

ENTENDIMENTO DE IDOSOS COM DIABETES SOBRE A DOENÇA: IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Andrea dos Santos Souza¹

Edméia Campos Meira²

Isleide Santana Cardoso Santos³

Nathielle Brasileiro de Souza Rocha⁴

Caliana Beatriz de Aguiar Barbosa⁵

Resumo

Diabetes é uma das doenças crônicas mais comuns em idosos. No entanto, o conhecimento sobre a experiência de adoecimento nesta população, ainda é escasso no contexto brasileiro. Conhecer as explicações dos usuários com diabetes sobre a doença é relevante no planejamento de práticas educativas em saúde. Estudo qualitativo com objetivo de identificar como os idosos explicam o diabetes, analisando suas implicações para as práticas educativas em saúde. Participaram vinte idosos de ambos os sexos, com diagnóstico de diabetes tipo 2, por meio de entrevista semiestruturada. As informações foram tratadas pelo método de análise de conteúdo e analisadas à luz do conceito de modelos explicativos de Kleinman. O diabetes foi interpretado como açúcar no sangue e utilizadas metáforas como doença maldita e traiçoeira. As causas apresentadas foram múltiplas e coexistentes, relacionadas a aspectos comportamentais, sobrenaturais, biológicos ou desconhecidos. Conviver com o diabetes por toda a vida oportuniza ao adoecido construir e reconstruir inúmeras formas de pensar a doença. O caráter duradouro da doença e seu impacto nas múltiplas dimensões humana reivindicam a implementação de práticas de educação em saúde de modo imprescindível e contínuo.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Cultura; Educação em saúde.

Abstract

Diabetes is one of the most common chronic diseases in the elderly. However, knowledge about the experience of illness in this population is still scarce in the Brazilian context. Knowing the explanations of users with diabetes about the disease is relevant in the planning of health educational practices. A qualitative study aimed at identifying how the

¹Doutora em Enfermagem UFBA. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; andreassouza75@gmail.com

²Doutora pelo Programa Memória: Linguagem e sociedade UESB. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; edmeiameira@yahoo.com.br

³Mestre em Enfermagem UFBA. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; isleide71@yahoo.com.br

⁴Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista IC/FAPESB (2016-2017); nathi.brasileiro2@hotmail.com

⁵Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Voluntária IC/UESB (2016-2017); cali_aguiar@hotmail.com

elderly explain diabetes, analyzing its implications for health education practices. Twenty elderly people of both sexes, diagnosed with type 2 diabetes, participated through a semi-structured interview. The information was treated by the content analysis method and analyzed in light of Kleinman's concept of explanatory models. Diabetes was interpreted as blood sugar and used metaphors as damn and treacherous disease. The causes presented were multiple and coexistent, related to behavioral, supernatural, biological or unknown aspects. Living with diabetes for a lifetime entitles the sick to build and rebuild countless ways of thinking about disease. The enduring nature of the disease and its impact on the multiple human dimensions demand the implementation of health education practices in an essential and continuous way.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Culture; Health education.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de alta prevalência e morbimortalidade, de elevado custos para o sistema de saúde, sociedade, para a pessoa com diabetes e sua família cuidadora. Em todo o mundo, o DM atinge cerca de 327 milhões de pessoas com idade entre 20 e 64 anos e já são mais de 122 milhões de pessoas de 65 a 99 anos, afetadas pela doença (IDF, 2017). Metade das pessoas acometidas pelo Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tem mais de 60 anos. O DM em idosos aumenta o risco de prejuízo na capacidade funcional e se não controlado adequadamente resultará em complicações graves como cegueira, falência renal, amputação de membros, infarto e acidente vascular encefálico, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida (RAMOS et al., 2017).

O aumento da prevalência do DM está associado ao envelhecimento populacional, a rápida urbanização, adoção de um estilo de vida predominantemente sedentário e com ingestão de alimentos industrializados, excesso de peso, bem como da maior sobrevivência das pessoas com DM (SBD, 2017).

Sob o ponto de vista da biomedicina, Diabetes é “um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação, na secreção de insulina ou em ambas” (SBD, 2015a, p.5). A insulina é um hormônio pancreático, regulador dos níveis circulantes de glicose, que tem como efeito principal facilitar o transporte e captação da glicose pelas células sensíveis a insulina (hepáticas, musculares e adiposas).

Conviver com o DM requer mudança no estilo de vida e controle rigoroso da glicemia por meio da adoção de uma dieta saudável, prática de atividade física e uso diário de medicamentos. Assim, o caráter duradouro da doença, exige esforço por parte da pessoa acometida e apoio social para lidar com a doença de tão longa duração. Esse aprendizado necessário para alcançar e manter a qualidade de vida se dá por meio da educação em saúde, ferramenta indispensável para obter informações sobre a doença, as modalidades terapêuticas e tecnológicas disponíveis e ainda, acessar recursos para o enfrentamento nos momentos de crise que surgem no curso da doença e desenvolver habilidades para o autocuidado.

