

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty

Nájela Hassan Saloum de Andrade

Ribeirão Preto

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty

Nájela Hassan Saloum de Andrade

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, na linha de investigação Epistemologia das Ciências da Saúde do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti

Ribeirão Preto

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Andrade, Nájela Hassan Saloum de

A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty. Ribeirão Preto, 2008.

106 f.

Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Orientador: Zanetti, Maria Lúcia

1. Diabetes mellitus. 2. Retinopatia diabética. 3. Percepção visual.
4. Fenomenologia.

Folha de Aprovação

Nájela Hassan Saloum de Andrade

Título: A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, na linha de investigação Epistemologia das Ciências da Saúde do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Ao meu esposo Luiz Alberto. Passamos por momentos difíceis, mas nosso amor prevaleceu. Obrigada pela sua companhia e ajuda. Hoje eu o amo mais do que ontem.

À Sofia, minha filha amada, por me acompanhar nesta trajetória, pelo seu sorriso e amor que me impulsionaram a não desistir dos meus sonhos. Você alegrou meu caminhar e me deu forças desde o início desta história. Eu a amo muito.

À Bianca (em gestação). Você é resposta de Deus às minhas orações e coroa final deste trabalho. Eu a amo.

Agradecimento Especial

A Deus

Meu criador e Pai

A Ti dedico todo o meu louvor e agradecimento pelas tuas misericórdias em minha vida. Passei por momentos difíceis, talvez os mais difíceis de minha vida até então, mas encontrei refúgio em teus braços e amor em cada verso da tua Palavra. Especiais foram para mim as palavras do profeta Jeremias:

“O amor do Deus Eterno não se acaba, e a sua bondade não tem fim. Este amor e esta bondade são novos todas as manhãs, e como é grande a fidelidade do Deus Eterno. Deus é tudo o que tenho; por isso confio nEle. O Eterno é bom para todos os que confiam nEle. O melhor é ter esperança e aguardar em silêncio a ajuda do Deus Eterno.” (Lamentações 3:22-26)

Agradeço por me sustentar em tuas mãos, pelo livre acesso que tenho a ti por meio do teu filho, Jesus Cristo, por ouvir meu choro e atentar às minhas orações. Hoje posso dizer como Jó:

“Eu reconheço, ó Deus Eterno que para ti nada é impossível e que nenhum dos teus planos pode ser impedido.” (Jó 42:2)

*“Antes eu te conhecia só por ouvir falar, mas agora eu te vejo com os meus próprios olhos.”
(Jó 42:5)*

A ti o meu eterno agradecimento.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti, minha orientadora. Obrigada por investir e acreditar em meu potencial. Obrigada pela sua humildade, amor e respeito. Agradeço pelos momentos de compreensão e incentivo.

À Profa. Dra. Ana Emília Pace, pela amizade e ajuda no início deste trabalho.

À Profa Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle, pela disponibilidade, carinho e valiosas contribuições a esta pesquisa.

Aos componentes da banca examinadora deste estudo, pela disponibilidade e reflexões na concretização final deste trabalho.

À Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira, pela amizade e incentivo em minha trajetória.

À Profa. Dra. Liudmila Miyar Otero, pela colaboração e contribuições.

À Vera Lúcia Agostinho Ribeiro, técnica do laboratório ótico do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Obrigada pelo auxílio na realização dos testes de acuidade visual.

À Equipe Multiprofissional da casa 5, pela amizade, apoio e incentivo.

Aos sujeitos deste estudo, pela colaboração e por compartilhar suas percepções. Muito obrigada.

Aos meus pais, Maria e Hassan, pela minha formação, carinho e apoio.

Aos meus irmãos Neifi, Nadia, Nabia e Hassan, meus cunhados José Calil, Marco, Marcelo e Aline, meus amados sobrinhos Álefe, Haniel, Letícia, Laís e Anielly (em gestação). Obrigada por serem uma família maravilhosa e feliz.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta com este estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES pelo valioso subsídio concedido para a realização desta pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTAGEM DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
RESUMEN	iii
1 O caminho em direção ao objeto de estudo.....	1
2 O diabetes mellitus como uma enfermidade crônica	5
2.1 Retinopatia diabética	9
3 Referencial teórico-metodológico	16
3.1 A percepção segundo Merleau-Ponty	17
3.2 A pesquisa fenomenológica.....	22
3.3 A opção de olhar o objeto de investigação sob a perspectiva da percepção de Merleau-Ponty.....	26
4 Objetivo do estudo	29
5 Trajetória da investigação	31
5.1 Caracterização do estudo	32
5.2 Cenário do estudo.....	32
5.3 Período do estudo	33
5.4 População do estudo.....	33

5.5	Sujeitos do estudo	37
5.6	Aspectos éticos	37
5.7	Aproximação com o campo de investigação	38
5.8	Recursos utilizados para a coleta de dados	39
5.9	A obtenção dos dados empíricos	40
5.10	Procedimentos de análise dos dados	41
6	Apresentação dos dados empíricos	43
7	Análise dos depoimentos	69
	A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética como “algo” não refletido	71
	A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética como “algo” em movimento.....	73
	A percepção da retinopatia diabética	81
	A experiência existencial do conviver com a retinopatia diabética	85
8	Considerações finais	88
9	Referências Bibliográficas	92
10	Anexos.....	102
11	Apêndices	104

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Classificação da retinopatia diabética, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007..... 12
- Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes diabéticos atendidos no GED, segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005 34
- Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes diabéticos atendidos no GED, segundo tempo de diagnóstico e tipo de diabetes referido pelo paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005..... 35
- Tabela 4 - Distribuição numérica dos pacientes diabéticos atendidos no GED, segundo presença e classificação da retinopatia diabética. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005..... 36
- Tabela 5 - Distribuição numérica dos pacientes diabéticos atendidos no GED, para cada um dos outros problemas oftalmológicos detectados. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005 37

Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxograma de diagnóstico de tratamento da retinopatia diabética	13
---	----

Listagem de Siglas e Abreviaturas

EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
MISP	Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo
GED	Grupo Educativo em Diabetes
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
DM	Diabetes mellitus
RD	Retinopatia diabética
RDNPL	Retinopatia Diabética Não Proliferativa Leve
RDNPM	Retinopatia Diabética Não Proliferativa Moderada
RDP	Retinopatia Diabética Proliferativa
EM	Edema Macular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ND	Nefropatia Diabética
SUS	Sistema Único de Saúde
SDM	<i>Staged Diabetes Management</i>

Resumo

ANDRADE, N.H.S. A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty. 2008. 106 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

A retinopatia diabética (RD) é uma das complicações crônicas do diabetes mellitus e constitui a principal causa de cegueira no mundo. Este estudo tem como objetivo compreender a percepção visual de pacientes diabéticos acometidos pela RD. Foram entrevistados 11 sujeitos diabéticos em um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, em 2007. Utilizou-se o referencial teórico-metodológico da fenomenologia e da percepção do corpo, à luz de Merleau-Ponty. A organização dos dados possibilitou a elaboração de quatro categorias de análise: a percepção visual de pacientes com RD como “algo” não refletido, a percepção visual de pacientes com retinopatia diabética como “algo” em movimento, a percepção da retinopatia diabética e a experiência existencial do conviver com a retinopatia diabética. A diminuição da acuidade visual ou a cegueira conduz o homem a uma nova existência traduzida por um redimensionar do corpo habitual para um novo corpo atual, encontrando maneiras próprias de habitar o mundo. Compreender o paciente em sua experiência vivida, buscando entender as mudanças existenciais decorrentes da RD, é importante para o estabelecimento de estratégias educacionais com vista à atenção integral à saúde. Os resultados reafirmam a necessidade de se repensar o cuidado para além da dimensão biológica e do enfoque fragmentado do corpo centrado na doença, em direção a uma dimensão humana em todas as suas vertentes.

Palavras-chave: diabetes mellitus, retinopatia diabética, percepção visual, fenomenologia.

Abstract

ANDRADE, N.H.S. The visual perception of patients with diabetic retinopathy according to Merleau-Ponty's reference framework. 2008. 106 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2008.

Diabetic retinopathy (DR) is one of the chronic complications of diabetes mellitus and constitutes the main cause of blindness around the world. This study aims to understand the visual perception of diabetic patients affected by DR. Eleven diabetic patients were interviewed at a University Research and Community Service Centre in the interior of São Paulo State, Brazil, in 2007. The theoretical-methodological framework consisted of phenomenology and the perception of the body, in the light of Merleau-Ponty. Data organization permitted the elaboration of four analysis categories: the visual perception of DR patients as “something” that is not reflected, the visual perception of patients with diabetic retinopathy as “something” moving, the perception of diabetic retinopathy and the existential experience of living with diabetic retinopathy. Decreased visual acuity or blindness lead man to a new existence, translated by a redimensioning of the habitual body to a current body, finding one's own ways of living in the world. Understanding patients in their experience, attempting to understand the existential changes deriving from DR, is important to establish educational strategies with a view to integral health care. The results confirm the need to rethink care beyond the biological dimension and disease-centered fragmented focus on the body, towards a human dimension in all of its aspects.

Key words: diabetes mellitus, diabetic retinopathy, visual perception, phenomenology.

Resumen

ANDRADE, N.H.S. La percepción visual de pacientes con retinopatía diabética según el marco de referencia de Merleau-Ponty. 2008. 106 f. Tese (Doctorado)- Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo, 2008.

La retinopatía diabética (RD) es una de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus y constituye la principal causa de ceguera en el mundo. Este estudio tiene como objetivo investigar la percepción visual de pacientes diabéticos acometidos por la RD. Fueron entrevistados 11 pacientes diabéticos en un Centro de Investigación y Extensión Universitario del estado de San Pablo, en 2007. Se utilizó como marco de referencia teórico e metodológico la fenomenológica y la percepción del cuerpo según Merleau-Ponty. La organización de los datos permitió clasificar cuatro categorías de análisis: la percepción visual de pacientes con RD como “algo” no reflexionado; la percepción visual de pacientes con retinopatía diabética como “algo” en movimiento; la percepción de la retinopatía diabética; y, la experiencia existencial de convivir con la retinopatía diabética. La disminución de la capacidad visual o la ceguera conducen al hombre a una nueva existencia que se traduce en redimensionar el cuerpo habitual para un nuevo cuerpo actual, que le permite encontrar nuevas maneras de habitar el mundo. Comprender al paciente en esta nueva experiencia de vida, buscando entender los cambios existenciales provenientes de la RD, es importante para establecer las estrategias educacionales, que tienen como objetivo ofrecer una atención integral a la salud. Los resultados confirman la necesidad de repensar el cuidado, buscando más allá de la dimensión biológica y del enfoque fragmentado del cuerpo centrado en la enfermedad, en dirección a una dimensión humana en todas sus vertientes.

Palabras-chave: diabetes mellitus, retinopatía diabética, percepción visual, fenomenología.

1 O caminho em direção ao objeto de estudo

Desde a minha inserção no curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho trilhando caminhos que, a princípio, eram obscuros e incompreensíveis para mim. Mas com o tempo passaram a ter real significado em minha vida.

Inicialmente, como bolsista de Iniciação Científica- FAPESP, inserida no **Grupo de Investigação Fenomenológica sobre a Morte e o Morrer**, vivenciei a primeira aproximação com o tema da morte. Parecia-me estranho estudar aspectos relacionados à morte, paciente terminal, dor, sofrimento, perda... Pude, então, relacionar as leituras realizadas como integrante do grupo de pesquisa e o meu próprio cotidiano na qualidade de aluna em atividades teórico-práticas na disciplina ERG-218 Cuidados Fundamentais de Enfermagem ao Homem Adulto.

Essas inserções possibilitaram perceber que o paciente, a família e a equipe de saúde passam por várias dificuldades diante de um diagnóstico de doença grave. Ainda, durante o estágio curricular, observei o atendimento pelos médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem de um paciente em parada cardiorrespiratória. O cenário de atuação dos profissionais de saúde realizando manobras com agilidade e presteza me inquietou muito e, foi a partir daí que, de forma embrionária, interessei-me em aprofundar os conhecimentos no tema da morte. Essa experiência constituiu a motivação para minha inserção na pesquisa, com a perspectiva de compreender como as pessoas que integram a equipe de saúde percebem as situações de terminalidade do paciente através de tentativas de reanimação cardiorrespiratória.

Durante os estágios realizados no hospital universitário, também, tomei conhecimento de uma equipe de saúde com treinamento especializado no atendimento a pacientes em parada cardiorrespiratória, equipe essa denominada informalmente de “Swat”.

A observação empírica do atendimento dessa equipe de saúde aos pacientes acentuou meu interesse para compreender como os seus integrantes enfrentam a tarefa de lidar, de forma tão explícita, com a morte em seu cotidiano de trabalho.

Nesse contexto desenvolvi a pesquisa, na qualidade de aluna de iniciação científica, intitulada **A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca** publicada na Revista Latino-Americana de Enfermagem 1999 dezembro; 7(5):109-119 (SALOUM; BOEMER,1999).

Esse estudo evidenciou que o trabalho se mostrava aos profissionais sob uma perspectiva funcionalista, na qual o fator tempo revelava-se como determinante na luta contra a morte, permeado pelo sucesso/insucesso e dificuldades, gerando sentimentos de

onipotência/impotência, requerendo uma postura de enfrentamento. Também evidenciou o desgaste e sentimentos de impotência diante do fracasso da reanimação ao paciente.

Os resultados, ainda, apontaram para a necessidade dos órgãos formadores e das instituições de saúde preparar os profissionais para lidar com situações que envolvem a morte, sentimentos de impotência e fracasso, a fim de prevenir a *Síndrome de Burnout* que acomete os profissionais de saúde, levando-os a um desgaste profissional nas situações de reanimação de parada cardíaca de pacientes internados.

Após o término do curso de graduação em Enfermagem, iniciei minhas atividades profissionais como enfermeira na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), por dois anos.

Essa rica experiência direcionou-me para a busca de leituras específicas acerca do tema da aids e a profissão de enfermagem o que proporcionou o meu crescimento pessoal e possibilitou a construção do objeto de minha investigação de mestrado.

Assim, no curso de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental- nível Mestrado, propus-me a compreender o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes com HIV/aids, pelos profissionais de enfermagem no seu cotidiano. Esse estudo resultou na dissertação de mestrado denominada **O conviver com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: a ótica de profissionais de enfermagem** e publicada na Revista Ciencia y Enfermeria 2001; 7(2): 53-66 (ANDRADE; BOEMER, 2001). Os dados obtidos possibilitaram perceber que o trabalho dos profissionais, em sua essência, era importante, porém revestido de dificuldades; causava desgaste físico e emocional nos profissionais devido à fase avançada da doença, cuidados intensivos, o lidar com uma doença incurável e os problemas sociais envolvidos. O profissional para exercer atividades junto a essa clientela precisa de preparo, acompanhamento e suporte psicológico. Os resultados, também, reafirmaram os dados da literatura quanto à necessidade de escolas e instituições de ensino e de saúde implementarem disciplinas, cursos, palestras, de forma a ajudar os profissionais de enfermagem a lidar no seu cotidiano com o paciente no processo de vida-morte, em todas as suas facetas.

Após a conclusão do curso de mestrado, trabalhei como enfermeira em uma Clínica Oftalmológica onde pude acompanhar o sofrimento de pacientes com alterações visuais devido à retinopatia diabética, uma das complicações crônicas do diabetes mellitus. Essa constituiu a primeira aproximação com o objeto de estudo proposto na presente investigação. Posteriormente desliguei-me deste vínculo empregatício e inseri-me na carreira acadêmica, no

Centro Universitário de Araraquara- UNIARA, como docente responsável pela disciplina de Semiologia e Semiotécnica/ Fundamentos de Enfermagem.

Na qualidade de docente, tive a oportunidade de acompanhar os alunos em situações de ensino clínico em hospitais na cidade de Araraquara-SP, onde permanentemente, também, prestávamos cuidados a pacientes diabéticos internados, devido às complicações crônicas da doença, tais como a nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética.

Para aprofundar-me na temática da pesquisa, inseri-me no **Grupo de Pesquisa em Enfermagem e Diabetes Mellitus** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Essa inserção possibilitou a imersão necessária para a compreensão do objeto de estudo.

Particularmente, interessam-me os pacientes diabéticos que apresentam retinopatia diabética, e como eles a vivenciam. Portanto, a presente investigação tem como objetivo compreender a percepção visual de pacientes diabéticos acometidos pela retinopatia diabética.

2 O diabetes mellitus como uma enfermidade crônica

Segundo Lubkin e Larsen (2002), doença crônica e estar doente são termos distintos. Doença refere-se a uma alteração na estrutura e função do ponto de vista biomédico. Estar doente compreende a experiência humana frente aos sintomas e ao sofrimento, à forma como a doença é percebida e vivenciada, bem como a resposta do indivíduo acometido e de sua família.

A enfermidade afeta todos os aspectos da vida, e o seu impacto é percebido, individualmente, de diferentes formas, de acordo com os traços de personalidade, sistemas de suporte individual, fatores de crescimento e desenvolvimento, como a idade, as influências culturais e sociais (LUBKIN; LARSEN, 2002).

Rabelo e Padilha (1999) referem que os avanços da tecnologia em saúde provocaram uma mudança no panorama de distribuição das doenças, das de predomínio infecto-contagiosas para as crônico-degenerativas, trazendo à discussão a qualidade de vida.

Dentre as doenças crônico-degenerativas, o diabetes mellitus (DM) é uma enfermidade crônica caracterizada como uma epidemia mundial devido a uma maior taxa de urbanização, aumento da esperança de vida, processo acelerado de industrialização, sedentarismo, obesidade, dietas hipercalóricas e ricas em açúcares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2007).

Essa enfermidade requer educação permanente para a manutenção do seu controle e prevenção das complicações agudas e crônicas em longo prazo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION- ADA, 2008). Nessa direção, Silva (2006) ressalta que a compreensão de uma enfermidade crônica, tal como o diabetes e de suas características e complicações agudas e crônicas, contribui para sua detecção precoce e redução da velocidade das complicações secundárias.

Em 2003, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou em 35 milhões o número de pessoas nas Américas com diabetes, com a estimativa de aumento para 45 milhões em 2010 e 64 milhões para 2025 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Um estudo multicêntrico, realizado em 1988 no Brasil, demonstrou que a prevalência do diabetes mellitus e intolerância à glicose é da ordem de 7,6% e 7,8%, respectivamente, na população adulta de 30 a 69 anos de idade. Esse estudo possibilitou traçar um perfil epidemiológico da doença na população, confirmando sua importância no cenário da assistência médico-hospitalar e ambulatorial, incluindo-a nas prioridades de saúde e no programa de atenção primária à saúde (MALERBI; FRANCO, 1992).

A prevalência do DM e a intolerância à glicose, em Ribeirão Preto, são de 12,1% e 7,7%, respectivamente, na população de 30 a 69 anos (TORQUATO et al., 2001). Ressalta-se

que houve um aumento significativo na prevalência do DM em Ribeirão Preto-SP na última década, quando comparado aos dados do estudo multicêntrico realizado em 1988, em nove capitais brasileiras. Com relação à intolerância à glicose, os dados mantiveram-se semelhantes (MALERBI; FRANCO, 1992).

No Brasil, entre as justificativas para o aumento da prevalência do diabetes encontram-se o aumento da expectativa de vida, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, obesidade, estresse, maior taxa de urbanização e industrialização (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993; ZANETTI, 1996; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia decorrente de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas. A hiperglicemia persistente em longo prazo está associada à disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. (ENGELGAU; NAYARAN; HERMAN, 2000; DAVIDSON, 2001; ADA, 2008).

O diabetes mellitus é classificado em: **diabetes tipo 1** consiste em um distúrbio metabólico caracterizado pela ausência de produção e secreção de insulina devido à destruição auto-imune das células beta das ilhotas de Langerhans no pâncreas e tem tendência à cetoacidose. O **diabetes tipo 2** resulta de vários níveis de resistência e deficiência insulínica, sendo a maioria em pessoas obesas. Os **outros tipos específicos de diabetes**, tais como defeitos genéticos, doença do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecção são induzidos por drogas ou substâncias químicas. O **diabetes gestacional** é definido como qualquer grau de intolerância à glicose, com seu início durante a gestação (LERÁRIO, 1997; DAVIDSON, 2001; ADA, 2008).

Dentre as manifestações clínicas iniciais do diabetes, além da hiperglicemia, temos como sinais clássicos a poliúria, a polidipsia e a polifagia. Podem, ainda, ocorrer o emagrecimento, a fadiga, a fraqueza, as alterações súbitas de visão, o formigamento ou a dormência nas mãos ou pés, a pele seca, as lesões que cicatrizam de forma lenta e as infecções recorrentes (ADA, 2008).

A pessoa com diabetes, também, está sujeita a desenvolver complicações em decorrência da hiperglicemia, e estas podem ser agudas, representadas pela hipoglicemia, cetoacidose diabética e síndrome de hiperglicemia hiperosmolar, e as crônicas, tais como, microangiopatia causando retinopatia e nefropatia; macroangiopatia causando deficiência circulatória no coração e no cérebro, manifestada por acidente vascular cerebral, infarto do

miocárdio ou em membros inferiores do organismo como a doença vascular periférica e neuropatia diabética (DAVIDSON, 2001; ADA, 2008).

O tratamento da pessoa com diabetes tem por objetivo a obtenção de um bom controle metabólico, mediante dieta balanceada, atividade física regular, uso de antidiabéticos orais e, se necessário, o uso de insulina exógena. O tratamento visa a prevenir as complicações agudas e crônicas decorrentes da hiperglicemia persistente.

Nessa vertente, vários estudos têm ressaltado a importância da pessoa diabética ser acompanhada por uma equipe multiprofissional de saúde (MONTENEGRO JUNIOR et al. 2004; ZANETTI et al., 2006; ZANETTI et al., 2007). O estudo intitulado *Diabetes Control and Complication Trial* – DCCT, realizado nos Estados Unidos da América, com diabéticos do tipo 1, demonstrou uma redução de 50 a 70% nos riscos de desenvolvimento ou progressão da retinopatia, nefropatia e neuropatia, quando a pessoa diabética está informada e controla adequadamente a glicemia com esquema terapêutico insulínico intensivo (DCCT, 1993).

Um segundo grande estudo prospectivo, o *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group*- UKPDS (1998), foi realizado no Reino Unido com diabéticos do tipo 2. Esse estudo teve por objetivo analisar se o controle rigoroso da glicemia e da hipertensão arterial sistêmica (HAS) era capaz de reduzir as complicações do DM e da mortalidade, além de determinar as vantagens e desvantagens específicas atuais da sulfoniluréia, metformina e insulina (UKPDS, 1998).

Nesse estudo as complicações crônicas foram prevenidas ou adiadas mediante a obtenção de um melhor controle glicêmico e do tratamento concomitante dos outros fatores de risco cardiovasculares. Em relação à terapêutica medicamentosa, os resultados mostraram que não foi possível atingir níveis de glicose/ hemoglobina A1c próximos do normal ou prevenir sua nova elevação, não interrompendo a progressão da doença (UKPDS, 1998).

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida dos pacientes, sendo uma das principais causas de mortalidade, de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (ADA, 2008).

Esses estudos confirmaram que há possibilidade de prevenir e/ou reduzir as complicações crônicas do diabetes, além de reforçar a importância da educação em diabetes como forma de melhorar a qualidade de vida de pessoas diabéticas.

Entretanto, a natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o diabetes uma enfermidade muito onerosa para o Sistema de Saúde, para os indivíduos afetados e suas famílias. Os custos do diabetes afetam a todos, porém não apenas como um problema econômico, mas envolvem também custos intangíveis, como, por

exemplo, dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, gerando grande impacto na vida das pessoas diabéticas e seus familiares, sendo difíceis de serem quantificados. Inúmeros diabéticos são incapacitados de continuar a trabalhar em decorrência das complicações crônicas, ou ficam com alguma limitação no seu desempenho profissional (SBD, 2007).

Após nos apropriarmos da literatura buscando conhecimentos sobre o diabetes, voltamos nosso olhar para estudos que têm enfatizado o paciente diabético em sua dimensão existencial, pois esse é um indivíduo que em sua vida foi acometido pela facticidade de tal enfermidade. Esse é um momento difícil e inesperado na vida das pessoas. O indivíduo não teve a oportunidade de escolher a enfermidade, mas tem a opção de direcionar suas decisões e dar-lhes significados (BAPTISTA, 1992; PEREIRA, 2006; OVIEDO, 2007).

Cada diabético é sua própria e única história e, por isso, atribui significados singulares as suas experiências pessoais. Nessa vertente, para oferecer o cuidado, é preciso conhecer o homem na totalidade de sua condição humana e ir além dos procedimentos técnicos e da doença a qual não existe em si mesma, mas sempre e necessariamente em alguém (BAPTISTA, 1992).

A enfermeira precisa compreender que cada pessoa diabética vive o sofrimento e o medo pela estranheza do corpo em falência, a solidão ou a marginalização na sua relação com as outras pessoas, a efervescência dos afetos, o susto pelas limitações decorrentes da enfermidade e uma vida sem esperança de futuro (BAPTISTA, 1992).

Deve considerar, ainda, que as pessoas com 40 anos ou mais já têm incorporado em seu cotidiano crenças, costumes e valores que podem dificultar o controle metabólico. A adoção de mudanças no estilo de vida torna-se uma tarefa difícil. Além disso, o excesso de orientações e “punições” podem contribuir para a não-adesão e vivência de um cuidado autêntico (PEREIRA, 2006).

Assim, a partir dessas considerações iniciais, interessa-nos compreender a experiência vivida pela pessoa com retinopatia diabética.

2.1 Retinopatia diabética

O diabetes mellitus pode desencadear várias anormalidades em todos os componentes do sistema ocular levando a alterações na refração, na córnea, glaucoma, neovascularização

da íris, catarata, alterações do nervo óptico e nervos cranianos, além de favorecer a ocorrência de infecção, podendo levar à cegueira total e irreversível (FLYNN; SCOTT, 2000; FOSS, 2001).

