

Angícia Gomes Pereira Mourão¹

**“SOB O SIGNO DA ORDEM, DO CUIDADO E
DAS TRANSGRESSÕES COTIDIANAS”:
A PRODUÇÃO DE SIGNIFICADOS SOBRE A
DIABETES PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE
DIABETES NA ERA DA COVID-19**

***“UNDER THE SIGN OF ORDER, CARE AND
DAILY TRANSGRESSIONS”: THE MEANINGS
ON DIABETES PRODUCED BY SOCIEDADE
BRASILEIRA DE DIABETES IN THE COVID-19
AGE***

¹ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará (PPGS – UECE). Aluna de doutorado e bolsista CAPES pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS – UFRGS).

RESUMO

O objetivo deste trabalho consiste em problematizar a participação da Sociedade Brasileira de Diabetes na construção da diabetes no atual contexto da COVID-19. Por meio de reflexões construídas a partir do ciberespaço em que essa instituição atua, busca-se saber os significados que ela mobiliza para produzir a noção de uma “diabetes na era da COVID-19”, os discursos sobre a diabetes por ela mediados neste momento de crise sanitária e que agentes ela aciona para tal.

PALAVRAS CHAVE: Antropologia. Epidemias. Etnografia no ciberespaço. Diabetes. COVID-19.

ABSTRACT

The objective of this work is to problematize the participation of Sociedade Brasileira de Diabetes in the construction of diabetes in the current context of COVID-19. Through reflections built in cyberspace, in which this institution operates, this article seeks to know the meanings this organization mobilizes to produce the notion of “diabetes in the era of COVID-19”, the discourses on diabetes mediated by it at this time health crisis and what agents it uses to do so.

KEYWORDS: Anthropology. Epidemics. Ethnography in cyberspace. Diabetes. COVID-19.

PRIMEIROS EXAMES

Tinha acabado de entrar no quarto de casal, acabado de me inclinar, eu, em busca da minha bolsa e da seringa. Precisava me injetar à meia-noite em ponto, mas não ia conseguir, porque o precário equilíbrio dos casacos derrubou minha bolsa no chão, porque em vez de parar cuidadosamente, como devia, eu me dobrei e estiquei o braço para apanhá-la. Foi então que um fogo de artifício atravessou minha cabeça. Só que o que eu via não era fogo e sim sangue vertendo dentro do meu olho. O sangue mais espantosamente belo que já vi na vida. O mais incrível. O mais assombroso. Fluía aos borbotões, mas só eu podia percebê-lo. Vi com absoluta clareza como o sangue se adensava, vi que a pressão aumentava, vi que estava atordoada, vi que meu estômago revirava, que sentia ânsia de vômito e, no entanto. Não me levantei nem me movi um milímetro, nem mesmo tentei respirar enquanto observava o espetáculo. Porque essa era a última coisa que eu veria, naquela noite, com esse olho: um sangue intensamente negro. (Lina Meruane, em *Sangue no olho*).

A história da escritora chilena Lina Meruane (2015) de onde retirei o excerto acima conta a experiência de uma mulher diabética que, repentinamente, enquanto estava em uma festa na casa de amigos, perde a visão. A autora não nos apresentou essa história como uma obra autobiográfica, embora ela tenha sido inspirada em uma vivência pessoal: Meruane sofreu um problema nos olhos do qual evita falar em entrevistas, mas que não foi tão grave quanto o de sua personagem homônima, chilena como ela, também vivendo em Nova York, também escritora e que, como “consequência terrível” da *diabetes mellitus*¹, tem a visão obscurecida por um derrame ocular.

Como ambas as Linas, também sou mulher, tenho diabetes tipo 1², fui criada “sob o signo da ordem, do cuidado e das transgressões cotidianas” e carrego insulina, seringa e um doce sempre comigo. Diferentemente delas, nunca sofri complicações irreversíveis, mas sempre fui confrontada com as mais assustadoras e dolorosas narrativas de diabéticos que, “por seu descuido com a doença”, pagam as consequências com cegueira, amputações, problemas cardíacos e/ou renais, bem como com outros desfechos dos mais variados, mais até do que se tivessem sido inventados por uma escritora talentosa. Fora do comum da personagem Lina, mas de forma semelhante ao da autora Meruane, vivo com a diabetes em um mundo contaminado por uma pandemia viral e ainda sem vacina

¹ A *diabetes mellitus* é uma doença crônica bastante difundida em todo o mundo e já classificada como uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde. Ela é definida como uma síndrome clínica heterogênea que se caracteriza por anormalidades endócrino-metabólicas, requer um tratamento bastante específico e complexo, bem como possui amplo e sistemático registro na biomedicina, tendo sido objeto de inúmeros estudos em etiologia, fisiopatologia, tratamento e educação. Existem diferentes tipos de diabetes, sendo as mais comuns a *diabetes mellitus* tipo 1 (ou insulino-dependente) e a *diabetes mellitus* tipo 2 (ou não-insulino-dependente), que correspondem respectivamente a 8% e 90% da população total de diabéticos no mundo (cf. SILVA, 2000).

