianópolis: UFSC, 2006. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade

Federal de Santa Catarina, 2006.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p.33-69, 2005.

\_\_\_\_\_. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

\_\_\_\_\_. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. In: PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. (Ed.). **Medicina y cultura**. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000. p. 163-88. 2000.

\_\_\_\_\_. **Poder, estratificación y salud**. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. México: Ediciones de la Casa Chata, 1981.

MENÉNDEZ, E.L.; RAMIREZ, S. **Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/enfermedad en una comunidad yucateca**. México: Ministerio de Salud, 1980.

MENESES, M.P.R. **Redes sociais: pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. a Catarina, 2004.

MESSA, A. A. **O impacto da doença crônica na família**. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2008.

MONTICELLI, M. A Cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 26-34, jan./mar, 2005.

MOTTA, F.M. **Gênero e reciprocidade: uma ilha no Sul do Brasil**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

NATIVIDADE, M.S.L. **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana**. Florianópolis: UFSC, 2004. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.



NORENBERG, M. et al. **Diabetes research and clinical practice**. New York, v. 76, p. 368-377, jun. 2007.

OLIVEIRA, R.C. **O trabalho do antropólogo**. 2a. ed. Brasília: Paralelo 15, 2000.

OLIVEIRA, FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Redes Locales Frente a la Violencia Familiar**. Peru: OPAS, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução da OMS de 2003. **Tracoma**. Disponível em: <[www.trachomawho\\_resolution2003.pdf](http://www.trachomawho_resolution2003.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital**. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Entendendo as Doenças crônicas**. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)>. Acesso em: 21 dezembro 2007.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PERRASSE, A.V. **Manual del educador em Diabetes Mellitus**. Colômbia: Clave Publicitária, 1987.

PESCE, R.; ASSIS, S.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, p. 135-143, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PIMENTA, A.L. **Medicamentos, a medicalização e a saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.inspq.qc.ca/archives/>>. Acesso em: 02 jan. 2009.

POWERS, B.A.; KNAPP, T.R. **A dictionary of nursing theory and research**. Newbury Park, Sage, 1990.

RADLEY, A. **Worlds of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease**. London/New York: Routledge, 1995.

RAMOS, M.P. Apoio Social e Saúde entre idosos. **Sociologias**. n. 7, v.4, p.156-175. Jan./jul.2002.

RESENDE, M.C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Revista Electrónica Internacional de la Unión. Latinoamericana de Entidades de Psicología - Psicología para América Latina, México.**, n. 5, fev. 2006.

RIAL, C.S. Da casa açoriana à casa decorada: ensaio de estética popular. **Revista de Ciências Sociais**. Florianópolis, n. 34, fev. 1992.

ROBLES SILVA, L. **Del amor al trabajo. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos**. Universidad de Guadalajara, 2002. Originalmente apresentada como tese de doutorado no Programa del Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Guadalajara, Jalisco. 2002.

ROSENTHAL, G.E.; SHANNON, S. E. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. **In: Medical Care**, Cleveland, USA, n. 35, p. 58-68, 1997.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **In: American Journal Orthopsychiatry**, New York, USA. n. 57, p. 316-331, 1987.

SAMUELSSON, M.; THERNLUND, G.; RINGSTRÖM, J. Using the five map to describe the social network of children: A methodological study. **International Journal Behavioral Development**, USA, n. 19, p. 327-345, 1996.

SANDOVAL, R.C.B. **Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares: percepções acerca das complicações e das conseqüências sociais crônicas**. Florianópolis: UFSC, 2003. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, V.A.A.(ORG) **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2001. p 147-76.

SIMIONATO, M.A.W.; OLIVEIRA, R.G. Funções e transformações da

família ao longo da história. In: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia. Curitiba. **Anais...** Encontro Paraense de Psicopedagogia, nov, 2003.

SIMIONATO, M.A.W; MARCON, S.S. A construção de sentidos no cotidiano de universitários com deficiência: As dimensões da rede social e do cuidado mental. **Psicol. Am. Lat.**, no.7, p.0-0, aug. 2006.

SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **Toronto-Bayview Regional Cancer Center**, v. 303, p. 6814, 1991.

SANTOSUOSSO, A. **O médico e seu trabalho limites da liberdade.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHERER, A.D. **Conhecimento e atitudes de mulheres a partir de 50 anos sobre a AIDS.** Florianópolis: UFSC, 2005. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

SENNA; ANTUNES. **Abordagem da família:** a criança, o adolescente, o adulto, e o idoso no contexto da família. Manual de enfermagem. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>> Acesso em: 22 jan. 2008.

