

## **SOFRIMENTOS QUE “ADOÇAM” O SANGUE: DIABETES, GÊNERO E O TRABALHO DO TEMPO**

*Lucas Pereira de Melo*

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

### **RESUMO**

Este artigo objetiva compreender as possibilidades explicativas para o diabetes a partir da perspectiva de mulheres que vivem com essa doença. Trata-se de um estudo de caso sobre a trajetória de vida de uma interlocutora, suas relações familiares, de vizinhança e o seu jeito ‘doce’ de ser. O foco aqui são as explicações causais do diabetes de ‘tipo emocional’ como resultado da corporificação de sofrimento social produzido no imbricamento de relações entre gênero, família, vizinhança e emoções. O conceito de trabalho do tempo de Veena Das foi utilizado para compreender os agenciamentos da interlocutora no cotidiano. Por fim, o diabetes é apresentado como um idioma para traduzir sofrimento social, ampliando, assim, as explicações etiológicas da biomedicina.

**Palavras-chave:** Sofrimento social; Diabetes tipo 2; Gênero; Causalidade; Antropologia.

### **SUFFERINGS THAT “SWEETEN” THE BLOOD: DIABETES, GENDER, AND THE WORK OF TIME**

### **ABSTRACT**

This article aims to understand the explanatory possibilities for diabetes from the perspective of women living with this illness. This is a case study about the life trajectory of an interlocutor, her family, neighbourhood relationships and her ‘sweet’ way of being. The focus here is on the causal explanations of the diabetes ‘emotional type’ as a result of the embodiment of social suffering produced in the interweaving of relationships between gender, family, neighbourhood, and emotions. Veena Das’s concept of work of time was used to understand the interlocutor’s agency in everyday life. Finally, diabetes is presented as a language to translate social suffering, thus expanding the etiological explanations of biomedicine.

**Keywords:** Social suffering; Type 2 Diabetes; Gender; Causality; Anthropology.

## SUFRIMIENTOS QUE “ENDULZAM” EL SANGRE: DIABETES, GÉNERO Y EL TRABAJO DEL TIEMPO

### RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo comprender las posibilidades explicativas de el diabetes desde la perspectiva de las mujeres que viven con esta enfermedad. Este es un estudio de caso sobre la trayectoria de la vida de una interlocutora, su familia, las relaciones en el vecindario y su ‘dulce’ forma de ser. El enfoque aquí está en las explicaciones causales de el diabetes de ‘tipo emocional’ como resultado de la encarnación del sufrimiento social producido en el entrelazamiento de las relaciones entre género, familia, vecindario y emociones. El concepto de trabajo del tiempo de Veena Das fue utilizado para comprender la agencia de la interlocutora en la vida cotidiana. Finalmente, el diabetes se presenta como un lenguaje para traducir el sufrimiento social, expandiendo así las explicaciones etiológicas de la biomedicina.

**Palabras clave:** Sufrimiento social; Diabetes tipo 2; Género; Causalidad; Antropología.

Na perspectiva clínica, a diabetes (faço uso do termo no feminino, ‘a’ diabetes, por ser a forma como as interlocutoras se referiam ao falar do diabetes mellitus tipo 2) é uma síndrome metabólica resultante de deficiência na ação e/ou secreção de insulina e se caracteriza por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (Oliveira & Vencio, 2016).

A diabetes se coloca como uma doença comprida, ou de longa duração (crônica, em termos biomédicos), uma vez que instaura outras formas de curso e gerenciamento da doença (diferentes das doenças agudas), pela impossibilidade de cura e, conseqüentemente, pelo contato intensivo e prolongado dos indivíduos enfermos com o sistema de saúde. Sua relevância nas políticas e ações de saúde pública é justificada pelo aumento expressivo do número de pessoas acometidas, principalmente adultos a partir dos 45 anos de idade, e pelos seus impactos que vão desde aqueles de ordem pessoal até às demandas postas aos serviços e sistemas de saúde como um todo (Bahia et al., 2011; Barsaglini, 2011; Dias & Campos, 2012).

Estudo epidemiológico que investigou a tendência temporal da prevalência de hipertensão, diabetes *mellitus* e ambas doenças combinadas, entre 2004 e 2011, em adultos na cidade de Florianópolis-SC, Brasil, evidenciou o aumento da prevalência da diabetes de 2,2, em 2004, para 4,2%, em 2011 (Tortorella, Corso, Gonzáles-Chica, & Melhen, 2017) – apesar de ter praticamente dobrado, a taxa é inferior à do Brasil, 7,5% (Flor & Campos, 2017). Em ambos estudos, a prevalência foi maior entre mulheres. Outras pesquisas destacaram as relações entre diabetes e o desenvolvimento econômico dos e entre os países (Zimmet, Alberti, & Shaw, 2001); e entre diabetes, estresse, depressão, baixas condições socioeconômicas e as relações de gênero (Cabassa, Hansen, Palinkas, & Ell, 2008; Fleischer, 2013; Lopes, 2013; Mendenhall, Fernandes, Adler, & Jacobs, 2012; Mendenhall, Seligman, Fernandes, & Jacobs, 2010; Poss & Jezewski, 2002; Rock, 2003).