As práticas educativas para pessoas com diabetes têm por princípio a centralidade da pessoa e sua autonomia com vistas a mudanças positivas de comportamento, envolvendo também a participação dos familiares, da comunidade e dos profissionais de saúde. Nesse contexto, a educação em saúde requer competência cultural que possibilita a pessoa estar aberta para o diferente, saber ouvir, encorajar e negociar (SBD, 2017). As ações educativas desenvolvidas devem respeitar as experiências singulares de vida, oferecendo instrumentos necessários para a tomada de decisões que favoreçam a melhora dos resultados clínicos, adaptação a um estilo de vida saudável e engajamento para a prevenção e o manejo de complicações agudas e crônicas. Trata-se, portanto, de um processo contínuo.

A educação em saúde integra saberes científico e do senso comum e pode ser visualizada como um dispositivo que aguça a consciência sobre a responsabilidade e os direitos à saúde. Portanto, educação em saúde não se constitui em mera transmissão vertical de conhecimento (embora se admita haver uma herança desse modelo cartesiano), mas em ações que viabilizam o pensamento crítico, reflexivo com participação efetiva dos envolvidos nas decisões que dizem respeito ao cuidado (FERREIRA et al., 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) preconiza que no cuidado à pessoa com doença crônica seja adotado um modelo centrado no usuário, articulado em redes, com ações desenvolvidas por equipe multiprofissional cuja atuação seja territorial, respeitando às necessidades de saúde das respectivas populações. Seguindo este raciocínio, é de fundamental importância para o planejamento de ações em saúde, conhecer o diabetes sob a perspectiva da pessoa idosa, sobretudo visando compreender a sua experiência com a doença incluindo a maneira como percebe e explica a origem da doença.

O Modelo Explicativo constitui em um conceito proposto pelo médico norte-americano Arthur Kleinman para acessar a subjetividade da pessoa com enfoque nas experiências, nos significados e sentimentos em relação à condição crônica. O autor distingue em relação à doença, o ponto de vista biomédico (*disease*), do ponto de vista leigo dos adoecidos (*illness*), apreendendo as noções destes últimos sobre a doença e seu tratamento, empregados no processo clínico (HELMAN, 2003).

Desse modo questiona-se: como os idosos explicam o diabetes e quais as implicações deste saber para as práticas educativas em saúde?

Partindo-se do pressuposto que a formação cultural influencia, em parte, as atitudes frente à doença e considerando o contexto socioeconômico e cultural do usuário para o sucesso no gerenciamento do DM, esta pesquisa tem por objetivo: identificar como os idosos explicam o diabetes, analisando suas implicações para as práticas educativas em saúde.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, desenvolvida em Jequié-BA. Os participantes do estudo foram 20 pessoas idosas com DM2. Adotaram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a sessenta anos, possuir diagnóstico médico de DM2 estabelecido por um período mínimo de um ano, serem cadastrados no Serviço de Diabetes de um Centro de Saúde da área urbana do município e não apresentar déficit cognitivo na avaliação do Mini-exame do Estado Mental (MEEM).

A unidade selecionada para recrutar os participantes é de fácil localização e se constitui em lócus para as práticas de campo de universidade, faculdades e cursos para formação técnica em saúde, estabelecidos na cidade. Além disso, possui implantado o atendimento às pessoas com DM há quase vinte anos, com uma ampla clientela frequentando o serviço. O atendimento às pessoas com DM funciona nos turnos matutino e vespertino, com a participação de enfermeiras, médicos clínicos, nutricionista e agentes comunitários de saúde. As ações desenvolvidas são, predominantemente, de enfoque biomédico, individual ou com participação do familiar e segue orientações contidas no protocolo do Ministério da Saúde. Não existem atividades de grupos sendo desenvolvidas no estabelecimento de saúde de modo contínuo e sistematizado.

O encontro com os participantes, em sua maioria, se deu a partir de convite pessoal, individual, na sala de espera do serviço de diabetes. No entanto, outros métodos de acesso foram utilizados, de modo complementar, tais como: visita domiciliar de pessoas com diabetes localizadas a partir do registro de cadastramento no serviço; indicação por parte dos idosos participantes, de outros que conviviam com a mesma condição crônica e por intermédio de agente comunitária de saúde que disponibilizou dados de sua microárea atualizados com o endereço dos idosos com DM2. Os idosos abordados eram esclarecidos sobre a pesquisa e indagados se aceitavam participar da mesma. Em seguida foram agendadas as visitas no domicílio, no dia e horários indicados por eles, de acordo com a sua disponibilidade, para que a entrevista sucedesse de forma voluntária e privativa.

A coleta de informações foi realizada no período de setembro de 2016 até março de 2017, por duas bolsistas de iniciação científica previamente capacitadas para tal atividade. As entrevistas semiestruturadas foram precedidas pela aplicação do MEEM, para avaliar as condições mentais e cognitivas. Na sequência, foi aplicado o questionário com quesitos de caracterização sociodemográfica, história familiar, estado de saúde e cuidados aplicados à enfermidade em seu cotidiano. As questões da entrevista consideraram o objetivo proposto e estiveram relacionadas à experiência de adoecimento no que tange aos significados, entendimento e crenças sobre a doença. Para definição do encerramento das entrevistas utilizou-se o critério de saturação de dados, quando há repetições de respostas dos sujeitos nas entrevistas (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). No total foram realizadas 20 entrevistas, uma para cada participante, cujo tempo variou de 30 minutos a 1h20 minutos, todas concedidas no domicílio. Os registros foram realizados por meio de um gravador de voz digital e a transcrição respeitou os discursos na íntegra.

