

ELONIR GOMES

**DIABETES *MELLITUS*: COMO PASSAR DO DISCURSO DA AMARGURA
PARA O DA DOÇURA**

Tubarão, 2005

ELONIR GOMES

**DIABETES *MELLITUS*: COMO PASSAR DO DISCURSO DA AMARGURA
PARA O DA DOÇURA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Ciências da Linguagem como requisito à
obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Linguagem.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Orientador: Prof. Dr. Ingo Voese

Tubarão, 2005

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus.

Ao meu marido Joaci.

Aos meus filhos Rafael, Cristina, Manuela e
Daiana.

Especial à Inha, Keka, Kellen, Eduardo, Sid,
Léo e Bia.

RESUMO

A dissertação “Diabetes *Mellitus*: como passar do discurso da amargura para o da doçura?” foi escrita como um trajeto da aprendizagem da “doçura de existir”, mesmo sem açúcar. Enfatiza a importância de o paciente diabético fazer-se impregnar da consciência de que poderá superar os traumas causados pelo diabetes *mellitus*, na medida em que altera comportamentos, desvencilha-se de tabus e hábitos, para adquirir qualidade de vida. Em sua estrutura, a dissertação apresenta teorias sobre linguagem, língua, ideologia e discurso, a que se seguem abordagens com foco dirigido para educação transformadora e para a doença diabetes *mellitus*. São teorias que se articulam, orientando o manejo do diabetes *mellitus* num processo de educação transformadora, em busca da superação dos discursos que uma realidade marcada por formações ideológicas fundadas na apologia da doçura vai instituindo. As teorias apresentadas tornam-se suportes para uma pesquisa-experimento aplicada a dez informantes diabéticos do município de Tubarão, cujo dizer se coloca em interdiscurso com as vozes de outros pacientes diabéticos, colhidas da Internet. Com objetivos de educação transformadora, a pesquisa-experimento procura verificar a percepção que o paciente diabético tem de si mesmo e da doença, ao mesmo tempo em que orienta para mudança de hábitos, comprovando que aí se encontra um caminho para transformar a amargura de ser diabético em doçura de existir.

Palavras-chave: Discurso. Doçura. Paciente diabético. Educação transformadora.

ABSTRACT

The present study, *Diabetes Mellitus: how to change from the discourse of bitterness to sweetness?*, was written as a learning trajectory of the “existing sweetness” even without sugar. It emphasizes the importance for the diabetic patient to become conscious that he/she is able to overcome the trauma caused by the *diabetes mellitus*, in this way changing his/her behaviour, becoming free from tabus and old habits acquiring new life quality. In its structure, the study presents language theory, ideology and discourse, followed by approaches focused on changeable education and *diabetes mellitus* disease. They are articulated theories to orient in the dealing of *diabetes mellitus* in a changeable education process, searching for the overcoming of the discourses that a reality marked by ideological formation, based on the apology of the sweetness, is substituting. The theories presented, in this study, become the support for an experiment-research applied in ten diabetics in Tubarão, which saying is situated in interdiscourse with other patient voices, taken from Internet, with the objectives of a changeable education. The experiment research tries to verify the perception that the diabetic patient has of him/herself and of the disease, at the same time orients to habit changes, proving that in it the way to change the bitterness of being a diabetic into sweetness, is possible.

Key-words: Discourse. Sweetness. Diabetic patient. Changeable education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 LINGUAGEM, LÍNGUA, IDEOLOGIA E DISCURSO	14
2.1 Educação transformadora: um processo de interação e de interdiscurso	21
3 UMA ABORDAGEM SOBRE O DIABETES <i>MELLITUS</i>	28
3.1 Diabetes <i>mellitus</i>: conceitos básicos	28
3.2 Classificação do diabetes <i>mellitus</i>	31
3.2.1 Diabetes tipo 1	31
3.2.2 Diabetes tipo 2	32
3.3 Complicações agudas do diabetes <i>mellitus</i>	32
3.4 Complicações crônicas do diabetes <i>mellitus</i>	33
3.4.1 Retinopatia diabética	34
3.4.2 Nefropatia diabética	34
3.4.3 Neuropatia diabética	36
3.4.4 Doenças cardiovasculares	37
3.4.5 Úlceras dos pés	37
3.4.6 Dermatopatias e infecções	38
3.5 Tratamento do diabetes <i>mellitus</i>	38

3.5.1 Insulinoterapia	38
3.5.2 Os fármacos orais	39
4 EDUCAÇÃO TRANSFORMADORA: O PACIENTE DIABÉTICO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE EM INTERDISCURSO	41
4.1 Complexidades do processo de educação para o manejo do diabetes <i>mellitus</i>	41
4.2 Apologia da doçura: formações ideológicas	46
4.3 O paciente diabético e o Programa de Saúde da Família no município de Tubarão	50
4.4 Pacientes diabéticos: vozes em pa-lavra	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	86
ANEXO A – Tabela de Carboidratos	87
ANEXO B – Questionários sobre diabetes I e II.....	98

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais da saúde têm a experiência de um cotidiano aturdido pelo emaranhado das dores alheias: gritos, gemidos, lamentos, queixas, a vida, não raras vezes nas mãos da ciência, da técnica, da competência na profissão, sem que nada se possa fazer.

Esta experiência pode converter-se em sentimentos opostos, cada um deles com a possibilidade de representar risco, ameaça às certezas, tão estimulantes, de realização profissional. Um desses riscos é a sensação de “rotina da dor”, não-estranhamento, insensibilidade em face do sofrer humano. O segundo risco é a sensação do “absurdo da dor”, a experiência da angústia do outro que vai tomando conta das emoções do profissional, envolvendo-o em sofrimento, distanciando-o da alegria, da crença na felicidade como algo possível.

Mas, para superar tais ameaças, há um outro modo de conviver com a experiência desse cotidiano desafiador. Ao desafio deve corresponder a coragem, o enfrentamento, a criatividade necessária e capaz para gerar projetos de vida a partir dos quais as dores sejam um fardo menor, não porque tenham deixado de existir, mas porque se alimentam de esperança e se transformam em ações criadoras de novos modos de conviver com o que faz sofrer e não pode deixar de aí estar, como um fato impondo desafios, coragem, sabedoria para reorientar modos de viver, num mundo de construção positiva da existência.

É assim o diabetes *mellitus*: uma doença que não tem cura, que não deixará de existir na vida de quem com ela deve conviver “todos os dias da vida”. O dia-a-dia do profissional cujos pacientes são diabéticos é repleto de preocupações, considerando-se o quadro difícil que a doença vai desenhando: males físicos associados a proibições e culpas. O paciente diabético convive com a ameaça de falências múltiplas do organismo, uma ameaça que pode ser distanciada somente se houver muita força de vontade para controlar-se, principalmente no que se refere à opção por uma dieta que o exclui das delícias do açúcar e de outros prazeres da mesa. Comemorar, festejar, então, pode transformar-se em tortura. Quando tantos “podem comer de tudo” o diabético ocupa um lugar à mesa, em conflito, em “guerra” contra a compulsão de comer “até à saciedade”.

O que um homem faz, pensa e sente não acontece isolado do convívio com outros homens. Tudo se passa numa relação, de cada homem historicamente inscrito, com a sociedade. Há uma totalidade social que une os seres humanos, mesmo que nem sempre esta união seja solidária. Também o confronto é um modo de relações humanas, de reunião.

O paciente diabético, as pessoas que o cercam, na família ou em outros grupos sociais, num processo de interdiscurso e de interação, vão fazendo acontecer uma história marcada pelo modo como se dá, em cada um, a percepção de si mesmo e do outro e a partir da qual nascem discursos, vozes em diálogo, entrecruzadas, carregadas de formações ideológicas.

E aqui surge uma indagação: será possível, ao paciente diabético, inscrito numa história de falência física, de proibição de usufruir dos prazeres da mesa, tão incentivados e legitimados socialmente, vencer a amargura de saber-se colhido pela doença e reencontrar a doçura de existir, de “estar à mesa sem culpa”? Ligada a esta, uma outra pergunta pode ser feita: que significados enuncia, na vida de um homem, a liberdade desse “estar à mesa sem culpa”?

A percepção do profissional de saúde enuncia, como foi dito antes, a condição de um sujeito na experiência de uma totalidade social que o expõe às duas situações de confronto, aos dois riscos já anteriormente apontados: ameaçado de tornar-se insensível à dor alheia e, de outro lado, correndo o risco de angustiar-se profundamente com o sofrimento do outro. Isto leva à formulação de uma terceira pergunta: em que outra atitude, a não ser na de solidariedade, o profissional de saúde passa a perceber-se e é percebido como quem desafia o sofrimento, a dor, a doença, para vencê-la, mesmo que não a extermine?

Esta terceira pergunta, relacionada às outras duas envolvendo o paciente diabético, foi motivadora da escolha do tema da presente dissertação. Causava estranhamento que uma profissional de enfermagem escolhesse o Curso de Mestrado em Ciências da Linguagem para avançar no conhecimento, para empreender um processo que lhe propiciasse maior eficiência, qualificação para o exercício da profissão de enfermeira. O ingresso no Mestrado em Ciências da Linguagem aconteceu pela intuição de que era preciso aliar outras aprendizagens ao conhecimento prioritariamente técnico a ser dominado pelo enfermeiro. Outros saberes, outras linguagens, outras vozes entrecruzadas com aquelas do conhecimento específico, interdisciplinamente em diálogo, podem multiplicar formas de o profissional de saúde olhar para si mesmo e para os pacientes que lhe são confiados. Outro jeito de perceber-se no trabalho cotidiano poderá converter-se em maneiras diferentes de ouvir e presenciar as dores alheias. O ouvir poderá transformar-se em escutar e o presenciar passará à atitude de ver, contemplar, perscrutar, indagar, sentir, numa relação dialógica empenhada em educação transformadora.

Estas reflexões tornaram-se convicção, fazendo nascer a pesquisa-experimento que constitui o eixo da presente dissertação.

O Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS, desenvolve o Programa de Atenção Básica à Saúde, com o objetivo principal de gerar práticas de saúde

como promoção de qualidade de vida, num processo que integra ações individuais e coletivas. Deste Programa de Atenção Básica à Saúde nasce um outro: o Programa de Saúde Familiar – PSF, desenvolvido em muitos municípios brasileiros, inclusive em Tubarão.

E foi então que, somando a experiência profissional, como enfermeira no Programa de Saúde Familiar – PSF, no município de Tubarão, a outros saberes proporcionados pelos estudos desenvolvidos no Mestrado em Ciências da Linguagem surgiu, como possível, o processo teórico-experimental, tendo como população-alvo pacientes diabéticos do município de Tubarão.

Quanto aos objetivos da dissertação, estão referenciados em objetivos de educação transformadora, num processo de interdiscurso e interação que coloca em diálogo uma equipe de profissionais do Programa Saúde da Família – PSF e pacientes diabéticos. A equipe dos profissionais, multidisciplinar, constitui-se de médicos (endocrinologista, cardiologista), enfermeira, assistente social, nutricionista e professor de educação física. Na atuação da equipe junto aos pacientes, a relação dialógica mais rotineira se dá entre a enfermeira, a assistente social e a nutricionista, numa ação mediadora que alcança o momento em que a presença do médico é necessária.

Dos pacientes diabéticos atendidos pelo Programa de Saúde da Família – PSF, de Tubarão, dez aceitaram participar do projeto de educação transformadora, com objetivos de gerar novos modos de convivência com o diabetes *mellitus*, aceitando desafios e assumindo a coragem da mudança de hábitos, considerando-se a hipótese de que é possível vencer a amargura da condição de doente, reencontrando a doçura de existir, mesmo sem o açúcar que seduz nos doces e em outros prazeres da mesa.

A mediação exercida pelos profissionais orienta-se pelo ouvir cada um dos pacientes diabéticos em duas entrevistas: uma antecedendo palestras e orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, e outra após a participação dos pacientes nestes eventos.

A informalidade deve caracterizar tais entrevistas, para estimular a liberdade de dizer do paciente diabético. É o momento em que o ouvir se exerce como escutar, prestar atenção ao que o outro enuncia, à voz que traduz modos de conviver com uma doença sem cura. É o momento em que o ouvir deve aliar-se ao ver, como um olhar que contempla, que perscruta, que sabe indagar, para mediar mudanças salutareas, abrindo perspectivas de uma vida com qualidade.

O desenvolvimento desta pesquisa-experimento aconteceu fundamentado por teorias, dentre as quais a primeira traz estudos sobre linguagem, língua, ideologia e discurso, considerando-se a importância que assume a linguagem enunciada pelo diabético, a sua voz, dizendo a doença e dizendo-se a si mesmo, num discurso onde transparecerem formações ideológicas.

Na seqüência dos estudos técnicos apresentam-se pressupostos básicos da educação transformadora, entendida como um processo de interação e interdiscurso, que aqui define o objetivo-foco da educação para o manejo do diabetes *mellitus*. Por isso também registra-se uma abordagem sobre esta doença, estruturando um conjunto de conhecimentos necessários para a percepção do paciente diabético e que se faz importante para um processo de educação transformadora. E, porque o paciente diabético convive com uma realidade de formações ideológicas que sustentam o discurso da apologia do açúcar, do doce, como um quase-suposto à doçura da existência, esta dissertação estrutura uma reflexão sobre a apologia da doçura e suas implicações no cotidiano do paciente diabético, em que conflituam a sedução do açúcar, a transgressão e a culpa.

E, ampliando o olhar, esta pesquisa-experimento procura ouvir outras vozes, através da internet. Vindas de outros contextos fora do município de Tubarão, torna-se importante colocá-las em interdiscurso com os dez pacientes diabéticos deste município, aí procurando estabelecer a forma como uns e outros se posicionam em face de uma condição já

estabelecida e que não pode ser negada, apenas enfrentada, todos os dias, com a coragem que encontra modos diferentes de viver um dia após outro.

Esta dissertação não pretende dar conta de toda a complexidade que envolve o diabetes *mellitus*, bem como os diabéticos e, ainda, os profissionais que os acompanham na existência que os desafia, impondo conflitos entre o “desejo da doçura” e a transgressão e a culpa, como “amargura”. É um estudo que propõe educação transformadora, centrada em seus princípios básicos, entre os quais a competência de quem ensina para saber os limites de sua ação/mediação, acolhendo o querer de quem aceita ser aprendiz. É com este intuito que passa a construir-se o trajeto em que profissionais de saúde e pacientes diabéticos saem em busca do sabor da existência.

2 LINGUAGEM, LÍNGUA, IDEOLOGIA E DISCURSO

Não se pode conceber o cosmos fora de sua condição de ser um universo de linguagens em modos inumeráveis de expressão, em multiplicidade de signos. A esta consideração pode ser articulada a concepção que Bakhtin propõe, quando apresenta a linguagem humana na sua pluralidade de competências:

- a polifonia, abrangendo as vozes de que se constitui;
- a polissemia, na multiplicidade de significados;
- a incompletude, na medida em que existe a abertura de uma linguagem que passe a buscar completude em outra ou em outras, em intertextualidade;
- a dialogia, colocando linguagens múltiplas em interlocução.

É importante considerar que essas competências não são processos isolados uns dos outros, mas sim que estão em permanente relação, pelo fato de que a linguagem, na concepção bakhtiniana, é atividade constitutiva do homem como um processo de interação social, fundado na vocação de constituir-se espaço dialógico.

Bakhtin formulou as bases teóricas desta concepção sócio-interacionista da linguagem, a partir de contribuições da lingüística, de estudos literários, da filologia, da história, da filosofia, da psicologia. Propondo indagações a respeito do que se constitui objeto da filosofia da linguagem, de qual é a natureza desta ciência e estendendo tais indagações ao que se pode propor como um conceito de linguagem e de palavra, Bakhtin conclui que a

linguagem é um fenômeno complexo. E, ao mesmo tempo em que afirma a complexidade da linguagem, também reforça-lhe a condição de espaço sócio-interativo:

O que mais deve ser acrescentado a este conjunto já tão complexo? É preciso fundamentalmente inseri-lo num complexo mais amplo e que o engloba, ou seja: na esfera única da relação social organizada. Assim como, para observar o processo de combustão, convém colocar o corpo no meio atmosférico, da mesma forma, para observar o fenômeno da linguagem, é preciso situar os sujeitos – emissor e receptor do som bem como o próprio som, no meio social (BAKHTIN, 1997, p. 70).

Situar emissor e receptor no meio social pressupõe condições de trocas lingüísticas, ou seja, integração na unicidade do meio social e do contexto social imediato. Mas é preciso não deixar de levar em conta que toda situação de troca social implica relações de naturezas diversas e de múltiplas facetas, dentre as quais, entretanto, nem todas contribuem para a ocorrência de um fato de linguagem. Para verificar quais desses elementos são constitutivos da linguagem é preciso reduzir este conjunto complicado de fenômenos, relações, processos, etc., a um denominador comum.

Mas não se pode falar de uma criação refletida da língua, pelo sujeito falante. A língua é norma indestrutível, “peremptória” que o indivíduo deve aceitar como tal. No objetivismo abstrato, o sistema de regras abstratas a que o falante deve submeter-se torna-se substância da língua. E, assim como no subjetivismo idealista, aqui, também, o núcleo da segunda corrente pode ser condensado em quatro proposições, opostas às formuladas para a primeira:

- A língua é um sistema estável, imutável, de formas lingüísticas submetidas a uma norma fornecida, tal qual, à consciência individual e peremptória para esta.
- As leis da língua são essencialmente leis lingüísticas específicas, que estabelecem ligações entre os signos lingüísticos no interior de um sistema fechado. Estas leis são objetivas relativamente a toda consciência subjetiva.
- As ligações lingüísticas específicas nada têm a ver com valores ideológicos (artísticos, cognitivos ou outros). Não se encontra, na base dos fatos lingüísticos nenhum motor ideológico. Entre a palavra e seu sentido não existe vínculo natural e compreensível para a consciência, nem vínculo artístico.
- Os atos individuais de fala constituem, do ponto de vista da língua, simples refrações ou variações fortuitas ou mesmo deformações das formas normativas. Mas são justamente esses atos individuais de fala que explicam a mudança histórica das formas da língua. Enquanto tal, a mudança é, do ponto de vista do

sistema, irracional e mesmo desprovida de sentido. Entre o sistema da língua e sua história não existe nem vínculo, nem afinidade de motivos. Eles são estranhos entre si (BAKHTIN, 1997, p. 82-83).

É preciso considerar, entretanto, que o centro de gravidade da língua não reside no fato de o locutor submeter-se às normas estabelecidas para a forma de expressão lingüística, mas sim na nova significação que uma forma adquire em um determinado contexto. Para o locutor o essencial no uso de uma língua não está em conhecer e aplicar as normas lingüísticas, mas sim em compreendê-las num contexto concreto, como um signo variável e flexível, como enunciação particular, original, criação estética. Os mesmos princípios relacionados ao locutor aplicam-se, também, ao receptor.

No estudo da língua como fato de linguagem é preciso distinguir entre sinal/sinalidade e signo/significação. O sinal é apenas identificado. Entidade de conteúdo imutável, não consegue refletir, nem refratar nada, limita-se à tarefa de designar o que é preciso, imutável, não pertence ao domínio da ideologia. A sinalidade não existe na linguagem, porque, mesmo nas primeiras fases de aquisição da linguagem, as formas lingüísticas são orientadas pelo contexto, tornam-se signos. O que faz de uma forma lingüística um signo é sua natureza refratária isto é, sua capacidade de mudança, de insubmissão à imobilidade normativa.

Cada locutor e cada receptor no processo do ato de linguagem têm uma consciência para a qual a linguagem não se constitui um sistema de formas normativas, abstratas, isoladas da realidade dos contextos da cadeia enunciativa. Um sistema lingüístico com base no objetivismo abstrato, segundo Bakhtin (1997, p. 96) “não é diretamente acessível à consciência do sujeito falante, definido por sua prática viva de comunicação social”. Isso remete à importância de se considerar a língua, como realidade viva de comunicação, inseparável de conteúdos ideológicos, vivenciais. Uma palavra é um signo ideológico, não é apenas um conjunto de fonemas que pronunciamos.