Diante desse panorama, a operação que pretendo realizar neste artigo é desviar a atenção da distribuição dessa doença comprida na população e de seus fatores

associados – ainda que dialogando com esses dados –, como forma de produzir outra escala analítica e investigá-la a partir dos conhecimentos, das experiências e dos fluxos de sentidos, ações e interações no cotidiano de mulheres que vivem com e apesar da doença. Trata-se, portanto, de uma pesquisa que se construiu nos marcos teórico-metodológicos da Antropologia da Saúde.

Parti do pressuposto de que a doença é um processo experiencial (Langdon, 2001), na medida em que se constrói a partir das interpretações e sentidos atribuídos por pessoas concretas aos infortúnios e às situações de saúde debilitada que lhes afligem. Nessa perspectiva, a doença não é uma entidade abstrata, independente e universal em sua forma, progresso e conteúdo (Helman, 2009), pois os processos psicobiológicos operam em conjunto com fatores culturais e sociais (Langdon, 2001). Tampouco a doença passa ao largo das posições sociais dos sujeitos que as experienciam, de suas condições materiais e simbólicas, de suas trajetórias, de seus relacionamentos, de seus trânsitos e de suas emoções.

Assim, a maneira como as pessoas explicam e interpretam as situações de saúde debilitada que lhes afligem é de especial interesse para a Antropologia, na medida em que, por meio dessas explicações causais, se pode analisar as relações entre biologia e cultura, indivíduo e sociedade, estrutura social e agência. Nesse sentido, os modelos explicativos – como um modelo analítico – buscam dar conta do caráter social e cultural das enfermidades. Antropólogas/os têm se debruçado sobre a pluralidade de explicação da doença, destacando: suas lógicas e cosmologias; suas relações e hibridizações com outros modelos explicativos – sejam eles científicos ou não; as reinterpretações, assimilações e particularizações produzidas a partir do contato com outros sistemas médicos; as concepções de estrutura e funcionamento do corpo humano; os recursos terapêuticos empregados; dentre outros aspectos (Helman, 2009; Langdon, 2001; Young, 1976).

No que tange à diabetes, a literatura antropológica tem apresentado modelos explicativos que a definem como uma condição na qual se tem ‘sangue doce’ (uso aspas simples para termos nativos) pela presença ou aumento de ‘açúcar no sangue’. Nas explicações causais produzidas etnograficamente, ou por meio de outros tipos de pesquisas qualitativas, observa-se a integração entre elementos: familiares, mas não necessariamente consanguíneos, extrapolando a noção de hereditariedade da genética moderna; alimentares, o que a torna uma “doença do excesso”; e emocionais/relacionais, susto, estresse, nervoso, traições, traumas, etc. (Barsaglini, 2011; Cabassa et al., 2008; Fleischer, 2013; Mendenhall et al., 2012; Mendenhall et al., 2010; Mercado-Martinez & Ramos-Herrera, 2002; Poss & Jezewski, 2002).

Este artigo tem por objetivo compreender as possibilidades explicativas para a diabetes a partir da perspectiva de mulheres que vivem com essa doença comprida. Minha experiência etnográfica com as mulheres que viviam com diabetes na periferia de Campinas, interior de São Paulo, foi se delineando em torno de alguns eixos de diferenciação social que se cruzavam: gênero, migração, classe social, escolaridade, geração, etc. Tratava-se de um conjunto de aspectos de suas trajetórias de vida marcadas pelas relações dentro e fora da família ampliada e da vizinhança.

## MÉTODO

Este estudo de caso (Stake, 2000) faz parte de uma etnografia sobre a experiência de viver com diabetes e seu gerenciamento em grupos de educação em saúde em um centro de saúde (CS) localizado na periferia de Campinas-SP. O trabalho de campo ocorreu entre agosto de 2011 e setembro de 2012 e envolveu 21 mulheres e cinco homens que viviam com diabetes há mais de três anos e cinco profissionais do CS.

As informações para este estudo de caso foram extraídas de duas entrevistas semiestruturadas (uma hora e meia de duração cada, em média) e de observações participantes relacionadas às interações com a interlocutora. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. As descrições, impressões e *insights* produzidos por meio da observação participante foram registrados em diário de campo. As informações foram analisadas de acordo com a técnica de codificação temática (Flick, 2009).

A escolha desse caso, em particular, se justificou por ser a interlocutora uma das 11 entrevistadas realizadas com mulheres que relataram questões de cunho ‘emocional’ como causa do aparecimento dos sintomas da diabetes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, de acordo com o parecer nº 1.054/2011. Os nomes de pessoas, lugares e instituições usados aqui são fictícios para garantir o anonimato das interlocutoras.