Dentre os problemas oftalmológicos, a complicação mais freqüente, relacionada ao diabetes, é a retinopatia diabética (RD) a qual constitui a principal causa de cegueira no mundo. É considerada uma das principais causas de cegueira na Europa e nos Estados Unidos, sendo mais freqüente em países industrializados. É considerada, ainda, a primeira causa de casos novos de cegueira na população diabética em fase produtiva, principalmente entre 16 e 64 anos. O risco de cegueira em pessoas com diabetes é 25 vezes maior que na população não diabética e, aproximadamente 19% dos casos de cegueira, no mundo, são causados pelo diabetes mellitus (SCHELLINE; SILVA; SILVA, 1994; BRASIL. Ministério da Saúde, 1996; SBD, 2007; ADA, 2008).

Em âmbito mundial, a RD vem se tornando um grave problema de Saúde Pública. Calcula-se que nos Estados Unidos surgem 8.000 novos casos de cegueira a cada ano devido à RD. Na população geral, há uma incidência anual de 2,3% e de 3,3% na população diabética para cada 100.000 habitantes (KLEIN et al., 1984).

No Brasil, as estatísticas, ainda, são escassas. Um estudo sobre a prevalência da RD no ambulatório de endocrinologia pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo mostrou que, após 12 anos de duração do DM, 7,7% dos pacientes apresentaram algum tipo de RD (PEREIRA et al., 2004). Estudo realizado no ambulatório multidisciplinar no HCFMRP-USP mostrou uma prevalência de 24% de RD nos pacientes, sendo que desses 65% nunca foram submetidos a exame de oftalmoscopia (SOUZA; SOUZA; RODRIGUES, 2004).

Na campanha denominada Primeiro Mutirão do Olho Diabético realizada na região de Ribeirão Preto-SP, com o objetivo de identificar a presença de RD e os fatores associados, foram avaliadas 2.303 pessoas diabéticas. A freqüência da RD foi de 28% independente do tipo de diabetes, sendo que, desses, 41% nunca tinham realizado exame oftalmológico (SOUZA JUNIOR, 2003).

Outro estudo realizado na população urbana adulta de Ribeirão Preto-SP mostrou que a prevalência da RD é de 12,1%, sendo que 89% das pessoas referiram fazer seguimento clínico para o controle do diabetes, mas apenas 31,8%, seguimento oftalmológico. A prevalência de cegueira devido à RD foi de 5,3%, estatisticamente maior do que nos pacientes diabéticos sem retinopatia. A prevalência de RD foi maior nos pacientes com diabetes diagnosticado há mais de 10 anos, e mais freqüente nos pacientes que utilizavam a terapêutica medicamentosa com insulina (ALVES, 2004).

A RD é uma complicação microvascular associada, tanto no diabetes tipo 1, quanto no tipo 2, sendo considerados como fatores de risco o tempo de evolução do diabetes e o controle glicêmico. O fator tempo está associado com a frequência e gravidade da RD. Vários estudos têm comprovado que, após 20 anos de duração de diabetes, a maioria dos pacientes do tipo 1 e mais de 60% do tipo 2 apresentarão algum grau de retinopatia (GARCIA et al., 2003; PEREIRA et al., 2004; SBD, 2007). Em relação ao controle glicêmico, estudos como o DCCT (1993) e o UKPDS (1998) demonstraram que o tratamento intensivo para alcançar um bom controle glicêmico, previne e/ou retarda o início da retinopatia diabética. Estudos realizados em Ribeirão Preto-SP também mostraram uma frequência menor de RD em indivíduos com bom controle glicêmico (FOSS et al., 1986; FOSS et al., 1989).

Os fatores tais como idade, duração da doença, raça, sexo estão relacionados com nefropatia diabética (ND), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, gestação, puberdade e fatores genéticos com a presença e progressão da RD (LIMA; RIBEIRO; BELFORT, 1982; GROSS; NEHME, 1999; FREITAS et al., 2002; BOELTER, et al., 2003; ADA 2004; BOSCO et al., 2005).

A RD, causada por uma deteriorização dos pequenos vasos sanguíneos que nutrem a retina, atualmente, é classificada conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007). Essa classificação foi elaborada por consenso durante o Congresso Mundial de Oftalmologia em 2002 (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação da retinopatia diabética, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes

Classificação	Significado
Sem retinopatia	Não apresenta lesões e deve realizar acompanhamento anual com oftalmologista.
Retinopatia diabética não proliferativa leve	Apresenta lesões com chance de evolução pra cegueira baixa. Deve realizar acompanhamento anual com oftalmologista.
Retinopatia diabética não proliferativa moderada	Apresenta lesões mais graves, sendo necessário acompanhamento oftalmológico com intervalo menor que um ano.
Retinopatia diabética não proliferativa intensa	Alta chance de evolução para cegueira, e o tratamento com fotocoagulação deve ser considerado.
Retinopatia diabética proliferativa	Alta chance de evolução para cegueira e o paciente deve ser submetido à fotocoagulação.
O estadiamento da maculopatia deve constar na classificação, sendo independente do grau de retinopatia.	
Sem maculopatia	Não apresenta lesões próximas à mácula. Não necessita de cuidado adicional.
Maculopatia aparentemente presente	Existem alterações próximas à mácula, mas que não aumentam a chance de perda visual. Não necessita de cuidado adicional.
Maculopatia presente	As alterações estão próximas à mácula, e se não se realizar fotocoagulação, independente do estágio da retinopatia, a chance de perda visual é grande.

Fonte: Diretrizes da SBD, 2007

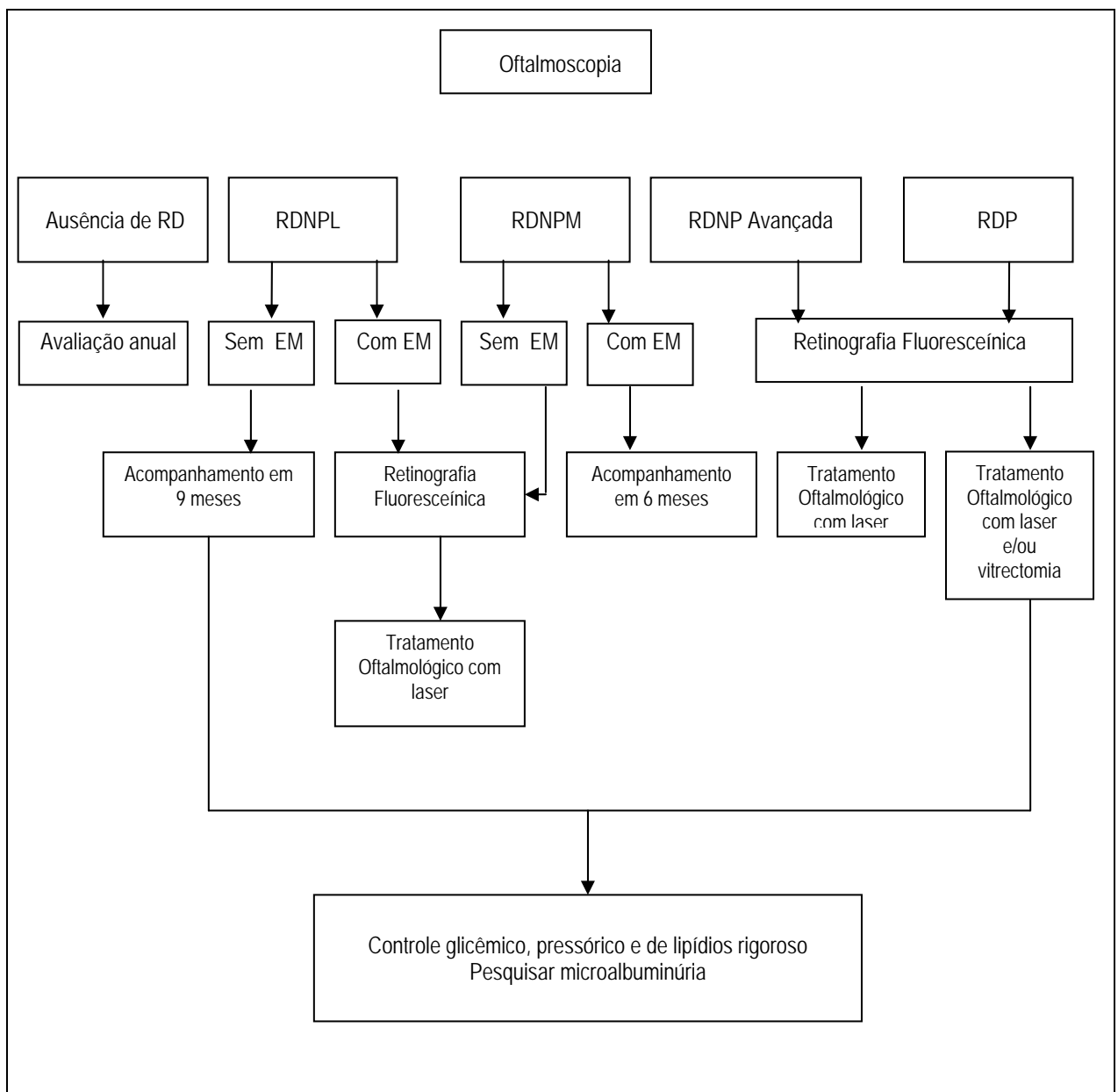
A detecção precoce das alterações retinianas, maculares e o acesso rápido ao tratamento reduzem o risco de perda visual e cegueira. O rastreamento das complicações deve ser realizado com o objetivo de identificar o mais precocemente a RD e instituir medidas para postergar o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, a perda da visão. Assim, o encaminhamento para exame oftalmológico do indivíduo com diabetes é importante (SBD, 2007).

Recomenda-se que, para os pacientes com **diabetes tipo 1**, o exame de fundo de olho deva ser realizado após a puberdade ou 5 anos de doença, e no **diabetes tipo 2**, quando do estabelecimento do diagnóstico. O exame deve ser realizado com as pupilas dilatadas, por um oftalmologista ou optometrista, com intervalo anual, ou menor dependendo do grau de retinopatia. As **mulheres diabéticas grávidas** devem realizar o exame de fundo de olho de

forma mais abrangente, trimestralmente face ao risco de desenvolvimento e/ou progressão da RD durante a gravidez. Pacientes com queixa de comprometimento visual devem ser encaminhados para seguimento em caráter de urgência (SBD, 2007).

Cabe ressaltar que as medidas preventivas têm o objetivo de reduzir as complicações, porém não reverterem os danos já estabelecidos (GROSS; NEHME, 1999; ADA, 2008).

Quando detectado algum grau de RD, o paciente diabético deverá ser encaminhado para uma avaliação complementar em Centros de Referência credenciados pela Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo e Sociedade Brasileira de Diabetes, conforme a fluxograma relacionado a seguir.



Fonte: GROSS, J.L.; NEHME, M., 1999

RDNPL- Retinopatia diabética não proliferativa leve; RDNPM - Retinopatia diabética não proliferativa moderada; RDP- Retinopatia diabética proliferativa ; EM- edema macular

Figura 1 - Fluxograma de diagnóstico de tratamento da retinopatia diabética (RD)

Além da detecção precoce das complicações, umas das principais motivações para o rastreamento é a eficácia da cirurgia de fotocoagulação a laser na prevenção da perda visual. Além disto, preserva a visão com um custo relativamente baixo, quando comparado aos custos por invalidez devido à cegueira, na ausência do programa de rastreamento (ADA, 2008; DAVIDSON, 2001).

A fotocoagulação com laser de argônio tem sido o principal tratamento para a retinopatia diabética proliferativa (RDP). O procedimento consiste na coagulação da retina com um raio laser de comprimento de onda específico, de modo a produzir o mínimo de dano aos tecidos circunvizinhos do ponto de máxima absorção. Essa técnica pode propiciar ao paciente uma visão razoável por até seis anos. Promove a regressão de qualquer forma de neovascularização. As complicações da fotocoagulação são raras, quando a técnica é corretamente aplicada (LAVINSKY, 2001; BOSCO et al., 2005).

A vitrectomia é um procedimento cirúrgico utilizado no tratamento das complicações graves da RD como a retirada de hemorragia vítrea recorrente e de duração maior que um mês, no tratamento do descolamento de retina tracional macular provocado pelo tecido fibrovascular contrátil (DIABETIC RETINOPATHY VITRECTOMY STUDY RESEARCH GROUP, 1988 a e b).

Os estudos denominados *Diabetic Retinopathy Study Research Group – DRS* (DRS, 1976; DRS, 1979), *Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group – ETDRS* (ETDRS, 1985; ETDRS, 1991) e *Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Research Group- DRVS* (DRVS, 1985a; DRVS, 1985b; DRVS, 1990) mostraram que houve uma redução em 50% da perda da visão em casos tratados com laser e que a vitrectomia precoce beneficiou apenas os casos mais graves de RDP.

O tratamento farmacológico, na atualidade, está em processo de investigação, mas ainda sem resultados efetivos comprovados cientificamente. O laser, ainda, é o tratamento mais eficaz, e sua utilização consiste em evitar a progressão da cegueira. Produz queimadura nas camadas profundas da retina levando à proliferação do epitélio pigmentado, aumentando a passagem de líquido da retina para a coróide, o que proporciona uma melhora da visão pela diminuição de líquido*.

* Informações obtidas nas palestras “Novas opções terapêuticas” proferida pelo Mestre Dr. José Augusto Cardillo, e “Presenciando e entendendo o tratamento da retinopatia” proferida pelo Prof. Dr. Jorge Mitre, no 12º Congresso Brasileiro Multidisciplinar e Multiprofissional em Diabetes- ANAD, realizado em São Paulo, nos dias 27, 28 e 29 de julho de 2007.

A RD, além de ter uma alta incidência nos pacientes diabéticos, também é uma doença de elevada taxa de morbidade, pois leva à diminuição da qualidade de vida até aposentadoria precoce por invalidez (ALVES JUNIOR, 1995; SBD, 2007; ADA, 2008).

Cabe ressaltar, ainda, que a cegueira causada pela retinopatia diabética constitui um problema social e representa alto custo econômico, o qual envolve pensão por invalidez, programa de reabilitação, seguro social e queda da produtividade, causando ônus para a sociedade, instituições de saúde e famílias (PHILLIPS; DEL RIO; QUIROZ, 1994; SBD, 2007).

Além disso, Zimmerman e Walker (2002) lembram que a pessoa diabética experimenta sentimentos como negação, depressão, raiva, revolta, baixa auto-estima, estresse diante de uma complicação crônica. Esses sentimentos têm influência direta no controle e tratamento do diabetes, além de influenciar relacionamentos entre os familiares, os cônjuges e no trabalho. Também, Gutierrez e Ferrari (1995) ressaltam que o diabetes promove mudanças no desenvolvimento somático e psíquico de crianças e adolescentes.

Nessa direção, Damasceno (1997) enfatiza que *ser diabético envolve também e, sobretudo, a dimensão existencial, pois o diabetes mellitus, uma vez situado no ser humano, difere conforme os condicionamentos sociais e econômicos, políticos e culturais, porque estão vinculados à historicidade de cada doente* (p. 25 e 26). Ressalta, ainda, que, no seu cotidiano, o diabético sente-se ameaçado pelos danos que podem lhe acontecer como internações hospitalares, comprometimento de outros órgãos e membros. Ainda enfatiza que os pacientes passam a conviver com a certeza de estar morrendo aos poucos.

Atenta a essas questões, interessa-nos compreender a percepção visual em pessoas diabéticas com retinopatia que, além de conviver com a enfermidade, vivem mergulhadas em um conjunto de ações para obter um bom controle metabólico, mediante o seguimento da dieta, a realização de atividade física, a utilização de medicação oral e insulina, consultas e exames periódicos, e, ainda, tem como perspectiva futura a possibilidade de perda parcial e/ou total da visão.

Considerando a natureza do objeto de investigação e a aproximação prévia da pesquisadora com a fenomenologia, optamos por conduzir este estudo sob o referencial teórico-metodológico da fenomenologia, à luz da percepção de Merleau-Ponty (1908-1961).

3 Referencial Teórico-Methodológico

3.1 *A percepção segundo Merleau-Ponty*

O homem está no mundo e é nele que se conhece. O mundo é o meio natural e o campo dos pensamentos do homem e de suas percepções explícitas. O homem mostra sua consciência através da linguagem, gestos, corpo, emoções, sentimentos e ações.

Merleau-Ponty afirma que buscamos a essência da percepção como acesso à verdade, onde esta não é entendida como a sensação de algo, mas é carregada de um sentido (MERLEAU-PONTY, 1999).

A percepção é a porta de entrada e saída do Ser para o mundo exterior, onde o real deve ser descrito e não construído ou constituído. (CARMO, 2000). Buscar a essência da percepção é um acesso à verdade e esta está vinculada ao mundo. Para Merleau-Ponty, a percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 6).

Perceber não é julgar, imaginar, ou recordar-se, mas apreender um sentido imanente ao sensível antes de qualquer juízo. A percepção é um juízo que ignora as razões. Perceber é uma “interpretação” dos signos que a sensibilidade fornece, conforme os estímulos corporais (MERLEAU-PONTY, 1999).

O juízo é aquilo que falta à sensação para tornar possível uma percepção. É uma tomada de posição visando a conhecer algo de válido para nós. A seguir, apresentamos o conceito de percepção adotado de Merleau-Ponty (1999).

Ver é entrar em um universo de seres que se mostram, eles não se mostrariam se não pudessem estar escondidos uns atrás dos outros ou atrás de mim. Em outros termos: olhar um objeto é vir a habitá-lo e dali apreender todas as coisas segundo a face que elas voltam para ele. Mas, na medida em que também as vejo, elas permanecem moradas abertas ao meu olhar e, situado virtualmente nelas, percebo sob diferentes ângulos o objeto central de minha visão atual. Assim, cada objeto é o espelho de todos os outros (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 105).

Através da percepção podemos apreender e interpretar as coisas, o mundo ao nosso redor, abrindo uma possibilidade de entrarmos no mundo da experiência vivida pelo outro. A percepção se dá sempre em uma relação com o corpo (DESCAMPS, 1995; SOUZA; ERDMAM, 2003).

Segundo Carmo (2000), apreendemos o mundo e as coisas sem problematizá-los ou refletir sobre eles. Ainda, para este autor, o homem, como ser-no-mundo, realiza atos

inconscientes que predominam em nossa ação cotidiana, e nossas atividades reflexivas ou não, são fundamentadas na percepção do mundo. Em todo momento realizamos atos, movimentos, gestos de forma irreflexiva baseados em nossa crença perceptiva do mundo e das coisas que nos cercam.

Assim, as ações, palavras e gestos podem ocorrer de forma espontânea, sem seguir uma ordem reflexiva. Os sentidos estão abertos a vários estímulos sem um ato reflexivo.

Quanto à reflexão, Carmo (2000) refere que ela é sempre posterior à experiência vivida, voltando-se para o pré-reflexivo, que é uma espécie de inconsciente jamais manifesto na sua totalidade por um ato de vontade da consciência e da reflexão. A percepção não é um objeto tardio para a consciência, mas a forma originária e primeira do conhecimento. O percebido se transporta para uma consciência que, em alerta, se dá conta de sua manifestação.

Desse modo, a percepção não pertence ao controle do sujeito, não é um ato de vontade ou decisão, mas expressão de uma situação dada. Um exemplo é a percepção das cores, as quais são vistas independentemente de nossa vontade, mas pela sensibilidade a elas.

Para Moreira (2004), a percepção, segundo Merleau-Ponty, é o campo de revelação do mundo, ou seja, da experiência e não um ato psíquico; é onde se fundem sujeito e objeto. Assim, o homem é o mundo e o mundo é o homem, onde esse é parte do mundo e vice-versa.

Masini (2003) também considera o sujeito no mundo como corpo no mundo, ou seja, o sujeito da percepção é o corpo e não mais a consciência entendida separadamente da experiência vivida.

As concepções de Carmo (2000), Masini (2003) e Moreira (2004) estão fundamentadas na percepção de corpo de Merleau-Ponty (1999), onde o corpo é o veículo do Ser no mundo. É através do corpo que existimos, ou seja, estamos no mundo, o percebemos e nos comunicamos. Ele não é uma mera justaposição de órgãos no espaço. Nós os temos em uma posse indivisa e sabemos a posição de cada um dos membros por um esquema corporal em que eles estão envolvidos. O corpo é nosso ancoradouro no mundo, nosso espelho do Ser.

A consciência é o Ser para algo por intermédio do corpo. O nosso corpo habita o espaço e o tempo. Ele exprime existência total e é através dele que compreendemos o outro e percebemos as coisas (MERLEAU-PONTY, 1999). É pelo corpo que entramos em contato com os outros.

Para Merleau-Ponty, o corpo próprio é sexuado, se expressa através da fala silenciosa e falante, tem um certo estilo, vive em um espaço e tempo situados e tem uma historicidade.

É através do corpo que nossa existência é estabelecida no mundo. Assim, não temos um corpo, mas somos um corpo, o qual percebe e no qual somos percebidos. Ele é o mediador da relação entre o homem e o mundo.

O corpo para Merleau-Ponty não é apenas um objeto entre outros objetos, um complexo de qualidade entre outros, mas um objeto sensível a todos os outros, que ressoa para todos os sons, vibra para todas as cores e que fornece às palavras a sua significação primordial através da maneira pela qual ele as escolhe (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 317).

Polak (1997) refere que o homem se faz presente no mundo pelo seu corpo, não como entidade físico-biológica, mas como dimensão construtiva e expressiva do Ser do homem, sendo denominado de corpo próprio, corpo vivente.

Desse modo, compreendemos que o corpo próprio ou corpo vivente é um corpo que sente, que sabe, que compreende, que possui órgãos de sentido, que se comunica através da linguagem, de gestos, expressões e que está inserido em um contexto social.

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo é visto como fonte de sentidos, de significação da relação sujeito no mundo, conforme se segue:

Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. O universo da ciência é construído sobre o mundo-vivido e, se queremos pensar a própria ciência como rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos, primeiramente, despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 3).

O homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece. Porém, o mundo não é aquilo que nós pensamos, mas o que vivemos. Desta forma, estamos abertos ao mundo, nos comunicamos com ele, mas não o possuímos, pois ele é inesgotável.

É o corpo que apreende as coisas ao seu redor, de acordo com as situações que ele vivencia. Este corpo próprio é dotado de intenção e se expressa no mundo pelo esquema corporal, e é essa presença corporal que define o lugar de onde vivenciamos o mundo, ou seja, a zona de corporeidade (MOREIRA, 1997).

A concepção de Moreira (1997) está alicerçada na concepção de Merleau-Ponty, na qual é no mundo que o homem se conhece, por meio de sua experiência corporal, pois é através do corpo que as coisas são apreendidas ao seu redor.

Nessa direção, as experiências mundanas constituem a fonte de todo o conhecimento. O mundo é inesgotável e o conhecimento que podemos adquirir depende das possibilidades de apreendê-lo, de acordo com nossas vivências. O conhecimento não é o que pensamos, mas o

que vivemos. Para tanto, as pessoas têm de estarem abertas ao conhecimento e à comunicação sem, entretanto, possuí-lo. Nós estamos abertos a ele e nos comunicamos com ele, mas não o possuímos.

O corpo próprio está no mundo, assim, como o coração está no organismo. Nossa consciência está sempre voltada para o mundo através da essência, buscando um contato mais direto e profundo com a existência (MOREIRA, 1997).

Para Merleau-Ponty (1999), nosso corpo está aberto não somente às situações reais, mas também às virtuais e imaginárias. Isso pode ser evidenciado conforme abaixo relacionado:

Aquilo que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um Eu engajado em um certo mundo físico e inter-humano, que continua a estender-se para seu mundo a despeito de deficiências ou de amputações, e que, nessa medida, não as reconhece de jure. A recusa da deficiência é apenas o avesso de nossa inerência a um mundo, a negação implícita daquilo que se opõe ao movimento natural que nos lança a nossas tarefas, a nossas preocupações, a nossa situação, a nossos horizontes familiares (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 121).

Nesse sentido, Merleau-Ponty (1999) aborda a questão da recusa e aceitação no processo de adoecimento. Para ele, as reações das pessoas ao adoecimento e às deficiências estão alocadas na vivência pré-objetiva, ou seja, além dos estímulos e dos conteúdos sensíveis, sendo necessário reconhecer em nós uma estrutura que determina aquilo que nossos reflexos e percepções poderão visar no mundo, as operações possíveis e a amplidão da nossa vida.

Veríssimo (2005) ressalta que, em pacientes próximos de perder a visão, alguns, apesar das limitações visuais, não alteram seu “mundo” e sua conduta, sendo comum encontrá-los chocando-se contra os objetos e vivenciando uma série de dificuldades. Outros, aos primeiros sinais de cegueira, rompem o contato vital com o mundo, renunciando à vida cotidiana e ao contato social. A atitude frente à cegueira, em ambas as situações, constitui um movimento existencial, um movimento do Ser no mundo traduzido no comportamento.

De acordo com Merleau-Ponty (1999), no processo de recusa da enfermidade são traçadas regiões de silêncio no corpo, exemplificadas pelo membro-fantasma nas pessoas amputadas. Santana (2000a) refere que perder parte do corpo conduz a um imperativo de pensar um novo modo de ser em sua incompletude. É aprender a ser e viver sem o braço ou perna e compreender-se no novo contexto de vida.

Nesse sentido, Merleau-Ponty (1999) refere-se à ambigüidade entre o corpo que vive duas situações distintas, ou seja, a do corpo habitual e a do corpo atual. O corpo habitual mantém gestos que desaparecem e não têm mais sentido no corpo atual. Ressalta ainda que a recusa à mutilação e à deficiência não são decisões deliberadas, não passam pelo plano da consciência tética que toma posição após considerar as diferentes possibilidades, não são da ordem do “eu penso que [...]”.

Chini (2005) ressalta que perder parte do corpo é doloroso e impõe um novo modo de viver, de estar-no-mundo e se relacionar com ele, exigindo um redimensionar, pois o corpo foi alterado e, conseqüentemente, a percepção do mundo e das coisas.

Além da recusa à mutilação, o movimento existencial também pode conduzir o homem a habituar-se a seu corpo atual. Para Merleau-Ponty, o hábito exprime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou de mudar de existência, agregando a nós novos instrumentos, tais como próteses, bengalas, automóveis, chapéu. Este hábito é, ao mesmo tempo, motor e perceptivo, pois reside entre a percepção explícita e o movimento efetivo, delimitando nosso campo de visão e ação. Na aquisição do hábito, é o corpo que compreende, ou seja, experimenta o acordo entre aquilo que visamos e o que é dado, a intenção e a efetuação (MERLEAU-PONTY, 1999).