² De acordo com o Vocabulário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras, o verbete “diabetes” é um substantivo de dois gêneros e dois números. Isso quer dizer que podemos fazer o uso da palavra de maneira adequada à norma culta da língua portuguesa, no singular, como a diabetes ou o diabetes e, no plural, como as diabetes e os diabetes. Opto por escrevê-la no feminino (singular e plural), tanto por expressar a forma usual como a identifico como para reforçar a possibilidade de referência ao feminino na produção do conhecimento científico, seja como sujeito ou objeto dessa construção social (cf. HARAWAY, 1995).

aprovada para a administração nas populações, conhecida como COVID-19. Nesse contexto, passo a ser considerada como pertencente a um “grupo de risco” ou “grupo vulnerável” ao novo coronavírus, assim como as Linas, cerca de 13 milhões de brasileiros (SBD, [2019?]) e mais de 463 milhões de pessoas em todo o mundo (IDF, 2019) portadoras de diferentes tipos de diabetes.

Já foram realizados muitos estudos sobre os aspectos culturais e sociais da vivência em diabetes e eles se encontram na interface entre antropologia, saúde, ciência e tecnologia, como me apontaram as reflexões de Mistro Rodrigues (2019), Barsaglini (2006) e Silva (2000). Ao analisar periódicos brasileiros, anglo-saxões e mexicanos das áreas de ciências sociais e saúde (coletiva), Basarglini (2006) identificou que a maior ênfase da produção sobre diabetes foi dada a partir da década de 1990, nos Estados Unidos, no Reino Unido e em países da América Latina, à exceção do Brasil. Ela explica que a produção antropológica estadunidense sobre a diabetes parte da tradição da antropologia aplicada e tem a tendência de compreender a relação entre o indivíduo e a doença. Já a produção britânica trata a diabetes como uma experiência de enfermidade, um processo subjetivo cuja importância reside no ponto de vista dos adoecidos e nas situações concretas por que passam. A produção latino-americana, por sua vez, se detém sobre outras relações dos adoecidos (com familiares ou em ambientes de trabalho, por exemplo) e evidencia os significados atribuídos por eles à doença.

As reflexões de cientistas sociais britânicos, mexicanos e estadunidenses (estes a partir dos anos 1990) apresentam alguns fatores em comum. O primeiro deles diz respeito ao afastamento do interesse sobre o indivíduo doente e ao enfoque dado à compreensão da diabetes como interação social e processo, em outros espaços que não a clínica. Disso, podemos estabelecer de antemão uma distinção entre três entendimentos do que seja uma doença crônica como a diabetes: o primeiro se refere a ela justamente como “doença” (*illness*); o segundo, como “patologia” (*disease*); e o terceiro, como “enfermidade” (*sickness*) (SILVA, 2000; BURY, 1982). Basarglini (2006) e Silva (2000) mostram que os que compreendem a diabetes como doença se interessam pelo ponto de vista do doente, enquanto os que a concebem como patologia privilegiam o estudo do modelo biomédico de tratamento e os que a entendem como enfermidade estabelecem relações entre doença e macroestruturas sociais. Esses mesmos estudos parecem dar mais atenção às pessoas portadoras de diabetes tipo 2, a diabetes adquirida por pessoas cujo estilo de vida se alicerça no sedentarismo e em maus hábitos alimentares, levando à obesidade e podendo acometer crianças, jovens adultos ou idosos. É provável que essa ênfase se deva à importância epidemiológica dos casos de diabetes tipo 2 e à busca de possíveis intervenções. Além disso, esses estudos carecem de problematizações sobre a participação de instituições e de políticas organizacionais e profissionais dirigidas à diabetes (BASARGLINI, 2006).

Antes de uma antropóloga que lê sobre diabetes, sou uma diabética que direciona um olhar antropológico sobre uma literatura especializada. Sendo as-

sim, ocupo a posição de nativa e, em lugar de imaginar uma série de sensações e percepções, sou afetada por elas involuntariamente, mobilizando e modificando meu conjunto de imagens a partir da antropologia (FAVRET-SAADA, 2005). Às minhas tentativas habituais de perceber e pensar alteridades que se voltam para fora de mim, adiciono esta tentativa de ver, construir e pensar a alteridade que constitui diversas identidades minhas. Sigo, então, as orientações de Haraway (1995) ao tratar a necessidade de desenvolvermos uma objetividade feminista, que tenta evitar a reprodução de uma lógica de dominação que reside nos tradicionais binômios da ciência moderna – como o existente entre natureza e cultura ou entre sujeito e objeto do conhecimento. Procuro aderir a posicionamentos móveis compostos pelo ponto de vista da diabética e o da antropóloga em formação; portanto não estou separando um ponto de vista emocional/subjetivo, correspondente à experiência de ter diabetes, de outro racional/objetivo, conformado pela disciplina antropológica. Também não me divido entre a personagem diabética e a autora que narra suas experiências, a exemplo da literatura de Meruane (2015). Ser diabética e pesquisar essa experiência pressupõem e implicam vivenciar subjetivamente racionalidades, sem compartimentalizações.