## DONA WANDA, SUA FAMÍLIA E O SEU JEITO ‘DOCE’ DE SER

Conheci Dona Wanda em setembro de 2011, durante os encontros dos grupos de educação em saúde para pessoas que vivem com diabetes e ‘pressão alta’ etnografados por mim. Desde então, Dona Wanda e eu sempre nos encontrávamos nas reuniões do grupo, mas só conversamos mais detidamente cerca de sete meses depois, quando ela me explicou brevemente, na saída de uma das reuniões, o porquê de ela ter o ‘sangue doce’. Tal narrativa deixou-me extremamente curioso e antes de nos despedirmos, já agendamos nossa primeira entrevista. A timidez de Dona Wanda exigia uma delicadeza na aproximação.

No dia marcado, uma tarde de junho de 2012, fui à casa de Dona Wanda. Casada, parda, morava numa casa alugada com seu esposo, duas filhas, um neto e um ‘filho de criação’. A renda familiar estava em torno de 2 a 5 salários mínimos (em 2011, o salário mínimo era de R\$ 545,00), decorrentes do trabalho do esposo, como comerciante de frutas e legumes, e da filha mais nova, como estagiária. Dona Wanda e sua filha mais velha realizavam o trabalho doméstico e de cuidado das crianças. Pelo horário, só pude conhecer sua filha mais velha (28 anos de idade e separada recentemente), os outros adultos estavam trabalhando e as crianças na escola.

Dona Wanda nasceu numa cidade do interior da Bahia, tinha 63 anos de idade e estava na segunda migração para o Estado de São Paulo: na primeira, morou na capital por 20 anos; quando a conheci vivia em Campinas há 13. Nós já tínhamos nos reconhecido como nordestinos (eu sou pernambucano), pelos nossos sotaques, em um dos encontros do grupo no CS. O motivo da vinda para Campinas foi a possibilidade de as filhas fazerem faculdade, pois, segundo ela, ‘lá não tinha’. A filha caçula estava cursando engenharia ambiental numa universidade privada, o que era motivo de orgulho

para a mãe que também frequentava essa instituição para ter acesso a serviços e tecnologias de saúde no hospital universitário.

Para ela, viver em Campinas não estava sendo ‘fácil’ por vários motivos, dentre os quais destacou as condições econômicas da família e a ausência daquela ‘amizade da gente’ – referindo-se às relações de solidariedade com a vizinhança, para ela, comuns no Nordeste:

*“A gente não tem conseguido quase nada aqui. São 13 anos de aluguel! A gente nunca ficou tanto tempo assim [morando] de aluguel. O máximo era um ano, dois anos, e a gente já conseguia alguma coisa [casa] da gente mesmo. Aqui já tivemos oportunidade de crescer, de prosperar, e não vai! Eu acho que isso não está muito bom. E também o povo não é tão [ênfase na voz] solidário. É aquela amizade: se viu, muito bem; se não viu, bem também. Não é aquela amizade da gente. Eu não sei se o problema está em mim [risos]! Só sei que, por onde eu tenho passado, tenho conseguido amizades muito boas e duradouras. De estar na minha casa, eu estar na casa deles. Aqui não! Aqui é assim: cada um por si, Deus é por todos!”*

Se, por um lado, a casa de Dona Wanda não era frequentada pelos vizinhos devido aos delgados vínculos de amizade, por outro, ela relatou a existência de uma rede de cuidados e apoios baseada no parentesco, na solidariedade e na reciprocidade que ‘enchia sua casa de gente’. Essa rede tinha como objetivos: hospedar, apoiar e cuidar de pessoas em momentos de adoecimento; e acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) em Campinas, tendo em vista a existência de uma rede de serviços de densidades tecnológicas variadas, notadamente dois hospitais universitários.

Em geral, essas ajudas compreendiam estadias de médio e longo prazo para tratamentos de saúde em Campinas ou para parentes com dificuldades financeiras. Segundo a interlocutora, sua família era ‘fraca de recurso, mas na minha casa tem muita fartura’, devido ao trabalho do marido. Nessas situações, ela destacou sua disponibilidade para cuidar, colaborar, ajudar e, ao final, sua tristeza com a não retribuição/agradecimento por parte dos visitantes.