A compreensão, então, da perda de um dos sentidos nos faz interrogar como a percepção dos fenômenos estará afetada. Nesse sentido, Masini (2003) ressalta que o contato cotidiano com pessoas que exploram e conhecem o ambiente que as cerca, sem a visão, nos convida à reflexão, despertando interrogações sobre as formas de existência daqueles que utilizam caminhos perceptuais diferentes dos que lhe são habituais.

Ressalta, ainda, que para compreender a pessoa com deficiência e sua maneira de se relacionar no mundo que a cerca cumpre considerar sempre suas estruturas perceptual e cognitiva que exprimem ao mesmo tempo generalidade e especificidade (o conteúdo, a forma e a dialética entre ambas). Para tanto, o ponto de partida é, então, saber da experiência perceptiva (MASINI, 2003).

Nesse sentido, Merleau-Ponty (1999) enfatiza a necessidade de assumirmos nossa alteração existencial, conforme se segue:

É sendo sem restrições nem reservas aquilo que sou presentemente que tenho oportunidade de progredir, é vivendo meu tempo que posso compreender os outros tempos, é me entranhando no presente e no mundo, assumindo resolutamente aquilo que sou por acaso, querendo aquilo que quero, fazendo aquilo que faço que posso ir além (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 611).

A deficiência pode modificar o existir, mas não interrompê-lo. Dessa forma, adaptar-se às dificuldades irá ajudar o indivíduo a continuar enfrentando sua doença, compreender sua vivência e buscar novos horizontes de possibilidades no seu cotidiano.

3.2 *A pesquisa fenomenológica*

A fenomenologia surgiu como a “filosofia do século XX”, pregando o retorno ao pré-reflexivo como um resgate das essências da realidade que se havia esquecido anteriormente pelas filosofias pragmáticas e objetivistas cuja preocupação residia apenas no progresso das idéias voltadas para o objeto e para a essência, para a existência e para o Ser. Ela é um método, uma metodologia de pesquisa caracterizada por um modo específico de pensamento e uma forma de acessar a realidade; é uma visão específica do mundo (HOLANDA, 1997).

A linha contemporânea da fenomenologia surgiu com Edmund Husserl e está centrada na descrição, não na explicação ou análise, mas ir às coisas mesmas. O método fenomenológico é intuitivo e descritivo e tem como proposta descrever a estrutura total da experiência vivida, incluindo o significado que esta tem para as pessoas que dela participam. Não se preocupa com a explicação, ou seja, uma busca de relações causais, mas tem a preocupação de descrever o fenômeno em sua essência (SCHNEIDER, 1994).

É uma corrente filosófica que não faz distinção entre o papel atuante do sujeito que conhece, como no racionalismo, e a influência do objeto conhecido, como no empirismo (CARMO, 2000).

Os fenômenos se dão a nós por intermédio dos sentidos, eles se dão sempre como dotados de um sentido ou de uma essência (DARTIGUES, 1973). Nesse sentido, Capalbo (1998) ressalta que os fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência. A essência é um sentido que se atribui a algo.

De acordo com Husserl (1965), nossa consciência está sempre voltada para algo, ela só é consciência estando dirigida para um objeto, sendo esta uma das principais idéias da fenomenologia, ou seja, o princípio da intencionalidade da consciência (DARTIGUES, 1973).

A atividade da consciência em estar voltada para algo foi chamada por Husserl de *nóese* e os objetos de *nóema* e, é no encontro *nóese-nóema*, ou seja, no mostrar-se das coisas à consciência que está a essência (DARTIGUES, 1973). A fenomenologia se propõe, então, a elucidar o reino das essências e este fica na consciência.

Capalbo (1984) afirma que, para o pensar fenomenológico, a consciência é ato que está sempre voltada para algo: para o mundo exterior, para as coisas, para os homens, para si mesma ou para a ação que o homem executa sobre o mundo. Ressalta que Husserl agrupou os atos da consciência em intelectivos, afetivos e práticos e estes não se dissociam na existência concreta do homem, mas estão interligados. A consciência humana, em sua existência concreta, é finita, temporal, inserida numa dada sociedade e num dado momento histórico. Ela se volta intencionalmente sobre o mundo e reflui intencionalmente sobre si mesma. É resultante deste duplo movimento, aberta ao mundo e aos outros, surgindo no seio do entrecruzamento das condições de vida e experiência na família, desde a sua formação biopsíquica, na sociedade, na linguagem, na política, no trabalho, na cultura e na história. É voltada para si mesma na consciência de si enquanto centro irradiador de luz, de intenções, de desejos e vontades, em suma, como um ego temporal e histórico.

A consciência se dirige intencionalmente para “algo”, diretamente e de uma maneira originária, ou seja, tal como este “algo” se doa à pessoa - é a idéia de “volta às coisas nelas mesmas” (CAPALBO, 1984).

O que se busca, então, na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida que se revelam a partir de suas descrições. Entretanto, para o pesquisador ir ao mundo-vida dos sujeitos há de adotar uma postura de colocar entre parênteses tudo o que pensa e seus juízos para desvelar como as pessoas vivem. Deve suspender seus juízos (**epoché**), ou seja, não projetá-los sobre o mundo da vida. Cabe ressaltar que a fenomenologia não tem a pretensão de apreender a “verdade”, e sim “verdades” que são temporais do sujeito que experiencia o mundo (CAPALBO, 1984).

Assim, o pesquisador, diante de sua inquietação, terá uma trajetória para caminhar em busca da essência do fenômeno que o inquieta, daquilo que o fenômeno é, em sua essência. O pesquisador inicia seu trabalho interrogando o fenômeno e neste enfoque deverá haver sujeitos experienciando situações. Diz-se, então, que todo fenômeno é um fenômeno situado (MARTINS; BICUDO, 1989).

A fenomenologia é uma possibilidade para o enfermeiro compreender o homem em seu habitar o mundo, um ser que viveu um passado, que vive um presente e viverá um futuro (SILVA; ROSA, 1996).

Compreender o homem é algo essencial para o enfermeiro, pois este convive diariamente com ele de forma direta e/ou indireta. O homem é o foco de toda a atenção da enfermagem e, neste sentido, a compreensão da forma da percepção desta pessoa diante do

mundo, da facticidade da sua doença, seus medos, temores, ansiedades e objetivos se faz de extrema importância para o profissional.

Diante de sua inquietação, o pesquisador, na trajetória fenomenológica, entrevistará os sujeitos que vivenciam o fenômeno pesquisado com uma questão norteadora que lhes possibilite descrever o fenômeno vivido. Desta maneira, o fenômeno vai se iluminando e se desvelando para o pesquisador.

Boemer (1985) lembra que é através do discurso que se chega às facetas essenciais do fenômeno. Essa fala, esse **logos** que é o discurso pronunciado, é que vai permitir que o fenômeno se mostre. O discurso é a articulação na linguagem daquilo que foi estruturado na expressão, na afetividade e na compreensão. Constitui a maneira de o homem ser no mundo, a totalidade de palavras e seus significados onde o ser humano discursivo tem o seu mais íntimo expresso (MARTINS, 1992).

De acordo com Beaini (1981), as descrições, ou seja, as falas dos sujeitos revelam parte do Ser que fala. Diante disto, o pesquisador, para obter as falas dos sujeitos, lança mão de alguns recursos básicos, sendo a entrevista um deles.

Carvalho (1987) enfoca que uma entrevista conduzida, segundo a abordagem fenomenológica, se dá sob a forma de existência situada no encontro e se realiza através de princípios de horizontalidade, de verticalidade, de generalidade e de individualidade. Relata que a consciência de si deve ser a consciência que o sujeito tem de sua maneira de estar no mundo e de se posicionar face às situações, consciência esta que poderá emergir na entrevista fenomenológica para uma compreensão. Ver e observar em uma entrevista fenomenológica consiste, portanto, em captar a maneira do cliente “vivenciar o mundo”, em determinado contexto situacional.

Nesse referencial, o sujeito tece o seu discurso com todos os gestos necessários, acentos e tonalidades, silêncios e reticências. A linguagem é um estilo singular, único, incomparável a qualquer outro, que pode ser essa maneira de existir, de estar no mundo, que não é a mesma em todos; cada um expressa à sua maneira o mundo que percebe. Compreender o pensamento do sujeito é penetrar em seu mundo, sua presença e sua vida e, para tanto, há de haver uma comunhão com quem fala e um olhar para o sujeito (CARVALHO, 1987).

Ainda segundo Carvalho (1987), a entrevista consiste num encontro existencial, possuindo características peculiares. Dentre elas estão a empatia, a intuição e a imaginação. A empatia é uma penetração mútua de percepções, é um ato intencional. A intuição é uma forma de contemplação, é fonte de autoridade para o conhecimento. Na imaginação pode-se

imaginar o que está acontecendo em uma situação de entrevista, pode-se imaginar quais são os dados reais e quais os fabricados e produzidos pelo entrevistado.

Para Capalbo (1984), a apreensão do outro nele mesmo se faz ainda pela mediação de um sentimento interior, denominado por Husserl de intropatia ou empatia, onde o pesquisador compreende, empaticamente, o que se passa com o outro, sem se fazer necessário que, para tal, ele tenha de viver aquilo que o outro está vivendo. A empatia é um sentimento pessoal que pode ser experienciado por todos, mas não é necessariamente igual para todas as pessoas. O grau de empatia vai variar de acordo com o grau de disponibilidade pessoal e de envolvimento que se tem e que não é, certamente, igual para todos. Permite a compreensão do sentimento do outro, sendo um modo de relacionamento entre as pessoas que concedem o encontro e a convivência humana. Isto tudo implica em presença e comunicação mútua, em coexistência ou no que Husserl chamou de intersubjetividade, ou experiência da compreensão de ser no mundo.

Retomando, o pesquisador inicia, então, sua trajetória interrogando o fenômeno que o inquieta, que está oculto e pede por um desvelamento. Haverá sujeitos experienciando o fenômeno, e o pesquisador chegará à compreensão da experiência vivida por meio da análise das falas. Isto se dará através das descrições obtidas nas entrevistas.

De posse das descrições, o pesquisador fará a análise individual das falas dos sujeitos, buscando pelas convergências ou pelo aspecto invariante, comum, que permaneceu nas descrições. Essas convergências apontam para a experiência vivida do fenômeno. Há momentos para essa análise de forma que o pesquisador, ao percorrer essa trajetória, possa ter o rigor metodológico que imprime confiabilidade à sua investigação.

O pesquisador se propõe, então, a apreender com quem já viveu ou vive a experiência sobre a qual ele quer aprimorar seus conhecimentos. Assim, após coletar os depoimentos e fazer a síntese das unidades de significados, o pesquisador chegará à estrutura do fenômeno, à parte de sua essência, considerando que o desvelamento total nunca é possível, segundo a natureza própria da investigação fenomenológica.

Entretanto, conforme relatam Martins e Dichtchekenian (1984), o “re-velado” é aquilo que volta a velar-se, a tornar-se oculto. É aquilo que vem à luz com o destino próprio e específico de voltar a obscurecer-se. Com tal destino, o sentido escapa sempre a qualquer tentativa de alguém se apoderar dele. Por isso, a pesquisa sempre prossegue.

Merleau-Ponty (1999) ressalta que, em cada momento, captamos algumas facetas do fenômeno, mas mesmo assim ele se apresenta a nós em sua originalidade. É da sua natureza oferecer-se por perfis, revelando-se pouco a pouco e jamais completamente.

Fundamentando-nos nos pressupostos básicos da fenomenologia, pretendemos desenvolver este estudo cujo objetivo é compreender a percepção visual de pacientes diabéticos com retinopatia diabética, desvelando o que isto significa para eles e como a vivenciam. Segundo esse referencial, um caminho para chegar à experiência vivida é através da interpretação das descrições dos sujeitos que experienciam uma determinada situação.

3.3 A opção de olhar o objeto de investigação sob a perspectiva da percepção de Merleau-Ponty

A fenomenologia surgiu no início do século XX, com Edmund Husserl, como uma ciência para as experiências vividas. A palavra fenomenologia vem do grego “**phainomenon**” que significa discurso esclarecedor e do verbo “**phanestai**” como mostrar-se, desvelar-se. Fenomenologia é, então, o discurso esclarecedor do que se mostra e tem o sentido de “desvelar” o que está oculto (MARTINS et al., 1990; BOEMER, 1994; HOLANDA 1997).

Para Martins (1992), fenomenologia é um nome que se dá a um movimento cuja proposta precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre uma explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de “pré-conceito”. É o estudo das essências.

A fenomenologia permite a apreensão da subjetividade e é pertinente ao estudo de situações que envolvem dor, sofrimento, perdas, conflitos e relações empáticas. Permite, também, captar o valor da linguagem, da intersubjetividade e das relações dialógicas (BOEMER; ROCHA, 1996).

Husserl (1965) propôs que a fenomenologia se voltasse para o mundo-vida, para a experiência, possibilitando uma investigação daquilo que é possível de ser desvelado e que está virtualmente presente, mas nem sempre visto.

As idéias de Husserl despertaram o interesse de vários outros filósofos, entre eles Maurice Merleau-Ponty, filósofo francês, nascido em 1908, na cidade de Rochefort-sur-Mer, e falecido em 1961, em Paris. Estudou filosofia e, em 1945, quando se doutorou, foi nomeado diretor de cursos e conferências da Universidade de Lyon, França. Foi professor catedrático de psicologia e pedagogia na Universidade Sorbonne, autor de várias obras e fundador, junto com Sartre, da revista *Os tempos modernos* (COELHO JÚNIOR; CARMO, 1991; SANTANA, 2000b; CARMO, 2000; SOUZA; ERDMAN, 2003).

Esse filósofo causou grande impacto na intelectualidade francesa por se preocupar mais com o homem em sua existência do que em sua essência, sendo este homem pensado em seu meio natural, cultural e histórico, isto é, como ser-no-mundo (CARMO, 2000).

Para Merleau-Ponty, a fenomenologia é o estudo das essências na existência, onde podemos compreender o homem e o mundo a partir de sua facticidade. Ela é a descrição direta de nossa experiência tal como ela é vivida (MERLEAU-PONTY, 1999).

A fenomenologia para Merleau-Ponty une a ciência rigorosa com o mundo que “está aí” antes da reflexão. É na experiência vivida, fundamentada no ato perceptivo, que se dá o entrelaçamento do corpo com o mundo e vice-versa. A tarefa da fenomenologia é voltar-se para as coisas mesmas, para o mundo anterior ao conhecimento (CARMO, 2000).

Enfatiza que a unidade da fenomenologia e seu verdadeiro sentido estão em nós mesmos, pois tudo o que sabemos do mundo é a partir de nossa visão ou experiência do mundo. A essência de um fenômeno está contida na existência, a essência da consciência é dar-se a um mundo ou mundos, ou seja, fazer dela mesma os seus próprios pensamentos enquanto coisas (MERLEAU-PONTY, 1999).

Merleau-Ponty é conhecido como o filósofo da existência, do corpo, fenomenólogo da percepção, que se preocupou em estudar as relações entre o homem e o mundo (COELHO JÚNIOR; CARMO, 1991).

A fenomenologia de Merleau-Ponty tem influência do cartesianismo, do hegelianismo, da fenomenologia de Husserl, da filosofia da existência de Heidegger e Sartre. É caracterizada por ambigüidades, pois busca unir o extremo objetivismo ao extremo subjetivismo, o mundo à realidade, o empirismo e o intelectualismo. Ambígua porque, para ele, todo conhecimento é fundamentado na percepção e, sob sua ótica, toda percepção é ambígua (COELHO JÚNIOR ; CARMO, 1991; SANTANA, 2000b).

A obra de Merleau-Ponty é complexa e densa, onde a cada momento um pensamento se mostra e simultaneamente outro já se oculta, impossibilitando uma transparência que aponte um caminho sem dúvidas e hesitações. É um pensamento vivo, em constante transformação, incansável na interrogação dos fenômenos (COELHO JÚNIOR; CARMO, 1991).

A unidade da fenomenologia e seu verdadeiro sentido estão em nós mesmos, pois tudo o que sabemos do mundo é a partir de nossa visão ou experiência do mundo. Compreender é retomar a intenção total da coisa percebida, sua maneira única de existir (MERLEAU-PONTY, 1999).

A ciência é construída sobre o mundo vivido e esta não tem nenhum sentido sobre mundo percebido por ser uma determinação ou explicação dele (MERLEAU-PONTY, 1999).

Assim, após nos apropriarmos de algumas idéias de Merleau-Ponty, é que reafirmamos nosso interesse em compreender como os pacientes diabéticos percebem e vivenciam a retinopatia diabética, e compreendermos como isto afeta sua existência com a finalidade de despertar nos profissionais de saúde alguns aspectos para além da dimensão biológica no cuidado humano.

A fenomenologia existencial de Merleau-Ponty é um caminho a subsidiar a compreensão de fenômenos na saúde, os quais estão presentes em nossa prática profissional cotidiana. Isto se torna muito importante, pois para Merleau-Ponty, é na intersubjetividade, ou seja, na intersecção das experiências entre os indivíduos, que o mundo fenomenológico encontra sentido (MERLEAU-PONTY, 1999).

4 Objetivo do estudo

O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção visual de pacientes diabéticos, acometidos pela retinopatia diabética.

5 Trajetória da investigação

5.1 Caracterização do estudo

Este é um estudo de natureza qualitativa, tipo estudo de campo, fenomenológico hermenêutico, que busca compreender a experiência do paciente diabético, ao vivenciar alterações na visão causada pela retinopatia diabética.

De acordo com Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa se fundamenta nos conhecimentos sobre os indivíduos e, isto é possível através da descrição da experiência humana, como ela é vivida e definida por seus próprios atores. Nessa direção, a pesquisa de campo busca a descrição e a exploração de fenômenos, em cenários naturais, ou seja, em locais de convívio social. Os estudos qualitativos têm como objetivo examinar, profundamente, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, em ação, na vida real.

Minayo et al. (1994) ressalta que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, preocupando-se com a realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Valle (1997) ressalta que a fenomenologia permite ao pesquisador compreender as manifestações do homem, tidas como fenômenos originais, simbólicos que comportam várias interpretações e que se beneficiam do seu conflito. A pesquisa fenomenológica é uma possibilidade de transformar a experiência humana em conhecimento.

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista. Nesse local, funciona o Grupo de Educação em Diabetes- GED, no qual, atualmente, estão cadastrados 55 pacientes diabéticos do tipo 1 e do tipo 2. Esses pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional constituída por duas docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; um docente da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; uma enfermeira de apoio ao Centro; duas nutricionistas clínicas; dois profissionais da área de educação física; doutorandos; mestrandos e alunos de graduação em enfermagem e psicologia.

Nesse Centro, os pacientes diabéticos são subdivididos em quatro grupos. Essa subdivisão em pequenos grupos visa a facilitar a comunicação entre os pacientes e a equipe de trabalho, bem como a identificação das necessidades dos pacientes. A cada terça-feira, os quatro grupos de pacientes são atendidos, em esquema de rodízio, pelas especialidades: enfermagem, nutrição, psicologia e educação física. Desse modo, quatro grupos são atendidos simultaneamente.

5.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2006 a fevereiro de 2008.

5.4 População do estudo

A população do estudo foi constituída de 54 pacientes diabéticos do tipo 1 e do tipo 2 que participaram do Atendimento Sistematizado utilizando o Protocolo *Staged Diabetic Management* (MIYAR OTERO, 2005), com idade entre 29 e 78 anos, e mediana de 60 anos. Encontrou-se um predomínio do sexo feminino, 74,1% com mediana de 61 anos. Os pacientes do sexo masculino foram 25,9%, com mediana de 60 anos.

No que se refere à cor da pele, a maioria, 59,3% dos pacientes, é branca. Quanto ao estado civil, 68,5% são casados. Em relação à ocupação, 42,6% são aposentados. Em relação à escolaridade, 59,3% possuíam o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar, 29,6% referiam o valor percebido entre um e dois salários mínimos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes diabéticos atendidos no GED, segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005

Variáveis Sociodemográficas		n ^o	%
Cor da pele	Branco	32	59,3
	Mulato ou pardo	14	25,9
	Negro	8	14,8
Total		54	100
Estado civil	Casado	37	68,5
	Viúvo	10	18,5
	Solteiro	7	13,0
Total		54	100
Ocupação	Aposentado	23	42,6
	Do lar	18	33,3
	Trabalha	13	24,1
Total		54	100
Escolaridade	Analfabeto	1	1,9
	Sem escolaridade e alfabetizado	2	3,7
	Ensino Fundamental incompleto	32	59,3
	Ensino Fundamental completo	3	5,6
	Ensino Médio completo	9	16,7
	Ensino Superior incompleto	3	5,6
	Ensino Superior completo	4	7,4
Total		54	100
Renda familiar (salários mínimos *)	Até 1 salário mínimo	3	5,6
	> 1 a 2 salários mínimos	16	29,6
	> 2 a 3 salários mínimos	12	22,2
	> 3 a 4 salários mínimos	9	16,7
	> 4 salários mínimos	14	25,9
Total		54	100

* Um salário = 260,0 reais.

Quanto ao tipo de diabetes, 53,7% dos pacientes referiram o diabetes do tipo 2 e 14,8%, do tipo 1. Chama-nos a atenção que 31,5% não souberam referir o tipo de diabetes. No que se refere ao tempo de diagnóstico, 34,5% referiram de 1 a 5 anos e de 6 a 10 anos respectivamente. Dos 31,5% pacientes que não souberam referir o seu tipo de diabetes, encontrou-se que 52,9% referiram conhecer o diagnóstico da doença de 1 a 5 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos pacientes diabéticos atendidos no GED, segundo tempo de diagnóstico e tipo de diabetes referido pelo paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005

Tempo de diagnóstico	Tipo de diabetes referido pelo paciente							
	Tipo 1		Tipo 2		Não soube		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1 – 5 anos	2	25,0	10	34,5	9	52,9	21	38,9
6 – 10 anos	3	37,5	10	34,5	6	35,3	19	35,2
11-15 anos	-	-	2	6,8	1	5,9	3	5,5
16 - 20 anos	3	37,5	2	6,8	1	5,9	6	11,1
> 20	-	-	5	17,4	-	-	5	9,3
Total	8	100	29	100	17	100	54	100

No que se refere à classificação segundo o IMC, constatou-se que 40,7% dos pacientes diabéticos do tipo 1 e do tipo 2 encontravam-se com obesidade classe I, 16,7%, com obesidade classe II, e 7,4%, com obesidade classe III.

As co-morbidades mais referidas foram em 61,1% a hipertensão arterial, 35,2%, a obesidade, 31,5%, a dislipidemia e 24,1%, a doença vascular periférica.

A respeito dos hábitos de vida, encontrou-se que, 57,4% dos pacientes realizavam algum tipo de atividade física; nenhum paciente fumava; 35,2% eram ex-fumantes e 50,0% ingeriam bebidas alcoólicas, sendo que, a maioria, 88,8%, referiu beber socialmente.

Em relação aos antecedentes familiares de doença, a maior frequência correspondeu ao diabetes mellitus com 79,6% dos pacientes, seguida da hipertensão arterial com 72,2% dos pacientes. A obesidade, a dislipidemia e a hiperuricemia foram referidas com menor frequência.

Em relação ao seguimento dos pacientes diabéticos, no período de 12 meses anteriores ao SDM, encontrou-se que 57,4% referiram o seguimento em consulta médica a cada 3 ou 4 meses. Constatou-se que 83,3% referiram ter recebido algum tipo de educação em diabetes, 18,5% acerca da atividade física, 13,0% referiram ter recebido educação nutricional e 1,9% dos pacientes realizou acompanhamento psicológico. Durante esse período, 29,6% dos pacientes realizaram o exame dos pés, 24,1%, o fundo de olho e somente 11,1%, o exame de microalbuminúria.

Em particular, aos problemas oftalmológicos, nos 54 (100%) pacientes investigados, obteve-se que em 11/108 (10,2%) olhos observou-se Retinopatia Diabética não Proliferativa Leve – RDNPL, sendo que em 2/54 (3,7%) pacientes, no olho direito; em 3/54 (5,5%), no

olho esquerdo; e em 3/54 (5,5%), em ambos os olhos. Em relação à retinopatia não proliferativa moderada, observou-se em 1/54 (1,9%) paciente, no olho direito, e 1/54 (1,9%), em ambos os olhos. Encontrou-se, também, que 4/54 (7,4%) pacientes apresentaram retinopatia diabética não proliferativa grave, 2/54 (3,7%), no olho esquerdo, e 2/54 (3,7%), em ambos os olhos. Detectou-se a retinopatia diabética proliferativa em 1/54 (1,9%) paciente, no olho esquerdo, e retinopatia diabética proliferativa de alto risco em 1/54 (1,9%) paciente, no olho direito (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição numérica dos pacientes diabéticos atendidos no GED, segundo presença e classificação da retinopatia diabética. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005

Classificação da retinopatia diabética –RD	Olhos		
	OD Nº	OE Nº	AO Nº
RD Não Proliferativa Leve	2	3	3
RD Não Proliferativa Moderada	1	-	1
RD Não Proliferativa Grave	-	2	2
RD Proliferativa	-	1	-
RD Proliferativa de Alto Risco	1	-	-
RD Proliferativa Avançada	-	-	-

No que se refere à pressão intra-ocular obteve-se que 4/54 (7,4%) pacientes apresentavam, em ambos os olhos, pressão intra-ocular > que 22 mm/Hg. Em 3/108 (2,8%) dos olhos, encontrou-se edema macular clinicamente significativo - EMCS, sendo que em 1/54 (1,9%) paciente foi observado, em ambos os olhos. Quanto à presença de catarata, encontrou-se que 1/54 (1,9%) paciente apresentou catarata, no olho direito, 5/54 (9,3%), no olho esquerdo, e 19/54 (35,25%), em ambos os olhos (Tabela 5).

Ainda, encontraram-se 7/108 (6,5%) dos olhos com alterações no nervo óptico; 2/108 (1,9%) olhos com sinais de retinopatia hipertensiva-RH; 4/108 (3,7%) olhos com sinais de laser em retina, com padrão de panfoto leve e 1/108 (0,93%) olho com membrana neovascular sub-retiniana- MNVSR em estágio cicatricial.

