

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS**

SILVANIA SANTANA DOS SANTOS

**TERMINOLOGIA E CONIÇÃO:
Acessibilidade Textual e Terminológica sobre *diabetes mellitus tipo*
2 para pacientes idosos no Sistema Único de Saúde**

**SÃO CRISTÓVÃO/SE
2025**

SILVANIA SANTANA DOS SANTOS

**TERMINOLOGIA E CONIÇÃO:
Acessibilidade Textual e Terminológica sobre diabetes mellitus
tipo 2 para pacientes idosos no Sistema Único de Saúde**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção do título de Doutor em Letras.

Área de concentração: Estudos Linguísticos.
Linha de pesquisa: Linguagens, usos e tecnologias.

Orientador: Prof. Dr. Sandro M. D. A. Marengo
(PPGL/UFS)
Coorientador: Profa. Dra. Liliane Viana Pires
(PPGCNUT/UFS)

**SÃO CRISTÓVÃO/SE
2025**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237t Santos, Silvana Santana dos
Terminologia e cognição: acessibilidade textual e terminológica sobre diabetes mellitus tipo 2 para pacientes idosos no Sistema Único de Saúde / Silvana Santana dos Santos ; orientador, Sandro Marcio Drumond Alves Marengo.- São Cristóvão, SE, 2025.
134 f. : il.

Tese (doutorado em Letras) – Universidade Federal de Sergipe, 2025.

1. Sociolinguística. 2. Teoria social cognitiva. 3. Cognição em idosos. 4. Medicina – Terminologia. 5. Comunicação na medicina. 6. Diabetes tipo 2. I. Marengo, Sandro Marcio Drumond Alves, orient. II. Título.

CDU 81'27:61

SILVANIA SANTANA DOS SANTOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção do título de Doutor em Letras.

Área de concentração: Estudos Linguísticos.

Linha de pesquisa: Linguagens, usos e tecnologias.

Aprovada em: 09/09/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sandro M. D. A. Marengo (PPGL/UFS)
Orientador

Profa. Dra. Liliane Viana Pires (PPGCNUT/UFS)
Coorientadora

Profa. Dra. Maria José B. Finatto (UFRGS)
Examinador Externo à Instituição

Prof. Dr. Neandder Andrade Correia (Anhambi Morumbi)
Examinador Externo à Instituição

Profa. Dra. Liliane Viana Pires (UFS)
Examinador Interno ao Programa

Prof. Dr. Eliabe dos Santos Procópio (UFS)
Examinador Interno ao Programa

Comitê de Ética em Pesquisa da UFS

CAAE: 48656421.4.0000.5546

Parecer sob o número 5.173.073.

Data: 17 de dezembro de 2021

Dedico esta pesquisa, antes de tudo, ao meu Deus – fonte inesgotável de vida, força, luz e amor. Foi a Sua presença constante que guiou meus passos e sustentou meu coração em cada desafio desta caminhada.

À minha querida mãe, Vera Modesto, mulher virtuosa e exemplo de coragem, que me ensinou, com seu viver, que a fé e a determinação vencem qualquer tempestade.

Ao meu amado esposo, José Humberto, companheiro fiel de todas as horas, cujo apoio, carinho e paciência foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Às minhas irmãs, Alexsandra e Verônica, minhas eternas cumplices e amigas, com quem aprendi que, juntas, somos mais fortes, resilientes e incansáveis diante da vida.

Ao meu filho, Alisson Matheus, meu maior tesouro, meu milagre e minha inspiração diária. Tudo que faço e conquisto tem, e sempre terá, um pouco de você.

Ao meu neto, Guilherme, meu amor puro e verdadeiro, razão de muitos dos meus sorrisos e da minha vontade de seguir sonhando. Você é um pedaço doce da minha vida.

Estendo, com carinho e esperança, esta dedicatória a todas as pessoas que vivem com diabetes, desejando que encontrem, no vídeo didático fruto desta pesquisa, palavras que orientem, acolham e fortaleçam na jornada de cuidado e controle da doença.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, à Universidade Federal de Sergipe (UFS), ao Programa de Pós-Graduação em Letras (PPGL), ao Departamento de Nutrição, ao Laboratório de Bioquímica da Nutrição (LABNUT) e ao Laboratório de Educação Alimentar e Nutricional (LEAN), na pessoa da professora Liliane Viana Pires, pela oportunidade de integrar o projeto “*Avaliação da efetividade de uma intervenção nutricional baseada no grau de processamento dos alimentos para o controle metabólico de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 assistidos pela Atenção Primária à Saúde do Estado de Sergipe*”, que tanto contribuiu para a construção desta pesquisa.

Ao Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC/UFS), coordenado pelo professor Sandro Marcio Drumond Alves Marengo, por acolher este trabalho e possibilitar o diálogo com pesquisadores da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRLS) e o grupo de pesquisa em ATT, fortalecendo ainda mais minha caminhada acadêmica.

Ao Centro de Especialidades Médicas Otacília Modesto Ribeiro, minha sincera gratidão pela acolhida e pelo apoio imprescindível durante a realização desta pesquisa. Aos profissionais e colaboradores que, com dedicação e respeito, viabilizaram o acesso, organizaram os atendimentos e facilitaram o contato com os participantes, meu muito obrigada.

Ao meu orientador, professor Sandro Marcio Drumond Alves Marengo, por mais do que orientar: por acreditar. Sua paciência, dedicação e olhar atento foram faróis que guiaram este trabalho. Obrigada por estender a mão, oferecer sua sabedoria e confiar que este sonho acadêmico poderia se tornar realidade.

Aos docentes que, ao longo desta caminhada, compartilharam saberes, lançaram provocações instigantes e abriram caminhos que fortaleceram esta pesquisa — com especial reconhecimento àqueles que estiveram conosco nos desafios do ensino remoto durante a pandemia: Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto (Fundação Oswaldo Cruz), Profa. Dra. Isabel Michelan (UFS), Prof. Dr. Ricardo Abreu (UFS), Profa. Dra. Ariadne Domingues (UFBA) e Profa. Dra. Maria José B. Finatto (UFRGS).

À coordenação do PPGL, expresso minha sincera gratidão pelo comprometimento e dedicação à formação dos discentes.

Aos membros da banca examinadora, que aceitaram dedicar seu tempo e sua experiência à leitura desta tese. Suas observações cuidadosas e contribuições generosas não apenas enriqueceram este trabalho, mas também ampliaram meus horizontes como pesquisadora.

À minha mãe, Vera Modesto, exemplo de força e coragem, que me ensinou a lutar com dignidade e perseverança. Ao meu esposo, José Humberto, companheiro fiel, pelo apoio incondicional, paciência e incentivo nos momentos mais desafiadores.

Ao meu filho, Alisson Matheus, minha maior inspiração e razão de continuar, que me motiva a buscar sempre o melhor. À minha família, meu porto seguro, que me sustentou nos momentos de cansaço, me encorajou nas horas de incerteza e comemorou comigo cada pequena conquista. Vocês são a base de tudo que sou e a razão de eu seguir acreditando que vale a pena lutar pelos sonhos.

Agradeço de coração à minha amiga e colega de doutorado, Josefa Mônica, cujo olhar atento e sugestões cuidadosas foram fundamentais para aprimorar este texto. Sua generosidade em revisar capítulos, discutir argumentos e oferecer conselhos durante os momentos de impasse tornou este trabalho muito mais sólido e enriquecedor. Sem sua companhia intelectual e apoio constante ao longo desta jornada, esta tese certamente não teria alcançado a clareza e profundidade com que conta hoje.

Aos meus colegas de jornada, Almir, Irami, Débora, Édipo, João, Renato e Soraya, por compartilharem não apenas tarefas e reflexões, mas também sorrisos, desabafos e incentivo nos dias em que o peso parecia maior.

Aos meus amigos e amigas, por entenderem as ausências, respeitarem os silêncios e celebrarem cada pequena vitória comigo. Vocês fizeram a estrada menos árdua e mais cheia de cor. Aos idosos que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, expresso minha profunda gratidão por compartilharem suas histórias, experiências e saberes. Suas palavras e vivências ultrapassam o campo acadêmico — são lições de vida que levarei para sempre.

De modo especial, agradeço ao Seu João e à Dona Terezinha, que, com generosidade e simpatia, aceitaram participar da gravação do vídeo didático. A presença de vocês deu vida, afeto e autenticidade ao material, tornando-o ainda mais próximo de quem mais precisa dele. E, por fim, a mim mesma, por não ter desistido nos momentos de cansaço, por ter enfrentado desafios com resiliência e coragem, e por ter acreditado que este sonho era possível. Reconheço o meu próprio esforço e celebro cada passo que me trouxe até aqui.

E, de forma especial, a todos que, de alguma maneira, fizeram parte desta história — seja com palavras, gestos, dados, apoio técnico ou afeto — meu mais profundo e sincero obrigada. Este trabalho carrega um pouco de cada um de vocês e, por isso, é tão especial.

A Deus, meu alicerce, por ser a luz que ilumina meus passos e a força que sustenta meus dias. Sem a Sua presença constante, esta caminhada não teria encontrado direção nem sentido.

“A compreensão não nasce da definição exata de conceitos, mas das conexões prototípicas entre mundo, mente e linguagem.”
(Temmerman, 2000)

RESUMO

Esta tese de doutorado investigou as estruturas semântico-terminológicas no processo de comunicação em saúde, com foco específico na interação sobre o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O estudo foi delimitado a um grupo populacional de dez idosos, com 60 anos ou mais e escolaridade até o 5º ano do ensino fundamental, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios da região Centro-Sul de Sergipe. O problema de pesquisa partiu da constatação de um desalinhamento comunicacional entre o discurso especializado e técnico-científico dos profissionais de saúde e o repertório linguístico e sociocultural dos pacientes, o que frequentemente resulta em falhas na adesão ao tratamento e no autocuidado (Roter *et al.*, 2006). A hipótese central foi a de que a terminologia médica se mostrava cognitivamente pouco acessível, forçando os pacientes a recorrerem a estratégias de tradução intralingüística (Jakobson, 1959) baseadas em suas experiências corporificadas (Rosch, 1978) para dar sentido à informação. Assim, a tese defendida foi a de que a incompreensão das informações médicas por este público decorria, em grande medida, de uma inadequação terminológica, cognitiva e sociocultural entre os discursos. Para investigar essa questão, os objetivos foram: (1) descrever os processos de conceptualização dos termos diabetes, saúde e doença; (2) identificar as metáforas e estratégias discursivas que moldavam o entendimento desses conceitos; e (3) propor um produto educativo adaptado às necessidades dessa população. O referencial teórico mobilizado foi a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST), que entende os termos como construções cognitivas dinâmicas (Temmerman, 2000) e a teoria da Metáfora Conceptual (Lakoff; Johnson, 1980; Lakoff, 1987). Os procedimentos metodológicos empregaram uma abordagem qualitativa, baseada em entrevistas orais semiestruturadas, cujos dados foram examinados por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2011). Os resultados das análises confirmaram a hipótese, evidenciando que os idosos recorriam a metáforas e simplificações para compreender a terminologia da saúde. Foram identificadas metáforas estruturais, ontológicas e orientacionais. Tais construções cognitivas revelaram lacunas no processo comunicativo que dificultavam a adesão ao autocuidado. Como futuros encaminhamentos, a tese não se limitou ao diagnóstico, materializando suas conclusões na produção de um vídeo educativo intitulado “*Entendendo a Diabetes com Palavras Simples*”. Este produto audiovisual foi projetado para servir como uma ferramenta de intervenção, utilizando uma linguagem acessível e metáforas construtivas, com base nos princípios da Acessibilidade Textual e Terminológica (Finatto, 2020; Finatto; Paraguassu, 2022) para promover práticas de comunicação mais humanizadas, cidadãs e eficazes no SUS.

Palavras-chave: Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST); Metáforas Conceptuais; Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT); Comunicação em saúde; Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

This doctoral dissertation investigated the semantic-terminological structures in the health communication process, with a specific focus on the interaction regarding Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM). The study was delimited to a population group of ten elderly individuals, aged 60 or over, with schooling up to the 5th grade of elementary education, assisted by the Unified Health System (SUS) in municipalities of the Central-South region of Sergipe. The research problem stemmed from the observation of a communicational misalignment between the specialized and technical-scientific discourse of health professionals and the linguistic and sociocultural repertoire of the patients, which often results in failures in treatment adherence and self-care (Roter *et al.*, 2006). The central hypothesis was that medical terminology proved to be cognitively inaccessible, forcing patients to resort to intralingual translation strategies (Jakobson, 1959) based on their embodied experiences (Rosch, 1978) to make sense of the information. Thus, the defended thesis was that the misunderstanding of medical information by this public arose, to a large extent, from a terminological, cognitive, and sociocultural inadequacy between the discourses. To investigate this issue, the objectives were: (1) to describe the conceptualization processes of the terms diabetes, health, and disease; (2) to identify the metaphors and discursive strategies that shaped the understanding of these concepts; and (3) to propose an educational product adapted to the needs of this population. The mobilized theoretical framework was the Sociocognitive Theory of Terminology (TST), which understands terms as dynamic cognitive constructions (Temmerman, 2000), and the Conceptual Metaphor Theory (Lakoff; Johnson, 1980; Lakoff, 1987). The methodological procedures employed a qualitative approach, based on semi-structured oral interviews, with the data being examined through content analysis (Bardin, 2011). The analysis results confirmed the hypothesis, showing that the elderly resorted to metaphors and simplifications to understand health terminology. Structural, ontological, and orientational metaphors were identified. Such cognitive constructions revealed gaps in the communicative process that hindered adherence to self-care. For future directions, the thesis was not limited to diagnosis, materializing its conclusions in the production of an educational video titled “Understanding Diabetes with Simple Words”. This audiovisual product was designed to serve as an intervention tool, using accessible language and constructive metaphors, based on the principles of Textual and Terminological Accessibility (Finatto, 2020; Finatto; Paraguassu, 2022) to promote more humanized, citizen-oriented, and effective communication practices in the SUS.

Keywords: Theory of Sociocognitive Terminology (TST); Conceptual Metaphors; Textual and Terminological Accessibility (TTA); Health Communication; Type 2 Diabetes Mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das macrorregiões do Estado de Sergipe.....	56
Figura 2 – Mapa de Sergipe com destaque para macrorregião Centro-Sul	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura do questionário e os campos semânticos	59
Quadro 2- Organização dos dados de conceptualização dos informantes de sexo feminino.....	69
Quadro 3- Organização dos dados de conceptualização dos informantes de sexo maculino.....	72

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
ATT	Acessibilidade Textual e Terminológica
BSI	<i>British Standards Institution</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabete Mellitus Gestacional
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Federação Internacional de Diabetes
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
LABNUT	Laboratório de Bioquímica da Nutrição
LADA	<i>Latent Autoimmune Diabetes in Adults</i>
LADOC	Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica
LANUD	Laboratório
LEAN	Laboratório de Educação Alimentar e Nutricional
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LS	Linguagem Simples
MCI	Modelos Cognitivos Idealizados
MODY	<i>Maturity Onset Diabetes of the Young</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPGCNUT	Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição
PPGL	Programa de Pós-graduação em Letras
PSF	Programa da Saúde da Família

REBRALS	Rede Brasileira de Letramento em Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Texto de Chegada
TP	Texto de Partida
TST	Teoria Sociocognitiva da Terminologia
UFS	Universidade Federal de Sergipe
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1. ORIGEM, MUDANÇAS E CLÍNICA DO DM2	21
2.2. PRÁTICAS E POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA 60+ COM DM2	23
2.3. LINGUAGEM, COMUNICAÇÃO E SAÚDE PARA 60+ COM DM2	29
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	34
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	55
4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	55
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	55
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
4.4 LOCAL DO ESTUDO	57
4.5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ENTREVISTA	58
4.6 ENTREVISTAS	60
4.7 SELEÇÃO, DELIMITAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DOS TERMOS DIABETES, SAÚDE E DOENÇA	63
5.2 AS METÁFORAS CONCEPTEUAIS DE DIABETES, SAÚDE E DOENÇA.....	77
6. PROJETANDO O VÍDEO DIDÁTICO ENTENDENDO A DIABETES	87
7 CONCLUSÃO.....	92
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	102
APÊNDICE A.....	102
APÊNDICE B.....	119
APÊNDICE C.....	134

1. INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é, em sua essência, um ato de comunicação. Quando essa comunicação falha ou se enviesa, as consequências podem ser devastadoras. Esta é uma verdade que se tornou o estopim e a força motriz para a realização desta tese. O ponto de partida foi uma crise familiar que serviu como um microcosmo do problema sistêmico aqui investigado: minha sogra, uma senhora de 83 anos com um histórico de três décadas de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), interpretou a afirmação médica de que "não havia indicação glicêmica de diabetes no exame realizado" como uma cura definitiva. No entanto, o médico somente apontou que ela apresentava níveis glicêmicos controlados naquele exame pontual. Essa frase, desacompanhada de uma mediação linguística ou explicação mais detalhada sobre o que significava aquele resultado de exame naquele momento, desencadeou a suspensão de medicamentos essenciais e culminou, posteriormente, em um coma diabético que a manteve hospitalizada por um tempo significativo. Este evento não foi uma anomalia, mas uma manifestação aguda de um problema linguístico-comunicacional sistêmico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: o abismo existente entre a linguagem objetivista e técnica do discurso médico, alicerçado por um conhecimento científico prévio, e a capacidade de compreensão dos enunciados proferidos por esses profissionais aos pacientes idosos e com baixa escolaridade, um fenômeno cuja prevalência e impacto na adesão terapêutica já são amplamente documentados na literatura. Cerca de 40,5% dos pacientes deixam as consultas sem entender plenamente as instruções médicas, segundo nos aponta o estudo conduzido por Roter *et al.* (2006). Os resultados apresentados pelos autores indicaram que apenas 40,5% dos participantes conseguiram lembrar quando e como deveriam tomar seus medicamentos, o que, por sua vez, indicou que aproximadamente 59,5% não compreenderam completamente as instruções fornecidas.

É importante reforçar que as consultas médicas representam um momento inicial e importante para estabelecer uma comunicação clara entre profissionais de saúde e pacientes, funcionando também como ponto de partida para um tratamento adequado e o desenvolvimento do autocuidado. No entanto, quando esses atendimentos são breves e ocorrem em um contexto de sobrecarga dos profissionais, os atravessamentos comunicativos se agravam, ampliando a distância entre o conhecimento técnico-científico especializado e a compreensão do paciente. Assim, o SUS se depara com um desafio complexo e ainda pouco explorado: a necessidade de integrar linguagem, cognição e cuidado em saúde de forma eficaz e acessível.

Essa problemática não reside em um simples ruído de transmissão, mas em um choque epistêmico entre dois modelos de conhecimento de mundo. Dentro deste cenário, a questão de pesquisa que estruturou nossa investigação foi: como os idosos diabéticos com baixa escolaridade, atendidos e acompanhados pelo SUS no centro-sul sergipano, interpretam, ressignificam e usam as informações médicas recebidas, e de que forma essa construção de sentidos, frequentemente metafórica, governa suas práticas de autocuidado?

Nossa investigação foi guiada pela hipótese central de que a terminologia médica era cognitivamente pouco acessível a esses pacientes, forçando-os a recorrer a estratégias de tradução baseadas em suas experiências corporificadas para dar sentido à informação, o que, sem a devida mediação, gerava entendimentos que comprometiam a gestão de sua doença crônica. Nesse sentido, a pesquisa se isere no campo da Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT) (Finatto, 2025), perspectiva que busca compreender como barreiras linguísticas e cognitivas podem ser mitigadas por meio da adaptação textual e terminológica, promovendo o letramento em saúde.

Com base nisso, a tese que defendemos é a de que a incompreensão (ou má compreensão) das informações médicas por parte de idosos diabéticos com baixa escolaridade, atendidos pelo SUS, decorre, em grande medida, de uma inadequação terminológica, cognitiva e sociocultural entre os discursos profissionais e o repertório dos pacientes.

Desse modo, a relevância desta pesquisa se apoia justamente na urgência de enfrentar esse problema sob uma perspectiva interdisciplinar, unindo Linguística e Saúde Pública. Enquanto estudos tradicionais sobre diabetes focam em aspectos clínicos ou epidemiológicos, poucos se dedicam a investigar como os pacientes, especialmente os mais vulneráveis, processam e ressignificam as informações recebidas.

Para um idoso que vive há anos com diabetes, por exemplo, a palavra *açúcar* pode carregar sentidos múltiplos: energia, perigo, prazer proibido ou recompensa. Essa polissemia cultural e cognitiva fundamenta o desafio comunicacional que buscamos compreender. Alguns dados coletados previamente mostraram que muitos participantes associavam diabetes exclusivamente à proibição de doces, ignorando riscos como o consumo excessivo de carboidratos ou gorduras. Outros acreditavam em curas milagrosas, por meio da produção de chás caseiros, refletindo diferentes formas de manejo da doença, seja pelo saber médico-científico ou seja pelo conhecimento popular. Nesse ponto, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) se apresenta como uma das ferramentas estratégicas, pois, quando adaptada aos modelos mentais e culturais dos pacientes, pode possibilitar o aumento da adesão ao tratamento,

favorecendo o (auto)cuidado (Pires *et al.*, 2020; Fagundes *et al.*, 2020). Assim, ao adotar abordagens comunicacionais interdisciplinares, como a TST integrada à EAN, para compreender como esses sujeitos constroem sentidos e, com isso, propor estratégias linguísticas mais eficazes para o autocuidado. Isto porque o manejo eficaz do diabetes depende não apenas do uso correto dos medicamentos, mas também da clareza no diálogo entre profissionais de saúde e pacientes. O controle glicêmico requer práticas diárias, como alimentação saudável, exercícios regulares, uso correto dos medicamentos e acompanhamento médico constante. Entretanto, quando o idoso não comprehende plenamente as mensagens transmitidas pelos profissionais, podem surgir interpretações equivocadas, elevando o risco dos agravos da doença. Portanto, a superação dessa barreira exige uma abordagem de pesquisa-ação que valide os saberes dos pacientes e dialogue ativamente com eles.

Para comprovar esta tese, O nosso objetivo geral da tese é investigar como idosos diabéticos com baixa escolaridade interpretam, ressignificam e usam as informações médicas recebidas, transformando-as em conhecimento aplicável ao autocuidado e manejo da enfermidade. Desse forma, os objetivos específicos são: (1) Descrever os processos de conceptualização dos termos diabetes, saúde e doença entre pacientes do SUS; (2) Identificar metáforas e estratégias discursivas que moldam o entendimento desses conceitos; (3) Analisar como a integração da EAN com a TST pode facilitar o letramento em saúde; e (4) Propor um produto educativo para a saúde, voltado para pessoas diabéticas com 60 anos ou mais, adaptado às necessidades linguísticas e cognitivas dessa população, materializado em linguagem audiovisual.

A significância deste percurso investigativo assentou-se em uma tripla e indissociável contribuição. Do ponto de vista teórico, a pesquisa avançou na aplicação da Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) (Temmerman, 2000), demonstrando suas possibilidades para desvelar as complexas interações entre linguagem, cognição e práticas sociais em um contexto de alta relevância humana. No campo social, o trabalho abordou uma questão fundamental de equidade em saúde, dando voz a uma população frequentemente silenciada e buscando ativamente reduzir as barreiras de informação que perpetuam desigualdades, uma agenda cuja importância foi ratificada pelo apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ao projeto guarda-chuva ao qual esta tese esteve vinculada. Por fim, sua contribuição prática materializou-se na produção do vídeo didático *Entendendo a Diabetes com Palavras Simples*, uma ferramenta de intervenção concreta projetada para reparar esse desnívelamento comunicacional. Para percorrer este caminho, adotou-se uma metodologia

de pesquisa qualitativa, analisando-se, por meio de análise de conteúdo temática (Bardin, 2011), as narrativas coletadas em entrevistas orais semiestruturadas com 10 (dez) idosos que haviam cursado, no máximo, até o quinto ano do ensino fundamental da Educação Básica. O critério de inclusão exigiu, além do acompanhamento no Programa da Saúde da Família (PSF) do Centro de Especialidades Médicas de Lagarto (SE), a residência efetiva e de longa duração na região Centro-Sul de Sergipe, abrangendo os municípios de Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Simão Dias e Tobias Barreto. Esses idosos foram distribuídos em 02 (dois) grupos de 05 (cinco) participantes, condicionados pela variável sexo – Masculino e Feminino- todos detentores de saberes empíricos e corporificados.

Já o arcabouço teórico para essa análise completou-se com a teoria da metáfora conceptual (Lakoff; Johnson, 1980 [2002]), ferramenta indispensável para descrever e interpretar os modelos mentais subjacentes a expressões como a associação direta de *alimentação* à privação, fome ou a castigo. Nas seções seguintes, o leitor será guiado pela contextualização do problema apresentado na literatura científica de expressa relevância, pela fundamentação teórica pontual, articulada e objetiva que orientou as análises, pelos caminhos metodológicos detalhados e pela discussão aprofundada dos resultados que emergiram do campo, culminando na construção do produto final não como um apêndice, mas como a materialização da tese e um reforço ao papel da descrição linguística na construção de um cuidado em saúde mais justo, humano e eficaz.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Conforme discutido na introdução, compreender o DM2 em pessoas 60+ requer ir além da dimensão biomédica, incorporando uma análise que contemple os contextos linguístico-culturais e os processos cognitivos que estruturam o entendimento da doença. Nesta pesquisa, o entendimento do *diabetes* como inimigo ou contaminação, de *saúde* como ausência de doença ou dom divino, de *doença* como tristeza e limitação e de *dieta* como privação, não funciona apenas como retórica de figuras de linguagem, mas, sobretudo, como modelos mentais de conceptualização construídos pelas diversas práticas de autocuidado.

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) desempenha um papel estratégico ao dialogar com esses modelos mentais. Estudos como os de Pires *et al.* (2020) e Fagundes *et al.* (2020) demonstram que programas de EAN são mais eficazes quando incorporam a linguagem e as referências culturais do público-foco, alinhando-se ao repertório de linguagem e categorias cognitivas dos pacientes. Assim, ao invés de combater metáforas como “diabetes é um câncer que come devagar”, pode-se utilizá-las como ponto de partida para explicar processos fisiológicos e orientar práticas de (auto)cuidados de formas mais significativas.

Conforme propõe Susan Sontag (1978) em *A Doença como Metáfora*, as construções simbólicas e imaginárias em torno das doenças revelam modos de percepção social e afetiva que ultrapassam o campo médico. Para Sontag, a metáfora atua como um espelho cultural do medo, da culpa e da exclusão, influenciando a forma como as pessoas se percebem doentes e como a sociedade lida com o adoecimento. Essa leitura é essencial para compreender como expressões metafóricas — como “açúcar é um veneno” ou “a doença mora dentro do corpo” — carregam sentidos socialmente compartilhados e orientam práticas de cuidado.

Em perspectiva convergente, Huang (2005), em sua dissertação *A metáfora no texto científico de medicina: um estudo terminológico da linguagem sobre AIDS*, demonstra que a metáfora não se limita à linguagem poética, mas atua como estrutura cognitiva que organiza o conhecimento científico e cotidiano. Huang revela como expressões como “combater o vírus” ou “defesa imunológica” derivam de esquemas de guerra e proteção, configurando modelos mentais que orientam tanto o discurso médico quanto a recepção do público. Esse entendimento reforça que a terminologia médica está impregnada de metáforas estruturais, o que exige abordagens de letramento em saúde sensíveis a essas construções.

Essa articulação entre a TST e a EAN permite a construção de um modelo linguístico-comunicacional mais inclusivo, capaz de possibilitar que pacientes transformem as informações

das consultas médicas e dos materiais informativos e educativos em oportunidades reais de letramento em saúde (Sørensen; Van den Broucke; Fullam *et al.*, 2012; Nutbeam, 2008). Em contexto de pessoas 60+ que vivem com DM2, tal integração não apenas favorece uma melhora na compreensão das orientações médico-nutricionais, mas também possibilita um aumento das chances de adesão eficaz ao tratamento e à prevenção de possíveis futuras complicações. Essa abordagem torna-se ainda mais urgente diante do cenário epidemiológico em que o DM2 — uma das principais condições crônicas de saúde pública — apresenta prevalência crescente e impacta de forma significativa a população 60+.

No âmbito dos estudos de linguagem em saúde, adota-se aqui a terminologia Letramento em Saúde, e não “literacia”, conforme padronizado por Finatto (2025) e Paraguassu (2023). Essa escolha reforça o compromisso da pesquisa com a perspectiva sociocultural brasileira, em que “letramento” remete à construção coletiva de sentidos e à mediação social do conhecimento. A partir dessa base, a revisão da literatura organiza-se em torno de três eixos principais:

(1) a evolução histórica e clínica do DM2, com destaque para sua relevância como problema de saúde pública; (2) as práticas e políticas de educação em saúde voltadas ao manejo dessa condição na população idosa; (3) as barreiras linguísticas e semântico-conceituais que interferem na compreensão das orientações médicas e nutricionais. Tais eixos sustentam-se nas discussões de Temmerman (2000) sobre a natureza sociocognitiva dos termos e dialogam com abordagens complementares, como a Terminologia baseada em frames, proposta por Pamela Faber (2012).

Ao examinar produções científicas nacionais e internacionais, evidenciam-se lacunas relacionadas à forma como os termos especializados — em especial *saúde*, *doença*, *diabetes* e *dieta* — são apropriados por homens e mulheres 60+ com baixo nível formal de escolarização. Tal mapeamento permitirá, posteriormente, dialogar com referenciais teóricos específicos, de modo a aprofundar a análise sobre a mediação terminológica e o alinhamento entre discurso técnico e saberes locais. Embora nesta seção se aborde conceitos fundamentais para a compreensão do problema, a discussão aprofundada sobre a TST será desenvolvida no capítulo seguinte, reservado à fundamentação teórica. Assim, garante-se que as análises posteriores, ancoradas nesse referencial, partam de uma base construída a partir da articulação entre evidências epidemiológicas, práticas de educação em saúde e estudos sobre letramento e acessibilidade comunicacional no contexto do SUS.

2.1 ORIGEM, MUDANÇAS E CLÍNICA DO DM2

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica de grande relevância científica e clínica, amplamente estudada devido ao seu impacto sistêmico e às complicações graves que pode ocasionar, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular e pé diabético, as quais podem levar a internações prolongadas, amputações e até à morte (Oliveira *et al.*, 2019; WHO, 2024). Embora seja hoje definido como uma desordem metabólica complexa, seu entendimento histórico se construiu ao longo de mais de dois mil anos, passando de descrições sintomatológicas rudimentares a uma compreensão bioquímica e fisiopatológica precisa.