*“Minha casa sempre teve muita gente! Eu não falo de vizinhos, mas da minha família. Sempre teve irmão, sobrinha, cunhado, sogra. Minha sogra morou conosco 15 anos. 15 anos! [ênfase na voz] Agora mesmo tem dois meses que faleceu um irmão. Ele ficou três meses na minha casa, com câncer e se tratando na universidade. Antes de completar um mês que ele tinha falecido, veio o outro irmão com problema na uretra e foi embora agora há pouco, sábado. Então é sempre assim na minha casa! E quando a gente pensa que vai ter um agradecimento, você toma uma bombada daquelas! Eles vão embora... Um dos meus cunhados quando foi para o Japão deixou a mulher e os dois filhos na minha casa. Quando eles melhoraram e começaram a ganhar dinheiro, ele buscou o filho, a mulher e não dá um alô para gente. É incrível!”*

Em minhas incursões etnográficas conheci outros casos que também comungavam dos elementos simbólicos, relacionais e interacionais dessa rede. Porém, o que apareceu para Dona Wanda como ‘incrível’ era a precariedade de uma sociabilidade que deveria se pautar na empatia e na gratidão. Com essa rotina de “casa cheia”, Dona

Wanda dedicou exclusivamente seu tempo aos cuidados domésticos e da família, não por escolha própria, mas porque seu marido não lhe deixava trabalhar fora de casa. À época da entrevista, ela dizia:

*“Hoje eu sinto na pele: o que eu fiz comigo mesma? [risos] Eu fiz uma tamanha besteira em não ter trabalhado, lutado pelos meus direitos, pela minha liberdade financeira! E hoje faz falta, porque você fica dependendo de marido, de filho! Você se sente tão dependente dos outros, para tudo você precisa dos outros. Hoje eu me preocupo com isso!”*

Ela também se demonstrou preocupada ao narrar sobre a separação da sua filha, casada há 14 anos. A separação de sua filha foi motivada por problemas do marido com álcool e a sua não ‘disposição’ para trabalhar. Os problemas decorrentes do alcoolismo do genro dialogavam com os achados de Campos (2010) em sua etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos e a maneira como seus interlocutores, ex-bebedores, significavam a doença e suas experiências. De acordo com as análises de Campos (2010), o alcoolismo era significado como uma “doença de família” que afetava tanto o desempenho dos papéis sociais dentro da família como no trabalho.

*“É muito triste. Porque a partir do momento que a gente vê o filho casar, a vontade é que o casamento dure para toda vida! [risos] Eu ainda sou daquela época! Ele é uma pessoa boa, mas deu de beber e depois que ele fez uma tal de cirurgia de redução de estômago e perdeu a mãe, parece que ele perdeu a vontade de viver! Mas, assim, no sentido de arrumar um bom trabalho e estar ali com a família se ajeitando. Porque ele adora beber como se não tivesse responsabilidade com ninguém: nem mulher, nem filho, nem casa... E é assim que ele passa os dias... .”*

Para Dona Wanda, o problema de alcoolismo do genro era tido como uma mudança de personalidade: *“Minha filha fala que quando casou ele era uma pessoa e agora é outra!”* Ao mesmo tempo, essas experiências de sofrimento no casamento já eram conhecidas por Dona Wanda. Em sua narrativa, ela acionou o par doce/amargo para deixar entrever um pouco do que vivenciava com seu marido. Esse par foi utilizado para se referir aos jeitos de ser do casal: ela, doce; ele, amargo.

Em alguns momentos, o jeito ‘amargo’ do seu esposo era atribuído ao comportamento mais ‘fechado’ que, segundo a interlocutora, caracterizava os nipo-brasileiros (seu esposo tinha ascendência japonesa), mas, se relacionava, principalmente, às relações extraconjugais que este mantinha. Já ela estava incluída em tudo que se referia à doçura: *“Eu sou uma pessoa boa, agradável, carinhosa, atenciosa, sei lá. Tudo que se refere à doçura [risos], eu estou incluída!”* Esses jeitos de ser modelaram relações e afetos, conforme veremos a seguir.

## “O SANGUE COMEÇOU A FICAR DOCE”: UMA EXPLICAÇÃO CAUSAL PARA A DIABETES

O diagnóstico de diabetes de Dona Wanda se deu por volta de 2003, alguns anos depois de migrar para Campinas. Em consulta de rotina com o clínico geral do CS do bairro Ihe foram solicitados alguns exames laboratoriais. No encontro seguinte, já com os resultados dos exames, o médico diagnosticou diabetes *mellitus* tipo 2 – uma notícia que Ihe ‘tirou o chão’. “*Na hora eu disfarcei. Mas, eu me senti assim... meio... Faltando o chão debaixo dos meus pés! Eu fiquei meio abalada [silêncio]!*” Quando questionei o porquê de sua reação, ela completou sua fala apontando para uma ruptura de entendimento, ao mesmo tempo em que enumerava e eliminava possíveis causas da enfermidade.

