# A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS ACERCA DE SUA DOENÇA: UMA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

**Marcos Vinícius de Souza**[1]
**Heloisa Schvarzman de Araújo Silva**[2]
**Carmem Miriam Nunes da Rocha**[3]

**RESUMO:** O presente estudo consistiu em uma pesquisa de campo de caráter exploratório qualitativa. Para a análise dos resultados, foi empregado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a fim de identificar a percepção que os pacientes diabéticos hospitalizados têm acerca de sua doença. Os objetivos propostos foram: identificar a percepção que o sujeito diabético tem acerca da sua doença; analisar o quanto que as orientações da Atenção Básica são assertivas de acordo com o perfil do usuário; analisar os fatores subjetivos dos usuários que dificultam a aderência ao tratamento e identificar estratégias para a criação de métodos na atenção terciária que auxiliem os pacientes diabéticos hospitalizados na adesão ao tratamento. O método do DSC mostrou-se eficaz na identificação da percepção do indivíduo acerca de sua patologia e como esse se relaciona com ela, dando subsídios para criar estratégias de cuidado mais assertivas e humanizadas voltadas ao Diabetes Mellitus.

**Palavras-Chave:** Diabetes Mellitus. Internação. Percepção.

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) se caracteriza atualmente como uma epidemia mundial. O envelhecimento, a crescente urbanização e a aderência a estilos de vida poucos saudáveis, como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e o sobrepeso são os principais fatores responsáveis pela crescente incidência e prevalência de tal doença em todo o mundo (BRASIL, 2006). Trata-se de um transtorno metabólico de etiologias diversas, consistindo em hiperglicemia, como consequência dos defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

[1] Psicólogo do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva no Hospital Municipal Dr. Carmino Carícchio através da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil. E-mail: marcos.vinyss@yahoo.com.br.
[2] Mestre em Psicologia Escolar, do Desenvolvimento e da Personalidade (IP-USP), Psicóloga Assistencial no Hospital Municipal Dr. Carmino Carícchio. São Paulo-SP, Brasil. E-mail:helo.silva@gmail.com.
[3] Especialista em Psicologia Clínica e Psicomotricidade (CFP), Coordenadora do Serviço de Psicologia no Hospital Municipal Dr. Carmino Carícchio. São Paulo-SP, Brasil. E-mail:carmemmrocha@hotmail.com.

Ser portador do DM pode implicar em ter complicações heterogêneas, como insuficiência renal crônica, cegueira irreversível, doenças cardiovasculares e vasculares, amputações de membros inferiores e entre outras. O impacto da doença na expectativa de vida das pessoas se traduz na diminuição média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e, em 5 a 7 anos, para o diabetes tipo 2 (BRASIL, 2006).

Segundo Alfradique (2009), o DM é um problema de saúde que, com adequado manejo, ainda na Atenção Básica, evitaria hospitalizações e mortes resultantes das suas complicações. Nesse sentido, visando à sua prevenção e tratamento precoce, o DM é uma das Linhas de Cuidado (LC) do Sistema Único de Saúde (SUS). As LC são recomendações fundamentadas por diretrizes clínicas, a fim garantir a atenção à saúde; elas determinam as ações e serviços que devem ser implementados nos distintos pontos de atenção (primário, secundário e terciário) e determinam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, desde o acolhimento, o diagnóstico e o controle de uma dada doença (MENDES, 2011).

Em São Paulo, a Secretaria Estadual de Saúde (São Paulo, 2018) define o fluxo assistencial de condutas para os usuários encaminhados pela atenção básica ao Ambulatório Médico de Especialidades (AME) com o diagnóstico de DM tipo 1 ou 2. Esse fluxo orienta toda a linha de assistência e cuidados longitudinais aos usuários, levando em consideração os aspectos físicos, clínicos, nutricionais, odontológicos, psicológicos e sociais.

Os pacientes diabéticos que procuram o hospital, comumente chegam com complicações, tais como: insuficiência renal crônica e doenças vasculares - especialmente a doença arterial obstrutiva crônica (DAOP) e a síndrome do pré-diabético, que em muitos casos, resultam em amputações de membros inferiores. Portando, ao acolher os pacientes diabéticos na atenção terciária, muitos deles necessitando de tratamento devido a complicações dessa comorbidade, faz-se relevante uma escuta qualificada e levanta-se a questão do porquê que tantos pacientes diabéticos, mesmo acompanhados pela atenção básica, têm complicações que culminam em hospitalizações.