As primeiras descrições reconhecíveis do diabetes remontam à medicina india, nos textos atribuídos a Susruta (c. 400 a.C.), que identificavam uma condição caracterizada por urina doce e abundante, capaz de atrair formigas¹ (Mishra; Singh, 2013). No Ocidente, o registro mais influente foi feito por Areteu da Capadócia (c. 150 d.C.), que, em sua obra **On the Causes and Symptoms of Chronic Diseases**, definiu o diabetes como “uma afecção maravilhosa, caracterizada pela liquefação da carne em urina; o fluxo é incessante, como a abertura de aquedutos, e a vida do paciente é curta se a doença estiver completamente estabelecida”² (Aretaeus, 1856, p.81, tradução nossa). Essa observação enfatizava o sintoma da poliúria³ e a natureza crônica e debilitante do quadro.

O termo *diabetes* deriva do grego *διαβαίνω* (diabaínō), formado por *dia-* (“através”) e *baínō* (“passar”), significando literalmente “passar através”⁴ — uma referência ao volume excessivo de urina expelido pelos pacientes (Harper, 2018). Já o qualificativo *mellitus*, do latim “adoçado com mel”, foi acrescentado pelo médico inglês Thomas Willis, em 1674, ao notar o sabor adocicado da urina em certos pacientes. Em suas palavras, “a urina dos diabéticos é maravilhosamente doce, como se estivesse impregnada com mel ou açúcar”⁵ (Willis, 1674, p.92, tradução nossa). A adoção do termo composto consolidou-se nos séculos seguintes, mantendo-se até as classificações contemporâneas.

No final do século XVIII, ocorreram avanços decisivos. Em 1776, Matthew Dobson demonstrou que o açúcar presente na urina e no sangue dos diabéticos era a mesma substância:

¹ Descrição presente nos textos médicos ayurvédicos, associando urina doce à presença de formigas, um método empírico de diagnóstico pré-laboratorial.

² Texto original: “*Diabetes is [...] the melting down of the flesh and limbs into urine*”.

³ Aumento anormal e excessivo da produção de urina, um dos sintomas do diabetes.

⁴ O verbo *diabaínō* significa “passar através” e era usado metaforicamente na medicina grega para indicar fluidos atravessando o corpo.

⁵ Texto original: “*the urine of diabetics is wonderfully sweet, as if it were imbued with honey or sugar*”.

glicose⁶ (Dobson, 1776). Pouco depois, em 1788, Thomas Cawley descreveu, no **London Medical Journal**, alterações patológicas no pâncreas de um paciente diabético, sugerindo uma relação etiológica entre o órgão e a doença⁷ (Cawley, 1788). Esse vínculo foi explorado por John Rollo e William Cruickshank, que formularam uma abordagem terapêutica baseada em dieta rica em proteínas e gorduras e pobre em carboidratos, buscando reduzir a hiperglicemia⁸ (Rollo, 1797).

Durante o século XIX, o foco científico deslocou-se gradualmente para a investigação fisiológica e bioquímica, culminando na identificação da insulina por Banting e Best, em 1921⁹ (Bliss, 1982). Esse achado transformou o diabetes de uma condição fatal para uma doença controlável, embora não curável. O entendimento médico passou de uma concepção centrada apenas no sintoma (poliúria e glicosúria¹⁰) para a visão de uma síndrome metabólica associada a distúrbios na secreção ou na ação da insulina.

Hoje, a Organização Mundial da Saúde define o diabetes mellitus como uma “doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de deficiência na secreção e/ou ação da insulina”¹¹ (WHO, 2006, p.3, tradução nossa). Essa hiperglicemia, segundo a própria OMS, provoca “danos progressivos a vários órgãos, especialmente aos nervos e vasos sanguíneos”¹² (WHO, 2006, p.4, tradução nossa). As diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2024) classificam o DM em quatro grandes grupos: tipo 1 (autoimune), tipo 2 (resistência à insulina e secreção insuficiente), gestacional e outros tipos específicos, como LADA¹³ e MODY¹⁴. Estima-se que o DM1 corresponda a 5–10% dos casos e o DM2 a cerca de 90%, sendo este último fortemente relacionado a fatores como obesidade, sedentarismo e envelhecimento populacional.

Conforme dados recentes da OMS, a prevalência global de diabetes em adultos aumentou de 7 % em 1990 para 14 % em 2022, representando grave desafio à saúde pública mundial, sobretudo em países de média a baixa renda, onde 59 % dos portadores não recebem tratamento medicamentoso adequado (WHO, 2024). No Brasil, há estimativas de mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, e aproximadamente 30 % desconhecem a condição,

⁶ Primeiro registro de comprovação química da glicose na urina e no sangue.

⁷ Observação pioneira que associou o pâncreas ao diabetes, anterior à descoberta das ilhotas de Langerhans.

⁸ Dieta cetogênica rudimentar, precursora de abordagens modernas de baixo carboidrato.

⁹ Conquista marcante que rendeu a Banting e Macleod o Prêmio Nobel de Medicina em 1923.

¹⁰ Glicosúria: presença de glicose na urina.

¹¹ Texto original: “chronic metabolic disease characterized by persistent hyperglycemia, resulting from defects in insulin secretion or action”.

¹² Texto original: “progressive damage to many organs, especially the nerves and blood vessels”.

¹³ LADA (*Latent Autoimmune Diabetes in Adults*): forma autoimune de diabetes diagnosticada na vida adulta.

¹⁴ MODY (*Maturity Onset Diabetes of the Young*): grupo de formas monogênicas de diabetes com início precoce.

o que evidencia a necessidade de políticas públicas voltadas à detecção precoce e ao acesso universal aos cuidados (IDF/SBD, 2025; WHO, 2024). A última diretriz da SBD, publicada em fevereiro de 2025, recomenda rastreamento a partir dos 35 anos, inserindo pessoas jovens obesos ou sedentários, além da utilização do teste oral de tolerância à glicose com leitura em 1 hora e do escore FINDRISC para estratificação populacional (SBD, 2025).

Apesar da sofisticação diagnóstica e terapêutica alcançada, persiste um desafio histórico: a centralidade excessiva do saber médico na condução do tratamento, relegando o paciente a um papel passivo. Como destacam Oliveira *et al.* (2019, p.14), “o diabético foi, por muito tempo, considerado apenas receptor de prescrições, sem participação ativa no próprio cuidado”. Essa perspectiva vem sendo contestada por abordagens mais recentes, que valorizam o letramento em saúde e a corresponsabilidade do paciente no manejo da doença, reconhecendo que a eficácia terapêutica depende não apenas do acesso a medicamentos, mas também da compreensão crítica das orientações clínicas (Pop-Busui *et al.*, 2017).

Assim, a evolução conceptual do diabetes, de Areteu da Capadócia à definição contemporânea da OMS, não reflete apenas um avanço biomédico, mas também um deslocamento — ainda incompleto — na compreensão do papel do paciente. O caminho que levou de descrições como “a liquefação da carne em urina” à compreensão de complexas interações hormonais e metabólicas foi marcado por descobertas científicas, mudanças semânticas e práticas terapêuticas que moldaram o enfrentamento da doença. O desafio atual consiste em integrar esse saber técnico com práticas comunicacionais inclusivas, capazes de garantir não apenas o controle glicêmico, mas também a autonomia e a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

2.2 PRÁTICAS E POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA 60+ COM DM2

A educação em saúde voltada ao DM2 em pessoas com 60 anos ou mais constitui um dos eixos estratégicos para a melhoria dos desfechos clínicos e da qualidade de vida, especialmente em contextos de alta prevalência e baixa escolaridade. A OMS (2024) destaca que o manejo efetivo do diabetes exige não apenas tratamento medicamentoso, mas também capacitação contínua do paciente para o autocuidado. Nesse sentido, programas educativos devem ser concebidos não como complementos, mas como parte integrante das políticas públicas e das práticas assistenciais.

No Brasil, o **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2021-2030** já enfatiza a educação em saúde como um dos pilares para reduzir complicações do DM2 e promover envelhecimento saudável (Brasil, 2021). Esse alinhamento com recomendações internacionais se deve ao reconhecimento de que, entre os idosos, fatores como baixa literacia em saúde, limitações sensoriais e barreiras cognitivas impactam significativamente a adesão ao tratamento e o manejo adequado da doença (Nutbeam, 2008; Sørensen *et al.*, 2012). Como aponta Nutbeam (2008), o desenvolvimento de competências em saúde é um processo social e político, que transcende a simples transmissão de informações e envolve capacitar indivíduos para exercerem maior controle sobre sua saúde.

A relevância dessa abordagem é ampliada pelo cenário epidemiológico. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2025) estima que cerca de 30,3% da população brasileira acima de 65 anos vive com diabetes, sendo que aproximadamente um terço desconhece o diagnóstico. A falta de diagnóstico precoce compromete intervenções oportunas, aumentando o risco de complicações como retinopatia¹⁵, nefropatia¹⁶ e neuropatia¹⁷, todas altamente incapacitantes (SBD, 2024; WHO, 2024). Além disso, estudos demonstram que idosos com DM2 e baixa escolaridade apresentam dificuldades para compreender prescrições, interpretar valores de glicemia e ajustar hábitos alimentares de acordo com as recomendações médicas (Carvalho *et al.*, 2024; Alor *et al.*, 2024).

No campo prático, a educação em saúde para pessoas 60+ com DM2 deve considerar especificidades culturais e socioeconômicas. A pesquisa de Alor *et al.* (2024), realizada em Gana, ilustra como crenças populares — como a atribuição do diabetes exclusivamente ao consumo de açúcar ou alimentos ricos em amido — influenciam o manejo da doença. Embora o contexto brasileiro apresente diferenças, fenômenos similares ocorrem, evidenciando a necessidade de adequar conteúdos educativos ao repertório sociocognitivo dos indivíduos. Conforme argumenta (Kuo *et. al.* 2012; Finatto, Paraguaçu, 2022), a comunicação em saúde deve dialogar com os valores e práticas do público, para que a mensagem seja não apenas ouvida, mas internalizada e aplicada. Nesse sentido, iniciativas exitosas combinam estratégias presenciais e remotas, uso de linguagem simples e recursos visuais, além de envolvimento familiar no processo educativo (Alotaibi *et. al.*, 2024; Sørensen *et al.*, 2012). A educação

¹⁵ Doença nos olhos causada pelo excesso de glicose, que danifica os vasos da retina. Pode provocar visão embaçada, manchas ou cegueira.

¹⁶ Lesão nos rins provocada pela diabetes mal controlada. O açúcar elevado danifica os filtros renais, causando inchaço, pressão alta e, em casos graves, necessidade de diálise.

¹⁷ Dano nos nervos, geralmente em pés e mãos, causado pelo excesso de açúcar no sangue. Provoca formigamento, dor ou perda de sensibilidade, aumentando o risco de feridas graves.

mediada por tecnologias, como aplicativos de monitoramento glicêmico e teleatendimento, tem demonstrado impacto positivo na adesão ao tratamento e na autogestão da doença, mesmo entre idosos (Schmidt *et al.*, 2011). Contudo, tais estratégias precisam ser adaptadas para superar limitações tecnológicas e de conectividade, frequentes nessa faixa etária.

A aplicação prática da educação em saúde no DM2 vai além da transferência de conhecimento: ela promove engajamento ativo e empoderamento do paciente, reduz hospitalizações e melhora indicadores clínicos. Revisões sistemáticas indicam que programas estruturados de educação em saúde podem reduzir níveis de hemoglobina glicada¹⁸ (HbA1c) em até 1% após seis meses, efeito comparável a alguns regimes farmacológicos (Chrvala; Sherr; Lipman, 2016). Esse dado reforça que investir em políticas educativas é também uma medida custo-efetiva para os sistemas de saúde. Portanto, compreender e aplicar a educação em saúde no manejo do DM2 entre idosos requer uma abordagem interdisciplinar, baseada em evidências e alinhada às diretrizes internacionais, mas sensível às realidades locais. A combinação de políticas públicas robustas, metodologias inclusivas e participação ativa do paciente é a via mais promissora para reduzir desigualdades, melhorar o controle glicêmico e promover o envelhecimento saudável.

Protocolos como a *Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus* (Brasil, 2019) orientam que sejam dinamizadas a educação para o autocuidado e que ela seja realizada desde o diagnóstico, com ênfase na capacitação do paciente e de seus familiares. Esse processo inclui o ensino sobre monitoramento glicêmico, ajustes dietéticos, prática regular de atividade física e reconhecimento de sinais de complicações agudas, como hipo e hiperglicemia. Um estudo de Carvalho *et al.* (2024), realizado em Unidades Básicas de Saúde brasileiras, verificou que programas de educação estruturados e ministrados por equipes multiprofissionais resultaram em melhora significativa na compreensão de prescrições e no manejo de insulina entre idosos, reforçando a eficácia da abordagem preconizada pelas diretrizes nacionais.

No âmbito internacional, a IDF (2023) propõe um modelo de educação centrado no paciente, fundamentado em sete comportamentos essenciais para o autocuidado no diabetes: 1- alimentação saudável; 2- prática regular de atividade física; 3- monitoramento glicêmico; 4- adesão à terapia medicamentosa; 5- resolução de problemas; 6- redução de riscos; e 7- enfrentamento saudável do estresse. Esses comportamentos devem ser ensinados de forma integrada, com base em metodologias ativas e avaliação contínua.

¹⁸ Exame de sangue que mede a quantidade de glicose ligada às hemoglobinas (proteínas do sangue que transportam oxigênio) nos últimos dois a três meses. Mostra como anda o controle do diabetes nesse período. Valores altos indicam glicose mal controlada e maior risco de complicações.

A *American Diabetes Association* (ADA, 2024) ainda recomenda que a educação em diabetes seja fornecida de forma individualizada, culturalmente sensível e em linguagem acessível, incorporando estratégias de aprendizado ativo e reforço contínuo. A ADA também ressalta a importância de incorporar tecnologias de apoio, como aplicativos e telemonitoramento, com adaptações para idosos, incluindo interface simplificada e suporte técnico. Pelo que apresentamos até esse momento, a integração entre diretrizes nacionais e internacionais pode potencializar a efetividade da educação em saúde no DM2 em pessoas 60+. Um exemplo é o uso de protocolos adaptados localmente, como os grupos de educação em diabetes no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), que seguem os princípios da SBD, mas incorporam recomendações da IDF e da ADA. Estudos de revisão (Chrvala; Sherr; Lipman, 2016) demonstram que programas que combinam a abordagem biomédica com estratégias de educação e empoderamento do paciente alcançam reduções clinicamente significativas nos níveis de HbA1c, além de melhorias na qualidade de vida e na autoconfiança para o manejo da doença.

Outro ponto relevante é o alinhamento entre políticas públicas de saúde e políticas de envelhecimento ativo. A OMS (2015) define envelhecimento ativo como o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. No caso do DM2, a educação em saúde atua diretamente nesse processo, pois capacita o idoso para manter autonomia e prevenir incapacidades.

Além de uma educação em saúde voltada para a compreensão da etiologia, fatores de risco, complicações e usos medicamentosos das enfermidades, é imperativo que não se minimizem as estratégias de controle, pois elas são fundamentais para que os pacientes desenvolvam a autonomia necessária para gerenciar as doenças de forma eficaz. Nesse interim, tratando-se da DM2 em pessoas 60+ com DM2, assume o protagonismo a EAN, que reforça a relevância de abordagens dietéticas individualizadas para idosos, destacando que "uma dieta equilibrada, rica em alimentos integrais, com baixa carga glicêmica e ajustada às preferências culturais, tem impacto significativo na redução de complicações metabólicas" (Evert *et al.*, 2019, p.1628). Uma revisão sistemática conduzida por Santos *et al.* (2024) destacou que intervenções de ação em saúde são eficazes na melhoria da qualidade da dieta e do controle glicêmico em indivíduos com DM2. A combinação de educação nutricional, técnicas de mudança comportamental e suporte social parece ser crucial para o sucesso dessas intervenções. No entanto, a heterogeneidade entre os estudos em termos de duração, intensidade e

componentes das intervenções destaca a necessidade de personalização para atender às necessidades individuais dos pacientes. Segundo os autores, a "implementação de ações educativas e nutricionais, alinhadas a estratégias baseadas em evidências, demonstrou eficácia na redução dos níveis de hemoglobina glicada e na melhora do perfil metabólico dos participantes" (Santos *et al.*, 2024, p.11). Esses achados reforçam a importância de programas nutricionais bem estruturados no SUS, evidenciando melhorias consideráveis na adesão ao tratamento em idosos com diabetes.

Já Tete *et al.* (2021) investigaram o impacto de intervenções educativas na compreensão e manejo do DM2 por pacientes. Este estudo adotou uma abordagem qualitativa para avaliar como a EAN influenciava o conhecimento e as práticas de indivíduos com DM2. Tal estudo destacou a importância de estratégias educativas que considerassem as necessidades individuais e culturais dos pacientes, promovendo uma compreensão aprofundada do papel da alimentação no controle do DM2. Os participantes relataram uma compreensão aprimorada dos seguintes aspectos: (a) Importância da Alimentação no Controle Glicêmico: os entrevistados reconheceram a relação direta entre a ingestão alimentar e os níveis de glicose no sangue, compreendendo a necessidade de monitorar a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos (Silva *et al.*, 2022); (b) Escolhas Alimentares Saudáveis: houve um aumento na capacidade de selecionar alimentos mais saudáveis, com ênfase em alimentos ricos em fibras, baixo índice glicêmico e redução do consumo de açúcares e gorduras saturadas (Fagundes *et al.*, 2020); (c) Planejamento de Refeições: os participantes passaram a valorizar o planejamento das refeições, incluindo a regularidade dos horários e a composição balanceada dos nutrientes, evitando picos glicêmicos (Santos *et al.*, 2024); (d) Leitura de Rótulos: a educação nutricional incentivou a prática de leitura de rótulos de alimentos, permitindo escolhas mais informadas e conscientes; (e) Autonomia e Autocuidado: os entrevistados relataram um aumento em sua autonomia, sentindo-se mais capacitados para tomar decisões relacionadas à alimentação e ao controle da doença (Tete *et al.*, 2021, p. 586-589).

Além disso, os participantes destacaram a importância do suporte contínuo e do acompanhamento profissional, enfatizando que a EAN deve ser um processo contínuo, adaptado às necessidades individuais e culturais. Demais estudos nacionais e internacionais reforçam esse achado. Pires *et al.* (2020) evidenciam que programas de EAN têm maior efetividade quando incorporam elementos culturais e linguísticos próximos à realidade do paciente. Da mesma forma, Fagundes *et al.* (2020) demonstram que a adaptação da linguagem e a valorização das práticas alimentares locais potencializam a adesão a planos alimentares para

controle glicêmico. Ambos os estudos apresentados convergem para o fato de que a EAN tem um impacto positivo significativo no conhecimento e nas práticas de pacientes com DM2. Desse modo, ao capacitar os indivíduos a fazerem escolhas alimentares informadas e a adotarem comportamentos de autocuidado, as intervenções educativas contribuem para o controle eficaz da doença e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

O Ministério da Saúde (MS) define educação em saúde como

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2013, p.45).

Quando o MS aborda a questão da apropriação da temática pela população, está enfatizando que a importância da linguagem no processo comunicativo, pois as pessoas só tomam para si algo que construa algum significado para elas. Dessa feita, no campo da educação em saúde podemos apresentar três grupos de protagonistas: (1) os profissionais da saúde que priorizam a prevenção e a promoção tanto quanto os métodos terapêuticos; (2) os administradores que forneçam suporte a esses profissionais; (3) os indivíduos que precisam desenvolver seus saberes e ampliar sua independência nos (auto)cuidados, tanto de forma pessoal quanto coletiva. Embora a definição do MS inclua aspectos que pressupõem a interação entre esses três grupos nas abordagens aplicadas para o avanço do processo, ainda se verifica um abismo entre a teoria e a prática de usos da linguagem nesses processos comunicativos, tal como apontaremos em seções posteriores dessa tese, quando nossos entrevistados conceptualizam termos como *açúcar, dieta e comida* como “inimigos” no contexto do diabetes. Assim, ao propor que a educação em saúde se configura como um processo político-pedagógico, ressalta-se a necessidade de fomentar o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, capaz de descontar a realidade e orientar a elaboração de ações transformadoras. Estas ações devem contribuir para que o indivíduo alcance sua autonomia e emancipação, posicionando-se como um sujeito histórico e social apto a participar das decisões relacionadas à saúde, promovendo cuidados consigo mesmo, com sua família e com sua comunidade.

Portanto, a articulação entre políticas públicas e diretrizes internacionais sustenta um modelo de educação em saúde para o DM2 em idosos que é abrangente, centrado no paciente e adaptado ao contexto. Essa convergência não apenas melhora os desfechos clínicos, mas também promove a equidade no acesso à informação e ao cuidado.

2.3 LINGUAGEM, COMUNICAÇÃO E SAÚDE PARA 60+ COM DM2

O aumento significativo da população idosa tem desencadeado desafios e mudanças no âmbito da saúde coletiva. O envelhecimento é um processo dinâmico e multifatorial que envolve alterações cognitivas, biofisiológicas e psicossociais. Conforme nos aponta Hareven (1995), o reconhecimento da velhice como uma etapa única da vida surge no século XIX, com a segmentação do curso da vida em estágios mais formais.

A institucionalização das idades reflete transformações sociais e culturais que se consolidam na modernidade. Esses processos não apenas classificaram os indivíduos, mas também lhes atribuíram papéis, direitos e deveres específicos, estabelecendo um marco histórico para a velhice como categoria social (Hareven, 1995, p. 10).

A institucionalização de saberes médicos e das aposentadorias também contribuiu para consolidar a velhice como uma categoria social (Silva, 2022). Nesse contexto, o DM 2 torna-se um problema de saúde significativo, especialmente devido às características específicas do envelhecimento que podem agravar os quadros clínicos. A OMS classifica como idosos aqueles com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Portanto, em nosso país, um indivíduo 60+ aloja-se na categoria de idoso.

Dentro dessa faixa etária, há uma grande heterogeneidade, o que exige um manejo clínico individualizado para condições como o DM2. Um estudo publicado pela SBD afirma que "o tratamento farmacológico para idosos com DM2 deve ser similar ao de adultos jovens, desde que sejam funcionalmente independentes e sem fragilidades. Contudo, peculiaridades como a presença de comorbidades, fragilidade, alterações cognitivas e uso de polifarmácia requerem uma abordagem diferenciada" (SBD, 2022, p. 15). A educação em saúde destinada a idosos com DM2, especialmente aqueles com baixa escolarização formal, encontra desafios comunicacionais que transcendem o simples entendimento de prescrições médicas. O léxico especializado técnico-científico, mesmo que corriqueiro, como *dieta*, *glicemia* e *insulina*, muitas vezes chega aos pacientes como conceitos abstratos, sem equivalentes claros em sua experiência de vida. Essa defasagem não é uma mera questão linguística, mas epistemológica: a construção de significados para esses termos exige um repertório conceptual que muitos idosos não possuem, dificultando tanto a compreensão quanto a aplicação das orientações nutricionais e terapêuticas.

A literacia em saúde, conforme definida por Sørensen *et al.* (2012), transcende a capacidade de decodificar informações: trata-se da aptidão para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações para tomar decisões informadas sobre saúde e autocuidado. No caso de homens e mulheres 60+ com DM2, tal lacuna se manifesta rapidamente: tanto em contextos clínicos quanto comunitários, não compreender adequadamente orientações nutricionais ou sintomas preocupantes pode resultar em automedicação inadequada, hipoglicemias não reconhecidas e adesão fragmentada ao tratamento. Um estudo conduzido na Turquia mostrou que idosos com literacia limitada eram seis vezes mais propensos a apresentar controle glicêmico inadequado (Yilmazel *et al.*, 2019), confirmando que o problema é fisiologicamente relevante, além de linguístico.

No Brasil, Santos *et al.* (2024) aplicaram instrumentos de literacia funcional em saúde a idosos com DM2 e observaram que 73,7 % apresentavam nível baixo, vinculando isso à escolaridade. Essas pessoas, ao receberem textos informativos ou explicações verbais sobre diabetes, frequentemente não conseguiam decodificar instruções, como “açúcar no sangue ideal entre 80-130 mg/dL”, “monitorar a pressão arterial semanalmente” ou “dieta equilibrada com carga glicêmica baixa”. Segundo as autoras,

O baixo LFS entre os idosos avaliados neste estudo foi inadequado e se manteve associado estatisticamente com o nível de escolaridade. Segundo os indicadores nacionais de alfabetização, esta amostra foi considerada analfabeta funcional, e este pode ter sido um dos principais fatores condicionantes da habilidade de ler e compreender as informações em saúde, tanto textuais como numéricas. (Santos *et al.*, 2024, p.162)

A consequência prática dos resultados apontados é um autocuidado superficial que, embora retorne estatísticas de participação, não se converte em controle metabólico efetivo. Essa lacuna cognitiva muitas vezes passa despercebida pelos agentes de saúde, que, ao não detectarem o déficit, continuam uma comunicação ineficaz. Segundo Glanz, Rimer e Viswanath (2008), a comunicação em saúde abrange múltiplas disciplinas e envolve a aplicação de princípios de comunicação para influenciar decisões informadas e o comportamento das pessoas em relação à saúde. Esse campo interdisciplinar utiliza ferramentas e estratégias diversas, desde campanhas de conscientização pública até interações individuais entre profissionais de saúde e pacientes. Portanto, entendemos que um bom domínio da linguagem no processo de comunicação em saúde desempenha um papel essencial na gestão de doenças crônicas como o DM2. Estudos indicam que a comunicação eficaz entre pacientes e profissionais de saúde melhora a adesão ao tratamento e os resultados clínicos (Hibbard *et al.*,

2004). Devemos enquadrar o processo comunicativo como um ato caracterizado não por relações de poder, sejam elas linguísticas ou sociais, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (Braga *et al.*, 2007). Dessa feita, destacamos a relevância do interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários a fim de que propiciem condições para práticas de promoção da saúde, tornando o usuário/cuidador autônomo à negociação diante do tratamento e das condições que favorecem o autocuidado.

Um estudo conduzido por Schillinger *et al.* (2003) observou que pacientes com baixo nível de literacia em saúde apresentaram piores resultados no manejo do DM2, destacando a importância de intervenções comunicativas personalizadas. Ademais, Roter *et al.* (2006) mostraram que estratégias de comunicação centradas no paciente, como o uso de linguagem acessível e o fornecimento de informações visuais, aumentam a compreensão do tratamento e a satisfação dos pacientes. Nessa esteira, entes. A linguagem da comunicação em saúde deve permitir a abertura de espaços de entendimento para que os pacientes tomem decisões informadas sobre sua saúde, promovendo um diálogo bidirecional que supere barreiras culturais, linguísticas e de letramento em saúde (Funnell *et al.*, 2008).

A partir de todo esse contexto apresentado, entendemos que a linguística cognitiva oferece ferramentas preciosas para entender muitos fenômenos. Por exemplo, construções metafóricas invasivas, como “batalha contra o diabetes”, agregam conotações de luta e derrota, potencializando sentimentos de impotência. Uma pesquisa realizada com idosos italianos insulino-dependentes revelou expressões como “vírus interno que me consumia” ou “máquina quebrada que não controla o açúcar” (Ricciardi *et al.*, 2019). Esses esquemas mentais impactam no autocuidado: se a doença é vista como força destrutiva inevitável, a perspectiva de controle é minada. Por outro lado, metáforas cuidadas, como “manter o açúcar em equilíbrio é como acalmar uma rede que balança”, favorecem o envolvimento emocional e cognitivo do paciente, aproximando o conceito técnico da rotina doméstica. A comunicação baseada em metáforas positivas e culturalmente ressignificadoras promove não apenas entendimento, mas vinculação com o autocuidado. Em estudos sobre leituras em saúde mental, a identificação com metáforas próprias da realidade é apontada como fator facilitador para adesão e bem-estar (Kövecses, 2015; Falcinelli, 2020). Glanz, Rimer e Viswanath (2008) afirmam que a comunicação em saúde abrange múltiplas disciplinas e envolve a aplicação de princípios de comunicação para influenciar decisões informadas e o comportamento das pessoas em relação à saúde. Tanto a

Linguística quanto especificamente a Terminologia fazem parte desse campo interdisciplinar e são responsáveis por fomentar ferramentas estruturais e discursivas para o aprimoramento comunicacional, desde campanhas de conscientização pública até interações individuais entre profissionais de saúde e pacientes.

Os termos técnicos usados pelos profissionais da saúde dificilmente estão totalmente compatíveis com o nível de letramento em saúde da população idosa (Paasche-Orlow *et al.*, 2021). Reenquadramentos terminológicos (substituição, por exemplo, de *hiperglicemia* por *açúcar alto*) são estratégias validadas em comunidades de baixa escolaridade (Camargo Júnior, 2010), transmutando metaforicamente os entendimentos clínicos ao mesmo tempo que aproxima o discurso especializado da compreensão do paciente. Dessa forma, a metaforização de conceitos por reenquadramento terminológico não deve ser vista como estratégia acessória, mas como elemento crucial para restabelecer o diálogo entre saber especializado e repertórios vivenciais, promovendo, assim, intervenções de saúde mais compreensíveis, eficazes e humanizadas. Para superar essas limitações, torna-se necessário o desenvolvimento de práticas que considerem o contexto linguístico e cultural dos pacientes, promovendo um diálogo acessível, horizontal e sensível às especificidades do público-alvo (Santos *et al.*, 2015).

Esse descompasso linguístico não reside apenas no acesso à informação em si, mas também na forma como os conteúdos são codificados e comunicados (Schmidt *et al.*, 2011; Freire *et al.*, 2021). Muitas vezes, o léxico especializado utilizado pelos profissionais de saúde não encontra correspondência nos saberes e vocabulários locais, o que compromete a efetividade da orientação e dificulta o engajamento dos pacientes no processo de autocuidado. Segundo Silva *et al.* (2022), a linguagem técnica pode ser percebida pelos pacientes como distante, fria ou mesmo autoritária, o que compromete a relação de confiança entre profissional e usuário. Como reforçam Souza *et al.* (2019), o sucesso da adesão terapêutica está diretamente relacionado à capacidade de adaptação da linguagem técnica ao universo simbólico e linguístico da comunidade atendida.