Tabela 5 - Distribuição numérica dos pacientes diabéticos atendidos no GED, para cada um dos outros problemas oftalmológicos detectados. Ribeirão Preto, São Paulo, 2004-2005

Outros Problemas Oftalmológicos Detectados	Olhos		
	OD N ^o	OE N ^o	AO N ^o
Pressão Intra-ocular elevada > 22 mm/hg	-	-	4
Edema Macular Clinicamente Significativo	-	1	1
Catarata	1	5	19

Considerando que os aspectos relacionados à esfera biológica já foram explorados em estudo anterior (MIYAR OTERO, 2005), interessa-nos nesta investigação, em particular, compreender a vivência dos pacientes acometidos por retinopatia diabética. Dos 13 pacientes com diagnóstico médico de RD, detectados em 2005 (MIYAR OTERO, 2005), um foi a óbito em 2006 e um se recusou a participar do estudo.

5.5 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram constituídos por 11 sujeitos com RD, em seguimento no Grupo de Educação em Diabetes, de um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária no interior do Estado de São Paulo.

5.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e, aprovado em 21 de fevereiro de 2006, conforme protocolo n^o 0608/2005 (Anexo 1). Mediante o aval de aprovação, foi iniciada a aproximação com o campo de pesquisa.

Dessa forma, esta investigação está em consonância com a atual legislação atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa e ética em seres humanos e, fundamentalmente, com a ótica da fenomenologia sobre os humanos envolvidos em uma pesquisa.

5.7 Aproximação com o campo de investigação

A interação, na pesquisa qualitativa, entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial (MINAYO, 1993). Nesse sentido, habitar o ambiente onde a pesquisa se realizará é de extrema importância para criar condições para as entrevistas, permitindo também ao pesquisador uma abertura ao outro (CORRÊA, 2000).

Para Minayo et al. (1994), o pesquisador deve buscar uma aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo e, esta aproximação deve ser de forma gradual, pois é de fundamental importância consolidar uma relação de respeito efetivo pelas pessoas e pelas suas manifestações no interior da comunidade pesquisada.

Assim, no mês de maio de 2006, a iniciamos nosso contato com o campo de investigação, procurando nos aproximar dos sujeitos da pesquisa e dos profissionais atuantes no local, bem como conhecer a dinâmica do trabalho, realizar a observação e estabelecer relações informais do pesquisador com o campo.

Primeiramente, observamos como os membros da equipe multidisciplinar realizavam o seguimento dos pacientes nas atividades no Centro, com palestras acerca da doença e do tratamento instituído, bem como o controle da pressão arterial, peso e glicemia capilar pós-prandial. Posteriormente, as nossas atividades constituíram em realizar o próprio seguimento aos pacientes ali cadastrados.

Essa aproximação proporcionou conhecer os pacientes, quanto as suas rotinas, crenças, valores e, também, fazer-nos conhecidas por eles. O diálogo estabelecido através de assuntos informais do dia-a-dia e o cuidado prestado possibilitou o vínculo recíproco entre o sujeito-pesquisador e os sujeitos- pesquisados.

A inserção no campo da pesquisa proporcionou-nos reconhecer o esforço da equipe no processo de educação dos pacientes, os quais demonstravam conhecimentos acerca das formas de tratamento, a necessidade de controle, a importância da alimentação planejada e a realização de atividades físicas. Também percebemos que o acolhimento da equipe multiprofissional favorece a relação com os pacientes e entre os próprios profissionais.

Por outro lado, constatamos a apreensão dos pacientes diante dos valores da glicemia capilar, demonstrando conhecimento acerca da necessidade de melhorar o controle da doença, revendo o planejamento alimentar, o uso dos medicamentos e cuidados com o corpo de modo geral.

A partir de agosto de 2006, a nossa inserção se deu de forma efetiva integrando a equipe no desenvolvimento de temas nas palestras e abordando temas de interesse dos pacientes frente às dificuldades enfrentadas no dia-a-dia para atingir um bom controle metabólico.

A observação permitiu perceber a realidade sob o ponto de vista dos pacientes diabéticos e foi fundamental para estabelecer o vínculo com os pacientes, além de possibilitar conviver com as dificuldades no seu cotidiano para o controle do diabetes.

5.8 Recursos utilizados para a coleta de dados

Primeiramente, antes de iniciar a entrevista, verificamos a glicemia capilar pós-prandial e o teste de acuidade visual nos pacientes diabéticos. Esses procedimentos possibilitaram conhecer antes da realização da entrevista o grau de controle glicêmico e a capacidade dos sujeitos em reconhecer detalhes de um objeto no espaço. Cabe ressaltar que os 11 sujeitos participantes do estudo apresentaram RD, confirmada por exames oftalmológicos realizados em 2005, no HCFMRP-USP (MIYAR OTERO, 2005).

Para a obtenção dos dados deste estudo foram utilizados os seguintes materiais:

- 1. Glicosímetro, fitas reagentes, algodão, álcool, luvas e lancetas.** Para a verificação dos valores da glicemia pós-prandial, utilizamos o monitor de glicemia ACCU-CHEK Advantage dos laboratórios Roche. Para a avaliação dos resultados da glicemia capilar pós-prandial dos pacientes diabéticos, utilizamos os valores preconizados pela *American Diabetes Association* (2004) que foram considerados bons, quando os valores foram menores que 100mg/dl, de 100-140mg/dl, aceitáveis e maiores que 160mg/dl, ruins.
- 2. Tabela de Snellen.** Para a realização do teste da acuidade visual (AV), utilizamos a Tabela de Snellen impressa com optotipos a 5 metros para medida monocular da AV, com e sem correção óptica dos óculos atuais. A acuidade visual (AV) é uma função do aparelho dióptico do olho, da retina, das vias nervosas e do sistema nervoso central. É a medição da resolução óptica do olho, ou seja, é a medida da capacidade do indivíduo reconhecer detalhes de um objeto no espaço. É um procedimento psicofísico amplamente realizado no mundo, porém não está completamente padronizado

(ALVES JUNIOR, 1995; CRUZ; RIOS, 2001; BICAS, 2002; JARVIS, 2002; CINOTO et al., 2006). A acuidade visual normal é de 20/20 ou, no sistema decimal 1 e, quanto menor o valor, maior o déficit visual (ELDER, 1984; JARVIS 2002).

- 3. Roteiro de entrevista.** A condução das entrevistas foi realizada segundo a abordagem de investigação fenomenológica (CARVALHO, 1987), mencionada em capítulo anterior. Inicialmente, para obtenção dos dados, elaboramos um roteiro de entrevista contendo a questão norteadora “Como o(a) Sr.(a) tem percebido e vivenciado a perda da visão?”. Realizamos duas entrevistas-piloto, no mês de agosto de 2006, para averiguar a adequação da pergunta à compreensão dos sujeitos do estudo. Contudo, percebemos que seria necessário reformular a questão uma vez que essa estava sugerindo aos sujeitos que eles deveriam ter alguma alteração na visão. Apenas o depoimento do paciente CAA foi mantido devido à riqueza da fala. Essa experiência redirecionou nosso olhar e, assim, a questão norteadora foi reformulada para “**Como o senhor(a) tem percebido sua visão?**”, permitindo o acesso ao depoimento originário de cada sujeito. Quando necessário, novas questões foram acrescidas para obter esclarecimentos sobre as informações obtidas. Em cada entrevista procuramos apreender a riqueza da linguagem não-verbal, a expressividade dos gestos, a tonalidade da voz e o silêncio.

5.9 A obtenção dos dados empíricos

Após a aproximação com o campo, realizamos um telefonema para cada um dos sujeitos, solicitando o seu comparecimento ao Centro, no período da tarde, em horário preestabelecido por ele.

Nesse encontro individual com cada participante, foram explicados a natureza e os objetivos da investigação com base na Resolução 196/96 e, para aqueles que concordaram em participar do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Após esse procedimento, foi verificada a glicemia capilar pós-prandial de cada paciente e, em seguida, foram conduzidos à sala 6 da EERP para realização do teste de acuidade visual.

Os testes de AV para longe foram realizados por uma técnica em Laboratório Ótico do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (MISP) da EERP e pela pesquisadora. O teste da AV a curta distância não foi realizado devido às alterações do envelhecimento que dificultam a visão de objetos próximos (JARVIS, 2002). A sala 6 da EERP foi utilizada para a realização dos testes de AV, pois possui os fatores físicos de iluminação e distância necessários.

Os pacientes foram conduzidos a esta sala e esclarecidos quanto à realização do teste, sendo respeitados os fatores de orientação e cognição dos pacientes. Esse teste é amplamente utilizado por oftalmologistas e é de simples compreensão. Foi avaliada a medida monocular com e sem o auxílio dos óculos em uso.

Durante o teste, os sujeitos mostraram-se tranqüilos, entretanto, pude observar que alguns sujeitos mostraram-se apreensivos, quando não conseguiam visualizar os optotipos. Esse sentimento era aliviado em alguns pacientes no momento em que utilizavam seus óculos.

Os valores da AV foram registrados em números decimais, conforme a tabela utilizada e, posteriormente, anotados pela pesquisadora em um formulário para registro da glicemia pós-prandial e da AV (Apêndice 2).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora na sala 6, após o término do teste de glicemia pós-prandial e de AV. Os depoimentos foram gravados em fita cassete, mediante a autorização de cada sujeito. Foi proposta a questão norteadora “Como você tem percebido a sua visão”? As entrevistas audiogravadas foram transcritas integralmente ao término de cada depoimento. Na transcrição, procuramos respeitar a oralidade dos sujeitos, suas reticências e entonação. Para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados pelas iniciais de seus nomes.

Cabe ressaltar que, para três sujeitos, as entrevistas e a glicemia pós-prandial foram realizadas no domicílio devido à impossibilidade de acesso ao Centro. O teste de acuidade visual não foi realizado devido à falta de espaço físico e de iluminação adequada.

5.10 Procedimentos de análise dos dados

Popim (1999) lembra que, na transcrição dos depoimentos, há uma perda natural da densidade da fala, na medida em que não se tem o tom, a ênfase, a inflexão da voz, mas é a maneira possível de tornar presente a fala dos sujeitos que vivenciam um dado fenômeno.

Nesse sentido, Boemer (1994) ressalta que os significados que o pesquisador pode detectar nas descrições referem-se à totalidade das experiências vividas pelo sujeito, e essa totalidade vai além da consciência explicitada pelo sujeito. Assim, haverá sempre uma região não expressa que permanece oculta, provocando novas inquietações, novos velamentos.

A comunicação humana em suas variadas formas compreende zonas chamadas por Merleau-Ponty de nebulosas onde se esconde parte do que se quer comunicar. Desta forma, todo ato de expressão traz algo subentendido, irrefletido, tornando necessário buscar o segredo da linguagem no mundo silencioso da percepção (MERLEAU-PONTY, 1999).

Assim, após transcrever os depoimentos, passamos à etapa de análise, seguindo a trajetória recomendada por Martins; Bicudo (1989), a qual consiste em quatro momentos que se expressam do seguinte modo:

1. o pesquisador lê a descrição inteira, do início ao fim, com vistas a ter um sentido do todo; procura se colocar no lugar do sujeito, de forma a não ser um espectador, mas alguém que procura chegar aos significados atribuídos pelo sujeito da mesma forma como ele os atribuiu;
2. o pesquisador lê a descrição novamente, agora mais atentivamente, identificando unidades de significados; uma unidade de significado é, em geral, parte da descrição cujas frases relacionam-se umas às outras, indicando ao pesquisador “algo” que tem a ver com o objetivo de seu estudo, “algo” que seja revelador do que ele está buscando;
3. após obter as unidades de significado, o pesquisador percorre todas as unidades identificadas e expressa o significado contido nelas.
4. por fim, o pesquisador sintetiza as unidades de significado para chegar à estrutura do fenômeno, à sua essência; nessa síntese integra os “insights” contidos nas unidades de significados, transformadas em uma descrição consistente da estrutura do fenômeno.

6 Apresentação dos dados empíricos

Apresentamos abaixo os dados empíricos, bem como a caracterização dos sujeitos, os valores da glicemia pós-prandial, dos testes de AV e os depoimentos obtidos.

Entrevista nº 1

CAA, 64 anos, branco, casado, trabalha, tem curso médio completo, diabético do tipo 2 há 27 anos. Apresenta hipertensão arterial, doença renal, neuropatia e obesidade. Tratamento: dieta, atividade física, antidiabético oral, insulina, diuréticos e vasodilatadores. Já fez facectomia* e fotocoagulação em ambos os olhos (AO). Faz uso de óculos. Diagnóstico Médico: RDP de alto risco (olho direito) e RDNP grave (olho esquerdo).

Glicemia pós-prandial: 160mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,1 (OD) e 0 (OE)

Acuidade visual com óculos: 0,2 (OD) e 0,1 (OE)

<p>Como o senhor tem percebido sua visão?</p>	<p>É o seguinte... eu sempre gostei muito de ver filme. Eu desde moleque tive este hábito. Então, eu pegava com a X. muitos filmes. E, naquela época o filme era em fita VHS, não era DVD. Então, VHS ou você pegava dublado ou você pegava legendado. Como eu achava que o som original era muito melhor, eu pegava sempre o legendado. Então, tinha dias em que eu começava assistir ao filme e embaralhava. Eu falava: <i>Que esquisito! Devo tá com algum problema na vista!</i> Mas não me associava essa deficiência com o diabetes. Eu não somava dois mais dois, sabe? Aí, eu falava: <i>Não vou ficar preocupado hoje. Deve ser algum problema e tal... aí e tô nervoso, então...</i> No outro dia, tá, eu ia vê tava tudo bem. Eu falava: <i>Passou!</i> É como uma tontura que dava, aquilo embaralhava um pouco e passava. Aí, passado uns tempos, eu não tava freqüentando o grupo aqui ainda, eu uma vez, véspera do dia dos pais... eu tava com um monte de encomendas, mas aquilo tava abarrotado e eu sem nenhum ajudante. E eu tava em casa sozinho, correndo daqui, correndo dali... e aí meu filho chegou e eu falei: <i>Nossa tô com</i></p>
---	---

* Cirurgia para retirada de catarata.

uma dor de cabeça que eu não tô agüentando! E ele falou: *Pai, vamos fazer o seguinte: vamos à farmácia medir a pressão.* E minha esposa tava no banho. Eu falei: *Olha, vou sair um pouquinho, mas volto logo. O forno já está desligado. Já, já preparo as coisas.* Já estava tudo encaminhado só pra carregar e entregar. Nós fomos... quando chegamos na farmácia o rapaz mediu a pressão, chamou meu filho, chamou meu filho de lado... Eu falei: *Ih! Alguma coisa...* Aí ele falou: *Pai, vamos à emergência.* Eu falei: *Por quê? Tua pressão tá 21x11.* Eu falei: *O que é isso?* Ele falou: *É! E não é brincadeira, não. Junta o diabetes. Vamos correndo.* Fomos. Chegando lá, a primeira coisa que já me fizeram... mediram a pressão, colocaram um remédio debaixo da língua, me deitaram, puseram soro, me deram não sei o que. Olha, só sei que eu fiquei lá uma cinco horas. Tudo bem! Depois disso, dois dias depois eu comecei a sentir a vista embaralhar mesmo! Então, eu começava a observar que na minha casa eu tinha umas grades, eu não conseguia ver a grade reta. Eu a via toda ondulada. Eu falei: *Gente!* A minha vista parece quando você tá limpando um vidro e, esse vidro embaça. Então, você não tem aquela... junta uma névoa, né, e você tem a visão distorcida. Aí, eu fui ficando preocupado com a coisa, sabe! Eu falei: *É, eu vou atrás de alguma coisa.* Aí fui no oftalmo. Fui lá e ele falou: *É... sua vista não tá tendo mais jeito de fazer óculos, não. Tem que dá uma olhada. Eu vou te mandar lá pra dra. X, (que era do convênio), e ela vai te fazer um atendimento.* Eu fui. Chegou lá, mede pressão daqui. Aí ela olhou e falou: *Vamos marcar uma...* como é que chama? *Contraste, pra ver como tá.* Fui... Eu falei: *Sou diabético...* expliquei. Ela falou: *Ah! Não... tudo bem.* Ela aplicou tal, o contraste lá... Foi num dia sete horas da noite. Tomou... tirou tal. *Gente!* saímos de lá, daí uma meia hora começou dá uma coceira no corpo todo. Parecia que eu tinha passado pó de mico, mas, ficou uma meia hora assim. Eu liguei

pra ela e falei: *O que eu faço?* Ela disse: *O senhor deve ter alguma alergia.* Mas eu disse: *Não podia ter visto isso antes, né?* Ela falou: *Não... mas, não toma nada, não. Você é diabético. Deixa que isso passa rápido.* Esperei e, realmente, em meia hora deu uma melhora. Fiquei vendo tudo amarelo mesmo e passou. Aí, no outro dia, fui lá pra pegar o resultado. Aí ela olhou e falou: *Olha, você tem que fazer três laser. Três aplicações que você tá com um monte de hemorragias na vista e, isso aqui, o laser, além de secar todos esses focos de vazamento, que houve um estouro da veia, ele vai cauterizar, e vai limpar e vai fixar a sua retina. Porque, o laser pro diabético é importante pra isso.* Somei tudo... eu falei: *Realmente, quanto fica?* Ela deu e eu quase caí de costas. Eu falei: *Não, não vou poder fazer isso agora.* Aí pensei, pensei... Falei: *Espera aí!* Aí, minha filha, fui no postinho e me cadastrei. Me cadastrei e já pedi uma consulta... Consegui uma consulta, assim, em dois dias. Passei no médico, falei o que eu tinha, tal. Ele já pediu encaminhamento lá pro HC, aqui. Ah! Não demorou dez dias chegou o pedido pra mim, pra eu vim aqui. Vim aqui e já trouxe o resultado de lá. Pelo menos ele já tinha uma noção. Olharam e falaram: *Realmente, o senhor tem... tudo, tal... Vamos começar o laser.* Então, eu comecei a fazer o laser em 2002. Já vai pra quatro anos. Então, foi quando eu comecei a vim aqui também. Aí vindo aqui eu tive a noção... porque até então, minha filha, vou te falar a verdade, médico que tratasse de diabetes... nós ficamos assim... quem tinha a doença ficou jogada pras traças, porque se você não fosse atrás procurar, você não acha complicação, você não acha orientação. Outro dia, fui num médico cardiologista. Ele é diabético. Ele não usa nada de ... e ainda é contra!! Eu nunca vi um negócio desse! Ele falou: *Não fica comendo nada diet, não fica... Dá vontade de comer um docinho, come um pedacinho só, come um pouquinho só. Agora vou te arrumar um médico...* Até que ele me indicou um pra ver

a insulina melhor, porque eu comecei a tomar remédio pro rim... porque toda pessoa, segundo a... a... o que eu já li, se você chega a ter problema renal é porque você já teve na vista. Os dois são similares, os tecidos são bem delicados. Então, eu tô tendo problema renal, se eu tô tendo porque a vista mesmo já tinha. Então, eu tô... eu tenho que tomar remédio pra pressão, remédio pra insuficiência renal, remédio pra circulação. Tive um infarto, assim, muito leve, mas tenho que tomar remédio pro coração. Quer dizer, então, minha filha, fica um monte de medicamento. Com isso aí, a glicemia... Não é só a boca que vai me resolver, nem o tanto que eu tô tomando de insulina. Há cinco anos que eu tô tomando esse tanto de insulina. Não voltei mais em nenhum endócrino. Eu tive aqui no Dr. Z. Você não conheceu. Mas, ele também não alterou. Então, esse médico do coração agora falou: *Então, ó seu C., faz o seguinte. Vamos ... vai ao endócrino, vamos regular essa insulina que você toma. Você tá tomando muito medicamento. Por que você vai se desgastar se você pode regular? Em vez de tomar 24 unidades que você toma, toma 30 se precisar e acabou. Você tá coberto! Não vai, não vai te desmerecer, não, meu filho! Só vai te ajudar!* Eu falei: *Realmente...* Eu tive... agora... foi dia... hoje é setembro, nove, onze né... dia 31 de agosto eu fiz o laser. A última sessão dessa... desde que eu tô vindo. Desde 2001 que eu tô vindo. Agora eu dei uma fechada dessa etapa. Até o oftalmo que tá me atendendo disso: *C., tá excelente o trabalho que fizeram em você. O teu organismo tá reagindo bem, não teve mais nem um... um... como se diz... um vazamento naquilo que foi feito. A cauterização foi perfeita. Tem uns vazinhos pequeninhos aqui embaixo que é uma região delicada. Vamos só fazer esse, que eram cinco pontos. Vou fazer, acabou! Tua vista tá excelente! O que tem que ser feito, foi feito!* E eu, paralelamente, tava indo pelo meu convênio com o dr. O. Até ele faleceu agora há pouco tempo. E o dr. O falou: *Oh! C., o*

serviço deles tá sendo bem feito. Você pode ficar sossegado. Porque eu falei: Eu tenho que assinar um termo lá, de tal... isso e aquilo e toda vez que o rapaz faz, cada vez é um. Nunca é o mesmo que tá te atendendo. Você fala: Oh! Dá o tiro, mas mexe o aparelho. Não fica num lugar só, porque pra quem nunca levou um laser na vista, você não imagina. Você pára num lugar e dá dois, três, quatro tiros ... aquilo parece que tá enfiando uma agulha no teu cérebro. Eu falei: Então, você vai andando. Bate aqui. Bate aqui. Volta aqui... Pelo menos eu não vou sentir tanto! Porque se você pega uma região, você começa a trabalhar muito nela, ela vai ficar sensível e, qualquer tirinho que você der eu não vou agüentar. Aí eu vou estragar o seu trabalho. Vou me prejudicar por causa de besteira. Pode ser assim? Eu falei: Pode! Pode e deve! Por que, se eu que estou sentindo não te passar as coordenadas, como você vai adivinhar? Porque pra quem tá cortando, filha, qualquer corte, é corte, né! Ele falou: É, então, tá bom. Agora e realmente eu tô sentindo muito bem! Porque no começo eu me senti muito assim ó... amarrado. Então, começava a andar de ônibus e eu não enxergava o que tava escrito no ônibus. Eu queria conversar com uma pessoa, a pessoa tinha que estar muito perto pra eu ver quem era. Então, você vai sentindo assim... é... como se te pusesse um casulo em volta de você. Você vai se retraindo. Você não tem vontade de sair. Sozinho você não tem mais coragem. Você tem medo de sair e levar um tombo, levar uma porrada, entendeu? Você tem medo... por exemplo, na rua você passa, você fala: Gente! Às vezes, um conhecido bana a mão, você... parece que não tá fazendo conta, não tá ligando pra pessoa. É superdesagradável. Então, esse é o primeiro impacto que dá. O segundo é ler. Você quer lê alguma coisa, além do óculos de perto ainda tem que pôr a lente pra ler, porque só com o óculos não dá mais pra ler. Eu tô com esse óculos há quatro anos. Voltei no médico há pouco tempo. Ele falou: Ó, vamos esperar mais um pouquinho, acabar o laser pra

gente trocar, ele move. Agora eu pedi o ... como chama? O acompanhamento pra ver o que foi feito lá, como tá. O que eles falaram: *Ah! Aqui no HC nós não damos continuidade. Então, tem que voltar no postinho e pedir.* Eu voltei. Pegaram e me mandaram lá pra Unaerp. Então, eu tô indo lá na Unaerp pra ver uma coisa e aqui pra ver outra. Outro dia marcaram no mesmo dia e na mesma hora duas consultas. Eu tive que ligar e inventar uma mentira pra cancelar. Aí agora a moça lá, a X., a mesma que fez a primeira vez pra mim, ela tá lá na Unaerp. Eu até falei: *Ótimo ela ter ido, porque eu conheço ela.* Fiz uma vez um coquetel pra ela. É muito amiga. Ela falou: C., faz assim, acaba de fazer o laser e vem aqui e aí eu te dou o óculos certo, o grau. Tudo bem! Mas, foi marcado só pra dezembro! Eu falei: *Gente! A gente tem que ficar na mão desse povo! Agora, fiz aí, tá ótimo! Eu tô sentindo bem! Tô enxergando bem! Tô conseguindo ler as coisas! Tô conseguindo até...* Outro dia peguei um pano lá em casa, porque, às vezes, eu ajudava a N. (esposa) fazer algum bordado, porque eu gostava também. Porque a cabeça desanuvia, minha filha. Eu fazia ponto cruz, eu fazia... eu conseguia! Hoje não consigo mais. Mas, aquele pano xadrez, sabe? Aquele pano que é marrom e azul? Eu consegui! Eu consegui! Fiz uma toalha. Eu falei pra N: *Olha só!! Quer dizer, pra mim o importante é eu me sentir útil. Não me interessa o que eu tô fazendo. Interessa que eu tô dando conta e eu sou capaz de fazer. Então, é isso que eu quero. Eu passar por cima dos obstáculos. Não ficar me... achando que eu sou incapaz, me martirizando. Então, a visão me fez isso, entendeu? No começo me deu essa preocupação. Me deu essa baixa autoestima no começo, deu... Hoje não. Hoje eu pego um ônibus perto de casa, desço no mercado. Eu sei que eu tenho que andar tanto quarteirões, ir lá no centro de compras ou no Massaro comprar um tempero. Volto, chego ali eu não enxergo, pergunto pros outros que ônibus é aquele. O ônibus pára, não*

enxerguei...*Ó pra onde você vai?* Eu... O que, que é isso? O que eu tenho que perguntar, pergunto. Eu tenho todo o direito. Eu não vou ficar me privando, não! Eu vou... então... já tô conseguindo alguma coisa. E a vista, graças a Deus, desse tempo depois que eu comecei vim aqui, que a gente começou se cuidar, conscientizar da doença, aquela coisa toda... Eu consegui fazer um nível bom que, pra você que com as aplicações que eles fizeram em quatro anos, deu pra dar uma linha reta, né, no trabalho deles, né. Mas isso... então, eu não posso reclamar. Não cheguei a perder nenhuma das duas vistas. As duas estão bem. Uma só que, eu acho que é essa, que o centralzinho assim, que eu não defino bem. Às vezes, a periferia pega melhor uma coisa. Até uma formiguinha assim na parede de... eu vejo. Não de frente mas... mas isso deve ser problema da ... porque o diabetes... diz que deforma a veia como se fosse uma varize, então, aumenta e dá deformidade e você não tem como fazer nada, né. Quando ela estora faz o laser, ela pára de sangrar. É isso aí!