Na verdade, não são palavras o que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis, etc. A palavra está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial. É assim que compreendemos as palavras e somente reagimos àquelas que despertam em nós ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida (BAKHTIN, 1997, p. 95).

A consideração da língua como prática viva propõe a necessidade de estudos sobre o problema da relação recíproca entre a infra-estrutura e as super-estruturas. A essência deste problema reside na seguinte questão: como a infra-estrutura, a realidade determina o signo e como o signo reflete e refrata a realidade em transformação? Aqui é preciso retornar à compreensão sócio-interacionista da linguagem. A palavra é signo ideológico, com força de ubiquidade social, presente em todas as relações entre os indivíduos.

Tanto é verdade que a palavra penetra literalmente em todas as relações entre indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos encontros fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político, etc. As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios (BAKHTIN, 1997, p. 41).

Na compreensão sócio-interacionista, fundada no marxismo, inclui-se o que se denomina psicologia do corpo social, entendida como um elo de ligação entre a estrutura político-social e a ideologia, materializada num processo dialógico, em interação verbal. A psicologia do corpo social exterioriza-se na palavra, no gesto, nas ações, em suma, nos fatos de linguagem. É na psicologia do corpo social que se constitui o meio-ambiente gerador dos fatos da linguagem, num processo de criação ideológica emergente de relações dialógicas, polifônicas. São aspectos diversos da enunciação, organizando diferentes modos de discurso e que não se restringem à palavra, à língua, mas que abrangem outros sistemas lingüísticos: a mímica, a linguagem gestual, o vestuário, as linguagens ritualistas, os hábitos alimentares, entre outros.

A compreensão da psicologia do corpo social prevê a consideração de dois pontos de vista diferentes: em primeiro lugar o ponto de vista dos temas, dos conteúdos que se constituem marcas dominantes em um determinado tempo e espaço de uma sociedade; em

segundo lugar, as formas dos discursos modalizadores dos temas, que passam a tornar-se objeto de reflexão e de refração, de experimentação. Então torna-se oportuno referir que: “cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso na comunicação sócio-ideológica. A cada grupo de formas pertencentes ao mesmo gênero, isto é, a cada forma de discurso social corresponde um grupo de temas” (BAKHTIN, 1997, p. 43).

A consideração dos dois pontos de vista traz outra questão, no seu bojo: o reconhecimento do componente hierárquico na interação lingüística ao qual devem adaptar-se as formas de enunciação, num processo que pode ser de reflexão ou de refração. Quando, na linguagem, o signo, que sempre encontra seu valor num consenso resultante da adaptação às regras socialmente estabelecidas, e que têm a função de superestruturas, a interação lingüística dá-se como reflexão, reflete a realidade. Limitada à reflexão, a linguagem corre o risco de não realizar-se como criação, deixando de realizar-se como um processo criativo individual ininterrupto, estético.

Mas quando, na interação lingüística, psicologia do corpo social e leis da psicologia individual estabelecem relações dialógicas, como um diálogo entre o signo socialmente marcado e o ser individual, em mútua influência, não no sentido de acomodação mas de consciência crítica, dá-se a refração. A organização hierarquizada das relações sociais, os discursos sociais, os valores ideológicos querendo impor-se como superestruturas é que representam ameaça à interação lingüística como um fato estético. Então a conscientização faz surgir na infra-estrutura, na realidade, base material da interação lingüística, vozes individuais, como índices individuais de valor, refratários ao discurso monológico enunciado pelas superestruturas. São essas vozes refratárias, é esta polifonia rebelde ao “*status quo*” com pretensões de imutabilidade que permitem o que Bakhtin (1997, p. 44) define “como uma verdadeira passagem do ser ao signo, como um processo de refração realmente dialético do ser no signo”. Nesta perspectiva, reflexão e refração passam, da condição de antíteses, à

condição de síntese estabelecida pelo diálogo entre os índices de valor individual e os índices de valor social, gerando índices de valor interindividual. Mas, entendida como dimensão estética, esta relação dialógica não deverá perder sua natureza refratária, embora se saiba que nenhuma consciência individual apresenta-se totalmente imune a marcas ideológicas da psicologia do corpo social.

Segundo Voese (2002, p. 2):

[...] se a linguagem é fundamental para a continuidade do gênero humano, as funções dela deveriam ser explicitadas tomando a genericidade como referência. Ou melhor: o estudo da linguagem deveria poder explicar a produção de sentidos de um ângulo maior e que não se extinguem com uma imediatividade da relação entre interlocutores, mas que, com a inclusão das noções de história e de ideologia, se situa nos limites do que ocorre em termos de sobrevivência e desenvolvimento do gênero humano.

Estes argumentos vêm, ainda, explicitar o sentido do diálogo entre reflexão e refração, como necessidade, uma abordagem problematizadora do discurso que, segundo Voese (2002, p. 2) num primeiro momento estude as concepções de “língua, ato de fala, evento cultural e acontecimento” e, num segundo momento, leve em consideração um processo de “mediação, enquanto refração do reflexo”.

Se, na língua, uma mesma palavra pode nomear coisas diferentes, pela sua natureza polissêmica, então, a língua não é código, estático, imutável que a infra-estrutura deve refletir. Polissêmica, a palavra e, por extensão, a linguagem é refratária, criada e recriada ininterruptamente, inexata, imprecisa, complexa, porque criação artística. Assim, os atos de fala, os fatos de linguagem muito mais que informativos devem constituir-se interativos, como refração, como dialética passagem do ser ao signo que acolhe a pluralidade de vozes, que se ressignifica a todo momento em diálogo com a diversidade de eventos culturais, ampliando os limites do contexto que dá sentido à linguagem, ela também, como evento cultural ideologicamente marcado, mas no qual, ao mesmo tempo, deve enunciar-se a linguagem como criação estética, considerando-se a heterogeneidade social.

Os indivíduos, organizados em grupo, precisam interagir em relações de conflitos de interesses, o que faz com que todo discurso seja dialógico, heterogêneo, polifônico, resultado da alteridade dos fatos de linguagem.

A dialogia é, pois inerente a todo discurso e na medida em que diz respeito a vozes que antecederam a do enunciante e às que poderão sucedê-la, explicita a dupla função da linguagem: não há enunciado que não exiba traços do produto histórico da atividade dos homens e que, objetivado, não possa servir de referência para que novos enunciados sejam constituídos e nos quais se manifesta uma maior ou menor superação do que estava supostamente posto (VOESE, 2002, p. 13).

Assim é que deve dar-se a conscientização, entendida num sentido de “educação como prática da liberdade” (FREIRE, 1990, p. 20) que propõe o conhecimento, não como reflexão sobre a realidade, sobre a infra-estrutura muitas vezes inconsciente da ameaça das superestruturas, mas sim como uma abordagem crítica, como um discurso que dialoga com a infra-estrutura, como refração às armadilhas da ideologia das superestruturas.

É o sentido de conhecer para transformar, que permite a leitura e a escritura da história, da existência individual, gerando discursos de releitura e reescritura, que sem negar raízes destes ou daqueles eventos culturais, permitam recriá-los em linguagens novas, refratárias ao que significa negação de direito à dignidade humana, à qualidade de vida.

Então, grupos dominados por tantas superestruturas, por tantas forças ideológicas, entre as quais os tabus, em diálogo com o conhecimento, realizam a passagem de uma consciência de submissão, de reflexão, para uma consciência nova, refratária, num sentido em que ocorre a passagem do signo ao ser, isto é, num processo em que o signo faz-se inerente à essencialidade, ganha estatuto de ser, na existência humana.

Esta é uma conquista que se faz, não numa esfera apenas individual, mas também no diálogo do homem com o homem. É uma relação que pode traduzir-se, por exemplo, em movimentos sociais.

Tais movimentos sociais, enquanto contexto onde o povo se educa na e pela ação transformadora da realidade, afirmam a possibilidade de uma educação que só se tornará

viável em larga escala quando a experiência cotidiana de cada comunidade ou de cada grupo social, em seu trabalho, seu lazer, sua relação com o meio-ambiente e com os outros se transformar em fonte de desafio, de questionamento, de criatividade, de participação e, portanto, de conhecimento.

Uma educação que não provoca apenas uma aquisição individual de técnicas e de competências especializadas, mas que, valendo-se de um discurso dialógico, desafie cada indivíduo a inserir-se em comunidades dinâmicas, em permanente mutação. Uma educação que permite saber por que se vive e por que se aprende.

As experiências que vivemos levam-nos a afirmar que são esses movimentos sociais que reinventam a existência, na medida mesma em que só eles são capazes de questionar o modo de organização social dominante e de propor a emergência de novos contextos de vida, de trabalho e de conhecimento. As experiências que esses movimentos deflagram contestam também, de fora para dentro, uma educação seletiva e elitista, enunciadora de reflexão sobre a infra-estrutura. De fato, os atores sociais mais diversos, na medida em que rompem o isolamento e a impotência a que estavam submetidos, em que reconquistam sua autonomia e sua identidade, reaprendem a aprender e a determinar, eles mesmos, seu perfil, seu destino.

2.1 Educação transformadora: um processo de interação e de interdiscurso

A origem latina da palavra ‘educação’ pode desviá-la do sentido de prática da liberdade, quando se considera que traz o significado de um processo em que existe alguém que conduz e alguém que é conduzido. Isto porque o radical de educação origina-se de (‘ducere’), que quer dizer ‘conduzir’. Entretanto a busca de sentido para a educação tem sido perseguida ao longo dos tempos e, muitas vezes trouxe significados contraditórios. Mas, nas

diversas épocas, nas diferentes culturas, o que se manifesta é o desejo de que a educação seja um processo capaz de transformar positivamente a realidade em que se vive. Não é diferente o anseio do homem, hoje.

Segundo Humbert (1977, p. 20) “A educação, como prática da liberdade é um ato de conhecimento, uma abordagem crítica da realidade”. O entendimento de educação nesta perspectiva deve fundar-se na convicção de que a liberdade não é um alvo a ser atingido num futuro, sustentado por um presente que se alimenta de esperança. Ao contrário, a liberdade é exercício permanente, realizado no tempo que o presente nos oferece, como práxis que se faz e refaz a todo momento, sem espera. A educação libertadora, ainda segundo Humbert (1977, p. 21), “não aceita, nem uma aquisição bem organizada, nem um futuro pré-determinado: enraíza-se num presente dinâmico, supõe uma aposta antropológica, a fé no poder criador do homem, na sua capacidade de construir e reconstruir”.

Educar é, também, ensinar, mas não como um processo de mão única, onde a voz do educador se faz impositiva, como uma voz que conduz silenciando outras vozes. Ensinar, associado a educar, é um processo de mediação, de interlocução em busca de modos e meios de aprender a transformar a realidade em que o homem vive, não como objeto, mas como agente, como voz ativa capaz de dizer as razões do desejo de aprender. Assim, outra questão sobre educação libertadora refere-se à importância do querer, de quem aprende, para ingressar, com liberdade, nesse processo interdiscursivo e fazer, da busca dos modos e meios de transformação da realidade, um processo de aceitação do discurso mediador de quem ensina. Querer aprender é volição, é predispor-se ao exercício permanente da liberdade em que, no dizer de Humbert (1977, p. 20):

Homens inacabados, em devir, num mundo também ele em devir e inacabado, sabem-se sujeitos de uma História a escrever.

Pela sucessão e interação das suas respostas, o próprio homem torna-se outro no ato de resposta, que é ao mesmo tempo causa e efeito da sua transformação. A tomada de consciência que faz da sua inserção no tempo e no espaço, permite-lhe situar-se na sua dimensão histórica e, deste modo, orienta-o para a ação.

Então, é oportuno retomar a concepção sócio-interacionista da linguagem como espaço dialógico associada à compreensão do signo em sua natureza ideológica, não como produto de uma consciência individual, mas sim como produto social, a estabelecer uma lógica da consciência como lógica da comunicação ideológica, o que vem afirmado por Bakhtin (1997, p. 36):

A lógica da consciência é a lógica da comunicação ideológica, da interação semiótica de um grupo social. Se privarmos a consciência de seu conteúdo semiótico e ideológico, não sobra nada. A imagem, a palavra, o gesto significante, etc, constituem seu único abrigo. Fora desse material, há apenas o simples ato fisiológico, não esclarecido pela consciência, desprovido do sentido que os signos lhe conferem.

Do que afirma Bakhtin, então, é possível conceber a educação como um processo dialógico cujo espaço é a consciência individual em interdiscursividade, em interlocução com outras consciências, em comunicação ideológica. Gera-se, então, um processo de conscientização como o entrecruzamento de vozes, de discursos, onde coexistem outros processos, de reflexão e de refração, em síntese dialética, como um dos princípios de educação transformadora.

Para este processo de conscientização, Humbert (1977) apresenta duas etapas. A primeira etapa pode ser entendida como uma imersão no universo-vocabulário do grupo, em busca de conscientização, em busca de educação. A palavra, como componente enunciativo da interação verbal, é elemento material e signo social ideológico. Segundo Vygotsky (1993, p. 131):

[...] a característica fundamental das palavras é uma reflexão generalizada da realidade. Esse aspecto da palavra leva-nos ao limiar de um tema mais amplo e mais profundo – o problema geral da consciência. O pensamento e a linguagem que refletem a realidade de uma forma diferente da percepção são chave para a compreensão da natureza da consciência humana. As palavras desempenham um papel central não só no desenvolvimento do pensamento, mas também na evolução histórica da consciência como um todo. Uma palavra é um microcosmo da consciência humana.

Cada palavra, sendo um microcosmo da consciência humana, traduz uma relação do homem com o mundo, seja como reflexão, seja como refração. Resumir o universo-

vocabulário de um grupo humano, identificando as palavras recorrentes nas conversas, na expressão de revoltas, nas indagações feitas, é uma possibilidade de vislumbrar revelações acerca da existência dos homens desse grupo e da consciência que têm do próprio real.

Palavras-chave formulam o discurso de um grupo que, ao querer, com liberdade, aprender formas e modos de transformação da realidade vivenciada, estabelece a interlocução o diálogo com quem ensina, potencializando a conscientização, a educação transformadora. É o estabelecimento do interdiscurso, como pluralidade de vozes, como o desencadear-se de um processo em que cada palavra, com o poder de gerar novas palavras, de renovar-se como signo, realiza a pa-lavra, isto é, palavra que lavra, como são lavradas as sementeiras, para novas brotações, ou palavra-lavra, onde é preciso descobrir novas riquezas semânticas. Se a palavra desempenha um papel fundamental na evolução histórica da consciência e não apenas do pensamento, é por isso que ela é palavra, não apenas com a função de refletir o real, mas sim como pa-lavra, elemento gerador do sentido refratário da linguagem.

Codificada, concretizada em imagem (HUMBERT, 1977) a palavra “descodifica-se”, a partir da passagem da reflexão sobre a realidade para um estágio de refração, de desvendamento que produz a busca de soluções, de transformações, não como esperança futura, mas num sentido de agir no e sobre o momento presente, um tempo dinâmico.

Codificação/descodificação são o processo dialético que visa a fazer passar de um percepção ingênua da realidade a uma percepção crítica desta realidade ou, no dizer de Freire, passar de uma consciência ingênua a uma consciência crítica, à inserção crítica do homem na “História” (HUMBERT, 1977, p. 22).

A segunda etapa do processo de conscientização abrange a organização do resumo de temas geradores que, na concepção de Humbert (1977), correspondem a uma possibilidade de verificar o que o homem pensa sobre a realidade em que existe e como age sobre esta mesma realidade. É a identificação de um universo temático, sígnico-ideológico a ser analisado. É a análise deste universo que vai canalizar o surgimento dos meios e modos de transformação, como educação libertadora.

Modifica-se a relação ensinar/aprender, educação/educando. Ensinar não é transmitir conhecimentos, mas intuir, no educando, motivos para aprender, um querer libertador a partir do qual serão definidos objetivos de aprendizagem. É o discurso do desejo e da liberdade do educando e o discurso mediador de quem está como educador, em diálogo, em interlocução, interagindo sobre uma situação da realidade a ser transformada.

Nem esse processo de conscientização como interdiscurso torna-se importante ressaltar o entrecruzamento de discursos, que dá espaço, também, à refração, ao confronto, que faz, da educação um processo dialógico no qual não se silenciam vozes.

Não nos devemos equivocar sobre a noção de diálogo, importante em Paulo Freire; não se trata dum diálogo lenificador ou que provocaria a anexação de um pelo outro; não se trata, igualmente dum discurso ocioso, mantendo para lá das palavras o “*status quo*”, trata-se dum confronto dos parceiros a partir da realidade na qual estão inseridos, tendo em vistas desmascarar, as estruturas, os sistemas, os mecanismos de opressão; trata-se de uma interpelação recíproca difícil, geradora de uma linguagem nova, uma cultura nova (HUMBERT, 1977, p. 23).

A conscientização, processo interdiscursivo como educação libertadora não acontece sem o querer do educando. É princípio do querer, da liberdade, que não elimina o confronto de discursos, a “interpelação recíproca difícil”. Mudança é ruptura, é exigência libertadora de renúncia às convivências do “*status quo*”, porque a opressão também pode ser conveniente, mais confortável que a escolha de um caminho em que educar torna-se enunciação de uma linguagem nova, de um discurso não limitado à reflexão, mas pa-lavra refratária aos tabus, ao medo, ao imobilismo, às superestruturas no que se constituem forças de opressão.

No sentido da pa-lavra que lavra, é que se manifesta, no interdiscurso, uma pluralidade de “eus” latentes, realçando a importância de se dar voz a quem se propôs a aprendizagem, como escolha.

Dinesen (*apud* ARENDT, 1993, p. 188) assim considera: “todas as mágoas são suportáveis quando fazemos delas uma história ou contamos uma história a seu respeito.”

Dar voz ao outro, dar-lhe a palavra, é possibilitar-lhe a inserção no mundo circundante, onde poderá, segundo Arendt (1993, p. 189), “comunicar a si próprio e não apenas comunicar alguma coisa como sede, fome, hostilidade ou medo”. Quando se dá voz ao outro, o que se está fazendo é promover condições de interdiscurso, de vozes que se entrecruzam, de histórias que se dão a conhecer como manifestação de uma pluralidade de existências distintas umas das outras.

Então faz-se necessária, aqui, uma referência à alteridade como um aspecto importante da pluralidade, porque não se é altero sendo igual ao outro, mas sim, exatamente, distinguindo-se do outro. Ser distinto dos outros é ser singular, é e de singularidades humanas que se faz a pluralidade, espaço interdiscursivo. Disso precisa ter clareza quem ensina, se tiver como princípios aqueles de uma educação transformadora. Ainda segundo Arendt (1993, p. 189): “é com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano; e esta inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato original e singular de nosso aparecimento físico original.”

A inserção de que aqui se trata, ao ser entendida no contexto da educação transformadora, não é condicionada por quem ensina, mas sim desejada pelo que aprende, num processo dialógico que é, também, interagir. Ao nascer, cada homem começa algo novo, por própria iniciativa, cada homem “é um início que difere do início do mundo; não é o início de uma coisa, mas de alguém que é, ele próprio, um iniciador” (ARENDR, 1993, p. 190). Da mesma forma que, ao nascer, cada homem, como iniciador, traz em si o preceito da liberdade e da imprevisibilidade, também no segundo nascimento, que ocorre pela inserção no mundo humano, pela palavra e pela ação, o novo deve acontecer.

A ação norteadada pelo preceito da liberdade é criadora da imprevisibilidade, da mudança, da vida que pode revelar-se nova a cada instante e, ao mesmo tempo, precisa dizer-se, definir-se como singularidade entre iguais. Daí a estreita relação entre ação e discurso.

[...] desacompanhada do discurso, a ação perderia não só o seu caráter revelador como, e pelo mesmo motivo, o seu sujeito, por assim dizer: em lugar de homens que agem, teríamos robôs mecânicos a realizar coisas que seriam humanamente incompreensíveis. Sem o discurso, a ação deixaria de ser ação, pois não haveria ator; e o ator, o agente do ato, só é possível se for, ao mesmo tempo, autor das palavras. A ação que ele inicia é humanamente revelada através de palavras; e, embora o ato possa ser percebido em sua manifestação física bruta, sem acompanhamento verbal, só se torna revelante. Através da palavra falada na qual o autor se identifica, anuncia o que fez, faz e pretende fazer (ARENDDT, 1993, p. 191).