Para a interpretação dos dados foram seguidas as etapas da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (BARDIN, 2011). As informações foram submetidas a sucessivas leituras flutuantes, seguida de registro de observações dos elementos estruturantes, convergentes, temáticas afins e contradições. Em seguida, foram agrupadas em arquivos diferentes as temáticas afins, facilitando a identificação em subconjuntos de dados, dos elementos que retrataram a interpretação dos idosos sobre o tema em questão. A discussão dos resultados foi norteadada pelos conceitos de Modelos Explicativos de Arthur Kleinman.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, parecer nº: 1.535.559 e os idosos assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e os que eram analfabetos colocaram a impressão dactiloscópica. A fim de preservar a identidade dos participantes foram utilizados pseudônimos.

Resultados e discussão

O grupo estudado foi composto por 20 pessoas, de ambos os sexos, 17 mulheres e 03 homens. A idade variou de 60 a 86 anos, recebiam em média um salário mínimo por mês (R\$ 937,00 no período de coleta de informações), predominantemente católicos (15), dentre os quais, 08 tinham história familiar de DM. Em se tratando do tempo de diagnóstico, 11 idosos afirmaram conviver com o DM2 por tempo igual ou superior a dezesseis anos. Quanto à escolaridade, predominou o tempo de 1 a 4 anos de estudo e 5 não eram alfabetizados. No que tange à ocupação, referiram realizar atividades como donas de casa, costureira e catador de latas. Constatou-se que 13 eram aposentados e viviam com a família, algumas delas exercendo o papel de cuidadoras de filhos e esposos deficientes visuais, com distúrbios mentais, entre outros problemas.

Entre os idosos investigados foram predominantes os relatos de uma vida marcada por dificuldades relativas à afetividade, a moradia e emprego dignos, ao acesso aos serviços de saúde e, principalmente de poder frequentar uma escola. Estes problemas retratam a influência dos determinantes sociais na qualidade de vida e saúde dos participantes destacando o triste retrato das desigualdades sociais, tão marcantes no Brasil. Nesse sentido, esclarece Canesqui (2007, p.20), sobre os aspectos macroestruturais na construção da experiência dos adoecidos crônicos, nos quais se enquadram as pessoas com diabetes: “a experiência também se molda por um conjunto de externalidades, referido às políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas.

Para explicar o diabetes, os adoecidos definiram como açúcar no sangue e recorreram a metáforas como doença maldita e traiçoeira que reforçam o seu caráter negativo. O uso de metáforas é um dos recursos utilizados na comunicação, os quais indicam conceitos elaborados a partir de sua experiência pessoal, significantes e coerentes com seu mundo imediato. Foram identificadas as seguintes expressões: “*É açúcar no sangue, o sangue doce*” (Marta, 71anos); “*Uma doença maldita...* (Alvino, 84 anos); “[...] *isso é as pragas de Faraó, pra mim, é as pragas dos últimos dias.*”(Fátima, 71

anos); “*Uma doença traiçoeira* (Elvira, 77 anos); “*Uma doença ruim que não sabe de onde vem.*” (Inês, 73 anos);

Quanto às explicações sobre a origem do DM2, foram múltiplas, distintas e elaboradas no contexto de suas vidas, assumindo seu caráter temporário. Por vezes coexistiam explicações, por isso não podem ser vistas como excludentes e nem tampouco coerentes entre si. As maneiras de pensar as causas do DM2 apresentadas pelos idosos estão situadas no comportamento desviante, não saudável (comer muito doce e gordura, obesidade); no poder de agentes sobrenaturais (dualidade Deus e o Diabo) e em aspectos biológicos relacionados ao corpo físico (alterações do processo de envelhecimento, produção de insulina e herança genética). Estes modos de interpretar estiveram associados ainda à incerteza vivenciada por alguns poucos idosos que não souberam explicar as causas de seu adoecimento.

É relevante explicar que, na prática, quase inexitem interpretações unicasais. Aqui serão apresentadas separadamente, apenas para fins didáticos.

Explicações comportamentais

As explicações comportamentais agregam os fatores relacionados ao estilo de vida adotado e incluem o comer muito doce e gordura e a obesidade. Na perspectiva biomédica, o consumo de doces e de carnes com excesso de gordura é considerado como marcador de padrão de alimentação não saudável (BRASIL, 2017). O açúcar é um alimento extremamente calórico e consumido em grandes quantidades pode favorecer a presença de sobrepeso e obesidade.

No entanto, do ponto de vista sociocultural, a comida para os idosos é um elemento-chave para o gozo e bem-estar na velhice, por estar impregnada de afeto, emoção, alegria e sociabilidade (SILVA e CÁRDENAS, 2007). Entre as pessoas idosas com diabetes entrevistadas neste estudo, os doces foram reportados como alimento apreciado que fazia parte dos seus hábitos alimentares em sua trajetória de vida, simbolizando o prazer, a satisfação de um desejo e alegria.