A escolha do meu campo de pesquisa também é produzida pela diabetes e pela antropologia. Opto por investigar a produção de significados sobre a diabetes em meio à atual contaminação pandêmica pelo vírus Sars-Cov-2, no site oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), uma referência para a construção de narrativas sobre a diabetes no Brasil. Essa entidade é uma associação civil sem fins lucrativos e com número ilimitado de sócios, notadamente médicos e demais profissionais de saúde envolvidos no tratamento e na prevenção da diabetes. Existente no país desde dezembro de 1970, a SBD se organiza em torno de uma diretoria nacional e de delegações estaduais. Ela divulga suas orientações por meio de uma revista para seus associados, de episódios de podcast em diferentes agregadores de áudio, de um site próprio, bem como de perfis em redes sociais. As expressões e categorias êmicas que apresento saem desse site, bem como das minhas próprias maneiras de explicar minha realidade a (novos) amigos, (recém) conhecidos e familiares (ainda confusos), sempre que eu perceber que as utilizo. Esse é o caso da citação entre aspas que dá título a esse trabalho.

Nessa empreitada, atento para as críticas de Segata e Rifiotis (2016) sobre a realização de pesquisas na internet, quando explicam que a cibercultura se origina dentro da matriz da modernidade, a qual construiu uma imagem da tecnologia como um instrumento neutro, útil para aumentar as capacidades humanas e que serve a seus propósitos. Nesse sentido, para este estudo no ciberespaço construído a partir da SBD, parto do mesmo pressuposto dos autores de que as reflexões sobre a tecnossocialidade e a biossocialidade que fundamentam a cibercultura não devem separar as agências de humanos e artefatos, tampouco podem se iludir com a suposta neutralidade inerente às tecnologias. Para o ambiente digital criado a partir deste site, perambulo por informações, me dei-

xo conduzir pelo inesperado e adoto uma sensibilidade etnográfica transeunte, como proposto por Leitão e Gomes (2017).

Isto posto, estabeleço que o objetivo de meu trabalho consiste em problematizar a participação de uma instituição nacional (a SBD) na construção da diabetes em tempos de pandemia viral. Por meio de uma etnografia do ciberespaço constituído a partir dessa instituição, busco saber: quais os significados que a SBD mobiliza para produzir a noção de uma “diabetes na era da COVID-19”? Quais discursos sobre a diabetes são mediados neste momento de crise sanitária? E que agentes ela aciona para tal?

DIAGNÓSTICO: DIABETES NA ERA DA COVID-19

Quando pensei a proposta deste texto pela primeira vez³, era a última semana de abril de 2020. Àquela época, a pandemia do novo coronavírus havia chegado ao Brasil e o país já se encontrava em estado de emergência em saúde pública (GOVERNO..., 2020). O Sars-Cov-2 era identificado como um vírus cujo fator de reprodução era baixo (se comparado a outras doenças de grande impacto nas populações, como o sarampo e a dengue) e de alta transmissibilidade, pela falta de conhecimento generalizado sobre a doença e pela inexistência de vacinas ou soros para tratamento. As autoridades médicas e de saúde pública recomendavam isolamento e distanciamento social, uso de máscaras (ora apenas pelos adoentados, ora por todos) e higienização frequente das mãos, seja por meio de lavagem com água e sabão, seja pelo uso de álcool em gel a concentração de 70%. A COVID-19 ainda era vista como uma doença que a todos atingia indiscriminadamente, embora houvesse aqueles mais suscetíveis às suas formas mais graves e letais: pessoas com problemas cardiorrespiratórios precedentes (como asmáticos e cardiopatas), idosos e diabéticos.

Consultei o site da SBD, uma referência nacional na divulgação de informações sobre o tratamento da diabetes, em busca de orientações específicas para mim: uma pessoa portadora de *diabetes mellitus* tipo 1, há mais de 30 anos. Sem pandemia, a vivência de uma pessoa diabética “já tem regras demais”: devemos aprender o funcionamento metabólico da glicose que consumimos, saber quais os alimentos que afetam mais e menos nossa taxa glicêmica, fazer exercícios regularmente, bem como não podemos nos esquecer de tomar nossa medicação conforme a prescrição médica. De acordo com meu tratamento específico, também precisei aprender a calcular a insulina basal e o bolus de insulina⁴, administrados

³ Não posso deixar de agradecer ao professor Ruben Oliven e aos colegas da disciplina de Seminário de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS – UFRGS). Foram eles os meus primeiros leitores e é a partir de seus comentários que tento pensar esse trabalho. Sou grata particularmente a Renan Giménez Azevedo pela parceria.

⁴ A SBD explica a diferença entre as duas formas como o pâncreas secreta insulina nos corpos não-diabéticos (a basal e o bolus), as quais devem ser emuladas pela aplicação de insulina sintética

via canetas aplicadoras do hormônio, para evitar crises por excesso de medicação, corrigir taxas elevadas de glicose no sangue e/ou compensar a quantidade de carboidratos ingeridos a cada refeição.

Essa experiência de ter de aprender muitas regras já é estudada por uma literatura especializada. Desde a década de 1980, há estudos relatando que doenças crônicas (dentre as quais a diabetes) envolvem a iniciação em uma nova arena social em que regras de bom-senso não são mais suficientes e pressupõem a vigilância constante da saúde (BURY, 1982; SILVA, 2000). É preciso aprender diversas orientações biomédicas e incorporá-las ao cotidiano (SILVA, 2000). Isso, por vezes, implica a percepção posterior dos doentes de que os regimes de tratamento são difíceis de seguir e que, para cumprir diversas atividades cotidianas, é preciso também realizar várias ações de forma deliberada e consciente (BURY, 1982).