Estas considerações reafirmam a educação transformadora como um processo que reconhece a importância do interdiscurso em que quem ensina dispõe-se a ouvir a história de quem aprende e pela qual este diz quem é, relata o que fez e faz e anuncia o que deseja fazer. Da parte de quem ensina, torna-se um equívoco querer dizer quem é o outro, aquele que aprende:

No momento em que desejamos dizer quem alguém é, nosso próprio vocabulário nos induz ao equívoco de dizer o que esse alguém é; enleamo-nos numa descrição de qualidades que a pessoa necessariamente partilha com outras que lhe são semelhantes; passamos a descrever um tipo ou “personagem”, na antiga acepção da palavra, e acabamos perdendo de vista o que ela tem de singular e específico”. (ARENDDT, 1993, p. 194).

Por isso, reitera-se a necessidade de que aquele que ensina tenha clareza dos limites de sua voz no processo interdiscursivo em que se desenvolve a educação transformadora. É uma voz mediadora e não condicionadora.

Entre quem ensina e quem aprende interpõem-se mundos diferentes, determinando a mediação como trajeto, cuja direção se fixa na descoberta de ‘algo’ que relacione, que interligue o que ensina e o que aprende, ambos tendo voz ativa e sendo agentes na consecução dos objetivos da aprendizagem. É o caminho para a superação das relações entre mestre e aprendiz fundadas no pensamento da figura do mestre como agente e do aprendiz como um ser passivo. A educação transformadora se define, pelo princípio da liberdade, como um cenário onde todos os atores são agentes, protagonistas de uma ação feita interação e de um discurso feito interdiscurso.

3 UMA ABORDAGEM SOBRE O DIABETES *MELLITUS*

3.1 Diabetes *Mellitus*: conceitos básicos

O Diabetes *Mellitus* (diabetes) vem sendo reconhecido como um sério problema de saúde pública, independente do grau de desenvolvimento sócio-econômico. Considerando-se seu potencial de morbidade e o grande número de pessoas acometidas, o diabetes constitui-se, atualmente, num dos mais importantes problemas de saúde da população, o que o reveste, de grande complexidade social, pelos conflitos que se estabelecem na interação do paciente diabético com o universo circundante e, também, com o seu próprio eu.

Doença causada pela alteração dos níveis da glicemia no sangue, devido à falta ou insuficiência de insulina do pâncreas, é definida por Oppenheim (1995, p. 23) “como uma alteração do metabolismo, sobretudo do controle dos níveis de açúcar do organismo, afetando todos os setores do nosso corpo, química e fisicamente”. É uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. A hiperglicemia manifesta-se por sistemas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

A referência mais antiga de que se tem conhecimento a respeito de diabetes *mellitus* está no papiro de Ebers, onde os Egípcios, há 1500 a.C. o descreveram associado à passagem de muita urina. Porém somente dois séculos após é que Aratalus da Capadócia deu-lhe o nome de diabetes e fez a primeira descrição clínica, caracterizando-o como o “derretimento da carne e membros em urina” (DELFINO; MOCELIN, 1997).

No século XVII, Cullen acrescentou ao termo diabetes o adjetivo *mellitus*, a fim de distinguir esta doença do diabetes insípido. No mesmo século (1796), Rollo propôs a restrição dietética no tratamento do diabetes, mas foi somente a partir do ano de 1921 que os grandes avanços científicos na área do diabetes conseguiram atingir o cliente, levando-o a maior sobrevida, principalmente pelo fato de Frederick Bating e Charles Best, identificarem a insulina (DELFINO; MOCELIN, 1997).

Entre 1950 e 1960, surgiram os primeiros antidiabéticos orais, e, desde então, os avanços não param, podendo-se citar três, dentre outros: a produção de insulina humana, no contexto da bioengenharia, que, através da técnica do DNA recombinante, consegue reproduzi-la, idêntica à produzida pelo homem; o transplante combinado de pâncreas e rins para os diabéticos tipo 1 e, recentemente o transplante de células de Langerhaus, que vem alcançando um sucesso nunca antes imaginado.

Até 1986 pouco se sabia sobre o comportamento dessa doença no Brasil. É então que, a partir desse ano e até 1988, realizou-se o primeiro estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes *mellitus*. Este estudo foi realizado em nove capitais brasileiras, o que permitiu traçar o perfil epidemiológico dessa doença, possibilitando que os programas governamentais de controle e prevenção estejam embasados em dados nacionais e não somente nas estatísticas internacionais.

O diabetes *mellitus* é uma situação clínica frequente, acometendo cerca de 7,6% da população adulta brasileira entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à

glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e 7% das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes *mellitus* desconhecem o diagnóstico. Estima-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano 2000. O diabetes *mellitus*, na condição de diagnóstico primário de internação hospitalar, aparece como a sexta causa mais freqüente e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras causas, como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial.

Os procedimentos diagnósticos empregados são a medida da glicose no soro ou plasma após jejum de 8 a 12 horas e o teste padronizado de tolerância à glicose (TTG), após administração de 75 gramas de glicose anidra por via oral, com medidas de glicose no soro ou plasma nos tempos de 0 e 120 minutos após a ingestão. Pela sua praticidade, a medida da glicose plasmática em jejum é o procedimento básico empregado para fazer o diagnóstico de DM. A realização do teste de sobrecarga de 75 gramas está indicada quando a glicose plasmática de jejum ≥ 110 mg/dl e < 126 mg/dl ou quando a glicose plasmática < 110 mg/dl e na presença de dois ou mais fatores de risco para DM nos indivíduos com idade ≥ 45 anos (Quadro 1).

Categorias	Jejum*	2 h após 75g Glicose	Casual**
Glicemia de jejum alterada	>110 e <126	<140 (se realizada)	
Tolerância à glicose diminuída	< 126 e	≥ 140 e <200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126 ou	>200 ou	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

Quadro 1: Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos.

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica no mínimo de 8 horas.

** Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.

*** Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso.

O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca, com descompensação metabólica aguda ou sintomas evidentes de DM.

Guyton (1996, p. 891) diz que:

numa pessoa normal, a concentração da glicose sanguínea é estreitamente controlada, usualmente entre 80 a 90 mg/dl de sangue na pessoa em jejum de manhã, antes de se alimentar. Esta concentração aumenta até 120 a 140 mg/dl durante a primeira hora mais ou menos após refeição, mas os sistemas de feedback para o controle da glicose sanguínea retornam rapidamente a concentração de glicose ao nível de controle, usualmente dentro de 2 horas após a última absorção de carboidratos.

No diabético, esse mecanismo está alterado, seja na quantidade de insulina liberada pelo estímulo do aumento do nível da glicose no sangue, seja pela quantidade da insulina e pela velocidade da sua liberação.

3.2 Classificação do Diabetes *Mellitus*

3.2.1 Diabetes tipo 1

No diabetes tipo 1, ou insulínodépendente, as células beta do pâncreas produzem pouquíssima insulina ou não a produzem. Como consequência, o organismo é incapaz de absorver a glicose da corrente sanguínea, resultando em falta de energia, perceptível pelos sintomas de fome e sede exacerbadas, aumento da urina, súbita perda de peso e cansaço.

Quando a glicose permanece no sangue, sem ser absorvida, o organismo se manifesta, acusando alto nível de glicemia, constituindo o denominado estado de hiperglicemia.

A aplicação de insulina é, portanto, essencial, para que a glicose seja devidamente conduzida para dentro das células. Como a insulina é degradada em uma forma inativa no estômago, não é possível sua administração oral, devendo ser injetada no tecido subcutâneo.

Oppenheim (1995, p. 33) “acredita que a origem do problema esteja na combinação de infecções por determinados tipos de vírus, com a presença de certas alterações imunológicas no pâncreas.”

3.2.2 Diabetes tipo 2

No diabetes tipo 2 há a produção de insulina, porém de forma ineficiente.

Embora haja a produção de insulina, os níveis de glicose permanecem altos em função da dificuldade das células musculares e adiposas de utilizarem a insulina liberada pelo pâncreas.

O tratamento é realizado principalmente com a administração de antidiabéticos orais, que agem estimulando a liberação de insulina ou melhorando sua ação nas células.

Não se sabe precisamente a causa do diabetes tipo 2, porém há indícios de que o fator hereditário seja mais relacionado do que no diabetes tipo 1. Para Oppenheim (1995, p. 34) “esse tipo de diabetes tem características nitidamente hereditárias.” A obesidade e os hábitos alimentares inadequados são os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da patologia.

Os sintomas são normalmente desenvolvidos e percebidos lentamente, ocasionando um diagnóstico tardio, podendo agravar o tratamento.

3.3 Complicações agudas do Diabetes *Mellitus*

Representa um importante avanço no controle metabólico do Diabetes *Mellitus*, pois seus resultados são imediatos e correlacionados com os valores laboratoriais, permitem a compreensão da interação entre dieta, medicação e exercícios e promovem o senso e

responsabilidade de controle nos pacientes. Desde que os resultados sejam analisados dentro do contexto de terapêutica estabelecida e da vida diária do paciente, visando aos níveis ideais de controle glicêmico, a monitorização deve ser incorporada ao longo da vida do paciente, como uma prática de autocuidado na prevenção do desenvolvimento e progressão das complicações crônicas inerentes à doença.

As pessoas diabéticas e seus familiares, desde que bem orientados para a interpretação dos resultados destes exames domiciliares, podem ser capacitadas para realizar os ajustes diários no tratamento, o que lhes favorece a independência, a condição de sujeitos de um processo de educação transformadora, de interação, de interdiscurso.

Para Freire (1990), “uma educação como prática de liberdade deve ser um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade. Para ser válida, toda ação educativa, deve, necessariamente, estar precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida concreto do homem a quem queremos ajudar a educar-se. Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, desenvolve no homem, a capacidade de escolher, libertando-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo e de adaptá-lo”.

3.4 Complicações crônicas do Diabetes *Mellitus*

O diabetes é, atualmente, a principal causa da perda de visão e de amputações de membros inferiores. É também responsável por um aumento, em quase três vezes, do risco de morte por infarto agudo do miocárdio.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) aponta alguns fatores de risco para o desenvolvimento das complicações crônicas, tais como: longo tempo de duração do diabetes, mau controle metabólico; presença de hipertensão arterial sistêmica; tabagismo, alcoolismo, e gestação.

3.4.1 Retinopatia diabética

As retinopatias constituem um sério problema porque, afetando a visão, a doença ocular do diabetes provoca distúrbios na retina (retinopatia diabética), cataratas, glaucoma e ceratopatia (úlceras de córnea) que, se não forem tratados, causam redução importante e até perda da visão. A retinopatia tende a aparecer por volta do sétimo ano da doença, por isso a importância do controle oftalmológico anual.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), a incidência da retinopatia diabética é maior nas pessoas com diabetes tipo 1. Os fatores de risco incluem tempo de duração do diabetes, mau controle glicêmico prolongado, hipertensão arterial sistêmica (HAS), nefropatia diabética e gravidez, que condicionam maior risco para o surgimento e progressão da retinopatia. Recomenda-se que a indicação para o oftalmologista seja feita, anualmente, como rotina, para as pessoas com diabetes tipo 1, a partir do 5º ano do diagnóstico, particularmente na puberdade. Já, para as pessoas com diabetes tipo 2, a recomendação é de uma revisão anual, a partir do diagnóstico.

A retinopatia e as complicações oculares constituem a causa mais freqüente de cegueira na população, afetando cerca de 80 a 90% das pessoas com diabetes *mellitus*.

3.4.2 Nefropatia diabética

A nefropatia diabética caracteriza-se pela ocorrência de proteinúria, HAS e insuficiência renal progressiva, que podem levar à necessidade de diálise ou transplante renal. Tem maior incidência no diabetes tipo 1 e seus fatores de risco mais importantes são: duração do diabetes, HAS, mau controle glicêmico por tempo prolongado, tabagismo, obstruções, infecções urinárias crônicas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) afirma que a nefropatia diabética pode ser considerada como a manifestação da microangiopatia no nível da microcirculação renal, também conhecida por doença de Kimmelstiel-Wilson, ou glomerulose intracapilar nodular. A alteração funcional básica da nefropatia diabética é a seletividade da membrana de filtração do glomérulo, que deixa de reter várias macro-moléculas, principalmente proteínas, como a albumina.

De acordo com Cecil (*apud* FRANÇIONI, 2002, p. 30), a doença renal diabética constitui uma importante causa de morte, principalmente nas pessoas com diabetes tipo 1, afetando 30 a 35 % destes e, nas pessoas com diabetes tipo 2, a incidência varia de 15 a 20%. Esse fato tende a acontecer, em alguns casos, entre 15 e 20 anos após o início do diabetes. É uma complicação incapacitante comum do diabetes, resultando em taxa de morbidade significativa e reduzida qualidade de vida.

A predisposição genética à hipertensão indica maior risco a desenvolver a nefropatia, uma vez que é evidenciada a evolução de microalbuminúria. A detecção de microalbuminúria é importante, pois, através de sua constatação, pode-se evitar ou retardar o aparecimento de nefropatia, devido ao controle otimizado da glicemia e da hipertensão.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), pode-se realizar um bom controle e rastreamento da nefropatia através de pesquisa anual do nível de proteinúria, microalbuminúria e creatinina sérica, que são exames avaliativos da função desempenhada pelos rins. E, em casos de nefropatia incipiente, tratar a hipertensão, se existir, e verificar o nível de potássio sérico.

O tratamento da nefropatia é variável, de acordo com o estágio da doença. No início (ausência de microalbuminúria), os esforços primários buscam um bom controle glicêmico, ocorre triagem de infecções assintomáticas do trato urinário e disfunção vesical. Em estágios mais avançados de nefropatia, é fundamental um maior controle da pressão

arterial, bem como da glicemia e restrição de proteína na dieta (CECIL *apud* FRANCONI, 2002, p. 30).

3.4.3 Neuropatia diabética

A neuropatia diabética é caracterizada pela presença de sintomas potencialmente incapacitantes e afeta 50% das pessoas com diabetes. Os tipos de neuropatia podem ser, segundo CECIL (*apud* FRANCONI, 2002, p. 31):

A) Polineuropatia distal assimétrica

É a mais comum e apresenta-se como perda de sensibilidade, podendo resultar em úlceras neuropáticas nos pés e articulações. Ocorre mais em membros inferiores, podendo afetar membros superiores. Podem ocorrer sintomas de formigamento e sensação de “fincar”, queimaduras, câimbras ou pontadas.

B) Neuropatia autonômica

Afeta diversos órgãos, é assintomática, pode resultar em anomalias do sistema cardiovascular, da pele, do trato gastro-intestinal, da bexiga e da função sexual (impotência). Podem ainda aparecer problemas relacionados à insuficiência vascular, fatores psicológicos, disfunção endócrina, bexiga neurogênica associada à retenção urinária, infecção das vias urinárias e hipotensão ortostática, que ocorrem secundariamente à neuropatia autonômica.

As pessoas com neuropatia autonômica têm mais propensão a apresentarem isquemia miocárdica silenciosa ou infarto, deficiência cardíaca e da resposta da pressão arterial em resposta ao exercício físico. Todos esses eventos podem, ainda, potencializar distúrbios capazes de precipitar um evento cardíaco agudo.

C) Amiotrofia diabética

Ocorre principalmente em homens idosos, apresentando amiotrofia unilateral e paresia dos grandes músculos da coxa e cintura pélvica. A dor é localizada nos grandes

músculos, e o reflexo patelar desaparece. Associado a isso, as pessoas apresentam depressão e acentuada perda de peso e a recuperação pode se dar no período de 6 a 12 meses.

3.4.4 Doenças macrovasculares

No que se refere às doenças macrovasculares (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica), mostra que a arterosclerose é um problema comum em pessoas com diabetes e ocorre mais extensamente e mais cedo nesses do que na população em geral.

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), o risco de morte por doença coronariana é duas vezes maior em pacientes com diabetes tipo 2 e onze vezes maior no tipo 1, em comparação com indivíduos não diabéticos da mesma idade. Os acidentes vasculares cerebrais causam 6% da mortalidade em pessoas com diabetes. Entre os fatores de risco associados, encontramos a presença de hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, tabagismo e idade.

3.4.5 Úlceras dos pés

Podem ocorrer secundariamente à aterosclerose de grandes vasos, microangiopatias, neuropatias ou combinação de todos. A melhor forma de controlar os casos de pé diabético é através de educação em saúde, incentivando o cuidado com o pé e prevenção de complicações.

As úlceras dos pés precedem 85% das amputações entre os diabéticos, documentando-se presença de gangrena em 50-70% dos casos, com infecção presente em 20-50%. A prevalência de úlceras compreende a faixa etária mais idosa. Entre os fatores de risco

estão úlcera, amputação, desintegração social, desinformação acerca do risco e de cuidados com os pés, perda da sensação protetora plantar, perda da sensação vibratória, ausência de reflexos de aquileus, calosidade, deformidades, calçados inadequados e ausência de pulsos.

3.4.6 Dermatopatias e infecções

Segundo dados obtidos no Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), podemos ter algumas infecções associadas ao diabetes, tais como: furunculose, carbúnculo e abscesso, que se apresentam com mais frequência nos locais de aplicação de insulina.

As infecções associadas ao diabetes podem, também, atacar o trato urinário e/ou respiratório, as vias biliares e o ouvido externo, causando, ainda, doenças periodontais, que se caracterizam por manifestações de gengivas edemaciadas, hiperemiadas, dolorosas e sangrentas, halitose, “amolecimento” e queda dos dentes.

Para que as complicações crônicas possam ser evitadas, é preciso uma conscientização dos problemas e um serviço de educação em saúde, que dê ênfase às formas de tratamento, controle e prevenção.

3.5 Tratamento do Diabetes *Mellitus*

3.5.1 Insulinoterapia

- Insulinas

Existem inúmeras preparações de insulina colocadas em disponibilidade no mercado, pelas indústrias farmacêuticas nacionais e internacionais. As insulinas diferem entre si com relação aos seguintes aspectos: origem dos cristais, grau de purificação e tempo de ação.

A falta de adesão ao tratamento insulínico deteriora de forma significativa o controle metabólico (aumento da glicemia) e compromete a vida das pessoas diabéticas, predispondo-as a complicações importantes.

Em algumas situações especiais (por exemplo), doenças febris, traumas físicos e emocionais ou estresse intenso), a glicemia também pode se elevar de forma importante e a pessoa com diabetes necessita, durante este período, de doses maiores de insulina. O aumento da glicemia em qualquer dos casos pode ser verificado pela presença de poliúria, polidipsia e mucosas secas, entre outros sinais e sintomas.

3.5.2 Os fármacos orais

O cuidado principal com o paciente com diabetes é o de diminuir os fatores que induzem a resistência insulínica, como a obesidade, o sedentarismo, hipertensão arterial, colesterol e o tabagismo.

O controle medicamentoso principalmente do diabetes tipo 2, deve ser considerado quando há falhas na adoção de medidas, como redução do peso, atividades físicas diárias e a alteração dietética.

A forma mais importante de tratamento é de responsabilidade somente do próprio diabético: manter os níveis de glicose no sangue dentro dos limites considerados ideais; manter um estado nutricional das células adequado e manter uma atitude psicológica adequada em relação à doença.

O método de contagem de carboidratos é uma técnica que auxilia o paciente no controle da sua glicemia. O domínio da técnica de contagem de carboidratos dá ao paciente: condições de melhorar o controle global de sua glicemia, seja ela de jejum ou pós-prandial (após as refeições). A eficácia da técnica está relacionada ao tratamento com o uso de

insulina. Isso significa que as doses de insulina a serem usadas são calculadas a partir do tipo e da quantidade do alimento ingerido, devendo-se considerar também a forma de administração de insulina.

A lista de substituições (Anexo I) foi organizada com o objetivo de fornecer ao usuário noções básicas sobre os alimentos e sua relação com os níveis de glicemia no sangue. Tem como propósito disponibilizar às pessoas com diabetes, bem como aos familiares e profissionais, a quantidade necessária de carboidratos para uma consulta fácil, rápida e eficaz.