Visando abordar a complexidade do tema, cabe pensar a comunicação em saúde como relação, buscando observar ambos os polos desta e o contato entre eles. Lefevre, Lefevre e Figueiredo (2010) destacam que “a comunicação em saúde pode ser vista como uma relação de troca de ideias ou mensagens que, quando bem sucedida, promove um contato entre o pensamento sanitário e o pensamento do senso comum.” Portanto, a comunicação, na contemporaneidade, procura trabalhar numa perspectiva de tensão permanente entre o semelhante e o diferente, considerando ainda que a composição de uma determinada formação

sociocultural é oriunda de diferentes tipos de representação, o que faz existir diversas formas de enxergar o mundo, inclusive de ver a saúde e a doença (*idem*). Nesse sentido, os autores afirmam ser de extrema importância entender as representações que o sujeito coletivo traz, pois, dizem respeito também às representações de outros usuários que fazem parte daquele território e contexto social. Assim, considera-se que, ter acesso às informações e orientações, não é o suficiente para que o tratamento seja efetivo, porém, primordialmente, carece que os profissionais de saúde compreendam as concepções e as representações coletivas de saúde-doença dos usuários, a fim de estabelecerem uma comunicação resolutiva e um eficiente vínculo com eles. Quando os profissionais se engajam nesse processo, eles conseguem obter insumos que irão direcionar as suas ações (*idem*).

Nesse sentido, Teixeira e Lefevre (2001), no rico estudo *A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso*, delineiam os modos como o sujeito coletivo se relaciona com a prescrição medicamentosa com o objetivo de empregar medidas mais efetivas na terapêutica. Nesse estudo, foram construídos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), tais como: "*consigo tomar sozinho; alguém me ajuda; eu tomo mais tarde; eu nunca esqueço; às vezes eu leio, às vezes não; eu sempre dei um jeito de compra."* Esses DSCs apresentam o sentido que a prescrição tem para o paciente idoso. Por exemplo, no DSC, "*alguém me ajuda",* observa-se um sujeito dependente, que precisa de alguém para lembrá-lo de tomar a medicação adequadamente. Tal elaboração permite superar ideias preconcebidas possibilitando uma real aproximação dessa população idosa.

Ainda sobre a importância da percepção do sujeito sobre a sua doença, Junges e Camargo, no estudo *A percepção do corpo e o autocuidado em sujeitos com diabetes mellitus 2: uma abordagem fenomenológica* (2020), salientam que, o acompanhamento da pessoa portadora de DM requer um olhar minucioso referente a como ela sente seu corpo, visto que a percepção dos sintomas e dos sinais marcados pela doença, são a via para lidar com as necessidades que o diabetes vai revelando no próprio corpo. Os autores enfatizam que o corpo se torna "sismógrafo" para aprender o autocuidado.

Além disso, cabe se atentar aos aspectos subjetivos que dificultam a aderência ao tratamento. Segundo Pecoli (2017), por mais que os dispositivos tecnológicos empregados sejam os melhores para se evitar o descontrole da doença, ainda há algo da ordem subjetiva que escapa. Por isso, aprimorar somente os procedimentos técnicos dentro do tratamento ou atuar em aspectos práticos, não surtem o resultado esperado em muitas situações, pois, há também, determinações inconscientes que regulam o comportamento do sujeito frente à doença. Apesar

dos profissionais transmitirem com clareza as instruções para o controle da doença, como se deve fazer e até mesmo dando razões de convencimento para a aderência ao tratamento, existe algo para além da exatidão e da congruência, no plano do que é incontável. Desse modo, oferecer escuta aos pacientes diabéticos, dá abertura para que eles se posicionem diante dos conflitos que permeiam e inviabilizam o tratamento (*idem*). No estudo *Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil,* Melo (2013, p.1223), no "discurso oficial" dos manuais de cuidados de doenças crônicas, como DM e a hipertensão, constata as "marcas" do modelo biomédico, que é permeado pela lógica "biologicista", prescritiva, "patologizante" e fragmentadora "dos indivíduos e de suas realidades socioculturais" (*idem*). Ao enxergar apenas os protocolos de cuidados ao DM, anula-se o sujeito que carrega a doença e terá uma briga acirrada por muitos séculos na tentativa de adequar a subjetividade aos parâmetros do modelo biomédico. Portanto, a aderência a um tratamento proposto, está para além do saber biomédico e do que este tem a oferecer, sendo tal aderência, condicionada também, às representações que sujeito carrega da sua doença.

