

# A pessoa com diabetes: do enfoque terapêutico ao existencial\*

THE PERSON WITH DIABETES: FROM A THERAPEUTIC TO AN EXISTENTIAL FOCUS

LA PERSONA CON DIABETES: DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO AL EXISTENCIAL

Aracely Diaz Oviedo<sup>1</sup>, Magali Roseira Boemer<sup>2</sup>

## RESUMO

Realizou-se este estudo diante da inquietação com a pessoa com Diabetes, as implicações da doença em sua vida; fundamentalmente, buscando um deslocamento da doença sob a ótica de um fato para a de um fenômeno, que requer desvelamentos. Conduzido sob o referencial da investigação fenomenológica, com vistas à apreensão da essência do significado de conviver com a doença. O estudo foi realizado obtendo depoimentos de pessoas que experienciam a doença. O contexto da investigação foi uma Instituição de Saúde, localizada na cidade de San Luis Potosí, no México. A análise dos dados possibilitou a construção de categorias temáticas, que revelam facetas importantes do existir dessas pessoas. Abriu perspectivas para um olhar para além da doença, contemplando a pessoa diabética em sua situacionalidade. E assim norteando alguns caminhos para políticas de assistência.

## DESCRITORES

Diabetes mellitus.  
Doença crônica.  
Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

This study was motivated by the aspects lived by people with diabetes and the implications the disease have on their lives. In essence, this study was performed with the purpose of changing the disease from its position of a fact to the position of a phenomenon that needs further clarification. Phenomenology was the framework used in this investigation, with a view to understand the meaning of living with diabetes. The study location was a health institution in the city of San Luis Potosí, Mexico, where people with diabetes were interviewed and provided statements about their experience. Data analysis permitted the construction of thematic categories, which revealed important facets regarding these people's existence. The study provided new perspectives for looking beyond the disease, and seeing the person with diabetes within their situational context, thus, showing some paths for health care policies.

## KEY WORDS

Diabetes mellitus.  
Chronic disease.  
Qualitative research.

## RESUMEN

Delante de la inquietud con la persona con Diabetes, de las implicaciones de la enfermedad en su vida y, fundamentalmente, buscando comprender la enfermedad como un fenómeno, ya que hasta ahora ha sido observada como un hecho, se realizó este estudio, tratando de obtener de revelaciones la información que ayuden a alcanzar el objetivo pretendido. Conducido bajo el marco de la investigación fenomenológica, con el objetivo de aprehender la esencia del significado de convivir con la enfermedad, el estudio fue realizado obteniendo declaraciones de personas que experimentan la enfermedad. El contexto de la investigación fue una Institución de Salud, localizada en la ciudad de San Luis Potosí, en México. El análisis de los datos permitió construir categorías temáticas que revelaron facetas importantes de la existencia de esas personas, abriendo perspectivas para observar más allá de la enfermedad, contemplando a la persona diabética en su situación integral, mostrando, así, algunos caminos para la creación de políticas de asistencia.

## DESCRIPTORES

Diabetes mellitus.  
Enfermedad crónica.  
Investigación cualitativa.

\* Extraído da tese "A pessoa com diabetes: do enfoque terapêutico ao existencial", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em Convênio com México, 2007. <sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de San Luis Potosí. San Luis Potosí, SLP, México. aracelydiaz@uaslp.mx <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Associada Aposentada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. boemerval@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Na condição de estudante de enfermagem, as experiências de cuidado ao doente tornaram-se importantes na medida em que já percebia haver esferas biológicas, psicológicas e sociais desse cuidado que requeriam um olhar para além da ótica técnico-científica. Nesse sentido, há perspectivas que consideram a possibilidade da doença ser um constitutivo do ser humano, não desarticulada da saúde, descrevendo formas de enfrentamentos e oferecendo oportunidades de reflexão em relação a uma visão positiva da doença<sup>(1-2)</sup>.

Meu olhar foi, então, dirigindo-se para a enfermidade sob outra perspectiva, quando algumas questões começaram a se apresentar como inquietantes: *Como se sente aquela pessoa enferma, restrita a um leito hospitalar, que passa a depender do pessoal da equipe para ser cuidada? Que significados atribui à sua hospitalização?*

Ainda durante o curso de graduação, pude aprender que o cuidado à pessoa doente pode ser prestado em vários contextos, como, por exemplo, nos seus domicílios. Isto ocorria, na maioria das vezes, com os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas.

As inquietações geradas no contexto hospitalar se reafirmaram, embora sob outras configurações, abrindo espaços para novos questionamentos. A idéia de um cuidado à pessoa doente e não à doença já começava a tornar-se significativa, requerendo relação empática, de colocar-se no lugar do outro para melhor acolhê-lo e compreendê-lo em seu processo de adoecer.