Para Wada (2003, p. 10) “os carboidratos fornecem a maior parte da energia necessária para a pessoa se movimentar, realizar trabalhos, enfim, viver. A recomendação de ingestão diária de carboidratos é de 50% a 60% do valor calórico total. São encontrados nos amidos e açúcares e, com exceção da lactose do leite e do glicogênio do tecido animal, são de origem vegetal.”

A contagem de carboidratos tem como objetivo otimizar o controle glicêmico em função das menores variações das glicemias pós-prandiais e flexibilidade alimentar, educando para a convicção de que a liberdade alimentar faz parte de uma vida saudável, tendo o conhecimento como a ferramenta mais poderosa para o controle efetivo da glicemia. Num sentido de educação transformadora a lista de substituições de hábitos alimentares deve tornar-se parceira diária, e seu aprendizado, fácil, gostoso e muito bem-sucedido.

4 EDUCAÇÃO TRANSFORMADORA: O PACIENTE DIABÉTICO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE EM INTERDISCURSO

4.1 Complexidades do processo de educação para o manejo do diabetes *Mellitus*

A educação para a convivência com o diabetes é importante, porque permite que os pacientes não percam o sabor da vida, propicia melhor controle metabólico, favorece o decréscimo dos custos com o tratamento e protege contra a prática profissional inadequada e deve ser pensada como um processo onde se consiga proporcionar às pessoas experiências transformadoras da compreensão, das atitudes e das práticas relacionadas ao viver com diabetes. Neste sentido dá relevância à conscientização que, de acordo com Freire (1990), é mais que uma simples tomada de consciência. Supõe, a inserção crítica na realidade, um percurso de rupturas com padrões solidificados, com tabus. É uma pedagogia fundada em interação interdiscursiva, onde o profissional de saúde – educador - e a pessoa com diabetes – educando - aprendem a descoberta de novos discursos, como reencontro com a doçura da existência.

Considerando que o impacto da educação é mínimo quando os pacientes não mudam seus padrões comportamentais, é imprescindível que os educadores identifiquem os comportamentos inadequados para poder revertê-los, sem entretanto, perderem de vista que o ato pedagógico poderá resultar estéril, quando quem ensina esquece o sentido da mediação, da relação dialógica necessária como consciência do respeito à liberdade de quem aprende.

A obtenção de bom controle metabólico ao longo da vida não é fácil, pois o diabetes é uma doença imprevisível, e também porque cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento. E ainda, porque 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica, na integração do diabético a comportamentos novos como expressão de uma nova consciência do que significa qualidade de vida.

A importância da educação para conviver com o diabetes é reconhecida desde a década de 1920, e tornou-se formal, como experiência pioneira, na Clínica Joslin, em Boston em 1930. Foi nas décadas de 80 e 90 que a equipe de saúde passou a acreditar na educação como um caminho para a obtenção de controle metabólico mais adequado. Segundo Grossi (*apud* MANUAL DE ENFERMAGEM, 2001, p. 155) “a educação não é somente parte do tratamento do diabetes, é o próprio tratamento.”

Conhecer as variáveis que possam estar interferindo na mudança de comportamento para o autocuidado é condição essencial dentro dos programas educativos. Fatores psicossociais e comportamentais, como crenças em saúde, grau de aceitação da doença, competência, suporte social, habilidades para o autocuidado, estratégias para enfrentamento das situações, locus de controle, bem-estar emocional, maturidade cognitiva, estado de saúde, complexidade dos regimes terapêuticos e estruturação dos serviços de saúde são determinantes dos comportamentos relacionados ao diabetes.

Em face das muitas dificuldades de educar para a mudança efetiva de comportamento, não basta ampliar conhecimentos e desenvolver habilidades. É preciso que a pessoa diabética acredite que existe a necessidade de mudanças, para preservar o bem-estar, prevenir ou reverter descompensações, percebendo que as vantagens em modificar determinados comportamentos são maiores que as desvantagens.

O contato com o diagnóstico de uma doença crônica desencadeia perdas de auto-imagem positiva, enunciadas pela negação da realidade, revolta, depressão. O educador reconhece estes momentos e sabe que, nas fases em que o paciente ainda não aceita sua doença, somente é possível ensinar-lhe as condições básicas para a sua sobrevivência, mediando o ingresso na conscientização, na inserção crítica numa realidade, que é nova, dolorosa e que precisa tornar-se desafiadora em busca de outros modos de viver, vitoriosa sobre o desânimo a amargura.

Conforme Freire (1990) a educação deve partir da realidade do educando, buscando nesta, um embasamento para sua fundamentação e aplicação. A educação não deve ser imposta, mas desenvolvida de acordo com as necessidades emergentes. Assim, quando se fala em educação em saúde, deve se considerar medos e ansiedades, do paciente em relação ao que lhe é desconhecido e emaranhado em discursos e formações ideológicas equivocados.

Os familiares, embora também sob o impacto do diagnóstico, podem ajudar muito nestas diferentes fases sob a orientação do educador, para que haja as rupturas com tabus, com equívocos e se obtenha vitória sobre a desesperança. E aqui cumpre referir Nitschke (1999), para quem a família não é necessariamente aquela determinada por fatores genéticos, mas inclui também pessoas e até animais que fazem parte da vivência cotidiana de cada um, como prática interdiscursiva e interativa.

Educar para tornar a pessoa diabética competente para todas as experiências da vida diária, relacionada ou não com a doença, é de extrema importância no controle do diabetes. Isso prevê o conhecimento das estratégias de enfrentamento adotadas pela mesma, ou seja, saber como percebe a situação e quais atitudes toma diante da doença. Esta é uma condição essencial para que o processo educativo esteja em interação com as reais necessidades do paciente. Outro aspecto relevante é saber até que ponto o paciente diabético acredita que pode, ele mesmo, intervir no curso de sua doença (locus de controle interno),

assumindo responsabilidade por sua saúde. Mas, ao mesmo tempo, é importante dar-lhe a certeza de que não estará sozinho, de que poderá contar com outras pessoas para vencer dificuldades relacionadas ao suporte familiar, social e dos serviços de saúde, bem como aquelas decorrentes da complexidade dos esquemas terapêuticos. Aqui a mediação do educador buscará reverter tais dificuldades desenvolver, junto ao paciente, estratégias mais adequadas para o enfrentamento de tais dificuldades, bem como de outras, talvez mais profundas, porque de ordem emocional.

A doença crônica é identificada como um fator de estresse em si mesma, e, também, como fonte de novos estressores. As principais fontes de estresse incluem, entre outros aspectos, ter que seguir um regime de tratamento, compreender e aceitar mudanças necessárias no estilo de vida, alterações na energia física e também na aparência pessoal. A saúde das pessoas, ou mesmo dos grupos sob condições de doenças crônicas (incluindo as pessoas com diabetes), está relacionada às maneiras como tais pessoas enfrentam os estressores, os quais assumem o caráter de linguagens múltiplas, enunciando formações discursivas em conjunção com formações ideológicas cuja necessidade de ruptura pode representar dolorosos desafios.

As diferentes fase da vida também exercem influência na motivação para o ingresso num percurso de mudanças comportamentais e no aprendizado de habilidades para o manejo do diabetes. Mas, independentemente da idade em que se encontra a pessoa diabética, o educador deve insistir na consideração de que a vida não é uma constante, e que eventos inesperados podem acontecer, favorecendo os descontroles. São circunstâncias em que as abordagens educativas talvez precisem ser redirecionadas e individualizadas, para o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento de cada imprevisto.

Os problemas relacionados ao diabetes, incluindo, tanto as alterações físicas e sociais quanto as psicológicas, agravam-se pelas dificuldades de orientação prestada pelos

profissionais de saúde, o que resulta no uso incorreto de medicamentos e nas transgressões à dieta. Essa ausência de interação profissional/paciente pode resultar em conseqüências graves. Também ao analisar as razões pelas quais os diabéticos tomam decisões que prejudicam seu equilíbrio, constata-se que o modelo de assistência utilizado pelos profissionais de saúde não contribui adequadamente para mudar esta situação. A assistência prestada aos portadores de diabetes ainda precisa, ela mesma, querer tornar-se aprendiz da educação para a liberdade, transformadora.

Damasceno (*apud* FRANÇIONI, 2002), ao referir-se à aceitação da doença no existir da pessoa com diabetes afirma que:

O diabético é lançado num mundo já constituído. Nesse mundo, ele recebe informações de que é portador de uma doença incurável e, por conseguinte, precisa seguir determinadas regras para que possa ter uma vida normal. Esse contexto de tradição o percebe apenas como entidade, como algo fechado. Assim, ele se constitui num mundo pré-dado, isto é, ele mostra a sua singularidade, a sua opção de possibilidades ancorado num contexto de tradição científica. A tradição, ao perceber o ser-aí como algo fechado, e não como remetimento constante à possibilidade pura, retira-lhe a capacidade de guiar-se por si mesmo encobrendo o sentido.

Tendo em vista a cronicidade do diabetes, o educar, aqui, implica capacitar os portadores, desta doença à problematização de sua existência, desencorajando a acomodação e estimulando a mudança, criando a certeza de que em cada um deles existe a competência criadora de novas opções, de escolhas que transformem o discurso da amargura em possibilidade de doçura. E junto ao querer do diabético estará a ação de profissional da saúde, fundada na percepção estética, como matriz da competência profissional, educadora, dedicadora da reinvenção da vida diária. É através da percepção estética que o profissional de saúde pode, também, verificar em que medida as pessoas com diabetes passam de um emaranhado de conceitos distorcidos sobre sua condição de doentes, de desesperançados em amargura, para a clareza de um conhecimento legítimo onde a doçura de viver, apesar da condição de diabético, não tem restrições e apaga estigmas. E um dos estigmas relaciona-se

ao confronto entre a amargura e a doçura, carregados de formações ideológicas de uma linguagem onde a enunciação da amargura remete a polaridades negativas, ao mesmo tempo em que se faz a apologia da doçura. E esta, na vida do paciente diabético, traz significados de sedução, transgressão e culpa.

4.2 A apologia da doçura: formações ideológicas

Palavras amargas, doces palavras, momentos amargos, doces momentos, lembranças amargas, doces lembranças; vida amarga, doce vida, são antíteses resultantes de formações ideológicas que vêm, ao longo da história da humanidade, estabelecendo uma polaridade negativa ao amargo e uma polaridade positiva ao doce. A ancestralidade desta questão pode ser ilustrada com uma lenda:

Lenda, é? Pois sim.

Contam que o Diabo ficou doente de inveja quando deus criou Adão e Eva, seus seres mais perfeitos, e decidiu se vingar.

Destruindo-os, é claro. Mas tinha que ser lentamente, de um jeito bem sutil, bem inocente, para ninguém desconfiar; e com alguma coisa muito gostosa.

Inventou o açúcar. E foi logo espalhando um pouco na terra, de forma que muitos de seus rebentos passaram a ter um gostinho bem doce.

É aí que tem origem o episódio da maçã. Fosse um jiló e ainda estaríamos no paraíso, mas qual: era doce a maçã.

E Eva não só seduziu Adão como ensinou a ele o caminho das macieiras, então os dois não faziam mais nada o dia inteiro, só comiam maçã.

Deus, que naqueles tempos ainda era meio sujeito a crises de mau humor, ficou danado. Falou, explicou lado jeito dele que o amargor da vida é que era o quente, depois esbravejou, chegou a proibir a coisa, não conseguiu nada e acabou expulsando os dois do Paraíso.

Eles foram embora tristes que só vendo. Andaram, andaram e finalmente chegaram à Índia, embora também pudesse ser o Egito, e armaram um ranchinho ao lado de um canavial.

Claro que Diabo, esse imoral, estava por trás de tudo; um dia se disfarçou de pedra e esmagou uma vara de cana de um modo que o suco foi espirrar bem na boca de Adão.

Cana, pra que te quero? Virava caldo, o caldo secava, sobravam umas pedras doces no fundo. Às vezes ficavam cheias de formiga e Adão reclamava um pouco, mas comia do mesmo jeito. Às vezes comia tanto que chegava em casa meio torto e Eva resmungava um bocado, lembrando nessas horas de Deus e achando que ali tinha coisa. (HIRSCH, 1998, p. 5-6).

Esta lenda endereça para algumas considerações acerca da doença e da amargura, no que diz respeito a formações ideológicas. O açúcar nasce de um desejo de vingança, da inveja do diabo inconformado com a perfeição humana. O diabo é Lúcifer, anjo caído, condenado ao afastamento definitivo da perfeição divina, agora outorgada ao homem, feito imagem e semelhança de Deus. A maçã é doce, o pecado é doce, o prazer é doce. Eva persuadida pelo diabo e Adão seduzido por Eva, que ensinou a ele o caminho das macieiras, então os dois não faziam nada o dia inteiro, só comiam maçã (HIRSCH, 1998, p. 5). Assim é com a criatura humana: o que causa prazer persuade, seduz ao usufruto de sua doçura, não importando quais sejam as conseqüências.

Mas, à polaridade positiva da doçura da maçã, Deus contrapõe a amargura, a interdição do prazer. E rebeldes à ordem divina, Adão e Eva são expulsos do éden, uma exclusão da convivência com o bem, que projeta para a doença da sedução diabólica. Embriagado de açúcar, Adão conhece o inferno de tornar-se vítima do Torto, da força diabólica da dependência.

Que formações ideológicas podem ser inferidas, a partir desta lenda, no que se refere ao paciente diabético? Num primeiro momento, é necessário considerar que a vida do ser humano diabético desenrola-se como uma história dolorosa, com interdição da doçura e imposição da amargura. O cotidiano do diabético é marcado por enfrentamentos sem trégua. Numa sociedade em que, desde a mais tenra idade, se introjeta nas pessoas um discurso que exalta a doença e, à ausência do doce, faz equivaler a ausência do prazer, o diabético entende sua vida como infelicidade, amargura. Neste sentido, citando Voese (1998, p. 10), pode-se atribuir ao diabético “a noção de arquivo”, como lugar de um diagnóstico, mas não só de âmbito redutor e reduzindo da interdiscursividade: a minha pretensão é alcançar as determinações que se referem à complexidade do ser social, histórica e ântropo-culturalmente constituídas.”

Ao que diz Voese, é oportuno acrescentar o que relata Hirsch (1998, p. 21):

Comecei a me viciar aos seis meses de idade, quando tomei a primeira mamadeira com açúcar. Depois foram as geléias, as sobremesas, as balas de leite da Copenhagem, as caixas de Língua de Gato, os tabletes de Diamante Negro, os Bacci e por aí afora.

Mamãe tinha sempre um chocolate na bolsa. Me levava pra comprar sapatos e de quebra ganhava balas de alcaçuz e pedras de açúcar-cande.

Mas quem me aplicou na grande doçura da vida, aquela incomparável, capaz de satisfazer ao âmago do meu insaciável desejo, foi meu irmão: dois furinhos na lata de leite condensado, por um entra o ar, pelo outro a gente mama. Ai, Moça. Quando lembro que meu irmão morreu de uma complicação diabética, lúcido e sofrendo, aos 41 anos, penso em você.

Meu pai punha açúcar nas frutas antes mesmo de provar. “Mas, meu bem, o mamão já está doce!”, dizia minha mãe. “Pois vai ficar mais doce, ué!”, respondia ele, que a partir dos 70 anos teve que parar com isso porque, claro, diabético.

Retornando à noção de arquivo como a propôs Voese (1998), o que corresponde a um universo de linguagem que procura alcançar o ser social, em suas relações com a história, com a antropologia e com a cultura, no relato aqui apresentado identifica-se a história de uma existência desde muito cedo marcada pela produção de discursos enunciativos da apologia da doçura. Numa dimensão antropológico-cultural, as vozes da família vão enunciando formações ideológicas nas quais se o sentido de infância feliz, depende, entre outros fatores, do grau de doçura com que a criança tenha sido “acarinhada”, sem interdição, sem levar em conta riscos futuros à saúde.

Voese (1998, p. 33) considera que,

embora construídos lingüisticamente, os diferentes sistemas de referência têm sua gênese a partir da divisão da sociedade em grupos e classes: assim, há sistemas de referência que se organizam, por exemplo, em torno de “capital” e “trabalho”, de “islamismo” e “catolicismo”, “negros” e “brancos” etc.

Também em torno de “doçura” e “amargura” criam-se sistemas de referência. As horas festivas, ao serem celebradas, em diferentes culturas, raramente não incluem alimentação, em formas ritualescas. A sociedade brasileira, desde a época colonial, vem estruturando sistemas de referência alimentar em que o açúcar tem lugar privilegiado nas comemorações. Então, como Adão e Eva, os diabéticos, subjugados pela amargura da

interdição, sofrem a contingência de “armar seu ranchinho ao lado de um canavial”, onde o diabo esmaga “uma vara de cana”, e o desejo coloca-se na boca do paciente diabético. Aqui a lenda aproxima-se da experiência de prazer e culpa relatada a seguir:

Sofri diante das vitrines e em festinhas de criança, roubei pudim de leite escondida de mim mesma, devorei pacotes inteiros de biscoitos de chocolate em lances impetuosos. Tentei refúgio nos doces e bombons naturais, feitos com mel e mascavo, mas uma rotina de doces é ruim de qualquer jeito. (HIRSH, 1998, p. 25).

Vivendo numa sociedade que faz a apologia da doçura, porque deve privar-se do açúcar, o diabético tem a experiência da heterogeneidade:

[...] porque a divisão da sociedade em classes e em grupos e o conflito que se instala dentro desse complexo levam a que se adote a concepção de que isso se reflete na cultura: há conflitos sociais que revelam uma divisão que vai resultar em diferenças de ordem cultural, quer seja em nível de bens materiais, quer seja em nível de valores, crenças e concepções de mundo (VOESE, 1998, p. 32).

A experiência da heterogeneidade é uma experiência da amargura de pertencer a um grupo constituído por pessoas à margem de um sistema de referências cuja enunciação discursiva constrói-se em formações ideológicas que fazem a apologia da doçura.

E é preciso aqui, ampliar o conceito de doçura, que não se restringe apenas aos doces, mas também a todos os alimentos em cuja composição estejam presentes carboidratos. Então não é só o alimento explicitamente doce que representa um risco. O controle, exigindo mudança de hábitos alimentares vai muito mais além do açúcar, no dia-a-dia dos diabéticos. É o fantasma que os atormenta. A comida é vilã, cercada de proibições que provocam o desejo que instiga, a transgressão que gera a culpa.

Com o objetivo de verificar em que medida se confirma, nos pacientes diabéticos, a amargura da consciência da heterogeneidade, desenvolveu-se uma pesquisa estruturada a partir do convívio com um grupo de diabéticos. É o modo como se processou a referida pesquisa que vem relatado a seguir.

4.3 O paciente diabético e o Programa de Saúde da Família no município de Tubarão

No município de Tubarão, como em muitos outros municípios brasileiros, desenvolve-se o Programa de Saúde da Família – PSF, uma estrutura organizada no contexto da Secretaria Municipal de Saúde. É um Programa que vem se destacando como estratégia para a reorganização da atenção básica à saúde, esta compreendida como promoção da qualidade de vida.

Um dos principais objetivos deste Programa é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas.

O Ministério da Saúde vem ampliando suas parcerias com os municípios, para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família nos municípios que priorizem as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família tem como objetivo geral, contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (FELISBINO, 2000, p. 32).

No último censo realizado no Brasil inclui-se o Município de Tubarão, com uma população constituída de noventa e um mil, trezentos e trinta e três habitantes. Para atender a esta população, o município conta com dezenove equipes do Programa de Saúde da Família – PSF, cada uma composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário e um número de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Há também cinco unidades de referência, para atendimento das especialidades e um hospital geral.

Objetiva-se estimular a implantação de um novo modelo, onde as unidades básicas de saúde passam a resolver a maior parte dos problemas de saúde (cerca de 85%), porque

incorporam as ações programáticas de uma forma mais abrangente. Também passam a organizar ações intersetoriais no âmbito da educação, saneamento e meio-ambiente, promovendo a qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco.