Diante disso, autores como Helman (2009) e Kleinman (1988) propõem abordagens comunicacionais que considerem as representações culturais da doença e da saúde, promovendo um modelo de comunicação mais horizontal e dialógico. Portanto, é urgente repensar os modelos comunicacionais utilizados na atenção à saúde, especialmente na atenção básica, integrando estratégias que promovam não apenas a transmissão de informações, mas o desenvolvimento de competências linguísticas e críticas nos pacientes. A comunicação em

saúde, quando compreendida como prática dialógica e culturalmente sensível, transforma-se em uma poderosa ferramenta de cuidado e cidadania (Brasil, 2013).

Dessa forma, é imperativo entender que superar barreiras linguísticas e semântico-conceituais não é mera formalidade. É condição para que a educação em saúde atinja eficácia real, empoderando idosos com DM2 a compreenderem, agirem e resolverem seus desafios de forma autônoma e informada. A construção de uma comunicação acessível é, ao mesmo tempo, uma prática de equidade e um caminho para a humanização do cuidado, essencial para atender às necessidades de um público vulnerável e historicamente excluído da esfera de participação na saúde.

Em síntese, a seção 2 demonstrou que o manejo do DM2 entre pessoas 60+ exige ultrapassar a explicação biomédica e incorporar, de forma indissociável, práticas e políticas de educação em saúde sensíveis ao letramento e aos repertórios linguístico-culturais do público idoso. A revisão mapeou evidências epidemiológicas e clínicas atuais, discutiu diretrizes e programas (nacionais e internacionais) de educação e autocuidado, e, sobretudo, evidenciou barreiras linguísticas e semântico-conceituais que atravessam termos-chave — *saúde, doença, diabetes e dieta* — quando apropriados por idosos com baixa escolaridade. Mostrou-se que a EAN é mais efetiva quando dialoga com modelos mentais e metáforas vivenciais, recontextualizando a terminologia especializada em linguagem acessível e culturalmente pertinente, o que se traduz em maior adesão, melhor controle glicêmico e redução de complicações. O panorama revisional aqui apresentado é diretamente pertinente à etapa empírica: orienta o desenho dos instrumentos aplicados e a análise dos dados por meio de categorias que captem protótipos, metáforas e usos parafrásticos dos termos técnico-científicos. Ao mesmo tempo, prepara o encaixe teórico do capítulo seguinte: a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST), que, em seguida, oferecerá as ferramentas conceituais e descritivas para interpretar de modo sistemático as falas coletadas, explicar a distância entre discurso especializado e saberes locais e, por fim, cumprir um dos objetivos da tese: propor e justificar estratégias textuais e terminológicas acessíveis para a educação em saúde de idosos com DM2 no contexto do SUS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O DM2, conforme evidenciado na revisão da literatura, configura-se como um problema de saúde pública de crescente magnitude, cuja efetividade de manejo depende não apenas do acesso a recursos terapêuticos, mas, sobretudo, da capacidade de compreensão e aplicação, por parte dos pacientes, das orientações clínicas e nutricionais fornecidas. Essa dimensão comunicacional é particularmente sensível no grupo populacional com 60 anos ou mais e baixo nível de escolaridade, que enfrenta barreiras linguísticas e conceituais para o entendimento de terminologias especializadas da saúde. Nesse contexto, a Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) oferece um aporte teórico adequado para compreender e intervir no processo de Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT), orientando estratégias de letramento em saúde responsivas ao repertório linguístico e sociocultural desses pacientes.

A TST, proposta por Rita Temmerman, nasce do diagnóstico de que a teoria tradicional de feição wüsteriana, fortemente ancorada no estruturalismo saussuriano, apresenta dificuldades para descrever, explicar e representar a dinâmica real do conhecimento especializado. Em vez de conceber significados como espelhos estáveis de um mundo pré-dado, a TST parte do pressuposto de que a conceptualização emerge da experiência corporificada e da prática social de comunidades de especialistas, em interação constante com a linguagem. Temmerman (2000, p. 4, tradução nossa) afirma que os “princípios estruturalistas saussurianos de descrição da linguagem estão em consonância com o objetivismo [...] [Esse princípio subjacente] foi substituído pela ideia de que a conceptualização é um derivado direto da experiência e da compreensão¹⁹”. Assim, a autora explicita esse giro epistemológico ao sintetizar a passagem do objetivismo para o experiencialismo nas ciências cognitivas e seus impactos para os estudos terminológicos.

Esse deslocamento teórico realiza uma crítica sistemática aos cinco princípios canônicos da escola terminológica de Viena: (1) prioridade do conceito sobre o termo (perspectiva onomasiológica); (2) nitidez e recorte dos conceitos em sistemas hierárquicos; (3) definição intensional clássica; (4) univocidade (um termo corresponde apenas a um conceito); e (5) estudo sincrônico de termos e conceitos. Temmerman (2000) reconstitui esses fundamentos tal como formulados e difundidos na tradição wüsteriana, explicitando sua lógica e seus limites analíticos. Importa frisar que a TST não invalida tais princípios: ela reconhece sua eficácia e

¹⁹ “The Saussurian structuralist principles of language description are in line with objectivism [...] It has been replaced by the idea that conceptualisation is a direct spin-off of experience and understanding”.

utilidade na padronização industrial e técnica do início do século XX, mas mostra que são insuficientes frente à variabilidade categorial, à criatividade metafórica e à historicidade do conhecimento em domínios científicos em constante transformação.

Para os propósitos desta tese, concentraremos a discussão no pilar (4) — o princípio da univocidade, exemplar para entender a força histórica da Terminologia tradicional e seus limites descriptivos. Na formulação clássica, Felber (1984) afirma que “um termo (uma designação) é atribuído permanentemente a um conceito, seja pelo uso linguístico, seja deliberadamente por indivíduos ou especialistas de comissões terminológicas²⁰”, univocidade significa que cada conceito deve ser designado por um único termo e que um termo deve referir-se a um único conceito, de modo que sinonímia e polissemia devam ser eliminadas do discurso de especialidade.

Com base nisso, Felber (1984) assenta os conceitos de monossemia (um conceito atribuído a um termo) e de mononímia (um termo atribuído a um conceito) como duas faces do mesmo ideal unívoco. Tal princípio não é neutro: ancora-se numa visão de ciência e de linguagem vinculada à prática de normalização (standardisation), isto é, à crença em um isomorfismo estável e normativamente assegurado entre conceito e designação. Por isso, a atribuição permanente conceito-termo, inclusive quando deliberada, evidencia o entrelaçamento entre Terminologia e normalização no quadro wüsteriano, já que o eixo do programa terminológico recai sobre o pressuposto da formação consciente da linguagem.

O contexto sociotécnico desse programa torna-se nítido quando se considera o percurso formativo de Eugen Wüster. Engenheiro e empresário atuante em normalização, ele operava num ambiente em que o foco institucional recaia sobre a padronização de objetos e produtos, com forças socioeconômicas e jurídicas que exigem aplicação efetiva das normas.

Para Wüster, a padronização terminológica ocorre sempre subsequente à padronização de objetos e visa unificar conceitos e sistemas de conceitos, definir conceitos, reduzir homonímia, eliminar sinonímia e criar, se necessário, novos termos alinhados a princípios terminológicos. Seu entendimento de padrão centra-se na ideia de “um documento, estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece regras, diretrizes ou

²⁰ Texto original: “A permanent assignment concept – term, which is necessary for communication, is either given by linguistic usage or established deliberately by an act of will by individuals or specialists of terminology commissions.”

características para uso comum e repetido, visando ao grau de otimalidade de ordem em um dado contexto²¹" (ISO/IEC Guide 2:2004, definition 3.2, tradução nossa).

Ao tornar-se critério de "otimalidade da ordem", a univocidade performa bem em domínios de engenharia, produção e regulação. Entretanto, essa virtude instrumental pode converter-se em restrição descritiva quando se passa do universo dos objetos ao universo das categorias científicas em mudança contínua. É precisamente nesse aspecto que a crítica sociocognitiva ilumina o problema. Afirma Temmerman (2000, p. 132–133, tradução nossa):

Quando um novo fenômeno é descoberto e pode ser claramente delineado e definido, há, a princípio, um desenvolvimento natural em direção à univocidade. A busca por um entendimento melhor e mais profundo da unidade de conhecimento e os possíveis mecanismos de extensão de sentido da linguagem (como a metaforização) provavelmente conduzem à polissemização do termo que foi inicialmente atribuído à unidade de conhecimento²². (Temmerman, 2000, p.132-133)

Para a autora, as unidades de conhecimento são estruturas conceptuais dinâmicas na mente que permitem compreender entidades de uma área de especialidade. Temmerman (2000) propõe esse conceito como alternativa sociocognitiva à noção tradicional de **conceito** na Terminologia, por considerá-la excessivamente rígida e estática. Diferentemente dos conceitos clássicos — categorias com fronteiras nítidas definidas por características necessárias e suficientes —, as unidades de conhecimento são flexíveis, abertas e suscetíveis de modificação ao longo do tempo com o avanço do conhecimento.

Organizam-se em torno de protótipos: a categorização se baseia em membros mais típicos ou centrais, com outros membros sendo progressivamente menos típicos, resultando em fronteiras difusas. Enraizadas na premissa de que o conhecimento é corporificado e baseado na experiência, tais unidades formam-se e mudam a partir da interação com o mundo, não de uma lógica abstrata desvinculada da realidade. Uma unidade de conhecimento pode, pois, integrar diferentes perspectivas sobre a mesma entidade ou fenômeno. Em suma, para Temmerman (2000), uma unidade de conhecimento é um todo complexo de informações cognitivas sobre uma entidade ou evento, acessado no ato da compreensão; ela oferece um modelo mais realista

²¹ Texto original: "A document, established by consensus and approved by a recognized body, that provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for activities or their results, aimed at the achievement of the optimum degree of order in a given context."

²² Texto original: "When a new phenomenon is discovered which can be clearly delineated and defined there is at first a natural development towards univocity (Section 4.1). The search for a better and more profound understanding of the unit of understanding and the possible meaning extension mechanisms of language (like metaphorising) are likely to lead to polysemy of the term which was initially assigned to the unit of understanding."

de como especialistas compreendem e se comunicam sobre os fenômenos de suas áreas, explicando variação, polissemia e mudança de significado de forma mais adequada do que a abordagem tradicional. Quando um novo fenômeno é descoberto e claramente delineado, tende-se inicialmente à univocidade; contudo, a busca por entendimento mais profundo e os mecanismos de extensão de sentido (como a metaforização) conduzem à polissemização do termo inicialmente atribuído à unidade de conhecimento.

Colocados esses pressupostos, a conclusão de Temmerman é incisiva: a univocidade, enquanto ideal de raciocínio e comunicação sem ambiguidade, não é válida para categorias com estrutura prototípica. A polissemia é funcional na linguagem especializada e resulta da discussão contínua, no interior de comunidades de prática, sobre o que investigar, como nomear e o que significam os termos em debate. Assim, mesmo quando há univocidade em um dado momento, é plausível que se desenvolva polissemia dependendo do tipo de categoria e do modo como ela passa a ser compreendida. Ademais, a sinonímia pode surgir por razões de precisão expressiva, ligadas à perspectiva do enunciador.

A análise de Temmerman (2000), baseada em casos das ciências da vida, evidencia que a pressão por precisão, o avanço das técnicas e o cruzamento de diferentes frames disciplinares abrem continuamente espaço para reinterpretações e renomeações. Ignorar essa dinâmica em nome de um ideal estático de univocidade é artificial e contraproducente. A proposta da TST consiste em recolocar a mudança e a variação linguística no centro da reflexão terminológica, reconhecendo seu caráter constitutivo no funcionamento da linguagem especializada. Com isso, a Terminologia deixa de restringir-se ao modelo prescritivo da padronização wüsteriana e passa a dialogar com abordagens históricas, cognitivas e socialmente situadas, que descrevem os termos em seu enraizamento em textos, práticas de nomeação e processos metafóricos, sem amputar sua historicidade.

Do ponto de vista prático, a defesa tradicional da univocidade não precisa ser descartada, mas circunscrita. Em ambientes normativistas de engenharia, metrologia e regulação — isto é, na tradição BSI/ISO —, a univocidade é uma estratégia de governança da comunicação técnica, com ganhos de clareza e segurança operacional. Contudo, quando a tarefa é compreender e descrever o conhecimento em formação, sobretudo em campos de inovação acelerada, a univocidade deixa de ser um diagnóstico do funcionamento da linguagem e torna-se um procedimento metodológico parcialmente insuficiente para explicar: (a) a emergência de polissemias funcionais em torno de termos-chave; (b) a produção de (quase) sinônimos por razões de granularidade descritiva e de perspectiva disciplinar; e (c) a necessidade de

informação não intensional (histórica, procedural, intracategorial e intercategorial) para tornar compreensível a unidade de conhecimento. Em suma, o ideal de univocidade tem genealogia normativa clara e utilidade técnica indiscutível na padronização, mas, tomado como lei geral da linguagem especializada, falseia o que a prática científica mostra: termos e conceitos variam, mudam, ampliam-se, especializam-se, atravessam metáforas e frames: movimento cognitivo, linguístico e comunicativo do desenvolvimento do saber. Essa virada, de cunho teórico, metodológico e ético, desloca o debate sobre univocidade de um ponto de doutrina para um programa de pesquisa sobre como a linguagem participa da vida das pessoas.

Para sustentar essa revisão, Temmerman (2000) propõe, em lugar de trabalhar exclusivamente com conceitos (entes discretos definidos por *genus* e *differentia*), a noção de unidades de conhecimento (*units of understanding*). Essa mudança reconhece que certas entidades podem ser definidas de modo relativamente estável, mas muitas outras, especialmente em campos em rápida transformação, requerem descrições que extrapolam a definição intensional clássica, incorporando informação que a tradição classificava como enciclopédica, mas essencial para a compreensão efetiva.

É justamente essa virada, de cunho teórico, metodológico e ético em relação aos usuários, que torna o debate sobre univocidade não um ponto de doutrina, mas um programa de pesquisa sobre como a linguagem participa, de fato, da vida das pessoas.

Para sustentar essa revisão, Temmerman (2000), em vez de trabalhar exclusivamente com conceitos (concebidos como entes discretos, nitidamente definíveis por *genus* e *differentia*)²³, propõe a noção de *unidades de conhecimento* (*units of understanding*). Essa mudança reconhece que certas entidades em Terminologia podem ser definidas de modo relativamente estável, mas muitas outras, especialmente em campos em rápida transformação, requerem descrições que vão além da definição intensional clássica, incorporando informação que a tradição considerava enciclopédica, porém essencial para a compreensão efetiva.

Em termos gerais, a TST reinterpreta o triângulo semântico (mundo, linguagem e mente), recusando a redução do mundo ao objetificável, da linguagem à função nominativa e da mente a mero classificador de propriedades. Em seu lugar, sublinha a interação dos três vértices: a linguagem participa do processo de entendimento do mundo, inclusive por recursos

²³ Referência ao método de definição lógico-aristotélico, que postula ser possível definir um conceito de forma unívoca e exaustiva. Para isso, identifica-se o gênero (*genus*), que é a classe mais ampla e imediata à qual o conceito pertence e, em seguida, a diferença específica (*differentia*), que corresponde aos atributos essenciais que o singularizam frente a outros conceitos do mesmo gênero. Essa abordagem pressupõe que os conceitos são entidades independentes (discretas) com fronteiras semânticas bem estabelecidas, ou seja, são entidades cognitivas autônomas, com limites precisos e imutáveis.

figurativos como metáforas e metonímias; as categorias emergem e se estabilizam em redes de práticas, textos e Modelos Cognitivos Idealizados (MCIs) (Lakoff; Johnson, 2002; Lakoff, 1987; Langacker, 1987). No âmbito desta tese, o foco recai na revalorização do papel da linguagem na área da saúde, especialmente na defesa da metáfora conceptual e dos ambientes metafóricos como estruturas não proposicionais que impulsionam a criação de conhecimento.

Partindo dessas considerações, voltamo-nos ao papel da metáfora conceptual na experiência vivida do adoecimento. Se, como propõem a TST e a Linguística Cognitiva, a linguagem não apenas nomeia, mas estrutura modos de compreender o mundo, torna-se fundamental observar como o diabetes mellitus é conceptualizado em discursos e práticas. As metáforas, nesse contexto, não são ornamentos retóricos, mas ferramentas cognitivas.

A comunicação eficaz em saúde, especialmente no manejo de condições crônicas como o diabetes mellitus, transcende a mera transmissão de informações técnicas. Ela depende de um processo de significação compartilhado entre profissionais e pacientes, moldado pela forma como doença, tratamento e autocuidado são conceptualizados por cada indivíduo. Compreender os mecanismos cognitivos e linguísticos subjacentes a essa construção de significado é indispensável para otimizar a adesão terapêutica e a qualidade de vida. Nesse cenário, a análise da conceptualização — e, especificamente, das metáforas conceptuais — constitui ferramenta teórica de grande poder explicativo.

A conceptualização é o processo cognitivo pelo qual organizamos conhecimento e experiência em estruturas mentais coerentes, os conceitos (Lakoff, 1987). Longe de serem rótulos para objetos, os conceitos são o alicerce do sistema de pensamento, permitindo categorizar, raciocinar, inferir e dar sentido ao fluxo informacional. Esse processo é corporificado e situado: emerge da interação física com o ambiente e é moldado pelo contexto sociocultural. Como argumenta Wierzbicka (1992), os conceitos não são universais em sua totalidade; constroem-se a partir de primitivos semânticos (EU, VOCÊ, ALGO, FAZER, ACONTECER), organizados e elaborados de maneiras específicas por cada cultura, formando roteiros culturais (*cultural scripts*) que guiam comportamento e interpretação.

No campo da saúde, a conceptualização do diabetes, por exemplo, vai além da sua definição biomédica como uma desordem metabólica caracterizada por uma hiperglicemia. Para o paciente, o diabetes é conceptualizado como uma experiência vivida que reconfigura sua identidade, suas rotinas diárias, suas relações sociais e sua percepção do próprio corpo (Youngson *et al.*, 2015). Essa conceptualização experiencial, além de ser individual, também é partilhada, influenciada por discursos médicos, narrativas familiares e representações

midiáticas. A terminologia empregada pelos profissionais da saúde desempenha um papel crucial nesse processo. A escolha entre dizer que um paciente tem pré-diabetes ou que possui um alto risco para diabetes não é neutra. Cada termo ativa um quadro conceptual distinto: *pré-diabetes* conceptualiza a condição como uma etapa linear e quase inevitável no caminho para a manifestação clínica da doença, o que pode aumentar a percepção de gravidade e a motivação para agir. Em contraposição, o termo *alto risco para diabetes* conceptualiza a condição como uma probabilidade estatística e isso acarretar uma percepção menos ameaçadora, mas também menos urgente (Tarasova *et al.*, 2014). Portanto, a forma como a condição é nomeada influencia diretamente o modo como ela é conceptualizada, com implicações diretas no comportamento do paciente.

Se a conceptualização é o processo de organizar a experiência, a metáfora conceptual é um dos seus mecanismos, por meio dos quais entendemos e experenciamos um tipo de coisa em termos de outras. No *corpus* de ciências da vida, a análise de Temmerman (2000), fundamentada em sua TST, revela que modelos conceptuais como “O DNA É UMA LINGUAGEM” ou “O DNA É UM SOFTWARE” não são meras analogias, mas figuram como molduras de entendimento (*frames*) que orientam inferências, experimentos e neologizações. A base teórica para essa afirmação remonta à Teoria da Metáfora Conceptual de Lakoff e Johnson (1980), que postula que a metáfora é um mecanismo cognitivo fundamental pelo qual compreendemos um domínio conceptual abstrato (o domínio-alvo) em termos de outro mais concreto e experiencial (o domínio-fonte).

Ao dizer “O DNA É UMA LINGUAGEM”, acionamos o *frame* LINGUAGEM. Então, o cientista não apenas simplifica, mas estrutura seu raciocínio: o DNA passa a ter sintaxe, suas bases são letras de um alfabeto, que formam palavras (códons) e geram sentenças (genes), as quais precisam ser transcritas e traduzidas. De forma similar, a metáfora do SOFTWARE, como explica Temmerman (2000), evoca o que Fillmore (1982) chamaria de semântica de frames: um modelo cognitivo que inclui um código (a sequência genética), um programa (as instruções para a síntese de proteínas) e um *hardware* (a maquinaria celular) onde o *software* é executado. Essa analogia possui um valor heurístico significativo, pois permite que pesquisadores manipulem o DNA sem conhecer a totalidade funcional do genoma, assim como um programador pode usar uma biblioteca de códigos sem conhecer cada detalhe de sua implementação.

Esse tipo de mapeamento metafórico, longe de ser apenas um recurso didático, constitui o eixo central do raciocínio científico e da criação de conhecimento. Ele participaativamente do processo que dá origem a neolexicalizações funcionais na prática especializada, como

biblioteca de DNA ou código genético. No entanto, como Temmerman (2000) aponta, o estatuto terminológico dessas lexicalizações é dinâmico e varia conforme o gênero textual e a comunidade discursiva.

O discurso de uma comunidade de especialistas é o resultado da discussão constante sobre o que é necessário investigar, quais são os resultados da pesquisa, como nomear o que foi descoberto e o que significam os termos utilizados na discussão. Esse discurso contém dados para o estudo da polissemia na linguagem. O que é unívoco em um momento pode evoluir para polissemia dependendo do tipo de unidade de entendimento e de como ela é compreendida²⁴. (Temmerman, 2000, p.132, tradução nossa)

Assim sendo, o discurso de uma comunidade de especialistas em um determinado assunto ou em uma determinada prática é como um campo de negociação epistêmica. A discussão constante é a própria essência da produção de conhecimento. Essa interação define o escopo da pesquisa (o que é necessário investigar), valida suas conclusões (quais são os resultados da pesquisa) e, finalmente, estabelece uma nomenclatura para os novos fenômenos observados (como nomear o que foi descoberto).

Portanto, este processo de (re)nomeação, longe de ser um ato de simples etiquetagem, é uma complexa atividade de conceptualização. A forma como uma unidade de conhecimento é compreendida aponta para a existência de uma dimensão intersubjetiva da comunicação científica. A interpretação de um termo por diferentes níveis de interlocutores especialistas ou leigos pode variar, levando a diferentes aplicações e, consequentemente, a novas nuances de significado. Por exemplo, em textos de pesquisa, a metáfora pode ser usada para propor novas hipóteses (função epistemológica); em manuais didáticos, para facilitar a compreensão (função pedagógica); e em textos de divulgação, para tornar o conceito acessível ao público leigo.

Essa variação demonstra que os termos especializados não são rótulos rígidos para conceitos pré-existentes, mas sim unidades de conhecimento flexíveis, cujo significado é negociado e estabilizado dentro de diferentes níveis de práticas comunicativas específicas.

Como em tudo na vida, também na transmissão [*do conhecimento*] aumenta o nível de complexidade. Assim, os intermediários dessa transmissão do conhecimento especializado contamos com diversas fontes de qualidade que

²⁴ Texto Original: “The discourse of a specialists community is the result of the constant discussion over what one needs to investigate, what the results are of the research, how to name what has been discovered and what the terms one uses in the discussion mean. This discourse contains data for the study of polysemy in language. What is univocal at one time may grow into polysemy depending on the type of unit of understanding and how it is understood.”

nos ajudam na tarefa de informar. Todas elas têm suas vantagens e desvantagens²⁵. (Junyent, 2010, s/p, *online*)

Sendo assim, entendemos que nesse processo de transmissão, as metáforas conceptuais não são e não podem ser todas do mesmo tipo (Lakoff, 1993; Kövecses, 2010). Portanto, podemos classificá-las em três categorias principais, com base na sua função cognitiva:

- (1) Metáforas Estruturais: São aquelas em que um domínio-fonte altamente estruturado é mapeado sobre o domínio-alvo, permitindo-nos usar a lógica do domínio-fonte para raciocinar sobre o alvo. As metáforas DIABETES É UMA BATALHA e DIABETES É UMA JORNADA são exemplos de metáforas estruturais. Elas não emprestam apenas uma imagem, mas todo um sistema de relações e inferências. Se o diabetes é uma jornada, então o paciente pode esperar ter companheiros de viagem (grupos de apoio), pode precisar de um mapa (plano de cuidados) e pode se perder no caminho (ter uma recaída), sem que isso signifique o fim da jornada. Essa estrutura permite um raciocínio complexo e a elaboração de narrativas sobre a experiência.
- (2) Metáforas Orientacionais: Estas metáforas organizam um sistema de conceitos em relação a outro, baseando-se em orientações espaciais que derivam da nossa experiência corporal (cima/baixo, dentro/fora, frente/trás). Elas não estruturam um conceito em detalhe, mas dão-lhe uma orientação espacial. Exemplos comuns são FELIZ É PARA CIMA / TRISTE É PARA BAIXO ou SAÚDE É PARA CIMA / DOENÇA É PARA BAIXO. No contexto do diabetes, esta categoria é evidente. Um nível de glicose alto é mau, e o objetivo do tratamento é baixá-lo. Um paciente pode se sentir para baixo após um diagnóstico ou para cima após um bom resultado de HbA1c. Essas orientações, embora pareçam simples, organizam a experiência afetiva e avaliativa da condição de forma imediata.
- (3) Metáforas Ontológicas: São metáforas que nos permitem compreender nossas experiências, especialmente eventos, atividades, emoções e ideias abstratas, em termos de entidades, substâncias e contentores. Elas nos permitem quantificar, agrupar e identificar aspectos da nossa experiência como se fossem objetos discretos. Ao falar sobre o diabetes, os pacientes frequentemente o personificam ou o tratam como uma entidade. Frases como *meu diabetes está atacado hoje* ou *preciso controlar o diabetes* conceptualizam a condição como um agente ativo ou um objeto que pode ser manipulado. A própria terminologia *pré-diabetes* é um exemplo de metáfora ontológica, pois transforma um conjunto de fatores de

²⁵ Texto Original: “Como todo en la vida, también aumenta en la transmisión el nivel de complejidad. Así, los intermediarios en la transmisión del conocimiento especializado tenemos diversas fuentes de calidad que nos ayudan en la tarea de informar. Todas ellas tienen sus ventajas e inconvenientes.”

risco (uma condição) em uma entidade discreta e delimitada (uma "coisa") que se pode ter (Tarasova *et al.*, 2014). Essa reificação é um passo cognitivo essencial para poder lidar com um problema abstrato.

Em conclusão, a abordagem da conceptualização e das metáforas conceptuais oferece um arcabouço teórico empiricamente fundamentado para a análise da comunicação em diabetes. Ela revela que a linguagem é a principal via de acesso aos modelos mentais que governam a compreensão e o comportamento de saúde. Ao reconhecer que o diabetes é conceptualizado através de um complexo sistema de metáforas (sejam estruturais, orientacionais e ontológicas), os profissionais de saúde podem desenvolver uma comunicação mais didática, empática e eficaz, que não apenas informa, mas dialoga com a experiência vivida do paciente, tornando-o um parceiro ativo na construção de seu próprio cuidado.

Retomando as unidades de conhecimento como base para os estudos semântico-terminológicos, o lugar da polissemia e da sinonímia é cuidadosamente reavaliado. Temmerman (2000) mostra, por estudos de caso, que a polissemização pode ser o efeito sincrônico da evolução diacrônica do conhecimento de uma categoria, regulada por densidade informacional, estabilidade estrutural e adaptabilidade flexível — forças de unificação (desejo de univocidade) e diversificação (precisão e novas distinções). Daí sua tese central: a polissemia é funcional na linguagem especializada e a sinonímia pode refletir perspectivas disciplinares ou enquadramentos distintos, frequentemente negociados por níveis de especialidade.

Assim, a TST consolida um regime descritivo e explicativo compatível com a historicidade do conhecimento, com a natureza situada do entendimento humano e com a função inventiva da linguagem na ciência. Onde o paradigma tradicional prescrevia homogeneidade e fixidez, a TST recomenda sensibilidade à variação e abertura à mudança; onde se esperava definição *genus/differentia*, oferece templates capazes de acomodar facetas, perspectivas e história; onde havia restrição absoluta à polissemia e à sinonímia, propõe estudá-las como construções do trabalho cognitivo real das comunidades envolvidas na transmissão de um conhecimento. Essa abordagem não nega a utilidade da padronização, mas a reinscreve como casos objetivos e particulares, adequados a certas unidades de conhecimento dentro de um ecossistema terminológico mais amplo e verossímil.

Essa abordagem se mostra particularmente produtiva para a comunicação em saúde, uma vez que o vocabulário médico-científico frequentemente entra em conflito com o repertório cognitivo do público não especializado. Desse modo, a TST oferece instrumentos para

identificar e descrever essas assimetrias terminológicas, possibilitando intervenções voltadas à Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT) e ao letramento em saúde.

A Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT), conforme desenvolvida por Finatto (2020, 2025), não se constitui como uma teoria, mas como uma ideia ou proposta metodológica voltada a qualificar a comunicação entre discursos especializados e públicos diversos. A ATT busca compreender como se dá o acesso cognitivo aos textos e termos especializados, considerando fatores linguísticos, cognitivos e sociais. Ela integra dimensões complementares — entre elas a acessibilidade cognitiva, que se refere à capacidade de compreensão dos enunciados a partir do repertório de experiências, memória e cognição dos interlocutores.

A acessibilidade cognitiva, portanto, é um dos pilares da ATT. Trata-se de reconhecer que a compreensão textual envolve não apenas decodificação linguística, mas o alinhamento entre modelos mentais e sistemas de conhecimento. Ao aplicar esse conceito ao campo da saúde, propõe-se reduzir as barreiras de entendimento entre profissionais e pacientes, contribuindo para práticas de cuidado mais humanizadas e efetivas.

Além da TST, outras vertentes cognitivas têm oferecido contribuições relevantes para o estudo terminológico contemporâneo. Entre elas destaca-se a Terminologia baseada em frames (Faber, 2012), que se apoia na teoria dos *frames* de Fillmore (1982). Essa perspectiva entende que os significados dos termos derivam de estruturas de conhecimento enciclopédico — redes semânticas que interligam conceitos, eventos e papéis participantes. Assim, compreender o termo *insulina*, por exemplo, implica ativar um conjunto de relações (pâncreas, glicose, energia, controle, alimentação) que formam um *frame* coerente de significação.

A integração entre TST e a Terminologia baseada em frames amplia as possibilidades analíticas para descrever sistemas cognitivos e semânticos associados a comunidades específicas — como os idosos diabéticos acompanhados pelo SUS. Enquanto a TST focaliza a dimensão sociocognitiva do termo, a abordagem de Faber enfatiza sua estruturação enciclopédica e relacional, oferecendo instrumentos para mapear como os significados se organizam em torno de núcleos de experiência e conhecimento.