SILVA, D.M.G.V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus:** experiências pessoais e culturais. Florianópolis: UFSC, 2001.

SILVA, D.M.G.V et al. **Redes Sociais:** apoio a pessoas com doenças crônicas. Projeto de Pesquisa do NUCRON/PEN-UFSC. Florianópolis, 2005.

SILVA, D.M.G.V. et al. Redes Sociais: apoio a pessoas com doenças crônicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59, 2007, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEn, 2007.

SILVA, D.M.G.V. et al. Apoio social e as pessoas com doenças crônicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 58, 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn, 2006.

SILVA, F.M.; CORREA, I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Reme - Revista Mineira de**

**Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, . 10, n. 1, p. 18-23, jan. 2006.

SILVA, I. et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.21-32, 2003.

SILVA, Y.F. **Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha/SC**. Florianópolis: UFSC, 1991. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 178f. 1991.

SILVEIRA, M.L. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 124p.

\_\_\_\_\_. Família, cultura e prevenção. SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 1, 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: 2003. p. 91-107.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. SP: casa do Psicólogo, 1997.

SIQUEIRA, A.C.; BETTS, M.K.; DELL'AGLIO, D.D. A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, Porto Alegre, RS, 40, n. 2, p. 149-158, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. SBEM. **Diabetes Mellitus na prática**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sphider/search>> Acesso em: 15 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Diabetes Mellitus: tratamento clínico**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sphider/search>> Acesso em: 27 out. 2007.

SOUSA, L.; MENDES, A.; RELVAS, A.P. **Enfrentar a velhice a doença crônica**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2239.htm>> Acesso em: 15 dez. 2009.

SOUZA, A.M.N. **A família e seu espaço: uma proposta de terapia familiar**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

STREY, M.N. et al. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SUCUPIRA, AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e

das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface- Comunic. Saúde, Educ.** v.11, n.23. p.624-27. 2007.

TEIXEIRA, M.Z. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 239-282, jul/sep. 2009.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites Biomédicos e propostas para uma clínica na Atenção Básica. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-362, dez. 2006.

\_\_\_\_\_. **Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas.** Campinas: UNICAMP, 2004. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n.2, p. 76-88, jun./dez.1992.

TRENTINI, M.; PAIM L.M. Ser mais - uma possibilidade de promover saúde pela prática educativa. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.2, n.2, p. 53-61, 1997.

UCHOA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M.F.S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Informe Epidemiológico/SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, set. 2002.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.23, n.53, p. 6-19, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Doctor-patient Interaction and Communication.** Geneva: Division of Mental Health, 1993.

WILLS, T. et al. **Stress, coping and resiliency in children and families.** New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1996. p. 107-133.

YAWN, B. et al. Is Diabetes Treated as an Acute or Chronic Illness in Community Family Practice. **Diabetes Care**, v. 24, p. 1390-1396, 2001.

YOUNG, A. The Anthropologies of Illness and Sickness. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, n. 11, p. 257-285, 1982.

\_\_\_\_\_. The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, New York, v. 1 , p. 25-58,

1979.

\_\_\_\_\_. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. **American Anthropologist**, New York, v. 78, n. 1, p. 5-24, 1976.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do projeto de pesquisa **"Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social"**, desenvolvido pela doutoranda Fabiane Ferreira Francioni (COREn/SC 84.258), sob a orientação da Professora Doutora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva e co-orientação da Professora Doutora Esther Jean M. Langdon.

Esta pesquisa pretende compreender as práticas de auto-atenção que as pessoas com diabetes mellitus e seus familiares realizam como forma de cuidado. O estudo é necessário para que a partir do conhecimento sobre as práticas de autoatenção que as pessoas com diabetes realizam, com apoio familiar ou não, possamos entender melhor os significados atribuídos ao viver com diabetes mellitus, podendo desta forma, contribuir para sua melhor organização, estruturação e divulgação de forma a dar maior suporte às pessoas que tem uma doença crônica.

Serão realizadas entrevistas para coletar os dados, além de acompanhamento do pesquisador em determinadas situações de seu cotidiano. Isto não traz riscos e desconfortos, mas esperamos que lhe traga benefícios relacionados a ajudar os profissionais a terem uma maior compreensão das práticas de auto-atenção que as pessoas com diabetes mellitus e seus familiares executam em seus cotidianos, dentro do ambiente social.

Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que o(a) identifique serão mantidos em sigilo e que o(a) Sr.(a) terá liberdade para



desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Após ler o presente convite e aceitar participar da pesquisa, pedimos que assine o Termo de Consentimento que segue em anexo.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos a respeito da pesquisa poderá ser obtida junto aos pesquisadores, mais especificamente com a pesquisadora responsável, professora Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (Enfermeira COREn/SC 15.644).

Endereço:

Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde -  
Departamento de Enfermagem/Campus Universitário.

Bairro Trindade, Florianópolis/Santa Catarina CEP: 88.040-900

Telefone: (048) 3721-9480

Eu,.....

.....abaixo assinado, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: "Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social". Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e método, inclusive o uso de gravador, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento.

Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

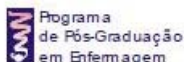
\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Florianópolis, de de 200 .

**ANEXOS**

## ANEXO A - Instrução Normativa 06/PEN/2009



Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL  
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787  
E-mail: pen@nfr.ufsc.br  
[www.nfr.ufsc.br/pen](http://www.nfr.ufsc.br/pen)

Instrução Normativa 06/PEN/2009

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

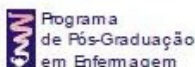
A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

### RESOLVE:

1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.
2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.
3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

#### a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais



Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL  
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787  
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br  
[www.nfr.ufsc.br/pen](http://www.nfr.ufsc.br/pen)

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscrtos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

- a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.
- b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;
- c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

## ANEXO B - Aprovação da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Os Significados e as Práticas de Auto-Atenção da pessoa com Diabetes Mellitus e de seus Familiares”, sob a responsabilidade da Professora Doutora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva que orienta a pesquisadora Fabiane Ferreira Francioni, e cumprir os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 11/04/2008.



Marynes T. Reibnitz  
Assessoria de Desenvolvimento Institucional

Marynes T. Reibnitz  
Assessoria Desenvolvimento  
Institucional

Matrícula: 10672-0  
P.M.F - SMS

## ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N ° 058/2008

### I - Identificação

**Título do Projeto:** "Os significados e as práticas de auto-atenção da pessoa com diabetes mellitus e de seus familiares"

**Pesquisador Responsável:** Prof. Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (Orientador)

**Pesquisadores Principais:** Fabiane Ferreira Francioni

**Data Coleta dados:** maio/2008 a abril/2009.

**Local onde a pesquisa será conduzida:** Unidade Local de Saúde da Comunidade da Lagoa da Conceição.

**II - Objetivos: Geral:** Compreender as práticas de auto-atenção que as pessoas com diabetes mellitus e seus familiares realizam como forma de cuidado.

### III - Sumário do Projeto:

- a) **descrição e caracterização da amostra:** a amostra será composta por 15 pessoas com diabetes mellitus tipo II da Comunidade da Lagoa da Conceição
- b) **Adequação da metodologia e das condições:** esta pesquisa está caracterizada como qualitativa etnográfica, com uso de narrativas, entrevistas em profundidade e observação participante.

**IV - Comentários frente à Resolução 196/96 CNS e complementares:** O protocolo da pesquisa contém documentos necessários para a sua análise e exigidos pela legislação.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** consta do protocolo está de acordo com a legislação vigente.

### PARECER DO CEPESH

aprovado

não aprovado


com pendência (detalhes da pendência abaixo citados)

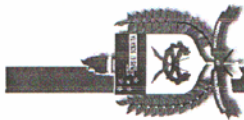
retirado

aprovado e encaminhado ao CONEP

### VI - Data da Reunião:

Florianópolis, 28 de abril de 2008.

  
Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEPESH/UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 57

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 058/08 FR- 185000**

**TÍTULO:** Os significados e as práticas de auto-atenção da pessoa com diabetes mellitus e de seus familiares.

**AUTORES:** Demise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Fabiane Ferreira Francioni

**DEPARTAMENTO: Enfermagem**

**FLORIANÓPOLIS, 15 de Maio de 2008.**

Coordenador do CEPSH - Prof.º Washington Portela de Souza

## ANEXO D - Instruções aos autores- Cadernos de Saúde Pública

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores



ISSN 0102-311X *versão impressa*  
ISSN 1678-4464 *versão on-line*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