A população Tubaronense está, ainda, pouco informada sobre o Diabetes *Mellitus*, uma desinformação que inclui questões voltadas a hábitos de vida saudável que recebem, também, a interferência de aspectos culturais ligados à alimentação. Em face desta realidade e objetivando um processo educacional promotor de uma revisão de conceitos relativos ao diabetes, a Secretaria Municipal de Saúde de Tubarão colocou à disposição das equipes do Programa de Saúde da Família, uma equipe multiprofissional, para dar suporte às orientações sobre o Diabetes *Mellitus*. Esta é integrada por médicos especialistas na área (endocrinologistas e cardiologistas), um enfermeiro, um assistente social, uma nutricionista e um professor de Educação Física. São profissionais que orientam os pacientes diabéticos, para que tenham maior expectativa de vida, com qualidade, sem amargura, apesar da restrição feita ao açúcar e a outros componentes alimentares.

Foram constituídos vinte e seis grupos de pacientes diabéticos, num total de cerca de setecentos e oitenta pessoas, às quais são ministradas orientações através de dezenove palestras/ano.

Entretanto, embora o município de Tubarão desenvolva ações voltadas aos pacientes diabéticos, o número de pessoas que constituem esses grupos é pequena, considerando-se que a estimativa de portadores de diabetes neste município, segundo dados fornecidos pela Secretaria do Estado da Saúde, registra um total de um mil quatrocentos e noventa e uma pessoas. Desta população, numa faixa etária maior ou igual a 40 anos:

- 65% recebe acompanhamento da rede básica de saúde;
- 30% dispõe de atendimento em ambulatório especializado; e
- 5% em serviço hospitalar.

Outros índices trazem resultados que dão coeficientes de mortalidade por Diabetes *Mellitus* e que são os seguintes, considerando-se o total de um mil, quatrocentos e noventa e um pacientes:

- 2000 – 32,8%
- 2001 – 29,8%
- 2002 – 36,5%
- 2003 – 33,9%
- 2004 – 31,2%

Com o objetivo de verificar em que medida a atuação dos profissionais de saúde junto aos pacientes diabéticos consegue atingir os objetivos de educação para a liberdade, foi aplicada, a uma população-amostra constituída de dez informantes, uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, desenvolvendo procedimentos metodológicos que colocam em interação, em interdiscurso, o pesquisador, que orienta, indaga, ouve histórias de vida, e o informante, que também ouve e indaga. É um processo dialógico com objetivo de educação libertadora, um processo no qual, conforme já foi dito anteriormente nesta pesquisa, deve ser realçada a importância de dar voz a quem se propôs à aprendizagem, como escolha. É também oportuno retornar ao que diz Arendt (1983, p. 189) “[...] comunicar a si próprio e não apenas comunicar alguma coisa, como fome ou sede, hostilidade e medo.”

Então, adotando como forma de investigação/intervenção esta modalidade de pesquisa, dar-se-á ênfase a dois procedimentos. Um deles corresponde à realização de palestras em que profissionais de saúde atuam num processo de interação e interdiscurso com os pacientes diabéticos, para que seja enunciada a “pa-lavra”, refrataria aos tabus, aos medos, ao imobilismo de superestruturas que amarguram a vida dos portadores de Diabetes *Mellitus*.

Outro procedimento compreende registros de histórias de vida, em entrevistas, como uma condição interdiscursiva, oportunizando o entrecruzamento de vozes, de

acontecimentos de vida que se dão a conhecer, manifestando existências, singularidades humanas, uma pluralidade de espaços de diálogo. As histórias de vida foram recolhidas através de conversas com os dez informantes que se dispuseram a integrar a população – amostra, relativamente aos pacientes diabéticos do município de Tubarão.

E, com o objetivo de ampliar o interdiscurso, foram coletados, também, relatos de vida disponíveis na internet e feitos por pacientes diabéticos de outros espaços, fora do contexto tubaronense. É um outro universo, outro espaço cultural, outras vozes, outros discursos, ampliando a relação dialógica, porque também se diversificam as formações ideológicas.

A estas questões introdutórias segue-se a descrição do desenvolvimento da pesquisa.

4.4 Pacientes diabéticos: vozes em pa-lavra

A realização desta pesquisa dirige seu foco aos objetivos da educação transformadora, processo no qual identificam-se algumas características, entre as quais: ser um exercício permanente de liberdade, como práxis que se faz e refaz a todo momento, sem espera, enraizado num presente dinâmico; negar o ato de ensinar como um processo de mão única, onde a voz, o discurso de quem ensina silencia outras vozes; outros discursos; buscar a interlocução com o discurso daquele que aprende, e com as formações ideológicas da realidade em que vive, como agente e não como objeto, como voz ativa, capaz de dizer as razões que levam a querer aprender. E aqui convém retornar ao sentido de querer aprender como volição, estabelecendo, no dizer de Bakhtin (1997), uma lógica da consciência, que é lógica da comunicação ideológica. Provida de conteúdo semiótico e ideológico, a consciência abriga-se em imagens, em gestos significantes, em palavras. E, dita por Vygotsky (1993)

como microcosmo da consciência humana, a palavra, na relação dialógica, encontra seu poder de signo quando se faz pa-lavra.

É neste rumo da pa-lavra que lavra o terreno sem ‘doçura’ da existência do paciente diabético que esta pesquisa objetiva desenvolver-se, colocando em interação e em interdiscurso as vozes, os discursos dos profissionais (uma Assistente Social, uma nutricionista e uma enfermeira) e as vozes, os discursos de pacientes diabéticos, dez dos quais correspondendo à população-amostra que se dispôs a contribuir com as histórias de vida e outros oito, cujos relatos estão disponíveis on-line, no site www.diabete.com.br. Este entrecruzamento de vozes, de discursos, coloca em interação os envolvidos num universo que transcende o contexto individual, porque o paciente diabético está inscrito numa sociedade que, com frequência, acentua-lhe a amargura de viver.

A condição de paciente diabético, conseqüentemente, enuncia um problema cuja complexidade cresce e aprofunda raízes à medida que o quadro da doença se agrava: à falência das condições físicas, negando-lhe qualidade de vida, acrescenta-se a profunda tristeza, muitas vezes não explicitada e freqüentemente manifestada por comportamentos que vão expressando discursos de transgressão e culpa. O desencanto de sentir-se à margem da mesa, na família e na sociedade, vai inibindo o apetite de viver.

Como um caminho para converter a amargura em doçura de viver, estrutura-se a hipótese já introdutoriamente anunciada e sustentada pelos princípios da educação transformadora e que corresponde ao desenvolvimento de um processo que coloque o discurso do paciente diabético numa relação dialógica com o discurso de profissionais de saúde com objetivos de interação.

Assim sendo, o primeiro estágio em busca da verificação de resultados, corresponde a uma proposta de ação, a qual foi apresentada em reunião da Equipe da Secretaria da Saúde. Dentre os profissionais convidados a atuarem cooperativamente,

formando equipe com a enfermeira autora do projeto de pesquisa, dispuseram-se à participação uma assistente social e uma nutricionista.

Definido o grupo de profissionais, dez pacientes diabéticos foram convidados para uma reunião, na qual novamente foi colocada em pauta a proposta já apresentada aos profissionais de saúde. A exposição sobre a doença que os atinge, procurou constituir-se num discurso enunciador de um problema para o qual, entretanto, nasciam possibilidades de um novo conjunto de formações ideológicas, quebrando medos e tabus.

Estas possibilidades tinham um direcionador básico: a mudança de conceitos sobre alimentação pode fazer com que a existência do diabético passe da amargura, à doçura. Esta possibilidade associa-se à procura de respostas para uma indagação que se configura como um tormento, no cotidiano do diabético: é possível, ao diabético usufruir do alimento numa relação prazerosa, sem culpa?

A realização destas duas reuniões objetivou caracterizar o discurso dos profissionais de saúde como enunciação necessária do problema que traz sofrimento ao diabético, numa linguagem preocupada em estabelecer o diálogo entre os signos socialmente marcados e o ser individual, desestabilizando desacomodando, trazendo consciência crítica, refratária às dificuldades que o diabetes impõe.

Orientados, por exemplo, sobre a importância da contagem de carboidratos como uma atitude de vida possível, acendia-se, para os pacientes, a esperança de qualidade de vida sem amargura, criava-se a expectativa de poderem sair da condição de “marginalizados” à mesa.

A palavra dos profissionais de saúde enunciava-se no sentido de tornar-se discurso mediador, pa-lavra lavrando o terreno das experiências de vida dos pacientes diabéticos, com o objetivo de despertar-lhes a escolha da decisão de participar na pesquisa, o desejo de tentar descobrir a “lavra”, o bem precioso da convivência, sem culpa, com a alimentação. E uma

primeira constatação vem registrada pela nutricionista, a partir da percepção das reações dos pacientes, à medida que iam recebendo esclarecimentos: “É gratificante ver a expressão de contentamento das pessoas, quando entendem mais de sua condição é de inevitável convivência com os diabéticos.”

Os dez pacientes que compareceram decidiram-se pela participação no experimento, e a data para o início das ações foi agendada. Convém ressaltar duas características destes informantes. Nove têm escolaridade mínima, num nível que não ultrapassa o das quatro séries iniciais do ensino fundamental. Um tem formação em grau de ensino superior. O outro aspecto refere-se às faixas etárias pelas quais se distribuem os dez informantes, e cujo mapeamento está apresentado a seguir, abrangendo a idade, acompanhado de um nome fictício. Assim:

Idade	Nome Fictício
42	Saul
53	Suzana
57	Inês
64	Carlos
70	Laura
73	Lúcio
73	Joel
56	Felipe
75	Raul
56	Flora

Quanto à pouca escolaridade, os profissionais de saúde consideravam que a utilização do método de contagem de carboidratos corria o risco de perder a eficácia, numa população-alvo com limitação de domínio da matemática, recurso necessário à contabilização dos índices de carboidratos ingeridos durante o dia.

Esta dificuldade poderia acentuar-se nos pacientes de idade igual ou superior a 70 anos, em número de quatro, no total de dez informantes. Estas duas características, então, deixavam claro que era importante detalhar bem as informações, insistir em demonstrações que tivessem o caráter de modelos para contagem.

Outro fato deve ser referido: os dez pacientes manifestaram a disposição de aprender, de mudar para viver com qualidade. Mas esta escolha faz-se voz da seguinte forma: tendo levado consigo, após a reunião, por escrito, a data do início das ações, no dia e horário indicadas, nem todos compareceram e, no decorrer do processo também houve quem silenciasse, quem não fizesse, da interação e do interdiscurso uma opção. Entretanto, a maioria quis ingressar no processo de educação transformadora, e teve início a coleta de dados, utilizando-se dois instrumentos: coleta de sangue para a verificação da taxa de glicose e uma entrevista com cada um dos dez pacientes cujos discursos deixaram entrever formações ideológicas, marcas da vida cotidiana. As entrevistas que procuravam ter caráter de informalidade, foram registradas por escrito pelas três profissionais de saúde.

Em horários agendados, num mesmo dia, cada um dos dez pacientes deveria comparecer para duas verificações da taxa de glicose, uma pela manhã, em jejum e outra pós-prandial, após o almoço, obtendo-se os seguintes resultados.

Nome fictício	Idade	Taxa de glicose	
		Em jejum	Pós-prandial
Saul	42	-	293
Suzana	53	173	156
Inês	57	-	-
Carlos	64	140	196
Laura	70	169	-
Lucio	73	170	226
Joel	73	117	216
Felipe	56	337	261
Raul	75	76	64
Flora	56	234	440

Dos dez envolvidos, no controle da taxa de glicose, Saul e Laura, aderiram a apenas uma das duas verificações, e este resultado parcial já demonstra um quadro de comprometimento acentuado. Não ter realizado o segundo exame, em parte, corresponde ao que a Análise do Discurso denomina silenciamento. E, segundo Voese (2004, p. 116): “A orientação dada por Bakhtin quanto à dimensão dialógica do discurso, explica que o texto não

tem apenas vínculos que concordam com o que o autor diz, mas também com aqueles que se opõem ao dito.”

As razões do silenciamento de Saul e de Laura podem ser entendidas como associadas ao desânimo perante o resultado que estes dois pacientes já pressupõem. Esta consideração encontra sentido, levando-se em conta o discurso dos diabéticos nas entrevistas que, embora tenham sido feitas com o objetivo da informalidade, seguiram um roteiro, ocuparam-se de aspectos pontuais da vida destes pacientes em sua convivência com o diabetes. Por isso foram elaborados dois questionários: o questionário 1, aplicado antes da primeira verificação da taxa de glicose, em jejum, a que se seguiu outro exame, pós-prandial; o questionário 2, norteador da segunda entrevista, após o processo de educação dos dez pacientes, abrangendo contagem de carboidratos, articulada ao acompanhamento que os profissionais de saúde realizavam junto aos pacientes. Seguem, então, os dados colhidos nas entrevistas referentes ao questionário 1, cujo diálogo com os pacientes diabéticos iniciou-se indagando sobre a percepção que têm de si mesmos, nesta condição, abrangendo três aspectos: como é ser um diabético? quais as interferências da doença na vida pessoal? como se sentem?

O primeiro recorte do discurso dos diabéticos, no que se refere à percepção que têm de si mesmos traz duas falas, a de Saul e a de Laura:

“Eu não sou mais uma pessoa que era, fiquei desanimado, fiquei velho. Não faço dieta, porque não gosto de verduras, gosto de doce. A minha vida mudou completamente, sinto cansaço, fraqueza nas pernas. A minha visão modificou. Não tenho mais vontade de fazer sexo. A mão e minhas pernas, sinto formigamento. Não posso mais tomar as minhas cervejinhas no final de semana. Fraco, cansado, sem vontade de trabalhar. Tenho tremedeiras e penso que vou morrer. Mas, depois de comer alguma coisa, essa tremedeira passa.” (Saul – 42 anos)

Saul, aos 42 anos, em seu discurso, revela uma grande amargura, enunciada com maior ênfase, quando se declara “velho”, “sem vontade de fazer sexo”, “sem vontade de trabalhar”. “Velho”, no discurso de Saul traz formações ideológicas ligadas à ruptura com o desejo de vida. Ao velho atribui-se impotência, para o sexo, para o trabalho. O “velho” é alguém cansado, fraco, no limite entre a vida e a morte. É assim que Saul convive com o diabetes: amargurado pela “doçura” e pela “cervejinha” proibidas, dominado pelo cansaço, um “fraco” incapaz do prazer.

Pode-se encontrar, neste desânimo profundo, a razão de não ter comparecido à primeira verificação da taxa de glicose, um silêncio enunciador da inutilidade de submeter-se a mais um exame, para ver o “já-visto”: uma taxa de glicose elevada, o que se revelou na verificação pós-prandial.

No discurso de Laura também transparece amargura:

“É muito ruim. A gente tem que fazer tudo na hora certa. Ora está bem, ora está ruim. Tem que cuidar da saúde. Não posso comer aquilo que gosto, tenho que estar sempre no médico controlando. Mas não é uma tragédia, só tem que tomar cuidado e seguir as orientações do médico. Uma pessoa impossibilitada de fazer o que mais gosta, o que dá prazer, ir às festas e comer bem. Mas mesmo assim eu ainda posso ser feliz.” (Laura – 70 anos)

Laura não realizou a segunda verificação da taxa e glicose, o exame pós-prandial. Silenciou este dado, porque está cansada: “...tenho que estar sempre no médico, controlando...”. Seu discurso também é o da amargura, enfatizada logo no início da fala: “é muito ruim”. Embora não seja uma tragédia e ainda permita a felicidade, a condição do diabético, no depoimento de Laura, vem expressa num discurso enunciador de negação de prazeres essenciais, e ela dá realce à proibição do prazer de comer: “Não posso comer aquilo que gosto...”. “Uma pessoa impossibilitada de fazer o que mais gosta, o que dá prazer, ir às

festas e comer bem.” Laura tem 70 anos. Descobriu que estava diabética quando tinha mais ou menos 57 anos. Então, faz 13 anos, aproximadamente, que leva uma vida em que predomina o controle, a vigilância. “Ainda” pode ser feliz, mas está cansada, “é muito ruim.”

O discurso de outros três pacientes diabéticos também reforça a amargura de conviver com esta doença e suas conseqüências:

“É uma doença muito ruim, fiquei quase cega, as minhas pernas e meu corpo cansam muito rápido, fiquei sem disposição para trabalhar. Às vezes, muito fraca, ainda consigo trabalhar, fazer o serviço da casa, cuidar dos netos. Tive que parar de trabalhar, só ficar em casa. Tenho que ter paciência e seguir a vida em frente. Tem muita doença que é pior que o diabetes.” (Flora – 56 anos)

“É a mesma coisa que ter uma infecção, fica sempre incomodando. Não deixa de ser um problema, porque a gente tem que se cuidar sempre. E, se eu não me cuidar, vira um problema sério. Comecei a tomar muitos comprimidos, fico sempre com a boca seca, deixei de ser aquele homem que eu era, não consigo mais ter um relacionamento íntimo com minha esposa, como era antes. E isso incomoda, quando a glicose sobe muito. Tenho que ficar sempre controlando o que eu tenho que comer, isso é muito triste, me incomoda.” (Carlos – 64 anos)

“Quando está forte entonta, dá falta de ar. Mas eu não vejo o diabetes como uma doença ruim. A tontura, fica tudo embaralhado. Não dá para sair de casa, quando eu estou assim. Tonto, se apaga tudo. Isso quando ela está alta, então tomo chá, controlo a alimentação e, em menos de três dias, eu já fico bom.” (Lúcio – 73 anos)

Outro discurso a revelar a amargura do paciente diabético, refere-se a uma doença que considera pior que o diabetes, a depressão, cercada de conseqüências já indicadas nos discursos anteriores e que tanto sofrimento provocam:

“Eu não vejo o diabetes como um mal, eu acho mais ruim é ter depressão, essa doença é que mais me incomoda. Diabetes é uma coisa quase normal. Ter diabetes é não poder comer o que quer. Temos que nos privar de muitas coisas. Principalmente quando saímos e vamos às festas, não posso tomar cerveja (ou só um copo) e tenho que me “contentar” com água. Então me aborreço, pois fica difícil me relacionar como antes. Mas é uma doença que merece ser cuidada, procurar se controlar, controlar os nervos, aceitar a doença, não abandonar o tratamento. Porque ela, descontrolada, prejudica cabeça, os olhos e, principalmente, aparecem tremores nas pernas.” (Felipe – 56 anos)

Dos dez informantes três pacientes enunciam um discurso menos amargo sobre o diabetes, como se já estivessem iniciados num processo de convivência com esta doença, em que a passagem da amargura à doçura é possível, quando outros horizontes se abrem.

“O diabetes, para mim, é uma doença que não prejudica, sabendo se cuidar. Não me impede de dançar, passear sempre contente. Não quero é ficar presa numa cama. Eu faço tudo, a única coisa que me deixa mais triste é que eu não posso mais fazer as guloseimas para os netos, então eu fico mais cuidadosa comigo, me preservo mais. Eu me sinto bem. Talvez, se eu não tivesse diabetes, poderia ter outra doença e poderia ter até já morrido.” (Susana – 53 anos)

“É uma doença provocada pela disfunção do pâncreas, aumentando a taxa de glicose no sangue. Ser diabético é aprender a ter hábitos diferentes de vida. É ter controle com a ânsia, a vontade de comer. É proibição. Antigamente me incomodava, agora eu já consigo me controlar. Controlando a doença é ter a minha vida mais saudável. Agora me sinto bem, pois procuro sempre seguir a dieta recomendada. Eu descobri que fazendo dieta e me controlando, eu tenho uma melhor qualidade de vida”. (Inês – 57 anos)

“Eu não posso me queixar porque tenho diabetes, pois eu posso sair, posso dançar, posso passear. Mas merece cuidado, como qualquer outra doença. Quase não me

queixo. Gosto de tudo. Ando, saio, caminho, gosto de viver por aí. A única coisa é que tenho que controlar na comida.” (Joel – 73 anos)

Mais leves menos amargos, estes discursos, na essência, também enunciam a dor de uma luta diária pela vida com qualidade, a partir do controle, do enfrentamento de proibições. São discursos que se reforçam com outro depoimento:

“Ser diabético é não desanimar da vida, não se acovardar com a doença. Não tenho que desanimar, se eu não tivesse diabetes, talvez teria outra doença pior. O que mais me interfere é que eu não posso dirigir, principalmente à noite. E no mais eu continuo trabalhando, lutando e nem pensando na doença. Mas tenho o olho embaralhado, às vezes fico moleirão, fico com as pernas fracas, fico cansado e tenho sempre vontade de sentar. Mas é só quando eu como de tudo, não controlo a comida.”