Outro aporte fundamental para esta tese provém dos estudos de Rosa Estopá (2008), que aborda a curadoria terminológica como processo de mediação entre o saber científico e o conhecimento comum. Para Estopá, a curadoria consiste em reconhecer e valorizar o modo como as comunidades constroem seus próprios repertórios conceituais e em utilizá-los como ponto de partida para a comunicação especializada.

Essa noção é particularmente útil para o tratamento das metáforas identificadas nas falas dos idosos, permitindo que expressões como “a doença mora no corpo” ou “a casa ficou enfraquecida” sejam analisadas e reaproveitadas em materiais educativos de modo estratégico e respeitoso.

Dessa forma, a fundamentação teórica desta tese conjuga quatro eixos interligados:

1. A Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) – como base principal para a compreensão dos termos como construções cognitivas e discursivas;
2. A Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT) – como proposta metodológica de aproximação entre discurso técnico e público leigo;
3. A Terminologia baseada em frames – como vertente complementar para a análise das redes de significação; e
4. A Curadoria Terminológica de Estopá (2008) – como orientação ética e linguística para o aproveitamento das metáforas e saberes locais.

Esses eixos convergem na proposta central desta pesquisa: demonstrar que os fundamentos da TST, aliados à ATT e às contribuições de Faber e Estopá, podem qualificar a comunicação em saúde, oferecendo instrumentos para descrever sistemas cognitivos, reconhecer as metáforas culturais e propor produtos comunicativos acessíveis e eficazes, como o vídeo educativo desenvolvido neste estudo.

A incompreensão das informações médicas por parte de idosos diabéticos com baixa escolaridade e que são atendidos pelos programas do SUS pode ser explicada por essa multiplicidade de variantes linguísticas, cognitivas e socioculturais nos discursos entre profissionais da saúde e os pacientes leigos. Se a proposta de Temmerman (2000) afirma que cada unidade de conhecimento ou categoria cognitiva é construída de forma dinâmica, moldada por protótipos, pela experiência corporal, produção metafórica e contexto sociocultural, em vez de ser uma simples definição fixa, consequentemente, termos como *saúde*, *doença*, *diabetes* e *açúcar* não têm o mesmo peso conceptual para todos os intelectuais da escala espectral especialistas-leigos. Assim, cada grupo opera com categorias mentais distintas construídas por seus níveis de especialização no conhecimento científico sobre o assunto, suas histórias de vivência e seu repertório cultural.

Nos sistemas de saúde essa disparidade sociocultural, cognitiva e linguística se torna evidente: enquanto o profissional utiliza uma terminologia muitas vezes mais técnica, o paciente pode interpretá-la conforme seu entendimento a partir de sua realidade cotidiana (por exemplo, relaciona *doença* aos sintomas como sede, fraqueza ou inchaço, mas não a uma disfunção metabólica). Nesse processo comunicativo que permite aos termos serem

polissêmicos, sinonímicos ou metafóricos, pode haver um reforço das diferenças interpretativas das informações. Assim, o discurso técnico usado pelos profissionais acaba não fazendo sentido nas unidades de conhecimento dos pacientes, o que prejudica o manejo da doença e a adesão ao tratamento. Para superar esse desafio, a TST oferece importantes contribuições para a orientação de práticas comunicacionais mais adequadas e contextualizada que vão além da tradução de termos médicos: é preciso mapear os modelos mentais dos pacientes, identificar as metáforas que usam para entender o diabetes (“o açúcar entope as veias”, por exemplo) e ajustar a linguagem para dialogar com essas representações cognitivas e culturais. Quando a educação em saúde mapeia os níveis linguísticos e, a partir deles, adota procedimentos e técnicas adequados para promover uma comunicação calibrada, há mais sucesso nos processos de alfabetização e literacia em saúde.

Assim, a compreensão do DM2, dentro dessa perspectiva, vai revelar que os termos *Açúcar no sangue*, *Controle glicêmico* ou *Adesão ao tratamento* são frequentemente reinterpretados de modos distintos por diferentes interagentes no processo comunicativo da saúde. Possivelmente, este seja um dos fatos que contribui para que o diabetes mellitus seja uma das principais preocupações em Saúde Pública global no mundo contemporâneo. Dessa feita, propomos um diálogo próximo entre a TST e o letramento em saúde. Essa articulação favorece estratégias comunicativas mais inclusivas, que não apenas transmitem informações, mas promovem a participação ativa dos pacientes nas decisões sobre o cuidado, respeitando seus repertórios linguísticos, culturais e simbólicos.

Essa dinâmica confirma a premissa de que os estudos terminológicos de perspectiva textual devem compreender o termo “prioritariamente em seu contexto discursivo, ou seja, no texto e no diálogo concreto”, e reforçada por sua assertiva: “reconhecer uma terminologia é uma tarefa que envolve também conhecer um texto no âmbito de uma linguagem” (Krieger; Finatto, 2004, p. 198). Se, como mostra a TST, os significados são móveis e socialmente negociados, a abordagem de Krieger e Finatto reforça que o termo só ganha vida quando sustentada em um entorno de significação específico. Marengo (2016), em consonância com as autoras, assevera que é no uso situacional e na praxis comunicativa que o termo se enraíza e produz sentido efetivo e ainda destaca que a força semântica do termo deriva de sua inserção em contextos linguísticos que conferem valor e ação ao discurso técnico. Portanto, o DM2 não deve e não pode ser compreendido somente em dimensão puramente fisiopatológica. Ele é fruto, também, de uma desordem terminológico-comunicacional e seu manejo exige não apenas

a prescrição medicamentosa e dietética, mas, principalmente, uma abordagem linguística que reconheça e acolha os modos singulares de pensar, sentir e falar sobre a doença.

Toda informação é posicionada, no sentido de que, normalmente, não falamos a respeito do que o mundo é, mas da visão que temos dele. Ou seja, os conceitos humanos associam-se à época, à cultura e até mesmo a inclinações individuais caracterizadas no uso da linguagem. Incorpora-se, portanto, no processo de significação o sujeito, ou seja, a perspectiva de quem produz no discurso [...] (Martelotta; Palomanes, 2009, p. 183).

Como nos dizem Martelotta e Palomanes (2009), toda informação é posicionada a partir da perspectiva de quem a enuncia, associando-se ao contexto cultural, histórico e às inclinações individuais que se manifestam no uso da linguagem. Portanto, a comunicação em saúde não é um ato de transmissão neutra de dados, mas um processo de (res)significação onde o sujeito, com suas crenças, valores e capacidades cognitivas, é central. Essa concepção torna-se particularmente crítica no acompanhamento de pacientes idosos com DM2, cuja adesão ao tratamento e capacidade de autocuidado são diretamente influenciadas pela qualidade da interação verbal com os profissionais de saúde.

A complexidade do autocuidado no diabetes, que envolve monitoramento da glicemia, gerenciamento de medicamentos e mudanças rigorosas no estilo de vida, impõe uma alta demanda cognitiva ao paciente. Estudos como o de Sampaio *et al.* (2015) demonstram que uma parcela significativa dessa população possui um nível de letramento funcional em saúde (LFS) inadequado, o que agrava o desafio. O LFS não se resume à capacidade de ler e escrever, mas abrange a habilidade de compreender e aplicar informações para tomar decisões de saúde, sendo um fator determinante para a efetividade dos programas educativos (Iquize *et al.*, 2017).

A falha em adaptar a comunicação a essa realidade resulta em orientações ineficazes e baixo engajamento. A ausência de uma comunicação que fortaleça essa habilidade transforma o plano terapêutico em um conjunto de regras incompreensíveis. Os resultados das pesquisas desenvolvidas por Damasceno *et al.* (2012) e Silva *et al.* (2022), que analisaram a interação verbal na prática clínica, identificaram falhas recorrentes que caracterizam essa desordem comunicacional.

As principais complicações são o tecnicismo verbal — o uso de termos técnico-científicos tais quais *anamnese* e *dislipidemia* sem o devido esclarecimento — e a generalização de instruções, que desconsideram as especificidades e a capacidade cognitiva do paciente idoso (Silva *et al.*, 2022). Frequentemente, a comunicação adota um tom prescritivo e autoritário (Damasceno *et al.*, 2012), com os profissionais focando em fazer perguntas ao invés de ouvir

reflexivamente e empregar técnicas de validação para verificar se a mensagem foi realmente compreendida (Damasceno *et al.*, 2012). Essa lacuna é particularmente danosa, pois, conforme destacado por Silva *et al.* (2022), a persistência dos conhecimentos adquiridos por eles depende diretamente da clareza da linguagem.

Notavelmente, o artigo de Marques *et al.* (2011), um estudo qualitativo com 12 idosos de 60 a 79 anos, avaliou via entrevistas individuais e grupais com os portadores de DMT2 as práticas de autocuidado efetuadas pelos participantes. A pesquisa indicou que os idosos estão cientes das complicações resultantes da diabetes, demonstrando o sucesso de uma comunicação esclarecedora para a divulgação de informações, além de atribuírem grande parte do seu conhecimento a orientações verbais provindas dos profissionais em saúde, fato evidenciado por frases dos entrevistados como "ele [o profissional de saúde] me falou", "ela [o profissional de saúde] me explicou". A persistência dos conhecimentos adquiridos pelos portadores até momento da entrevista reforça os benefícios da comunicação simplificada e esclarecedora, a qual deve estar de acordo com as capacidades cognitivas particulares (Silva *et al.*, 2022, p.7).

Portanto, a superação dessa desordem terminológico-comunicacional no manejo do DM2 em idosos passa pela capacitação dos profissionais de saúde para além da competência técnica, incorporando habilidades linguísticas para uma comunicação terapêutica (Iquize *et al.*, 2017; Damasceno *et al.*, 2012). É imperativo o abandono de um modelo de transmissão vertical de informações e a adoção de uma abordagem dialógica, que utilize linguagem simplificada, respeite as particularidades cognitivas e culturais do paciente e valide ativamente sua compreensão. A educação em saúde deve ser um processo que estimula a participação ativa dos indivíduos e os empodera para o autogerenciamento da sua condição (Iquize *et al.*, 2017), reconhecendo que a linguagem não é um mero instrumento, mas a principal ferramenta para a construção do cuidado eficaz e humanizado. Para que isso ocorra, precisamos nos alicerçar em estudos linguísticos desenvolvidos no âmbito da Acessibilidade Textual e Terminológico (ATT), onde precisamente esta Tese de Doutoramento está alocada.

A preocupação com a acessibilidade da linguagem não é um fenômeno recente, mas resultado de um longo processo histórico que articula dimensões linguísticas, sociais, políticas e epistemológicas da comunicação. A chamada Linguagem Simples (LS) emergiu no contexto anglo-saxão do século XX como uma resposta à crescente opacidade dos textos administrativos, jurídicos e técnicos. Trata-se de um movimento com raízes tanto em ideais democráticos de participação cidadã quanto em exigências pragmáticas de eficiência comunicativa. O escritor inglês George Orwell, em sua obra *Politics and the English Language* (1946), já criticava a

proliferação de usos lexicais e jargões obscuros e de estruturas verbais complexas, defendendo que a clareza é um imperativo ético da linguagem pública. A partir da década de 1970, movimentos organizados, como a *Plain English Campaign*, no Reino Unido, e, posteriormente, a rede PLAIN (*Plain Language Association International*), no Canadá, consolidaram a ideia de que o acesso pleno à informação depende de práticas de redação que coloquem o cidadão no centro do processo comunicativo.

Como observa Maaß (2015), a linguagem simples não é uma redução empobrecedora, mas um modo de mediação que equilibra clareza e precisão técnica. A formalização dessa perspectiva encontrou seu ápice na normatização internacional promovida pela ISO (*International Organization for Standardization*), que publicou, em 2023, a ISO 24495-1:2023 (*Plain Language- Part 1: Governing principles and guidelines*). No Brasil, temos a ABNT NBR ISO 24495-1:2024 (Linguagem Simples — Parte 1: princípios e diretrizes norteadores) — como o espelho da ISO 24495-1. A versão para o português brasileiro dessa norma enfatiza que os textos em LS devem ser planejados com foco na legibilidade, na clareza e na usabilidade para públicos heterogêneos. Essa normatização é sintomática de uma mudança de paradigma: não se trata apenas de uma recomendação estilística, mas de uma política linguística global que reconhece o direito fundamental de acesso à informação compreensível.

A norma estabelece princípios como a adequação ao público-alvo, a transparência na estruturação dos textos, o uso de terminologia consistente e a preocupação com a organização visual. A sua inclusão em ambientes jurídicos, administrativos e de saúde revela uma articulação entre Linguística, políticas públicas e cidadania (Brasil, 2024).

Especificamente no Brasil, a discussão sobre acessibilidade linguística ganhou destaque sobretudo a partir da década de 2010. Pesquisadoras como Maria José Bocorny Finatto vêm desempenhando papel central ao associar a LS a uma vertente de análise terminológica. A complexidade léxico-semântica da Terminologia se configura como um dos maiores obstáculos à democratização do discurso especializado. Isso quer dizer que o uso de terminologias, embora necessário à precisão, pode criar barreiras de compreensão que acarretam o afastamento de cidadãos de informações importantes para o pleno desenvolvimento de sua cidadania.

É justamente nesse contexto que se consolida a noção de ATT, entendida como um campo teórico-prático que busca “determinologizar” sem eliminar a precisão científica, isto é, oferecer estratégias linguísticas articuladas em todos os seus níveis de análise que permitam equilibrar a tecnicidade com a inteligibilidade (Villar; Finatto, 2023; Finatto; Paraguassu, 2022; Finatto; Tcacenco, 2021). A sua nomenclatura já nos indica uma dupla preocupação: 1) a

acessibilidade textual referindo-se aos aspectos macrolinguísticos e discursivos, como a estrutura do texto, a coesão, a coerência, a organização sintática e a apresentação visual da informação; e 2) a acessibilidade terminológica debruçando-se sobre o nível microlinguístico, especificamente sobre a unidade terminológica, o conceito que ela representa e as estratégias para torná-la compreensível a um público não especializado.

Na equivalência no nível da palavra e acima dela, o léxico tem papel fundamental. Todavia, não é o único ponto a considerar. As estruturas gramaticais – materializadas via aspectos morfológicos e sintáticos – têm papel igualmente importante na transformação dos nossos pensamentos em palavras e, por conseguinte, na veiculação de nossas experiências via texto. Fatores gramaticais e textuais, como número, gênero, pessoa, tempo e aspecto verbais, voz (ativa ou passiva), ordem de palavras, assim como, no português, o grau, não podem ser desprezados. Afinal, indicam os níveis de diversidade das gramáticas e dos modos de significação das línguas envolvidas, o que poderíamos tentar transpor para o processo de simplificação. (Finatto; Tcacenco, 2021, p.46)

Portanto, em nível léxico-semântico, tais estratégias podem incluir a substituição do termo por um sinônimo de uso corrente, a aposição de uma definição concisa, o uso de uma analogia ou, como veremos, a criação metafórica conceptual. Com base nessa premissa, o diálogo entre a abordagem prática da LS e o arcabouço teórico da ATT ganha particular relevância no campo da comunicação em saúde.

Nesse cenário, os fatores gramaticais e textuais mencionados por Finatto e Tcacenco (2021), como o uso da voz passiva em diagnósticos, a ordem complexa de instruções em uma prescrição ou a nominalização de processos em bulas de remédio, deixam de ser meros elementos de análise linguística para se tornarem barreiras concretas ao bem-estar e à autonomia do paciente. A comunicação em saúde é um domínio de alto risco, no qual a falha na compreensão pode levar a consequências graves.

Portanto, é precisamente na intersecção entre a complexidade inerente ao discurso biomédico e a necessidade vital de compreensão por parte de um público leigo, que é frequentemente vulnerável, que a aplicação sistemática dos princípios da ATT se mostra não apenas útil, mas eticamente indispensável. Maaß (2015) reforça essa afirmação ao dizer que a opacidade de um discurso de especialidade funciona como uma forma de exclusão simbólica, ou seja, a exclusão pela linguagem é um mecanismo tão potente quanto a exclusão econômica. Assim, quando pensamos em ATT, também estamos pensando em formas de atingir justiça social.

A falta de comprehensibilidade dos textos na comunicação especializada exclui grupos inteiros de pessoas da participação na sociedade. Essa exclusão não é menos grave do que a exclusão econômica, uma vez que o acesso à informação é um pré-requisito para o exercício dos direitos de cidadania. Por isso, a Linguagem Simples e a Linguagem Fácil precisam ser vistas como ferramentas de participação social e como pré-requisitos para a igualdade de oportunidades²⁶. (Maaß, 2015, p. 15)

A tarefa de converter um discurso de especialidade em LS é frequentemente tomada como um ato tradução. Roman Jakobson (1959), em seu ensaio seminal sobre os aspectos linguísticos da tradução, distinguiu três tipos: (1) a interlingual (entre duas línguas diferentes); (2) a intersemiótica (entre sistemas de signos diferentes, como de um texto para um filme); e (3) a intralingual (dentro da mesma língua), que ele definiu como uma reinterpretação de signos verbais por meio de outros signos da mesma língua.

Ao tratar a reformulação em linguagem simples como um caso de tradução intralingual pode minimizar sua real complexidade. O processo não se assemelha à substituição de “índice glicêmico” por “quantidade de açúcar no sangue”. Pelo contrário, trata-se de uma recontextualização radical. O texto de partida (TP), o discurso de especialidade, e o texto de chegada (TC), o texto em linguagem simples, operam em quadros sociocognitivos distintos. O TP é produzido por e para uma comunidade discursiva específica (médicos, advogados, engenheiros), que partilha um vasto conhecimento prévio, pressupostos implícitos, modelos mentais e, crucialmente, um sistema conceptual próprio. O TC, por sua vez, destina-se a um público leigo, que não partilha desse conhecimento e opera com outros modelos mentais e sistemas conceptuais.

O desafio, portanto, não é apenas linguístico, mas epistemológico. O especialista em linguagem simples atua como um mediador intercultural, ainda que dentro da mesma cultura nacional, navegando entre duas culturas discursivas com diferentes visões de mundo. A tarefa não é meramente parafrasear, mas sim (re)apresentar o conhecimento de uma forma que ele possa ser assimilado por um sistema cognitivo diferente, sem que se perca a sua essência funcional. Isso implica, muitas vezes, em explicitar o que é implícito, em desconstruir cadeias de raciocínio complexas e em, fundamentalmente, reconceptualizar a informação. É neste ponto que a abordagem sociocognitiva da linguagem, em particular a Teoria da Metáfora Conceptual, ao postular que nós compreendemos conceitos abstratos ou complexos (o domínio-alvo) em

²⁶ Texto original: “The lack of comprehensibility of texts in specialized communication excludes whole groups of people from participation in society. This exclusion is not less severe than economic exclusion, since access to information is a prerequisite for exercising one’s rights as a citizen. Easy Language and Plain Language therefore need to be seen as tools of social participation and as prerequisites for equal opportunities.”

termos de conceitos mais concretos e familiares (o domínio-fonte). Os discursos de especialidade são permeados e, em grande medida, constituídos por sistemas de metáforas conceptuais que são peculiares àquela área do saber. No entanto, tais metáforas são tão naturalizadas dentro da comunidade de especialistas que acabam tornando-se invisíveis, sendo percebidas como descrições literais da realidade. No campo da medicina, por exemplo, uma metáfora como O CORPO É UMA MÁQUINA tem sido dominante desde o Iluminismo²⁷, levando-nos a falar de "falha" nos rins, "quebra" de um osso ou de um coração que "funciona como uma bomba".

O problema central na "tradução" para a LS é que essas metáforas conceptuais, que são cognitivamente eficientes e precisas para os especialistas, podem ser opacas, enganadoras ou geradoras de ansiedade para o público leigo. A metáfora DOENÇA É GUERRA, por exemplo, embora possa ser motivadora para alguns, implica uma visão adversarial e violenta da experiência do adoecimento (Sontag, 1978; Lakoff; Johnson, 1980).

Para um paciente com uma doença crônica como o diabetes, que exige manejo contínuo em vez de uma batalha final, essa metáfora pode ser contraproducente, gerando sentimentos de fracasso a cada revés. Nesse contexto, acreditamos que a tarefa da ATT não é apenas simplificar a terminologia, mas sim avaliar a metáfora conceptual subjacente e, quando necessário, substituí-la por outra que seja mais acessível e funcional para o público-alvo. Isso é um ato de (re)conceptualização. Por exemplo, ao comunicar-se com um paciente diabético, o profissional de saúde poderia, ao invés de usar uma metáfora como guerra contra o açúcar, adotar uma como O MANEJO DO DIABETES É UMA JORNADA ou O CONTROLE GLICÊMICO É UM ATO DE EQUILÍBRIO. A metáfora da jornada implica um percurso longo, com altos e baixos, onde o paciente é o viajante e o profissional é um guia. A metáfora do equilíbrio sugere a necessidade de ajustes constantes e de uma abordagem holística, integrando dieta, exercício e medicação. Essas metáforas não apenas simplificam a comunicação como também reestruturam a própria compreensão da doença, deixando de ser vista como um inimigo a ser vencido para ser validade como uma condição a ser gerenciada colaborativamente ao longo da vida.

²⁷ A genealogia desta metáfora inicia-se no século XVII com o mecanicismo proposto por René Descartes, que em obras como **Tratado do Homem** (1633), propôs um modelo do corpo como uma máquina de terra autômata, cujas operações fisiológicas poderiam ser explicadas sem recurso a uma alma vegetativa ou sensitiva. No entanto, Descartes manteve um dualismo estrito, postulando uma alma pensante imaterial (*a res cogitans*) distinta do corpo material (*res extensa*). Foi durante o Iluminismo, com o médico e filósofo Julien Offray de La Mettrie, que esta visão foi levada à sua conclusão materialista. Em seu ensaio **O Homem-Máquina** (1748), La Mettrie aplicou o modelo do animal-máquina cartesiano diretamente aos seres humanos, eliminando a distinção da alma e argumentando que todas as faculdades, incluindo a cognição e a emoção, eram funções emergentes da complexa organização da máquina corporal.

Também é importante destacar a dimensão social do sociocognitivismo é igualmente crucial. As metáforas conceptuais não são criações puramente individuais, mas convenções sociais, partilhadas e negociadas dentro de uma cultura e, mais especificamente, dentro de comunidades discursivas e de práticas. Isto quer dizer que uma comunidade de especialistas desenvolve e estabiliza um conjunto de metáforas que otimiza a comunicação interna e a construção do conhecimento em sua área. O público leigo, por sua vez, opera com um conjunto diferente de metáforas, mais gerais e baseadas em experiências cotidianas. Uma das tarefas da ATT é, portanto, estabelecer uma espécie de mediação intercultural (Finatto; Tcacenco, 2021; Zethsen, 2009, 2016).

Esse processo exige o conhecimento não apenas da linguagem e dos conceitos do domínio de especialidade, mas também dos modelos mentais, do conhecimento de mundo e das metáforas conceptuais que estruturam o pensamento do público-alvo. Sem essa imersão no quadro sociocognitivo do destinatário, a tentativa de simplificação pode resultar em um texto que, embora lexicalmente simples e sintaticamente correto, falha em conectar-se com a forma como o enunciatário entende o mundo, tornando-se, na prática, igualmente ineficaz.

Na tradução intralingüística, o tradutor deve também ser capaz de compreender o texto-fonte, seu universo de discurso, seu nível de conhecimento especializado e seu propósito. Mas, além disso, o tradutor intralingüístico deve ser capaz de avaliar o nível de conhecimento e as necessidades do público-alvo para poder resituar e reexpressar o texto-fonte de uma maneira que seja comprehensível para este novo grupo-alvo²⁸ (Zethsen, 2009, p.806).

Em suma, a transposição de discursos de especialidade para uma LS, vista sob a ótica da ATT e informada por uma perspectiva sociocognitiva, revela-se como uma das tarefas mais exigentes e sofisticadas dos estudos terminológicos na atualidade. A historicidade do movimento da LS demonstra que essa tarefa está intrinsecamente ligada a ideais de justiça social, transparência e empoderamento do cidadão. A análise linguística, por sua vez, mostra que o cerne do desafio não está na superfície do texto, nas palavras ou nas frases, mas nas profundezas da cognição, nos sistemas conceptuais que estruturam o conhecimento humano. A metáfora, longe de ser um problema a ser evitado, emerge como a principal ferramenta para a

²⁸ Texto original: “In intralingual translation, the translator must also be able to understand the source text, its universe of discourse, its level of specialist knowledge, and its purpose. But in addition, the intralingual translator must be able to assess the target audience’s level of knowledge and needs in order to be able to re-situate and re-express the source text in a way which is comprehensible to this new target group.”

(re)conceptualização, o mecanismo pelo qual o abstrato se torna concreto, o desconhecido se torna familiar e o hermético se torna acessível. A ATT não é, portanto, uma mera abordagem teórico-metodológica para simplificar de textos. Ela é uma arquiteta de conceitos, uma mediadora entre mundos cognitivos, cujo trabalho é fundamental para garantir que o conhecimento técnico-científico produzido em diferentes áreas não se torne uma barreira, mas sim uma ferramenta para a construção de uma sociedade mais justa, informada e verdadeiramente democrática. O direito à compreensão é, em última análise, o direito de participar plenamente da construção do nosso mundo comum.

Então, a ATT deve ser entendida como um conjunto de procedimentos de (re)textualização que visam à redução de barreiras comunicativas entre especialistas e não especialistas em contextos de comunicação assimétrica. A assimetria pode ser de diferentes naturezas, mas, no geral, diz respeito às distintas relações que os interlocutores mantêm com os conhecimentos mobilizados e com os recursos linguístico-discursivos da situação comunicativa.

Concluindo, é necessário entender que o compromisso com a ATT é, portanto, um compromisso com a redução das desigualdades, pois o acesso à informação de forma comprehensível é um passo fundamental para o exercício pleno da cidadania. Em contextos de grande assimetria de conhecimento, como o da saúde, a linguagem pode ser tanto um instrumento de poder e exclusão quanto uma ponte para a autonomia e o empoderamento. A escolha entre uma e outra é uma decisão não apenas técnica, mas fundamentalmente política e ética.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia adotada nesta pesquisa tem caráter qualitativo e descritivo, fundamentando-se na análise de narrativas de idosos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), acompanhados pela rede pública de saúde na região Centro-Sul de Sergipe. A pesquisa segue os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o número de parecer 5.173.073 (CAAE: 48656421.4.0000.5546).

4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo tem origem no Laboratório de Bioquímica Nutricional (LABNUT), sob a coordenação da Profa. Dra. Liliane Viana Pires e foi desenvolvido em parceria transdisciplinar com o Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC), coordenado pelo Prof. Dr. Sandro Marcio Drumond Alves Marengo. Ambos os laboratórios pertencem à Universidade Federal de Sergipe na Cidade Universitária. Prof. José Aloísio de Campos, em São Cristóvão. A colaboração interlaboratorial se vincula à pesquisa *Effectiveness evaluation of a nutritional intervention based on the degree of food processing for the metabolic control of individuals with type 2 diabetes mellitus assisted by Primary Health Care in the State of Sergipe*, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde (MS) sob o edital CNPq/MS/SAPS/DEPROS nº 27/2020.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Sergipe. Ele recebeu a aprovação com CAAE: 48656421.4.0000.5546 e parecer sob o número 5.173.073. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, direitos e cuidados a eles garantidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi lido para os participantes e, após concordância em participar do estudo, foram orientados a assinar o termo. Possíveis esclarecimentos adicionais também foram feitos pela pesquisadora quando lhe foram solicitados.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório de base linguístico-cognitiva, alinhado à perspectiva da Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) (Temmerman, 2000) e à proposta da

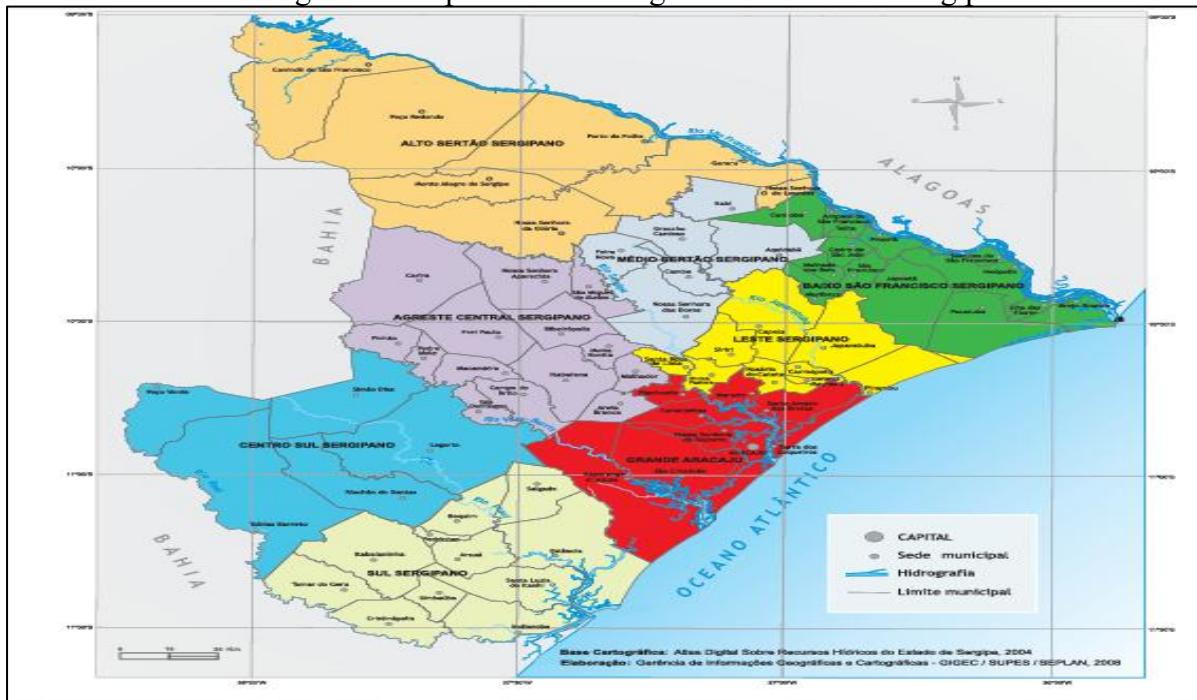
Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT) (Finatto, 2020; 2025). O objetivo foi investigar os modelos mentais e linguísticos mobilizados por idosos ao conceptualizarem termos especializados do domínio da saúde, como *diabetes*, *doença*, *açúcar*, *alimentação* e *saúde*.