No site da SBD, essa lógica se manifesta na disposição de informações na tela inicial. As guias superiores organizam essas informações de modo a apresentar primeiro os dados sobre a instituição e, ao lado, os sobre a doença. A guia intitulada “diabetes” fornece uma série de informações sobre o “mecanismo” de funcionamento da insulina no corpo humano não-diabético, os “fatores de risco” das diabetes tipo 1 e 2, o “diagnóstico e tratamento” da doença, bem como as suas complicações agudas. “Vivendo com diabetes”, a uma pessoa é recomendado o acompanhamento multidisciplinar por profissionais da endocrinologia, da psicologia, da nutrição e da educação física, dentre outros. Mais ainda: a “saúde sexual” e os potenciais “transtornos alimentares” são pauta e “perguntas e respostas” são formuladas com o objetivo de diferenciar “mitos e verdades” da experiência.

Em abril deste ano, aprendi que as regras com as quais já estava habituada passam a ser apenas uma parte das medidas a serem tomadas para garantir a minha sobrevivência. O site me surpreendeu imediatamente ao meu acesso: em lugar do conhecido portal da SBD, me deparava com o portal da “SBD - Diabetes na era da COVID-19” e um novo *layout*, em tom vermelho-sangue e com imagens de vírus. Ele me dizia que, em questão de dias, meu corpo havia ultrapassado idades, épocas e períodos históricos para adentrar em uma nova era. Mas por que essa demarcação temporal apresentava a diabetes como conteúdo da COVID-19, se a minha existência e a de tantos outros comprovam que a diabetes a ela precedia e afortunadamente a ela iria se suceder?

por diabéticos. Ele diz: “Como basal, entende-se uma secreção constante de insulina que permanece em níveis baixos no sangue o tempo todo e é produzida em forma de ‘gotas contínuas’, mantendo a liberação de glicose para as células do organismo; enquanto o termo bolus se refere a quantidades maiores de insulina que são liberadas na circulação sanguínea em momentos de maior necessidade, como, por exemplo, às refeições” (SBD, [2019?], [s.p.]).



Sociedade Brasileira de Diabetes se une a um esforço global para reduzir o risco de pessoas com diabetes durante a pandemia de COVID-19

Página inicial do site da SBD – Diabetes na era COVID-19. Fonte: <<https://www.diabetes.org.br/>>.

Quatro meses depois daquele momento, quando retomo as minhas anotações para a escrita deste trabalho, encontro o portal com sua antiga aparência e, dentro dele, apenas um *banner* para o acesso à outra página dedicada às especificidades do combate à COVID-19 por pessoas portadoras de diabetes. Penso que a criação de uma segunda página não significa que haja um distanciamento entre diabetes e COVID-19. Não só o *link* para a nova página estabelece um contato entre as duas enfermidades, como também existe conteúdo interno à página tradicional que diz respeito à relação entre as duas doenças, como é o caso do “abastecimento de insulina na era COVID-19” e das “orientações para o autocuidado durante o distanciamento social”. Muitas das seções estruturam suas informações biomédicas sob a forma de perguntas e respostas, algumas das quais assinadas por representantes de empresas fabricantes e distribuidoras de medicamentos no Brasil, como é o caso da Lilly e da Novo Nordisk (que fornecem insulina).

“Contrapondo-se a mensagens de conteúdo alarmista” e “em consonância com o Ministério da Saúde”, a SBD afirma que diabéticos “compõem segmento de risco para complicações com a infecção [de COVID-19]” e devem adotar uma série de medidas de mitigação de problemas de saúde decorrentes da pandemia. O site toma o cuidado de estabelecer uma distinção entre “maior risco de infecção” e “maior gravidade da infecção”, pois as pessoas com diabetes não são mais vulneráveis à contaminação, mas sim manifestam versões mais graves da doença.

Coitinho Filho (2020) bem como Mello e Baptista (2020) lembram que a adoção da categoria “grupo de risco” remete aos seus usos nos anos 1980, quando das primeiras manifestações da epidemia de HIV/AIDS. Àquela época, movimentos sociais já denunciavam a associação do termo a ideias preconceituosas e a práticas de perseguição e posterior abandono de doentes, propondo sua substituição pela expressão “grupo vulnerável”. Atualmente, muitos ainda insistem em ressuscitar a categoria “grupo de risco” para explicar as suscetibilidades e dinâmi-

cas da atual pandemia (MELLO; BAPTISTA, 2020). Dos mais vulneráveis, seriam as pessoas idosas as mais responsabilizadas pela manutenção de sua saúde, denotando ainda o estigma e a manutenção da marginalização de grupos sociais específicos, agora por meio do acionamento de novas tecnologias. Essa estigmatização pode ser observada em práticas de ridicularização da autonomia da pessoa idosa que paga suas contas e faz as suas próprias compras no supermercado, uma forma de diferenciação social que reside na criação de um “outro” passível de ser julgado e evitado (COITINHO FILHO, 2020). Pessoas diabéticas, enquanto portadoras de uma “doença invisível e sorrateira”, não apresentam de maneira evidente marcadores semelhantes aos que tornam as pessoas mais velhas vulneráveis à discriminação social.