Entrevista nº 2

NAZ, 53 anos, branca, solteira, trabalha, tem curso médio completo, diabética do tipo 2 há 7 anos. Apresenta hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e visão embaçada. Tratamento: dieta, atividade física e antidiabético oral. Faz uso de óculos. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OE).

Glicemia pós-prandial: 102mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,1 (OD) e 0,5 (OE)

Acuidade visual com óculos: 0,2 (OD) e 1 (OE)

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Bom... eu nem lembrava que tinha dado isso nas minhas vistas. Porque o meu problema mesmo é que eu tenho hipermetropia e astigmatismo nas duas. Na direita que eu tenho mais. Agora esse problema que... dessa pesquisa aí que eu fiz o exame foi na esquerda. Pra mim não modificou nada. Porque na esquerda eu não sinto nada... Agora a direita... toda vez que eu vou no oftalmo, pelo menos, eu não preciso mudar o grau. Tá sempre o mesmo. E já muitos anos isso não muda, não tem alteração de grau. Continua isso já faz mais de dez anos.</p>
<p>A senhora tem feito o exame de fundo de olho?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>Tenho, todas as vezes que eu vou, de dois em dois anos eu faço. É que deu esse pequeno probleminha na esquerda eu nem sabia porque a esquerda é a que enxergo mais... Esse problema não deu na direita. Só na esquerda. Ainda lembro que na época foi tão mínimo que eu não precisaria me preocupar, né. E não senti nada também não. Eu tô pra ir agora no oftalmo. É, tenho. Eu vou agora... eu já tô pra marcar com meu oftalmo, mas não sinto diferença nenhuma, não. Por enquanto não, ou se deu alteração foi tão mínima que não deu pra perceber. Claro que sem óculos eu não tenho como ficar né, mas eu não percebi nada de anormal ainda não, graças a Deus e, tomara que eu não perceba, que não tenha dado nada né (risos).</p>

Entrevista nº 3

MRG, 68 anos, branca, viúva, aposentada, cursou o ensino fundamental por 3 anos, diabética do tipo 2 há 28 anos. Apresenta hipertensão arterial, dislipidemia e visão embaçada. Tratamento: dieta, atividade física, antidiabético oral e insulina. Faz uso de óculos. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OD) e RDNP leve (OE).

Glicemia pós-prandial: 117mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,4 (OD) e 0,3 (OE)

Acuidade visual com óculos: 0,3 (OD) e 0,5 (OE)

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Bem embaçada. Tem dia que eu enxergo mais. Tem dia que tá meia... tá trêmula, tem dia que tá embaçada. Ah! eu acho que é do diabetes, né. Acho que dependendo da glicemia. Quando está tá bem alta eu enxergo menos. Hoje tava bom né, e tava embaçada. Não sei se pelo problema da asma, né. Tá bem embaçada hoje. Ah! Eu não sei. Tô tomando remédio forte também, né, Meticortem, um monte de antiinflamatório. Pode ser... Um dia enxergo mais, outro dia menos. Outro dia tá meio embaçado... Foi.</p>
<p>A senhora tem feito o exame de fundo de olho?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>Faz 27 dias hoje. Eu já tinha feito óculos antes. Foi retorno, mas ela fez um novo exame. Ela disse que tava tudo bem. Fez fundo de olho. Ela disse que tá tudo bem. Só deu uma pequena catarata, um comecinho de catarata, né. Nos dois olhos, mais no direito. E aí ela receitou uns colírio. Tô pingando né, vamos ver! Até já tinha melhorado. Até da primeira vez ela me receitou um colírio eu pinguei e já tinha melhorado... agora receitou outro... Cloranfenicol. Esse eu não comecei usar ainda não, porque eu não tinha terminado o outro. Eu acho que é muito remédio, muita coisa forte sabe. Quando aumenta muito o diabetes, então dá uma... uma alteração. Eu faço a ponta de dedo e tá alterado. Quando tá baixo, enxergo mais, quando altera, então, dá aquela embaçada. É isso.</p>

Entrevista nº4

RAB, 80 anos, branco, casado, aposentado, cursou o ensino fundamental completo, diabético do tipo 2 há 10 anos. Apresenta visão embaçada. Tratamento: dieta, atividade física e antidiabético oral. Não usa óculos. Fez facectomia em AO. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OD) e RDNP leve (OE).

Glicemia pós-prandial: 201mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,7 (OD) e 0,4 (OE)

<p>Como o senhor tem percebido sua visão?</p>	<p>A minha visão hoje está boa. Pelo menos o lado direito. Agora, o lado esquerdo eu tive um problema desde a primeira operação que eu fiz da catarata. A catarata caiu atrás da retina e, só depois de um mês que eu fiz a operação aí... demorou quatro horas e meia pra fazer a operação. Aí ela não é totalmente igual a da direita, mas é boa. Dá pra mim enxergar sem óculos. Eu só uso óculos na última atividade né, mais pra ler pra não forçar muito. Bom, eu comecei a usar óculos em 1973 ou 74, eu usava já, vista cansada. E agora o ano passado eu operei a catarata, mas eu já nem tava usando o óculos. Eu fiz a primeira, daí depois de um mês fiz a segunda. Foi por intermédio da casa 5. Aí me chamaram eu operei a direita, depois de um mês operei a esquerda, mas não deu certo. A catarata caiu atrás da retina. Aí fiquei sem enxergar da vista. Aí daí um mês eu voltei e operei de novo, mas daí demorou quatro horas e meia a operação até retirar todos os pedaços da catarata, que tava atrás da retina, mas foi bem, graças a Deus.</p>
<p>Quando foi o último exame oftalmológico que o senhor fez?</p>	<p>Eu não me lembro, mas eu sei que tenho retorno marcado para abril. Depois dessa operação aqui, o ano passado, dia 24 de novembro, eu bati numa árvore, dois ou três dias, bati a cabeça numa árvore. As árvores têm os galhos baixos ali onde eu moro na Independência com a São Sebastião. Começou a chover eu abaixei a cabeça, não vi o galho. Eu bati a cabeça aí comecei a ter um pouco de convulsão... até eu tava aqui na Casa 5.</p>

<p>E o olho?</p> <p>O senhor considera que as cirurgias tiveram influência nos olhos?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>Comecei a sentir mal. Daí eu fui para as Clínicas com a Sandra[*]. Fiz uma tomografia. Aí eles fizeram, olharam e falaram: Tem uma mancha aqui. O que é isso? Aí eu pensei, né: Eu bati numa árvore. Então falaram: Quer operar? Vamos. Aí na mesma hora já fui pra sala de operação e operei. Isso foi no dia 24 de novembro do ano passado. Fiquei cinco dias aí, depois... dia onze eu tava em casa e comecei a sentir... a ter convulsão de novo. Aí eu voltei no hospital. Eu operei de novo. Demorou duas horas. Aí tinha... dia de Natal, era meia noite... eu tava na casa da minha filha... eu tava deitado, levantei e tive convulsão de novo. Eu operei de novo. Quatro horas, me parece, que demorou a operação. No dia de Natal! Vai fazer um ano agora.</p> <p>O olho não teve problema nenhum.</p> <p>Não. Acho que não teve influência nenhuma. Eu fiquei no mês de janeiro... eu não falava. Tive que ficar deitado, um mês deitado, sem mexer. Cumpri regularmente. Aí comecei a fazer exercício. A primeira cirurgia que eu fiz foi perfeita. Não teve nada. Quando fui fazer a segunda, a catarata caiu atrás da retina. Até hoje tá bom. Marcaram retorno pro ano que vem só. De vez em quando começa a arder o olho. Então ... mandaram passar água boricada com algodão. Só o esquerdo. Aí ponho algodão com água boricada, como um tampão. E daí dez, quinze minutos passa.</p>
--	---

* Nome fictício.

Entrevista nº 5

AMP, 70 anos, branca, casada, do lar, sem escolaridade, alfabetizada, diabética do tipo 2 há 9 anos. Apresenta hipertensão arterial. Tratamento: dieta, atividade física, antidiabético oral, insulina e anti-hipertensivos. Referiu estar ansiosa devido a problemas de saúde em familiares. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OE). Presença de catarata em AO.

Glicemia pós-prandial: 329mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,3 (OD) e 0,2 (OE)

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Ò hoje eu notei que tá muito ruim a visão. Eu sou assim. Às vezes eu vou assistir televisão, eu assisto assim dez, quinze minutos tá muito bom, depois já começa atrapalhar. Então eu vejo assim as pessoas, uns vultos, não dá pra ver o rosto, não consigo. Se eu tô no fundo do meu quintal e chega alguém no meu portão, eu vejo a pessoa mas não sei quem tá entrando também. Já vem de tempo, já vêm mais de anos. E eu já fiz uma consulta porque eu tenho convênio Santa Casa. Não sei o nome do médico que eu fui. Ele disse que eu preciso operar. Ele falou que por causa do diabetes e porque eu tinha catarata também na vista. Só que o convênio não dá as lentes. Eu nem voltei mais lá com ele. Eu falei: <i>Doutor eu queria óculos</i>. Ele falou: Ah! A senhora precisa operar. Ele falou um pouco vem do diabetes e outro pouco é a catarata que tá atacando. Já faz uns dois anos que fiz a última consulta. Depois eu falei com a professora também, aí eu consultei no HC. Eu tenho o cartãozinho do HC aqui. Eu já fiz acho que duas consultas lá, mas o médico disse pra esperar e ir acompanhando nos retornos. Pra mim esperar porque não tá na hora ainda. Porque disse que isso tem que tá na hora.</p>
<p>A senhora tem feito o exame de fundo de olho?</p>	<p>Então, eu fiz... eu tenho meu cartãozinho aqui. Faz pouco tempo que eu fiz, quer ver? Será que eu não trouxe o meu cartão de lá? Eu tenho meu cartão que eu trato lá. Até o último retorno tava cansada de esperar, peguei e fui me embora. Aqui, é tenho o</p>

<p>Então a senhora não realizou mais o exame de fundo de olho?</p> <p>A senhora acha que os problemas nos olhos têm relação com o diabetes?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>cartãozinho. A professora que conseguiu, porque uma vez o grupo todo foi lá fazer exame. Até essa moça que tava aqui também foi. Faz tempo que ela não aparece lá com a gente. Naquele tempo acho que tinha umas 60 pessoas né. Depois disso eles marcaram outro retorno pra mim.. em julho. Eu fui, mas tava demorando muito, tava escurecendo, eu larguei e fui embora. Agora tenho que remarcar pra ver ...</p> <p>Não, essa vez eu fiz, que eu fui lá. Porque eu fui, depois eles... quando marcaram... eu fui quando marcaram ...Aí marcaram retorno pro próximo junho. Um ano de retorno me pediram. Foi esse que eu não esperei e não fiz o exame.</p> <p>O dia que ela tá mais alterada atrapalha mais a vista. O dia que ela tá mais baixa parece que eu enxergo melhor. Eu noto que é. Eu noto que não tem. Enxergo melhor. Enxergo bem melhor. Tem vezes que eu ponho o comprimido na mesa, custo pra pegar ele. Quando tá alta eu custo pra pegar o comprimido. Eu acho que enxergo bem melhor. Às vezes quando vou pregar um botão já não consigo enfiar a agulha. Quando ela tá alta. Hoje eu tô com a vista muito ruim, porque ela já tá mais alta, né. Enxergo melhor. Enxergo bem melhor. Eu nunca usei óculos. Eu acho que eu preciso usar um óculos pra descanso também da vista. Porque meu marido fala: <i>Ah! Você tá com a vista cansada. Precisa arrumar um óculos pra descanso, né.</i> Mas o médico falou: <i>Eu não vou dar pra senhora, porque a senhora tem que operar.</i> Até falei vamos voltar no médico do convênio pra vê o que ele vai falar de novo. Ele falou: <i>Tudo ajuda a prejudicar a vista da senhora.</i></p>
--	--

Entrevista nº 6

MLGMP., 57 anos, morena, casada, trabalha, ensino fundamental incompleto, diabética do tipo 2 há 9 anos. Apresenta hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e visão embaçada. Tratamento: dieta, atividade física, antidiabético oral e anti-hipertensivo. Referiu não ter almoçado e por isso não tomou o antidiabético oral. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OE).

Glicemia pós-prandial: 290mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,8 (OD) e 0,5 (OE)

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Por exemplo, tem dia que ela tá numa boa, mas se o sol tiver muito forte, aí você não enxerga nada, você enxerga tudo embaçado. Ah! Acho que é quando a diabetes tá muito alta, né. É... tem dia se não tem sol, a gente enxerga normal, numa boa. É só quando tá o sol, e aí tá muito forte, sabe aquele sol bem brilhoso. Enxergo numa boa. Não tem problema nenhum. Só não dá, de vez em quando, pra ver as letras. As letrinhas pequenininhas já não dá mesmo, porque não é todas as letras que você enxerga. Por exemplo, vem carta lá em casa, vem carta lá em casa tenho que deixar meu moleque ver, porque não enxergo nada, entendeu? Já faz tempo, já faz tempo. Então tem coisa lê que nem... todas vezes que traz lá eu já deixo no cantinho pro meu moleque ver.</p>
<p>E quando foi sua última consulta oftalmológica?</p>	<p>Nunca fui. Só essa vez. Só aquela vez. É foi. Foi esses dias... quando a gente foi lá no... É, acho que foi, né. Não, porque a gente ficou esperando o resultado e, não deu nada, acho que não tinha tanto problema. Foi a última vez. Eu sou meio devagar pra essas coisas. Tem hora que não dá pra ver nada, nada, nada. Lá no meu serviço quando eu começo a queixa de alguma coisa são as meninas (outras funcionárias) que procuram. “<i>Não dona M.L</i>” Esses dias mesmo, não escutava nada. “<i>Então vamos lá fazer uma faxina no...</i>” Aí eu peguei e fui, mas é difícil. Então vou pedir pras meninas vê no livrinho, aquele livrinho que a gente tem, porque eu faço tratamento aqui no Sisusp. Eu vou</p>

<p>Então, a senhora acha que a visão ficou prejudicada depois do aparecimento do diabetes?</p>	<p>procurar pra fazer. Não, é porque eu já sou burra, não tem jeito. Não tem jeito. Porque quando eu era pequena eu tive uma pancada na cabeça. Acho que deve ter afetado alguma coisa. Porque estuda... Não, na leitura, pra aprender porque na escola eu sempre fui. Só que se eu for em algum lugar e ficar nervosa, ih!... Não escrevo nada. Mas isso aí vem... acho que da pancada porque quando eu era pequena uma motocicleta me pegou, um polícia. Então, por esse motivo, desse polícia te... me pegou, então eu vim pra Ribeirão. Porque a gente veio fugido de lá. Depois que sarou todos os machucados, aí nasceu uma pelota aqui no meu braço, e a gente foi queixa pra ele. Então ele disse: <i>"Se vocês não fugirem eu vou matar vocês todos"</i> E como a gente era meio bobo, né, então, fugimos de lá de Maceió pra cá. Então, eu acho que deve ter afetado alguma coisa na cabeça. Mas é... leio tudo direitinho, mas tem hora se eu ficar nervosa, não sai nada. Não, não. Ela bateu, ih! Me esfolou todinha a cabeça, braço, e me esfolou todinha porque passou por cima de mim no escuro. Não. Ih! Na minha casa, que a gente sempre foi pobre, eu morava... não sei se você conhece Ribeirão Preto? Você conhece a rua Pernambuco? Eu ia... quando chegava na linha olhava hora lá nos Campos Elíseos. Pra saber hora então eu ia na linha e olhava. Nossa quando eu... fui percebendo que eu não enxergava, falei: agora pegou!</p> <p>Acho que depois que veio a diabetes, né. Depois que descobri porque eu nem sabia. Acho que os dois. Os dois contribuem porque eu já tô com 56 anos, né. E agora a diabetes tava alta, porque ontem eu fui viajar e a gente passou muito nervoso na estrada porque fomos viajar e, quando chegamos lá uma mulher se perde das 11 horas até as 6 da tarde. Chegamos aqui uma hora da manhã. E aquilo lá, nossa senhora, fiquei uma pilha. Então... mas foi isso, mas tirando isso... porque eu quase não saio de casa, eu fico mais é dentro de casa. Eu comecei a sair faz acho que dois anos, porque depois... quando mataram meu</p>
--	---

<p>Quer acrescentar mais alguma coisa? Obrigada.</p>	<p>filho eu não saía. Eu comecei sair faz dois anos pra fora. A luz não dava problema. Então... mas... acho que foi depois da diabetes porque antes, ih! Nunca... relógio mesmo nunca usei. Eu olhava na igreja, onde tinha de longe. Ó porque dali do Ipiranga pros Campos Elíseos era muito longe. Eu enxergava... É depois do diabetes, porque depois de algum tempo que eu fui perceber... sabe que não enxergava direito. Enxergar enxergo, mas não tanto como era antigamente. Porque aí pra ver... de longe você não vê mais nada, mas antigamente ... ih! Nunca comprei um relógio na minha casa.</p> <p>Não.</p>
--	---

Entrevista nº 7

GBP, 60 anos, moreno, casado, aposentado, cursou o ensino médio completo, diabético do tipo 2 há 19 anos. Apresenta dislipidemia, hipertensão arterial, cisticercose com hidrocefalia há 16 anos. Tratamento: dieta, atividade física, antidiabético oral, insulina e anti-hipertensivo. Refere uso de óculos apenas para perto. Diagnóstico Médico: RDNP moderada (OD) e RDNP moderada (OE).

Glicemia pós-prandial: 85mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,7 (OD) e 0,7 (OE)

<p>Como o senhor tem percebido sua visão?</p>	<p>A minha visão ela... está enfraquecendo, mas pelo que os médicos me informaram é devido à idade. Não tem nada a ver relacionado com a retinopatia. Mas eu sinto... assim, principalmente, de perto. De longe ainda tá conservada, mas de perto tenho que usar óculos. Continua a mesma coisa. Não sei... talvez não seja a retinopatia que tenha dado essa... que tenha atrapalhado um pouco as vistas, mas eu não creio. Vou fazer laser nos dois olhos. É apenas uma pigmentação, mas é início, segundo os médicos. É da retinopatia. Eles falaram que poderá complicar cada vez mais. Vai aumentar essa pigmentação e pode complicar a visão. É... não sei... É essa hemorragia. Por enquanto... mas segundo ele, poderá, segundo o oftalmologista poderá complicar. É, segundo informação dele, sim, porque eu procurei saber se esse problema poderia prejudicar a visão. Ele disse que não, por enquanto não. O que você tem é só problema da idade. Tô só dependendo da autorização do meu plano de saúde pra poder fazer</p>
<p>O senhor gostaria de acrescentar mais alguma coisa?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>Silêncio... Acho que não. Acho que a respeito disso é o que eu falei.</p>

Entrevista nº 8

MMM, 61 anos, branca, casada, do lar, cursou o ensino fundamental incompleto, diabética do tipo 2 há 18 anos. Apresenta visão embaçada. Tratamento: dieta, atividade física, antidiabético oral e insulina. Faz uso de óculos. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OD). Presença de catarata em AO.

Glicemia pós-prandial: 102mg/dl

Acuidade visual sem óculos: 0,2 (OD) e 0,3 (OE)

Acuidade visual com óculos: 1 (OD) e 0,8 (OE)

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p> <p>Sim. Obrigada.</p>	<p>Como que eu sei, o conhecimento que as pessoas de idade já tem perda natural, eu até agora não senti nada de agrave, porque se eu venho perdendo com a diabete, eu venho perdendo muito lentamente. Então, eu não tô assim desesperada, apesar de eu ter perdido uma irmã com perda de visão total, certo! Eu não me desespero, porque eu acho assim, vai do tempo de cada um (risos). Que vai dar tempo de enxergar meus netos quando vim porque não tenho nenhum ainda. Mas tá tudo normal. Ela (irmã) não se cuidava, porque todas somos diabéticas. Em seis irmãs, todas. A mais velha né, por enquanto, as outras... tá na faixa dos 64 anos, eu com 60 anos. E tô assim gradativamente, devagarzinho, né porque eu acho que é da idade também. Sempre achei, né. Eu uso óculos diário, não tiro e por enquanto tô bem, apesar de eu ter uma mancha, né no olho esquerdo, porque quando fez os exames lá em cima, eu já tava sabendo, né e... mas, não influiu, não me desesperei nem nada, apesar que é horrível ficar cega porque eu acompanhei a minha irmã né, eu já sei como que é. Mas, comigo tá tudo bem. Acho que faz um ano e meio que fui no oftalmo. Eu peço o fundo de olho. Eu aviso que sou diabética, e eu peço. Eu peço sim. Eu acho que tá tudo bem porque a gente tem conhecimento da casa cinco também, a gente sabe que tem que ter cuidado com os pés, com unha, com tirar cutícula e tudo. Então, tô bem informada. Sabe, aqui na casa cinco tá tudo legal. Era só isso?</p>
--	---

Entrevista nº 9

ZASS, 48 anos, morena, casada, do lar, cursou o ensino fundamental incompleto, diabética do tipo 2 há 7 anos. Apresenta neuropatia, obesidade, dislipidemia e visão embaçada. Tratamento: dieta, antidiabético oral, insulina e vasodilatadores. Usa óculos apenas para perto. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OD) e RDNP leve (OE). Hipertensão ocular em AO.

Glicemia pós-prandial: 351mg/dl

Não foi realizado teste de acuidade visual, entrevista realizada no domicílio.

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Ah! Eu sinto ela, assim, mais cansada, dá muitas ferroadas que eu nem sei porque, mas... às vezes quando amanhece os dias assim claro me dói muito as vistas, né. Eu prefiro ficar assim mais no escuro, porque além de doer as vistas, dói assim, por cima. Assim né. Dói. (Silêncio). Eu tinha as vista muito boa, né, assim antes do diabetes. Depois ficou muito difícil pra mim, aí ficou complicado. Comprei esse óculos aí, passei pelo médico tudo e receitou esse óculos para mim, só que tem vez que não resolve nada esse óculos pra mim. Tem vez que não resolve nada.</p> <p>(Entrada de um familiar no quarto)</p> <p>Então, esse óculos pra mim aí já não tá mais quase adiantando nada, porque tem vez que eu ponho ele assim pra usar, pra pôr... usar pra alguma coisa, então, mesmo usando ele tem vez que vejo a letra e fica embaçado. Se eu tiro, ele fica ruim. Se eu ponho, ele fica quase do mesmo jeito. Então, tem hora que não resolve nada. Nunca mais eu fui no médico. Só aquela vez com o grupo. Eu nem faço mais atividades. Não tem mais jeito. Antigamente eu fazia academia, fazia caminhada, né. Fazia bastante coisa. Hoje em dia não posso mais fazer mais nada, né. Mal e mal algumas coisinhas de leve aqui dentro de casa, mas com risco meu. Por minha conta porque o médico falou que eu tenho que fazer muito repouso, fazer repouso absoluto, devido à perna. O que eu poderia falar mais da visão? (risos e pausa) Ah!</p>
--	--

Isso mesmo que eu falei. Eu nem sei mais o que falar. É... ah! Bom, tem vez que quando eu tô assim animada e vejo que a minha visão dá certo fazer as coisas eu faço. Tem vez que não dá pra ela... se não, nem tento. Dá tontura, né, fico tonta. Eu chego até a pensar que tem aquela tal de labirintite que eles falam, mas não sei se é. As vistas escurece... ah! Aquelas coiseiras toda, né. Eu não...Depois que eu fiquei diabética. Não era assim, só depois que eu fiquei, já vai fazer seis anos agora em outubro. Seis anos que eu tenho diabetes. Eu percebi que mudou em relação às pontadas que eu falei. Aumentou. De 100%, deve ter aumentado uns 70% essas ferroadas que dá. Não marquei médico, não. Ainda não. Eu acho que pra mim a locomoção é difícil, porque você tem que marcar uma, duas semanas antes, né, pra eles virem buscar. Pra mim fica difícil, porque eles falam que pra levar assim tem que ser uma coisa muito grave né. Quando a pessoa não tem jeito mesmo de ir. Então, onde que pra isso eu nem ligo, assim por causa do pé, pra visão eu nunca fiz isso não. Pra pagar particular não tenho condições. Pra conseguir das vezes que eu já marquei lá isso vai mais de um ano pra encaixar a gente. É muito difícil. Uma vez a professora falou assim pra nós: *“Quem tem diabetes geralmente tem problema de visão. No máximo seis, oito meses pra quem tem diabetes porque tem que ser assim uma consulta quase sempre.”* Mas, pra mim não adiantou quase nada isso daí porque ... que nem eu fiz esse exame tudo, nem sei o que foi que deu, né, ninguém nunca falou nada, né. Então, pra mim saber isso aí mais profundo o que eu tinha que faze? Tinha que pagar particular e eu não tenho condição de pagar particular pra fazer o exame de vista, né. Fora o... pagar particular e fora o óculos que tem que comprar. Fica tudo muito caro e eu não tenho condição. A gente tem cinco netos que a gente cuida aqui. Fica complicado.

Obrigada.

Entrevista nº 10

MAS, 76 anos, negra, viúva, aposentada, sem escolaridade, mas alfabetizada, diabética do tipo 2 há 34 anos. Apresenta hipertensão arterial, neuropatia e visão embaçada. Tratamento: dieta, insulina, anti-hipertensivos e vasodilatadores. Já fez facectomia e fotocoagulação em ambos os olhos. Fez laser de argônio em ambos os olhos em clínica particular. Diagnóstico Médico: RDNP leve (OD) e RDP (OE). Presença de edema macular no OE e hipertensão ocular em AO.

Glicemia pós-prandial: 73mg/dl

Acuidade visual sem óculos: refere apenas ver vultos (OD) e 20/200(OE) de acordo com receituário médico.

O teste de acuidade visual não foi realizado, entrevista realizada no domicílio.