Posteriormente, em minha vivência enquanto docente, na cidade de San Luiz Potosí, no México, meu olhar dirigiu-se, de forma mais atenta, para as pessoas que têm Diabetes Mellitus, quando tive oportunidade de relacionar-me com essas pessoas em seus lares, por meio da prática de enfermagem comunitária. Essa prática complementou e ampliou minha experiência com esses enfermos crônicos que necessitam de atendimento à sua saúde, em seus domicílios.

### **O contexto da enfermidade e suas dimensões**

A Diabetes Mellitus, reconhecida pela humanidade como um problema médico há milhões de anos, é considerada uma das principais causas de morte no mundo. É uma síndrome crônico-degenerativa que abrange um grupo heterogêneo de causas e manifestações clínicas, tendo, como denominador comum, o aumento da glicose sanguínea, decorrente da produção diminuída da insulina pelo pâncreas ou da ação inadequada desta, afetando o metabolismo da glicose, proteínas, gorduras e sais minerais<sup>(3-4)</sup>.

Há dois tipos de Diabetes primário que se distinguem, principalmente, pela maneira como a insulina atua no me-

tabolismo da glicose. No tipo I, também denominado de Diabetes Mellitus insulino dependente (DMID), devido a um mecanismo ainda não muito claro, as células beta pancreáticas das ilhotas de Langerhans são danificadas e a produção de insulina é mínima ou nenhuma.

Por sua natureza epidemiológica, a Diabetes Mellitus representa um grave problema mundial de Saúde Pública. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde estimou que ela afeta, atualmente, mais de 194 milhões de pessoas no mundo e que alcançará os 333 milhões em 2025. A maioria dos casos ocorre em países em desenvolvimento.

O México ocupa o nono lugar de Diabetes no mundo, tendo havido previsão que, em 2005, haveria uma incidência de 400 mil casos, ou seja, 400 mil novos casos por ano. A doença flutua entre os seis milhões e quinhentos mil e dez milhões (prevalência nacional de 10.7% (por cento), em pessoas entre 20 e 69 de idade). Deste total, dois milhões de pessoas não têm sido diagnosticadas<sup>(5)</sup>.

A Federação Mexicana do Diabetes alerta que a mortalidade vem aumentando durante as últimas décadas e, desde 1997, ocupa o terceiro lugar geral como causa de morte, registrando, atualmente, 49 mil 855 de mortes anuais<sup>(5)</sup>. Isso significa que morrem cinco pessoas, a cada 60 minutos, em consequência desta alteração no organismo.

É certo que existem muitas investigações desenvolvidas sobre doentes crônicos, principalmente diabéticos que, em sua maioria, inquietam os investigadores para entender as respostas dos pacientes diante do enfrentamento de sua doença. A realização de estudos desta natureza em pacientes com enfermidades crônicas adquire relevância e contribui para melhora de uma porcentagem elevada da população; é um setor com demanda constante de atenção médica, durante grandes períodos da vida<sup>(6)</sup>.

O grande número de investigações relacionadas aos doentes de Diabetes tem permitido a continuidade dos programas de cuidado à doença. Entretanto, os resultados não têm sido favoráveis devido às complicações surgidas. Assim, é importante dar continuidade aos estudos de forma a atingir melhores condições de vida para estes doentes, considerando que a enfermidade se relaciona a sentimentos negativos, como choque, revolta e tristeza<sup>(7)</sup>.

Quando se olha a Diabetes Mellitus sob a ótica de um fato, estaremos preocupados com as explicações conceituais, descrições da sintomatologia, protocolos multidisciplinares de atendimento que enfocam a perspectiva explicativa de uma determinada concepção de ciência que se distancia do conhecimento do homem inserido no mundo, vivenciando uma situação de enfermidade.

Nesse sentido, o desenvolvimento de um estudo com enfoque qualitativo pode possibilitar ir além do contexto quantitativo, pois permite investigar a livre expressão de

É importante dar continuidade aos estudos de forma a atingir melhores condições de vida para estes doentes, considerando que a enfermidade se relaciona a sentimentos negativos, como choque, revolta e tristeza.

quem vive o processo de adoecimento, transcendendo o contexto da doença e seus determinantes.

Assim, busco preencher uma lacuna na produção do conhecimento sobre Diabetes Mellitus, direcionando meu olhar à pessoa enferma não sob a ótica de um fato, mas de um fenômeno visto como aquilo que se mostra por si mesmo ou manifesta-se, com vistas a abrir novos horizontes de compreensão de sua realidade diante dessa enfermidade.

## OBJETIVO

Compreender ou captar o significado atribuído às experiências vividas pelos doentes de Diabetes Mellitus, em seus contextos de mundo, foi a proposta dessa investigação.