As medidas de combate à COVID-19 por diabéticos que o site da SBD preconiza são, em parte, as mesmas regras de higiene propagadas para todas as populações; porém, a elas, se acrescenta a orientação de “manter controle glicêmico adequado, medicamentos e insulinas regularmente”⁵. De forma mais detalhada, ele divulga que tão importante quanto manter distanciamento social, usar máscaras, higienizar mãos e superfícies que podem estar contaminadas com o vírus, comer de forma saudável e dormir bem para garantir o bom funcionamento de seu sistema imunológico, uma pessoa diabética deve continuar controlando sua glicemia a despeito da impossibilidade de manter certos hábitos (como caminhar em uma praça, frequentar uma academia de ginástica ou ir a uma consulta em um centro de tratamento especializado) e da ansiedade do confinamento que pode acarretar o aumento da glicemia⁶.

O site esclarece ainda que o risco de complicações decorrentes do novo coronavírus em pessoas com diabetes controlada “é praticamente o mesmo da população sem diabetes”. Para a SBD, a equiparação entre diabéticos e a população sem diabetes também aparece quando a associação informa a seus visitantes do site que “não recomenda a compra para estoque de insumos para diabetes” e nos faz lembrar as diversas reportagens que, nos primeiros meses de 2020, relataram que redes de supermercado e leis aprovadas por governadores estaduais passaram a delimitar a quantidade de itens de higiene pessoal e alimentação a serem comprados por cada cliente (cf. ALMEIDA, 2020; MATTANA, 2020; OLIVEIRA, 2020; VINHAS, 2020).

Preciso fazer dois comentários neste momento: o primeiro sobre o sistema de saúde preventiva divulgado pelo site e o segundo sobre as vivências criadas por ele. O site do SBD propaga um modelo de saúde contra complicações da dia-

⁵ As informações que encontrei no site são veiculadas em outros meios de comunicação da SBD, a exemplo de vídeo animado produzido e tornado público no canal da SBD no YouTube (cf. SBD, 2020).

⁶ As relações entre estados emocionais e controle da diabetes são um aspecto da vivência do diabético que também é abordado no site da SBD, na guia “Vivendo com diabetes”. Há ainda estudos sobre esse tema, como o de Marcelino e Carvalho (2005). Essas relações no contexto da pandemia de COVID-19 podem ser um desdobramento interessante deste artigo, sendo assim, deixo aqui a indicação dessa aposta para outros pesquisadores e outras oportunidades.

betes, ao ensinar um conjunto de ações voltadas para a contenção de problemas futuros e riscos já conhecidos. Essas medidas de saúde correspondem também a medidas de segurança dos corpos diabéticos e se amparam em tecnologias de gestão da vida (como os controles glicêmico e alimentar) – compreendendo, assim, um modelo que trata a saúde como questão de biossegurança.

Como observa Lakoff (2008), as medidas de biossegurança podem adotar, ao menos, duas concepções diferentes do que seja segurança: a primeira foi amplamente adotada ao longo do século XIX em medidas de higienização urbanas e de suas populações. Eventos recorrentes poderiam ser prevenidos e essa racionalidade preventiva se mostrou característica de áreas como a epidemiologia e a demografia, ambas baseadas em dados coletados a partir de incidências pretéritas. Já a segunda concepção de segurança se desenvolveu em meados do século XX para a defesa civil e se alicerça na preparação contra o imprevisível, contra eventos potencialmente catastróficos. Assim, por meio da medição da vulnerabilidade de corpos e territórios, poderiam ser desenvolvidas competências que protegeriam esses corpos e territórios vulneráveis. O modelo de saúde adotado contra a diabetes e que a SBD divulga se embasa no discurso biomédico e oscila entre essas duas concepções de corpos assegurados contra doenças. Ainda que se mostre como um modelo de saúde preventiva contra complicações da diabetes e recorra a explicações sobre como essas complicações já conhecidas podem se desenvolver em corpos que não vigiam as regras de saúde eficazes, esse mesmo modelo lida com o imprevisível, na medida em que essas complicações podem ou não acontecer em qualquer momento da vida de uma pessoa diabética e sua incidência varia tanto quanto variam os tipos de corpos e de diabetes existentes. A saúde de uma diabética é atuada enquanto se imaginam os riscos decorrentes de uma diabetes mal controlada e não é à toa que se prepara constantemente: come-se bem e em horas demarcadas, fazem-se exercícios regularmente, fazem-se exames de sangue em laboratório e em casa, consultam-se especialistas periodicamente, bem como se deve seguir suas recomendações.

Sobre esse modelo de saúde preventiva dos sistemas de saúde embasados em um discurso biomédico, Puttini (2020) analisa que a COVID-19 é uma doença que coloca à prova esse sentido de prevenção. Para ele, a questão da prevenção de doenças deveria estar antes associada às questões de desigualdade social e, mais do que determinantes biológicos, o risco relativo à pandemia deveria se referir à história social dos doentes – portanto, ficando de fora do sistema de saúde biomédico. A sua análise ecoa a reflexão crítica de Santos (2020) sobre a incidência da pandemia em populações negras, povos indígenas, ribeirinhos, moradores de periferia, mulheres e pessoas portadoras de deficiência, bem como a normalização da excepcionalidade das crises do capitalismo, às quais a crise sanitária da COVID-19 se sobrepõe. Sendo assim, a proposta do site estaria destinada ao fracasso, na medida em que busca convergir dois discursos antagônicos: de um lado, há o discurso sobre uma doença crônica epidêmica (a diabetes), que

apregoa e visa à constante vigilância da saúde e ao domínio sobre o corpo humano. De outro, a emergência sanitária da COVID-19 coloca esse sistema de vigilância na mira, pois o que se sabe a seu respeito ainda não permite o seu controle e as práticas para a sua mitigação não implicam a resolução dos inúmeros problemas gerados ou destacados em seu contexto.