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Então a minha visão hoje não tá muito bem, né. Dia vinte e cinco de novembro de 2005, né eu fiz uma primeira cirurgia de descolamento de retina, então, mas a vista não foi possível de voltar, né. E depois de um ano eu fiz uma cirurgia também no particular também pra tirar o glaucoma e acho que um óleo que tinha no olho. Esse também a visão também tá ainda ruim. E, agora dia dezoito de fevereiro, eu tive um derrame no olho esquerdo e tô fazendo o tratamento né, tô fazendo o laser, mas a minha visão não tá boa. Não, do lado direito não. Só assim, se por exemplo que fechar o olho esquerdo e fizer assim com a minha mão eu vejo minha mão, um vulto da mão. Um vulto só. Eu sei que é uma mão. Se passar uma pessoa eu vejo que é uma pessoa, mas não dá pra distinguir quem que é não. Com o esquerdo que dava pra eu enxergar, agora também não tô enxergando desde o dia dezoito de fevereiro que eu também levantei de manhã e notei que o olho tava cheio de sangue e que a visão tava pouca. E, daí pra cá, vem vindo, né, bem pouco. Já melhorou depois que eu tive derrame e que fiz o laser. Já melhorou um pouquinho, mas ainda tá muito ruim. Eu continuo as minhas coisas em casa. Eu continuo a mesma coisa. Continuo</p>
--	--

sozinha. Eu saio. As minhas atividades eu faço. Lavo roupa. O meu serviço continua o mesmo, né. Cozinho também. Isso aqui não impediu. Agora a rua não. A rua eu só vou na igreja e volto à noite. Às vezes eu pego a menina pra vim me acompanhar ou, então, a lanterna, né, pois já sei, como se diz, até os buracos que tem, mas cortei. Não saí muito na rua. Nem quase nos vizinhos eu vou. Enxergo pouco. Não que eu não enxergo, é que eu tenho medo de ser atropelada, né por alguma coisa, então, eu fico mais quieta em casa. E agora assim pra ser avisada por isso? A gente foi muito avisada por causa do problema da vista, porque a professora falou muito isso pra nós. É a principal coisa do diabetes, o olho, o rim e o coração, né. Então, cada um tem uma coisa. Lá em casa cada um atacou uma coisa. Uns tão fazendo hemodiálise, os rim. Outros, graças a Deus, tão bem, e eu a vista. O problema meu tá sendo a vista. Amanhã eu tenho retorno com o médico. Fiz no hospital, acompanhei no Hospital das Clínicas, mas a gente tem filho e família e cada um tem uma opinião. A outra filha mais nova achou que eu fosse no médico particular. Porque lá no médico particular eles garantiram que eu ia enxergar, então, a gente pagou consulta né, e tô fazendo tratamento lá. Mas, eu consigo, tinha conseguido, tinha continuado no Hospital das Clínicas, né. Ela falou pra mim que garantia né antes dos exames. Ela garantia que eu ia enxergar. Desde que eu vim do Hospital das Clínicas é só aquele vulto que eu enxergo, né. E ele é completamente ruim. Não sei. Parece que eu sinto que tem alguma coisa que tampou. Disse que também tenho um pouco de catarata nele também. E agora o olho esquerdo também, mas eu já decidi que não vou operar não. Eu já decidi com minhas filhas, né. Eu fui agora lá na casa da outra e elas me perguntaram e eu falei não. Elas não garantiram assim, quer dizer, isso é só Deus, né, que eu vou voltar a enxergar. Se eu operar é perigoso não voltar mais e se eu não operar também não. Então, eu prefiro ficar cega. Só

<p>A senhora quer acrescentar mais alguma coisa?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>usando os remédios, colírios, né. Prefiro ficar sem operar. Na vou operar mais porque o que tá em risco é minha vista. Eu falei (risos) porque se ficar desse jeito eu continuo ficando em casa sozinha, né. Como você tá vendo aqui fico sozinha, ainda limpo minha casa, faço minha comida, ainda vou no vizinho. À noite, às vezes, até durmo sozinha. Elas não gostam muito, mas eu fico. Mas eu não vou operar mais não, né. A não ser que eu ir em outro médico, em outro lugar. Se o outro médico garantir, que eu fui lá em Minas... Queria ir com um médico que foi criado lá na casa com meus cunhados. São como se fosse parentes da gente. Só que ele não estava lá. Aí quem sabe? Mas já decidi que não vou operar mais.</p> <p>Não, acho que era isso.</p>
---	---

Entrevista nº 11

MJCT, 82 anos, branca, viúva, aposentada, ensino fundamental incompleto, diabética do tipo 2 há 43 anos. Apresenta hipertensão arterial, doença renal, neuropatia, dislipidemia e bexiga neurogênica. Tratamento: dieta, antidiabético oral, insulina, diuréticos, anti-hipertensivos e vasodilatadores. Já fez facectomia e fotocoagulação em AO, cirurgia para retirada de pterígio no OE. Diagnóstico Médico: RDNP grave (OD) e RDNP grave (OE).

Glicemia pós-prandial: 325mg/dl

O teste de acuidade visual não foi realizado, entrevista realizada no domicílio.

<p>Como a senhora tem percebido sua visão?</p>	<p>Minha visão tá muito ruim. Passa as pessoas na rua, ali do fundo ou ali na frente eu só vejo vulto, depois que eu fiz a cirurgia. Eu tava enxergando melhor, né. Agora eu não sei, porque o dia que operei, no outro dia que tirou, eu tava enxergando bem. Aí no outro dia teve retorno. Como eu tenho dificuldade de sentar lá (bateu na perna esquerda), a hora que eu sentei que eu fiz assim o médico ligou o aparelho. Nossa aquilo parecia que ia me arrancando a visão. Acabou! Eu falo que foi aquilo que me cegou. Daí dois ou três dias que eu voltei no retorno à hora que eu sentei, que ele (médico) ia ver, ele achou, coitado, que eu já tinha sentado direito. Eu não sei, eu tenho muita dificuldade. Ele ligou (aparelho), eu precisei gritar pra ele parar porque parecia que ele ia arrancando... Era um aparelho lá. Porque primeiro eu fiz essa com o J. Foi ano passado, correu bem. Depois veio um outro e tirou uma carne crescida. Daí dois meses ele foi tirar a catarata. Tirei uma carne crescida aqui e deu certo. Aí quando eu fiz... minha visão tá bem ruim. Esse aqui tá bem pior. Eu caí também. Fazia pouquinhos dias que eu tinha feito a cirurgia. Eu caí, bati esse lado aqui no chão (lado direito). Então, quando eu fiz aquele exame ainda tava boa a minha visão, né. Depois que foi... Aí eles falaram, marcou pra fazer a cirurgia. Eu fiz. Depois que fiz a cirurgia deu tudo errado. Eu acho , né. Eu não tô enxergando quase nada. Tem dia que ela dói, sabe? Às vezes, eu</p>
--	--

<p>E as atividades do dia-a-dia da senhora?</p> <p>Obrigada.</p>	<p>acordo à noite parece que tem uma coisa dentro assim... O direito não tá... não dói, nem nada. Esse tem dia que escorre água, tem dia que fica vermelho. Tenho retorno acho que pra ir em maio. Quando eu fiz a cirurgia que eu comecei a sentir... porque passei mal uma porção de dia e nós voltamos lá, porque ele tinha me dado alta. A gente pediu lá no balcão, aí o perito disse: “<i>Não, deu alta não pode fazer mais nada</i>”. Não atenderam. Eu fiz... ali nas clínicas há muito tempo. Porque quando fiz a cirurgia eu não sei se fez (laser). Será que fez? Não lembro. Não. A primeira vez que eu fiz já faz uns cinco anos. Até, meus filhos pagaram particular, né. Até fez uma cirurgia, porque disse que precisava, não sei. Foi... Então, disse que era no fundo do olho. Foi com laser. Eu acho que foi nos dois. Acho que cinco ou seis anos atrás acho, porque já faz nove que meu marido faleceu, né.</p> <p>(Confirmou o tempo com uma das filhas que entrou na sala onde estávamos realizando a entrevista)</p> <p>Foi.</p> <p>Muito difícil. Vou fazer... hoje mesmo eu fui quebrar um ovo pra fazer um bolo. Em vez de jogar dentro da bacia (risos) caiu fora. Não sei se é por causa da diabetes, porque no dia em que a diabetes tá mais alta aí ela piora. Muda. Aí a gente enxerga até menos, né. Ah! E , quando ela sobe... Agora tô perdendo. Tá preocupando porque perder a visão é duro, né. Ah! Se passa condução na rua, às vezes passa e pergunta: <i>Oi, ta boa?</i> Falo: <i>Tô.</i></p> <p>A filha falou: É de uns dois anos pra cá que ela vem reclamando que não enxerga. Três, por aí. Quem sabe mais é a Antonia* (outra filha) que acompanha ela. Ela sabe explicar direitinho porque ela que vai comigo pra tudo lado. Que aplica insulina.</p>
--	---

* Nome fictício.

7 Análise dos depoimentos

Merleau-Ponty afirma que, para compreendermos o homem e o mundo, devemos partir de sua facticidade (MERLAU-PONTY, 1999). Facticidade é vivenciar algo que lhe foi atribuído sem opção de escolha, como a retinopatia diabética. Ela traz alterações no cotidiano de pessoas que não optaram por essa situação.

O homem que vivencia uma facticidade continua a viver em um mundo com outros seres, tem sua história, seu espaço e tempo (ser-no-mundo-com-os-outros). O homem é o único ente que fala e isto se dá pela linguagem que brota entre o homem e o Ser. O homem penetra na abertura do Ser que se “des-vela”, tendo acesso a ele na compreensão, revelando-o na linguagem na direção do Ser ao homem, ou seja, o Ser diz-se e cabe ao homem captá-lo. A linguagem é, então, desvelamento (BEAINI, 1981).

Nesse sentido Merleau-Ponty ressalta que a linguagem não é tradução ou reprodução do pensamento, como um caráter secundário, mas é fonte originária de sentido do próprio pensamento. Assim, ele considera necessário um retorno à sua origem ou recuperação de seu movimento expressivo primário onde ela ultrapassa e limita o sentido esboçado na percepção (FURLAN; BOCCHI, 2003). A fala é a linguagem vivida.

A percepção para Merleau-Ponty é o sentido que inicia a abertura para o mundo, como a projeção de um Ser para fora de si. A linguagem dá continuidade a esta abertura de mundo na medida em que retoma, transforma e prolonga as relações de sentido iniciadas na percepção (FURLAN; BOCCHI, 2003).

Assim, apropriando-nos do referencial teórico-metodológico da fenomenologia, buscamos compreender a percepção da visão em pacientes diabéticos acometidos pela RD, tendo seu corpo afetado pela diminuição ou perda da visão, buscando no sujeito que experiencia esse fenômeno sua fala, sua subjetividade, história e possibilidades.

De posse dos depoimentos, passamos à trajetória de análise de dados recomendada por Martins e Bicudo (1989), ou seja, identificamos as unidades de significado contidas nas falas dos sujeitos e elaboramos a síntese através da construção de categorias temáticas as quais apontam para a percepção da visão em pacientes com retinopatia diabética.

Essa percepção se mostrou sob várias facetas constitutivas da experiência vivida da retinopatia diabética: a percepção visual de pacientes com retinopatia diabética como “algo” não refletido, a percepção visual de pacientes com retinopatia diabética como “algo” em movimento, a percepção da retinopatia diabética, e a experiência existencial do conviver com a retinopatia diabética. Passamos, então, a apresentar e discorrer sobre as categorias construídas, a partir dos depoimentos dos sujeitos.

A percepção visual de pacientes com retinopatia como “algo” não refletido

O diabetes mellitus é uma doença que por si só já implica em uma alteração existencial. Ser diabético é diferente de ter uma outra doença, onde em determinados momentos você pode não considerá-la, ignorá-la. Em sua facticidade seu Ser tornou-se diabético.

Essa doença crônica conduz aquele que a vivencia a conviver de forma ininterrupta com medidas para um bom controle metabólico, entre essas, dieta, atividade física, uso de medicamentos orais e/ou aplicação de insulina, realização de exames laboratoriais, preventivos e internações. O cotidiano é marcado pela relação com o diabetes e seus enfrentamentos, e a forma como esses se dão nos espaços familiares, institucional e social é diversificada de acordo com cada pessoa (SANTANA, 2000b).

O diabético passa à condição de um ser-no-mundo-com-uma-doença crônica, e isso requer dele um movimento existencial. O diabetes é uma doença complexa em sua aceitação e adaptação. É um marco de ruptura na vida das pessoas, pois constitui uma vivência que suscita questionamentos à vida de uma forma geral. O homem lançado no mundo com diabetes sabe que o controle inadequado pode ameaçar sua existência, lembrando-lhe sua finitude a cada instante.

Porém, não basta só apenas receber o diagnóstico de ser diabético para concretizar a experiência do adoecimento, pois essa engloba a relação do sujeito, com o visível e invisível da patologia. A aproximação do corpo vivido do sujeito ao diabetes se dá em uma espécie de duplo desvelamento, que compreende o conhecimento do diagnóstico e a sinalização da doença, principalmente, por meio das complicações crônicas (PEREIRA, 2006).

Um exemplo dessa natureza é a retinopatia diabética, pois em sua fase inicial é assintomática e muitos pacientes não percebem as alterações oculares que estão ocorrendo e passam a valorizar pouco o diagnóstico. Assim, a retinopatia diabética pode se mostrar imperceptível ao sujeito, pois ainda não é percebida como modificação no seu corpo, conforme depoimentos abaixo relacionados.

“... eu nem me lembrava que tinha dado isto nas minhas vistas. Pra mim não modificou nada. Não sinto diferença nenhuma, não. Por enquanto não, ou se deu alteração foi tão mínima que não deu pra perceber.” (NAZ)

“O olho não teve problema nenhum.” (RAB)

“Não, tá do mesmo jeito.” (AMP)

“... a gente ficou esperando o resultado e, não deu nada, acho que não tinha tanto problema.” (MLGMP)

“.. se eu venho perdendo (a visão) com a diabete, eu venho perdendo muito lentamente”.
(MMM)

As falas mencionadas anteriormente apontam que a retinopatia diabética só é percebida quando há manifestação dos sintomas e sinais da doença. A retinopatia diabética é uma complicação crônica do diabetes que ocorre de forma lenta e gradual com diminuição importante da acuidade visual, em qualquer estágio da doença, devido ao edema macular, hemorragia vítrea e descolamento da retina com perda visual irreversível, conduzindo a pessoa diabética a um grau maior de dependência.

A retinopatia diabética na vida do diabético nem sempre é percebida quando do estabelecimento do diagnóstico. Pereira (2006) refere que o diagnóstico efetuado em um tempo cronológico, abstrato e impessoal parece não ter relação direta com o tempo vivido pelo sujeito ou tempo *kairos*. Os significados são atribuídos no movimento da existência e na apreensão fenomenal, a qual se dá de forma progressiva.

Por outro lado, Souza e Erdman (2003) referem a importância de diferenciar o conceito de sensação ao de percepção. A sensação está relacionada à captação dos estímulos internos e externos através das fibras nervosas e da condução desses até as áreas cerebrais, onde o estímulo é decodificado, e a percepção constitui a decodificação do estímulo e daí o indivíduo procede à identificação do mesmo.

Merleau-Ponty (1999) afirma que o corpo tem uma intencionalidade que se dá através da experiência do corpo com um dado fenômeno. Assim, a percepção da retinopatia diabética pode revelar-se somente quando ela se mostra e tem significado para o sujeito, quando o corpo sente de forma concreta as alterações visuais.

A falta de percepção do corpo modificado pela doença, no caso, pela retinopatia diabética, possibilita ao sujeito conduzir a rotina de atividades diárias inalteradas. A percepção de que algo está ocorrendo com sua visão se dá na consciência quando os fenômenos, tais como o embaçamento visual, são experienciados e os sujeitos lhe atribuem uma significação.

A retinopatia diabética permanece no plano da abstração para os sujeitos diabéticos até que se dê a reflexão da percepção visual após a experiência vivida, quando a retinopatia diabética é apreendida pela consciência em alerta, o que ocorre involuntariamente à vontade do Ser. Por outro lado, uma espontaneidade nos possibilita concretizar uma ordem reflexiva. Assim, a retinopatia diabética não é percebida na sua totalidade, os sujeitos a percebem em frações, tais como pontos de luz, embaçamento visual, porém as sensações se dão na sua totalidade. É preciso destacar, conforme afirma Merleau-Ponty (1999), que cada fração é percebida em sua originalidade.

O corpo apreende as coisas ao seu redor de acordo com as situações que ele vivencia, pois é através da reflexão sobre o vivido e da atenção à experiência perceptiva que emergem os significados para a pessoa no mundo (MASINI, 2003).

A primeira categoria de análise possibilitou perceber que, para os sujeitos com retinopatia diabética, a doença permanece no plano da abstração, a reflexão acerca da modificação do corpo (a alteração visual) é imperceptível a ele.

A experiência vivida com a retinopatia diabética ainda carece de significados, a doença é pouco percebida como modificação do seu corpo. Assim, a percepção visual é algo, ainda, não refletido.

A percepção visual de pacientes com retinopatia como “algo” em movimento

O homem existe no mundo através do seu corpo, habitando um tempo e um espaço. Ele é fonte de sentidos e significação, pois é dele que percebemos as coisas ao seu redor. A percepção se dá através das experiências vividas no mundo (MERLEAU-PONTY, 1999).

Essa categoria de análise evidenciou que a percepção visual de pacientes com retinopatia diabética revelou-se como problemas que ocorrem na visão relacionados à idade, catarata, hipermetropia, miopia, astigmatismo e ao uso de medicamentos, conforme as falas abaixo relacionadas:

“... o meu problema mesmo é que eu tenho hipermetropia e astigmatismo nas duas.” (NAZ)

“Tô tomando remédio forte também, né”. (MRG)

“Como que eu sei, o conhecimento que as pessoas de idade já têm perda natural, eu até agora não senti nada de agrave...” (MMM)

Cabe destacar que esses depoimentos são de sujeitos com retinopatia diabética em sua forma inicial, ou seja, RDNP leve. A acuidade visual estava preservada com o uso de lentes corretoras. A percepção visual dos sujeitos investigados revela-se como algo relacionado a problemas de ordem de refração, tais como a hipermetropia, miopia e astigmatismo.

Nessa direção, Jarvis (2002) refere que com o processo de envelhecimento ocorrem alterações em todas as estruturas oculares. Essa autora, ainda, refere que a perda da elasticidade do cristalino diminui a habilidade do olho para acomodar-se à visão de objetos próximos, por volta dos 40 anos, o que dificulta a visão de objetos próximos. Também podem surgir no interior do globo ocular corpos flutuantes no vítreo, em decorrência do acúmulo de resíduos, devido à falta de renovação do humor aquoso.

A acuidade visual pode diminuir gradualmente após os 50 anos, com aparecimento de borramento visual e dificuldade para realizar leituras. No processo de envelhecimento em relação ao globo ocular, as pessoas necessitam de uma luminosidade maior devido à força da menor adaptação à escuridão, diminuindo, inclusive a sua capacidade para dirigir à noite (JARVIS, 2002).

As causas mais comuns relacionadas à disfunção visual são a formação de catarata (opacificação do cristalino), glaucoma (aumento da pressão ocular) e a degeneração macular (perda da visão central) (JARVIS, 2002).

É preciso considerar, também, que os diabéticos desenvolvem catarata mais precocemente do que as pessoas sem diabetes, e que as complicações pós-operatórias da facectomia são mais frequentes, principalmente, quando há retinopatia diabética preexistente. A facectomia constitui, ainda, um fator de risco para a progressão da retinopatia diabética (BOELTER et al., 2003).

O envelhecimento revelou-se como algo que modifica a percepção visual. É preciso destacar que a maioria dos pacientes era idosa e, conseqüentemente, as alterações relacionadas ao processo de envelhecimento estão presentes nas falas dos sujeitos.

Com relação ao uso de medicamentos, Castro (2005) ressalta que os glicocorticóides sintéticos são amplamente usados no tratamento de doenças inflamatórias agudas e crônicas como drogas antiinflamatórias e imunossupressoras e podem causar muitos efeitos colaterais, tais como manifestação de diabetes mellitus com aumento da necessidade de insulina ou antidiabéticos orais em pacientes diabéticos, úlcera péptica, síndrome de Cushing, glaucoma, osteoporose, entre outros. Outros medicamentos como as sulfonamidas e o cloranfenicol podem potencializar os efeitos hipoglicemiantes das sulfoniluréias de primeira geração, além dos antibióticos diluídos em soluções com grande carga de glicose (ROCHA et al., 2002).

As falas mencionadas anteriormente são de pacientes que, em aproximadamente dez anos de convívio com o diabetes, já percebem alterações na visão e no desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Porém, as alterações causadas pela retinopatia diabética podem ser confundidas por ter acometido apenas um dos olhos. Desse modo, a visão tem sido compensada através do outro olho não afetado, e pelo conhecimento de que o diabetes, a presença de catarata e o fator idade podem causar alterações refracionais.

Os depoimentos abaixo relacionados apontam que as alterações na visão também são percebidas como algo relacionado à doença.

“Acho que depois que veio a diabetes, né”. (MLGMP)

“Eu tinha as vistas muito boa, né, assim antes do diabetes. Depois ficou difícil pra mim, ficou complicado”. (ZASS)

Essas alterações são relacionadas a efeitos que os valores dos níveis de glicose sanguínea têm na refração, conforme as falas abaixo relacionadas:

“Tem dia que eu enxergo mais. Acho que dependendo da glicemia. Quando está bem alta, eu enxergo menos”. (MRG)

“O dia que ela tá mais alterada atrapalha mais a vista. O dia que ela tá mais baixa parece que eu enxergo melhor”. (AMP)

“... você enxerga tudo embaraçado. Acho que é quando ela tá muito alta”. (MLGMP)

“Muito difícil. Vou fazer... hoje mesmo eu fui quebrar um ovo pra fazer um bolo. Em vez de jogar dentro da bacia (risos) caiu fora.. Tá preocupando porque perder a visão é duro, né. Ah! Se passa condução na rua, às vezes passa e pergunta: Oi, tá boa? Falo: Tô”. (MJCT)

As falas mencionadas mostram que os pacientes já percebem alterações na visão, no desenvolvimento de suas atividades cotidianas.

A visão é o sentido responsável pela maior parte dos estímulos e informações externas ao corpo humano. Envolve um órgão, o olho, uma função, a visão, e esses dependem de variadas estruturas, tais como, o cérebro e suas conexões, vinculadas a desempenhos mais diferenciados e cognitivos, formando um conjunto de alta complexidade (BICAS; MATSUSHIMA; DA SILVA, 2003).

A visão, também, possui um aspecto subjetivo que é individual a cada paciente. Nessa direção, o indivíduo pode apresentar um grande déficit visual, mas desenvolver uma capacidade de adaptação que o leva a conviver com o déficit sem dificuldades. Por outro lado, pode apresentar pequeno déficit e ter comprometimento de sua qualidade de vida.

Qualidade de vida refere-se aos atributos e às propriedades que qualificam a vida, e ao sentido que cada ser humano dá a ela. Isso envolve suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, atendendo às suas necessidades (RABELO; PADILHA, 1999).

Merleau-Ponty (1999) ressalta que cada sujeito tem uma maneira de “olhar” um objeto, e cada objeto pode ser vislumbrado sob diferentes ângulos. Citamos anteriormente a fala da paciente MJCT que percebe a diminuição da visão dificultando suas atividades cotidianas, mas que continua a realizá-las. O corpo habitual pode ser reaprendido e assumido individualmente com uma nova postura onde o corpo atual transcenda as situações mantendo referências do corpo habitual.

Nesse sentido, os sentidos e o corpo apresentam um mistério de um conjunto que, em sua singularidade, consegue manter, para além de si, significações capazes de subsidiar pensamentos e experiências. Um novo movimento só pode ser aprendido quando o corpo o compreendeu e o incorporou ao seu mundo. Assim, o sujeito diabético que, ainda, não percebeu as alterações da retinopatia diabética em se corpo realizará suas atividades como no passado anterior à doença.

A ambigüidade do ser no mundo se traduz pela ambigüidade do corpo (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 126); a visão, como um membro-fantasma, torna-se um antigo presente quando o sujeito diabético mantém suas atividades baseadas em suas recordações e aptidões passadas. Toda mudança chega à consciência trazendo consigo as relações que a precedem.

Os cuidados com a visão serão norteados face à necessidade sentida pelas alterações vivenciadas. Além disso, esses cuidados podem depender de fatores socioeconômicos, conhecimentos, hábitos e crenças aprendidos culturalmente (TEMPORINI et al., 2002).

As falas abaixo relacionadas evidenciam como o acesso ao tratamento oftalmológico é percebido pelos sujeitos como uma necessidade para o tratamento das alterações visuais decorrentes da enfermidade.

“...fui no postinho e me cadastrei. Me cadastrei e já pedi uma consulta... Consegui uma consulta, assim, em dois dias. Passei no médico, falei o que eu tinha, tal, ele já pediu encaminhamento lá pro HC, aqui. Ah! Não demorou dez dias chegou o pedido pra mim, pra eu vim aqui.” (CAA)

“E eu fiz uma consulta porque eu tenho convênio Santa Casa”. Até o último retorno (no HC) tava cansada de esperar, peguei e fui me embora” (AMP)

“Pra conseguir das vezes que eu já marquei lá isso vai mais de um ano pra encaixar a gente. É muito difícil.” (ZASS)

Os sujeitos investigados realizam o tratamento oftalmológico em instituições públicas e privadas, ou em ambas. O acesso ao Sistema Único de Saúde foi referido como fácil, porém o tempo de espera para consulta, longo.

Ao considerar a recomendação da ADA (2004) e da SBD (2007) acerca dos exames oftalmológicos para pessoas diabéticas, verifica-se que o acesso às instituições de saúde, ainda, constitui um entrave para prevenção e tratamento da RD.

Ao investigar a percepção do paciente diabético acerca do tratamento da RD, Silva et al. (2005) referem que pacientes diabéticos desconheciam a gravidade da própria afecção ou consideravam-na sem gravidade. Dentre os motivos para o abandono do tratamento, destacou-se que os pacientes desconheciam sua necessidade e problemas financeiros. Esse estudo, ainda, mostrou que os sujeitos tinham falta de conhecimento acerca da RD quanto ao tratamento e gravidade da afecção e, independente de acreditar na eficácia do tratamento, revelaram medo de realizá-lo.

Cabe destacar que todos os sujeitos investigados participaram de um atendimento sistematizado com abordagem multiprofissional, onde as noções básicas acerca das complicações crônicas do diabetes foram abordadas e que todos foram submetidos a exame oftalmológico com diagnóstico estabelecido. Por outro lado, os depoimentos evidenciaram que os sujeitos continuam no plano da abstração da doença, revelado pelo abandono do tratamento oftalmológico.