Diante do exposto, o presente estudo tem como proposta compreender as representações que o paciente diabético hospitalizado carrega sobre a sua doença e como tais representações podem dificultar ou aprimorar a aderência ao tratamento.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa, de caráter exploratório descritivo, na qual foi empregado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste na tabulação sistemática e na organização de dados discursivos com o objetivo de tornar mais claras e expressivas as representações sociais, a fim de que determinado grupo social tenha visibilidade enquanto autor e emissor de falas comuns compartilhadas entre os seus membros (TEIXEIRA; LEFEVRE, 2001).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um recurso metodológico no qual são elaborados discursos em formato de falas na 1ª pessoa que sintetizam as representações sociais de uma população. Segundo Lefevre e Lefevre (2006), a pessoa coletiva fala como um indivíduo, mas que está veiculando representações de vários outros indivíduos. Para Jodelet, a representação social, "é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto

social" (2001, p.22). Pode-se concluir então, que é a partir dessa lógica que se desemboca no sujeito coletivo, que traz em sua fala significados e signos socialmente construídos.

Para a coleta dos dados, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas. Tal técnica, segundo Minayo (1992), consiste na combinação de perguntas fechadas com perguntas abertas, possibilitando que o entrevistado fale sobre o tema proposto sem respostas ou condições definidas pelo pesquisador. O instrumento de coleta dados dessa pesquisa tinham questões que abarcaram os seguintes temas: *1. Sobre o diagnóstico e a caracterização do diabetes; 2. Sobre as consequências e 3. Relação do paciente com a doença.*

A população desse estudo foi composta por sete pacientes diabéticos (tipo 1 e tipo 2), de ambos os sexos, hospitalizados na Enfermaria de Cirurgia Vascular do Hospital Dr. Carmino Carícchio (HMCC), cujo motivo de internação foi justificado por alguma complicação da doença. Foram excluídos da pesquisa os pacientes diabéticos com complicações que não têm relação clara com a doença de base em questão.

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador, que gravou a entrevista sob a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de que os dados discursivos fossem transcritos, organizados e categorizados para a análise dos resultados.

Após sua transcrição integral, a organização dos dados discursivos se deu da seguinte maneira: seleção das expressões-chave de cada entrevista (trechos literais que sinalizam os principais conteúdos da resposta); identificação das ideias centrais (sínteses que nomeiam o sentido dessas expressões-chave). Na sequência, as expressões-chave semelhantes foram organizadas em formato de discurso único em 1ª pessoa, coeso e harmonioso, de acordo com os respectivos temas e ideias centrais. Cabe observar que os DSCs contemplam o grupo de participantes desconsiderando a obrigatoriedade de que todos os discursos contenham expressões-chave oriundas de cada um deles (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

Foram observados os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo esta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Carmino Carícchio – CEP/HMCC.

## 3 RESULTADOS

A idade dos participantes foi entre 41a e 72a, sendo a média de idade de 56,71a. Dentre os sete participantes, seis são do sexo masculino e um do sexo feminino. Abaixo, segue a tabela

com os temas abordados, seguidos das suas ideias centrais juntamente com a descrição do discurso do sujeito coletivo que as correspondem. Na sequência, encontra-se na mesma organização da tabela, mas em texto corrido, cada DSC.

TABELA 1

| TEMA | IDEIAS CENTRAIS | DSC |
|---|---|---|
| **1. Sobre o diagnóstico e a caracterização da doença** | **Ideia central 1:** Diagnóstico | **DSC 1-** Sobre sinais e sintomas da doença |
| | **Ideia central 2:** Diabetes como uma doença invisível e brava | **DSC 2-** Muita gente acha que é besteira |
| | **Ideia central 3:** Percepção da alteração glicêmica | **DSC 3-** Sobre quem consegue perceber<br>**DSC 4-** Sobre quem não consegue perceber<br>**DSC 5-** Sobre quem percebe às vezes |
| **2. Sobre as consequências** | **Ideia central 1:** Sobre as mudanças da vida | **DSC 1-** Tudo mudou<br>**DSC 2-** Nada mudou |
| | **Ideia central 2:** Sobre alimentação e controle | **DSC 3-** A alimentação mudou muito<br>**DSC 4-** Sobre dificuldade de controle |
| | **Ideia central 3:** Sobre o tratamento | **DSC 5-** Sobre o que recebeu<br>**DSC 6-** Sobre o que faltou<br>**DSC 7-** Sobre o que falhou<br>**DSC 8-** Sobre a importância do componente emocional |
| | **Ideia central 4:** Sobre sequelas e problemas decorrentes da doença | **DSC 9-** Sobre as sequelas ou complicações |
| **3. Relação do paciente com a doença** | **Ideia central 1:** Sobre expectativas pós hospitalização e autocuidado | **DSC 1-** Reposicionamento frente à doença |