#### Escopo e política

**Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)** publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

#### Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

##### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

**1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

**1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidadas pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);



**1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

## 2. Normas para envio de artigos

**2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

**2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

## 3. Publicação de ensaios clínicos

**3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](http://www.anzctr.org.au)
- b) [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](http://www.isrctn.com)
- d) [Nederlands Trial Register \(NTR\)](http://www.trialregister.nl)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://www.umin.ac.jp/ctr)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://www.ictpr.com)

#### 4. Fontes de financiamento

**4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. Conflito de interesses

**5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. Colaboradores

**6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

#### 7. Agradecimentos

**7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

#### 8. Referências

**8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos

(Ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote<sup>®</sup>), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

**9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

**10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

**10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão online

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de

Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.2** Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

**11.3** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir

acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

**12.8 Agradecimentos.** Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor (es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15 Ilustrações.** O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18 Tabelas.** As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19 Figuras.** Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.



#### 14. Envio de novas versões do artigo

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

#### 15. Prova de prelo

**15.1** Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55 (21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Leopoldo Bulhões, 1480**  
**21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil**  
**Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508**  
**Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514**



[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

## ANEXO E– Instruções aos Autores – INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação

Interface - Comunicação, saúde e Educação

English
Comunicação, saúde, educação

# Interface

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Projeto e política editorial](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)

#### PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

**INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação** publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

**Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.**

#### FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITO

#### SEÇÕES

**Dossiê** — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

**Artigos** — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

**Debates** — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras).

<http://www.interface.org.br/> (1 of 5) [1/5/2010 17:04:38]

<http://www.interface.org.br/> (1 of 5) [1/5/2010 17:04:38]



**Espaço aberto** — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

**Livros** — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

**Teses** — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

**Criação** — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

**Informes** — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

**Cartas** — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

**Observação:** na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

## ENVIO DOS MANUSCRITOS

## SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Informes e Cartas).

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês)

e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

**Observação:** não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

**Também em nota de rodapé** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo**.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc. "

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

**Observação:** na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

**Notas de rodapé** - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

**Citações** - referências no texto devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo:

“...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

As referências citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas **adaptadas** da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

**LIVROS:** FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

**ARTIGOS em REVISTAS:** TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface — Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

**TESES:** IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

**EVENTOS:** PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

**CAPÍTULOS DE LIVROS:** QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

**DOCUMENTOS ELETRÔNICOS:** WAGNER, C.D.; PERSSON, P. B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Ilustrações – imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em word. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:

<http://submission.scielo.br/index.php/cse/login>

### ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

## ANEXO F - ANEXO D – Instruções aos Autores – ACTA Paulista Enfermagem

Acta paul. enferm. - Instruções aos autores



ISSN 0103-2100 versão impressa  
ISSN 1982-0194 versão online

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

#### Escopo e política

A **Acta Paulista de Enfermagem** receberá para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente a **Acta Paulista de Enfermagem** e organizados segundo as indicações descritas abaixo.

#### Forma e preparação de manuscritos

**Artigos Originais:** trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescidos a esta estrutura.

**Artigos de Revisão:** destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

**Relato de experiência:** destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

**Atualização:** destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

**Resenhas:** revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência

Acta paul. enferm. - Instruções aos autores

completa do trabalho comentado.

**Cartas ao editor** - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

## Envio de manuscritos

### Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de inexistência de conflitos de interesses; d) comprovante de aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a Artigos Originais; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos.

### Departamento de Enfermagem

#### Acta Paulista de Enfermagem

R. Napoleão de Barros, 754  
Vila Clementino - São Paulo - SP - Brasil - CEP 04024-002  
Tel.: 55 11 5082.3287  
Fax: 55 11 5082.3287

[ape@unifesp.br](mailto:ape@unifesp.br)

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**R. Napoleão de Barros, 754 Vila Clementino  
04024-002 São Paulo SP Brasil  
Tel./Fax: 11 5082.3287**

## Instruções aos Autores

**Acta Paulista de Enfermagem** - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores da revista.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente a Acta Paulista de Enfermagem e organizados segundo as indicações descritas abaixo. A revista tem as seguintes seções:

**Artigos Originais:** trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescentados a esta estrutura.

**Artigos de Revisão:** destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

**Relato de experiência:** destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

**Atualização:** destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

**Resenhas:** revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

**Cartas ao editor** - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

### Seleção de artigos

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos

trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

### Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de inexistência de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no endereço: [www.scielo.br/ape](http://www.scielo.br/ape)

### Revisão dos pareceristas

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois pareceristas, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a



qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

#### **Ineditismo do material**

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

#### **Da apresentação dos originais**

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. Encaminhar, também uma cópia do trabalho em disquete conforme a configuração acima, utilizando-se programa processador de texto (Word for Windows). No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

**Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo** se houver com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

**Nome do (s) autor (es)** - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

**Referência do artigo** - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

**Resumo:** com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

**Descritores:** Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do International Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

**Texto:** Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não

deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas deverão ser em preto e branco.