O fato de reconhecer o consumo de açúcar como inadequado e prejudicial foi insuficiente para limitar o seu uso justificando a ingestão à natureza própria da doença e do adoecido, ou ainda a necessidade de satisfação do prazer (desejo), como pode se observar nestas falas: “[...] *todo diabético tem ansiedade, você vê que não é ‘gulodiça’ (gulodice)*

não! É uma ansiedade porque a barriga da gente às vezes tá cheia, mas a gente gosta do doce de leite e não pode comer, gosta de uma cocada de cacau e não pode comer, e quando aparece dentro de casa você come um pedacinho só. Ali faz um mal como se tivesse comido um pedaço! A gente já come sabendo!” (Mileide, 60 anos). “Ah, eu como um pedacinho de bolo. Não muito, sabe, mas não deixo de comer. Isso aí eu peço. Tem vez que chego em Drª Fulana e ela olha os exames e diz: Oh, meu amor você pecou muito! (risos)”. (Eliete, 60 anos)

Também se notou nesta investigação que para um grupo de idosos o doce está na lista de desejos prioritários do apetite. Eles estavam dispostos a fazer qualquer sacrifício, mesmo resultando em descontrole metabólico, para obter a satisfação de ingeri-lo. Assim, a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida do paciente diabético (PÉRES et al., 2007), ocasionando sentimentos como culpa, tristeza e ansiedade. Culpa por ter comido em excesso alimentos proibidos e a possibilidade desse comportamento ter ocasionado ou complicado a doença e, angústia pelas restrições, por ter que conviver com a amargura de uma vida sem ou com pouco doce, conforme discorre o depoente: “[...] antes eu comia tudo. Sinto muita falta, a gente vê um doce, não pode comer um pudim, um sorvete!” (Ivete, 82 anos)

Observou-se ainda uma preocupação em certificar a veracidade do conhecimento compartilhado socialmente de que o DM2 é uma doença resultante do consumo excessivo de açúcar. Buscar sanar dúvidas com profissionais de saúde é uma forma de legitimar as causas com base no paradigma biomédico, e a partir desta resposta reconhecer-se participante (culpado), ou não, pelo surgimento da doença, como se observa no relato seguinte: “Mas eu perguntei: - Doutora, eu fiquei com diabetes por causa de doce? Aí ela disse que não porque o corpo tem a capacidade de extinguir o açúcar. Só não extingue quando a pessoa é diabética”. (Pedro, 79 anos)

Para outros participantes, a explicação compartilhada socialmente de que a origem do diabetes está determinada por uma ingesta exagerada de açúcar e gordura foi inconsistente com base em suas próprias experiências, por isso, buscaram outras interpretações para explicar a origem do DM2 e atribuir significado a sua experiência de adoecimento, como nota-se nesses depoimentos: “Eu nunca gostei de muito açúcar, muito doce, não sei por que eu tenho diabetes! Minha mãe não tem, ninguém da família tem. Mãe come doce a vontade, minhas irmãs, ninguém tem, só eu!” (Valter, 67 anos) “O povo fala: Só tem diabetes quem come açúcar e eu não como nada, porque eu nunca

gostei”.(Silvia, 65 anos) *“Engraçado, eu nunca fui de usar doce demais porque dizem que o que causa diabetes é doce, é muito sal na comida, é gordura (...)Não sei qual foi o caso que me apareceu essa diabetes!”* (Elienai, 77 anos).

Mesmo sendo todos os participantes idosos, residentes em um mesmo bairro popular e de baixa renda, o gosto por determinados tipos de alimentos não foi homogêneo, confirmando a necessidade de se observar a singularidade da pessoa e sua experiência de adoecimento para a construção de um plano terapêutico coerente com seus projetos de felicidade. O doce que é considerado significativo para algumas pessoas pode não ter importância nenhuma para outras. Além disso, a partir de suas experiências de adoecimento, os participantes compartilham do conhecimento biomédico, confirmando a multicausalidade do diabetes.

Além do consumo excessivo de açúcar, foi reportado entre os idosos que o consumo excessivo de gordura também causa DM2. A ingestão de alimentos gordurosos era uma prática bem comum em áreas rurais, onde a maioria dos idosos entrevistados nasceu e passou grande parte da vida. Acreditavam que esses alimentos eram capazes de oferecer a energia necessária para o árduo trabalho diário como agricultores. Além disso, a gordura abundante dos alimentos servia como um método de conservação dos mesmos, numa época em que o fornecimento de energia em áreas rurais era escasso e a geladeira era um eletrodoméstico presente em poucas residências, mesmo em áreas urbanas.