A respeito das vivências em diabetes, um olhar sobre como o site tradicional aborda as formas de diagnóstico é bastante útil – e esse olhar se volta para o site tradicional, porque não existe essa informação no site criado para esse contexto pandêmico em que vivemos. Ao acessar a guia “diagnóstico e tratamento”, o site informa que “um simples exame de sangue pode revelar se você tem diabetes”. A vivência em diabetes, portanto, começa a partir do diagnóstico, que se fundamenta em resultados laboratoriais. A realidade de diabéticos começa a ser atuada em laboratório por dados percentuais e/ou estatísticos de concentração de glicose no sangue, mas não se encerra nisso. Ela continua a existir nas práticas de consultório, no momento da consulta com um profissional e nas recomendações que carregamos conosco, desde então. Como bem observado por Mol (1999), a realidade é múltipla: no caso específico de diabéticos, coexistem performances clínicas e laboratoriais da doença e participam na atuação dessa realidade as intrincadas técnicas de medição de glicose (como “um simples exame de sangue” ou “o teste oral de tolerância à glicose” e em orientações que dizem que “a medição por ser feita por um monitor de glicemia ou por meio de bombas de insulina”), aquilo que é considerado como um bom ou um mau motivo para tratamento (“informação de qualidade” e “mensagens de conteúdo alarmista”), bem como orçamentos (como os de planos de saúde). O que mais estaria em jogo na experiência de ser diabética?

COMPLICAÇÕES, MORALIDADES E RESULTADOS

Uma unha encravada. Esse é um inconveniente para todas as pessoas. Ter o canto ou o lado de uma unha crescendo na carne gera dor, vermelhidão e inchaço em qualquer pessoa. Sou uma pessoa cujas unhas do pé encravam, portanto, elas doem, ficam avermelhadas e até arroxeadas. Para desencravá-las, cuido eu mesma de meu pé ou contrato o serviço de uma profissional. E ambas podemos errar. Ambas podemos ferir meu pé e meus dedos acabarem mais vermelhos e doloridos. Sempre penso que “vou perder meu dedo”, porque a ferida demora muito para cicatrizar. Felizmente ainda tenho dez dedos nos pés, mas o simples hábito de higiene de cortar as minhas unhas evoca essa cena, a angústia e o medo de desenvolver um “pé diabético”.

Essa expressão configura “uma das complicações mais frequentes da Diabetes Mellitus (DM) e suas consequências podem impactar, sobremaneira, a vida da pessoa”, me diz a SBD. E ela continua:

Muitas pessoas com diabetes têm doença arterial periférica, que reduz o fluxo de sangue para os pés. Além disso, pode haver redução de sensibilidade devido aos danos que a falta de controle da glicose causa aos nervos. Essas duas condições fazem com que seja mais fácil sofrer com úlceras e infecções, que podem levar à amputação. (SBD, [2019?], [s.p.]).

O autocuidado e o exame periódico dos pés permitem o bom controle, a detecção precoce de alterações nesta parte do meu corpo e a intervenção, se necessária, de profissionais qualificados para resolver qualquer problema. O pé diabético é um assunto sério para as pacientes e a rede de profissionais envolvida no tratamento da doença: a SBD tem, inclusive, um Departamento de Neuropatias e Pé Diabético, e uma das enfermeiras entrevistada para a coluna “verdadeiro ou falso” esclarece que “cerca de 85% das amputações não traumáticas de membros inferiores são precedidas por uma úlcera em pé diabético”, esses ferimentos “podem se infectar”, “atingir tecidos mais profundos” e “evoluir para uma possível amputação”. Não só unhas encravadas, mas também acidentes domésticos como quedas e mordidas de animais podem causar ferimentos que, em pessoas diabéticas, são fontes de grandes preocupações.

Silva (2000) e Bury (1982) observam que a vivência de uma doença crônica é um fenômeno social que afeta praticamente todos os aspectos da vida de uma pessoa e pode representar uma ameaça contínua. Tanto a pessoa portadora de uma doença crônica como aquelas próximas a ela acabam alterando de forma dramática o seu cotidiano, bem como esse processo envolve o reconhecimento da existência de dores, sofrimentos e até da possibilidade de morte – permitindo a caracterização dessas doenças como experiências disruptivas (BURY, 1982). Silva (2000), em particular, informa que a incorporação de uma condição do tipo costuma ser encarada como um desafio a ser enfrentado no dia a dia, já que demanda avaliações, ajustes, reavaliações e reajustes contínuos de práticas e hábitos. No entanto, isso não acarreta em completo sucesso: uma pessoa portadora de uma doença crônica pode fazer alterações em seu estilo de vida e ainda vivenciar períodos de mal-estar, quando ocorrem eventos estressantes, como, por exemplo, intervenções cirúrgicas ou exacerbações repentinas, sejam elas por tempo curto ou prolongado (BURY, 1982). Isso não é um segredo: ao acessar a guia “diagnóstico e tratamento” do site da SBD, somos primeiramente interpelados com a pergunta “É fácil ouvir que você tem diabetes?” e, em seguida, obtemos a resposta: “Não [...]. É normal que a cabeça gire, com muitas perguntas, medo e ansiedade. Mas quem está bem orientado consegue substituir o medo pela precaução”.