Conforme Appolinário (2011, p.145), a pesquisa pode ser definida como um “processo pelo qual a ciência busca solucionar os problemas que lhe são apresentados”. Quanto ao tipo, caracterizou-se como descritiva, porque é uma “pesquisa na qual o pesquisador limita-se a descrever o fenômeno observado, sem inferir relações de causalidade entre as variáveis estudadas” (Appolinário, 2011, p.147). Quanto à natureza, definiu-se como uma pesquisa de cunho qualitativo, pois “os dados são coletados através de interações sociais [...] e analisados subjetivamente pelo pesquisador” (Appolinário, 2011, p.149-50). Ademais, a pesquisa configurou-se como um estudo exploratório, uma vez que “tem por objetivo aumentar a compreensão de um fenômeno ainda pouco conhecido, ou de um problema de pesquisa ainda não perfeitamente delineado” (Appolinário, 2011, p.75).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com França e Cruz (2007), Sergipe possui 07 macrorregiões que, ao total, somam 75 municípios distribuídos conforme pode ser visualizada por meio da Figura 1.

Figura 1 - Mapa das macrorregiões do Estado de Sergipe



Fonte: Disponível em: <<https://emdagro.se.gov.br/wpcontent/uploads/2018/10/MAPA-DOS-TERRIT%C3%93RIOS-DE-SERGIPE.pdf>> Acesso em: junho de 2025.

Os mesmos são distribuídos em: Alto Sertão (com 07 cidades e uma população de 164.813 habitantes), Baixo São Francisco (com 14 cidades e uma população de 131.749 habitantes), Médio Sertão (com 06 cidades e uma população de 68.785 habitantes), Leste Sergipano (com 08 cidades e uma população de 108.743 habitantes), Agreste Central (com 14 cidades e 253.571 habitantes), Sul Sergipano (11 cidades e uma população de 267.642 habitantes), Centro-Sul de Sergipe (com 05 cidades e uma população de 242,033 habitantes) e a Grande Aracaju (com 10 cidades e uma população de 1.080.516 habitantes).

No levantamento da distribuição de pacientes com DM2 por macrorregião, temos: Baixo São Francisco tem 5,36%, Médio Sertão tem 3,90%, Leste Sergipano tem 4,20%, Agreste Central tem 3,59%, Sul Sergipano tem 4,45%, Centro-Sul de Sergipe tem 3,39% e a Grande Aracaju tem 3,72% de diabéticos. Observa-se que a porcentagem de diabéticos sofre pequenas variações entre as regiões, oscilando entre 3,21% a 5,36%.

Figura 2 - Mapa de Sergipe com destaque para macrorregião Centro-Sul



Fonte: EMDAGRO. Disponível em: <<https://emdagro.se.gov.br/wpcontent/uploads/2018>> Acesso em: junho de 2025.

O estudo foi inicialmente planejado para envolver 50 participantes (25 homens e 25 mulheres), conforme o protocolo geral do projeto “Avaliação da efetividade de uma intervenção nutricional baseada no grau de processamento dos alimentos para o controle metabólico de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 assistidos pela Atenção Primária à Saúde do Estado de Sergipe”, desenvolvido pelo PPGCNUT/UFS.

Entretanto, ao longo do processo de campo, houve redução do número de participantes, chegando-se a 10 idosos (5 homens e 5 mulheres) que atenderam plenamente aos critérios de inclusão e conseguiram participar das entrevistas.

Essa redução deveu-se a fatores como debilidade cognitiva, limitações de saúde, baixa alfabetização funcional e dificuldade de deslocamento dos demais voluntários. Assim, a amostra final foi constituída por conveniência, representando os participantes que efetivamente puderam contribuir com dados válidos e coerentes com os objetivos linguístico-cognitivos do estudo.

Cada participante tinha idade igual ou superior a 60 anos, escolaridade até o 5º ano do ensino fundamental e acompanhamento regular pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios de Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Simão Dias e Tobias Barreto.

Conforme destaca Finatto (2025), estudos com pessoas em contextos de vulnerabilidade cognitiva e social demandam estratégias de coleta adaptadas, considerando aspectos psicossociais, culturais e de letramento em saúde. Inspirada nesse modelo, esta pesquisa adotou questionários simplificados e entrevistas mediadas, respeitando o ritmo e a capacidade de resposta dos participantes.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada junto ao SUS do município do Centro-Sul com maior densidade demográfica, mais precisamente no Centro de Especialidade Médicas Otacília Modesto Ribeiro, localizado entre as Praças Rui Mendes e Forródromo, nº 26, cidade de Lagarto, estado de Sergipe. O Centro atua como referência estadual de diversas especialidades médicas. Atualmente, conta com 41 profissionais de saúde, trabalhando somente 08 no atendimento específico a pacientes com DM2, a saber: 02 nutricionistas, 02 médicos endocrinologistas, 02 metabolistas e 02 técnicos de Enfermagem para atender uma média de 200 pacientes por mês, sendo aproximadamente 50% portadores de DM2.

4.5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

A construção de um roteiro de entrevista semiestruturado (Triviños, 1987; Duarte, 2002; Manzini, 2004; Freitag, 2017; Oliveira, Guimarães, Ferreira, 2023) para pacientes com DM2 envolveu uma série de procedimentos metodológicos que visam garantir a validade, confiabilidade e relevância das informações coletadas. Em primeiro lugar, estabelecemos que

as perguntas construídas para o questionário deveriam: 1) Avaliar o conhecimento dos pacientes 60+, homens e mulheres com pouca escolaridade, sobre DM2; 2) Compreender as barreiras enfrentadas no controle da doença por esses pacientes; e 3) Analisar sua adesão ao tratamento. Essa etapa orienta todas as outras decisões metodológicas, desde a escolha das perguntas até a forma de análise dos dados.

Assim, para a construção do questionário semiestruturado que dirigiu as entrevistas, nos baseamos na revisão da literatura sobre questionários anteriores e estudos relacionados ao DM-2 (Al-Akour, Khader, Alaoui, 2011; Thooppputra, Newby, Schneider, Li, 2012; Menezes, Amorim, Apolinário *et al*, 2023). Isso nos ajudou a identificar categorias importantes, conceitos-chave e lacunas de conhecimento que guiaram a elaboração das questões. Para Manzini (2004, p. 154), um questionário semiestruturado está focalizado em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. (Oliveira *et al.*, 2023).

Nosso roteiro de entrevista semiestruturado é composto por perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas permitem a padronização das respostas, facilitando a análise qualitativa, enquanto as perguntas abertas possibilitam uma compreensão mais profunda das percepções e experiências dos pacientes com DM-2. Estruturamos o instrumento da seguinte forma: Parte 1: Identificação, Perfil Sociodemográfico e hábitos de vida e Parte 2: Campos semânticos: Conceitos de Saúde e Doença Conhecimento, experiências e percepções do tratamento e o controle do DM-2.

Quadro 1 - Estrutura do questionário e os campos semânticos

1. Identificação e Perfil Sociodemográfico
• Nome, idade, local de nascimento e moradia
• Estado civil e histórico familiar
• Escolaridade
• Ocupação atual e anterior
2. Hábitos de Vida
• Lazer e atividades cotidianas
• Uso de tecnologia (TV, redes sociais)
• Práticas de exercício físico
• Alimentação cotidiana
3. Conceito de Saúde e Doença
• Definições pessoais de saúde
• Definições de doença
• Entendimento de doença hereditária

• Noções sobre prevenção
4. Conhecimento sobre Diabetes
• Definição pessoal da doença
• Causas atribuídas
• Transmissibilidade/hereditariedade
• Sintomas percebidos
• Conceito de açúcar no sangue
5. Diagnóstico e Tratamento
• Tempo de diagnóstico
• Exames realizados
• Sintomas relatados
• Adesão ao tratamento
• Remédios farmacêuticos e caseiros
6. Compreensão de Termos Técnicos
• Metabolismo, síndrome metabólica
• Hormônios, insulina
• Tipos de diabetes
• Pé diabético
• Especialidades médicas
7. Alimentação e Dieta
• Significado de dieta
• Alimentos a evitar
• Frutas doces e saudáveis
• Medidas de prevenção
8. Crenças sobre o Diabetes
• Curas e esperança de cura
• Comparações com outras doenças
• Gênero gramatical atribuído à palavra "diabetes"
• Fatalismo e resignação

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

4.6 ENTREVISTAS

O recrutamento dos sujeitos da pesquisa ocorreu no período de março de 2023 a agosto de 2024. As entrevistas foram realizadas com os indivíduos que aguardavam o atendimento para a consulta médica no Centro de Especialidade Médicas Otacília Modesto Ribeiro, no município de Lagarto, a partir das 8 horas da manhã. Cada entrevista foi feita de modo individual, em situação face a face, em um ambiente relativamente privativo cedido pela direção do Centro de Especialidade. A duração média das gravações foi de 20 a 30 minutos. Para a gravação foi utilizado o aparelho iphone 13, app da Apple - gravador de voz do sistema operacional do IOS. Antes do início de cada coleta foi realizado um teste piloto para verificação da adequação dos instrumentos. Em nenhum caso houve necessidade de ajustes.

Após finalização de cada entrevista, foram realizados os agradecimentos aos idosos pelas informações e por ter disponibilizado tempo para a entrevista; ao pessoal do Centro de Especialidade Médicas Otacília Modesto Ribeiro, no município de Lagarto, pela cessão do espaço e por viabilizar um local reservado para que as gravações obtivessem êxito. Além disso, é importante destacar que os informantes perguntaram que se haveria retorno em relação a entrevista, foi destacado que sim, pois a pesquisa busca possibilidades para a educação em diabetes com foco na mudança de comportamento dos pacientes em relação ao tratamento, especificamente, na abordagem nutricional.

Para que pudéssemos realizar a transcrição das entrevistas semiestruturadas foi necessário a utilização do programa *TurboScribe*. As gravações foram ordenadas de forma cronológica (data de gravação) e, em seguida, após transcrição, foram feitos os *downloads* de cada uma. Os dados obtidos no Microsoft Word processador/Microsoft Office/Microsoft 365 foram analisados para detectar possíveis erros de transcrição. Os participantes foram codificados com números de ordem cronológica de realização das entrevistas seguido das etiquetas [M] para os de sexo masculino e [F] para os de sexo feminino. Por fim, inserimos os códigos referentes à localidade de ordem dos participantes, sendo: [SM] Simão Dias, [LG] Lagarto, [RD] Riachão do Dantas, [TB] Tobias Barreto e [PV] Poço Verde.

A opção por entrevistas individuais deveu-se à necessidade de garantir a atenção e concentração dos participantes, muitos dos quais apresentavam limitações de memória ou dificuldades auditivas. Essa escolha também contribuiu para a qualidade linguística dos dados, permitindo captar nuances terminológicas e metáforas pessoais.

4.7 SELEÇÃO, DELIMITAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Para a seleção, delimitação e organização dos dados foi utilizado o software MAXQDA Analytic Pro (24.8.0). Esta é uma ferramenta especializada em pesquisa qualitativa que permite a organização sistemática e a interpretação aprofundada de conteúdos textuais e audiovisuais. Inicialmente, todos os áudios foram transcritos pelo *TurboScribe* e importados para o programa, sendo categorizados de acordo com os eixos temáticos centrais da pesquisa: *diabetes*, *saúde* e *doença*. Para garantir a confiabilidade do processo, foi adotada uma abordagem de codificação híbrida, combinando categorias pré-definidas (com base na TST) e categorias emergentes, que surgiram a partir dos próprios relatos dos participantes. Dessa forma, foi possível identificar tanto os termos técnicos reinterpretados quanto as construções linguísticas espontâneas que

refletiram os saberes populares e as experiências individuais dos idosos diabéticos com pouca escolarização.

Logo após, aplicou-se a análise de frequência e cruzamento de códigos com objetivo de mapear padrões discursivos recorrentes como, por exemplo, a associação entre *diabetes* e *açúcar no sangue*. O MAXQDA possibilitou a visualização dessas relações através das matrizes de codificação e tabelas, facilitando a identificação de protótipos semânticos, como, por exemplo: *doença = dor + incapacidade* e dinamismos categoriais. Além disso, a opção da ferramenta para visualização de dados para análise comparativa por grupos (homens vs. mulheres), nos possibilitou a percepção de que existem diferenças significativas na apropriação terminológica, como a maior tendência masculina em associar o diabetes a complicações físicas, enquanto as mulheres destacavam impactos cotidianos nas ações cotidianas.

A validação dos resultados foi realizada por meio de triangulação metodológica, confrontando os achados do MAXQDA com revisões bibliográficas sobre a TST (Temmerman, 2000). Essa etapa garantiu que as distorções e ressignificações identificadas não fossem tratadas como erros, mas como processos cognitivos motivados pela falta de acesso a informações precisas e pelas experiências vividas. O MAXQDA, portanto, não apenas auxiliou na catalogação eficiente dos dados, mas também proporcionou uma visão multidimensional da construção de significados, alinhando-se perfeitamente aos objetivos sociocognitivos da pesquisa.

Portanto, as narrativas coletadas foram organizadas e analisadas com base em **Análise de Conteúdo** (Bardin, 2011), em três etapas:

1. **Pré-análise** – leitura flutuante e reconhecimento dos dados;
2. **Exploração do material** – codificação de unidades de sentido;
3. **Tratamento e interpretação** – identificação de padrões cognitivos e metáforas.

A análise seguiu os princípios da Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) e da Teoria da Metáfora Conceptual, com apoio do referencial metodológico de Finatto (2025) para estudos com dados verbais em saúde. A etapa final consistiu na curadoria terminológica (Estopá, 2008), em que as expressões e metáforas identificadas foram agrupadas e analisadas quanto à sua relevância para o aprimoramento da comunicação entre profissionais e pacientes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a análise dos dados coletados nas entrevistas com dez idosos (cinco mulheres e cinco homens) diagnosticados com DM2, atendidos pelo Centro de Especialidades Médicas Otacília Modesto Ribeiro (SUS), todos com baixa escolarização. A partir de seus relatos, busca-se compreender como esses sujeitos constroem, por meio da linguagem, os sentidos atribuídos a termos como *diabetes*, *saúde* e *doença*, revelando os processos de categorização e nomeação que refletem suas vivências, conhecimentos empíricos e práticas de letramento em saúde. A análise está fundamentada nos fenômenos de conceptualização e metaforização dentro do marco teórico da TST (Temmerman, 2000), que valoriza a dimensão pragmática da linguagem, os modelos mentais dos falantes e a variação conceptual decorrente da interação sociocognitiva dos agentes.

Assim, entendemos que as metáforas conceptuais são recursos cognitivos e discursivos que organizam a compreensão do diabetes e orientam práticas de autocuidado, muitas vezes traduzindo conceitos médicos para imagens e expressões do cotidiano. Também nessa esteira, a EAN²⁹ assume função estratégica ao mediar o diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o repertório cultural dos pacientes, traduzindo informações especializadas em linguagem acessível e culturalmente situada. Essa articulação das metáforas dentro da EAN possibilita não apenas ressignificar conceitos-chave, mas também fortalecer a adesão ao tratamento, favorecer escolhas alimentares mais saudáveis e promover maior autonomia no cuidado com a saúde.

5.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DOS TERMOS DIABETES, SAÚDE E DOENÇA

Com base na TST e nos dados das transcrições das entrevistas, delineamos as formas de conceptualização dos termos *diabetes*, *saúde* e *doença*. Devemos ressaltar que, longe de funcionarem somente como etiquetas formais para estados fisiológicos objetivos no nosso *corpus*, verificamos que esses termos operam como âncoras para unidades de conhecimento multifacetadas, cuja natureza é dinâmica e polissêmica (Temmerman, 2000). Em sua

²⁹ A Educação Alimentar e Nutricional é um campo de atuação no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional e da promoção da saúde, considerada crucial para o controle de doenças crônicas não transmissíveis, valorizando as diferentes expressões da cultura alimentar, os hábitos regionais, além de estimular a redução do desperdício de alimentos, promover o consumo sustentável e a alimentação saudável (Brasil, 2012).

Neste contexto, orientações nutricionais que integram medidas de autocuidado e educação em saúde, com uma comunicação clara e a participação ativa dos indivíduos envolvidos no processo, levando em consideração o contexto familiar, educacional, econômico e social, tornam-se de suma importância para a manutenção da saúde de indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2 (Gomes *et al.*, 2017).

abordagem sociocognitiva, Temmerman (2000) argumenta que o conhecimento, seja ele especializado ou leigo, não se organiza como fronteiras rígidas, mas sim em estruturas conceptuais flexíveis e baseadas na experiência dos usuários da língua. Nos casos em tela, é possível afirmar que os termos usados pelos participantes são estruturadas predominantemente por meio de metáforas conceptuais (Lakoff; Johnson, 1980), que refletem sua experiência corporificada, seu conhecimento adquirido ao longo do tempo e seus valores culturais, ilustrando como o significado é construído na intersecção entre cognição, corpo e cultura.

A TST (Temmerman, 2000) propõe que a categorização para as unidades de conhecimento deve ir além de uma simples lista de conceitos. A autora divide a tipologia de termos em três tipos principais, de acordo com a natureza daquilo que é conceptualizado: (a) são entidades, quando se referem a coisas; (2) são atividades ao se referirem a ações ou processos; (3) são guarda-chuva, nos casos de cenários complexos. Do ponto de vista estrutural, o diabetes, na fala dos participantes, é frequentemente reificado como uma entidade, uma vez que ele é personificado ou tratado como uma entidade autônoma com a qual o indivíduo convive. Falas como “a diabete que eu tenho” (1FSD) e “quem tem a diabete” (5MTB) conceptualiza a condição não como um estado do corpo, mas como um objeto ou uma posse que se tem. Apesar disso, sua gestão é compreendida como uma série de ações. Sendo assim, sua conceptualização completa e funcional transcende as categorias de entidade ou atividade, enquadrando-se melhor na definição de uma unidade guarda-chuva. Temmerman (2000) assevera que uma unidade guarda-chuva não se refere a uma única coisa ou processo, mas a um campo de conhecimento complexo que engloba e organiza uma rede de outras unidades de conhecimento, incluindo múltiplas entidades, ações e suas propriedades. Ela funciona como um termo de cobertura para um cenário ou domínio inteiro.

A unidade de conhecimento guarda-chuva é um termo de cobertura para um cenário no qual um conjunto de entidades, um conjunto de ações e um conjunto de dimensões e relações são compreendidos em sua inter-relação. Um cenário é mais do que um conjunto de entidades, ações e dimensões. É a compreensão de um todo complexo no qual os diferentes componentes encontraram o seu lugar³⁰ (Temmerman, 2000, p.153, tradução nossa).

Sendo assim, pelo que verificamos, o entendimento do termo *diabetes* não pode ser efetivado de forma isolada. Para que o conceito seja funcional, ele precisa ativar uma vasta rede

³⁰ Texto original: “The umbrella unit of understanding is a cover term for a scenario in which a set of entities, a set of actions and a set of dimensions and relations are understood in their interrelatedness. A scenario is more than a set of entities, actions and dimensions. It is the understanding of a complex whole in which the different components have found their place.”

de conhecimento interligado, que inclui as entidades (por exemplo: *glicose, insulina, pâncreas, medicamentos, alimentos (açúcares, carboidratos)*) e as próprias possibilidades de complicações (*retinopatia, neuropatia*). A conceptualização do diabetes como uma coisa que se tem é um componente dentro dessa estrutura maior. Além das entidades, há ações que também são ativadas para a interligação nessa rede de conhecimento, como *monitorar a glicose, injetar insulina, seguir uma dieta, praticar exercícios* ou mesmo *consultar um médico*. Portanto, acreditamos que classificar *diabetes* apenas como entidade seria algo reducionista.

Embora a quase totalidade dos participantes o tratem como uma coisa, é necessário apontar que essa coisa só faz sentido em relação a todas as ações, outras entidades e propriedades que a cercam. A reificação é um passo cognitivo, mas não define a totalidade do conceito. Também é importante deixar claro que classificá-lo apenas como ação ou processo (um distúrbio metabólico) também seria incompleto, pois ignoraria a forma como os falantes o tratam como um objeto discreto e a rede de outros objetos e atores envolvidos.

Portanto, *diabetes* funciona como uma unidade guarda-chuva porque o termo evoca um cenário completo e interconectado, um Modelo Cognitivo Idealizado (Lakoff, 1987), que inclui atores, objetos, processos e regras. Quando um participante diz "eu tenho diabete", ele não está apenas nomeando uma condição, mas também está ativando todo o complexo universo de conhecimento prático e experiencial associado a viver com essa condição. É essa natureza de rede, que integra e dá sentido a múltiplos outros conceitos, que caracteriza fundamentalmente uma unidade de conhecimento do tipo guarda-chuva (Temmerman, 2000).

Ao voltarmos nosso foco para o termo *saúde*, acreditamos que ele é mais adequadamente classificado como uma unidade de conhecimento do tipo entidade abstrata, cuja complexidade e significado, no entanto, só se revelam plenamente quando analisados dentro de um MCI (Lakoff, 1987) mais amplo de bem-estar e funcionalidade. Embora contenha facetas que nos levem a pensar em tomá-lo como uma unidade guarda-chuva, sua principal função no discurso dos participantes é a de um estado idealizado, uma posse valiosa e um ponto de equilíbrio, servindo como referência contra a qual a unidade guarda-chuva do *diabetes* é definida e experienciada.

Pode-se argumentar que estados, condições e propriedades são entidades abstratas. Esta é, por exemplo, a posição adotada na gramática cognitiva de Langacker (1987). Na abordagem sociocognitiva, estados (ex. estar casado), condições (ex. gravidez) e propriedades (ex. solubilidade) são categorizados como entidades abstratas. Estados e condições são compreendidos como existentes no tempo³¹ (Temmerman, 2000. p.151-152, tradução nossa).

³¹ Texto original: "It can be argued that states, conditions and properties are abstract entities. This is for instance the position taken in Langacker's cognitive grammar (1987). In the sociocognitive approach, states (e.g. being

Na Gramática Cognitiva, a distinção entre classes gramaticais como substantivos e verbos não é vista como um reflexo de categorias ontológicas objetivas no mundo, mas sim como o resultado de diferentes formas de construção conceptual. Partindo desse princípio, Langacker (1987) propõe que o significado linguístico reside na capacidade humana de conceptualizar uma mesma cena ou situação de formas alternativas. É justamente dentro desse arcabouço que a noção de entidade abstrata é tomada como uma consequência natural de uma definição de coisa (o valor semântico de um substantivo) que é suficientemente abstrata para abranger tanto referentes concretos quanto os não-concretos. A diferença entre concreto e abstrato, portanto, não é uma distinção gramatical, mas uma distinção sobre os mundos (físicos ou conceptuais) que a nossa cognição é capaz de construir e que a linguagem nos permite descrever.

Assim, a conceptualização da saúde, conforme revelada nas transcrições, não se baseia em uma lista de atributos positivos, mas sim em sua oposição à doença, operando como o elemento central de um MCI de uma vida normal. Lakoff (1987) define os MCIs como estruturas cognitivas complexas e idealizadas que usamos para organizar nosso conhecimento do mundo. O MCI de um corpo humano funcional pressupõe a saúde como seu estado-padrão e ininterrupto. A doença, portanto, não é apenas uma condição, mas uma violação desse modelo idealizado. Isso fica evidente na fala do 1MSD, quando diz “[...] uma pessoa que não tem problema de saúde”. Nesta construção, a saúde não é definida pelo que ela é, mas pelo que ela não é: a ausência de um problema. Portanto, partimos do pressuposto de que para esses informantes a saúde é o estado zero, a norma a partir da qual a doença (o problema) é uma anomalia.

Essa conceptualização por negação reforça o *status* da saúde como uma entidade abstrata que se tem por padrão e que só se torna saliente quando ameaçada ou perdida. A fala do 5FRD, sobre a necessidade de “ter uma alimentação saudável”, conceptualiza as práticas de cuidado não como um tratamento para a doença, mas como ações para manter ou restaurar um equilíbrio perdido. O diabetes, neste quadro, é uma força de desequilíbrio constante, e a alimentação saudável é a contramedida para sustentar a homeostase. A saúde, portanto, é conceptualizada como um estado dinâmico que exige esforço e vigilância, e não uma condição estática

Assim, diferentemente de *diabetes*, que funciona como um termo de cobertura para um

married), conditions (e.g. pregnancy) and properties (e.g. solubility) are categorised as abstract entities. States and conditions are understood as existing in time”.

cenário complexo e uma rede de outras unidades, afirmamos que *saúde* no discurso dos participantes funciona como um estado ou uma condição idealizada. Ela é o objetivo, o pano de fundo, o padrão de medida, mas não o cenário em si. Portanto, dentro da tipologia de Temmerman (2000), ela se encaixa melhor na categoria de entidade porque, no discurso analisado, ela funciona como o estado normativo e a posse valiosa que é definida, ameaçada e qualificada pela presença da unidade guarda-chuva *diabetes*.

Para completar nossa análise da categorização, é importante destacar que o modo como se procede à categorização do termo *saúde* se revela um pré-requisito indispensável para a compreensão do termo *doença* pelo viés da TST (Temmerman, 2000). A natureza conceptual de ambos os termos é intrinsecamente relacional, operando dentro de uma estrutura de oposição onde um serve como o pano de fundo cognitivo para a definição do outro. Portanto, para estabelecer o tipo de unidade de conhecimento expresso por *doença*, é imperativo voltarmos à descrição tipológica do termo *saúde*.

Vimos anteriormente que, dentro da tipologia terminológica proposta por Temmerman (2000), *saúde* é mais adequadamente classificado como uma unidade de conhecimento do tipo entidade abstrata. Nesse ponto, destacamos que a TST argumenta que a abordagem sociocognitiva se afasta de uma visão restritiva de entidade como algo puramente concreto. Em vez disso, a teoria acomoda a maneira como a cognição humana trata fenômenos não-físicos como coisas. A própria linguagem cotidiana, que usa estruturas do tipo *ter saúde*, *perder a saúde* ou *cuidar da saúde*, reflete essa objetificação, tratando o estado de bem-estar como uma posse ou um objeto que pode ser manipulado, perdido ou mantido.

Apesar disso, devemos atentar para o fato de que a classificação de *saúde* como uma entidade abstrata não captura a totalidade de sua função cognitiva. Devemos entender que *saúde* não é apenas uma entidade qualquer: ela é o elemento central, prototípico e não-marcado do MCI de uma vida funcional ou de um corpo normativo. A evidência para esta afirmação reside na forma como a saúde é definida pelos nossos informantes: pela ausência de seu oposto.

Nas entrevistas realizadas, a construção “uma pessoa que não tem problema de saúde” é um caso exemplar. Neste enunciado, a saúde é o estado-padrão, o pano de fundo tão fundamental que não necessita de uma definição positiva; ela simplesmente é. O que é marcado, aquilo que requer especificação, é o desvio dessa norma, ou seja, o problema. Ao lançarmos mão da teoria da prototipicidade (Rosch, 1978; Lakoff, 1987), podemos dizer que o membro mais central de uma categoria muitas vezes não leva o nome da categoria, pois ele é a própria referência (Lakoff, 1987). Da mesma forma, *saúde* funciona como o protótipo da existência

corporal, isto é, a referência a partir da qual todas as outras condições são medidas.

A questão é que os vários conceitos de mãe que não são centrais são todos nomeados em relação ao conceito central. Eles são todos da forma mãe-X, onde X é um modificador. O conceito central é simplesmente mãe. É a categoria não-marcada. Os conceitos não-centrais são todos, linguisticamente, categorias marcadas³² (Lakoff, 1987, p.82, tradução nossa).

É precisamente essa função de protótipo dentro de um MCI que estabelece o alicerce para a categorização de *doença*. Se *saúde* é a entidade abstrata que representa o estado idealizado e normativo, então *doença* deve ser categorizada cognitivamente como a entidade que representa a violação ou a perturbação desse modelo. A unidade de conhecimento *doença* é, portanto, fundamentalmente relacional e de natureza opositiva. Desse modo, asseveramos que ela não pode ser compreendida em isolamento, pois seu significado primário deriva de sua relação de contraste com *saúde*. A alta frequência de uso da expressão *problema de saúde*, lexicaliza essa relação: o problema (doença) é definido em termos daquilo que ele afeta (a saúde). Assim, ao se classificar a unidade de conhecimento *doença*, devemos reconhecer que sua principal característica categorial é a de ser um contra-modelo ou uma instanciação da não-saúde, portanto ela será uma entidade abstrata marcada.

Contudo, é necessário que apontemos uma diferença signifcativa entre a categorização de *doença* e de *diabetes*. Enquanto *doença* em si funciona como uma entidade abstrata de nível superordenado, uma doença específica como o *diabetes* opera como uma unidade de conhecimento do tipo guarda-chuva. Esta distinção hierárquica é fundamental na Semântica Cognitiva (Lakoff, 1987) e central para a aplicação da TST (Temmerman, 2000). Uma categoria superordenada, como *doença*, é altamente abstrata e carrega um conjunto limitado de atributos (por exemplo, é ruim, causa sofrimento ou requer muita atenção). Ela serve para classificar um vasto domínio da experiência, mas não oferece um roteiro detalhado para a ação. Será no nível de categorias mais específicas, como, por exemplo, em *diabetes*, que uma unidade guarda-chuva emerge.

Como já apontamos anteriormente, ao pensar em *diabetes*, evocamos uma rede de outras unidades de conhecimento (glicose, insulina, medicamentos etc.). Já *doença*, por outro lado, é geral demais para evocar unidades e cenários específicos. Ela funciona como uma espécie de rótulo da categoria que contém múltiplas unidades guarda-chuva. Portanto, a função cognitiva

³² Texto original: “The point is that the various mother concepts that are not central are all named with respect to the central concept. They are all of the form X-mother, where X is a modifier. The central concept is simply mother. It is the unmarked category. The noncentral concepts are all marked categories, linguistically.”

de cada unidade é distinta. A entidade abstrata *doença* permite a categorização inicial de uma experiência como uma perturbação do estado de saúde. Ela responde à pergunta "Que tipo de coisa é esta?". A unidade guarda-chuva *diabetes*, por sua vez, fornece a estrutura detalhada para a compreensão e o manejo dessa perturbação específica. Ela responde à pergunta "Como esta coisa funciona e o que eu devo fazer a respeito?".

Ao visualizar as conceptualizações por meio da variável sexo, vemos particularidades da conceptualização da doença, da terminologia médica e das crenças sobre saúde, revelando como a experiência corporificada e o contexto sociocultural moldam um campo semântico distinto do paradigma biomédico. Observe o quadro elaborado a partir dos dados das informantes do sexo feminino.