Este modelo explicativo que associa o surgimento do DM2 a um comportamento alimentar de excessos, sugere participação ativa do adoecido em seu processo de adoecimento e favorece o desenvolvimento da culpa por uma conduta que remete a falta de domínio próprio, a intemperança e à “escravidão” aos desejos cujos impulsos não foram capazes de controlar, rendendo-se ao paladar. Em geral, esse grupo de pessoas é visto pelos familiares, comunidade e profissionais de saúde como teimosos, rebeldes, descontrolados, não colaborativos com o tratamento. Estigmatizados, assumem o insucesso do tratamento, avaliado mediante resultados objetivos da monitorização de exames de acompanhamento dos índices glicêmicos. Assim, a experiência do adoecimento e sua interface com a alimentação, quase sempre é vivida em meio a conflitos psicossociais e culturais entre as pessoas com DM2 que transgridem as recomendações também como uma forma de resistência ao poder e autoridade biomédica e busca por manutenção da autonomia por parte dos adoecidos (BARSAGLINI, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde é um terrível engano a crença no desenvolvimento de uma doença crônica em consequência exclusiva de um “estilo de vida” desregrado e a responsabilização individual total pelo adoecimento. Só seria verdadeiro, se as pessoas tivessem acesso igual a uma vida saudável e recebessem apoio para tomar decisões saudáveis. “Os governos têm um papel crucial a desempenhar na melhora da saúde e do bem-estar das populações, e no sentido de propiciar proteção especial para os grupos vulneráveis” (OMS, 2005, p.16).

Assim, os idosos desse estudo, integraram em seus discursos os ideais da promoção da saúde defendidos e recomendados pelos profissionais de saúde, com enfoque prioritário no comportamento deixando em segundo plano as ações guiadas pela concepção de qualidade de vida, direcionada pelos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade. Neste modelo corre-se o risco de cercear o princípio de autonomia do adoecido e favorecer a submissão às prescrições médicas (VERDI e CAPONI, 2005).

Ao incluir a obesidade como uma entre as várias maneiras de explicar a origem do diabetes, os participantes esboçam coerência com as informações científicas epidemiológicas e fisiopatológicas. No cotidiano, interpretam que ser gordo tem implicações negativas no funcionamento do corpo, relacionada à insulina e controle do açúcar no sangue. Para além do impacto biológico do corpo gordo, pessoas obesas descrevem a sua imagem de maneira negativa acompanhada de tristeza, vergonha e isolamento, afetando o bem-estar e, requerendo o exercício da aceitação frente a estereótipos de fracasso moral (MACEDO et al., 2015).

Explicações sobrenaturais

A atribuição de doenças a seres sobrenaturais remete a concepção de passividade em relação à origem da enfermidade, uma vez que “um outro” foi responsável por originar, ou ainda, permitir que a doença se manifestasse. Nesse estudo, três, dos vinte informantes ressaltaram esta explicação, sendo eles de ambos os sexos; dois apresentaram como explicação exclusiva e um, associada a causas relacionadas ao estilo de vida e hereditariedade, reforçando a ideia de coexistência de explicações e que não obrigatoriamente são excludentes ou lógicas. No modelo explicativo do grupo de idosos investigado, Deus e o Diabo aparecem como seres transcendentais envolvidos na origem da doença. Acreditamos que esta explicação metafísica não é decorrente da baixa

escolaridade ou por uma visão mais primitiva (ignorante) das doenças por parte dos participantes, mas como um modo de explicar as causas, a partir dos aspectos mais amplos da cultura cristã e da centralidade do conflito entre Deus e Satanás (diabo, capeta), entre o bem e o mal, influenciando todas as dimensões da vida.

Entre aqueles que associaram a causalidade da doença ao domínio sobrenatural, foi destacado que até o nome da enfermidade (*DIABETES*), se assemelha a figura metafísica capaz de causar o mal, o *DIABO*. “[...] *também nunca fui doentia, agora depois desse negócio dessa ‘diaba’(diabetes) que o povo fala por aí é que eu vivo tomando esses remédios*”.(Fátima, 71 anos).“*Uma doença maldita (diabetes). Porque só pode ser maldita. Porque isso não vem de Deus não. Isso só pode ser coisa de Satanás*”.(Alvino, 84 anos).

A interpretação do DM2 como de origem mágico-religiosa está relacionada com a representação da doença enquanto uma maldição, uma praga permitida por Deus e renunciada em Sua palavra. Para alguns participantes do estudo em questão, a emergência de doenças graves e complexas faz parte de uma profecia alusiva aos eventos finais que marcarão o fim deste planeta e a vinda do filho de Deus para restaurar a Terra, extinguindo a dor, as doenças e a morte para sempre, mediante a destruição da fonte de todo sofrimento: Satanás. “[...] *para mim isso é as pragas de Faraó, pra mim, é as pragas dos últimos dias, porque a Bíblia diz que nos finais dos tempos vem doença que nem os médicos descobrem*”. (Fátima, 71 anos).

A religiosidade e a espiritualidade estão presentes na vida dos idosos entrevistados os quais informaram professar alguma religião frequentar assiduamente as missas ou cultos, praticarem a oração, além de serem ouvintes ou leitores da Bíblia. Desse modo, suas crenças são valorizadas e as utilizam como recurso indispensável no enfrentamento da doença. Também alguns acreditam na fé como um remédio de natureza espiritual, prioritário para a cura dos problemas de saúde, enquanto que os “remédios dos médicos”, também são bons, ajudam, mas estão em nível secundário em sua eficácia.