## Tema 1 – Sobre o diagnóstico e a caracterização do diabetes

**Ideia central (1) – Diagnóstico**

Discurso do sujeito coletivo 1 – **Sobre sinais e sintomas da doença:** *Eu era gordinho, na família são todos gordinhos, de repente eu tinha emagrecido, aí a família todinha ficou preocupada e eu também. Eu não acreditava e foi devagarinho e comecei a sentir alguns sintoma. Eu não sentia nada, mas os meus pés começou inchar. Eu era louca por doce, eu comia muito doce. Tive um problema no braço aqui, senti uma fraqueza e desmaiei, aí foi quando descobri o diabetes com essa complicação. Foi no médico. É uma doença como outra qualquer, é excesso de açúcar no sangue, resumindo é isso. Normal, todo mundo tem enfermidade, uma a mais, uma a menos. Eu tinha mania de virar refrigerante na boca. Mas aí quando descobri, eu parei... Ninguém tá preparado pra receber um diagnóstico de uma doença.*

**Ideia central (2) – Diabetes como uma doença invisível e brava**

Discurso do sujeito coletivo 2 - **Muita gente acha que é besteira**: *Muita gente acha que é besteira. Várias pessoas não acreditam. O pessoal coloca na imaginação. Ela quando pega é brava. Só com o tempo que você vai sabendo mesmo o efeito que ela faz. Tem muita gente que tem diabete e precisa saber um pouco mais sobre ela pra se cuidar mais. Porque tem muita gente que num liga, num tem dor, num tem nada e quando vai ver, aí é onde que a casa caiu. É muito conhecida e não levada a sério. É uma doença que se você saber regrar, vai conseguir conviver com ela. Quem não tem, se cuide e se tiver, cuide logo também. Porque quando eu vim ver já era muito tarde.*

**Ideia central (3) - Percepção da alteração glicêmica**

Discurso do sujeito coletivo 3 **– Sobre quem consegue perceber:** *Sim, eu conheço, eu sei, eu percebo, o corpo ele alerta quando a glicemia tá baixa. Treme muito, a gente fica tremendo. Quando sobe, ele vai mandar sudorese, eu vou sentir que o corpo tá suando, eu vou sentir que eu to urinando bastante, então o corpo ele alerta. Eu sinto, eu sinto a boca seca. Me dá ânsia de vômito. Ela me dá muita sonolência.Uma coisa que você se alimentou errado ou comeu em excesso, ela vai modificar, então ela altera demais, na visão principalmente, visão fraca...cansaço,* ***sinto cansaço*** *muito fácil. Se eu passar nervoso também ela amanhece alta*

*também. Se estiver alta tem que tomar insulina, tomar medicamento pra baixar, né? E quando está baixa tem que comer um pouco de açúcar pra poder ficar normal, né?*

Discurso do sujeito coletivo 4 - **Sobre quem não consegue perceber:** *Não consigo perceber alteração, nenhuma. Antes, no começo, quando deu a diabetes, eu sentia muita sede.*

Discurso do sujeito coletivo 5 **– Sobre quem percebe às vezes:** *Só de vez em quando eu sei quando sobe a diabetes, porque a gente fica meio tonto.*

**Tema 2 – Sobre as consequências**

**Ideia central (1) - Sobre mudanças de vida**

Discurso do sujeito coletivo 1 **- Tudo mudou:** *Pra mim foi uma mudança muito grande. Mudou tudo na vida. Porque eu era criança, até pra brincar e tudo a minha mãe me impedia. Você não é mais que nem era antigamente. Mudou o doce, coisa com açúcar eu passei a evitar. Eu tive que largar muita coisa que eu gostava de comer, o povo do norte é diferente do povo daqui. Comecei a desgostar das coisas, pois eu fazia muita festa na minha casa com os meus filhos, mas pra mim acabou. Há uns cinco anos parei de beber e fumar.*

Discurso do sujeito coletivo 2 **- Nada mudou:** *Em relação ao diabetes, ele não mudou nada. Pra mim está tudo normal. Jogo bola normalmente, faço as minhas caminhadas normalmente, faço os meus exercícios físicos normalmente, mesmo amputado. Eu continuei a levar a minha vida normalmente. Graças a Deus eu levo a minha vida normal.*