*“Eu ouvia falar [da diabetes], mas, para mim, era uma coisa que nunca ia me acontecer. Nós somos em onze irmãos e nunca ninguém teve. Apesar de eu não ter conhecido meus avós, minha mãe morreu muito cedo, meu pai também... Mas, [a morte deles] nada tinha a ver com isso [diabetes]. Então se teve gente com esse problema, foram os que eu não cheguei a conhecer, e ninguém nunca falou nada. Doce é muito difícil eu comer, apesar que em casa que tem criança sempre tem doce. Tem dia que eu fico babando por um docinho! Sujo o dedo e ponho na boca! E de repente, eu me vi com aquele problema! Por que, entre todos os irmãos, só eu que fui premiada?”*

Os estudos antropológicos sobre modelos explicativos de diabetes têm apontado uma diversidade de causas que, em alguma medida, alargam as explicações etiológicas da biomedicina. De modo geral, as causas da diabetes podem ser classificadas em três grupos tendo em vista elementos: (1) das relações de parentesco/família, mas não necessariamente relações consanguíneas, o que nem sempre se alinha a características hereditárias apontadas pela medicina moderna; (2) das formas de comer e das práticas de comensalidade, geralmente destacando o hábito de comer excessivamente alimentos ricos em gorduras e carboidratos (principalmente as ‘comidas doces’); e (3) das experiências emocionais (boas e ruins) vividas no cotidiano: estresse, susto, nervoso, aflição, pressão, constrangimento, coerção, dureza, etc. (Arcury, Skelly, Gesler, & Dougherty, 2004; Barsaglini, 2011; Cohen, Tripp-Reimer, Smith, Sorofman, & Lively, 1994).

A partir da análise que Dona Wanda empreende a respeito das suas relações de parentesco e dos seus hábitos alimentares, a diabetes não poderia ser do ‘tipo familiar’. Tampouco devido ao excesso de ‘doce’. Para Dona Wanda: “*Muita gente fala que alguns casos são emocionais, por isso ou por aquilo. Se for o caso de emoção ou de tristeza, eu estou incluída nesse caso!*”

Nesse ponto da nossa entrevista, ela adentrou, entre pausas, silêncios e cochichos, em experiências dolorosas produzidas, principalmente, pelas emoções decorrentes de traições em seu casamento – uma forma de violência conjugal sancionada pelas normas e moralidades machistas e sexistas (Franco, Magalhães, & Féres-Carneiro, 2018): “*Fui traída muitas vezes! [falando baixo, quase sussurrando] Em casa tem um menino que não é meu filho. É filho dele com outra... Ele tem 11 anos! [silêncio] Chegou na minha casa para eu criar quando tinha quatro aninhos!*”

Os detalhes dessas traições nunca me foram narrados, embora, vez ou outra, ela relatasse pequenos fragmentos da história e a presença do ‘filho de criação’ pudesse romper sua hesitação. Após disparar sobre as muitas traições, Dona Wanda me pediu para encerrar nossa primeira entrevista. Aqui vi-me diante daqueles momentos, já descritos por Peirano (2008, p. 5), nos quais “somos surpreendidos [em campo] pelo fato de que a vida parece imitar a teoria”. Precisei conter minhas inquietações de etnógrafo e entender, como explicou Das (2006, p. 92), que “os limites que ela [referindo-se a Manjit, sua interlocutora] criara entre dizer e mostrar não poderiam ser ultrapassados por convites descuidados à conversa, como: diga-me o que aconteceu”.

São nessas circunstâncias que aprendemos, como etnógrafos, que as narrativas que pretendemos conhecer não estão prontas, guardadas em algum lugar da memória de nossas(os) interlocutores. Sobretudo quando estamos lidando com violências que não se configuram como eventos extraordinários (pontuais, localizados, passageiros e, por isso, chocantes). Dona Wanda estava se reportando a traições como atos de violência que estavam presente em seu cotidiano, constituindo-o, repetidamente acontecendo e sem a espetacularização dos grandes atos de violência extraordinária. Vali-me aqui de estratégias teórico-metodológicas apontadas por Das (2006) em sua etnografia sobre a violência de gênero e a produção da narrativa da Nação indiana produzidas no contexto da Partição da Índia. Ela abordou as questões da violência não como uma narrativa, uma imagem ou uma representação acabada, mas como “um texto que está sendo constantemente revisado, reescrito e coberto de comentários”, como “histórias não tão completas, mas em processo de produção” (Das, 2006, p. 80). Assim como nas narrativas de Asha e Manjit, interlocutoras de Veena Das, o que me preocupava na história de Dona Wanda era sua “pobreza de palavras”.