## MÉTODO

Como referencial teórico-metodológico do estudo, recorri aos fundamentos da fenomenologia, propondo-me apreender a essência do existir de uma pessoa com Diabetes Mellitus e, nesse sentido, considero o fenômeno do experimentar essa situação sob a perspectiva de quem a vivencia<sup>(8)</sup>. A fenomenologia não irá se preocupar com generalizações, princípios e leis. Ela terá a preocupação de descrever o fenômeno e não de explicá-lo, não se propondo à busca de relações causais; a preocupação será no sentido de mostrar e não em demonstrar. Assim, a fenomenologia passou a ser definida por Husserl como ciência descritiva da essência, da consciência e de seus atos.

O que se busca na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida, significados esses que se revelam a partir das descrições desses sujeitos<sup>(9)</sup>.

Tais significados podem ser apreendidos por meio das descrições das pessoas sobre seu experimentar determinada situação. Uma forma de acesso que o pesquisador tem para *penetrar* naquilo que está interrogando é a empatia.

A investigação fenomenológica volta-se para o que faz sentido para os sujeitos da investigação, colocando o fenômeno em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem. É necessário ir ao sujeito que percebe e buscar por esse sentido por ele atribuído ao que está vivenciando, tendo como meta a compreensão do que está sendo investigado<sup>(10)</sup>.

Assim, fundamentado em algumas idéias de Husserl, o desenho metodológico desse estudo baseou-se nesse autor. Entretanto, conforme expressa o título, busquei por um movimento de deslocamento do enfoque terapêutico da Diabetes para o existencial, o que requereu, em alguns momentos da análise, que me apropriasse de algumas idéias do pensamento de Martin Heidegger. Esse filósofo, ao seguir o caminho de Husserl, traz novas idéias para a fenomenologia<sup>(11)</sup>. Essas idéias possibilitaram-me fundamentar a compreensão das falas no que tange à esfera existencial.

## Obtenção dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com pessoas com Diabetes que se encontravam inseridas na Instituição de Segurança Social *Francisco Padrón Poyuo*, na cidade de San Luis Potosí, México; essas pessoas integravam o grupo de diabéticos, na área de medicina preventiva. Também busquei por enfermos registrados na mesma Instituição, que atende por meio de visitas domiciliares, em uma programação específica do grupo de doentes crônicos.

Antecedendo à obtenção dos dados, inseri-me nesse Serviço visando conhecer esse mundo, habitado pelos enfermos e profissionais de saúde. Assim, passei a coexistir com as pessoas que trabalham e habitam este local, participando das atividades, apreendendo a dinâmica do grupo. Após esse período de convívio, convidei as pessoas portadoras de Diabetes a participar do estudo. Foram convidadas aquelas que estivessem convivendo com a doença há, no mínimo, um ano, de forma que pudessem falar de um certo tempo já vivido com a enfermidade.

O contexto de encontro com essa pessoa foi o seu domicílio, de forma que pudesse apreendê-la em seu mundo, com suas experiências e percepções corporais vividas, a partir de seu depoimento sobre: *o que significa para você conviver com essa doença? Descreva para mim: o que é isto, ser uma pessoa diabética?* Foram entrevistadas dez pessoas, quando houve saturação dos dados. Esse é o critério utilizado em fenomenologia para cessar a coleta; a saturação expressa o mostrar-se do fenômeno, em sua essência.

A intenção foi captar suas experiências do seu tempo vivido com a doença e aquelas referentes às relações humanas com os outros e consigo mesma.

Os recursos metodológicos utilizados foram: entrevista e diário de observações, no qual fui registrando o que captei para além dos discursos verbais, ou seja, todas as esferas possíveis da manifestação do Ser pela linguagem não verbal: os gestos, a expressão facial, as reticências, o silêncio, o afetivo, as emoções, as contenções dessas emoções; enfim, o dito e o não dito<sup>(12)</sup>.

Pela observação e análise dos discursos busquei o desvelamento da forma como essas pessoas habitam o mundo, na sua situacionalidade de serem diabéticas.

O estudo obedeceu ao disposto no Regulamento da Lei Geral de Saúde Mexicana, referente à Investigação para a Saúde (Secretaria de Saúde 1987). Foram incorporadas as observações propostas pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem de Celaya, Guanajuato.

No momento em que a pessoa aceitou participar do estudo, recebeu uma informação clara e concisa sobre a justificativa e os objetivos da investigação da qual participaria, detalhando a forma como se desenvolveria a entrevista. Também foi comunicado sobre a possibilidade de retirar-se a qualquer momento, sem que isto repercutisse em seu tratamento ou relação com a Instituição de Saúde na

qual se encontrava inserido. Foi explicado também que os dados que permitissem sua identificação seriam mantidos em sigilo, respeitando sua privacidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado. As entrevistas foram gravadas, com anuência de cada um.

## CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Fundamentada em algumas das idéias centrais da fenomenologia, a presente investigação, foi em busca da estrutura essencial do fenômeno em estudo. Considerando que as falas das pessoas entrevistadas sinalizavam para esferas do seu existir afetado pela doença, essas facetas existenciais encontraram, no pensamento heideggeriano, importantes subsídios para análise<sup>(11)</sup>.