A aderência a um regime de tratamento reconhece a necessidade de sensibilizar as pessoas adoecidas e a estratégia mais utilizada para isso é mostrar as consequências da não aderência (SILVA, 2000; BURY, 1982). O tratamento específico da diabetes se embasa no ensino-aprendizagem de um modelo biomédico que ainda não foi superado e as tentativas de incorporá-lo carregam consigo o medo e a angústia de desenvolver complicações da doença (SILVA, 2000). Não é

incomum que uma pessoa com diabetes seja responsabilizada pela sua sobrevivência e isso se torna bastante atual neste momento de COVID-19, não apenas para diabéticas. Em outras palavras, “se isolar” e “furar o isolamento” ganham gradualmente um contorno moral que pode ter um paralelo interpretativo traçado nas práticas de (auto)cuidado e “descuido com a diabetes”, pois, guardadas as devidas proporções e especificidades, diabetes e COVID-19 caminham juntas no que diz respeito às questões de vigilância dos comportamentos (e corpos).

As ideias de ordem, (auto)cuidado e transgressões cotidianas, portanto, dão um contorno moral às práticas relacionadas com a diabetes e a COVID-19, se por “moral” entendermos o mesmo que Fassin (2018): a crença na possibilidade de diferenciar o certo do errado e na necessidade de agir em favor do bem – a sobrevivência de um corpo diabético ou da humanidade – e contra o mal – cegueira, amputações, insuficiência renal, insuficiência respiratória e, eventualmente, morte.

GUARDANDO AS CANETAS ATÉ O PRÓXIMO USO

Neste trabalho, pude mostrar como a suposta incidência indiscriminada da pandemia, desde seu começo, se embasa na segregação de “grupos de risco” aos quais pessoas portadoras dos diferentes tipos de diabetes são incluídas. Essa segregação pautada inicialmente em critérios biomédicos (e agora ampliada para critérios socioeconômicos, de gênero, raciais e étnicos) não distancia os corpos de diabéticos desta doença crônica, pois intensifica a sua experiência cotidiana.

As ideias em torno da diabetes comunicadas no site da SBD indicam que a instituição a considera uma doença, na medida em que se debruçam sobre a experiência cotidiana de pessoas portadoras de diabetes, os problemas enfrentados, possíveis soluções e as interações sociais em um contexto específico de pandemia viral. Contudo, essas mesmas informações ainda se alicerçam no discurso biomédico e na concepção da diabetes como uma patologia, bem como veiculam a diabetes como um problema de saúde, sob a perspectiva dos diferentes profissionais envolvidos em seu tratamento. Os dados sobre esse tratamento “na era da COVID-19” não mudam essa característica. É digno de nota que o modelo de prevenção das complicações que deve ser adotado por pessoas diabéticas e o modelo preventivo da contaminação pelo novo coronavírus andam lado a lado. Sendo assim, a proposta do site busca convergir dois discursos antagônicos: o discurso sobre uma doença crônica epidêmica (a diabetes), que tem como objetivo a constante vigilância da saúde e o domínio sobre o corpo humano, e o discurso sobre a emergência sanitária da COVID-19, que coloca esse sistema de vigilância na mira, pois o que se sabe a respeito da pandemia ainda não permite que ela seja eliminada, tampouco as práticas para a sua mitigação implicam a resolução dos problemas sociais que ganham maior evidência neste contexto.

O discurso biomédico produzido pela SBD encontra parceiros no Ministério da Saúde e nas empresas fabricantes e distribuidoras de medicamentos para diabéticos. Por um lado, pessoas diabéticas são informadas por representantes de fabricantes e distribuidoras de medicamentos que a suspensão de atividades não as afeta e seu papel de consumidoras está assegurado; por outro, podemos inferir que os diagnósticos de novos casos de diabetes estão em suspenso, já que o tema não é abordado no site criado para esse contexto que vivemos. Essa parceria pode indicar que a gestão da diabetes em correlação com a pandemia da COVID-19 está condicionada por interesses de mercado.

A rotina de cuidados de uma pessoa diabética se intensifica com o risco de contaminação da COVID-19 não só pela adoção de medidas de higienização rigorosas como também pela reiteração das medidas de controle glicêmico e pela ameaça de corte das redes de apoio e tratamento. Por si só, são marcantes as ideias de ordem, (auto)cuidado e as implícitas transgressões cotidianas que dão um contorno moral à diabetes e à COVID-19. Não está sendo incomum que uma pessoa seja responsabilizada pela sua sobrevivência e pela de outros; no entanto, se ela for considerada pertencente a um grupo vulnerável às manifestações mais graves e letais da pandemia, isso fica mais acentuado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bernardo. Supermercados limitam compras em BH para evitar prateleiras vazias. *Hoje em dia*, Belo Horizonte, 20 mar. 2020. Primeiro Plano. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/primeiro-plano/supermercados-limitam-compras-em-bh-para-evitar-prateleiras-vazias-1.779092>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. *Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes*. 308 f. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

BURY, Michael. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, Falmer – UK, v. 04, n. 02, p. 167 – 182, 1982.