**Agradecimentos:** Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

**Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2007, disponível no endereço eletrônico [www.nlm.nih.gov/citingmedicine/](http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/). O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser impressos sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

#### **EXEMPLOS**

##### **Artigos de periódicos**

###### **Artigo Padrão**

###### **Um autor**

Nóbrega-Therrien SM. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambigüidade. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):79-86.

###### **Dois autores**

Queiroz MVO, Jorge MSB. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):31-7.

###### **Com três ou mais autores**

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth Q. B. Trabuco, MQB et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul Enferm. 2004;17(3):325-32.

###### **Instituição como Autor**

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices



Advisory Committee. MMWR. 1990; 39(RR-21):1-27.

#### **Sem indicação de autoria**

For more pregnant women getting antenatal care. J Adv Nurs. 2004;47(6):683-4.

#### **Volume com suplemento**

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupation lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Suppl 1:275-82.

#### **Fascículo com suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

#### **Volume em partes**

Milward AJ, Meldrum BS, Mellamby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. Brain. 1999; 122(Pt 6):1009-16.

#### **Fascículo em partes**

Jones J. Management of leg ulcers. Nurs Times. 2000; 96(43 Pt2):45-6.

#### **Fascículo sem volume**

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. Rev USP. 1999; (43): 55-9.

#### **Sem fascículo e sem volume**

Duhl L. A saúde e a vida cidadã. Saúde Mundo. 1990:10-2.

#### **Artigo com errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. West J Med. 1995; 162(1):28-31. Erratum in: West J Med. 1995; 162(3):278

#### **Artigo no prelo**

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. Acta Paul Enferm. No prelo 2004.

#### **Editoriais**

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial]. Acta Paul Enferm. 2004; 17(2):131.

#### **Livros e outras monografias**

#### **Indivíduo como autor**

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São

Paulo: EPU; 2000.

#### **Editor, Organizador, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

#### **Instituição como autor e publicador**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

#### **Capítulo de livro**

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

Obs: Na indicação de edição o numeral ordinal deve ser mantido de acordo com o idioma original (5ª ed., 5th ed. etc.)

#### **Trabalho apresentado em evento**

Abreu AS. Atuação do enfermeiro junto às necessidades educativas do paciente submetido à hemodiálise [resumo]. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. Livro de resumos. Recife: ABEn - Seção - PE; 2000. p. 10

#### **Dissertação e Tese**

Pirola SM. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1999.

Cuenca AMB. O uso da Internet por docentes da área de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública; 2004.

#### **Documentos legais (legislação, doutrina e jurisprudência)/**

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1.

#### **Documentos em formato eletrônico**

#### **Artigo de periódico**

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Coletiva [Internet] 2004 [citado 2004 Nov 16]; 9(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200400010002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200400010002&script=sci_arttext&lng=pt)

**Monografia**

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente [Internet]. São Paulo; 1999. v. 1. [citado 2004 Nov 16]. Disponível em: <http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/indic1>

**Tabelas:** As tabelas deverão ser envidas em folhas separadas do texto, ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçadas por seu título, recomendando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de apresentação tabular", estabelecidos pelo Conselho Nacional de Estatística e publicados pelo IBGE (1993). O limite são de 5 e tabelas.

**Ilustrações:** As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) deverão ser numeradas, consecutivamente com algarismos arábicos e citadas como **figuras**. Formato

das ilustrações em tif, gif ou jpeg. O título das figuras deve ser colocado na parte inferior. Devem ser suficientemente claras para permitir a reprodução. Os gráficos deverão vir preparados em programa processador de gráficos.

**Legendas:** Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

**Abreviaturas e Siglas:** Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

**Endereço para envio dos Manuscritos:**  
**ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM**  
Rua Napoleão de Barros, 754  
Vila Clementino  
CEP 04024-002 - São Paulo - SP  
Fone:11-5575-3893  
Endereço eletrônico:  
[actapaulenferm@denf.epm.br](mailto:actapaulenferm@denf.epm.br)