**Ideia central (2) – Sobre a alimentação e controle**

Discurso do sujeito coletivo 3 **– A alimentação mudou muito:** *A minha alimentação mudou **muito.** Tem que comer mais frutas, mais verduras, um arroz integral, porque se come arroz normal, esse arroz vira açúcar. Arroz branco e massa são coisas que eu gosto, mas aumenta o diabetes e complica mais. Comida gordurosa vai trazendo complicações também. Eu aboli algumas coisas. Aí você tem que evitar massas, doces, refrigerantes, tudo essas coisas. Comer de três em três horas. Retirei o açúcar, eu não faço uso de açúcar em nada. Tudo o que o que eu comia eu não como mais.*

Discurso do sujeito coletivo 4 **– Sobre dificuldade de controle:** *Eu sempre fui aderente ao tratamento, mas tiveram algumas vezes que eu relaxei, quem nem dessa última internação.*

À*s vezes eu errava, não era pra comer, eu comia**.** Mas isso só fica na lembrança, mas, você acaba comendo. Se você se casar com ela, se coadunar todas as coisas com ela, você vive bem tranquilamente, você come o que você quer, você faz o que você quer. Mas se você abusa num dá um bom casal não. Mas também eu procuro controlar em todas as minhas relações com relação à alimentação.*

**Ideia central (3) – Sobre o tratamento**

Discurso do sujeito coletivo 5 **– Sobre o que recebeu:** *Eu recebi as orientações sim, do que se tratava o diabetes, do que era e do que deveria fazer a partir daquele instante. Todo mês vou no posto de saúde e é onde eu vou pegar o medicamento. Ainda passo com o grupo também. Eles vão fazer análise, mas o médico de diabetes mesmo eu nunca vi não. Eu tomo remédios diariamente. Não, eu não vou mentir que eu faço adequadamente, porque ninguém faz.*

Discurso do sujeito coletivo 6 – **Sobre o que faltou:** *Por mais que o diabetes seja tratável, **o SUS deixa um pouco a desejar.** Eu chego hoje na unidade básica de saúde pra buscar insulina, tem insulina, porém, não tem o comprimido. Por mais que você se cuide, alguma coisa vai ficar faltando na Unidade Básica de Saúde. A falta de material, a falta de insumo, ela atrapalha o tratamento. É um combate, porém, um combate nulo.*

Discurso do sujeito coletivo 7 – **Sobre o que falhou:** *sobre a alimentação de três em três horas**,** essa orientação às vezes é um pouco falha**.** A partir do momento em que eu fui diagnosticado como uma pessoa portadora da diabete, eu fui buscar orientação. Então, eu me preocupei e fui me orientar. Portanto, em termos de orientação com relação à UBS, é um pouco falha.*

Discurso do sujeito coletivo 8 **– Sobre importância do componente emocional:** *A diabete ela mexe também muito com o lado psicológico também da pessoa. Não adianta você só entregar comprimido e não entender o que a pessoa tá passando em casa. Acho que o lado psicológico é o primordial. Eu acho que assim o equilíbrio total, porque se você for bem orientado psicologicamente e tiver todas as medicações, eu acho que o tratamento vai ser de excelência.*

**Ideia central (4) – Sequelas e problemas decorrentes da doença**

Discurso do sujeito coletivo 9 – **Sobre as sequelas ou complicações:** *Por causa do diabetes que deu o probleminha que eu tenho, de má circulação nas pernas. Ai viram má circulação, então foi obrigado a amputar. Deu problema no coração; coração inchado. Aí hoje to nesse estado aqui, sem as minhas duas pernas, por casa da diabete. Por causa dessa diabete eu tenho sofrido muito.*

**Tema 3 - Relação do paciente com a doença**

**Ideia central (1) – Sobre expectativas pós hospitalização e o autocuidado**

Discurso do sujeito coletivo 1 **- Reposicionamento frente à doença:** *o que muda após sair do hospital é que eu preciso tomar mais cuidado agora. Cuidados que eu já tomava, mas agora vou redobrar a atenção. Vou redobrar a minha atenção. Fazer mais regime, fazer mais a minha dietinha, colocar mais em prática, né? Praticar um pouquinho de exercício. Diabetes não tem cura, tem que ter tratamento pra ter mais uns dias de vida. Vou passar a comer só o que eu sei que serve pra mim e largar tudo o que eu gosto de mão. Fazer de conta que não existiu.*

## 4 DISCUSSÃO

A partir do exposto, será discorrido sobre as ideias centrais e os DSCs que expressam as principais representações compartilhadas entre os seus participantes e as que marcaram o sujeito no processo de significação da doença.