Além de recorrer ao conhecimento científico para interpretar a doença, o grupo investigado buscou na Bíblia a explicação sobre a origem dos infortúnios. Esse dado sugere que os idosos acreditam ser a Bíblia um livro confiável por se tratar da palavra de Deus, um ser no qual acreditam ser imutável, portador de “verdades absolutas”, em detrimento da ciência que apresenta conclusões temporais sobre os problemas enfrentados pelo homem, dentre eles a doença.

Os resultados deste estudo foram coerentes com os encontrados em pesquisa sobre a espiritualidade na velhice no contexto brasileiro. Chaves e Gil (2015) também evidenciaram que os idosos vivenciam a espiritualidade tanto no contexto institucional, quanto em vivências internas com a leitura da Bíblia, livros e revistas relacionados à religião, as quais favorecem o desenvolvimento de sentimentos e emoções positivas. As autoras afirmam ainda que os idosos reconhecem a importância da espiritualidade em suas vidas, e acrescentam que sua relação com a velhice está na capacidade de suportar as limitações, perdas e dificuldades inerentes ao processo, enfrentando os sofrimentos.

Analisando a espiritualidade e o enfrentamento da doença crônica em idosos do município de São Paulo, observou-se que a espiritualidade/religiosidade/fé interfere de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalece a resiliência do paciente, melhorando assim, sua qualidade de vida (ROCHA e CIOSEK, 2014). Enfim, a origem do DM2 vinculada a seres sobrenaturais, evoca a dualidade entre Deus (ser soberano, bom) e o Diabo (ser maléfico). Há os que se resignam e acreditam que a doença veio pela permissão de Deus e há os que se revoltam com a ação maligna quem vem como castigo e condenação para o fim dos tempos. “A doença seria uma resposta à transgressão de algum dos preceitos religiosos ou de uma atitude condenável, apoderando-se do corpo de um indivíduo ou grupo populacional” (SOARES e SANTOS, 2013, p.11).

Explicações biológicas

Os idosos entrevistados também explicaram que a presença do DM2 se deve a uma herança familiar, trazendo à doença um caráter de compartilhamento. Nestes casos, acreditam não ter participação ativa no surgimento da doença, muito pelo contrário, sentem-se vítimas de um destino do qual não tiveram nenhuma possibilidade de mudança. Nessa interpretação o DM2 emerge como uma doença duplamente familiar: o fato de ser herdado de algum membro próximo da família, recebido por uma herança genética, uma predisposição para, e, familiar, no sentido de doença comum, habitual, de ocorrência frequente, mas com impactos diferentes na experiência de adoecimento. Nesse sentido, o DM2 surge como um “velho conhecido” relacionado às perdas vivenciadas na família (CASTELLANOS et al., 2011). Sobre a habitualidade e familiaridade com o diabetes as participantes afirmam: “*Diabetes é doença de todo mundo!*” (Marta, 71 anos) “*[...] esse diabetes da gente é tudo de família. Meu irmão mais velho que morreu tinha diabetes, os*

dois filhos dele têm, o filho da minha filha (esse meu neto) tem diabetes, mas essa minha irmã que eu sou gêmea, não tem diabetes não". (Amanda, 86 anos). *"No meu caso o médico disse que eu já nasci com isso, com o passar do tempo fui desenvolvendo, nasci com a tendência a ter."*(Eliete, 60 anos)

Vê-se então que os adoecidos com diabetes têm reinterpretado o saber biomédico relacionado à genética (ciência dos genes e da hereditariedade). De acordo com o baixo grau de escolaridade dos entrevistados, é pouco provável que consigam compreender a complexa função dos genes e sua relação com o surgimento das doenças. No entanto, este conhecimento é apropriado, de modo a tornar-se compreensível para responder suas inquietações sobre o que teria ocasionado o diabetes. Desse modo, traduzem em uma simples expressão "é de família".

Embora o DM2 seja indesejável, ouvir e falar sobre diabetes é comum, já não soa com o estranhamento de uma doença rara, pois é amplamente divulgado na mídia escrita e televisiva, bem como nas escolas, grupos de convivência para idosos, feiras de saúde, igrejas, instituições de saúde, e comentado entre pessoas de convívio próximo (amigos, vizinhos, familiares). Todavia, a constatação de que o diabetes é "doença democrática", que atinge a todos sem distinção etária, de raça, de sexo ou de grupo social, não minimiza a preocupação de suas graves complicações, como revelam as participantes: *"Quem não cuida do diabetes vai pra debaixo do chão!"*(Lúcia, 74 anos) *"[...] às vezes a pessoa pensa que diabetes é uma coisa simples, mas ela causa muita coisa, a pessoa pode morrer de uma hora para outra com a diabetes"*.(Elvira, 77 anos)

A consciência de guardar em si uma bagagem genética que afetou a sua própria vida e que pode afetar também a vida de seus descendentes tem aplicações práticas imediatas com intuito de produzir melhores expectativas para gerações futuras, como a mudança da alimentação da família, adotando hábitos mais saudáveis. *"Meus filhos tem muito medo (de ter DM2), ai eles já se previnem bastante. Antes eu fazia muito doce aqui e deixei de fazer por isso"*. (Marieta, 83 anos)

A possível relação entre o surgimento da doença e a hereditariedade em algumas situações foi prejudicada pelo desconhecimento da causa morte dos pais e demais parentes em virtude de que uma grande parte da vida ter transcorrido em territórios rurais, marcado pela pobreza e dificuldade de acesso às consultas médicas e a exames diagnósticos: *"Se foi hereditária eu não sei porque naquele tempo não tinha exame"*. (Marieta, 83 anos).