Voltamos a nos encontrar um mês depois. Dessa vez ela preferiu que a entrevista ocorresse no próprio CS, após a reunião do grupo que participávamos. Quando retomamos as interpretações causais da ‘sua’ diabetes, ela revisou as explicações:

*“Se é que existe diabetes emocional ou se é mito! Sei lá o que é! Mas o povo fala e eu acho que tem tudo a ver! [risos] Eu sei que apareceu do nada e está aí... Agora é diabetes, é pressão alta e, para completar, arritmia e assim vai. Pela família até agora, de 11 irmãos, graças a Deus nenhum. Nunca fui de comer muito doce, nunca. Isso aí não foi não! De comida assim, extravagância, disse ou daquilo, não! Todo mundo fala que diabetes é açúcar no sangue. Eu acho que... vamos por aqui... É porque eu sou uma pessoa muito doce [risos]! Oh meu Deus! [risos] E aí foi tanto, tanto, que o sangue começou a ficar doce também. Você não acha? [risos]”*

Essa narrativa dolorosa, mesmo que entrecortada por sorrisos e reticências, expunha a coerência de sua explicação causal para a diabetes. Esse jeito ‘doce’, capaz de “adoçar” inclusive o sangue e fazer com que a diabetes aparecesse do nada e estivesse ali, talvez tivesse lhe tornado mais vulnerável ao jeito ‘amargo’ dos outros (notadamente do seu marido) e das situações vividas. “*Eu estou falando isso porque na minha relação [conjugal] é o contrário [não é doce]*”. Tratava-se, portanto, de emoções, jeitos de ser, experiências, sofrimentos, dramas familiares – todos atravessados por questões sociais, econômicas, políticas e culturais – que ganharam materialidade, foram corporificadas, encarnadas no ‘sangue doce’.



Tal interpretação colapsa as clássicas dualidades do pensamento ocidental moderno (mente-corpo, *self*-outro, cognição-emoção, subjetividade-objetividade) ao abordar um sofrimento que se expressa, porque se encarna, se experimenta num corpo que não é apenas “um *objeto* a ser estudado em relação à cultura, mas é *sujeito* da cultura; em outras palavras, a base existencial da cultura” (Csordas, 2008, p. 102, *grifos do autor*). Nessa perspectiva, o corpo é o fundamento de nossa experiência no mundo, dimensão mesma do nosso ser. O corpo não é matéria inerte ante o espetáculo da cultura, mas sim um “corpo vivido” perpassado pelo subjetivo (Rabelo & Alves, 2004).

No caso em particular que vem sendo discutido neste artigo, a diabetes pode ser considerada a corporificação (*embodiment*) de um conjunto de experiências de sofrimento social que englobavam as traições do marido, a migração, as dificuldades econômicas (sem casa própria, sem aposentadoria), a precariedade das relações de solidariedade e de amizade com a vizinhança e mesmo no interior da família ampliada, os problemas dos filhos, e os adoecimentos próprios e dos outros.

Trata-se de um sofrimento social porque suas origens podem ser localizadas na estrutura social, nas desigualdades sociais e/ou nas profundas feridas da história. Sofrimento social porque se produz por meio da corporificação de “forças sociais como pobreza, racismo, diferenças de gênero, migração, heranças coloniais e exclusão social que agem como fatores de risco e patologia” (Pussetti & Brazzabeni, 2011, p. 471). Nessa perspectiva, o sofrimento social é compreendido como o resultado “da limitação da capacidade de ação dos sujeitos e é através da análise das biografias dos sujeitos que podemos compreender o impacto da violência estrutural no âmbito da experiência cotidiana” (Pussetti & Brazzabeni, 2011, p. 469). Nesse sentido, conforme colocado por Mendenhall et al. (2010), a experiência com enfermidades de longa duração que possuem profunda associação com desigualdades sociais em saúde, como a diabetes, podem funcionar para as pessoas acometidas como um idioma por meio do qual corporificam e expressam o sofrimento social.

Na narrativa de Dona Wanda, o silêncio sobre as relações extraconjugais do marido é, em algumas circunstâncias, rompido pela presença do ‘filho dele com outra’. Dessa forma, instaura-se uma temporalidade que, cotidianamente, atualiza o esquecimento, a dor, as assimetrias das relações de gênero dentro da família, os afetos, como afirmou: “*Ele sabe que não sou a mãe biológica dele*”. Perguntei como ele a chamava e ela respondeu: “*Uma hora é madrinha, outra hora é mãe, outra hora me respeita, outra hora é malcriado. Eu acho que nessa idade dele é normal, porque adolescente fica com a cabeça meio embaralhada, meio confusa.*”

Essas experiências de sofrimento social eram decorrentes das relações entre o seu papel social de mulher, as traições do marido, as condições sociais e econômicas da família, a migração e os trocas e apoios vivenciados na esfera da família ampliada. Em nossas conversas, esse sofrimento social era continuamente atravessado pela generificação de suas relações conjugais, sociais e econômicas. Ao relatar que “*Em casa tem um menino que não é meu filho. É filho dele com outra...*” e as condições precárias com que agencia, junto ao “filho de criação”, seu papel social e afetivo pareciam querer denunciar essas violências que são roteirizadas na vida cotidiana. Uma experiência que remete a um “passado contínuo”, como disse Das (2006) ao se referir ao lugar comum da violência de gênero no universo do parentesco Punjabi. Para suas interlocutoras, o tempo era um agente que trabalhava nos relacionamentos. Ao realizar seu trabalho, o tempo poderia reescrever, reenquadrar, reinterpretar as memórias e os textos do sofrimento decorrentes da violência.