Da análise, foi possível a construção de quatro categorias temáticas que expressam a essência do ser diabético para a pessoa que vivencia a doença. As categorias foram construídas segundo os passos já preconizados e explicitados por alguns autores<sup>(13-14)</sup>.

- O pesquisador lê a descrição, do início ao fim, com vistas a ter um sentido do todo. Familiariza-se, então, com o texto que descreve a experiência vivida. Procura colocar-se no lugar do sujeito, de forma a não ser um espectador, mas alguém que procura chegar aos significados atribuídos pelo sujeito da mesma forma como ele os atribuiu. Esta *operação* é imperiosa na modalidade fenomenológica.

- O pesquisador lê a descrição novamente, agora mais lentamente, identificando unidades de significado. Não há diretrizes específicas nessa identificação. Emerge a interação do pesquisador com o pesquisado; é preciso, então, levar em conta que o processo de categorização do material qualitativo vai envolver não só conhecimento lógico, intelectual, objetivo mas também conhecimento pessoal, intuitivo, subjetivo, experiencial. Quando o pesquisador apreende unidades de significado ele o faz segundo sua perspectiva, focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado.

- Após obter unidades de significado, o pesquisador percorre-as todas e expressa os significados nelas contido. Isso é particularmente verdadeiro para as unidades mais reveladoras do fenômeno considerado. Está implícito que um critério é a frequência com que ocorre, mas não é único. É possível que os dados contenham aspectos, observações, comentários, características únicas mas extremamente importantes para uma apreensão mais abrangente do fenômeno estudado. Haverá também mensagens não intencionais, implícitas e contraditórias, que embora únicas, revelam dimensões importantes da situação.

- Finalmente, o pesquisador sintetiza as unidades de significado para chegar à estrutura do fenômeno e à sua essência. Nessa síntese, o pesquisador integra os *insights* contidos nas unidades de significado, transformadas em descrição consistente da estrutura do fenômeno.

## O convívio com a doença é permeado pela religiosidade

As falas revelam que, com o início da doença, as pessoas necessitam de um suporte e o encontram na atribuição da moléstia a uma prova divina. Há menção à possibilidade de que a enfermidade signifique um castigo de Deus:

Pues para mí todas las enfermedades son... mandadas por Dios, pero no nos da más, más de lo que se pueda soportar, él siempre nos manda los medios para... pues para ya sea para, este, sobrellevarlas o convivir con ellas (Depoimento 1)<sup>(a)</sup>.

...Ay Diosito porque me castiga, pero a pesar de que uno esta malo, diosito no lo castiga a uno así, si diosito es amor, y uno le tiene amor a Dios como lo va a castigar a uno así, y dice uno pues bueno te encomiendo esta enfermedad ahí te la entrega, pero yo digo, que diosito no me castiga así, soy mala si, soy mala porque digo, no creo que diosito diga que de castigo me manda esta enfermedad, no, no creo, Dios le tiene amor a uno (Depoimento 6).

Alguns entendem que Deus pode estar enviando, por meio da doença, um aviso, um alerta para que iniciem uma nova vida:

Dios me esta *poniendo* algo para vivir mejor los últimos días que él me quiera mandar, son pruebas que Dios nos pone para crecer mejor, para crecer mas, (repite) para crecer mas... (Depoimento 1).

Ainda há menção à possibilidade de que a enfermidade signifique um castigo de Deus por maus hábitos, principalmente alimentares. Observemos esta fala:

...porque el estar cerca de Dios pues refortalece, y hace uno consciente de que, pues si todo lo tengo lo tengo de él, pues por algo lo tengo, lo que me pasa en la vida es por mi desorden de vida ehh, yo me lo busque, por mi forma desordenada de comer y , pero, si he dejado algunas cosas pero a mí no me parece importantes (Depoimento 4).

Entretanto, a atribuição do significado da doença como castigo é verbalizada com alguma ambigüidade, pois, logo que a expressam, a descartam:

...ay Diosito porque me castiga, pero a pesar de que uno esta malo, diosito no lo castiga a uno así, si diosito es amor, y uno le tiene amor a Dios como lo va a castigar a uno así, y dice uno pues bueno te encomiendo esta enfermedad ahí te la entrega, pero yo digo, que diosito no me castiga así, soy mala si, soy mala porque digo, no creo que diosito diga que de castigo me manda esta enfermedad, no, no creo, Dios le tiene amor a uno (Depoimento 6).

Nessa categoria, cabe ressaltar a percepção de que o *castigo* poderia ter como causa os maus hábitos alimentares. Assim, há de se observar que, mesmo com uma explicação na esfera da religiosidade, essas pessoas sabem dos malefícios dos hábitos alimentares inadequados, tanto na

<sup>(a)</sup>Os depoimentos foram mantidos no idioma original, segundo as expressões das pessoas, e estão numerados por ordem cronológica de obtenção.

etiologia como no tratamento da Diabetes. Têm consciência de que isto pode acelerar o processo de complicações advindas da doença.