Merleau-Ponty ressalta que, em nossas ações cotidianas, há predomínio dos atos inconscientes sobre os conscientes e que, nossas atividades, reflexivas ou não, estão fundamentadas em nossa percepção do mundo. O homem apreende o mundo sem a necessidade de problematizá-lo ou refletir sobre ele. A reflexão sobre as coisas se dá após a experiência vivida (CARMO, 2000).

Os depoimentos apontaram que os sujeitos que se encontram em uma fase grave da RD, onde o corpo já experienciou os sinais e sintomas da doença, se posicionam de forma diferente dos outros, buscando a compreensão e ações que possam melhorar sua visão.

A educação é preconizada como uma ferramenta fundamental no tratamento do diabetes, favorecendo a compreensão da doença, suas características e complicações agudas com melhora da detecção precoce, da sua evolução e na redução da velocidade do aparecimento das complicações crônicas.

Nessa direção, vários autores enfatizam que o processo educativo se dá de forma lenta e progressiva e deve considerar a singularidade dos sujeitos e a sua dimensão existencial para possibilitar a co-responsabilização acerca do seu cuidado. O educador, ao considerar as

possibilidades, os objetivos, os desejos, as atitudes dos sujeitos, coloca-se à disposição para ajudá-los a crescer de modo realista. Assim, a aprendizagem se dá de forma significativa (CRITELLI, 1981; GADOTTI, 1982; BICUDO, 1983; BRONDI, 1997; CORRÊA, 2000; ZANETTI et al., 2006; ZANETTI et al., 2007).

Quando um indivíduo recebe o diagnóstico de diabetes e participa de um programa de educação em diabetes, muitas informações são oferecidas acerca do estilo de vida, hábitos alimentares, atividade física, uso de medicamentos, porém somente aquilo que lhe for sensível tem significado e será aprendido. Cada sujeito possui seus valores, processos de decodificação e ressignificação individuais (SILVA, 2002).

O profissional que propõe o cuidado a pacientes diabéticos precisa compreender que a enfermidade tem um significado único e pessoal e é experienciada de uma forma individual e ímpar por cada pessoa. O sentimento de tristeza e/ou de naturalidade do diabético pode estar relacionado à gravidade da doença. Quando a doença não constitui um impedimento no seu cotidiano e possibilita que ele desenvolva de forma independente as suas atividades diárias, as complicações da doença, tal como, a retinopatia diabética, podem ser desprezadas ou subvalorizadas.

Nesse sentido, Merleau-Ponty ressalta que:

Mesmo normal, mesmo envolvido em situações inter-humanas, o sujeito, enquanto tem um corpo, conserva a cada instante o poder de esquivar-se disso. No próprio instante em que eu vivo no mundo, em que me dedico aos meus projetos, a minhas ocupações, a meus amigos, a minhas recordações, posso fechar os olhos, estirar-me, escutar meu sangue que pulsa em meus ouvidos, fundir-me a um prazer ou uma dor, encerrar-me nesta vida anônima que subtende minha vida pessoal (MERLEAU-PONTY, 1999, P. 227-8.)

Chamou-nos a atenção a pouca valorização do diagnóstico da retinopatia diabética, como o ditado popular “o que os olhos não vêem, o coração não sente”, principalmente o depoimento da paciente ZASS abaixo relacionado.

“Ah! Eu sinto que ela, (a visão) assim, mais cansada, dá muitas ferroadas, que eu nem sei porque... Nunca mais eu fui no médico. Só aquela vez com o grupo. Não marquei médico, não. Ainda não. Eu acho que pra mim a locomoção é difícil, porque você tem que marcar uma, duas semanas antes, né, pra eles virem buscar. Pra mim fica difícil, porque eles falam que pra levar assim tem que ser coisa muito grave né. Quando a pessoa não tem jeito mesmo de ir. Então, onde que pra isso eu nem ligo, assim por causa do pé, pra visão eu nunca fiz isso não.”

Essa fala revela que a paciente percebe alterações na visão, as relaciona com o diabetes, e que estas têm dificultado as suas atividades diárias. Também reconhece a necessidade de acompanhamento oftalmológico. Essa paciente apresentou glicemia pós-prandial de 351 mg/dl. Não procurou atendimento justificado pela demora de acesso ao serviço de saúde, além da impossibilidade de locomoção devido à amputação no pé esquerdo, falta de condução própria e dependência de agendamento de transporte. No depoimento, a paciente, ainda, expressa que a amputação levou-a à invalidez, restringindo suas atividades diárias.

Pudemos perceber que sua preocupação está relacionada aos problemas de locomoção e tratamento, apenas, direcionado à neuropatia, problema concreto, visível, a amputação. Por outro lado, a busca por tratamento aos problemas relacionados à visão são subvalorizados.

Essa situação pode ser agravada pela falta de conhecimento dos pacientes diabéticos em relação à retinopatia diabética, como também dos profissionais de saúde. Nessa direção, Temporini et al. (2002) evidenciaram falta de conhecimentos básicos referentes a todas as afecções oculares focalizadas, tais como, a catarata, o glaucoma e a retinopatia diabética, assim como, a conduta em queimadura química ocular pelos profissionais de saúde. A falta de conhecimento a respeito das conseqüências do mau controle metabólico para o sistema ocular foi comprovada em todos os profissionais investigados, principalmente, entre os membros da equipe de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência às pessoas diabéticas.

Esse estudo, ainda, apontou que a equipe multiprofissional carece de conhecimentos especializados acerca da retinopatia diabética, o que pode contribuir para o comprometimento parcial e/ou total da visão dos pacientes e, conseqüentemente, para o aumento do número de pacientes em serviços de oftalmologia especializados.

Estudo de Freitas; Bertotti e Silva (1998) evidenciou que os pacientes diabéticos procuram o atendimento oftalmológico somente após perceber dificuldades visuais, cegueira uni ou bilateralmente. Nesse estudo, lembram que as dificuldades de acesso ao serviço oftalmológico, a descrença na gravidade da doença e a falta de conhecimento dos profissionais foram identificadas como motivos para o aparecimento da RD.

Consideram-se cegas aquelas pessoas com visão inferior a 20/400 no melhor olho e com a melhor correção óptica. Visão subnormal, com acuidade visual máxima de 20/200 e mínima 20/400, com grande limitação para as atividades diárias, principalmente, se o campo visual também estiver comprometido. Essas pessoas necessitam de suporte da família e/ou da sociedade. No Brasil, e em outros países, o nível de 20/200 é considerado cegueira legal (RODRIGUES, 1997).

Outros estudos, também, enfatizam a falta de conhecimentos acerca da retinopatia diabética de pacientes e profissionais de saúde, dificultando a detecção precoce da doença e o tratamento em fases mais avançadas (TAUBE; SILVA, 2004; MAIA JUNIOR et al., 2007).

Estudo realizado por Cintra et al. (1990) mostrou que escolas de Enfermagem precisam atentar para a formação de enfermeiros especialistas na área de oftalmologia.

Merleau-Ponty considera o olho o órgão mais perfeito do corpo humano, chamando-os de “computadores do mundo”. Os olhos permitem conhecer os objetos em suas variadas propriedades e qualidades. Para Merleau-Ponty, ver é tocar um objeto a distância, permitindo apreender a textura do mundo que nos envolve (CARMO, 2000).

É pelo corpo e, mais precisamente pelos olhos, que transformamos o mundo e somos transformados por ele. A visão não é uma operação do pensamento, mas ela se faz no meio das coisas, no mundo ao nosso redor. Porém, a visão tem seu imaginário mostrando muito mais do que é visto (MERLEAU-PONTY, 1999).

Por meio da visão executamos movimentos, apreendemos coisas, nos comunicamos e, no processo de alteração ou perda da visão, o sistema corporal sofre várias adaptações, onde outras partes do corpo deverão desempenhar a função dos olhos, como um processo dinâmico.

A experiência sensível é um processo vital ao ser humano, assim como a respiração, o crescimento, a procriação, entre outros. Entretanto, o percebido comporta lacunas que não são simples impercepções, pois apreendemos com os sentidos. Cada órgão do sentido interroga o percebido à sua maneira, mas eles se comunicam entre si, assim, ver é tocar, ouvir é ver, tocar é ver (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para Merleau-Ponty, a percepção é ambígua; cada Ser percebe um objeto à sua maneira. A retinopatia diabética pode ser considerada inofensiva, pois nem todos os sujeitos investigados passaram pela experiência reflexiva da alteração visual em decorrência da doença. Essa situação ocorre quando o corpo assume um passado que ainda não transcendeu, ou quando há visão ou memória das coisas, e os sujeitos se alimentam delas, mediante o emprego de forças presentes nos acontecimentos da doença na jornada diária. É um membro-fantasma, um antigo presente que não se decide tornar passado.

Frente ao exposto, o indivíduo pode viver um impasse existencial, face às situações decorrentes da doença e mutilações, procurar satisfações simbólicas e deixar de lado o mundo objetivo (SANTOS, 1998).

A complexidade que envolve a percepção do corpo, particularmente a visão, nos remete à reflexão que os profissionais de saúde precisam olhar para além da doença, retinopatia diabética, é preciso olhar o sujeito em toda a sua completude e olhar com os seus

olhos a sua facticidade para compreender como o cuidado possa ser “re-pensado” na sua integralidade.

Assim, reafirmamos que é a partir da experiência vivida pelos pacientes com retinopatia diabética que se compreende o homem e seu mundo, partindo de sua facticidade existencial.

A percepção da retinopatia diabética

O aparecimento dos sinais e sintomas da retinopatia diabética marca o fim do silêncio e invisibilidade da doença, e cada sujeito interpretará a retinopatia diabética à sua maneira ímpar de habitar o mundo. Isso se dá quando a consciência do diabético se volta intencionalmente e atentivamente à alteração na visão e permite contemplar esse fenômeno sob diferentes perspectivas.

A atitude frente às alterações da visão no cotidiano constitui um movimento existencial, um movimento do ser-no-mundo, traduzido em comportamento, conforme evidenciado nas falas abaixo relacionadas.

“.. tinha dia que começava assistir ao filme e embaralhava”.
“Mas não me associava essa deficiência com o diabetes”.
“No outro dia, tá, eu ia vê tava tudo bem. Eu falava: Passou! É como uma tontura que dava aquilo embaralhava um pouco e passava.”
“.. depois eu comecei a sentir a vista embaralhar mesmo.”
“... você não tem aquela... junta uma névoa né, e você tem a visão distorcida. Aí eu fui ficando preocupado com a coisa, sabe!”
“No começo eu me senti muito assim ó... amarrado. Então, começava a andar de ônibus e eu não enxergava o que tava escrito no ônibus. Eu queria conversar com uma pessoa, a pessoa tinha que estar muito perto pra eu ver quem era. Então, você vai sentindo assim... é... como se te pusesse um casulo em volta de você. Você vai se retraindo. Você não tem vontade de sair. Sozinho você não tem mais coragem. Você tem medo de sair e levar um tombo, levar uma porrada, entendeu? Você tem medo... por exemplo, na rua você passa, você fala: Gente! Às vezes, um conhecido bana a mão, você... parece que não tá fazendo conta, não tá ligando pra pessoa. É superdesagradável. Então, esse é o primeiro impacto que dá. O segundo é ler. Você quer lê alguma coisa, além do óculos de perto ainda tem que pôr a lente pra ler, porque só com o óculos não dá mais pra ler”.
 (CAA)

Esse primeiro depoimento refere-se ao sujeito com diagnóstico médico de RDP grave com tração superior à papila com característica de alto risco no olho direito (OD), e RDNP grave no olho esquerdo (OE) e, em ambos os olhos, realiza tratamento de fotocoagulação a

laser. Além disto, apresenta baixa acuidade visual mesmo com correção (OD = 0,2 e OE= 0,1).

Não saio muito na rua. Nem quase nos vizinhos eu vou. Enxergo pouco. Não que eu não enxergo, é que eu tenho medo de ser atropelada, né por alguma coisa, então, eu fico mais quieta em casa". (MAS)

O depoimento anterior refere-se ao sujeito com diagnóstico de RDNP leve no OD e RDP com presença de edema macular, hemorragia vítrea e neovascularização no OE, catarata e hipertensão ocular, em ambos os olhos. Não foi realizado o teste de AV, entrevista realizada no domicílio, sem condições físicas adequadas para a realização do teste. Está em seguimento e tratamento de fotocoagulação a laser em uma instituição particular. Ao exame, o paciente tem apenas percepção de vultos no OD e AV de 20/200 no OE.

Nos dois depoimentos mencionados anteriormente, a RD só foi percebida quando os pacientes apresentaram sinais e sintomas mais graves na visão com impacto nas atividades de sua rotina diária. Quando os sujeitos perceberam alterações e limitações nos olhos, o corpo passou, também, a senti-las.

As alterações na visão modificaram a rotina das atividades diárias do paciente diabético e trouxeram repercussões na sua vida pessoal, social e econômica. É através do corpo e no seu ser-no-mundo-com-os-outros que as deficiências visuais são reveladas. Entretanto, não podemos reduzir a existência do corpo à visão, uma vez que ela compõe o sistema corporal, mas não o finaliza em si. Nessa direção, a RD, além de alterar a estrutura dos olhos, também modifica o comportamento do indivíduo (FURLAN, 2001).

Ao perceber os sinais e sintomas da retinopatia diabética, os pacientes podem apresentar mudanças de comportamento denominadas por Kübler-Ross (1979, 1985) de fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

No estágio inicial da RD, ainda assintomática, o paciente pode apresentar comportamento de negação, atribuindo as alterações na visão à idade, ao uso de medicamentos, à catarata, e a problemas de refração, conforme depoimentos discutidos anteriormente.

Quando os sintomas tornam-se mais evidentes, tal como as alterações visuais frequentes na refração levando-os às dificuldades nas atividades diárias, eles atribuem ao aparecimento e à progressão do diabetes. Nessa fase, as falas apresentam um tom de ressentimento que pode ser manifestado por sentimentos de raiva.

A fase da barganha caracteriza-se quando os pacientes começam a realizar o controle da glicemia sanguínea e procuram o tratamento oftalmológico. Nessa fase a perda visual, às vezes, é irreversível, e o paciente pode apresentar quadro de depressão. O laser é a terapia indicada para a contensão do agravo do diagnóstico. O quadro de depressão é marcado pela baixa auto-estima, limitações físicas e pode levar o paciente ao isolamento.

Na fase da aceitação, o paciente passa pelo movimento existencial da alteração e/ou perda da visão em seu novo modo de existir e lança mão desse movimento para adaptação de seu corpo atual. Os pacientes podem vivenciar cada fase discutida por Kübler-Ross (1979, 1985) de forma única e ímpar e não, necessariamente, na ordem apresentada.

Uma situação de perda conduz o corpo a duas situações distintas, a do corpo habitual e a do corpo atual. Merleau-Ponty explica que o corpo atual pode manter áreas de silêncio ou um membro-fantasma e isso significa permanecer aberto a todas as ações de que ele era capaz, é conservar o campo prático que se tinha antes. Ele mantém gestos e sentimentos do corpo habitual que não possuem mais sentido e cita como exemplo o membro-fantasma em um paciente amputado, o qual continua a atribuir-lhe sensações (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para Merleau-Ponty, o corpo não é uma mera justaposição de órgãos, mas todas as partes se integram e, reunidas, formam um sistema onde cada parte tem consciência de sua posição no esquema corporal. No sistema corporal, as partes do corpo estão integradas de forma dinâmica, tendo em vista a função que exercem no organismo (MERLEAU-PONTY, 1999).

É preciso destacar que o homem continua sua vida, mesmo após a alteração em seu corpo:

Freqüentemente nos espantamos de que o enfermo ou o doente possam suportar-se. É que para si mesmos eles não são enfermos ou moribundos. Até o momento do coma, o moribundo é habitado por uma consciência, ele é tudo aquilo que vê, ele tem este meio de escape. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência- de- enfermo. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 581.)

A alteração na visão impõe ao paciente diabético habituar-se a essa sua nova condição de (re) elaborar sua vida. Uma adaptação pode se dar de forma positiva ou negativa (VALLE, 1997). Ao perceber a retinopatia diabética, a pessoa constata que perdeu seu mundo anterior e pode reagir com inautenticidade ou autenticidade. Ao negar suas possibilidades, banalizar a vida cotidiana e excluir perspectivas de um futuro com adaptações, está afastando-se de si mesmo e de uma existência autêntica. Outros podem assumir a autenticidade da diminuição

ou perda visual e construir um novo sentido próprio de mundo, com um novo corpo. Nessa postura o sujeito consegue construir seu próprio sentido de ser-no-mundo-com-uma doença. Cada um escolhe em seu passado aquilo que lhe permite dar um sentido no presente.

Merleau-Ponty (1999) ressalta que cada sujeito atribui um sentido à sua vida, e isso não é concebido, mas brota do presente e do passado em sua coexistência.

A retinopatia diabética altera a visão do paciente diabético, mas ele não perde a capacidade de percepção e sensibilidade diante da vida. A perda visual traz ao homem sentimentos de angústia, dependência, perda da autonomia, fracasso, impotência, limites, rumo incerto... O corpo precisa, então, compreender a facticidade da diminuição ou perda visual para viabilizar a existência humana.

O paciente diabético passa por um outro movimento existencial para se habituar com esse novo corpo, um corpo com diminuição ou perda da visão, o qual precisa incorporar um novo estilo de vida e novos hábitos.

Para Merleau-Ponty (1999), o hábito serve para mostrar que o corpo aprende e reflete como uma forma de automatismo corpóreo. O hábito inicia um movimento existencial que é, ao mesmo tempo, corporal e espiritual. Nosso corpo está aberto às situações reais e imaginárias. A visão alterada ou perdida não constitui uma barreira que isola os pacientes do mundo, mas uma ponte que os coloca em contato com o mundo (CARMO, 2000).

As novas percepções substituem as antigas, assim como as emoções. Essa renovação só diz respeito ao conteúdo de nossa experiência e não à sua estrutura, pois o tempo impessoal continua a fluir, enquanto o tempo pessoal está retido (MERLEAU-PONTY, 1999).

Ao referir-se à vida de Cézanne, Merleau-Ponty ressalta que as adversidades não devem ser sentidas como fatalidade, mas como possibilidade de superação do ponto de vista de partida, pois somos um projeto (MERLEAU-PONTY, 1999).

Os depoimentos apontam que os sujeitos do presente estudo percebem a retinopatia diabética, a partir do aparecimento dos sinais e sintomas. A retinopatia diabética conduz o sujeito a vivenciar um corpo atual, mas que ainda mantém referências do corpo habitual. A fatalidade da retinopatia diabética conduz a um outro movimento existencial que pode ser vislumbrado como uma nova forma de existir do sujeito, marcada pela superação da doença e pela aquisição de novos hábitos e estilos de vida.

A experiência existencial do conviver com a retinopatia diabética

Merleau-Ponty (1999) ressalta que uma determinada situação pode ser vivida de fato ou ser acompanhada empaticamente, e que ambas têm um sentido ímpar para cada sujeito. Outras pessoas podem tentar compreendê-la, mas esta só é percebida quando afeta individualmente cada Ser.

Cada homem adulto tem definido e estabelecido seus padrões e estilos de vida e, ao conviver com o diabetes, terá a necessidade de confrontar e rever seus hábitos. A percepção da retinopatia diabética ocorre de forma gradual, conforme o aparecimento dos sinais e sintomas e vai transformando a vida do sujeito que a experiencia.

O vivenciar a retinopatia diabética conduz o indivíduo a uma experiência marcada por alterações na sua esfera física, psicológica, social, entre outras, e envolve estigmas decorrentes de sentimentos diversos, conforme as falas abaixo relacionadas.

“Eu tô sentindo bem! Tô enxergando bem! Tô conseguindo ler as coisas! Tô conseguindo até... Outro dia peguei um pano lá em casa, porque, às vezes, eu ajudava a N (esposa) fazer algum bordado, porque eu gostava também. Porque a cabeça desanuvia, minha filha. Eu fazia ponto cruz, eu fazia... eu conseguia! Hoje não consigo mais. Mas, aquele pano xadrez, sabe? Aquela pano que é marrom e azul? Eu consegui! Eu consegui! Fiz uma toalha. Eu falei pra N: Olha só!! Quer dizer, pra mim o importante é eu me sentir útil. Não me interessa o que eu tô fazendo. Interessa que eu tô dando conta e eu sou capaz de fazer. Então, é isso que eu quero. Eu passar por cima dos obstáculos. Não ficar me... achando que eu sou incapaz, me martirizando. Então, a visão me fez isso, entendeu? No começo me deu essa preocupação. Me deu essa baixa auto-estima no começo, deu... Hoje não. Hoje eu pego um ônibus perto de casa, desço no mercado. Eu sei que eu tenho que andar tanto quarteirões, ir lá no centro de compras ou no Massaro comprar um tempero. Volto, chego ali eu não enxergo, pergunto pros outros que ônibus é aquele. O ônibus pára, não enxerguei... Ó pra onde você vai? Eu... O que, que é isso? O que eu tenho que perguntar, pergunto. Eu tenho todo o direito. Eu não vou ficar me privando, não! Eu vou... então... já to conseguindo alguma coisa”. (CAA)

“Eu continuo a mesma coisa. Continuo sozinha. Eu saio. As minhas atividades eu faço. Lavo roupa. O meu serviço continua o mesmo, né. Cozinho também. Isso aqui não impediu. Agora a rua não. A rua eu só vou na igreja e volto à noite. Às vezes eu pego a menina pra vim me acompanhar ou, então, a lanterna, né, pois já sei, como se diz, até os buracos que tem, mas cortei.” (MAS)

As falas revelam que as alterações visuais desencadeadas pela retinopatia diabética trouxeram novos significados à existência dos sujeitos. A enfermidade demarcou limites, mas também a superação para a realização das atividades da vida diária. Cada um, à sua maneira

de ser-no-mundo, revelou sua estrutura de enfrentamento da retinopatia diabética mostrando a resiliência* frente ao adoecimento.

Nessa direção, Damião; Pinto (2007) ressaltam que o sofrimento para a pessoa resiliente não a torna cheia de autocomiseração, mas se transforma em força que impulsiona o sujeito diabético a crescer e ter uma vida normal, sendo capaz de curar-se de suas próprias feridas, dirigir sua vida e viver plenamente.

Perder parcial ou totalmente a visão é ter alterada toda uma existência, e esse processo é percebido e vivenciado por cada pessoa com significado único e pessoal.

Ao perder parte do seu corpo, o sujeito terá de se acostumar com um novo ser, na incompletude, mas que pensa um novo modo de ser, é aprender a ser e viver sem um braço, uma perna, é compreender-se no novo contexto de vida (SANTANA, 2000b).

O homem, ao perder parte de seu corpo, perde além do físico, o mental, o espiritual, enfim o existencial, levando-o a redimensionar a sua vida. Esse redimensionamento pode ser acompanhado de planos desfeitos, interrompidos ou adiados.

Esse redimensionamento conduzirá o paciente a assumir sua deficiência visual e pode gerar sentimentos de perda da autonomia, medo e baixa auto-estima, uma vez que a visão e os movimentos são formas de comunicação com os objetos e na execução de movimentos, a existência (SANTOS, 1998).

É através do corpo que o homem tem consciência do mundo, e nessa relação as deficiências são reveladas. A diminuição da acuidade visual ou a cegueira conduz o homem a uma nova existência traduzida pela presença de um novo corpo atual, sem o sentido da visão o qual deverá continuar a ser o veículo do Ser no mundo.

Para Merleau- Ponty (1999), habituar-se é instalar algo, fazê-lo participar do nosso esquema corporal, como um chapéu, um automóvel, uma bengala. O hábito demonstra a capacidade do Ser de dilatar-se no mundo ou de mudar de existência incorporando ao corpo novos instrumentos.

A aquisição do hábito se dá quando o corpo consegue compreender, ou experimentar, aquilo que objetivamos e o que nos é dado, entre a intenção e a efetuação.

O hábito reside no corpo como mediador entre o corpo objetivo e o mundo. Nosso corpo é um conjunto de significações vividas que caminha para o equilíbrio e, nessa trajetória, aprender um novo uso do corpo próprio é enriquecer e reorganizar o esquema corporal.

* Resiliência: conceito da física usado como metáfora para o enfrentamento positivo às situações desfavoráveis. É uma propriedade na qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica. É resistência ao choque (FERREIRA, 1999).

Merleau-Ponty (1999) afirma, ainda, que cada um de nós dá um sentido e um porvir em sua vida, e isso não quer dizer que sejam concebidos, mas que brotam do nosso presente e passado, do mesmo modo de coexistência presente e passado.

A percepção do paciente muda de referencial, passa do visual para o espacial e envolve uma reorganização ampla de sua forma de estar no mundo (MASINI, 2003).

A retinopatia diabética pode abalar o mundo-vida do diabético e leva o paciente à reflexão quando há superação de seus limites e de seu novo corpo, na busca de novas perspectivas de vida.

Pereira (2006, p.7) ressalta que *o mesmo corpo que carrega em si um conjunto de alterações provocadas pelo diabetes, um corpo em crise que aponta para a finitude da vida, abre-se para o recomeço. Um novo olhar diante da vida pode ser lançado. O corpo vivido busca um horizonte de possibilidades com o diabetes.*

A atitude resiliente deve fazer parte do Ser diabético diante da facticidade em sua vida, tal como a retinopatia diabética, para que ele possa reagir e “re-organizar” seu mundo.

Essa atitude foi revelada nos depoimentos dos sujeitos, os quais referiram que continuavam a realizar as atividades diárias tais como: cozinhar, fazer trabalhos manuais, andar de ônibus, entre outras.

Os depoimentos apontam para o movimento existencial de adaptação ao corpo atual, com diminuição da visão, à sua nova existência e alteração do corpo habitual, buscando maneiras próprias de habitar o mundo.

O diabético que experiencia a retinopatia diabética deve viver sua vida de forma integral, superando os possíveis obstáculos e dificuldades. Ele deve lançar-se no mundo, “re-significando” o vivido e abrir-se a um novo estilo de vida, buscando uma existência plena.

8 Considerações finais

O homem é um ser reflexivo que tem em sua história temporalidade, liberdade, individualidade e responde à vida com o seu próprio modo de ser, atribuindo significados às experiências vividas (VALLE, 1997). Nesse sentido, a compreensão da experiência humana é necessária ao enfermeiro para conhecer as necessidades da pessoa com diabetes na proposição do cuidado integral.