Na perspectiva desenvolvida por Das (2006), a inefabilidade das emoções de Dona Wanda, ou seu dizer claudicante, deixa entrever que o trabalho do tempo não está feito ou está em processo. Quando lançamos essas questões contra o pano de fundo de suas relações familiares, vizinhança, condições de classe, migração, aposentadoria, etc. podemos descortinar a produção social da sua diabetes “emocional”. Trata-se, portanto, de compreender como a dor, o sofrimento, a violência acha lugar no corpo.

Em pesquisa antropológica conduzida com um grupo de americanos de origem mexicana em Chicago (Estados Unidos), a diabetes foi considerada como a corporificação ou um idioma para traduzir sofrimento social decorrentes de: situações de violência estrutural; iniquidades sociais; viver em bairro com alto índice de violência; conflitos familiares; isolamento de membros da família; violência contra a mulher (incluindo violência doméstica) e contra a criança (relatada tanto pelas vítimas, como pelos agressores); o estado de vigilância ou de defesa em contextos de violências diversas; solidão, dependência econômica e falta de suporte social decorrentes de migração; traições e separações conjugais (Mendenhall et al., 2010).

Além disso, os autores destacaram a duração dessas experiências como prolongadas ou momentâneas/temporárias e como essas temporalidades impactavam na causação e na experiência com a enfermidade (Mendenhall et al., 2010). Nesse sentido, Rock (2003) alerta para o fato de que a diabetes, mesmo já tendo sido demonstrada na literatura antropológica como um “ídioma” (no sentido de uma linguagem do corpo) que comunica a corporificação de experiências de sofrimento social, essa dimensão da enfermidade ainda não é tratada como um problema de saúde pública nem aparece na lista das complicações comuns dessa enfermidade.

Por fim, para Dona Wanda seu cotidiano poderia ser metaforizado como um “vaso de vidro”, com algumas regiões construídas com “cacos colados”. Ao me explicar esse vaso, ela deu relevo à sua delicadeza, às inúmeras vezes que foi preciso “colar” esses “cacos”, ao quanto é preciso cuidar, pois novos “cacos” podem se formar. Por meio dessa metáfora, Dona Wanda me comunicava como ela, cotidianamente, juntava os pedaços, os “cacos”, os fragmentos e produzia um lugar, uma forma de continuar habitando o mundo, com todas as relações nas quais ela se via enredada. Novamente aqui, me acudi na perspectiva de Das (2006).

Esse lugar lhe permitia forjar agenciamentos diversos, tais como: “não ligar mais para o marido” (no sentido de ignorá-lo, falar só o necessário); “correr atrás do INSS [Instituto Nacional de Seguridade Social] para ver se consegue a aposentadoria”; manter contato mais frequente com as antigas vizinhas e amigas da Bahia; ter sempre a casa aberta para os parentes que precisarem; apoiar a filha na decisão que esta tomar em seu casamento; cuidar do filho adolescente proveniente da traição do marido; frequentar serviços de saúde para fazer tratamentos, acompanhamentos, cirurgias e outros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo de caso busquei analisar e expor as maneiras como uma doença comprida – a diabetes – ganhou forma, materialidade e sentidos no contexto da vida de Dona Wanda. Dessa forma, a diabetes foi apresentada como uma forma de corporificação (*embodiment*) de experiências de sofrimento social, tensionando, assim, as explicações etiológicas oferecidas pela biomedicina que, no fluxo do cotidiano com seus saberes e suas práticas, se tornam insuficientes para abarcar a dimensão físico-

moral que a enfermidade assume na concretude da vida. Nesse sentido, a experiência etnográfica foi fundamental na tessitura de relações, de trocas, de afetividades, na coprodução de dados e na construção de interpretações e análises teóricas possíveis graças ao compartilhamento dos conhecimentos produzidos e atualizados cotidianamente pela interlocutora.

A principal contribuição deste estudo é a possibilidade de compreensão das maneiras como as micropolíticas emocionais tomam, literalmente, “corpo” na narrativa de sujeitos concretos e, com isso, adentra nas sutilezas relacionais e contextuais que caracterizam as molduras socioculturais dentro das quais relações de poder, hierarquias, moralidades e fronteiras macrossociais são dramatizadas, reforçadas e alteradas em relações interpessoais nas quais emergem a experiência emocional individual, como colocado por Rezende e Coelho (2010). Portanto, a diabetes, aqui, pode ser compreendida não apenas como uma doença comprida capaz de produzir rupturas e continuidades na vida de uma pessoa, mas, também, como um idioma que permite expressar experiências de sofrimento social e suas gramáticas emocionais.