Quadro 2 – Organização dos dados de conceptualização das informantes de sexo feminino

EIXOS	CONCEPTUALIZAÇÕES
1. COMPREENSÃO CONCEPTUAL DO DIABETES	Definições empíricas prevalecem: "é açúcar no sangue" (1FSD, 5FRD), "doença que come a pessoa devagar" (3FLG), "doença do mijo e do açúcar" (2FTB).
	Há percepção do caráter crônico e progressivo da condição: "mata aos poucos" (2FTB), "mata quando está forte" (4FPV), "tem que cuidar" (1FSD, 3FLG, 5FRD).
	Algumas associam diretamente o diabetes a outros sintomas e efeitos: "inchaço nas pernas, tontura e vista emburrada" (3FLG), "mijadeira braba" (2FTB), "pressão alta" (1FSD, 5FRD).
	Conceito de hereditariedade é mal compreendido: algumas reconhecem um padrão familiar ("meus pais tinham" – 3FLG), mas não articulam isso ao conceito biomédico de herança genética (4FPV, 1FSD, 5FRD negam ou não sabem).
	A ideia de cura divide opiniões: algumas consideram incurável (2FTB, 3FLG, 4FPV), outras associam a cura com corte de açúcar (5FRD), revelando uma concepção funcional e prática da doença, não biomédica.
2. INTERPRETAÇÃO DE TERMOS MÉDICOS E NUTRICIONAIS	Insulina é associada a "injeção" ou "remédio" (1FSD, 2FTB, 3FLG, 5FRD), sem referência à sua função hormonal.
	Hormônio, metabolismo, síndrome metabólica são amplamente desconhecidos ou confundidos com algo negativo ("pior ainda", "não sei", "nunca ouvi" – 1FSD, 2FTB, 3FLG, 4FPV, 5FRD).
	A dieta é percebida como "não comer" (1FSD, 4FPV), "regime" (2FTB), "para emagrecer" (3FLG, 5FRD), revelando um entendimento focado na restrição e sacrifício, e não como equilíbrio alimentar.
3. CRENÇAS SOBRE SAÚDE E DOENÇA	Sobre alimentação: Torta de chocolate = vilã; frutas doces devem ser evitadas, como manga, uva, mamão, banana. Frutas "boas" para diabetes: maçã, melão, laranja-lima – embora nem sempre com embasamento.
	Saúde = ausência de doença; Doença = sofrimento e tristeza pela ausência de saúde.
	O diabetes é visto como penoso, silencioso e traíçoeiro, algo que "vem comendo por dentro".

	A medicina caseira aparece como suporte ao tratamento: chá de pata de vaca, moringa, semente de melão, chá de graviola, abacate – destacando a dimensão sociocultural do autocuidado.
	O papel das campanhas e serviços de saúde é mínimo: quando citados, são lembrados vagamente, centrados na repetição de que “não pode comer doce” e “tem que tomar remédio” (1FSD, 3FLG, 5FRD).
	O cuidado se traduz majoritariamente em evitar açúcar e tomar medicação, não há menções sistemáticas a atividade física, acompanhamento médico contínuo, ou controle glicêmico com frequência.
	Há uma personificação da doença em alguns relatos (“a diabete machuca a gente” – 3FLG), refletindo uma relação afetiva e simbólica com a condição.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Pelo quadro anterior, é possível verificar que a compreensão conceptual do diabetes, no universo linguístico das entrevistadas, é tecida a partir da experiência pessoal e do sofrimento cotidiano, e não de definições clínicas abstratas.

A doença é definida empiricamente, através de metáforas que capturam sua essência vivida: é "açúcar no sangue" (1FSD, 5FRD), uma referência direta à sua causa mais saliente, "doença que come a pessoa devagar" (3FLG), uma potente metáfora que conceptualiza a condição como um processo lento e predatório de consumo interno. Além disso, vemos uma definição de "doença do mijo e do açúcar" (2FTB), vinculando causa e sintoma de forma pragmática. Essa percepção do caráter crônico e progressivo da condição é uma constante, expressa em noções como “mata aos poucos” (2FTB) e na consequente necessidade de vigilância contínua, como em “tem que cuidar” (1FSD, 3FLG, 5FRD).

Ademais, os dados nos mostram que a experiência feminina do adoecimento se manifesta na forte associação entre a doença e seus efeitos corporais diretos e sensíveis. O diabetes não é apenas um número em um exame, mas o “inchaço nas pernas, tontura e vista embassada” (3FLG) ou a “mijadeira braba” (2FTB). Essa ancoragem no corpo revela uma forma de conhecimento íntimo e corporificado sobre a doença.

Em contrapartida, conceitos mais abstratos como *hereditariedade* são mal compreendidos; embora reconheçam um padrão familiar (“meus pais tinham” - 3FLG), as entrevistadas não articulam essa observação com o modelo biomédico de herança genética. A noção de cura também é (re)interpretada sob uma ótica funcional: para algumas, a doença é incurável, enquanto para outras, a cura está associada a uma ação prática de “corte de açúcar” (5FRD), demonstrando uma lógica focada na gestão dos sintomas e não na erradicação da condição patológica. Desse modo, a terminologia técnica da medicina e da nutrição é

sistematicamente reinterpretada pelas participantes, que a traduzem intralinguisticamente para seu universo de referências cotidianas.

Ao produzir recursos para apoiar simplificações de textos em temas de Saúde para trabalhadores de escolaridade limitada, concordamos com Zethsen (2009; 2016) quando compara a TI com a ultrapassagem de uma barreira. Não raro, a barreira extrapola o 'interno'. Afinal, tentamos aproximar, via linguagem, pessoas e comunidades com diferentes relações com os próprios conhecimentos e/ou com a falta deles (Finatto; Tcacenco, 2021, p. 35).

Termos como *insulina* são compreendidos por sua função prática e forma de administração (*injeção* ou *remédio* - 1FSD, 2FTB, 3FLG, 5FRD) e não por sua definição biológica como um hormônio. Nessa esteira, os conceitos abstratos como *hormônio* e *metabolismo* são amplamente desconhecidos ou associados a algo negativo, o que evidencia que a linguagem do discurso de especialidade, em vez de empoderar, muitas vezes gera distanciamento e apreensão.

Ao analisar o último eixo, verificamos que as crenças das entrevistadas revelam uma matriz sociocultural que informa profundamente suas práticas de autocuidado. A saúde é definida como a ausência de doença, e a doença, além de ser ausência de saúde, é tomada como sofrimento e tristeza. Estes sentimentos permeiam todos os relatos da pesquisa. O diabetes é personificado como algo "penoso, silencioso e traiçoeiro", que "vem comendo por dentro" e "machuca a gente" (3FLG), refletindo uma relação afetiva e simbólica com a condição. Destacamos que, dentro desse quadro, o autocuidado se manifesta como um sistema híbrido, em que a medicina convencional coexiste com a medicina popular.

O uso de chás e outros remédios ditos naturais não é visto como uma alternativa, mas como um suporte ao tratamento, destacando sua dimensão cultural do cuidado. A influência das campanhas de saúde formais é mínima, lembradas apenas por mensagens repetitivas como "não pode comer doce" e "tem que tomar remédio". O cuidado prático se resume a essas duas ações, com pouca menção à atividade física ou acompanhamento médico contínuo, revelando uma assimilação parcial e focada nos aspectos mais impositivos do tratamento.

Portanto, a análise dos dados, centrada na variável sexo feminino, evidencia um campo conceptual sobre o diabetes que é profundamente experiencial, corporificado e distinto do discurso técnico-científico. A linguagem utilizada pelas participantes revela uma negociação constante de sentidos entre o saber biomédico e o saber popular, sem que haja uma assimilação profunda dos conceitos técnicos. Ao tomar a variável sexo masculino, apresentamos o seguinte quadro:

Quadro 3 – Organização dos dados de conceptualização das informantes de sexo masculino

EIXOS	CONCEPTUALIZAÇÃO
1. COMPREENSÃO CONCEPTUAL DO DIABETES	Associada ao “açúcar no sangue” (1MSD, 2MRD, 3MLG, 4MPV, 5MTB); considerada “doença ruim”, “doença que emagrece”, “que mata” (1MSD, 2MRD, 3MLG, 5MTB). Há uma percepção de que “a diabetes come a carne” (3MLG).
	Todos reconhecem o diabetes como doença grave. Alguns associam à morte (“mata devagar”, “vem de vez”, “é como câncer” – 1MSD, 2MRD, 3MLG).
	Principalmente à ingestão de doces e hereditariedade (4MPV: “peguei de minha mãe”; 2MRD, 5MTB: “veio de comer besteira”). A compreensão de contágio é inexistente.
	Poucos sabem a diferença entre tipo 1 e 2 (4MPV menciona), mas confundem com níveis glicêmicos: “tem o de 100, 200, 300” (1MSD).
	Alguns relatam tontura, fraqueza, pressão alta, tristeza (1MSD, 2MRD, 4MPV), outros dizem não sentir nada (3MLG, 5MTB).
2. INTERPRETAÇÃO DE TERMOS MÉDICOS E NUTRICIONAIS	Insulina é identificada como “injeção que toma na barriga” (1MSD, 2MRD, 4MPV, 5MTB). Um entrevistado recusa seu uso (3MLG: “não deixo furar minha barriga”).
	Quase todos desconhecem o termo metabolismo alguns associam a “engordar/emagrecer” (4MPV) ou “doença” (3MLG).
	Termo desconhecido por todos.
	Alimentação é interpretada de modo negativo “passar fome” (3MLG, 4MPV), “não comer besteira” (2MRD, 5MTB), “fazer regime” (1MSD).
	“Exame de sangue” e “furar o dedo” são os únicos procedimentos reconhecidos (1MSD, 2MRD, 5MTB).
3. CRENÇAS SOBRE SAÚDE E DOENÇA	Doces em geral, especialmente chocolate, bolos e frutas doces (manga, banana, jaca, etc.); o macarrão também é citado como vilão (3MLG, 5MTB).
	Maçã, uva, melão, laranja-lima, graviola (citadas por 1MSD, 2MRD, 3MLG, 4MPV, 5MTB), com base em senso comum e campanhas informativas.
	Metformina e Glifage são citados. Também mencionam chás de pata de vaca, graviola, chuchu e moringa como “remédio de mato” (1MSD, 3MLG, 4MPV, 5MTB).
	Saúde é “Estar bem”, “não sentir nada”, “quando Deus ajuda” (2MRD). Ligada à ausência de sintomas, não à prevenção.
	Doença – Percepções negativas: doença como ausência de saúde, “tristeza”, “castigo”, “peso na vida” (1MSD, 3MLG). Em 4MPV, há episódios de sofrimento emocional (ideação de morte).
	Hereditariedade é um termo pouco conhecido ou confundido. Apenas 4MPV reconhece corretamente: “doença que passa de pai pra filho”. Outros desconhecem ou confundem com contágio.
	Controle e autonomia - Alguns veem o diabetes como fatalista: “se for pra morrer, morre” (3MLG); outros tentam exercer controle: “não comer açúcar”, “tomar remédio certo” (2MRD, 5MTB).
	Atitude em relação ao tratamento: 1MSD e 2MRD seguem orientações com disciplina; 3MLG resisteativamente: “não faço regime, como o que der vontade”.

	<p>Maioria acredita que não tem cura. Quando há, é associada a "regime rígido", mas vista como improvável (1MSD, 3MLG, 5MTB).</p> <p>Pé diabético e complicações- Causas são temidas, mas pouco compreendidas (3MLG: "é o que eu tenho, tá longe"; 4MPV: "come os ossos"; 5MTB: "corta perna"). Há relatos de amputações e cegueira entre conhecidos.</p>
--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

O *diabetes*, para os participantes homens, é primariamente conceptualizado como um inimigo ativo, violento e consumidor. Definições como “doença que emagrece” (1MSD, 2MRD, 3MLG, 5MTB) e, de forma ainda mais visceral, “a diabetes come a carne” (3MLG), não são meras descrições de sintomas, mas a própria essência de sua conceptualização. A doença é personificada como uma entidade com agência que ataca e consome o corpo por fora e por dentro, o que se alinha à percepção de que ela “mata devagar” (1MSD, 2MRD, 3MLG). Alguns informantes fazem uma comparação direta dizendo que “é como câncer” (1MSD, 2MRD, 3MLG), reforçando esse MCI da doença como uma força maligna e progressiva.

A interpretação dos termos especializados evidencia um processo sistemático de tradução intralingual do abstracto-científico para o concreto-funcional. A *insulina*, por exemplo, não é conceptualizada por sua função biológica (um hormônio), mas por sua forma de administração e localização corporal: “injeção que toma na barriga” (1MSD, 2MRD, 4MPV, 5MTB). Portanto, vemos que essa conceptualização está ancorada na experiência física da aplicação, assim como foi com o grupo da variável sexo feminino. Contudo, diferente do que apontaram os dados do sexo feminino, os homens explicitam uma forte resistência ao seu uso como medicamento, como em “não deixo furar minha barriga” (3MLG). Essa dimensão do nosso corpo como um recipiente e nossa construção conceptual de violação pode ser explicada da seguinte forma:

Nosso encontro com a contenção e a delimitação é uma das características mais penetrantes de nossa experiência corporal. Estamos intimamente cientes de nossos corpos como recipientes... A estrutura é uma gestalt: um todo que é mais do que a mera soma de suas partes. Ela consiste em (1) uma fronteira, (2) um interior e (3) um exterior. O esquema de RECIPIENTE define a distinção mais básica entre DENTRO e FORA. Nós compreendemos nossos próprios corpos como recipientes³³ (Johnson, 1987, p.21, tradução nossa).

³³ Texto original: ” Our encounter with containment and boundedness is one of the most pervasive features of our bodily experience. We are intimately aware of our bodies as containers... The structure is a gestalt: a whole that is more than the mere sum of its parts. It consists of (1) a boundary, (2) an interior, and (3) an exterior. The CONTAINER schema defines the most basic distinction between IN and OUT. We understand our own bodies as containers.”

Assim, do ponto de vista da cognição corporificada, seu corpo é um recipiente com fronteiras que ele se recusa a deixar violar, uma postura que a compreensão abstrata da função hormonal da insulina não consegue superar. Outros termos como *metabolismo* e *síndrome metabólica*, por serem desprovidos de um correlato experiencial direto, permanecem como significantes vazios ou são associados a valências negativas genéricas da própria doença. No que diz respeito à alimentação, a divergência de conceptualização se torna mais crítica. O MCI dos participantes para *dieta* é uniformemente negativo, associado à privação e ao sofrimento: “passar fome” (3MLG, 4MPV), “não comer besteira” (2MRD, 5MTB). Este modelo contrasta radicalmente com o MCI clínico de *plano alimentar equilibrado*.

Enquanto o profissional de saúde conceptualiza a dieta como uma ferramenta de equilíbrio e saúde, o paciente a conceptualiza como um castigo, o que gera resistência e baixo engajamento, como visto na atitude do Participante 3MLG: “não faço regime, como o que der vontade”. Ainda nessa toada, a categorização de alimentos segue a teoria dos protótipos (Lakoff, 1987): há os vilões protótipicos (doces e massas) e mocinhos usuais (maçã e graviola), baseados no senso comum. Por fim, o conceito de *remédio* revela uma unidade de entendimento híbrida, onde a farmacopeia clínica (Metformina) e a tradicional (“remédio de mato”, como chás) coexistem sem aparente conflito, demonstrando a mesclagem de diferentes sistemas de conhecimento no cuidado pessoal.

No último eixo estabelecido, as crenças subjacentes revelam que *saúde* para os homens é conceptualizada como um estado de ausência de sintomas: “Estar bem”, “não sentir nada” (2MRD). Essa definição puramente sintomática é particularmente perigosa em uma doença muitas vezes silenciosa como o diabetes. Se “saúde é não sentir nada”, um estado de hiperglicemia assintomático é cognitivamente categorizado como *saúde*, desmobilizando a necessidade de cuidado preventivo. *Doença*, em contrapartida, é enquadradada em termos morais e existenciais: é “tristeza”, “castigo” e “peso na vida” (1MSD, 3MLG), uma carga que pode levar ao sofrimento emocional extremo, como a ideação de morte (4MPV). Essa matriz de crenças leva a posturas distintas em relação ao controle e à autonomia.

De um lado, emerge uma atitude fatalista, que conceptualiza a doença como uma força incontrolável: “se for pra morrer, morre” (3MLG). De outro, uma postura em que o controle é possível por meio de ações pragmáticas, tais como “não comer açúcar” e “tomar remédio certo” (2MRD, 5MTB). A compreensão das complicações advindas da enfermidade, como o pé diabético, é igualmente marcada por conceptualizações violentas e de consumo corporal: “come os ossos” (4MPV) e “corta perna” (5MTB), que geram medo, mas não necessariamente uma

compreensão clara dos mecanismos de prevenção. A resistência ativa de alguns participantes, portanto, não deve ser vista como mera negligência, mas como uma ação coerente dentro de seu próprio sistema conceptual, que pode ser fatalista e que define a dieta como *fome* e a insulina como uma *violação corporal*.

Após a descrição e análise das conceptualizações por sexo, concluimos que as mulheres tendem a ressignificar e adaptar os termos relacionados ao diabetes, incorporando a doença ao cotidiano com maior flexibilidade e pragmatismo, enquanto os homens, em geral, manifestam maior resistência e adotam um discurso mais fatalista, ainda que também se engajem em práticas de cuidado. A linguagem utilizada pelos entrevistados evidencia que as experiências corporificadas dos idosos desempenham papel central na compreensão e gestão do diabetes, uma vez que reconhecer a condição como doença crônica implica mudanças comportamentais duradouras. Essa transformação, contudo, só se concretiza por meio de uma educação em saúde eficaz, capaz de estabelecer pontes entre conhecimento técnico e realidade vivida, sustentando o que se espera de um processo de letramento em saúde.

Por fim, é relevante apontar que os dados das entrevistas evidenciam que a EAN se constitui como um alicerce fundamental a partir do qual os pacientes idosos atendidos pelo SUS conceptualizam os termos diabetes, saúde e doença. As narrativas demonstram que a alimentação transcende seu papel biológico para ocupar uma posição central na percepção do cuidado, operando simultaneamente como um símbolo de proteção e um gatilho para o agravamento da condição. É nesse campo prático e simbólico que a EAN se revela crucial, não apenas como um conjunto de prescrições, mas como o principal mediador na construção de significados que irão nortear o autocuidado do paciente a partir de suas conceptualizações de saúde e doença.

De acordo com Pires *et al.* (2020) e Fagundes *et al.* (2020), intervenções educativas que abordam a relação entre alimentação e saúde promovem mudanças duradouras no estilo de vida, fortalecendo a autonomia, a capacidade de decisão dos pacientes e reconfigurando positivamente o modo de conceptualizar cognitivamente diabetes e os significados de saúde e doença. Essa influência positiva é perceptível mesmo entre aqueles com baixa escolaridade, como evidenciam os relatos analisados, nos quais os entrevistados mobilizam conhecimentos empíricos para justificar restrições ou preferências alimentares. Um dos participantes, por exemplo, associa a prática da dieta à autoproteção e à preservação da saúde ao afirmar que “*a dieta serve para a pessoa se proteger, para a saúde ficar mais melhor um pouquinho. Porque se não tiver dieta, aí pronto, fica pior*”. Essa compreensão, ainda que fundamentada em saberes

não técnicos, dialoga com o conceito de dieta terapêutica adotado na abordagem clínica. Paralelamente, observa-se a recorrência da construção evitar o doce como sinônimo de prevenir a doença, como em “O café é amargo, não botar um pingo de açúcar e evitar açúcar para tudo. Fazer dieta devagarzinho, pedir a Jesus que não venha logo à morte (1MSD). Essas narrativas revelam que, para além das recomendações médicas, o controle alimentar é ressignificado no universo simbólico dos pacientes, ampliando suas noções de saúde e doença e articulando dimensões práticas, culturais e espirituais do cuidado com a saúde do diabético.

A EAN, nesse contexto, não se limita à transmissão de informações técnicas, mas envolve a (res)significação cultural de saúde e doença vinculados a hábitos alimentares. Experiências como as da Liga Acadêmica de Nutrição e Diabetes (LANUD/UFS) mostram a efetividade de ações educativas realizadas em ambientes não formais, como a sala de espera, para discutir higienização de alimentos, leitura de rótulos, tipos de açúcar e uso de adoçantes (Santos *et al.*, 2023). Essas iniciativas, quando aplicadas a idosos com DM2, favorecem a integração entre saber popular e saber técnico, reduzindo a resistência a mudanças alimentares e aumentando suas formas de conceptualizar a enfermidade.

Dessa feita, a análise das narrativas nas entrevistas, sob a ótica da TST (Temmerman, 2000), permite identificar os mecanismos cognitivos que estruturam o entendimento desses pacientes idosos no centro-sul sergipano. Observamos que a prototípicidade, onde saúde é definida pela experiência concreta de estar bom, sem sentir nada (2MRD), enquanto doença é o protótipo de tudo que prejudica e mata (2MRD). O termo guarda-chuva diabetes passa por um processo de materialização por meio de imagens visíveis de conhecidos que “emagrecem, outros ficam gordos” (2MRD).

Assim, o dinamismo categorial aparece no conceito de saúde e doença” também de modo vinculado ao controle quantitativo de comida, como em “não comer todas as loucuras” (1MSD) e exclusão qualitativa: “evitar coisa doce” (2MRD). Essa convergência entre a EAN e a TST reforça que a comunicação eficaz em saúde deve partir dos modelos mentais dos pacientes. A justificativa acadêmica para a centralidade dos estudos de nutrição no manejo do diabetes reside precisamente nesta intersecção: o diabetes é uma doença metabólica cuja manifestação diária está diretamente ligada à alimentação.

Para o paciente, a comida torna-se a arena mais tangível de controle e negociação com o diabetes e para seu entendimento do que é saúde e doença. Portanto, a EAN não é apenas um anexo ao tratamento, mas a principal ferramenta para capacitar o paciente a navegar em seu

próprio universo simbólico, ressignificando termos técnicos em uma linguagem culturalmente situada e promovendo, assim, uma adesão consciente e duradoura ao autocuidado.

Em síntese, a análise da categorização dos termos diabetes, saúde e doença revela um sistema cognitivo hierárquico e relacional, no qual a saúde opera como a entidade abstrata e prototípica que fundamenta o modelo idealizado de bem-estar; a doença se estabelece como sua contraparte, uma entidade superordenada que marca a violação desse modelo; e o diabetes emerge como uma unidade guarda-chuva, detalhando o cenário complexo e específico de se viver dentro dessa violação. Essa classificação estrutural, fundamentada na TST (Temmerman, 2000) e na teoria dos protótipos (Lakoff, 1987), oferece o esqueleto da arquitetura conceptual dos participantes.

Contudo, para compreender a substância experiencial e o conteúdo afetivo que preenchem essa estrutura, ou seja, para entender não apenas o que são essas categorias, mas como é viver dentro delas, é importante que foquemos também no estudo das metáforas conceptuais. São as metáforas que dão à entidade doença seu caráter de obstáculo ou inimigo, e que fornecem à unidade guarda-chuva diabetes sua narrativa de jornada ou luta, revelando as estratégias cognitivas através das quais os indivíduos dão sentido, valor e direção à sua condição.

5.2 AS METÁFORAS CONCEPTUAIS DE DIABETES, SAÚDE E DOENÇA

Os dados apresentados a partir da análise das entrevistas com pacientes 60+ com diabetes, sem escolarização e atendidos pelo SUS revela que a sua compreensão da doença e do tratamento não é formada por um conjunto de definições abstratas, mas sim por um complexo e coerente sistema de metáforas. Como abordamos na seção de fundamentação teórica, a metáfora não é tão somente recurso de linguagem, mas um mecanismo fundamental do pensamento que nos permite compreender um domínio conceptual, como a doença, em termos de outro, geralmente mais concreto e familiar (como uma batalha travada contra um inimigo ou alguém por quem nos sentimos ameaçados). Como nos afirmam Lakoff e Johnson (1980), são essas estruturas que moldam ativamente a percepção da realidade, as inferências lógicas e as ações dos indivíduos. A TST (Temmerman, 2000) argumenta que essas construções, socialmente situadas e cognitivamente motivadas, são centrais para a formação das unidades de conhecimento e para os modos como podemos entendê-las.

A conceptualização de *diabetes* é predominantemente estruturada por metáforas ontológicas, pois os informantes personificam a doença, conferindo-lhe um papel ativo, além

de dotá-la de intencionalidade, servindo de base, por exemplo, para a construção de uma metáfora estrutural que exalta um conflito. Enunciados como “*doença que come a pessoa devagar*” (3FLG) e a afirmação de que “*a diabete machuca a gente*” (3FLG) exemplificam de modo claro metáforas ontológicas que expressam personificação da enfermidade. Constatamos que a doença abstrata recebe atributos de um agente vivo e malicioso, capaz de executar ações físicas como “comer” e “machucar”. Essa objetificação transforma o diabetes de uma condição passiva em um protagonista existente que assume o papel de um inimigo tangível.

Ao retormarmos a conceptualização em que “*açúcar no sangue*” (1FSD, 5FRD) é o que “*estraga o sangue da pessoa*” (1MSD), também podemos evidenciar a presença de uma metáfora ontológica, especificamente no esquema do RECIPIENTE. Isto ocorre porque o corpo e o sangue são categorizados como recipientes que são invadidos e corrompidos por uma substância externa (o açúcar), enquadrando a doença como um processo de contaminação. São essas conceptualizações com nessas metáforas ontológicas que servem de alicerce para a construção da metáfora estrutural DOENÇA É GUERRA ou UM INIMIGO.

Alinhada a essa ideia, Sontag (1978) descreve como o vocabulário designativo para descrever o câncer é enquadrado em termos de um inimigo que invade o território do corpo. Segundo a autora, isso, por sua vez, justifica uma resposta militar, que é a guerra, para combatê-lo.

As células cancerosas não se multiplicam simplesmente; elas são “invasivas” [...] O câncer é uma gravidez demoníaca. (Mas é também uma possessão demoníaca.) [...] A maneira padrão de falar sobre o câncer o descreve como um predador maligno e invencível, não apenas uma doença. [...] Fazer guerra é uma das poucas atividades que se espera que as pessoas não vejam de forma realista; isto é, com uma análise de custo-benefício. Na guerra contra a doença, também, existe o mesmo imperativo de mostrar solidariedade à causa e não ser crítico³⁴ (Sontag, 1978, p.64-67, tradução nossa).

Assim, de acordo com a autora, nesta estrutura, a mente constrói um esquema em que tanto o paciente quanto o profissional de saúde estão em um campo de batalha lutando contra um inimigo comum: a doença. Nessa mesma esteira, o tratamento se torna uma espécie de arsenal de armas e o corpo, o território em disputa. Essa metáfora organiza a experiência como

³⁴ Texto original: “Cancer cells do not simply multiply; they are “invasive.” [...] Cancer is a demonic pregnancy. (But it is also a demonic possession.) [...] The standard way of talking about cancer depicts it as an evil, invincible predator, not just a disease. [...] War-making is one of the few activities that people are not supposed to view realistically; that is, with a cost-benefit analysis. In warring against disease, to же, there is the same imperative to show solidarity with the cause and not to be critical.”

um conflito contínuo, o que explica a percepção do diabetes como uma condição "penosa" e "traiçoeira", citadas nas entrevistas.

Por outro lado, destacamos que a conceptualização dos termos *saúde* e *doença* é organizada, primordialmente, por metáforas orientacionais. Os dados nos apresentam que a crença de que saúde é "ausência de doença" ou "não sentir nada" e, por sua vez, de que doença é "sofrimento e tristeza" está subjacente à metáfora orientacional SAÚDE É PARA CIMA/DOENÇA É PARA BAIXO. Tanto o bem-estar, quanto a funcionalidade e a ausência de dor estão sempre associados a uma orientação positiva, "para cima", enquanto a dor, a tristeza e a disfunção se associam a uma orientação negativa, ou seja, "para baixo". Essa concepção é expressa de forma direta por enunciados como: "*Saúde é não ter doença*" (4MPV) e "*Saudável é quando a pessoa não fica doente à toa*" (2FTB). Essa definição negativa, que delimita a saúde pelo que ela não é, aproxima-se de uma visão biomédica tradicional, na qual a saúde é entendida como ausência de enfermidades detectáveis (WHO, 2016).

Por sua vez, ao dizer que "Saúde... quando Deus ajude, está bom" (2MRD) instancia outra possibilidade de construção de metáfora estrutural: A SAÚDE É UM DOM DIVINO. Nesta conceptualização, a saúde não é um estado biológico autônomo, mas um presente concedido por uma entidade religiosa superior. As inferências dessa metáfora são significativas: a saúde pode ser perdida não apenas por causas físicas, mas também por razões espirituais e, portanto, sua manutenção depende tanto de ações de autocuidado quanto da benevolência de uma força divina. Neste sentido,

Nada é mais punitivo do que dar um significado a uma doença — sendo esse significado invariavelmente moralista. Qualquer doença importante, cuja etiologia física não é compreendida e para a qual o tratamento é ineficaz, tende a ser inundada de significância. Primeiro, os temas de mais profundo pavor (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença. A própria doença se torna uma metáfora (Sontag, 1978, p.58, tradução nossa).

Sontag (1978) aborda de uma forma crítica a relação entre religião e doença e aponta como os modos de pensamento religiosos forneceram historicamente as metáforas mais punitivas e estigmatizantes para se compreender as enfermidades. Essa relação atribui à doença um significado moralista, transformando o sofrimento físico em uma consequência de uma falha moral ou de um pecado. A principal consequência desse enquadramento religioso é a imposição de um fardo de culpa sobre o paciente, pois o doente não é uma vítima fisiológica, mas é responsável pela própria condição. Ainda para a autora, a doença não deve ser vista como

uma maldição nem como um castigo. A doença é apenas uma condição biológica que deve ser tratada da forma mais clara e objetiva possível, livre das fantasias punitivas que a história, em grande parte por meio da religião, lhe impôs.

Nesse sentido, a crítica de Sontag (1978) estabelece uma tarefa fundamental para a comunicação em saúde: a de criar um espaço dialógico onde o paciente possa ser auxiliado a desfazer ativamente esses vínculos metafóricos punitivos. A importância de se entender as metáforas e seus modos de construção reside no fato de que elas oferecem um acesso direto ao modelo explicativo do paciente, isto é, seu universo de crenças, medos e expectativas sobre o diabetes. Makoul (2001) defende que a comunicação centrada no paciente envolve precisamente a exploração dessas perspectivas, tratando o paciente como um parceiro na construção do significado.