O enfermeiro que convive com pessoas diabéticas precisa compreender o paciente com RD, como ele a tem vivenciado, suas experiências perceptivas, para apreender os significados que emergem dessas pessoas no seu mundo-vida. No transcorrer da doença, podem surgir complicações, tal como a retinopatia diabética, que implicam mudança do seu estilo de vida, envolvendo incertezas quanto à sua capacidade de adaptação para enfrentar novos desafios.

Compreender a pessoa em sua experiência vivida, o seu movimento existencial decorrente da enfermidade possibilita “re-pensar” estratégias de cuidado integral à saúde.

Nessa direção, ao nos apropriarmos da percepção de corpo, no referencial de Merleau-Ponty, dos sujeitos diabéticos com retinopatia diabética, pudemos compreender que a experiência passa pelo movimento de interiorização da percepção da doença que afeta o sentido da visão.

A pessoa com diabetes é um ser que em sua facticidade vivencia um movimento existencial para conviver com o diabetes. Em seu mundo convive com medidas para o controle da enfermidade e suas possíveis complicações.

A retinopatia diabética caracteriza-se por uma complicação do diabetes decorrente do mau controle metabólico e do tempo de convivência com a enfermidade. Como doença, possui uma fase assintomática e outra sintomática marcada por alterações irreversíveis na retina, conduzindo o paciente a déficits visuais ou à cegueira.

A análise dos depoimentos permitiu compreender que a retinopatia diabética, em sua fase inicial, não é percebida pelos sujeitos, o corpo atual não compreendeu as alterações ocorridas no corpo habitual. Nessa fase, os sujeitos diabéticos, ainda, não refletiram sobre essa experiência silenciosa.

A percepção visual em pacientes com retinopatia diabética se dá em um movimento existencial e tem início quando algumas alterações são percebidas na visão. Essas alterações são atribuídas, inicialmente, a fatores como idade, uso de medicamentos ou a outros problemas oftalmológicos. Entretanto, alguns pacientes conseguem relacionar a mudança na visão com o diabetes.

A percepção da retinopatia diabética é marcada pelo conviver com os sinais e sintomas da enfermidade, mas cada um terá sua maneira singular de habitar o mundo. O diabético passará por um outro movimento existencial que se traduzirá em seu comportamento.

A retinopatia diabética causa alterações no corpo e conduz o sujeito à situação de dois corpos, o habitual e o atual. A perda parcial ou total da visão gera sentimentos de angústia, dependência, perda da autonomia, fracasso, limites e incertezas.

A pessoa vivenciará um movimento existencial para habituar-se a esse novo corpo e incorporar novos hábitos e estilos de vida ao seu mundo. No movimento de adaptação, o corpo atual não poderá perder a referência do corpo habitual para manter suas atividades diárias, como se locomover mantendo sua experiência de espacialidade. O indivíduo continuará a movimentar seu corpo fenomenal sem mistério, pois esse possui fios intencionais que ligam todas as partes do seu corpo (MERLEAU-PONTY, 1999).

A pessoa com retinopatia diabética continuará a “olhar” as coisas como as interroga. Aprenderá a vê-las com um certo estilo de visão, com um novo uso do corpo enriquecido e (re) organizado em seu esquema corporal, pois o corpo é um conjunto de significações que caminha para seu equilíbrio (MERLEAU-PONTY, 1999).

A perda gradual ou definitiva da visão pode constituir um membro-fantasma ou uma área de silêncio no corpo do sujeito com diabetes, conservando-o aberto a todas as ações de que ele era capaz ou abrir possibilidades de superação e adaptação para conviver com a deficiência física, trazendo novos significados à existência.

O passado do corpo pode ser “re-aprendido” e assumido, pois o presente não o transcendeu, continua a alimentar-se dele secretamente e emprega nisso parte de suas forças. A valorização do presente se faz pela liberdade de escolha do homem em dar sentido à sua história (MERLEAU-PONTY, 1999).

Assim, cabe ao enfermeiro compreender a pessoa com diabetes em seu novo modo de ser-no-mundo, auxiliando-o a utilizar novos instrumentos como bengalas, leitura em braile, nesse corpo atual, e manter as referências necessárias de seu corpo habitual. Haverá, ainda, que discutir e apropriar-se de conceitos como o de deficiência visual, pois este ainda é traduzido pela sociedade atual por incapacidade, defeito, invalidez, inferioridade, imperfeição, sendo ainda permeado por estigmas e preconceito.

É necessário que o enfermeiro permita ao diabético ser como ele é, suspendendo suas crenças, valores e preconceitos, tendo empatia em compreender esse ser humano em sua essência.

A atenção aos pacientes diabéticos deve ser repensada e considerar a singularidade e a dimensão existencial de cada pessoa atendida, pois cada um percebe a retinopatia diabética à sua maneira, pois ela pode modificar a vida dos pacientes, mas não interrompê-la.

Esta pesquisa pretende contribuir para melhor compreensão da experiência vivida de pessoas com retinopatia diabética e também corrobora com a necessidade de mudança no foco da atenção de saúde, do enfoque fragmentado do corpo mecanicista, para focalizar o homem enquanto totalidade e resiliente, capaz de adaptações quando em situações de crise e enfermidade.

Nessa direção, Mendes (2000) ressalta que vivemos uma fase de transição dos valores da modernidade e da pós-modernidade, em que a busca de novos valores está relacionada aos pensamentos, às percepções e ao comportamento do homem como uma alternativa para uma sociedade mais humana .

Assim, a enfermagem, enquanto ciência, deve em todo momento repensar sua prática alicerçada em conhecimentos científicos e humanísticos, buscando compreender seu cliente em sua interface bio-psico-sócio-espiritual, inserido como ser-no-mundo que vivencia diversas situações, como problemas existenciais, a facticidade de uma enfermidade, os quais se refletem em seu mundo-vida, modificando o existir, mas não o interrompendo.

A adaptação às dificuldades pode ajudar o indivíduo a continuar a enfrentar sua enfermidade, compreender e buscar novos horizontes e possibilidades para continuar a viver.

A pesquisa utilizando o referencial merleau-pontyano foi pertinente, pois permitiu compreender a percepção visual de pacientes diabéticos, acometidos pela retinopatia diabética, sua relação com o mundo e como a enfermidade afeta seu existir. Entretanto, não tem a pretensão de esgotar a experiência vivida pelos sujeitos que a vivenciam, pois o real se mostra por perfis e não há verdades absolutas, permanecendo, assim, a investigação em aberto.

9 Referências*

* De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**. Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da USP: documento eletrônico e impresso. Vânia M. B. de Oliveira et al. (Coord.). São Paulo: SIBi/USP, 2004.

ALVES, L.A. **Prevalência da retinopatia diabética na população urbana, adulta de Ribeirão Preto- SP.** 2004. 74 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

ALVES JUNIOR., A.A. Análise da importância da acuidade visual na detecção precoce da retinopatia no diabético tipo I e sua correlação angiográfica. **Rev Bras Oftalmol.**, v.54, n.4, p. 45-54, abr. 1995.

ANDRADE, N.H.S.; BOEMER, M.R. O conviver com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: a ótica de profissionais de enfermagem. **Ciência y Enfermeria**, v.7, n.2, p. 53-66, 2001.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Padronização de cuidados médicos em diabetes. **Diabetes Care**, v.3, n.2, p. 64-84, jun. 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical Practice Recommendation. **Diabetes Care**, v. 31, supplement 1, January 2008.

BAPTISTA, M.E.C. **Fenomenologia do existir do diabético.** 1992. 99 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BEAINI, T.C. **À escuta do silêncio:** um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger. São Paulo: Cortez, 1981.

BICAS, H.E.A.; MATSUSHIMA, E.H.; DA SILVA, J.A. Visão e percepção visual. **Arq Bras Oftalmol.**, n.66, n.5, p. 8, 2003.

BICAS, H.E.A. Acuidade visual: medidas e anotações. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 65, p. 375-84, 2002.

BICUDO, M.A.V. A filosofia da educação centrada no aluno. In: MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação.** São Paulo: Moraes, 1983. p. 45-80.

BOEMER, M.R. A fenomenologia na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 4, 1985, São Paulo. **Anais:** ABEn/FINEP, p. 90-94.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 83-94, jan. 1994.

BOEMER, M.R.; ROCHA, S.M.M. A pesquisa em enfermagem: notas de ordem histórica e metodológica. **Saúde e Sociedade**, v.5, n.2, p.77-88, 1996.

BOELTER, M.C. et al. Fatores de risco para retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol.**, v.66, p.239-47, 2003.

BOSCO, A. et al. Retinopatia diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 49, n.2, p. 217-27, abr. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Orientações básicas para o diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Diabete Melito: guia básico para diagnóstico e tratamento**. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes. Programa Harvard/Loslin/SBD, 1996. p. 5, 7 e 57.

BRONDI, M.L. **O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando**. 1997. 126f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 1984. **Anais**: ABEn, p. 130-57.

CARMO, P. S. **Merleau-Ponty: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2000.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CASTRO, M. Efeitos antiinflamatórios e anti-proliferativos dos glicocorticóides: concordância ou discordância. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 49, n. 3, p. 334-36, jun. 2005.

CINTRA, F.A. et al. Ensino de oftalmologia na graduação em enfermagem: levantamento da situação no Brasil- 1987. **Rev Bras Oftalmol.**, v. 49, n.6, p. 35-41, dez. 1990.

CHINI, G.C.O. **A amputação sob uma perspectiva fenomenológica**. 2005. 138f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

CINOTO, R.W. et al. Comparação entre qualidade de visão auto-relatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. **Arq Bras Oftalmol.**, v.69, n.1, p. 17-22, 2006.

COELHO JÚNIOR, N.; CARMO, P.S. **Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência**. São Paulo: Escuta, 1991.

CORRÊA, A.K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana**. 2000, 212 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

CRITELLI, D.M. Para recuperar a educação: uma aproximação à ontologia heideggeriana. In: HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes, 1981. p. 59-72.

CRUZ, A.A.V.; RIOS, S.S. Acuidade visual. In: RODRIGUES, M.L.V.; DANTAS, A.M. **Oftalmologia clínica**. 2 ed., Cultura Médica: Rio de Janeiro, 2001, p. 177-88.

DAMASCENO, M.M.C. **O existir do diabético**: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 112p.

DAMIÃO, E.B.C.; PINTO, C.M.M. “Sendo transformado pela doença”: a vivência do adolescente com diabetes. **Rev latino-am Enfermagem**, v.15, n. 4, p.568-74, jul./ago. 2007.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Tradução Maria José J.G. de Almeida. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973. 163p.

DAVIDSON, M.B. **Diabetes mellitus**: diagnóstico e tratamento. 4 ed. Apresentação Luiz César Póvoa. Tradução Raymundo Martagão Gesteira. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 389 p.

DESCAMPS, C. Maurice Merleau-Ponty. IN: CHÂTELET, F. **História da Filosofia**: o século XX. Tradução José Afonso Furtado. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995. p.204-222.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP- DCCT. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N Engl J Med** , Andover, n. 329. p. 977-86, 1993.

DIABETIC RETINOPATHY STUDY RESEARCH GROUP- DRS. Preliminary report on the effects of photocoagulation therapy. **American Journal of Ophthalmology**, v.81, p. 383-396, 1976.

DIABETIC RETINOPATHY STUDY RESEARCH GROUP- DRS. Four risk factors for severe visual loss in diabetic retinopathy: the third report from the Diabetic Retinopathy Study. **Archives of Ophthalmology**, v. 97, p. 654-655, 1979.

DIABETIC RETINOPATHY VITRECTOMY STUDY RESEARCH GROUP- DRVS. Two-year course of visual acuity in severe proliferative diabetic retinopathy with conventional management. Report Number 1. **Ophthalmology**, v.96, p. 492-502, 1985a.

DIABETIC RETINOPATHY VITRECTOMY STUDY RESEARCH GROUP- DRVS. Early vitrectomy for severe vitreous hemorrhage in diabetic retinopathy: two years results of a randomized trial. Report Number 2. **Archives of Ophthalmology**, v.103, p. 1644-1652, 1985b.

DIABETIC RETINOPATHY VITRECTOMY STUDY RESEARCH GROUP- DRVS. Early vitrectomy for severe proliferative diabetic retinopathy in eyes with useful vision: results of a randomized trial. Report Number 3. **Ophthalmology**, v.95, p. 1307-1320, 1988a.

DIABETIC RETINOPATHY VITRECTOMY STUDY RESEARCH GROUP- DRVS. Early vitrectomy for severe proliferative diabetic retinopathy in eyes with useful vision: clinical application of results of a randomized trial. Report Number 4. **Ophthalmology**, v.95, p. 1321-1334, 1988b.

DIABETIC RETINOPATHY VITRECTOMY STUDY RESEARCH GROUP- DRVS. Early vitrectomy for severe vitreous hemorrhage in diabetic retinopathy: four years results of a randomized trial. Report Number 5. **Archives of Ophthalmology**, v.108, p. 958-964, 1990.

EARLY TREATMENT DIABETIC RETINOPATHY STUDY RESEARCH GROUP-ETDRS. Photocoagulation for diabetic macular edema. Report Number 1. **Archives of Ophthalmology**, v.103, p. 1976-1806, 1985.

EARLY TREATMENT DIABETIC RETINOPATHY STUDY RESEARCH GROUP-ETDRS. Grading diabetic retinopathy from stereoscopic color fundus photographs: na extension of the modified Airlie House Classification. Report Number 10. **Ophthalmology**, v.98, p. 786-806, 1991.

ELDER, D. Acuidade visual. In: ELDER, D. **Prática de refração em oftalmologia**. RJ/SP: Atheneu, 1984, p. 123- 29.

ENGELGAU, M.E.; NAYARAN, K.M.; HERMAN, W.H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v.23, n.10, p. 1563-80, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI**: dicionário de língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLYNN Jr., H.W.; SCOTT, I.U. Nonretinal abnormalities in diabetes. In: FLYNN Jr., H.W.; SMIDDY, W.E. **Diabetes and ocular disease**: past, present and future therapies. 1 ed. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmolgy, p. 221-24, 2000.

FOSS, M.C. Diabetes mellitus. In: RODRIGUES, M.L.V.; DANTAS, A.M. **Oftalmologia clínica**. Cultura Médica: Rio de Janeiro, 2 ed., p. 483-86, 2001.

FOSS, M.C. et al. Estudo analítico de uma amostra populacional de diabéticos insulino-dependentes (tipo I). **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.30, p. 100-102, 1986.

FOSS, M.C. et al. Estudo analítico de uma amostra populacional de diabéticos do tipo II da região de Ribeirão Preto (SP). **Rev Assoc Med Bras**, v.35, p. 179-82, 1989.

FREITAS, A.M. et al. A proteinúria como fator de risco para retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol.**, v.65, n.1, p. 83-7, jan./fev. 2002.

FREITAS, J.A.H.; BERTOTTI, G.S.A.; SILVA, H.M.B. Perfil dos pacientes com retinopatia diabética em hospital universitário. **Rev Ciênc Méd.**, Campinas, v.7, n.2, p. 54-59, maio/ago. 1998.

FURLAN, R. A noção de consciência na estrutura do comportamento (Merleau-Ponty). **Psicol. USP**, v.12, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php=sci>. Acesso em 14 de fevereiro de 2008.

FURLAN, R.; BOCCHI, J.C. O corpo como expressão e linguagem em Merleau- Ponty. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.3, p. 445-50, 2003.

GADOTTI, M.A. **A educação contra a educação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 172p.

GARCIA, C.A.A. et al. Incidência e fatores de risco da retinopatia diabética em pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal- RN. **Arq Bras Oftalmol.** v.66, n.3, p. 355-8, maio/jun. 2003.

GROSS, J.L.; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev Ass Med Brasil**, v.45, n.3, p. 279-84, 1999.

GUTIERREZ, P.L.; FERRARI, V.P.M. Como fica o emocional do diabético. In: SETIAN, N.; DAMMIANI, D.; DICHTCHEKENIAN, V. **Diabetes mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio**. São Paulo: Sarvier, 1995. p.140-46.

HOLANDA, A. Fenomenologia, psicoterapia e psicologia humanista. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n.2. p. 33-46, 1997.

HUSSERL, E. **A filosofia como ciência do rigor**. 2 ed. Coimbra: Atlantida, 1965, 73p.

JARVIS, C. Olhos. In: _____. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 12, p. 279-326.

KLEIN, B. et al. Diabetic retinopathy: assessment of severity and progression. **Ophthalmology**, v. 91, p. 10-17, 1984.

KUBLER-ROSS, E. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979. 176p.

_____. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 299p.

LAVINSKY, J. Laser nas doenças da retina. In: RODRIGUESM M.L.V.; DANTAS, A.M. **Oftalmologia clínica**. 2 ed., Cultura Médica: Rio de Janeiro, 2001. p. 723-735.

LERÁRIO , A.C. Nova classificação e critérios para o diagnóstico do diabetes. **Diabetes & Metabolim**, New York, v.1, p. 65-67, 1997.

LIMA, A.L.H.; RIBEIRO, M.B.D; BELFORT, J.R.R. Prevalência de dificuldades, patologias e causas de cegueira em pacientes atendidos em serviço universitário de São Paulo. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 45, p. 193-7, 1982.

LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic Illness: impact and interventions**. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2002. 609p.

MAIA JUNIOR, O.O. et al. Avaliação oftalmológica tardia em portadores de retinopatia diabética. **Rev Assoc Med Bras**, v. 5, n. 1, p. 3943, 2007.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes melemos and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, Alexandria, v.15, p.1509-1516, 1992.

MARTINS, J.; DICHTCHEKENIAN, M.F.S.F.B. (Org.) **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo: Moraes, 1984. 98p.

MARTINS, J. et al. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v.24, n.1, p. 139-147, abr. 1990.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis**. São Paulo: Cortez, 1992, 142p.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes / EDUC, 1989. 110p.

MASINI, E.F.S. A experiência perceptiva é o solo do conhecimento de pessoas com e sem deficiências sensoriais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n.1, p. 39-43, jan./jun. 2003.

MENDES, I.A.C. O resgate do cuidar na enfermagem. **Rev latino-am.Enfermagem**,v.8, n.3, p.1, jul. 2000.

MERLEAU- PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1993.

MIYAR OTERO, L. **Implementação e avaliação de atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Mangement**. 2005. 197 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

MONTENEGRO JUNIOR, R.M. et al. A assistência multidisciplinar e o manejo efetivo do diabetes mellitus: desafios atuais. **RBPS**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 200-05, 2004.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.17, n. 3, p.447-56, 2004.

MOREIRA, A.R L. Algumas considerações sobre a consciência na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, v.2, n.2, p. 399-405, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Relatório Mundial., 105p., 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atlas de educación em diabetes em América Latina y el Caribe**: inventario de programas para personas com diabetes tipo 2. Washington, D.C., División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades no Transmisibles, 2002.

OVIDO, A.D. **A pessoa com diabetes**: do enfoque terapêutico ao existencial. 2007. 164f. Teses (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

PEREIRA, W.D. **Corpo e significado**: percepções de portadores de diabetes mellitus tipo 2. 2006. 154 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

PEREIRA, D.S. et al. Prevalência da retinopatia diabética no ambulatório de endocrinologia pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Arq Bras Oftalmol**, v.67, n.1, p.111-14, 2004.

PHILLIPS, M.; DEL RIO, I ; QUIROZ, H. Oportunidades de reducir los costos del tratamiento de la retinopatia diabética em México. **Bol Of Sannit Panam**, v.1, p. 22-32, 1994.

POLAK, Y.N.S. O corpo como mediador da relação homem/ mundo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.3, p. 29-43, set./dez, 1997.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POPIM, R.C. O tratamento quimioterápico- o que é isto?: uma investigação fenomenológica. **Ciencia y Enfermeria**, v.5, n. 1, p. 65-76, 1999.

RABELO, S.E.; PADILHA, M.I.C.S. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v.8, n.3, p.250-262, set./dez. 1999.

ROCHA, J.L.L. et al. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.46, n.3, p.221-29, jun. 2002.

RODRIGUES, M.L.V. Prevenção de perdas visuais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.30, p. 84-89, jan./ mar. 1997.

SALOUM, N. H.; BOEMER, M.R. A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. **Rev. latino- am. enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 109-119, dez. 1999.

SANTANA, M.G. Áreas de silêncio e corpo diabético. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 53, n.1, p.95-8, jan./mar.2000a.

SANTANA, M.G. **O corpo do ser diabético:** significados e subjetividades. Pelotas-Florianópolis: Universitária/UFPEL, 2000b. 200p.

SANTOS, M.F. **O sentido do existir de adolescentes que se percebem obesas:** uma abordagem à luz de Merleau-Ponty. 1998. 210f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

SCHELLINI, S.A.; SILVA, M.R.B.M.; SILVA, M.A.M. Diabetes, retinopatia diabética e cegueira. **J Bras Med.**, v.67, n. 2, p. 171-74, 1994.

SCHNEIDER, J. F. Enfermagem psiquiátrica e fenomenologia: algumas considerações. **Rev Bras Enf.** , Brasília, v.47, n.1, p. 57-60, jan./mar. 1994.

SILVA, C.A.B. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. **RBPS**, v. 19, n. 4, p.195-196, 2006.

SILVA, V.B.S. et al. Tratamento da retinopatia diabética: percepções de pacientes em Rio Claro (SP)- Brasil. **Arq Bras Oftalmol.**, v.68, n.3, p. 363-8, 2005.

SILVA, R.C. **Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania.** 1 ed. São Paulo:Vetor, 2002.

SILVA, R.M.C.A.; ROSA, N. Relação enfermeiro- deficiente visual à luz da concepção de espaço e tempo em Merleau-Ponty. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p. 51-58, maio 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes sobre tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SOUZA, A.I.J.; ERDMAN, A.L. Percepção: uma reflexão teórica a partir de Maurice Merleau-Ponty. **Rev Baiana de Enfermagem**, v.18, n.1/2, p.75-87, jan./ago. 2003.

SOUZA, E.V.; SOUZA, N.V.; RODRIGUES, M.L.V. Retinopatia diabética em pacientes de um programa de atendimento multidisciplinar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP. **Arq Bras Oftalmol.**, 67, p. 433-6, 2004.

SOUZA JUNIOR, G.S. **Estudo da frequência da retinopatia diabética e fatores associados na população do primeiro mutirão do olho diabético da região de Ribeirão Preto.** 2003. 83f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

TAUBE, S.A.M.; SILVA, M.C.E.P. A educação em saúde para portadores de doença crônica oftálmica: um relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, v.9, n. 2, p. 66-72, jul./dez. 2004.

TEMPORINI, E.R. et al. Conhecimentos sobre saúde ocular entre profissionais de um hospital universitário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 53-61, jan./mar 2002.

TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalência do diabetes mellitus, diminuição da tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto. **Diabetes Clín.**, v.5,n.3, p. 183, maio/jun. 2001.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP- UKPDS. Intensive blood- glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. **Lancet**, New York, v. 352, p. 837-853, 1998.

VALLE, E.R.M. **Câncer infantil:** compreender e agir. Campinas: Psy, 1997.

VERÍSSIMO, D.S. **A pessoa com tumor cerebral e seus familiares em grupo de sala de espera:** investigação da experiência vivida. Ribeirão Preto, 2005. 135f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

ZANETTI, M.L. **O diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes:** um desafio para as mães e profissionais de saúde. 1996. 168f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

ZANETTI, M.L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **RBPS**, v. 19, n. 4, p. 253-60, 2006.

ZANETTI, M.L. et al. Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. **Rev latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p.583-89 , jul./ago 2007.

ZIMMERMAN, B.R.; WALKER, E.A. Adaptação ao Diabetes. IN: _____. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association.** Tradução Marilene Tombini. Rio de Janeiro: Anima, 2002. Cap. 12, p.435-56.

Anexo 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 025/2006

Ribeirão Preto, 21 de fevereiro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de fevereiro de 2006.

Protocolo: n° 0608/2005

Projeto: A PERCEPÇÃO DA PERDA VISUAL EM PACIENTES DIABÉTICOS À LUZ DO REFERENCIAL DE MERLEAU-PONTY

Pesquisadores: Maria Lúcia Zanetti (Orientadora)
Nájela Hassan Saloum de Andrade (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profª. Drª. Maria Lúcia Zanetti (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral E Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Estamos realizando um estudo denominado “A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty”. Este estudo tem o objetivo de compreender a percepção visual de pacientes diabéticos com retinopatia diabética, e o seu dia, a fim de ajudá-las a conviver com essa situação mediante apoio profissional. Desse modo, estamos convidando o Sr(a) para participar deste estudo. A sua participação consiste em responder a uma questão sobre sua vivência com a retinopatia diabética.

A participação do Sr(a) é importante, pois irá ajudar a melhorar o atendimento às pessoas diabéticas com problemas relacionados à visão.

O Sr(a) tem o direito de fazer todas as perguntas que achar necessárias para decidir se irá participar ou não da pesquisa. A sua participação não envolve custos em dinheiro e será preservado o seu nome, pois não aparecerá na pesquisa, sendo identificado com as iniciais do nome.

Informo, também, que o aceite ou não para participar da pesquisa, não irá interferir no seu atendimento no Grupo Educativo em Diabetes.

Peço também sua autorização para gravar o depoimento. Sua decisão será respeitada e também não prejudicará seu atendimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi todas as informações fornecidas pelo pesquisador e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. Eu estou ciente que não terei riscos ou prejuízos em participar do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu atendimento no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos Idosos. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo.

Eu autorizo / não autorizo a gravação da entrevista

Data: _____

Assinatura do Participante

Documento de identidade

Assinatura do familiar e/ou responsável

Documento de identidade

Nájela Hassan Saloum de Andrade
Pesquisador

Maria Lúcia Zanetti
Orientador da pesquisa

Telefone de contato dos pesquisadores: USP (16) 3602-3473/ Residência: (16) 3630-8133

Apêndice 2

Projeto: A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty

Instrumento de coleta de dados: Formulário para exame de acuidade visual para longe

Nome	Data do exame	Snellen				Glicemia capilar pós-prandial	Observações
		OD		OE			
		c/ oc		c/ oc			
		s/ oc		s/ oc			
		c/ oc		c/ oc			
		s/ oc		s/ oc			
		c/ oc		c/ oc			
		s/ oc		s/ oc			
		c/ oc		c/ oc			
		s/ oc		s/ oc			
		c/ oc		c/ oc			
		s/ oc		s/ oc			

c/oc: com óculos; s/oc: sem óculos