Diante do elenco de causas diretamente relacionadas e desencadeantes do DM2, herança genética recebeu destaque entre nove das vinte pessoas idosas entrevistadas no presente estudo. Este resultado sugere que a transição do território rural para o urbano favoreceu maior acesso aos serviços de saúde, a mídia e, conseqüentemente da influência do saber biomédico, além do aprendizado a partir de sua experiência pessoal.

Resultados semelhantes aos apresentados nesta pesquisa foram encontrados no modelo explicativo de nigerianos que enfatizaram a genética na origem da doença (OTEKEIWEBIA et al., 2015) sugerindo ser esta uma tendência em estudos que utilizam como critério de inclusão pessoas já inseridas em instituições de saúde para o tratamento e controle do DM2.

Ao contrário desse estudo, no modelo explicativo de grupo étnico residente em região montanhosa do México, a hereditariedade não foi atribuída como fator de risco ou causa do DM2, mas foram ressaltados fatores de ordem natural biológica, danos produzidos por terceiros (mal olhado) e fatores de ordem emocional (PAGE-PLIEGO, 2015).

A ausência ou produção insuficiente de insulina foi também apresentada como causa do DM. Reforça a ideia do modelo cartesiano do corpo como uma máquina, cuja avaria no pâncreas causa desordem biológica. Observa-se um esforço imaginativo para explicar como ocorre no corpo à mudança do processo natural ao patológico. *“Diabetes é muito açúcar no sangue, falta de insulina. A gente tem uma passarinha, que chama o pâncreas. Antigamente chamava de passarinha (risos). E ela pega o açúcar. Quando não tá muito bom ela não sopra o açúcar do sangue.” (Pedro, 79 anos)*

O processo de envelhecimento também foi citado como causa do DM2. O modelo de velhice associada à decadência física e enfermidade favorece uma imagem negativa dessa fase da vida, no qual subjaz a ideia de que os muitos anos vividos são determinantes para o surgimento do DM2. Perpassa pela concepção de corpo na velhice, visto como uma máquina desgastada pelo uso prolongado. A crença de que “o diabetes é normal da idade” sustenta-se na experiência com a doença e no fato de que várias pessoas do mesmo grupo etário convivem com um problema comum. Assim, uma primeira análise equivocada leva a crer que o envelhecimento causa o DM2. Pensar no envelhecimento como um declínio inevitável pode influenciar negativamente as práticas de cuidados necessárias para uma velhice ativa.

Não souberam explicar

As vivências com a incerteza sobre as causas do diabetes foram também apresentadas nos discursos das pessoas idosas entrevistadas. Desconhecer, não saber explicar ou ter dúvidas quanto a origem da enfermidade foi identificado mesmo entre idosos com diabetes diagnosticado há muito tempo, com período variando de 15 a 36 anos. É provável que essa incerteza seja proveniente do curso prolongado da doença e o fato de que ideias e conceitos prévios sobre o DM2 tidos como “verdades absolutas”, com o tempo e a experiência, tenham sido modificados ou acrescidos de outras concepções. Não saber atribuir causa(s) a doença, é um aspecto que pode interferir, em parte, com o gerenciamento dos cuidados.

De acordo com Sousa e colaboradoras (2015) o conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico, embora não seja suficiente para a mudança de comportamento. A identificação de aspectos da doença em que os adoecidos manifestam dúvidas ou insuficiência de conhecimento poderá nortear o planejamento de atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam no cuidado a esses usuários do sistema de saúde.

Pesquisa socioantropológica (BARBOSA et al., 2015) indica como resultado que a maioria dos idosos que possuem diabetes não são conhecedores do que é adequado ou não para seu tratamento. Dessa forma eles buscam desenfreadamente ou escutam e colocam em prática qualquer solução indicada para seu problema.

Nos discursos apresentados, notou-se a ausência do nervoso entre os fatores elencados na gênese do DM2. Esta lacuna não significa que este aspecto não seja percebido como relevante, mas que muito provavelmente, para este grupo, o nervoso esteja mais relacionado às dificuldades com o controle do DM2 do que com a origem da doença propriamente dita.

Conclusão

A partir dos resultados foi possível identificar que na perspectiva dos idosos investigados o DM2 é uma enfermidade originada por fatores múltiplos, de natureza comportamental, sobrenatural, biológica ou desconhecida, os quais refletem a complexidade e a integralidade da pessoa idosa adoecida. Muito embora tenham se

esforçado para estabelecer o diabetes dentro do saber biomédico, na lógica dos adoecidos entrevistados, assim como a doença se manifesta em um corpo não apenas físico, mas também psicossocial, cultural e espiritual, a doença também não tem natureza biológica exclusiva.