Compreender a perspectiva do paciente. Esta função é operacionalizada ao se eliciar e responder ativamente às ideias, preocupações e expectativas do paciente (o acrônimo 'ICE') sobre seus problemas de saúde. Inclui também o reconhecimento da expressão de sentimentos e das pistas sobre preocupações do paciente, e a exploração do significado do problema de saúde para o paciente³⁵ (Makoul, 2003, p.26, tradução nossa).

Logo, ao identificar a metáfora que ancora a experiência do indivíduo (seja a doença como castigo, inimigo ou fardo), o profissional de saúde pode iniciar um processo de negociação conceptual, oferecendo reenquadramentos e metáforas alternativas que transformem a percepção da doença de uma sentença divina para uma condição manejável. A relevância clínica desse processo é empiricamente validada por pesquisadoras como Roter e Hall (1992), cujo trabalho demonstra que uma comunicação mais participativa e empática, que valida a visão do paciente, está diretamente associada a uma maior satisfação e, consequentemente, a uma maior adesão ao tratamento. Portanto, a análise das metáforas não é um exercício linguístico somente de interpretação, mas uma ferramenta clínica essencial para desarmar crenças estigmatizantes, fortalecer a aliança terapêutica e capacitar o paciente a se engajar de forma mais eficaz em seu próprio cuidado, alcançando assim, uma real ATT.

Por sua vez, a análise das narrativas dos participantes sobre a relação da alimentação e dieta com saúde e doença revela um complexo e, por vezes, contraditório sistema de conceptualização, no qual a terminologia do cuidado em saúde é (re)definida a partir de

³⁵ Texto original: “Understand the patient's perspective. This function is operationalized by actively eliciting and responding to the patient's ideas, concerns, and expectations (the 'ICE' acronym) about his or her health problems. It also includes acknowledging the patient's expression of feelings and clues to concerns, and exploring the meaning of the health problem for the patient”.

experiências corporificadas e modelos culturais amplamente conhecidos. Longe de ser um conceito unívoco, *dieta* emerge como uma unidade de conhecimento polissêmica, estruturada por um conjunto de metáforas que a enquadram predominantemente como uma experiência de privação e sacrifício, em direta oposição a um ideal de vida associado à saciedade. A estrutura mais dominante que emerge das falas dos participantes é a Metáfora Estrutural DIETA É PRIVAÇÃO, na qual o domínio conceptual complexo do plano alimentar terapêutico é mapeado e reduzido ao domínio da fome e da abstinência. O informante 4MPV expressa esta conceptualização ao dizer: “*Dieta? É não comer...*”, complementando com uma justificação que a associa a um risco existencial: “*Para ficar com fome... Você já viu morrer de barriga cheia? A dieta é isso.*”. A mesma lógica verificamos em 2MRD, que lamenta uma inversão histórica e cultural: “*Antigamente... morreu tudo de barriga cheia. Hoje, o povo quer morrer de fome.*” ou em “*Dieta é passar fome... se não morrer do diabetes, morre de fraqueza*” (4MPV). Nestas falas, a dieta não é um caminho para a saúde, mas um caminho para a fome, que por sua vez é equiparada à morte, revelando um MCI, nos termos de Lakoff (1987), no qual a vida boa é inseparável da plenitude e da saciedade. Este enquadramento negativo da dieta anora-se em uma metáfora orientacional fundamental, baseada no esquema experencial de CHEIO/VAZIO.

Em todo o *corpus*, a oposição entre “*barriga cheia*” e “*fome*” funciona como um eixo de valoração moral e prática, onde CHEIO é sistematicamente associado ao positivo (vida, bem-estar, normalidade) e VAZIO ao negativo (morte, risco, sofrimento). Esta não é uma associação arbitrária, mas uma projeção metafórica fundamentada em uma das nossas experiências corporais mais básicas. Como demonstram Lakoff e Johnson (1980), as metáforas orientacionais emergem diretamente da nossa constituição física e da nossa interação com o ambiente. O valor positivo atribuído à plenitude não é apenas cultural, mas também fisiológico. A centralidade da experiência física na construção do significado é um dos pilares da semântica cognitiva, como os autores explicam detalhadamente:

Os chamados conceitos puramente intelectuais, por exemplo, os conceitos em uma teoria científica, são frequentemente — talvez sempre — baseados em metáforas que têm uma base física e/ou cultural. O "alto" em 'partículas de alta energia' é baseado em MAIS É PARA CIMA. O "baixo" em 'fonologia de baixo nível' é baseado em uma metáfora que é obscura para a maioria das pessoas, CONSCIENTE É PARA CIMA, INCONSCIENTE É PARA BAIXO. O apelo intuitivo de uma teoria científica tem a ver com o quanto bem suas metáforas se encaixam na experiência dos cientistas. Descobrimos que a base

experiencial é crucial em todos os casos de conceitos metafóricos que estudamos³⁶. (Lakoff; Johnson, 1980, p.18-19, tradução nossa).

A partir dessa ideia, a resistência expressa por 4MPV em “[...] eu não vou morrer de fome... tenho que morrer de barriga cheia” não é apenas uma recusa a uma prescrição médica. Ela é a afirmação de um valor existencial fundamentado na experiência corporal, em que a saciedade (CHEIO) é a própria metáfora da vida com saúde (VIDA BOA É SACIEDADE). Ainda que apareçam esses *frames* de privação, também aparecem nas falas dos participantes conceptualizações alternativas que revelam a complexidade da unidade de conhecimento *dieta*. Uma delas é a metáfora estrutural DIETA É PROTEÇÃO/ESCUDO, articulada por 2MRD, a partir da sua fala “*Dieta é para evitar comer certo tipo de coisa*” e “*A dieta serve para a pessoa se proteger...*”. Aqui, *dieta* é conceptualizada como uma tecnologia de defesa, uma barreira contra ameaças externas. Essa metáfora implica a existência de um inimigo, o que se confirma na metáfora ontológica implícita de que certos alimentos são agentes nocivos que “*fazem mal*”. Essa visão de proteção se desdobra em outra metáfora estrutural: DIETA É AUTOCONTROLE/DISCIPLINA. 1MSD descreve a dieta como “*não comer todas as loucuras, comer todas as doidisses*”, utilizando a metáfora estrutural COMIDA-EXCESSO É LOUCURA para categorizar alimentos proibidos como atos irracionais e caóticos. A dieta, neste quadro, é o exercício da razão e da disciplina contra o caos da loucura alimentar. Essa mesma noção de controle é expressa por 5FRD ao definir a dieta como “*Não comer tanto de comida doce. Evitar*”, enquadrando-a na metáfora estrutural DIETA É CONTENÇÃO. Essa representação contrasta com o conceito técnico de dieta terapêutica, definida como o planejamento nutricional adaptado às necessidades individuais, com o objetivo de prevenir, tratar ou controlar doenças (Philippi, 2019). Estudos apontam que percepções restritivas e punitivas podem comprometer a adesão ao tratamento, uma vez que associam a mudança alimentar à perda de prazer e bem-estar (Fagundes *et al.*, 2020).

A complexidade das construções aumenta quando a própria doença é personificada, originando a construção da metáfora estrutural ALIMENTAÇÃO É CAMPO DE BATALHA. Na afirmação “*Diabete não pode ver comida. É inimiga da comida.*”, temos um exemplo de metáfora ontológica (personificação), na qual o diabetes é transformado em um agente com

³⁶ Texto original: “So-called purely intellectual concepts, e.g., the concepts in a scientific theory, are often—perhaps always—based on metaphors that have a physical and/or cultural basis. The high in ‘high-energy particles’ is based on MORE IS UP. The low in ‘low-level phonology’ is based on a metaphor that is obscure to most people, CONSCIOUS IS UP, UNCONSCIOUS IS DOWN. The intuitive appeal of a scientific theory has to do with how well its metaphors fit with the experience of the scientists. We have found that the experiential basis is crucial in all the cases of metaphorical concepts we have studied.”

intenções e inimizades. Neste cenário de guerra, como já apontamos anteriormente, a comida não é neutra. Ela é o território em disputa. Já a dieta é a estratégia de combate. No entanto, em meio a essas metáforas de conflito e controle rígido, surge uma conceptualização mais processual e gradual na fala de 4MPV: “*Fazer uma dieta devagarzinho...*”. Trata-se da metáfora estrutural MUDANÇA SAUDÁVEL É UMA JORNADA, que enquadra a mudança de hábitos não como um evento abrupto, mas como um percurso que se faz lentamente, sugerindo uma visão mais sustentável e menos punitiva do (auto)cuidado. Finalmente, as falas de todas as participantes do sexo feminino introduzem outras formas de se ver a relação com a comida. Como, por exemplo, na metáfora estrutural DIETA É RESTRIÇÃO/REGRA (“*Dieta: a pessoa não come o que quer.*”- 4FPV), que foca nos limites impostos, e na metáfora CORPO É OBJETIVO/PROJETO, onde a finalidade da dieta é explicitamente “*Para ficar magra*”, revelando um objetivo estético que costuma, popularmente, regular a prática alimentar.

Concluindo, a análise da conjuntura total dos dados evidenciou que a unidade de conhecimento *saúde e doença*, em sua vinculação com a EAN, é um campo de batalha conceptual. De um lado, ancora-se um modelo mental popular e profundamente corporificado, fundamentado na metáfora orientacional CHEIO/VAZIO, que equipara a dieta a uma fome que ameaça a vida, constituindo o protótipo da categoria, nos termos de Rosch (1978). De outro, emergem modelos influenciados pelo discurso da saúde, que conceptualizam a dieta como uma ferramenta de PROTEÇÃO, CONTROLE e DISCIPLINA contra o inimigo personificado que é o diabetes. O resultado é uma dissonância cognitiva: a principal ação prescrita para a autopreservação (dieta) é simultaneamente conceptualizada através do enquadramento mais negativo possível (privação). Esta tensão revela que a comunicação em saúde não pode se limitar a fornecer informações, mas deve se engajar em uma complexa negociação conceptual, ajudando os pacientes a reenquadrar sua noção de alimentação, talvez fortalecendo a metáfora mais positiva da JORNADA, para que o ato de comer deixe de ser um campo de batalha e se transforme em um caminho consciente para o bem-estar. Segundo Araújo (2007),

A comunicação se constitui, portanto, como espaço de intervenção, o que supõe, em primeiro lugar, reconhecer o outro como sujeito e, em segundo, que a relação entre os diferentes sujeitos se paute por uma lógica dialógica, polifônica, em que os sentidos são produzidos no e pelo encontro, pela negociação, pela partilha, pela co-produção. Comunicação como encontro de sujeitos e de saberes, que não se anulam, mas se transformam e se enriquecem mutuamente (Araújo, 2007, p.7)

Dessa feita, a classificação das metáforas revela um sistema conceptual que frequentemente entra em conflito com os objetivos da comunicação em saúde. Metáforas de guerra e predação tendem a gerar medo e ansiedade, enquanto a conceptualização de saúde e doença, quando vinculada à EAN, pode assumir uma matização punitiva que sabota a adesão do paciente ao tratamento alimentar e nutricional. Uma comunicação eficaz não pode ignorar esse sistema: como propõe a TST (Temmerman), é preciso alinhar a terminologia e suas explicações às categorias cognitivas dos pacientes. Isso não implica adotar metáforas negativas, mas reconhecê-las e oferecer alternativas construtivas. Em vez de reforçar a GUERRA contra o diabetes, o profissional pode introduzir metáforas como MANEJAR O DIABETES É UMA JORNADA ou UM ATO DE EQUILÍBRIO; em lugar de *dieta* (ideia de PRIVAÇÃO), optar por plano alimentar (ideia de ORGANIZAÇÃO). Compreender e classificar as metáforas dos pacientes é o primeiro passo para uma mediação conceptual que oriente percepções, atitudes e práticas de cuidado, conectando a EAN diretamente aos modelos mentais do público (Pires *et al.*, 2020; Fagundes *et al.*, 2020). Nesse quadro, a EAN emerge como estratégia-chave para reduzir a distância entre saber técnico e saber popular, não apenas transmitindo informações, mas ressignificando conceitos de forma acessível, culturalmente situada e motivadora. Reconhecer, respeitar e dialogar com os sentidos atribuídos pelos próprios pacientes é, portanto, uma estratégia concreta para aumentar a adesão, promover o letramento em saúde e devolver ao paciente o protagonismo no manejo de sua condição.

Essa mediação conceptual, que parte dos modelos mentais do paciente para oferecer reenquadramentos metafóricos mais produtivos, dialoga diretamente com a ATT, ao garantir o direito de compreender informações essenciais à autonomia (Finatto; Motta, 2019). A aplicação da ATT transcende a técnica linguística e se insere em uma dimensão ética e social: promover acessibilidade textual e terminológica combate a exclusão informacional e fortalece a cidadania comunicativa (Costa Filho, 2021; Wotrich, 2013). No contexto do SUS e no atendimento a populações vulneráveis — como idosos diabéticos com baixa escolaridade —, o direito de entender é condição essencial para a promoção da saúde e para a efetivação do cuidado. A opacidade da linguagem médica não só produz ansiedade e desconfiança, como também pode levar a erros na administração de medicamentos e a falhas de adesão. A ATT, assim, configura-se como ferramenta de equidade em saúde, convertendo o conhecimento técnico de barreira de poder em recurso compartilhado que capacita o paciente, fortalece a aliança terapêutica e o posiciona como agente do próprio cuidado.

A análise das entrevistas mostrou que os participantes constroem significados sobre diabetes, doença, saúde e alimentação por meio de metáforas conceptuais e modelos cognitivos ancorados na experiência. Esses significados aparecem em expressões, comparações e narrativas que traduzem a doença em termos familiares e concretos, confirmando a hipótese central da tese: a compreensão da terminologia médica é mediada por tradução intralingüística profundamente enraizada em repertórios culturais e simbólicos.

As metáforas identificadas foram agrupadas em três grandes categorias:

1. Metáforas estruturais — organizam a experiência da doença em termos de luta, controle e resistência;
2. Metáforas ontológicas — personificam o diabetes como um ser ou presença no corpo;
3. Metáforas orientacionais — associam saúde e doença a eixos espaciais (alto/baixo, dentro/fora, claro/escuro).

Entre as metáforas emergentes, destaca-se a metáfora da casa, presente nas falas de ambos os grupos, desdobrada em dois níveis complementares: casa-corpo e casa-lugar de viver. A casa-corpo representa o organismo como espaço de habitação e manutenção que precisa ser cuidado, limpo e protegido de “invasores” (doenças, vírus, açúcar). Expressões como “o açúcar bagunça a casa por dentro”, “meu corpo não aguenta mais sujeira” e “a casa está fraca” associam corpo e lar e descrevem o diabetes como agente que desorganiza e contamina esse espaço. Tal concepção revela um modelo cognitivo de doença como perda de controle interno, remetendo a práticas domésticas cotidianas relatadas, sobretudo, por mulheres entrevistadas.

A casa-lugar de viver traduz a dimensão social do adoecimento. Em diversas narrativas, o lar é cenário simbólico onde o diabetes se manifesta, altera rotinas e redefine papéis: “lá em casa todo mundo cuida da minha comida”, “a doença me prendeu dentro de casa”, “a casa virou consultório”. A metáfora expressa tensões entre proteção e confinamento, revelando dimensões afetivas e relacionais do viver com diabetes.

De acordo com Rosa Estopá (2008), a identificação e a curadoria de metáforas em discursos especializados e populares constituem mediação terminológica: ao reconhecer expressões como “casa-corpo” e “casa que adoece”, é possível reintroduzi-las em materiais educativos e práticas comunicativas, construindo pontes cognitivas entre saber científico e conhecimento empírico. Nessa direção, a ATT (Finatto, 2025) oferece uma lente valiosa ao orientar a reutilização responsável de metáforas para promover compreensão e engajamento no letramento em saúde. Ao incorporar a metáfora da casa em roteiros de vídeos ou cartilhas, fortalece-se a empatia linguística e a capacidade de dialogar com os modelos mentais dos

pacientes. Além disso, o reconhecimento dessas metáforas evidencia saberes locais e experiências de resistência, compondo uma epistemologia popular do cuidado: em muitas falas, o corpo é território e a casa é sua extensão simbólica (“a casa ficou velha, cheia de rachaduras”), conectando biografia e doença.

Essa leitura encontra eco na Terminologia baseada em frames (Faber, 2012): a metáfora da casa ativa um frame que articula elementos espaciais (interior/exterior), afetivos (cuidado, proteção) e cognitivos (ordem, limpeza, segurança). Esses elementos estruturam as representações dos pacientes e ajudam a compreender como as noções de corpo e saúde se organizam cognitivamente.

De modo geral, os resultados indicam que os idosos entrevistados:

1. reconhecem o diabetes como presença disruptiva e invisível no corpo;
2. usam metáforas domésticas e religiosas para recontextualizar termos médicos;
3. recorrem a esquemas de limpeza, disciplina e controle para descrever o tratamento; e
4. valorizam família e lar como suporte simbólico e prático ao autocuidado.

Esses achados mostram que o enfrentamento do diabetes ultrapassa a dimensão biomédica, constituindo um processo linguístico, cultural e cognitivo de reorganização da experiência corporal e social. Compreender e valorizar a metáfora da casa contribui para requalificar o diálogo entre profissionais e pacientes, reconhecendo os saberes experienciados como parte legítima da construção de sentido sobre o adoecimento — condição essencial para práticas comunicativas acessíveis e humanizadas no SUS.

6 DA ANÁLISE À AÇÃO: PROJETANDO O VÍDEO DIDÁTICO ENTENDENDO A DIABETES

O produto educativo resultante desta tese — o vídeo didático *Entendendo a Diabetes com Palavras Simples* — materializa o percurso teórico e metodológico empreendido e demonstra a aplicabilidade da Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) e da Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT) na elaboração de conteúdos audiovisuais de saúde. Foi concebido para idosos com diabetes atendidos pelo SUS, priorizando linguagem simples, metáforas acessíveis e representações culturais próximas à realidade nordestina. O roteiro fundamenta-se nas metáforas conceptuais e nos modelos mentais identificados nas entrevistas (p. ex., “casa-corpo”, “açúcar como invasor”, “doença como companheira a ser controlada”), articulando terminologia e multimodalidade para favorecer retenção da informação e vínculos comunicativos.

A relevância social deste trabalho está em converter análise em intervenção. Os dados com pessoas 60+ acompanhadas pelo SUS na região Centro-Sul de Sergipe evidenciaram dissonâncias semântico-discursivas entre o discurso médico e os saberes corporificados dos pacientes. Termos como *metabolismo*, *insulina* e *glicose* foram recorrentemente reinterpretados em quadros metafóricos locais (p. ex., ALIMENTAÇÃO É CAMPO DE BATALHA, DIABETES É PREDADOR, DOENÇA É GUERRA), gerando modelos cognitivos que desmotivam o autocuidado — achado que converge com a literatura de letramento em saúde em contextos de baixa escolaridade (Sampaio *et al.*, 2015). Propôr um produto educativo é, portanto, parte da ética da pesquisa, alinhada à Linguagem Simples (LS) conforme a ISO 24495-1:2023 e sua adaptação brasileira ABNT NBR 24495-1: LS não é “texto fácil”, mas padrão de qualidade comunicativa para que o público encontre, entenda e use a informação.

Do ponto de vista teórico, o vídeo foi concebido como tradução intralingüística (Jakobson, 1959; Finatto, 2020): mediação que preserva a função comunicativa do conteúdo de origem (discurso biomédico) ao reexpressá-lo segundo o repertório sociocognitivo do destinatário. A ATT (Finatto; Paraguassu, 2022; Silva; Delgado; Finatto, 2021) integra Terminologia, Linguística de Corpus e práticas de reescrita para identificar obstáculos de compreensão textuais (progressão temática, coesão, ordem da informação) e terminológicos (polissemia, sinonímia, tecnicismos), propondo desteminologização controlada (paráfrases, glosas, metáforas pedagógicas). Em consonância, a TST trata termos especializados como unidades de conhecimento (Temmerman, 2000), reconhecendo variação e (quase) sinonímia como recursos de mediação entre comunidades de prática (médicos, nutricionistas, pacientes,

cuidadores), o que reforça a construção de pontes linguístico-discursivas (Temmerman, 2000; Marengo, 2016).

6.1 ETAPAS DE PRODUÇÃO

Arquitetura conceitual e metáforas. A TST, ancorada na Semântica Cognitiva (Lakoff; Johnson, 1980; Lakoff, 1987), orientou a escolha de uma metáfora-mestre coerente com o esquema imagético mais frequente nos dados: O CORPO É UMA CASA. A partir dela, implementaram-se mapeamentos subordinados: A INSULINA É UMA CHAVE, A CÉLULA É UM QUARTO, A GLICOSE É MORADOR/ENERGIA (esquemas RECIPIENTE/CONTENÇÃO; ENTRADA/SAÍDA). Esses mapeamentos tornam visíveis relações causais abstratas (resistência à insulina → hiperglicemia → danos sistêmicos) e sustentam inferências acionáveis (abrir/fechar portas, organizar a casa, controlar entradas), com mensagens de autoeficácia (“quem manda na casa é você”). Por isso, “resistência à insulina” é explicada como “quando a chave (insulina) tem dificuldade para abrir a porta das células e deixar o açúcar entrar”.

Linguagem e elenco. O roteiro foi redigido com baixo custo cognitivo, substituindo tecnicismos por expressões comuns sem perda de rigor conceitual, e glosas adjacentes para termos necessários (p. ex., *hemoglobina glicada (A1c): exame que mostra como esteve seu açúcar nos últimos 3 meses*). Preferiram-se lexias de alta familiaridade e metáforas pedagógicas consistentes. A trilha, o cenário e os personagens (Seu João e Dona Terezinha) foram escolhidos para identificação e pertencimento cultural.

Multimodalidade. Fala, legendas, LIBRAS, pictogramas e ilustrações cumprem dupla função: (1) reduzir carga cognitiva por redundância positiva; (2) compensar variações de proficiência. Seguindo a ATT e a LS, empregaram-se segmentação por cenas curtas, legendas explicativas e ícones consistentes, para acessibilidade textual, comunicativa e terminológica sem estigmatização (Maaß, 2015; 2020; Hansen-Schirra; Maaß, 2020).

Planejamento do roteiro (5 eixos):

- (1) O que é diabetes (modelo casa–quarto–chave–morador);
- (2) Sintomas e diagnóstico (poliúria, polidipsia, visão turva, A1c);
- (3) Tratamento e autocuidado (medicação, alimentação, atividade física);
- (4) Encorajamento (validação de dificuldades; progressos graduais);
- (5) Mensagem-âncora: “o diabetes mora com você, mas quem manda na casa é você”.

O sequenciamento segue as diretrizes de LS para clareza estrutural e declaração de ações (BRASIL, 2024).

Reenquadramentos metafóricos. Metáforas hostis detectadas nas entrevistas — DOENÇA É GUERRA, DIETA É PASSAR FOME — foram substituídas por quadros construtivos: MANEJAR O DIABETES É UMA JORNADA; CONTROLE GLICÊMICO É EQUILÍBRIO; PLANO ALIMENTAR = ORGANIZAÇÃO. Assim, desloca-se o foco da batalha para a gestão cotidiana (planejamento de refeições, porções, atividade física, medicação, consultas).

Pragmática e variação. A encenação acolhe e ressignifica a fala popular: *mijadeira braba* é nomeada e relacionada ao “açúcar que fica rodando pela casa em vez de entrar nos quartos”, reforçando autonomia interpretativa e reduzindo barreiras de autoridade (Araújo; Cardoso, 2007).

6.2 USABILIDADE E APLICAÇÕES

Testes e validação. A avaliação seguiu as camadas previstas na NBR ISO 24495-1 (planejar, redigir, avaliar, revisar): (i) pré-testes cognitivos com roteiro e storyboards (paráfrases; “o que você faria a partir disso?”); (ii) cloze adaptado a falas-chave para aferir restituição de termos/ideias; (iii) piloto de exibição com questionário oral de ação (“agora eu consigo...”, “pretendo...”) e indicadores nacionais de letramento em saúde (Sampaio *et al.*, 2015). A etapa (ii) dialoga com a tradição de comprehensibilidade; a (iii) foca usabilidade, central em NBR ISO 24495-1 e em LS/Plain Writing (Kimble, 2023; *Plain Writing Act*, 2010).

Resultados exploratórios. Exibições com pequeno grupo de profissionais e pacientes do mesmo centro indicaram clareza, emoção e identificação cultural. A integração entre terminologia e multimodalidade favoreceu retenção e engajamento. A experiência comprova a usabilidade de TST e ATT: a TST fornece instrumentos para adaptar a linguagem científica às realidades locais; a ATT orienta a transformação em estratégias comunicativas concretas, reduzindo a distância entre conhecimento técnico e saber popular.

Ética, equidade e cidadania comunicativa. A mediação conceptual centrada nos modelos mentais do paciente dialoga com a ATT ao garantir o direito de compreender informações essenciais à autonomia (Finatto; Motta, 2019). A ATT transcende a técnica e insere-se numa dimensão ética e social: promover acessibilidade textual e terminológica combate a exclusão informacional e sustenta a cidadania comunicativa (Costa Filho, 2021; Wotrich, 2013). No SUS e em populações vulneráveis, entender é condição para promoção da saúde e efetivação

do cuidado; a opacidade da linguagem médica eleva ansiedade, erros de medicação e falhas de adesão. Assim, a ATT opera como ferramenta de equidade, convertendo conhecimento técnico em recurso compartilhado, fortalecendo a aliança terapêutica e o protagonismo do paciente.

6.3 PERSPECTIVAS DE EXPANSÃO

Adaptações regionais e temáticas. O modelo audiovisual é replicável em diferentes regiões do país, respeitando repertórios linguísticos e culturais (p. ex., versão para o Sul com modos de vida rurais; Finatto, 2025). O conceito pode ser aplicado a outras condições crônicas (hipertensão, obesidade), ampliando o alcance social.

Comparativo com vídeos institucionais e autocrítica. Em contraste com vídeos da SBD e do Ministério da Saúde, que tendem a privilegiar discurso técnico-normativo, *Entendendo a Diabetes com Palavras Simples* parte das falas e modelos mentais do público-alvo, invertendo a direção comunicativa: o discurso popular é ponto de partida, não obstáculo. Como produto piloto (~8 minutos, produção local), carece de avaliação de impacto ampliada; a linguagem e a ambientação nordestinas, embora adequadas ao público estudado, podem requerer adaptações regionais. A narração mais lenta e metáforas culturais específicas pedem mediação profissional em campanhas nacionais. Tais limites indicam caminhos de aprimoramento (testes com outras amostras, métricas de comportamento, ajustes de ritmo e iconografia).

Inserção no ecossistema de acessibilidade. A LS articula-se à NBR ISO 24495-1 e à produção acadêmica que demonstra ganhos mensuráveis de clareza, custos e adesão (Kimble, 2023). A agenda europeia de Easy Language / Easy Language Plus oferece modelos testáveis para acessibilidade sem estigma.

No nosso caso — homens e mulheres 60+ com letramentos limitados —, a conjunção ATT + LS sob TST forneceu um tripé operacional:

- (1) diagnosticar problemas de compreensão textual/terminológica (ATT);
- (2) projetar forma-conteúdo para encontrar–entender–usar (LS);
- (3) reconfigurar conceitos por metáforas conceptuais pedagógicas e culturalmente corporificadas (TST).

O vídeo não é apenas um produto de divulgação: é uma prova conceitual da aplicabilidade de TST e ATT ao campo da comunicação em saúde. Ao substituir metáforas hostis por metáforas de gestão e equilíbrio, alinhar terminologia às categorias cognitivas dos

pacientes e empregar multimodalidade com princípios de LS, o material transforma análise em intervenção e conhecimento técnico em ferramenta prática de transformação social.

O vídeo que apresentamos é, ao mesmo tempo, resultado e instrumento: resultado do diagnóstico linguístico-terminológico e instrumento para produzir efeitos de justiça social por meio de cidadania comunicativa em nosso solo sergipano e replicável e extensível ao nosso território nacional. Abaixo, segue o QR-Code de acesso ao nosso material.



7 CONCLUSÃO

O diabetes, enquanto condição crônica, impõe desafios não apenas clínicos, mas comunicacionais, exigindo uma abordagem interdisciplinar que integre saúde e linguagem sob um viés cognitivo. Nesta tese, buscou-se compreender como idosos com diabetes mellitus tipo 2 e baixa escolaridade, atendidos pelo SUS no centro-sul sergipano, interpretam, ressignificam e utilizam os termos e as informações médicas que recebem; e de que maneira essa construção de sentidos, frequentemente metafórica, governa suas práticas de autocuidado. Ancorada na Teoria Sociocognitiva da Terminologia (TST) e na Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT), a investigação demonstrou que, quando descontextualizados, os termos especializados tornam-se cognitivamente pouco acessíveis a grande parte do público, produzindo um desalinhamento comunicacional entre o discurso técnico-científico e o repertório linguístico e cultural dos pacientes.

A hipótese de que a incompreensão (ou má compreensão) decorre de uma inadequação terminológica, cognitiva e sociocultural entre o que é dito pelos profissionais e o que é efetivamente entendido pelos pacientes foi confirmada. Os dados de entrevistas mostraram que conceitos técnicos não eram apreendidos em seu sentido clínico e eram sistematicamente traduzidos para o universo de referências dos participantes. “Insulina”, por exemplo, não era reconhecida como hormônio, mas como “injeção que toma na barriga” ou “um remédio”; termos mais abstratos, como “metabolismo” e “síndrome metabólica”, foram amplamente desconhecidos ou associados genericamente ao negativo. Ao mesmo tempo, emergiram metáforas conceptuais que organizam a experiência de doença: diabetes como inimigo e predador, doença como guerra, alimentação como privação, saúde como dom. Também se destacaram quadros de “casa-corpo”, “açúcar como invasor” e “doença como presença a ser controlada”, evidenciando que os pacientes não absorvem passivamente a informação, mas a ressignificam com base em experiências, crenças e repertórios simbólicos próprios.

A partir desse diagnóstico, a ATT se afirmou como instrumento metodológico de inclusão, ao articular acessibilidade cognitiva, textual e terminológica, reconhecendo que compreender não depende apenas de clareza frasal, mas da coerência entre discurso e estruturas mentais do público. Em termos práticos, isso significou planejar mensagens de baixo custo cognitivo, oferecer glosas adjacentes quando necessário, substituir metáforas hostis por enquadramentos mais construtivos e alinhar a comunicação aos modelos mentais locais. Ao dialogar com a TST, que concebe termos como unidades de conhecimento em variação e

negociação social, a tese mostrou que a variação, a (quase) sinonímia e a metáfora não são ruídos a eliminar, mas recursos de mediação a serem cuidadosamente curados no encontro entre saber técnico e saber popular.