Para a indagação sobre a forma como descobriram que são diabéticos, os resultados foram os seguintes:

a) Apenas dois tiveram este conhecimento em situação de consulta médica e exames de rotina:

“Foi em 1994, quando fui fazer uma consulta de rotina. Tinha 52 anos.” (Carlos – 64 anos)

“Fazendo os exames, quando fui ao médico. Eu tinha mais ou menos uns 57 anos, quando descobri.” (Laura – 70 anos)

b) Outros cinco informantes ficaram sabendo que eram diabéticos a partir de alguns sintomas da doença (embora os ignorassem como tais) e que os levaram à busca do atendimento, médico:

“O meu marido ficou doente, então fiquei muito nervosa, parece que alguma coisa tinha acontecido comigo também, fiquei sempre tremendo, dias. Então disse para o médico, ele pediu para eu também fazer exame.” (Susana – 53 anos)

“Comecei a emagrecer, a ficar com as pernas trêmulas, a vista embaralhada de repente. Fui ao médico, receitou exames e deu que eu estava com diabetes, há três anos.”

(Felipe – 56 anos)

“Eu tinha muitos furúnculos, e então começou uma infecção no pé, que não cicatrizou rápido. Então fui ao médico, ele pediu exames e comprovou que eu tinha diabetes.

Isso aconteceu mais ou menos há vinte anos atrás.” (Raul – 75 anos)

“Eu estava ficando meio tonta, fui ao médico, ele me deu exames para ver se tinha diabetes.” (Flora – 56 anos)

“Quando fiz 60 anos. Mas eu acho que tenho isso desde novo. Fiquei internado uns 15 dias, o médico fez exame, deu que eu tinha diabetes.” (Lúcio – 73 anos)

c) Finalmente, três pacientes se descobrem diabéticos no contexto de outras doenças:

“Quando fui fazer endoscopia, eu estava com muita dor de estômago, até fiquei internado.” (Saul – 42 anos)

“Descobri que tinha diabetes em 1989, quando tive um infarto.” (Inês – 57 anos)

“Quando eu tive um derrame. Eu não fiquei com seqüela grave, só um pouco esquecido do braço. Mas, o restante, eu me viro com facilidade.” (Joel – 73 anos)

Outra preocupação norteadora da entrevista referiu-se a saber se, tomando conhecimento de sua condição de diabéticos, estes pacientes tiveram orientações sobre a doença, integraram-se a algum dos grupos de diabéticos, assumiram a decisão de buscar qualidade de vida pelo controle sistemático da doença e pela prática de alguma atividade física.

Nove informantes confirmaram sua participação em grupos de diabéticos, dizendo que aí recebem informações sobre a doença. E, além das orientações dadas nestes grupos,

pelos profissionais que neles atuam, receberam outras, dos médicos. Um dos informantes busca o auxílio da Pastoral da Saúde. A afirmação de que buscam saber mais sobre a doença através da televisão e da leitura de revistas e de livros vem registrada por outros cinco pacientes.

“Eu recebi orientações dos médicos, leio bastante sobre o assunto, vejo televisão e acompanho tudo sobre a doença.” (Felipe – 56 anos)

“Vejo a televisão e também participo das reuniões.” (Raul 75 anos)

“O médico falou, e eu também vejo na televisão.” (Flora – 56 anos)

“O médico explicou, eu procurei saber mais sobre a doença em livros e revistas.”
(Carlos – 64 anos)

“...aprendi muito com os médicos, revistas, televisão.” (Inês – 57 anos)

Quanto ao controle sistemático da doença, todos revelaram-se preocupados em fazê-lo, afirmando que é preciso seguir corretamente o que o médico determina. Preocupam-se em realizar exames periódicos, em observar uma dieta que possibilite qualidade de vida.

“Controlo ao máximo a comida.” (Inês – 57 anos)

“Na alimentação me cuido, e também faço exame de seis em seis meses.”. (Carlos – 64 anos)

“... E também controlando a comida, principalmente o leite, o café que eu gosto de tomar todo dia.” (Laura – 70 anos)

A prática de atividade física inclui principalmente as caminhadas e, em menor escala, outras nomeadas nos discursos que seguem:

“Faço hidroginástica, caminho, mas não é com frequência, duas a três vezes por semana.” (Felipe – 56 anos)

“Caminho sempre na beira do rio. Gosto de ir aos bailes e dançar bastante.”
(Raul – 75 anos)

“Caminho todos os dias e ando de bicicleta.” (Carlos – 64 anos)

“Caminhadas, venho ao centro e volto a pé. Ginástica, taichi-chuam uma vez por semana.” (Laura – 70 anos)

Mas há outros discursos:

“Ando quando vou para a cidade. Não gosto muito de exercício.” (Flora – 56 anos)

“Só faço servicinhos de casa, corto lenha, corto cana para o gado.” (Lúcio – 73 anos)

Um recorte das entrevistas indica que um dos informantes novamente silencia. É Saul, 42 anos. À pergunta “Participa de algum grupo de diabéticos?”, a resposta é “Não”. Para a interrogação “Faz controle? Como?” a resposta é “Sim”. Para “Pratica alguma atividade física?”, apenas diz “Não”. É uma relação dialógica que estabelece um quase-silêncio, comparada aos discursos dos outros nove pacientes diabéticos que enunciam um diálogo caloroso com o profissional de saúde, traduzindo a consciência de que:

Não existe uma pedagogia libertadora como prática do indivíduo encerrado em si mesmo, porque ela, como processo libertador, propõe o desenvolvimento conjunto de todos, em termos de prática em que a “solidariedade” se faz condição do desenvolvimento individual e social. (VOESE, 2004, p. 135).

O quase-silêncio é o discurso de quem, aos 42 anos, de si mesmo enuncia uma frase desafiadora para um processo de educação transformadora, de educação para a liberdade: “Fiquei velho”.

Uma outra etapa deste processo compreendeu uma seqüência de ações da equipe dos profissionais de saúde, sempre na direção da importância da interação e do inter-discurso com as vozes dos pacientes diabéticos. Esta etapa orientou-se pelos discursos enunciados nas falas emergentes do questionário 1, para desenvolver ações mediadoras, segundo os princípios

da educação libertadora, entrecruzando os dizeres dos pacientes diabéticos com os dos profissionais da saúde.

A nutricionista assim declara:

“Com relação ao trabalho de orientação nutricional a grupos de diabéticos, através da Secretaria municipal de Saúde de Tubarão-SC, utilizando o método “Contagem de carboidrato”, pude perceber que a eficácia deste método é proporcional ao grau de instrução formal do paciente. Dificuldades para realizar operações aritméticas constituem-se em fatores para a quantificação dos carboidratos.”

É a partir das dificuldades enunciadas pelo discurso dos diabéticos que a nutricionista reconhece que sua atuação mediadora não terá êxito, se for limitada ao interdiscurso. Há necessidade, também, de um processo de interação: *“Ficou evidente para mim que o método consegue deixar bem claro o processo de contagem de carboidratos, se a explanação for acompanhada de demonstrações.”*

A realização de oficinas, experiências práticas de contagem de carboidratos orientadas pela nutricionista, revela-se uma estratégia importante para que sejam atingidos os objetivos da educação transformadora. Ao tornar o aprendiz agente do processo de aprender, quem ensina promove confiança, coragem para a mudança. Aliar discurso e ação é o caminho para que se efetive a educação, como um processo de interdiscurso e de interação. As palestras introduzem o paciente diabético no conhecimento de sua condição, enunciando um discurso que visa a mudar o discurso que este paciente expressa em relação a si mesmo e à doença. É o que se depreende do testemunho da assistente social:

“É gratificante ver a expressão de contentamento das pessoas, quando entendem mais sobre sua condição em convivência com a doença. Quando adquirem conhecimento, o resultado é melhor qualidade de vida, na sociedade, na família, fazendo com que vivam de maneira mais prazerosa. Procuramos fazer com que as pessoas aceitem seu problema, sua

doença. Depois disso, os resultados são quase sempre para melhor. A diminuição das internações hospitalares e a diminuição das amputações de membros em pessoas diabéticas são visíveis depois do funcionamento do Programa. Os depoimentos de alguns pacientes mostram o quanto esse programa é importante, pois são orientações simples, mas de que muitos não têm conhecimento. Mas de uma coisa temos certeza: é muito, mas muito gratificante fazer parte deste trabalho, pois vemos resultados que emocionam.”

Na fala deste profissional merecem atenção as seguintes marcas discursivas: o envolvimento prazeroso com a ação junto aos pacientes, fazendo com que se fortaleça a relação dialógica; a crença no êxito do processo de educação, não como a conquista de méritos para quem ensina, mas sim como a descoberta, pelos pacientes diabéticos, de que a passagem da amargura à doçura é possível. Quando aprende a sabedoria para aceitar o que não pode ser de outra forma, uma doença irreversível; quando se reduzem os períodos de afastamento do convívio familiar e social motivado por internações hospitalares; quando o horror de ter partes do corpo mutiladas vai sendo afastado, então é possível acreditar na doçura de viver. O discurso dos pacientes diabéticos, no segundo questionário, aponta para esta direção.

Como primeiro aspecto a ser abordado neste segundo questionário, a conversa com cada um dos dez pacientes fez-se em torno da importância dos esclarecimentos dados pela equipe de profissionais como geradores de maneiras novas de convivência com a doença, com reflexos no convívio social. E os registros são os seguintes:

“Aprendi muitas coisas, muitos truques. Inventei algumas comidas. Como muitas frutas. Fiquei mais calma. A dieta é o segredo.” (Suzana – 53 anos)

“Aprendi a me cuidar. Troquei meus hábitos. Eu faço muito suco. Inventei muitas comidas que antes eu não dava bola. Agora eu troquei meus hábitos para ter mais qualidade

de vida. Aprendi mais sobre a doença, faço muito curso, então sempre fico por dentro das novidades.” (Inês – 57 anos)

“A gente sempre aprende, é bom saber alguma coisa para melhorar a vida da gente. E tenho filho moço e sempre é bom ficar cuidando. É bom saber para depois dizer para as outras pessoas que têm essa mesma doença que a gente. Agora posso sair e não me preocupar muito.” (Joel – 73 anos)

“Eu acho necessário este tipo de informação, porque a gente fica sempre lembrando o que tem que fazer. Eu acompanho os grupos e leio muito a respeito. As orientações foram valiosas. Só tem que segui-las.” (Felipe – 56 anos)

“Aprendi, mas é muito difícil fazer esta contagem. Não é sempre que dá tempo de fazer. Continuo fazendo as mesmas coisas. Eu acho que ficou igual.” (Raul – 75 anos)

“É ótimo, a gente aprende a viver. Sempre aprende coisas novas.” (Flora – 56 anos)

“Me ajudou bastante, eu sabia algumas coisas, mas agora eu sei mais. Só que contar, isso é uma barra, às vezes não dá certo. Tem que ficar só cuidando. Mas sempre muda, agora a gente não fica tão preso, dá mais vontade de comer de tudo, de sair mais. Bom, eu sempre saio bastante.” (Carlos - 64 anos)

“Sim, aprendi. Mas não achei mudança não. É muito difícil de ficar controlando. Acho que não mudou grande coisa, porque quando eu quero comer qualquer coisa, eu ‘como`.” (Lúcio – 73 anos)

“Aprendemos que podemos comer açúcar. É só saber se cuidar, usar as quantidades certas. E mudaram muitas coisas. Saio de casa mais vezes. Posso ir no clube de mães, no clube de idosos e tomar café com as amigas.” (Laura – 70 anos)

“Sempre é bom aprender, nunca é demais. Mas faço tudo o que fazia antes.” (Saul – 42 anos)

Para orientar a leitura do discurso destes pacientes diabéticos em seus relatos, torna-se oportuno citar Voese (2004, p. 135): “Não existe uma pedagogia libertadora do indivíduo encerrado em si mesmo, porque ela, como processo libertador, propõe o desenvolvimento conjunto, de todos, em termos de prática em que a solidariedade se faz condição do desenvolvimento individual e social.” E ainda: “Uma pedagogia libertadora toma como orientação que, apesar da determinação social e histórica da qual o indivíduo não tem como esquivar-se, ele pode atuar sobre ela”. (VOESE, 2004, p. 135).

Estas duas orientações, entre outras que Voese (2004) define como pressupostos para o que ele denomina como “educação dialogal e ativa”, contribuem para a percepção de traços importantes presentes no discurso dos diabéticos.

Saul tem 42 anos. No questionário 1, sua fala quase-silêncio pode ser entendida, entretanto, como um apelo, um grito de socorro: “Fiquei velho”. É pela associação à velhice carregada de formações ideológicas negativas que Saul enuncia seu desespero. No que relata no questionário 2, o quase-silêncio persiste, eloqüente, revelando um indivíduo “encerrado em si mesmo”, solitário. A fala é rápida, reconhece que é bom aprender, mas nada muda. E a mudança não vem, porque há uma condição social desfavorável: “*Procuro entrar na dieta, mas como sou motorista de caminhão, não é sempre que dá pra fazer na hora certa. Como todas as coisas: bolo, pão com doce. Não gosto de verduras, gosto de doce.*”

No primeiro questionário, Saul enunciou o discurso de uma grande amargura. No segundo, a amargura define-se como solidão: um homem na estrada, longe de casa, longe, quem sabe, da solidariedade, do aconchego de alguém que o ajude a conviver com o diabetes, aprendendo a não esquivar-se, a atuar sobre a doença, a descobrir que é possível reencontrar a doçura de viver, prazerosamente, sem doce. Saul representa um desafio, para si mesmo e para os profissionais de saúde: a vitória sobre o isolamento, quebrar as barreiras da solidão, num esforço de prática de “educação dialogal e ativa,” interdiscursiva, como palavra que ensina, e

interativa, sugerindo ações desenvolvidas no conjunto das pessoas com as quais Raul convive (familiares, profissionais da saúde, colegas de trabalho), o que supõe afeto, competência profissional e amizade, como pontos irradiadores de um novo compreender-se e enunciar-se, atuando sobre a amargura, para torná-la doce.

Entrecruzando a voz de Saul com as de outros pacientes diabéticos, encontradas na internet, alguns pontos merecem atenção:

Oi gente, eu nome é Igor e tenho 23 anos de idade e três anos de diabetes. Minha vida mudou completamente e só foi cuidados e moderação. Ser diabético não é fácil, mas também não é o fim do mundo, hoje em dia tem uma melhor qualidade de vida, até porque estou no 3º ano de Educação Física, que me ajuda em muito cuidar da doença e ser mais forte do que ela. Tem algumas coisas na vida que nos fazem viver, e eu sei que esta doença não é a pior que existe, mas nos torna tão frágeis e vulneráveis e devemos estar sempre fortes e dispostos para tratá-la. Poucas vezes entro em desespero com medo do que vai ser o dia de amanhã. Hoje participo de um estudo de uma nova insulina, que melhorou muito minha vida e acredito que nós diabéticos possamos ter ainda mais benefícios com o avanço dos estudos. Agradeço muito a uma maravilhosa pessoa, que acredito que se não estivesse comigo não teria tanta força para lutar, a minha namorada é parte essencial para o meu tratamento, pois se desenvolvi a doença pelo excesso de cobrança e/ou pelo stress do dia-dia da vida moderna, ela me dá muita paz e harmonia, fatores essenciais para um diabético. (ARTIGO-DEPOIMENTOS, 2005).

Segue uma outra fala, a de Cintya:

Olá!

Bem, contarei um pouquinho da minha história: descobri que tenho diabetes há pouco tempo, pouco mais de 8 meses. Comecei a emagrecer demais, muita sede, isso foi depois que perdi uma pessoa muito querida da família, meu avô, e acredito que tenha sofrido emoção demais, o que desencadeou a doença.

Eu procurei um médico que me encaminhou pra todos os exames de sangue, acusando que a glicose estava a 600. Logo fiquei internada, ainda sem saber direito o que eu tinha, já que me sentia bem! Foi um choque, eu não entendia nada sobre essa doença, já que só tinha alguns tios na família com isso. A enfermeira chegou com uma injeção dizendo que tomaria na barriga, eu não entendia nada. Fiquei uma semana internada para o controle total da glicemia, ajustar doses certas da insulina, aquilo tudo. Não sabia bem o que pensar, mais uma coisa era certa: teria que depender de injeções diárias pro resto da vida! Elas não machucam, mas fiquei meio louca com aquilo.

Foi difícil entender que a partir daquele momento não poderia mais comer doces, muito carboidratos... e que se não tratasse seriamente poderia ter complicações futuras como cegueira... Bem, eu teria que aceitar, de repente tinha uma doença e preferi pensar que poderia ser pior no caso de não se ter como tratá-la. Benditos sejam os que inventaram a insulina!!! Logo que saí do hospital eu engravidei. Por sorte nada afetou o meu bebê hoje estou com 30 semanas, o que corresponde a 6 meses de gravidez, muito feliz pô ter conseguido fazer controle do diabetes e deixar meu bebê longe de tudo isso...

Ainda meio assustada com a hora do parto, mas vou levando, faço terapia pra não enlouquecer tanto, e na verdade, acho que tenho sorte, muita, muita sorte por ter

uma pessoa do lado que me salvou disso tudo, que é meu companheiro e pai do meu bebê, e por viver! Viver mesmo com o diabetes é um grande presente!!!!
 Abraços!
 Amor
 Cintya (ARTIGO-DEPOIMENTOS, 2005).

Igor é um jovem de 23 anos. Cintya não diz a idade, mas é uma mulher em busca de caminhos para poder não enlouquecer e aceitar a condição de diabética. O mesmo aconteceu com Igor; em luta com a própria fragilidade, a vulnerabilidade, o medo e o desespero, mas reconhecendo que o diabetes é uma doença, mas não é a pior que existe.

O discurso desses dois pacientes não é de amargura, é de coragem e de muita consciência em face da gravidade da doença. É um discurso refratário aos tabus e à importância que nega mudança de hábitos, que nega esperança de qualidade de vida. É um discurso diverso daquele enunciado por Saul. A diferença pode ter raízes em relações de afeto: Igor atribui a força para lutar à namorada, parte essencial de seu tratamento que lhe transmite paz e harmonia. Cintya declara ter um companheiro, pai do bebê que ela espera, que a salvou da amargura. Por causa deste companheiro e do bebê, Cintya pode dizer que viver é um presente, apesar do diabetes. Saul enuncia-se solitário, não faz outra referência a relações afetivas, a não ser aquela em que se declara incapaz de fazer sexo.

Outras falas recortadas da internet também colocam em relevo a importância de o paciente diabético sentir-se amado, motivando-se para uma vida harmoniosa, em que não se perca a doçura da existência.

Precisei mudar minha forma de enfrentar a vida e suas adversidades para conseguir controlar o diabetes. Aprendi a controlar “meus nervos” e evitar me aborrecer (ou melhor, tentar não me aborrecer!). Continuo insulino-dependente, mas, como disse, isso não é problema, pois me permite uma liberdade que antes não tinha. Não tenho seqüelas e minhas taxas glicêmicas estão dentro dos valores permitidos. Agradeço a Deus a minha namorada Kelly, e a meus filhos Gustavo e Fernanda por me ajudarem em todos momentos e por fazerem feliz realizado. (www.fernando-luiz.kit.net). Nos meus 25 anos convivendo com o diabetes, me sinto feliz, sinto que posso derrubar qualquer barreira que aparecer, pois acredito em mim, no poder que tenho sobre a minha vida... Eu me respeito e me amo, em primeiro lugar. Já passei por várias situações constrangedoras ao longo dos 25 anos de diabetes (desde a Escola até perder emprego), mas nunca perdi a fé. Tenho uma família maravilhosa que me ama, me apóia e me ajuda e que me ensinou e ainda ensina muito. (ARTIGO-DEPOIMENTOS, 2005).