COITINHO FILHO, Ricardo Andrade. A (re)apropriação da categoria “grupo de risco” – da AIDS ao COVID-19 – e a permanência do estigma sobre sujeitos em contextos pandêmicos. *Boletim n. 39 – Ciências sociais e coronavírus*, [online], 13 mai. 2020. Disponível em: http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/Boletim_n39.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

FASSIN, Didier. Além do bem e do mal? Questionando o desconforto antropológico com a moral. In: RIFIOTIS, Theophilos; SEGATA, Jean (orgs.). *Políticas etnográficas no campo da moral*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2018. p. 35 – 50.

FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. *Cadernos de campo*, São Paulo, n. 13, p. 155 – 161, 2005.

GOVERNO federal decreta estado de emergência para conter coronavírus no Brasil. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 04 fev. 2020. Equilíbrio e saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/02/governo-decreta-estado-de-emergencia-por-cao-de-surto-do-coronavirus.shtml>. Acesso em: 28 ago. 2020.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da vista parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 5, p. 07 – 41, 1995.

IDF – International Diabetes Federation. *Atlas de la diabetes de la FID*. 9. ed. [s.l.]: IDF, 2019. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

LAKOFF, Andrew. From population to vital system: national security and the changing object of public health. In: LAKOFF, Andrew; COLLIER, Stephen (eds.). *Biosecurity interventions: global health and security in question*. New York: Columbia University Press, 2008. p. 33 – 60.

LEITÃO, Débora K.; GOMES, Laura G. Etnografia em ambientes digitais: perambulações, acompanhamentos e imersões. *Revista Antropolítica*, Niterói, n. 42, p. 41 – 65, 2017.

MARCELINO, Daniela B.; CARVALHO, Ma. Dalva de B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, n. 18, v. 1, p. 72 – 77, 2005.

MATTANA, Bruna. Cada mercado e supermercado poderá definir quais itens terão compra limitada. *Diário de Canoas*, [online], 19 mar. 2020. Disponível em: https://www.diariodecanoas.com.br/noticias/especial_coronavirus/2020/03/19/cada-mercado-e-supermercado-podera-definir-quais-itens-terao-compra-limitada.html. Acesso em: 16 nov. 2020.

MELLO, Luiz; BAPTISTA, Jean. #SomosTodasVelhos: notas sobre grupo de risco em tempos de pandemia. Memórias LGBT, [online], 07 abr. 2020. Disponível em: <https://memoriaslgbt.com/2020/04/07/somostodasvelhos/?fbclid=IwAR3fJEJzvV-vOiY6hJv6PZcGblQ0yUXBev2ifXJm6JttXV5vo-P3NgD2shM>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MERUANE, Lina. *Sangue no olho*. São Paulo: Cosac Naify, 2015. (Tradução de Josely Vianna Baptista).

MISTRO RODRIGUES, Júlia. "Meu cérebro é também um simulador de pâncreas": estudo sobre a relação entre pessoas diagnosticadas com DM 1 e os aparelhos utilizados em seus tratamentos. Reunião de Antropologia do Mercosul, 13., 22 a 25 jul. 2019, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: *Anais...* Porto Alegre: [s.n.], 2019. p. 01 – 14.

MOL, Annemarie. Ontological politics: A word and some questions. *The Sociological Review*, Oxford, n. 47, p. 74 – 89, 1999.

OLIVEIRA, Rafael. Lei limita a compra de alimentos e de itens de higiene em supermercados de Goiás. *Portal G1*, [online], 15 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/04/15/governo-limita-compra-de-produtos-alimenticios-basicos-e-de-higiene-em-supermercados-de-goias.ghtml>. Acesso em: 16 nov. 2020.

PUTTINI, Rodolfo. Notas para uma sociologia da saúde brasileira. *Boletim n. 79 - Ciências Sociais e coronavírus*, [online], 08 jul. 2020. Disponível em: http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/Boletim_n79.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. O que é diabetes? *SBD*, [online], [2019?]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/> Acesso em: 26 ago. 2020.

_____. COVID-19 – Como orientar as pessoas com diabetes? *YouTube*, [online], 27 mar. 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=kzv8lOho8vc&list=PLGlrDaoc6u3dS2flcGPNxZL_1SsP8z9_B&index=3&ab_channel=SociedadeBrasileiradeDiabetes. Acesso em: 16 nov. 2020.

SEGATA, Jean; RIFIOTIS, Theophilos (orgs.). *Políticas etnográficas no campo da cibercultura*. Brasília: ABA Publicações; Joinville: Letradágua, 2016.

SILVA, Denise Ma. Guerreiro Vieira da. *Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais*. 197 f. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

VINHAS, Ana. Supermercado já limita quantidade de produto por consumidor. *Portal R7*, [online], 18 mar. 2020. Economia. Disponível em: <https://noticias.r7.com/economia/supermercado-ja-limita-quantidade-de-produto-por-consumidor-18032020>. Acesso em: 16 nov. 2020.