Essa categoria des-vela para nós, profissionais de saúde, que a doença não pode ser vista apenas sob a ótica orgânica, da fisiopatologia da moléstia. Ela afeta também o seu existir na esfera religiosa, alternando sentimentos de culpa e de alívio pelo fato de não terem desenvolvido uma doença mais grave, como o câncer, por exemplo:

...ya son cosas que Dios nos manda y... así tenemos que ser, si no hay esta enfermedad, a lo mejor después yo valoraba y decía, ¡Gracias Dios mío por que soy diabética y no tengo cáncer! ... (Depoimento 2).

Nesse sentido, a apreensão da pessoa em sua crença religiosa pode abrir caminhos para o diálogo, para formas de acessar a sua existência, sua motivação, sua singularidade<sup>(15)</sup>.

Cabe mencionar que a dimensão da religiosidade vem sendo integrada, ainda que embrionariamente, à assistência à saúde, caracterizando novos modos de cuidar, o que inclui a subjetividade, o respeito pela religiosidade e, principalmente, o fato de considerá-la um elemento essencial de ajuda à pessoa enferma<sup>(15)</sup>.

### ***O enfrentamento faz parte do existir diabético***

As falas expressam que a doença requer uma postura de enfrentamento por parte de quem a vivencia. Esse enfrentamento afeta todo o seu existir e configura-se sob várias formas: aceitação da enfermidade, da limitação que ela impõe em muitas esferas, como horário e tipo de alimentação, uso de hipoglicemiantes e, muitas vezes, do tratamento de doenças associadas, como hipertensão. Convivendo com essas pessoas e reportando-me às minhas observações no diário de campo e na forma como cada uma se mostrou a mim, posso dizer que este enfrentamento tem uma característica peculiar, ou seja, em alguns momentos a pessoa sente-se motivada por uma força para mudar seu estilo de vida e, assim, controlar a moléstia. Entretanto, em outros, essa disponibilidade para mudanças dissipa-se, tornando-a frágil no que se refere ao controle de sua enfermidade. Tal comportamento é particularmente verdadeiro para aspectos interligados ao controle alimentar, o qual parece ser o grande foco de dificuldade, motivado, na maioria das vezes, não por ausência de informação sobre um controle correto. Não se trata de considerar aqui um raciocínio lógico, causal, explicativo, pois, isso eles têm durante o acompanhamento feito por profissionais da saúde. Mesmo assim, alguns dizem que não têm muito conhecimento dos cuidados especiais requeridos em decorrência da moléstia. Vejamos as falas:

...no es que uno no se cuida, y entonces no tiene uno la información a tiempo, como ahora que si, le dicen, que si mide uno mas de tal medida, esta mal, y si pesas también, estas en sobrepeso pues yo si me hubiera cuidado, pues es de que uno se tiene que cuidar mucho, hacer ejercicio (Depoimento 3).

...no, nunca llegué a controlarme como debí haberme controlado cuando, yo dije: bueno, el doctor no me controla, pues parte de eso, puede ser culpa mía, porque uno, este el doctor, a veces no son muy explícitos, si, y entonces uno dice, pues ahí se va (Depoimento 4).

Cabe mencionar que muitos estudos apontam o fato de que os profissionais da saúde queixam-se, muitas vezes, que explicam ao doente o seu diagnóstico, tratamento e provável evolução e, quando questionadas, essas pessoas referem não ter conhecimento sobre a moléstia.

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam considerar os momentos em que os doentes não conseguem escutá-los, apesar de todos os seus esforços em explicá-lhes o que está ocorrendo. Muito provavelmente não estão sendo considerados a singularidade de cada um, a compreensão de seu desejo de negar uma verdade, o fato de lhe serem dadas muitas informações ao mesmo tempo. Assim, os membros da equipe de saúde necessitam compreender que o enfrentamento pode ser ambíguo e contraditório, inerente à condição humana. Isso vai ao encontro do pensar heideggeriano. O homem, em seu modo de ser-no-mundo, é permeado por vulnerabilidades, por contradições e conflitos.

Transportando esse pensamento filosófico para a área da saúde, podemos dizer que a pessoa direciona seu olhar para a doença na medida em que ela se mostra à ela como tal, ou seja, como doença. Neste caso, a Diabetes precisa se mostrar ao doente tal como ela é. Se isso não ocorrer, as transformações necessárias ao seu controle serão mais difíceis de ocorrer e o seu ser-no-mundo com a doença será permeado por inúmeras dificuldades.

Uma postura de enfrentamento, independentemente da configuração que assuma, vai levar a um modo de conviver com a moléstia. Vejamos a fala:

...no, nunca llegué a controlarme como debí haberme controlado cuando, yo dije: bueno, el doctor no me controla, pues parte de eso, puede ser culpa mía, porque uno, este el doctor, a veces no son muy explícitos, si, y entonces uno dice, pues ahí se va (Depoimento 4).