Referente à ideia central (2), "Sobre alimentação e controle", mostra as mudanças que foram necessárias nos hábitos alimentares e a dificuldade enfrentada para se ter uma dieta adequada ao DM. Percebe-se que o sujeito coletivo tem ciência do que não se pode comer e da importância de evitar exageros, mas, "*só fica na lembrança*" (DSC 4) e acaba ultrapassando a linha do controle. É oportuno refletir sobre a posição de sujeito através da Psicanálise diante da dificuldade de encontrar o eixo do equilíbrio. Segundo Pecoli, antes de uma pessoa ser diabética, ela realizava tudo sem pensar, porém, após o diagnóstico, ela é submetida a uma "atmosfera" de controle. Comer uma guloseima, por exemplo, implica em "fazer parte de um circuito de cálculos constantes e meticulosos" (2017, p. 18), que são cruciais para a manutenção da saúde e da vida. Diante dessa perspectiva do controle, da falta e do que lhe é barrado, "o

prazer acaba ficando em situações que envolvem o não controle." (*idem*). Assim, a discussão da autora explica a dificuldade em manter o controle na alimentação, expressada no DSC, apesar de o sujeito afirmar seu conhecimento sobre como se deve fazer a dieta.

A associação do diabetes ao doce foi muito comum, no fragmento: "*é excesso de açúcar no sangue (...) eu era louca por doce, eu comia muito doce*" (DSC 1; ideia central 1, "diagnóstico); o diabetes aparece como uma doença do excesso e da preferência incontrolável por determinados alimentos, como observado também por Barsaglini e Canesqui, 2010. O doce, um tipo de alimento muito específico e culturalmente associado ao "gostoso da vida", quando restrito na vida de alguém, leva a generalizações de que lhe sobra o lado amargo da vida, mas, quando o sujeito é confrontado, confessa que nem sempre a ingestão de doce aplaca o seu sofrimento (Pecoli, 2017, p. 21). Compreender o lugar que o doce e a sua restrição ocupam na vida do sujeito, dá ferramentas para que os profissionais atuem com mais assertividade e, consequentemente, os pacientes tenham mais adesão ao tratamento.

Com relação à percepção das restrições, especialmente alimentares, na ideia central (1) "sobre mudanças de vida", têm-se dois discursos distintos. Um DSC que diz que mudou muita coisa na vida, trazendo muitas limitações em algumas esferas, resultando em dissabores. Isso fica evidente no seguinte fragmento do DSC 1: "*Eu tive que largar muita coisa que eu gostava de comer, o povo do norte é diferente do povo daqui. Comecei a desgostar das coisas, pois eu fazia muita festa na minha casa com os meus filhos, mas pra mim acabou*." Segundo Canesqui (2005), a alimentação perpassa as necessidades vitais e biológicas do organismo, permeando a sociabilidade e os aspectos relacionais. No DCS acima, percebe-se um desprazer e um "*desgostar das coisas*", evidenciando o que a alimentação representa para o sujeito coletivo, sendo esta carregada de significados pessoais, sociais e culturais. Ao afirmar que "*o povo do norte é diferente do povo daqui*", ressalta a convicção do quanto a alimentação é importante e carregada de valores em cada região e cultura. Além disso, a restrição marca certa ruptura entre o local de origem do sujeito (*o norte*) e sua vida atual (em São Paulo). Portanto, observa-se que o controle da dieta não implica apenas em se esforçar para manter hábitos alimentares saudáveis e adequados, mas, pode desestruturar toda a representação que a comida tem para o sujeito, trazendo impactos psicossociais e de ajustamentos. Em contrapartida, no DSC 2, que afirma não ter havido nenhuma mudança e que tudo seguiu "*normalmente*", faz-nos refletir sobre a diferença que cada sujeito tem na relação com a sua doença.

A ideia central (1), "diagnóstico", aponta como o sujeito coletivo recebe a notícia da doença. Fica evidente que esse momento é precedido por algum sinal, podendo ser pela perda

ou ganho de peso, mudanças nos hábitos alimentares ou até mesmo por complicações graves. A ideia central (2) "diabetes como uma doença invisível e brava", o sujeito coletivo fala de uma doença silenciosa e que não é levada a sério. Enfatiza que, quando toma a consciência da relevância em tratar da doença, muitas vezes é tarde demais, sobretudo, para esses pacientes hospitalizados. Sobre a ideia central (3) "percepção da alteração glicêmica", parte do discurso destaca sinais e sintomas característicos da alteração glicêmica, como: sudorese, cansaço, sonolência, enjoo, fraqueza e alterações na visão. O sujeito consegue diferenciar uma crise de hiperglicemia da hipoglicemia e até relata medidas para tentar manejar a alteração. Cabe refletir o seguinte: apesar do desconforto da alteração glicêmica, é possível se livrar dos sintomas e contornar o mal estar através do uso da insulina, da medicação e/ou com o emprego de outras medidas e isso constrói uma percepção de que tudo passará a ficar bem, o que pode levar o indivíduo a subestimar a necessidade de continuar mantendo o controle. Ainda nessa ideia central, vem à tona como o componente emocional pode interferir no seu controle: "*se eu passar nervoso também ela amanhece alta também*" (DSC 3). Já os últimos discursos denotam a ideia de que alguns indivíduos não conseguem ter uma percepção acurada da alteração do índice glicêmico, colocando em destaque o quanto que a percepção de desconforto no próprio corpo pode impactar na sua implicação subjetiva.