Acho que devido ao cansaço do dia-a-dia e à má alimentação, adquiri diabete tipo 1. Na minha família não existe nenhum caso além do meu. Descobri há 2 anos e 3 meses, quando fiz uma cirurgia de apêndice. De lá pra cá, minha vida mudou bastante. Quase entrei em depressão, isso só não aconteceu porque tenho um companheiro nota 10, que me apoiou em tudo e me deu a maior força. (ARTIGO-DEPOIMENTOS, 2005).

Voese (1998, p. 43) considera que o discurso “não é apenas determinado pelo que é e ocorre no complexo social, como também, num movimento refratário, viabiliza sistemas de referência.” Esta afirmação relaciona-se a uma outra, em que o mesmo autor supracitado afirma que o discurso “é heterogêneo, porque reflete a multifacetação cultural do tecido social: há diferentes sistemas de referência que possibilitam múltiplos sentidos em dada formação social”.

Toda a coragem enunciada nas falas desses pacientes que fazem seus relatos na internet vem sustentada por alguns sistemas de referência, além daquele construído pelo afeto. Uma das referências é exatamente a consciência de que o diabetes é uma doença grave, sem cura. Não há ilusões sobre a condição de diabético, e é daí que nascem outras referências: o otimismo, “porque poderia ser pior no caso de não ter como tratá-la. Benditos sejam os que inventaram a insulina!!!! (Cintya); a fé em si mesmo, o respeito e o amor pelo que se é expressa na voz a dizer “me sinto feliz, sinto que posso derrubar qualquer barreira que aparecer, pois acredito em mim, no poder tenho sobre a minha vida... Eu me respeito e me amo, em primeiro lugar.”

Nas falas dos pacientes do grupo de diabéticos de Tubarão, as referências são outras, demonstrando a heterogeneidade dos discursos, porque o tecido social de que se recortam estas vozes é diferente daquele em que se enunciam os outros dizeres, colhidos na internet. Uma coisa é ser jovem como Igor, como Cintya, como Fernando, como os outros ainda capazes para tantas coisas: amor, trabalho, esporte, maternidade. Outra coisa é ter “envelhecido”, seja pela idade, seja por assim compreender-se, como o fez Saul.

O envelhecimento traz o risco da solidão. No grupo dos dez pacientes diabéticos informantes, Joel, Raul, Carlos e Lúcio acham difícil fazer o controle de carboidratos. Joel, Raul e Lúcio têm mais de 70 anos. Raul não enxerga direito. Carlos tem 64 anos, mas também acha complicado. Nenhum deles deixa entrever que alguém se solidariza com esta dificuldade, prestando ajuda. É como se estivessem envoltos num tecido social cujas referências são abandono, insensibilidade às limitações do idoso.

Aqui vale registrar o trabalho dos agentes de saúde, reunidos em equipe, cada uma das quais acompanhando um grupo de famílias, mensalmente. Nos casos mais graves, quando os pacientes não têm condições de deambulação, o paciente diabético, em sua residência, é assistido pelo médico e pelo enfermeiro. Esta relação dos profissionais de saúde permite verificar aspectos da convivência do diabético com a realidade familiar, muitos deles bem pouco desejáveis e inibidores de um processo de educação transformadora.

Mas, em meio às dificuldades, também há referências de otimismo, embora enunciado de forma mais contida. Joel diz que se atrapalha para contar carboidratos, “não sei se é porque tô velho”, ainda gosta de doce, mas há o esforço: “uso mais pão d’água agora”.

Felipe revela uma certa felicidade:

“Surpreendeu que eu posso comer doces, só que tenho de saber contar/anotar todos os alimentos que vou ingerir durante o dia, para não aumentar minha glicose.” (Felipe – 56 anos)

Estar consciente é uma referência que vai trazer novos hábitos alimentares: pão de centeio, leite desnatado, carnes magras, verduras, frutas (só o necessário). O mesmo acontece com Raul, 75 anos e enxergando pouco, mas querendo transformar a existência:

“Eu quase não enxergo para contar as embalagens. Eu não estou fazendo assim certo, só estou diminuindo um pouco. Uso pão de padaria, às vezes de centeio. Procuro comer muitas frutas, eu gosto muito de mamão.”

Também assim é com Suzana, Inês, Joel, Flora, Carlos, Lúcio, Laura. Nenhum deles conseguiu desvencilhar-se da apologia da doçura. Cada um deles, porém, a seu modo, faz seu esforço e enuncia um discurso permeado de sinceridade. Indagados sobre o tipo de alimentos que passaram a incluir na alimentação após a orientação sobre a contagem de carboidratos, deram as seguintes respostas:

“Proteína de soja, pão de centeio, muita, muita fruta e verdura e balinha, uma vez por semana.” (Suzana – 53 anos)

“Eu aprendi que posso comer doce sempre que eu quiser, só que tenho que saber quando comer. Faço minha dieta com rigor. Utilizo muita verdura nas refeições. Tomo bastante líquido. E faço caminhadas todos os dias.” (Inês – 57 anos)

“Uso mais o pão d’água agora. Mas ainda gosto de doce, agora mais do que antes. Sempre depois do meio-dia eu tenho que comer um doce. Qualquer coisa, desde que seja doce.” (Joel – 73 anos)

“Continuo comendo, só em menor quantidade. Pão de centeio, leite desnatado, bolo só no final de semana, abuso um pouco.” (Flora – 56 anos)

“Pão light, aprendi a comer. Tenho que ver se melhoro, porque eu não quero virar um trapo velho.” (Carlos – 64 anos)

“De tudo. Como as mesmas coisas, só que como mais pouco.” (Lúcio – 73 anos)

“Quando a gente se acostuma, tudo bem. Não fica tão penoso. Antes era ruim. Agora parece que dá vontade de comer de tudo: bastante salada, laranja, pão doce. Ainda não dispensei o pirão de feijão.” (Laura – 70 anos)

Na concepção de Voese (1998) o arquivo é um universo significativo que possibilita à linguagem traduzir os anseios de sobrevivência da humanidade. Esta noção de arquivo faz com que retornemos a questões já desenvolvidas nesta pesquisa.

Uma delas é enunciada pelo dizer de Humbert (1977, p. 20) ao referir-se à história também inacabada e cujo enredo precisa ser modificado pela coragem de transformar amargura em doçura. Essa coragem muitas vezes ainda pode parecer tímida, mas já é coragem, embora o tecido social venha marcado por formações ideológicas adversas: a velhice como negatividade, acolher um processo de educação transformadora, quando se tem mais de setenta anos significa uma referência positiva: a certeza de que se é inacabado e de que levar à frente a própria história é o acontecimento enunciador da vida.

Estas reflexões é que nos encaminham às considerações finais, entendendo as vozes entrecruzadas dos pacientes diabéticos, os de Tubarão e os da internet, com as dos profissionais de saúde, não como um “discurso lenificador” no dizer de Freire, citado por Humbert (1977), mas como palavra que lava, refratária aos tabus, ao medo, ao desespero, ao imobilismo, às superestruturas, quando atuam como forças de opressão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ora, o senhor Deus tinha plantando, desde o princípio, um paraíso de delícias, no qual pôs o homem que tinha formado. E o Senhor Deus tinha produzido, da terra, toda a casta de árvores formosas à vista e de frutos doces para comer; e a árvore da vida, no meio do paraíso e a árvore da ciência do bem e do mal. (GÊNESIS, 2,8-9, p. 26-27).

Contam que o Diabo ficou doente de inveja, quando Deus criou Adão e Eva, seus seres mais perfeitos, e decidiu se vingar. Destruindo-os, é claro. Mas tinha que ser lentamente, de um jeito bem sutil, bem inocente, para ninguém desconfiar, e com alguma coisa muito gostosa.

Inventou o açúcar. E foi logo espalhando um pouco na terra, de forma que muitos de seus rebentos passaram a ter um gostinho bem doce. É aí que tem origem o episódio da maçã (HIRSCH, 1998, p. 5).

Esta parte do relato bíblico, associada à criação da humanidade e descrevendo o espaço paradisíaco destinado a Adão e Eva, constitui-se como um discurso enunciador da destinação da humanidade à existência num “paraíso de delícias”, onde teria à disposição “frutos doces para comer”. Prazer, beleza, doçura de existir, estes seriam os sentidos da vida humana.

Dando um outro rumo à narrativa bíblica, na lenda do açúcar, o diabo inverte a doçura preparada pelo Senhor, e ela se torna culpa.

Entre o que o Criador preparou para Adão e Eva e a invejosa e sutil intromissão do Diabo, situa-se o nascimento da amargura, destino da humanidade, sempre dividida entre a felicidade e a dor.

Ao concluir esta dissertação, é a partir das duas narrativas envolvendo a origem da humanidade que serão formuladas algumas considerações finais, decorrentes dos discursos

enunciados no contexto dos pacientes diabéticos e dos profissionais de saúde que integram o universo da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, alvo da pesquisa, bem como dos outros discursos dos pacientes diabéticos, cujos depoimentos foram retirados da Internet.

Uma primeira consideração refere-se ao estado de amargura que se constitui num desafio sem trégua, imposto cotidianamente ao paciente diabético. O relato do Gênesis é a instituição da felicidade como prerrogativa da vida humana. Mas, atingido pela doença, o diabético tem negadas as delícias paradisíacas e vive entre felicidade e infelicidade, numa situação contraditória, pelas razões que seguem:

- a doença traz um complexo de dores e falências de ordem física;
- a debilidade física gera fragilidades emocionais, com frequência agravando-se em estado de depressão;
- enquanto, em outras doenças, o paciente é “acarinhado” pelo estímulo à comida, que inclui, em geral, as guloseimas, no caso do diabetes *mellitus*, ocorre o inverso: a restrição ao comer, ao “consolo de uma bala”, formação ideológica que desde a infância sustenta o discurso da apologia da doçura. Quantas vezes, ao gesto de enxugar as lágrimas de uma criança, o adulto associa a oferta de uma bala, de um chocolate, de um doce;
- o diabético tem o conhecimento do “bem e do mal”, sabe que a doçura nega-lhe a condição paradisíaca, que seu estado de felicidade é sempre fundado na luta para vencer a tentação sutil e inocente dos prazeres da mesa que, entretanto, são legitimados, celebrados pela sociedade, pela família.

Estas razões, cuja enunciação ficou bem marcada nos discursos dos pacientes diabéticos chamam a atenção para a necessidade de um envolvimento efetivo da família no processo de educação transformadora, com objetivo de qualidade de vida, apesar da doença.

Se nas falas dos pacientes que disponibilizam depoimentos na Internet ficou claro que, ter alguém ao lado, solidário na luta que a mudança de hábitos impõe, representa uma contribuição valiosa para a conquista da vitória, dia após dia. Mas as vozes dos dez pacientes diabéticos do município de Tubarão, ao contrário, grande parte, revelaram pessoas solidárias, num caminho muito difícil e pontuado de limitações.

Saul, por exemplo, é caminhoneiro. Sem o aconchego da família, ao longo de tantas estradas, num estado de profundo desânimo, como está enunciado em seu discurso, que condições encontra para a convivência com a luta diária em busca da qualidade de vida?

Flora cuida dos netos, teve que “deixar de trabalhar”, “só” fica em casa. O “só” enuncia a imposição que a doença fez de renúncia ao trabalho fora de casa, deixando entrever que perdeu espaços dialógicos com o mundo externo. Cuida dos netos, apesar da fraqueza, mas não se refere a alguém, na família, que “cuide” dela mesma, quase cega, com um corpo que cansa muito rápido, aos 56 anos. É em si mesma que precisa encontrar “paciência”, para seguir em frente.

Outra questão a ser considerada, a partir dos discursos dos diabéticos e que permite entrever a solidão que os cerca na família é a declaração de que a contagem de carboidratos torna-se quase impossível pela deficiência visual. Nenhum deles registrou a solidariedade de alguém da família que os auxilie neste processo tão fundamental à qualidade de hábitos que os reconciliem com uma alimentação sem culpa.

E daqui nasce uma outra consideração: quando se referem ao esforço pela descoberta de novos modos de alimentação, os discursos dos pacientes também indicam que é um esforço solitário. Nenhum deles enuncia a solidariedade da família, o companheirismo de se promover, no conjunto, a substituição de padrões alimentares por outros mais saudáveis, até mesmo como prevenção à doença. É muito difícil persistir nas escolhas que exigem renúncia, força de vontade, quando as condições do contexto em que se vive não são

solidárias, quando, de um “jeito bem sutil, bem inocente e com alguma coisa muito gostosa” (HIRSCH, 1998, p. 5), exercem uma força que corrói as condições de perseverança. O “açúcar” espalhado por toda parte na família, na sociedade, seduz, tenta, impulsiona à queda, traz a amargura da culpa.

Neste sentido, o desenvolvimento desta pesquisa dá ênfase a uma questão: não basta a relação dialógica com o paciente diabético, não basta o “querer” de quem está doente. É preciso sensibilizar a família do paciente, para que também ela queira imergir num processo de educação transformadora, solidária com o desejo e o esforço de um pai, uma mãe, um esposo, uma esposa, um filho, uma filha, vítima de uma condição existencial contraditória, avessa ao destino humano à felicidade.

É então que outras considerações devem ser acrescentadas às que já estão formuladas até aqui. São reflexões agora relacionadas à conduta discursiva como mediação dialógica e ‘amorosa’ entre os profissionais de saúde e os pacientes diabéticos e suas famílias e que retomam a importância da psicologia do corpo social.

Fundada em dois pontos de vista diferentes (o ponto de vista dos temas que se constituem temas num determinado tempo e espaço da sociedade e o ponto de vista das formas de discurso modalizadores dos temas) a psicologia do corpo social constitui-se como um tecido que se faz da interação, de relações dialógicas entre signos socialmente marcados e o ser individual em mútua influência, como geração de consciência crítica, como refração a hábitos, a tabus, a modos de vida marcados pela acomodação. Mediar rupturas, desinstalar o que parece ser imutável, irremovível, constitui-se um dos princípios da educação transformadora.

No que diz respeito aos dez pacientes diabéticos do Município de Tubarão e suas famílias, os quais constituem um corpo social e que, ao mesmo tempo, são englobados por um espaço de relações dialógicas bem mais amplos, na sociedade como um todo, a atuação dos

profissionais de saúde junto aos mesmos precisa significar-se através de atitudes discursivas mediadoras de educação transformadora.

Nos discursos dos dez pacientes foi silenciada a relação cotidiana que se estabelece entre eles e seus familiares. Como já foi indicado anteriormente, as falas sugerem ausência de solidariedade: pressupõe-se que não há quem os auxilie na contagem de carboidratos, mesmo quando o paciente é de idade avançada; pressupõe-se, também, que o esforço no sentido da mudança de hábitos alimentares é solitário.

Aqui um outro aspecto deve ser considerado: o discurso da equipe dos profissionais de saúde também não é revelador de processos de interação e interdiscurso mediadores de ações solidárias das famílias junto aos pacientes diabéticos. Houve o entrecruzamento das vozes dos profissionais de saúde com as dos dez pacientes, mas as vozes das famílias, corpos sociais tão importantes na existência humana, foram silenciadas.

A equipe dos profissionais de saúde realiza visitas domiciliares aos pacientes diabéticos, no sentido de acompanhamento das condições em que cada um deles vive, as quais, muitas vezes, são precárias, tanto em níveis econômico-sociais, como culturais e afetivos. Através das visitas, com frequência, percebe-se um 'cansaço' dos familiares, relativo à convivência com o diabético e seus conflitos, suas dores e limitações físicas, sua doença sem cura. A situação irreversível traz a ameaça da 'resignação' da acomodação, dos tabus.

Amplia-se, desse modo, o universo que desafia condutas discursivas mais eficazes por parte dos profissionais de saúde. O paciente diabético e seus familiares precisam ser amorosamente envolvidos no processo de educação libertadora, aprendendo novas formas de conviver com o diabetes *mellitus*, novas linguagens, refratárias ao desânimo, ao cansaço, à acomodação.

Então conclui-se que as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde fazem, precisam ressignificar-se e mediar a promoção de outras ações. Como sugestões,

apontam-se: reuniões, palestras e grupos de discussão envolvendo pacientes e familiares; atendimento psicológico individual e em grupo, incluindo terapia, técnicas orientais aplicadas, não apenas aos doentes, mas também aos familiares; montagem de uma cozinha onde, com a orientação de nutricionistas, pacientes diabéticos e familiares realizem oficinas de culinária, como demonstração prática de que é possível passar da amargura à doçura, apesar de “o Diabo ter ficado doente de inveja”, quando viu que o “Senhor Deus tinha plantado um jardim de delícias” para o homem.

Reuniões, palestras e grupos de discussão permitem o entrecruzamento de discursos. É a voz do paciente que passa a ser ouvida, também, pela família, numa enunciação que muitas vezes se perde no ‘cansaço’ das relações cotidianas. É a voz dos familiares, que também enuncia tabus, angústias, inseguranças, dissabores e conflitos vivenciados no convívio diário, com frequência repleto de culpas: a culpa de quem transgride e a culpa de quem se põe a vigiar, a proibir. É um jogo que cansa, que esvazia afetos. Na enunciação desse jogo, ganha importância a conduta discursiva do profissional da saúde, como alguém que escuta, que dá voz ao outro e que se dispõe a ouvir, com a consciência de quem sabe que “todas as mágoas são suportáveis, quando fazemos delas uma história ou contamos uma história a seu respeito” (DINESEN *apud* ARENDT, 1993, p. 188).

As reuniões e os grupos de discussão devem realizar-se de duas formas: só com os pacientes diabéticos ou só com os familiares e também de outro modo, reunindo os pacientes e as famílias, na mesma reunião, num mesmo encontro do grupo.

O primeiro modo propicia a espontaneidade dos relatos, da apresentação dos problemas e conflitos vivenciados, evitando constrangimentos, tanto dos pacientes, quanto dos familiares, possibilitando que se comuniquem a si próprios e não apenas uma imagem ‘sob censura’, que pode advir do fato de se sentirem vigiados em suas falas. O segundo modo enfatiza a conduta discursiva do profissional de saúde, mediando relações dialógicas entre os

pacientes e seus familiares, em busca da solidariedade, para que o convívio do paciente diabético no seio da família passe do medo sentido de laços de sangue ou de laços contratuais para significados de laços de afeto, de uma convivência humanizada, amorosamente doce.

É uma conduta discursiva mediadora, que se torna mais eficiente, quando a atuação do profissional de saúde também se empenha em mudança, objetivando outras estratégias, além de palestras, reuniões e grupos de discussão. Inclui-se aqui o atendimento psicológico, não só aos pacientes, mas também aos familiares, complementado por terapia, endoterapia e técnicas orientais como processos de reencontro do paciente consigo mesmo e com os familiares, recompondo elos tantas vezes rompidos.

Além disso, uma outra estratégia pode assumir grande valor, como processo mobilizador de interdiscurso e interação, fazendo nascer solidariedade no convívio do paciente diabético com seus familiares. É a montagem de uma cozinha, com equipamentos básicos para a realização de oficinas de culinária, onde os pacientes e suas famílias reinventem o prazer da alimentação, sem culpa. Experimentar novas receitas, inventar outras, descobrir a doçura de preparar alimentos, em comunhão de esforços que buscam a qualidade de vida. Tais oficinas podem transformar-se em momentos de alegre convívio: cozinhar e contar piadas, por exemplo, que o riso também cura tristezas; cozinhar e cantar, que “quem canta seus males espanta”; cozinhar e, depois, sentar-se à mesa, todos saboreando o mesmo alimento, vencendo preconceitos e tabus, sem que ninguém se sinta à margem de um momento tão especial, que é o da refeição. Aí estará, como liderança, um profissional de nutrição, mas não só. A participação de toda a equipe é importante, nesta e em todas as outras ações, para que não haja isolamentos geradores de caminhos paralelos.