Isto remete à terceira categoria:

### ***O conviver com Diabetes***

No início, os depoimentos referiram-se ao momento do diagnóstico como sendo difícil, gerando muita tristeza e, às vezes, depressão. Lidar com todos esses sentimentos foi muito difícil para essas pessoas. Progressivamente, suas falas encaminham-se para os sintomas mais comuns da moléstia como dor nos membros inferiores, cefaléia, polidipsia, poliúria e polifagia, mudanças de comportamento.

Esse dizer expressava uma percepção de limitação para seu cotidiano habitual. Atenemos para algumas falas:

...a veces yo siento como que me duele a cabeza, como que me recorre un escalofrío, por el cuerpo, si me siento

cansada, me duelen los pies, me duelen las piernas, como que se me seca mucho la boca, me dan a veces, muchas ganas de tomar aguas, y a veces no me dan muchas ganas de tomar agua... a veces anda uno de un carácter que no se aguanta, y pues ellos son quienes la llevan pero son tolerantes, conmigo... (Depoimento 7).

São vários os truncamentos em sua vida e seu-sendo-com-os-outros também é afetado. Sua relação com as coisas ao seu redor, com as pessoas e consigo mesma sofre modificações, configurando-lhe novos horizontes onde muitas restrições se fazem presentes.

É interessante observar que a relação com os alimentos está revestida de particular importância e nada tem a ver com uma questão nutricional. O gosto por alimentos, agora proibidos, parece desencadear uma vontade ainda maior de ingerí-los, sendo possível apreender um certo tom de rebeldia, de quem sabe que está burlando uma recomendação.

Para o profissional médico ou para uma enfermeira orientadora, essa pessoa pode ser rotulada de difícil e rebelde. Ainda há um longo caminho para que ambos, paciente e profissional de saúde, possam ter uma relação dialógica, um aprendendo com o mundo do outro.

Assim, para compreender e poder ajudar a pessoa com Diabetes nesse seu conviver com a doença, faz-se necessário compreendê-la em sua subjetividade, captando o seu sentir-se próprio doente. Captar o significado atribuído ao alimento e suas interfaces com sua existência mesma pode ser uma via de acesso para efetivas mudanças em seu estilo de alimentar-se.

Nesse sentido, cuidar desse homem não envolve apenas buscar e reunir dados para elucidar diagnósticos e propor terapêuticas, como o previsto pela lógica técnico-científica; - requer uma aproximação, um acolhimento que nos ajude a compreendê-lo.

Empenhar-se no contato humano é ainda um desafio, pois exige que o profissional também se aproxime de sua existência, em toda a sua incompletude e fragilidade. Esse empenho demanda repensar a formação e a organização dos serviços.

As pessoas desse estudo também expressaram algumas falas que dizem de sua condição existencial no que se refere à sua temporalidade, conforme evidencia a próxima categoria.

### **A pessoa diabética e sua temporalidade**

A questão da temporalidade emergiu em vários momentos das falas. Algumas evidenciam que há conhecimentos necessários para o controle da doença. Entretanto, certas medidas de controle, principalmente às referentes aos alimentos, não são incorporadas. A restrição parece infundir-lhes um sofrimento maior que a própria evolução da moléstia.

Também se observa uma certa dúvida no sentido do que lhes acontecerá, mesmo seguindo as recomendações da equipe de saúde.

...ahora lo que me queda es de cuidarme y de que estar con la medicina y ya porque no creo que se me vaya a quitar, porque dijera que, ¿no puede ser que ya me componga por decir con la dieta? y que, ¿ya no use medicina?, eso, eso no puede ser ¿verdad?, y así estar yendo cada mes al seguro, cada mes voy (Depoimento 3).

É interessante observar que essa frase contém um tom interrogativo. Isso é possível evidenciar em outras falas também, expressando uma insegurança no seguimento do tratamento.

Cabe, assim, questionar: Qual a gênese dessa insegurança? Estarão os profissionais de saúde tendo êxito em encontrar uma via de acesso à dimensão mais subjetiva da pessoa?

Heidegger lembra que o homem é, sobretudo, um ser de projetos. Quando seus projetos ficam muito restritos, seu existir pode cair em um vazio. Naturalmente que, com o avançar dos anos e com a convivência com uma doença crônica, os projetos existenciais precisam ser redimensionados. Entretanto, as falas não possibilitam observar um grande empenho no que diz respeito a essa redimensão. Não parecem encarar a doença como uma facticidade, mas como uma fatalidade.