Referente à ideia central (3), "sobre o tratamento", há discursos que exprimem alguns aspectos do acompanhamento da saúde. Falam sobre o vínculo com a atenção básica, onde participam de grupos, fazem exames e recebem medicamentos e insumos para o controle da doença. Apesar disso, no DSC (5), destaca que não faz o tratamento adequadamente, porque ninguém faz, mostrando uma convicção do sujeito coletivo sobre as dificuldades intrínsecas em manter corretamente o tratamento, apesar de ter acesso aos insumos. Outros discursos expõem a falha das orientações prestadas pela unidade básica de saúde e do fornecimento de material. No tocante à falta de material, o sujeito afirma ser "*um combate nulo*" (DSC 6). Nesse caso, verifica-se a implicação do sujeito com o seu tratamento, assumindo um posicionamento crítico frente às fragilidades do sistema de saúde. Referente às orientações, o próprio sujeito foi buscar informações para se ter o manejo correto da doença. No último discurso dessa ideia central, destaca-se o componente psicológico desse sujeito no enfrentamento da doença, dizendo que não basta entregar medicamentos se não souber o que se passa na casa do paciente, ou seja, não basta o profissional estar ancorado nas prerrogativas e princípios norteadores da medicina, se há fatores subjetivos que interferem na aderência ao tratamento. A subjetividade precisa ser vista e discutida para enxergar com mais clareza os empecilhos da não aderência ao tratamento.

A Ideia central (4) – “Sequelas e problemas decorrentes da doença”, destaca claramente as complicações comuns decorrentes do diabetes, como cardiopatias e problemas vasculares, culminando em amputação de membros. É evidente no DSC em questão, o sofrimento ocasionado pelo diabetes. Agora, o corpo marcado concretamente pela doença.

Na Ideia central (2), “Expectativas pós hospitalização e o autocuidado”, é possível observar no discurso, uma intenção de reposicionamento do sujeito frente ao tratamento, ressignificando o processo e, após as marcas deixadas pela doença, resgatando os cuidados a serem tomados para evitar novas complicações e “*pra ter mais uns dias de vida*” (DSC 1). A partir de Reis e Bruns (2016. p. 112), esse movimento se justifica porque diante das limitações do adoecimento, o sujeito se reapropria do mundo e da sua própria trajetória, visto que a possibilidade de finitude “promove em si o sentido da ressignificação, de um reposicionamento”. As autoras ainda acrescentam: “no processo do adoecimento, retoma-se esse lugar do sentido do cuidado, a condição de fragilidade, da necessidade do outro...” (*idem*). Por isso que as sequelas resultantes do diabetes é que passam de fato a marcar o adoecimento, já que o diagnóstico da doença em si não tem um significado tão substancial, uma vez que ainda não há uma limitação ou marca visível, uma das características dessa condição crônica e silenciosa. Tal representação está presente no DSC da deia central (2) “Diabetes como uma doença invisível e brava” do tema 1. O que é discutido acima referente à ideia central em questão, corrobora o que Junges e Camargo (2020) abordam sobre a atenção no acompanhamento longitudinal de pacientes diabéticos no tocante ao modo como sentem os seus corpos, pois, os sinais corporais vão dando subsídios para o aprendizado e apreensão do autocuidado.

Concomitantemente, o processo de reposicionamento exige uma grande implicação por parte do indivíduo, em que ele coloca o seu desejo em negociação para se ter mais qualidade e dias de vida. O seguinte discurso retrata isso: “*vou passar a comer só o que eu sei que serve pra mim e largar tudo o que eu gosto de mão. Fazer de conta que não existiu*” (DSC 1, da ideia central 1: sobre expectativas pós hospitalização e autocuidado).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do DSC foi muito eficaz para entender a percepção e as representações que as pessoas diabéticas têm acerca da sua doença. Evidenciou-se, também, como tais representações podem contribuir no desencadeamento de complicações e de hospitalizações.