## REFERÊNCIAS

- Arcury, T. A., Skelly A. H., Gesler, W. M., & Dougherty, M. C. (2004). Diabetes meaning among those without diabetes: Explanatory models of immigrant Latinos in rural North Carolina. *Social Science and Medicine*, 59(11), 2183-2193.
- Bahia, L. R. et al. (2011). The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System. *Value Health*, 14(5), S137-S140.
- Barsaglini, R. A. (2011). *As representações sociais e a experiência com o diabetes: Um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Cabassa, L. J., Hansen, M. C., Palinkas, L. A., & Ell, K. (2008). Azúcar y nervios: Explanatory models and treatment experiences of Hispanics with diabetes and depression. *Social Science and Medicine*, 66(12), 2413-2424.
- Campos, E. A. (2010). *“Nosso remédio é a palavra”*: Uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos. Rio de Janeiro, RJ: Ed. FIOCRUZ.
- Cohen, M. Z., Tripp-Reimer, T., Smith, C., Sorofman, B., & Lively, S. (1994). Explanatory models of diabetes: Patient practitioner variation. *Social Science and Medicine*, 38(1), 59-66.
- Csordas, T. J. (2008). *Corpo, significado, cura*. Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS.
- Das, V. (2006). *Life and words: Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Dias, J. C. R., & Campos, J. A. D. B. (2012). Diabetes mellitus: Razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas do Brasil, 2002-2007. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(1), 239-244.
- Fleischer, S. O “grupo da pressão”: Notas sobre as lógicas de “controle” de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF. *Amazônica, Revista de Antropologia*, 5(2), 452-477.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. 4<sup>th</sup> ed. London: Sage.
- Flor, L. S., & Campos, M. R. (2017). Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: Evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(1), 16-29.

- Franco, D. A., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2018). Violência doméstica e rompimento conjugal: Repercussões do litígio na família. *Pensando Famílias*, 22(2), 154-171.
- Helman, C. G. (2009). Doença versus enfermidade na clínica geral. *Campos*, 10(1), 119-128.
- Langdon, E. J. (2001). A doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, 5(2), 241-260.
- Lopes, A. A. F. (2013). Donas de casa, mães e avós experimentando o cuidado de si na vida com diabetes. In A. M. Canesqui (Org.), *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração* (pp. 287-314). São Paulo, SP: HUCITEC.
- Mendenhall, E., Seligman, R. A., Fernandez, A., & Jacobs, E. A. (2010). Speaking through diabetes: Rethinking the significance of lay discourses on diabetes. *Medical Anthropology Quarterly*, 24(2), 220-239.
- Mendenhall, E., Fernandez, A., Adler, N., & Jacobs, E. A. (2012). *Susto, coraje*, and abuse: Depression and beliefs about diabetes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36(3), 480-492.
- Mercado-Martínez, F. J., & Ramos-Herrera, I. M. (2002). Diabetes: The layperson's theories of causality. *Qualitative Health Research*, 12(6), 792-806.
- Oliveira, J. E. P., & Vencio, S. (Orgs.). (2016). *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016)*. São Paulo, SP: A.C. Farmacêutica.
- Peirano, M. (2008). Etnografia, ou a teoria vivida. *Porto Urbe*, 2, 1-11.
- Poss, J., & Jezewski, M. A. (2002). The role and meaning of *susto* in Mexican Americans' explanatory model of type 2 diabetes. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3), 360-377.
- Pussetti, C., & Brazzabeni, M. (2011). Sofrimento social: Idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*, 15(3), 467-478.
- Rabelo, M. C., & Alves, P. C. (2004). Corpo, experiência e cultura. In A. Leibling (Org.), *Tecnologias do corpo: Uma antropologia das medicinas no Brasil* (pp. 175-200). Rio de Janeiro, RJ: NAU Ed.
- Rezende, C. B., & Coelho, M. C. (2010). *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. FGV.
- Rock, M. (2003). Sweet blood and social suffering: Rethinking cause-effect relationships in diabetes, distress, and duress. *Medical Anthropology*, 22(2), 131-174.
- Stake, R. S. (2000). Case study. In N. K. Denzin, & S. Yvonna. (Eds.), *The handbook of qualitative research* (pp. 435-454). 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage.
- Tortorella, C. C. S., Corso, A. C. T., Gonzáles-Chica, D. A., & Melhen, A. R. F. (2017). Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 469-480.
- Young, A. (1976). Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, 78(5), 5-24.
- Zimmet, P., Alberti, K. G. M. M., & Shaw, J. (2001). Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414(6865), 782-787.

Recebido: 10/06/2019  
1ª reformulação: 05/09/2019  
Aprovado: 14/09/2019

**Sobre o autor:**

**Lucas Pereira de Melo** é Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**Correspondência com o autor:** [lpmelo@usp.br](mailto:lpmelo@usp.br)