Ter que conviver com o diabetes por toda a vida, oportuniza ao adoecido construir e reconstruir inúmeras formas de pensar a doença tanto do ponto de vista individual (cognitivo), como coletivo (social), tornando a experiência do adoecimento subjetiva e intersubjetiva.

O caráter duradouro da doença e seu impacto nas múltiplas dimensões humana reivindicam a implementação de práticas de educação em saúde de modo imprescindível e contínuo. Para adoção de cuidados mais eficientes e centrados na pessoa idosa é importante que os profissionais de saúde oportunizem os usuários revelarem seu entendimento sobre o diabetes informações estas que oferecerão subsídios para as práticas educativas, as quais devem integrar a equipe de saúde, a pessoa com a doença, a comunidade e a família.

Deve-se considerar a importância psicológica e sociocultural dos alimentos na vida dos idosos, explorando e problematizando os aspectos cognitivos, situacionais e afetivos que envolvem a alimentação. Estimular a adaptação de receitas de família para que sejam apresentadas com reduzido teor de gordura e açúcar, implementando o cuidado culturalmente congruente, além de instituir práticas de cuidado que visem trabalhar os aspectos psicológicos de culpa e deterioração moral advindos dos deslizes frequentes com a alimentação. Compete ainda desenvolver práticas problematizadoras da realidade, a fim de que possam ser estimulados a lutar pela redução das desigualdades sociais e escolher estilos de vida mais saudáveis.

No grupo de idosos estudado, ter DM2 reforçou os aspectos negativos relacionados ao envelhecimento e da tendência da associação da velhice com as perdas físicas, econômicas, sociais e morte. Nesse sentido, a perspectiva de envelhecimento ativo e de realização de novos projetos de vida ficou ameaçada diante das incertezas trazidas pelo curso da doença e das condições de vida desfavoráveis, restando-lhes a resignação.

Esta pesquisa envolveu apenas um grupo de idosos com diabetes, predominantemente do sexo feminino, dos quais vinte por cento não alfabetizados que frequenta um único centro de saúde da área urbana, com características socioculturais e econômicas semelhantes. Desse modo, suas conclusões não são generalizáveis, mas podem nortear o planejamento de ações educativas as quais contemplem a pessoa idosa com DM2

em sua integralidade, respeitando as suas crenças, ao mesmo tempo em que problematize a relação destas crenças com suas práticas de cuidados no gerenciamento da doença. É relevante que novos estudos sejam realizados abrangendo um grupo heterogêneo de participantes a fim de obter uma visão ampliada da questão.

Referências

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: MS, 2016.

_____. Ministério da saúde. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. Organização mundial de saúde (OMS), 2005.

BARBOSA, M.A.G. et al. Alimentação e Diabetes Mellitus: Percepção e consumo alimentar de idosos no interior de Pernambuco. **Rev. Brasileira de Promoção de Saúde**. v.28, n. 3, p. 370-378, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Ltda., 2011.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico** [online]. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2011. Antropologia & saúde collection. 248p. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>

BRASIL. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: MS, 2014.

CANESQUI, A. M.(org). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. Editora HUCITEC. São Paulo: FAPESP, Cap.1, p. 20-51, 2007.

CASTELLANOS, M.E.P. et al. Evidence produced by qualitative investigations on type 2 diabetes: a review of the literature. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n36, p.257-276, 2011.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.12, p.3641-3652, 2015.

FERREIRA, V.F et al.; Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-378, 2014.

FONTANELLA, B.J.B; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

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

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8.ed. 2017. Disponível em: <<http://diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=254>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

MACEDO, T.T.S.; PORTELA, P. P.; PALAMIRA, C. S.; MUSSI, F. C. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Esc Anna Nery**. Salvador, v.19, n.3, p. 505-510, 2015.

OTEKEIWEBIA, A.; OYEYINKA, M.; ODERINDE, A.; IVONYE, C. Explanatory Model of Diabetes Mellitus and Glycemic Control among South western Nigerians. **International Journal of Diabetes Research**. v.4, n.2, p. 23-30, 2015.

PAGE-PLIEGO, J.T. Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. **LiminaR**, San Cristóbal de las Casas, v. 13, n. 2, p. 84-95, 2015.

PÉRES, D.S. et al.; Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 6, dez. 2007.

RAMOS, R.S.P.S et al.; Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 364-374, 2017.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S I. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. **Ver EscEnferm USP**.v.48, n. Esp2, p.92-98, 2014.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SILVA, V.P; CARDENAS, C.J. A comida e a sociabilidade na velhice. **Revista Kairós**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 51-69, 2007.

SOUSA, M.R.; MARTINS, T.; SILVA, E. Questionários dos conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. **Ver Port Saúde Pública**. Portugal, v. 33, n.1,p. 33-41, 2015.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**.v. 14, n., p.82-8, 2005.