E, assim sendo, muitos verbalizam grande preocupação com as complicações da moléstia. Sabem que há fatores de risco no que se refere à amputações<sup>(16)</sup>. Em outros momentos, a fala segue outro caminho, quando verbalizam que alguma coisa mudou em seu modo de vida, de forma a melhor conviver com a Diabetes e vislumbrar um projeto futuro:

se que el final es... (Hace un silencio) lo máximo si lo sé, tomo mis medicinas en orden, bueno, mas o menos, a veces se me olvida a medio día y pues así ay la llevo, voy a estar bien, de aquí en adelante, voy a intentar tomar mis medicamentos y controlar mi alimentación, para que en un futuro me encuentre mas aliviada, intentaré seguir en el grupo, y restringirme los chocolates, y hacer un poco de ejercicio, como salir a caminar (Depoimento 10).

O homem é um ser fundamentalmente temporal; assim, ele é histórico e tem uma limitação ontológica que é a morte. Cada um dos momentos do tempo – passado, presente e futuro - não se encerra em si mesmo. O futuro é o por-vir e não deve ser entendido como o *agora que ainda não chegou cronologicamente*, mas no sentido que sou o meu futuro ao sair de mim, ao abrir-me para as possibilidades, ao importar-se com o meu ser<sup>(11)</sup>.

O passado é a facticidade e não deve ser entendido como algo que ficou para trás, mas como algo que afeta agora minha existência, pois o passado está sempre presente, marcando nossas vidas. O presente é a condição de possibilidade de ser-no-mundo.

As falas de algumas pessoas bem expressam esse referencial. Têm a percepção que a doença agora faz parte do seu mundo e, nesse sentido, verbalizam conhecer os controles necessários para manter uma boa qualidade de vida. Ao mesmo tempo, algumas relutam em abandonar hábi-

tos adquiridos num passado sem a doença, mesmo sabendo que isto afetará o seu porvir, o seu vir-a-ser com a doença. Isto remete à autenticidade/inautenticidade, tema bem desenvolvido por Heidegger. Todo homem vive momentos de autenticidade e inautenticidade diante de si mesmo e das coisas ao seu redor. Assim, as posturas das pessoas diante do que lhes acontece, diante de restrições que lhe são impostas por uma enfermidade, irão expressar, de forma dinâmica, essa dualidade. Sabem que esse vir-a-ser pode ser permeado por complicações e, assim sendo, algumas pessoas expressaram claramente seu temor por uma amputação, por uma cegueira, pela possibilidade de perder sua capacidade de ir e vir, de cuidar de si mesma.

Assim, o tendo sido afetado pela doença, entrelaça-se com o seu sendo-doente e o seu vir a ser delinea-se com horizontes mais estreitos. A sua condição ontológica de ser-para-a-morte se lhes apresenta com mais visibilidade diante do seu ver a moléstia. A verbalização da morte não apenas como possibilidade inerente à condição humana, mas potencializada pelas possíveis complicações da Diabetes está presente em algumas falas.

Também é possível observar que participar dos grupos de apoio lhes incute alguma transformação em seu conviver com a doença, infundido-lhes maior conforto nessa perspectiva futura. Novamente emerge a premente necessidade dos profissionais de saúde em captarem a pessoa doente em seu sendo-doente, de forma a encontrar as vias de acesso ao seu Ser.

No que tange à enfermagem, os enfermeiros podem visar suas questões, seus sentidos, suas condutas, os dados teóricos e factuais em outra ótica. A doença, tal como é vivida pelas pessoas, tem dois aspectos a serem considerados. Um é de natureza estrutural e formal que permite entender a doença no que ela é mesma, em qualquer lugar do mundo. Outro, que expressará a situação existencial concreta do ser doente, vinculada à historicidade própria de cada um.

Como foi possível evidenciar, a temporalidade das pacientes se fez presente em suas falas, des-velando algumas de suas esferas, o que pode constituir-se em caminhos para o cuidar, no que tange aos profissionais de saúde. Assim, emerge novamente a premente necessidade dos profissionais de saúde captarem a pessoa doente em seu sendo-doente, de forma a encontrar as vias de acesso ao seu Ser.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### *Reflexões sobre o des-velamento*

Em meu conviver com as pessoas com Diabetes, o cuidado para com elas foi configurando-se em outra direção. A Diabetes, em geral entendida como uma alteração metabólica do organismo, vista como um fato, gradativamente foi requerendo um olhar compreensivo para a pessoa em seu sendo-diabética. Esse estudo possibilitou o desvelamento de facetas que sinalizam para a essência desse vivenciar.

A busca de domínio revela a tentativa do homem em construir um mundo seguro, previsível, controlável e sempre confortável para si mesmo. Todavia, existir não comporta essa segurança. A aventura existencial nos remete, o tempo todo, à presença do inseguro, do imprevisível e do incontrolável, mostrando-nos o mundo em sua dimensão de inóspito.

Assim se mostraram as pessoas que falaram sobre sua convivência com a enfermidade, as mudanças de hábitos para prevenção de complicações, incluindo a morte, questionando-se se isso lhes pode ocorrer. Em sua trajetória existencial, expressaram saber da necessidade de redimensionarem seus modos de vida para que esses tenham um bom nível de qualidade.