Na assistência aos pacientes diabéticos internados, escutamos deles a compreensão que tinham do DM antes deste acometer algum órgão ou gerar outras complicações: como sendo uma doença não incapacitante. Portanto, como esse discurso frequentemente se apresentava nos atendimentos psicológicos, tornou-se a principal hipótese que norteou este estudo e vimos que esta percepção apareceu de forma substancial no DSC. Não podemos deixar de salientar que outras percepções e problemáticas mais concretas apareceram como fatores que dificultam a aderência ao tratamento, tais como: a baixa sensibilidade em perceber a alteração glicêmica, dificuldade em manter uma dieta adequada, falha nas orientações fornecidas pelo serviço de saúde quanto aos cuidados a serem dispensados à doença e a falta de materiais e de insumos para o adequado controle do diabetes.

Para além disso, reitera-se aqui, a importância do posicionamento subjetivo frente ao adoecimento. Nesse sentido, os aspectos inconscientes também interferem na relação do indivíduo com a doença, uma vez que esta traz mais um registro de limitação e de impotência. Por isso, consideramos que o referido trabalho oferece insumos e ferramentas para que as equipes de saúde tenham manejo e sejam mais assertivas ao tratar de pacientes diabéticos, trazendo, em primeiro plano, a importância de saber como eles entendem a sua doença, visto que será essa compreensão que dará o compasso do autocuidado que deverá ser integrado no cotidiano de cada sujeito. Por fim, embora este estudo também possa subsidiar os cuidados de pacientes diabéticos em diferentes cenários, é importante que outras pesquisas sejam realizadas em contextos distintos, visando trazer mais contribuições para o controle do diabetes.

## THE PERCEPTION OF HOSPITALIZED DIABETIC PATIENTS ABOUT THEIR DISEASE: AN ANALYSIS OF THE COLLECTIVE SUBJECT DISCOURSE

**ABSTRACT**: The present study is constituted as a qualitative exploratory field research. For an analysis of the results, the collective subject discourse (CSD) method was used to identify the perception of the hospitalized diabetic patients about their own disease. The proposed objectives were: to identify the perception that the diabetic patient has about their disease and to analyze how assertive the Primary Care guidelines are according to the user's profile; analyze the users' subjective factors that complicate the adherence to treatment and identify strategies in order to create methods in Tertiary Care that can help and encourage hospitalized diabetic patients to adhere treatment. For data collection, semi-structured interviews were applied. The collective subject discourse method proved to be effective in identifying the individual's perception of the pathology and how the subject relates to it, providing subsidies to create more assertive and humanized care focused on Diabetes Mellitus.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Hospitalization. Perception.

**REFERÊNCIAS**

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BARSAGLINI, R. A; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 919-932, Dec. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000400018&lng=en&nrm=iso access on 13 Jan. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400018.

BRASIL. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. **Cadernos de Atenção Básica**, n.16 Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>Acesso em: 18, jun. 2019.

CANESQUI, A. M. **Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores**. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). *Antropologia e Nutrição*: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p.167-210.
JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17- 44.

JUNGES, J. R; CAMARGO, W.V. A percepção do corpo e o autocuidado em sujeitos com diabetes mellitus 2: uma abordagem fenomenológica. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, e300318, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300600&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Nov 09, 2020. https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300318.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C; FIGUEIREDO, R. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 1, abr. 2010 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jun. 2019.

LEFEVRE,F; LEFEVRE,A.M.C. O sujeito coletivo que fala. ***Interface** (Botucatu)* [online]. 2006, vol.10, n.20, pp.517-524. ISSN 1414-3283. [Acesso 05 junho 2019]; Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017.

MELO, L. P. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 1216-1225, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400022&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400022.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.

PECOLI, P.F.G. **Em torno do incontável: contribuições da psicanálise ao tratamento do diabetes de tipo 1**. In: FARIA, M. R. (Org). O psicanalista na Instituição, na clínica, no laço social, na arte. São Paulo: Toro Editora, 2017. p. 17- 27.

REIS, L.M; BRUNS, M.A.T. **Sexualidade de mulheres com câncer de colo de útero: horizontes e possibilidades**. Campinas: Editora Átomo, 2016.

SÃO PAULO: Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de cuidado diabetes mellitus: manejo na unidade de saúde /** organizado por Fátima Palmeira Bombarda, Fabiana da Mota Peroni e Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo. – São Paulo: SES/SP, 2018.

TEIXEIRA, J.J.V; LEFEVRE F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso**.** *Rev.* ***Saúde Pública***[online]. 2001, vol.35, n.2, pp.207-213. ISSN 0034-8910. [Acesso 09 junho de 2019]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition**, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.