As sugestões aqui apresentadas querem dizer que concluir esta dissertação não significa colocar um ponto final ao processo desenvolvido junto aos diabéticos. Ao contrário, esta foi uma etapa inicial, que projeta continuidade nas ações sugeridas, E mais ainda: quem

sabe o texto desta dissertação se torne um espaço de diálogo, acrescentando vozes solidárias, sensíveis à dor alheia, contribuindo para que a sociedade, corpo social, como um todo, enuncie outros dizeres em que a apologia do açúcar ceda lugar à apologia da vida com saúde, com qualidade.

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- ARTIGO-DEPOIMENTOS. Disponível em: <www.diabetes.org.br>. Acesso em: 24 maio 2005.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo, Hucitec, 1986. (Dialogismo, polifonia, intertextualidade em torno de Mikhail Bakhtin).
- _____. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Edições Paulinas, 1980.
- COELHO NETO, Antero. **Manual do equilíbrio metabólico**. Petrópolis: Vozes; Fortaleza. Fundação Educacional Edson Queiroz, 1973.
- EGRY, Emiko Yoshikowa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.
- FELISBINO, Janete Elza. **Saúde da família: planejando e programando a saúde nos municípios**. Tubarão: Editora Unisul, 2000.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio século XX**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
- FRANCIONI, F. Ferreira. **Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes *mellitus***. Florianópolis, 2002.
- FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- _____. **Alfabetização: leitura da palavra leitura do mundo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
- GUYTON, Arthur C.; HALL, John. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- HIRSH, Sonia. **Sem açúcar com afeto**. 11. ed. Rio de Janeiro: Lidador, 1998.

- HUMBERT, Colette. **Consciencialização, a experiência e a investigação de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1977.
- INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE. **Manual de condutas médicas**. Brasília: Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde, 2002.
- LIMA, Venício Arthur de. **Comunicação e cultura: as idéias de Paulo Freire**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- MALERBI, Domingos A. **Evolução crônica do diabetes mal controlado**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 1995.
- MAZZAFERRI, Ernest de. **Endocrinologia**. Traduzido por Amélio Fernando de Godoy Matos. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- NETTER, Frank H. **Sistema endócrino e doenças metabólicas selecionadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 1999.
- OPPENHEIM, Renato. **Fiquei diabético e agora?** São Paulo: Saraiva, 1995.
- PETZOLDT, Rüdger. **Diabetes: seu ajuste correto, como manter-se produtivo, como evitar complicações**. Rio de Janeiro: Krauel, 1981.
- POVOA, Luiz César. **Perfil do diabético que procura o consultório**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 1998.
- RAUEN, Fábio José. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Editora Unisul, 2002.
- SANTANA, Maria da Glória. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades**. Florianópolis: Editora Universitária UFPel, 2000.
- VOESE, Ingo. **Análise do discurso e o ensino de Língua Portuguesa**. São Paulo: Cortez, 2004.
- _____. **Sobre as noções de língua e discurso**. Texto.
- _____. **O movimento dos sem-terra na imprensa: um exercício de análise do discurso**. Ijuí: Editora Unijuí, 1997.
- YVGOTSKY, Lev Semenovich. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- WADA, Liria Yuriko. **Contagem de carboidratos**. São Paulo: Atheneu, 2003.

ANEXOS

ANEXO A – Tabela de Carboidratos

MODO DE CONSULTA DA TABELA

É muito simples consultar esta tabela. Todos os alimentos estão apresentados em ordem alfabética.

Exemplo: ao consultar a tabela sabemos que 100g de biscoito de polvilho contém 80g de carboidrato, mas a porção a ser ingeridas é de 30g de biscoito, então:

100g de biscoito 80g de carboidrato (HC ou CHO)

30g de biscoito X

X = 24g de carboidrato (HC ou CHO).

Sabemos que 30g de biscoito de polvilho contém 24g de carboidrato (HC ou CHO)

CALORIA X CARBOIDRATO

Lembre-se sempre que a quantidade de carboidrato do alimento é diferente da quantidade de calorias.

A quantidade de calorias é a quantidade de energia que um determinado alimento pode gerar ao ser metabolizado (“quebrado”). No exemplo acima, 100g do alimento “X” geram 180 kcal.

A quantidade de carboidrato expressa o quanto (g) do nutriente carboidrato um determinado alimento contém. No exemplo acima, 100g do alimento “x” contém 8g (g) de carboidrato.

GRAMAS DE PESO X GRAMAS DE CARBOIDRATO

Vale repetir e enfatizar: o carboidrato é medido em gramas (g). Não confunda os gramas de carboidrato com os gramas do peso do alimento. Exemplo: uma colher de arroz cheia pesa 45g e contém 14,5g de carboidrato.

RÓTULO, UM GRANDE ALIADO!

O rótulo dos alimentos sempre contém informações sobre a quantidade de carboidrato por porção. Lembre-se:

Carboidrato = CHO = glicídio = Hidrato de carbono (HC).

Exemplo de rótulo:

Informação Nutricional	
Valores médios em 100g do produto*	
Energia	140kcal
Proteínas	8g
Glicídios	8g
Lipídios	8g
Fibra alimentar	1,5g

No exemplo acima, sabemos que 100g do alimento contêm 8g de carboidratos, mas a nossa porção é de 180g:

É só fazer uma regra de três:

100g de alimento 8g carboidrato (HC)

180g de alimento X

Assim: X= 14,5g de carboidrato (HC).

Alimento	Peso	Medida Caseira
Abacate	100g	1 unidade media 1 unidade pequena 1 copo requeijão cheio picado 1 copo pequeno cheio picado
	430g	
	370g	
	200g	
	130g	
Abacaxi	100g	1 fatia grande 1 fatia média
	190g	
	75g	
Abacaxi em calda	100g	1 fatia media 1 fatia pequena
	64g	
	30g	
Abóbora cozida	100g	1 colher sopa cheia
	36g	
Abóbora refogada	100g	1 colher sopa cheia
	30g	
Abobrinha cozida	100g	1 colher arroz cheia
	70g	
Abobrinha refogada	100g	1 colher de arroz cheia
	70g	

Acerola	100g 12g	1 unidade
Açúcar	100g 5g	1 colher de chá cheia
Agrião	100g 7g	1 colher de sopa cheia
Agrião refogado	100g 50g	1 colher de arroz cheia
Água de coco	100ml 240ml	1 copo requeijão 9g
Aguardente	100ml 50ml	1 dose - 0g
Aipim frito	100	1 pedaço médio
Almôndega	100g 30g	2 unidades médias 1 unidade pequena
Ameixa vermelha	100g 16g	1 unidade média
Amêndoa	100g 1g	1 unidade
Amendoim caramelizado	100g 20g	1 pacote pequeno
Angu	100g 60g	1 colher arroz cheia
Arroz à grega	100g 45 g	1 colher de arroz cheia
Arroz cozido	100g 45g	1 colher de arroz cheia
Arroz doce	100g 40g 120g	1 colher de sopa cheia 1 pires
Arroz integral	100g 40g	2 colheres sopa
Aveia em flocos	100g 15g	1 colher de sopa cheia
Azeitona	100g 3g 4g	1 unidade média preta 1 unidade média verde
Batata inglesa frita	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Batata inglesa sauté	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Batata palha	100g 70g	1 escumadeira
Batidas	200ml	1 copo médio
Berinjela ensopada	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Beterraba	100g 80g	1 unidade pequena
Bife à milanesa	100g 80g	1 unidade média
Bife de fígado	100g	1 unidade média
Bife à parmegiana	100g 150g	1 unidade média

Biscoito água e sal	8g 24g	1 unidade 3 unidades
Biscoito amanteigado	4g 12g	1 unidade 3 unidades
Biscoito de polvilho	100g 40g 3g	1 pacote rosca 1 unidade rosca
Biscoito maisena São Luiz	5g 15g	1 unidade 3 unidades
Biscoito Maria	6g 18g	1 unidade 3 unidades
Biscoito Passatempo Colorido	100g 180g 6,2g	1 pacote 1 unidade
Biscoito Salclic tradicional	100g 200g 5g	1 pacote 1 unidade
Biscoito wafer Parmalate morango	100g 160g 7,5g	1 pacote grande 1 unidade
Bisnaguinhas	100g 15g	1 unidade
Bolinha de queijo	100g 10g	1 unidade pequena
Bolinho de arroz	100g 40g 60g	1 unidade média 1 unidade grande
Bolo banana	100g 70g	1 fatia média
Bolo chocolate	100g 60g	1 fatia grande 1 fatia média
Bolo cenoura	100g 60g	1 fatia grande 1 fatia média
Bolo de milho	100g	
Bolo simples	100g 60g	1 fatia grande 1 fatia média
Brigadeiro	100g 30g 15g 10g	1 unidade grande 1 unidade média 1 unidade pequena
Brócolis	100g 10g	1 colher de sopa cheia
Cachorro-quente	100g 125g	1 unidade média
Café c/leite s/açúcar	200ml	1 xícara chá cheia – 7g
Café com leite c/açúcar	200ml	1 xícara chá cheia - 17g
Café solúvel	1,5g 4g	1 colher de chá – 0,5g 1 colher de sopa cheia – 1,4g
Cajuzinho	100g 40g 25g 12g	1 unidade grande 1 unidade média 1 unidade pequena
Caldo de cana	100ml 240ml	1 copo requeijão

Caldo de carne Maggi	23g	1 unidade
Caldo de galinha Maggi	23g	1 unidade
Camarão	100g 30g	1 unidade grande
Canja	100g 130g 60g	1 concha media cheia 1 concha pequena cheia
Canjica	100g 120g	1 concha média cheia
Carambola	100g 80g	1 unidade pequena
Carne ensopada /legumes	100g 70g 35g	1 colher de arroz cheia 1 colher de sopa cheia
Carne moída	100g 60g	1 colher de arroz cheia
Cebola	100g 10g 6g 70g	1 colher de sopa cheia picada 1 fatia média 1 unidade média
Cenoura cozida	100g 25g	1 unidade média 1 colher de sopa cheia picada
Cenoura crua	100g	1 unidade média
Cereal em barra banana Nutry	25g	1 unidade
Cereal em barra Neston Banana, aveia e mel	25g	1 unidade
Cerveja	100ml 290ml	1 tulipa – 11g
Chambinho	45g	1 unidade
Chocolate com leite	30g	1 barra pequena
Chocolate em pó	100g 15g	1 colher de sopa cheia
Chuchu à milanesa	100g 90g	1 fatia grande
Chuchu refogado	100g 25g	1 colher de sopa cheia picada
Coca-cola	100ml 240ml 350ml	1 copo requeijão – 25 g 1 lata – 36g
Coco ralado	100g 9g	1 colher de sopa
Corn Flakes	100g 30g	1 xícara
Coxinha de galinha	100g 25g 50g 110g	1 unidade pequena 1 unidade média 1 unidade grande
Creme de leite	100g 15g 300g	1 colher de sopa rasa 1 lata
Cremsgema chocolate	100g 20g	1 colher sopa cheia
Diet Shake	100g 30g	1 porção

Dobradinha (buchada)	100g 35g	1 colher de sopa
Doce de leite	100g 40g	1 colher sopa
Doce de leite diet	100g 25g	1 colher de sopa
Empadinha	100g 12g 55g	1 unidade pequena 1 unidade média
Ervilha em conserva	100g 27g	1 colher sopa cheia
Esfirra	100g 80g	1 unidade média
Espinafre	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Fanta laranja Diet	100ml 240ml 350ml	1 copo requeijão – 2g 1 lata – 3,5g
Fanta laranja	100ml 240ml 350ml	1 copo requeijão – 28g 1 lata – 42g
Farelo de trigo	100g 9g	1 colher de sopa cheia
Farinha de mandioca	100g 32g	2 colheres sopa
Farofa	100g 20g	2 colheres de sopa rasa
Farofa com lingüiça	100g 15g	2 colheres sopas rasas
Feijão	100g	1 colher de sopa cheia
Frango à milanesa	100g 140g 190g	1 filé pequeno 1 filé média 1 filé grande
Fubá	100g 20g	1 colher sopa
Gelatina	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Gérmen de trigo	100g 10g	1 colher de sopa
Goiaba	100g 225g 170g	1 unidade grande 1 unidade média
Grão-de-bico cozido	100g 22g	1 colher de sopa cheia
Guaraná	240ml 350ml	1 copo requeijão – 19g 1 lata – 28g
Hambúrguer (só carne)	100g 56g	1 unidade média
Iogurte	100g 140g	1 unidade pequena
Jabuticaba	100g 5g 120g	1 unidade 1 copo pequeno cheio

Kiwi	100g 76g	1 unidade média
Laranja (média de todos os tipos)	100g 90g 180g 290g	1 unidade pequena 1 unidade média 1 unidade grande
Leite c/Nescau	100ml 240ml	1 copo requeijão – 31g
Leite condensado	100g 395g	1 lata
Leite de vaca integral	100ml 240ml	1 copo requeijão – 11g
Limonada com açúcar	100ml 240ml	1 copo requeijão – 25g
Língua bovina ensopada	100g 30g	1 fatia média
Lingüiça calabresa	100g 40g	1 unidade
Maçã	100g 80g 130g 200g	1 unidade pequena 1 unidade média 1 unidade grande
Macarrão	100g 280g	1 pegador 1 prato fundo raso
Macarrão ao alho e óleo	100g 110g	1 pegador
Macarrão ao sugo	100g 110g	1 pegador
Macarrão à bolonhesa	100g 110g	1 pegador
Maionese industrializada	100g 27g	1 colher de sopa cheia
Maisena	100g 20g	1 colher de sopa cheia
Mamão	100g 170g 290g	1 fatia pequena 1 fatia média 1 fatia grande
Mamão papaia	100g 270g	1 unidade pequena
Manga	100g 60g 410g 220g 140g 60g	1 unidade pequena Coração de boi grande Espada grande Espada média Espada pequena
Maracujá	100g 45g 10g	1 unidade grande 1 unidade média 1 unidade pequena
Mel de abelha	100g 15g	1 colher de sopa
Melancia	100g 370g 200g	1 fatia pequena 1 fatia grande 1 fatia média

Melão	100g 115g 90g 70g	1 fatia grande 1 fatia média 1 fatia pequena
Milho verde (espiga)	100g	1 espiga grande
Milho verde enlatado	100g 24g	1 colher de sopa cheia
Molho branco	100g 55g 35g	1 colher de arroz 1 colher de sopa
Molho de tomate	100g 45g 20g	1 colher de arroz cheia 1 colher de sopa
Morango	100g 20g 12g 7g	12 unidade 1 unidade grande 1 unidade média 1 unidade pequena
Mortadela	100g 15g	1 fatia média
Musse de chocolate	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Musse de limão	100g 18g	1 porção
Musse maracujá	100g 35g	1 colher sopa cheia
Mucilon de arroz	100g 9g	1 colher de sopa cheia
Nectarina	100g	1 unidade
Nescau	100g 16g	1 colher sopa
Neston	100g 8g	1 colher de sopa cheia
Nhoque	100g 30g	1 escumadeira média cheia 1 colher de sopa cheia
Omelete	100g 65g	1 unidade pequena (c/1 ovo)
Ovo de codorna	100g 10g	10 unidades 1 unidade
Ovo de galinha	30g	1 unidade média
Panqueca de carne	100g 80g	1 unidade média
Pão de centeio	100g	1 fatia
Pão de forma comum	100g 25g	1 fatia
Pão de forma light	100g 25g	1 fatia
Pão de hamburger	70g	1 unidade
Pão de milho	70g	1 unidade média
Pão de queijo	100g 10g 20g 40g	1 unidade pequena 1 unidade média 1 unidade grande

Pão francês sem miolo	30g	1 unidade sem miolo
Pão integral	25g	1 fatia
Pastel	30g	1 unidade
Pastel de carne	8g 32g	1 unidade pequena 1 unidade média
Pastel de forno	10g 25g 40g	1 unidade pequena 1 unidade média 1 unidade grande
Pastel de queijo	10g 25g	1 unidade pequena 1 unidade média
Pé-de-moleque	100g 20g	1 unidade
Peixe à milanesa	100g 150g 115g 90g	1 filé grande 1 filé médio 1 filé pequeno
Peixe frito	100g 155g 120g	1 filé pequeno 1 filé grande 1 filé médio
Pepino	100g	1 unidade médio
Pêra	100g 190g 110g	1 unidade grande 1 unidade média
Pêssego	100g 110g 60g	1 unidade grande 1 unidade média
Pimentão	100g 55g	1 unidade média
Pipoca c/sal	100g 15g 20g 25g	1 saco pequeno 1 saco médio 1 saco grande
Pipoca doce	100g 15g 20g 25g	1 saco pequeno 1 saco grande 1 saco médio
Pirão	100g 30g 40g	1 colher sopa cheia 1 colher de arroz cheia
Pizza calabresa	100g 120g 90g 45g	1 fatia grande 1 fatia média 1 fatia pequena
Pizza de presunto	100g 145g 110g 60g	1 fatia grande 1 fatia média 1 fatia pequena
Pizza mussarela	100g 140g 50g	1 fatia média 1 fatia grande 1 fatia pequena
Pizza portuguesa	100g 160g 125g 65g	1 fatia grande 1 fatia média 1 fatia pequena

Pudim de leite	100g 50g	1 colher de sopa cheia
Purê de batatas	100g 80g	1 colher arroz cheia
Queijo parmesão	100g 15g	1 colher de sopa cheia
Queijo prato	100g 10g	1 fatia pequena
Quindim	100g 35g 20g	1 unidade 1 unidade pequena
Rapadura	100g 30g	1 pedaço pequeno
Refresco de laranja c/açúcar	100ml 240ml 165ml	1 copo requeijão 1 copo pequeno
Repolho	100g 10g	1 colher de sopa cheia picada
Requeijão	100g 15g	1 colher de sopa rasa
Risoto de frango	100g 25g	1 colher de sopa cheia
Salame	100g 20g	1 fatia média
Salsicha em lata	100g 35g	1 unidade média
Sardinha frita	100g 13g	1 unidade pequena
Strogonoff de carne	100g 40g 25g	1 colher de arroz cheia 1 colher de sopa cheia
Strogonoff de frango	100g 40g 25g	1 colher de arroz cheia 1 colher de sopa cheia
Suco de abacaxi c/açúcar	100ml 240ml 165ml	1 copo de requeijão – 25g 1 copo pequeno – 17g
Suco de acerola c/açúcar	100ml 240ml 165ml	1 copo de requeijão – 14g 1 copo pequeno – 10g
Suco de laranja	100ml 240ml 165ml	1 copo de requeijão – 31g 1 copo pequeno – 21g
Suco de maracujá	100ml 240ml 165ml	1 copo requeijão – 5g 1 copo pequeno – 3,5g
Suco de maracujá c/açúcar	100ml 240ml 165ml	1 copo requeijão – 16g 1 copo pequeno – 11g
Tangerina	100g 10g 270g 135g	1 unidade pequena 1 gomo médio 1 unidade grande 1 unidade média

Tomate	100g 50g	1 unidade pequena
Torta de limão	100g 60g	1 fatia pequena
Tutu de feijão	100g 35g 85g	1 colher sopa cheia 1 colher de arroz cheia
Uva passa	100g 0,3g 24g 18g 60g	1 unidade 1 punhado 1 colher sopa cheia ½ copo pequeno
Uva rosada	100g	10 unidades
Vagem refogada	100g 35g	1 colher de sopa cheia

Fonte: Wada (2003).

ANEXO B – Questionários I e II sobre diabetes**I – QUESTIONÁRIO SOBRE DIABETES**

1. Como é ser um diabético?

2. O que interfere na sua vida pessoal?

3. Como se sente?

4. Como descobriu?

5. Teve orientação sobre a doença?

6. Participa de algum grupo de diabéticos?

7. Faz o controle? Como?

8. Pratica alguma atividade física?

II – QUESTIONÁRIO SOBRE DIABETES

1. Você considera que, a partir dos esclarecimentos e orientações dadas pela extensionista, aprendeu maneiras novas de conviver com sua condição de diabetes? Em caso positivo, quais foram essas maneiras?

2. O que mudou no convívio social depois das orientações?

3. Depois das orientações, o que mais o surpreendeu, e qual a maior dificuldade que teve em contar o carboidrato em casa?

4. Que tipo de alimentos você está incluindo na alimentação, após a orientação sobre a contagem de carboidratos?