Aos profissionais de saúde creio que esta reflexão se faz necessária. Não podemos achar que uma informação está dada, que as orientações foram realizadas. A natureza humana é dialética e permeada por momentos de aceitação, negação, acolhimento, afastamento, autenticidade e inautenticidade. São todos modos de ser-no-mundo. Essa visão de movimento existencial é o que pode estar faltando aos profissionais de saúde, resultando no insucesso do tratamento para algumas pessoas.

Precisa efetivamente haver um trabalho multidisciplinar e interprofissional, tendo, como sujeito dos olhares, a pessoa doente. Isso não pode se resumir à conotação de um grupo de pessoas, uma somatória, que apenas trabalhem juntas.

Para a enfermagem, no cotidiano do trabalho, muitas vezes vemos os doentes diante de momentos difíceis de decisão. Podemos ajudá-los, compreendendo-os nesses momentos. O processo de decisão não é linear. Ele se dá em círculos e, assim sendo, esses momentos são conflitivos, ambíguos e contraditórios, porque humanos.

Se os profissionais de enfermagem se despojarem do velho e inconsistente conceito que não devem se envolver emocionalmente, conseguirão usar suas subjetividades para captar a do doente e, assim, poderão estabelecer intersubjetividades que facilitarão o cuidado de enfermagem. A enfermagem ainda se beneficia porque, no ato de cuidar, por meio de técnicas, tem acesso ao doente, intermediado pelo acesso ao seu corpo.

Empenhar-se no contato humano é ainda um desafio, pois exige que o profissional também se aproxime de sua existência, em toda a sua incompletude e fragilidade. Esse empenho demanda repensar a formação e a organização dos serviços, a inclusão do cuidador no processo de assistência, a interligação entre filosofia e desconstrução de políticas de saúde com vistas à sua reconstrução, embasada em fundamentos que contemplem, sobretudo, a essência da pessoa a ser cuidada<sup>(17-18)</sup>.

O campo da saúde e da educação estão cotidianamente em cuidado com o humano e a perspectiva pela qual concebemos o homem imprime um sentido, uma direção,

para o nosso pensar e fazer, o que se configura nas políticas formuladas, na organização do trabalho, nas relações sociais e interpessoais construídas. Por isso, as instituições e os profissionais de saúde têm buscado estabelecer e ativar programas educativos capazes de ajudar a pessoa em seu ver a doença, os significados das mudanças e a redimensão da sua existência.

A pessoa diabética espera do profissional que dele cuida um engajamento humano, o estabelecimento de um vínculo, uma disponibilidade pessoal para estar-com ele. Nesse sentido, o eu do profissional é instrumento valioso para

a relação com o doente, havendo também necessidade de estabelecer estratégias que humanizem a assistência.

O cuidado de enfermagem deve fundamentar-se na seguinte questão: a que homem esse cuidado contempla? Aquele, objeto de manifestação da ciência, ou aquele que, enquanto ser-no-mundo, é sempre vir-a-ser, projeto inacabado?

A resposta será construída pelos profissionais de saúde, no ato de cuidar e, nesse sentido, uma parcela significativa dessa construção cabe aos profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Santana MG. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
2. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):13-20.
3. Braunwald E, Harrison TR. Harrison. Princípios de medicina interna. 2005. 15ª ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2005.
4. Otero ML, Zanetti ML, Teixeira CRS. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level care center. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(n.esp):768-73.
5. Federación Mexicana de Diabetes AC (FMD). Los números de la diabetes en México [texto na Internet]. [citado 2006 mar. 20]. Disponível em: [http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d\\_numeros.php#mex](http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php#mex)
6. Zanetti ML, Mendes IAC. Tendências do locus de controle de pessoas diabéticas. *Rev Esc Enferm USP*. 1993;27(2):246-62.
7. Peres DS, Franco LJ, Santos MA, Zanetti ML. Social representations of low – income women according do the health – disease process. *Rev Lat Am Enferm*. 2008;16(3):389-95.
8. Martins J, Boemer MR, Ferraz CA. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Rev Esc Enferm USP*. 1990;24(1):139-47.
9. Merighi MAB, Fenomenologia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 31-8.
10. Bicudo MAV. Fenomenologia: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez; 2000.
11. Steiner G. As idéias de Heidegger. São Paulo: Cultrix; 1978.
12. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1987.
13. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.
14. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev Lat Am Enferm*. 1994; 2 (1):83-94.
15. Junqueira LCU. Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
16. Santos VP, Silveira DR, Caffaro RA. Risk factors for primary major amputation in diabetic patients. *São Paulo Med J*. 2006; 24(2):66-70.
17. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):19-25.
18. Ayres JRCM. Care and reconstruction in helthcare practices. *Interface Com Saúde Educ*. 2004;8(14):73-92.