Essa compreensão levou a uma intervenção concreta: a criação do vídeo didático Entendendo a Diabetes com Palavras Simples, concebido como tradução intralinguística que preserva a função comunicativa do discurso biomédico ao reexpressá-lo conforme o repertório sociocognitivo do destinatário. O vídeo adotou Linguagem Simples, alinhada às normas ISO/ABNT, e mobilizou uma metáfora-mestre coerente com os dados empíricos — O CORPO É UMA CASA — com mapeamentos subordinados como A INSULINA É UMA CHAVE, A CÉLULA É UM QUARTO e A GLICOSE É MORADOR/ENERGIA. Esse reenquadramento deslocou o foco da batalha para a gestão cotidiana, promovendo autoeficácia e favorecendo inferências acionáveis (abrir portas, organizar a casa, controlar entradas). Multimodal por design — fala, legendas, LIBRAS, pictogramas e ilustrações —, o material buscou reduzir carga cognitiva por redundância positiva e compensar variações de proficiência, além de valorizar a identificação cultural com personagens, cenários e marcas da fala local.

Os resultados exploratórios de uso, com profissionais e pacientes do mesmo centro, indicaram clareza, emoção e identificação cultural, sugerindo ganhos na retenção da informação e na qualidade do vínculo comunicativo. Em contraste com vídeos institucionais que partem de roteiros técnico-normativos, este produto partiu das falas e modelos mentais do público-alvo, sem perder rigor conceitual, o que confirma a usabilidade conjunta de TST e ATT na criação de recursos didáticos situados culturalmente. Ao mesmo tempo, reconhecem-se limitações decorrentes do formato piloto, da ambientação regional e da necessidade de avaliação de impacto ampliada, que abrem frentes de aperfeiçoamento para adaptações inter-regionais, ajustes de ritmo e iconografia, e métricas de mudança de comportamento.

No plano dos objetivos da pesquisa, tanto o objetivo geral quanto os específicos foram alcançados: descreveu-se como a conceptualização de saúde, doença e tratamento, enraizada na experiência corporificada e em metáforas culturalmente compartilhadas, governa atitudes e práticas de autocuidado. A articulação com a Educação Alimentar e Nutricional indicou que intervenções mais eficazes dependem do alinhamento comunicacional com esses modelos mentais; a EAN, nesse sentido, exerce o papel de ponte entre saber técnico e saber popular, convertendo conceitos especializados em mensagens comprehensíveis, motivadoras e eticamente responsáveis.

Do ponto de vista social, a tese contribui para enfrentar um problema sistêmico da

Atenção Primária: o abismo comunicacional que afeta especialmente idosos com baixa escolaridade. Ao dar visibilidade a esses sujeitos e propor soluções testáveis, o trabalho reforça a comunicação como direito básico, alinha-se às políticas de Linguagem Simples e qualifica a Linguística como campo aplicado à resolução de problemas comunicacionais concretos em saúde pública. A criação do vídeo não é apenas um produto acadêmico, mas uma ferramenta de intervenção orientada a melhorar letramento em saúde, adesão terapêutica e qualidade de vida de pessoas com DM2.

Como desdobramento, delineiam-se perspectivas futuras pertinentes: aprofundar o estudo das concepções populares do açúcar — entre prazer, culpa, vício e energia — para desenhar estratégias comunicacionais ainda mais aderentes aos sentidos vividos; replicar o modelo audiovisual em outras regiões, respeitando repertórios locais; e aplicar os princípios da ATT a outros domínios da saúde, como hipertensão e obesidade, em colaboração com equipes multiprofissionais do SUS. Tais caminhos reforçam a vocação desta pesquisa para transformar análise em ação e evidência em serviço.

Em conclusão, comunicar é cuidar. Ao unir linguagem, cognição e saúde, esta tese demonstra que construir comunicação acessível é passo decisivo para a equidade e a cidadania em saúde. O compromisso com a ATT é acadêmico e social: investir em pesquisa, formação e práticas de acessibilidade textual e terminológica no Brasil é um caminho sem volta, capaz de reduzir desigualdades, fortalecer a cidadania comunicativa e humanizar o cuidado. Ao substituir metáforas hostis por metáforas de gestão e equilíbrio, alinhar terminologia às categorias cognitivas dos pacientes e empregar multimodalidade guiada por princípios de Linguagem Simples, o trabalho converte conhecimento técnico em recurso compartilhado, empodera o paciente, fortalece a aliança terapêutica e reafirma que o direito à compreensão é parte indissociável do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR ISO 24495-1:** Linguagem Simples — Parte 1: princípios e diretrizes norteadores. Rio de Janeiro: ABNT, 2024.
- ADA – AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes—2024. **Diabetes Care**, v. 47, supl. 1, p. S1-S212, 2024.
- AL-AKOUR, N. A.; KHADER, Y. S.; ALAOUI, A. M. Glicemic control and its determinants among patients with type 2 diabetes mellitus attending a university hospital. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 2011.
- ALOR, S. K. *et al.* Diabetes-related knowledge, perceptions, and practices among patients in Ghana. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2024.
- ALOTAIBI, M. N. *et al.* The impact of patient support and health education on diabetes management and glycemic control. *Journal of Medicine and Life*, v. 17, n. 10, p. 908-917, 2024.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- ARAÚJO, I. S. de. Comunicação e saúde: um campo em construção. In: ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. (org.). **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 1-10.
- ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. (org.). **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARETAEUS OF CAPPADOCIA. On the Causes and Symptoms of Chronic Diseases. In: *The Extant Works of Aretaeus, The Cappadocian*. London: Sydenham Society, 1856.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BERKMAN, N. D. *et al.* Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 2, p. 97–107, 2011.
- BLISS, M. *The Discovery of Insulin*. Chicago: University of Chicago Press, 1982.
- BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2021–2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Guia de Linguagem Simples**. Brasília, DF: Governo Federal, 2024.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In: CAPONI, S. (org.) **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010.

CARVALHO, B. R. **Influências das ações educativas no autocuidado em pessoas com diabetes em unidade de saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2025.

CAWLEY, T. A singular case of diabetes, consisting entirely in the quality of the urine. *The London Medical Journal*, v. 9, p. 286-308, 1788.

CHRVALA, C. A.; SHERR, D.; LIPMAN, R. D. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, v. 99, n. 6, p. 926-943, 2016.

COSTA FILHO, I. C. O reconhecimento do receptor-usuário na cidadania comunicativa. *Intexto*, Porto Alegre, n. 52, e-104566, jan./dez. 2021.

DAMASCENO, M. M. C. et al. A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 779-786, jul./ago. 2012.

DOBSON, M. Experiments and Observations on the Urine in a Diabetes. *Medical Observations and Inquiries*, v. 5, p. 298-316, 1776.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar., 2002.

ESTOPÁ, Rosa. *La terminología en la comunicación especializada: aspectos teóricos y aplicados*. Barcelona: IULA, 2008.

EVERT, A. B. et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. **Diabetes Care**, v. 42, n. 9, p. 1621-1640, 2019.

FABER, Pamela. *A Cognitive Linguistics View of Terminology and Specialized Language*. *Cognitive Linguistics*, v. 23, n. 2, p. 245–266, 2012.

FAGUNDES, A. A. et al. Educação alimentar e nutricional: fundamentos, práticas e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2621-2630, 2020.

FALCINELLI, A. **Metáforas e saúde mental: um estudo sociocognitivo**. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

FILLMORE, C. J. Frame Semantics. In: *Linguistics in the Morning Calm*. Seoul: Hanshin Publishing Co., 1982. p. 111-137.

FINATTO, M. J. B. **Tradução e Acessibilidade**. São Paulo: Parábola, 2020.

FINATTO, M. J. B.; MOTTA, J. I. J. Acessibilidade textual e cidadania. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 19, n. 3, p. 485-511, 2019.

FINATTO, M. J. B.; PARAGUASSU, L. B. (org.). **Acessibilidade textual e terminológica.** Uberlândia: EDUFU, 2022.

FINATTO, M. J. B.; TCACENCO, L. M. Tradução intralingüística, estratégias de equivalência e acessibilidade textual e terminológica. **TRADTERM**, v. 37, n. 1, 2021.

FINATTO, Maria José Bocorny. Coleta de dados em compreensão de leitura de textos médicos: Letramento em Saúde e Acessibilidade Textual e Terminológica. **Domínios de Lingu@gem**, Uberlândia, v. 19, p. e019015, 2025.

FRANÇA, V. L. A.; CRUZ, M. T. S. *et al.* Atlas escolar Sergipe. João Pessoa: Grafset, 2007.
FREIRE, P. *et al.* **Educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2021.

FREITAG, R. M. K. **Metodologia de pesquisa qualitativa.** Florianópolis: UFSC, 2017.

FUNNELL, M. M. *et al.* National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*, v. 31, supl. 1, p. S97–S104, 2008.

GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

HANSEN-SCHIRRA, S.; MAAß, C. (ed.). *Easy Language Research: Text and User Perspectives.* Berlin: Frank & Timme, 2020.

HAREVEN, T. K. Aging and generational relations over the life course: A historical and cross-cultural perspective. *Annual Review of Sociology*, v. 21, p. 1-24, 1995.

HARPER, D. *Online Etymology Dictionary.* 2018. Disponível em: <<https://www.etymonline.com>> Acesso em: jun. 2025.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HIBBARD, J. H. *et al.* Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, v. 39, n. 4, p. 1005–1026, 2004.

IDF – INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Older People.* Brussels: IDF, 2023.

IDF/SBD. **Atlas do Diabetes.** 11 ed. São Paulo: SBD, 2025.

IPLF. International Plain Language Federation. *What is Plain Language?.* 2023. Disponível em: <<https://www.iplfederation.org/>>. Acesso em: jun. 2025.

IQUIZE, R. C. C. *et al.* Práticas educativas em pacientes diabéticos e perspectiva de profissionais de saúde: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 39, n. 2, abr.-jun. 2017.

ISO. International Organization for Standardization. *ISO 24495-1:2023 - Plain Language- Part 1: Governing principles and guidelines.* Geneva: ISO, 2023.

- JAKOBSON, R. On Linguistic Aspects of Translation. In: BROWER, R. A. (ed.). *On Translation*. Cambridge: Harvard University Press, 1959.
- JOHNSON, M. *The Body in the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason*. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
- JUNYENT, C. *La transmisión del conocimiento especializado*. 2010. Disponível em: <blogdecarmejunyent.cat>. Acesso em: jun. 2025.
- KIMBLE, J. *Writing for Dollars, Writing to Please: The Case for Plain Language in Business, Government, and Law*. Durham: Carolina Academic Press, 2023.
- KLEINMAN, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books, 1988.
- KÖVECSES, Z. A new look at metaphorical creativity in cognitive linguistics. *Cognitive Linguistics*, v. 21, n. 4, 2010.
- KÖVECSES, Z. *Where Metaphors Come From: Reconsidering Context in Metaphor*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- KRIEGER, M. da G.; FINATTO, M. J. B. Terminologia e linguística de corpus: da perspectiva enunciativa aos novos enfoques do texto técnico-científico. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, n. 138, p. 97–106, dez. 2004.
- KUO, D. Z. *et al.* Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, New York, v. 16, n. 2, p. 297–305, 2012.
- LAKOFF, G. *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal About the Mind*. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
- LAKOFF, G. The Contemporary Theory of Metaphor. In: ORTONY, A. (ed.). *Metaphor and Thought*. New York: Cambridge University Press, 1993. p. 202-251.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. **Metáforas da vida cotidiana**. São Paulo: Mercado de Letras, 2002.
- LANGACKER, R. W. Foundations of Cognitive Grammar, Volume I: *Theoretical Prerequisites*. Stanford: Stanford University Press, 1987.
- MAAß, C. *Easy Language - Plain Language - Easy Language Plus: balancing comprehensibility and acceptability*. Berlin: Frank & Timme, 2015.
- MAAß, C. Leichte Sprache. *Das Standardwerk*. Berlin: Dudenverlag, 2020.
- MAKOUL, G. The SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills. *Patient Education and Counseling*, v. 50, n. 1, p. 23-31, maio 2003.

- MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada:** análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2., 2004, Bauru. Anais... Bauru, 2004.
- MARENGO, S. M. D. A. **Variações terminológicas e diacronia:** estudo léxico-social de documentos manuscritos militares dos séculos XVIII e XIX. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
- MARQUES, F. R. D. M. et al. Autocuidado de idosos com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **RECOM**, v. 11, n. 4159, p. 1-11, 2011.
- MARTELOTTA, M. E.; PALOMANES, R. A Linguística Cognitiva e o ensino de língua: noções básicas. In: GERHARDT, G.; BENTES, A. C. (org.). **Linguística Cognitiva e Ensino de Língua**. São Paulo: Parábola Editorial, 2009. p. 163–189.
- MENEZES, A. C. et al. Questionários direcionados ao diabetes mellitus validados para o português do Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 56, n. 3, e-209446, 2023.
- MISHRA, S. K.; SINGH, P. History of diabetes: from ants to analogs. *Journal of the Association of Physicians of India*, v. 61, 2013.
- NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, v. 67, n. 12, p. 2072-2078, 2008.
- OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019.
- OLIVEIRA, S.; GUIMARÃES, O. M.; FERREIRA, J. L. As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa em educação. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 24, n. 55, p. 210-236, maio/ago. 2023.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO, 2015.
- ORWELL, G. *Politics and the English Language*. London: Renard Press Ltd, 1946.
- PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, v. 31, supl. 1, p. S19–S26, 2007.
- PHILIPPI, S. T. **Nutrição e Dietética**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2019.
- PIRES, L. V. et al. Intervenção nutricional no controle metabólico de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, v. 33, p. e190145, 2020.
- PLAIN WRITING ACT of 2010, Pub. L. No. 111-274, 124 Stat. 2861 (2010).
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- POP-BUSUI, R. *et al.* Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 40, n. 1, p. 136-154, 2017.
- RICCIARDI, F. *et al.* Illness metaphors in older adults with type 1 diabetes. *Journal of Aging Studies*, v. 50, 100793, 2019.
- ROLLO, J. *An Account of Two Cases of the Diabetes Mellitus*. London: C. Dilly, 1797.
- ROSCH, E. Principles of categorization. In: ROSCH, E.; LLOYD, B. B. (ed.). *Cognition and Categorization*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1978. p. 27-48.
- ROTER, D. L. *et al.* Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical Care*, v. 44, n. 12, p. 1130–1139, 2006.
- SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, mar. 2015.
- SANTOS, B. C. dos *et al.* Effectiveness of health action interventions in enhancing diet quality and glycemic control among individuals with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized clinical trials. *Nutrition Reviews*, 2024. [No prelo].
- SANTOS, F.; MORAES, D. R. de; FISCHER, F. F. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 4, p. 1392–1403, 2014.
- SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023**. São Paulo: SBD, 2022.
- SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024-2025**. São Paulo: SBD, 2024.
- SCHILLINGER, D. *et al.* Understanding the role of health literacy in diabetes outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, v. 18, n. 12, p. 994–1001, 2003.
- SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SILVA, A. P. da. **Desvios terminológicos no cuidado ao diabetes**: estudo em comunidades periféricas. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.
- SILVA, L. F. A. *et al.* A comunicação verbal em saúde ao idoso portador de diabetes melitus tipo dois na atenção primária: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e37311931990, 2022.
- SILVA, V.; DELGADO, I.; FINATTO, M. J. B. **Acessibilidade e Terminologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2021.
- SONTAG, S. *Illness as Metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1978.
- SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, p. 80, 2012.

- TARASOVA, V. D. *et al.* Speaking to patients about diabetes risk: is terminology important? *Clinical Diabetes*, v. 32, n. 2, 2014.
- TEMMERMAN, R. *Towards New Ways of Terminology Description: The Sociocognitive Approach*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2000.
- TETE, R. M. D. D. *et al.* Educação alimentar e nutricional melhora conhecimento sobre o tratamento de diabetes mellitus tipo 2: um estudo qualitativo. **O Mundo da Saúde**, v. 45, p. 582-594, 2021.
- THOOPPUTRA, T. *et al.* Survey of diabetes risk assessment tools: concepts, structure and performance. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, v. 28, n. 6, p. 485–498, 2012.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VILLAR, G. S.; FINATTO, M. J. B. Acessibilidade textual e terminológica: novos glossários sobre oncologia para a ferramenta MedSimples. **Mandinga - Revista de Estudos Linguísticos**, v. 7, n. 2, p. 23–42, 2024.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia*. Geneva: WHO, 2006.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on diabetes*. Geneva: WHO, 2024.
- WIERZBICKA, A. *Semantics, Culture, and Cognition: universal human concepts in culture-specific configurations*. New York: Oxford University Press, 1992.
- WILLIS, T. *Pharmaceutice Rationalis: Sive Diatriba de Medicamentorum Operationibus in Humano Corpore*. London: The Hague, 1674.
- WOTTRICH, L. Cidadania comunicativa: apontamentos escassos de um campo de batalhas. In: CONGRESSO MÍDIA CIDADÃ, 2013, Vitória. **Anais...** Vitória, 2013.
- WÜSTER, E. *Introduction to the General Theory of Terminology and Terminological Lexicography*. Vienna: Springer, 1991.
- YILMAZEL, G. *et al.* The effect of health literacy on glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, v. 13, n. 5, p. 441-446, 2019.
- YOUNGSON, A. *et al.* The lived experience of diabetes: conceptualisation using a metaphor. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 78, n. 1, p. 24-32, 2015.
- ZETHSEN, K. K. Intralingual Translation: An Attempt at Description. *Meta*, v. 54, n. 4, p. 795–812, 2009.
- ZETHSEN, K. K. Intralingual translation. In: *The Routledge Handbook of Translation and Culture*. London: Routledge, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Transcrição dos áudios da pesquisa com participantes do sexo masculino

PARTICIPANTE 1MSD

Doc: Qual o seu nome?

P: 1MSD

Doc: De onde o senhor é?

P: Paracatú do Meio, Simão Dias

Doc: Nasceu no Paracatu do Meio?

P: Nasci no Paracatu, né?

Doc. Qual a sua idade?

P. Tenho 62 anos

Doc: E o senhor mora com quem?

P: Com minha esposa XX, meus fio XX, XX e só. XX e XX.

Doc: O senhor estudou até que série?

P: Nenhuma.

Doc: E por que o senhor não estudou?

P: Porque... Estudei..., estudei... Não aprendi, né? Era quinze dias na escola e quinze dias na roça, né? Meu pai botava.

Doc: De onde é sua esposa?

P: Paracatu do Meio.

Doc: E seus pais são de onde?

P: Meus pais também é do Paracatu do Meio também.

Doc: E o que o senhor faz da vida?

P: Nada, não trabalho mais não hoje, porque eu estou doente. Sou aposentado

Doc: Sua esposa trabalha?

P: Na roça.

Doc: Você gosta de assistir televisão?

P: Gosto.

Doc: E assiste o quê?

P: O Jornal Nacional.

Doc: Só o Jornal?

P: É.

Doc: O Senhor tem celular?

P: Tem não. Não sei mexer no celular.

Doc: E o que o senhor faz para se divertir?

P: Lutar na vida. Brincar com os meninos aí, com os netos. E pronto.

Doc: Faz algum exercício físico?

P: Faço não. Eu adoeci de certos tempos para cá. E nem estou fazendo caminhada mais não.

Doc: O senhor sabe que a nossa entrevista aqui é sobre saúde, né?

P: É.

Doc: E o senhor sabe o que é saúde?

P: É saúde no corpo da pessoa, né? Com saúde está bom, né? É ser saudável?

Doc: E o que é doença?

P: Doença vem para amargar a vida da pessoa, né?

Doc: Você conhece a palavra hereditária?

P: Não.

Doc: E doença hereditária?

P: Eu não sei não

Doc: Você pode dizer o nome de algumas doenças? Não precisa ser hereditária.

P: Diabete, câncer, dengue, tá bom né?

Doc: O Senhor não conhece a palavra hereditária, mas já ouviu falar que a diabetes é hereditária?

P: Nunca me explicaram não.

Doc: O senhor já participou de algum ciclo de palestra? De alguma campanha sobre a diabetes?

P: Eu acompanhei um dia deste. Foi uma moça que veio explicar a gente o que comida comia. É a pessoa que tem diabetes, o que comida ela comia. Explicou.

Doc: O Senhor tem diabetes? Quanto tempo?

P: Rapaz, já vai fazer seis anos. Seis anos para cá a Diabetes tomou conta, viu? Só Jesus na causa agora.

Doc: E você convive com alguém que tem diabetes em sua casa?

P: Não, o menino não tem não. Nem a mulher tem. Só eu mesmo com diabetes aqui.

Doc: E o que Senhor acha que é diabetes?

P: É uma doença que entra o açúcar no sangue. Depois estraga o sangue da pessoa, né? E a pessoa se acaba logo.

Doc: Você conhece outro nome para essa doença?

P: Não, não conheço não.

Doc: O que o Senhor acha sobre açúcar no sangue?

P: Diabetes, né? Diabetes.

Doc: E como se pega a diabetes?

P: E agora não sei como é que pega, mas não é com açúcar, né? Pega com açúcar. Açúcar no sangue.

Doc: E você conhece quais são os exames que a pessoa faz para saber se tem diabetes?

P: Sei lá, eu faço muitos exames. Não sei explicar que exame é. É muitos exames.

Doc: O que a pessoa sente quando está com diabetes?

P: A pressão alta suspende, né? A diabetes suspende a pressão. Mas diz o doutor, para passar o derrame é no instante. Fico tonto, né? Vem a tontura. O diabetes chama tontura.

Doc: E o senhor já ouviu falar sobre a palavra metabolismo?

P: Não.

Doc: E síndrome metabólica, você já ouviu falar em síndrome metabólica? Mas esse nome lembra o que?

P: Não sei não.

Doc: Você sabe que no nosso corpo produz hormônios. Você sabe o que é hormônio? Você sabe o nome de alguns hormônios?

P: Sei não.

Doc: E o que é Insulina?

P: Vejo falar que o povo toma ela, quando a com diabetes avançada, o médico vai dar insulina para tomar.

Doc: O senhor tem numa mesa um prato de macarrão, um de fruta e uma torta de chocolate. Qual desses três vai prejudicar o senhor que tem diabetes?

P: Os três, não.

Doc: Por quê?

P: Porque eu acho que o macarrão tem óleo. Como é que diz? Um prato de fruta. A fruta não prejudica, mas se comer muito prejudica. O doutor passa para comer uma maçã por dia. Tá

entendendo? Uma banana, uma laranja, uma manga, porque se for duas, três ou mais, se prejudica. É um negócio sério. Diabetes. Sério mesmo. É ruim, viu? Uma doença ruim, braba. Vamos pedir a Jesus saúde.

Doc. Cite 5 nomes de frutas que o senhor acha que é doce.

P. Manga, uva, laranja, banana, abacaxi.

Doc. Para você, quais são as frutas mais saudáveis para quem tem diabetes?

P. Graviola, maçã.

Doc: E o senhor sabe o que é dieta? Para que serve?

P: Dieta, sim. Fazer dieta, não comer todas as loucuras, comer todas as doidisses. Aí já estou fazendo dieta.

Doc: E você acha que diabetes mata?

P: Mata, mata matando. Porque quando ela suspende, ele sobe, aí vem o derrame, passa na cara, aí aleija. Com quatro semanas, um mês, ele morre. Pronto, porque não morre na hora. Se não morre na hora, é por isso que eu digo que ele mata. É igual o câncer. Ele água o sangue da pessoa. É um negócio sério.

Doc. E como a pessoa diabética deve se cuidar?

P. O café é amargo, não botar um pingo de açúcar e evitar açúcar para tudo. Fazer em dieta. Fazer uma dieta devagarzinho, pedir a Jesus que não venha logo à morte. Doc: E você sabe o que é pé diabético?

P: Hein?

Doc: Pé diabético, sabe o que é?

P: Pé diabético? Eu não sei não. Um pé! Um pé diabético. E? Ele não corta o pé? Doc: Qual a especialidade médica que cuida do Diabetes, sabe o nome?

P: Sei não.

Doc: E você sabe se existem vários tipos de diabetes?

P: Sei.

Doc: Quais são?

P: Tem muitos, eu não sei separar não, mas eu sei que tem o de 200, tem o de 100, tem o de 120, tem o de 80, tem o de 300, o meu é alto, o meu é alto. O meu, a semana passada, a menina me levou no posto, eu fui dar a medida e deu 250.

Doc: E o senhor sabe se o diabetes pode causar outras doenças?

P: Pode, ele chama tantas doenças, ele pode, ele chama tantas coisas. Derrame.

Doc: Você sabe se tem algum remédio de farmácia para pessoas com diabetes?

P. O da formina (metformina), eu bebo da formina. Eu uso da formina.

Doc: Você sabe se existem outras coisas, sem ser remédio de farmácia, para a pessoa diabética?

P: Remédio de mato, sei, pata de vaca. E, eu sei, eu não sei muito não, o chá da gaviola, que é bom, né?

Doc: E como é que a pessoa pode evitar o diabetes?

P: Rapaz, eu não sei como é que pode evitar, não comer açúcar, comer coisa doce, né?

Doc. Para você o Diabetes tem cura?

P. Não, porque eu não curei a minha.

Doc: Para você a palavra diabetes é masculino ou feminino? Por quê?

P: É feminino, não sei porque. Só acho.

Doc. Muito obrigada.

INFORMANTE 2MRD

Doc: Boa tarde! Qual o seu nome?

P. 2MRDRD

Doc: De onde o senhor é?

P.: Sou de Riachão

Doc: Qual a sua idade?

P.: 62 ano.

Doc:Mora com quem?

P: Com a XX, esposa.

Doc: O Senhor Estudou?

P: Estudei pouco até a 3^a série e aprendi pouco também.

Doc: E por que não continuou então a estudar?

P: Ah, porque eu comecei a trabalhar. Depois comecei a estudar de noite uns dias também, depois parei. Aí, no fim da conta, só trabalhei e pronto. Era bom ter continuado,né? Porque o estudo é mais importante do que o trabalho. Hoje as coisa tá melhor do que de primeiro. De primeiro a pessoa estudava até quando dava jeito, quando não dava, parava.

E hoje em dia tem que continuar, né?

Doc: Casado ou solteiro?

P: Casado.

Doc: Casou com quantos anos?

P: Eu tava com 26 anos.

Doc: E é sua esposa? De onde é?

P:É do interior no Cumbe.

Doc: E seus pais eram de onde?

P: Era de Richão mesmo.

Doc: O que o senhor faz da vida?

P: Eu trabalho, desde menino que minha vida é só tabalhar. Nunca fui empregado. Sótrabalhando mesmo.Comecei mais meus pais, depois...

Doc: Trabalha de quê?

P: De roça, né? Serviço de roça tudo. E aí eu aposentei e pronto. Agora eu tô trabalhando mais pouco, um pouquinho. Mas continuo trabalhando.

Doc: E sua esposa faz o que da vida?

P.: Também na roça. Nunca se empregou em lugar nenhum. Nasceu mais os pais, se criou. Depois os pais morreram. Casou e aí agora... É na luta da casa, né? Mulher, como vocês sabe, não para de fazer serviço. Uma coisa faz outra e...

Doc: E o senhor gosta de assistir televisão?

P: De vez em quando, assisto. Não sou muito chegado muito não. Um som eu acho melhordo que a televisão. A televisão, quando eu assisto, me doe as vista. Eu não gosto muito, não.

Doc: E quando assiste, assiste o quê?

P. Hein?

Doc: Quando o senhor assiste, assiste o quê?

P: Assisto um jornalzinho, umas notícias, outras horas a missa. É assim.

Doc: E tem redes sociais?

P: Hein?

Doc.: O Senhor tem Instagran, Facebook, whatshap no celular?

P: Não, não tem nenhuma coisa, não. O que é que tem no celular é os meninos. Eu nunca... Nunca precisei no celular. Nunca gostei, não.

Doc: O que você faz para se divertir?

P.: Gente que não tem um bem. Diverta assim, trabalhando, passeando, caminhando. É assim. Divertimento é esse. Olha, cuidar de um bichinho, uma coisa e outra. É que nem a erva.

Doc: Faz algum tipo de exercício físico?

P.: Não, só caminha assim, para aqui e para lá. Mas é montado, não gosto de andar de pé também. E se o andar de pé fosse remédio eu tava ruim, porque sou muito fã de andar de pé não.

Doc: O senhor sabe que essa nossa entrevista é sobre saúde.

P: É.

Doc: E o que é saúde?

P: A saúde é quando a pessoa, quando Deus ajude, está bom, que não está sentindo nada, né? Porque a pessoa doente é uma coisa, então saúde é tudo na vida. Então a pessoa, hoje em dia, assim, nem ninguém é sã. Não tem quem diga que é sadio dereto. E também nem é doente dereto. É nem por ali. Às horas está doente, às horas está bom. E a saúde é importante na vida, né?

Doc: E o que é ser saudável?

P: É também a mesma coisa, porque tem que... A pessoa saudável está mais preocupada, né?

Doc: E o que é uma doença?

P: Uma doença é quando a pessoa... está se sentindo ruim, quer dizer que aí é a hora que está doente. Quando a pessoa tá bom, não está sentindo nada, está uma beleza pura. Agora está doente, aí é ruim, não?

Doc: E doença hereditária, conhece?

P: Não, aí agora...

Doc: Nunca ouviu falar?

P: Não nunca...

Doc: Você tem Diabetes?

P.: Sim, Pior. Como eu acho que não, porque eu me receitei já tem uns tempos, aí a doutora disse, você está com um começo de diabetes, mas você invite coisa doce que tudo bem.

Aí eu parei de tomar café com açúcar, eu parei de tomar. Nunca usei um comprimido, graças a Deus. Nunca usei um comprimido de diabetes nem nada.

Doc: E... Você acha que a diabetes é uma doença?

P: É, todas as coisas que prejudicam a pessoa, todas elas são doenças, né? Porque a doença não é aquela que não ajudou ninguém. Mas a diabetes, ela Sim é uma doença. Muitos amigos meus já morreram. Deles esmagrece, deles fica gordo. E é a doença, não é... Se não fosse doença, não mataria ninguém, né? É a doença, sim.

Doc: O senhor já participou de alguma palestra, algum ciclo de seminário sobre Diabetes?

P.: Não, não, não. Aí eu nunca participei, não. Nunca participei dessa coisa, não.

Doc: E o senhor acha que a diabetes é uma doença hereditária?

P: Bom, aí... Agora, essa daí eu não estou muito por dentro, porque é uma coisa que, quem tem ela, convite de comer coisa doce. O problema da diabetes é isso. Quanto mais pessoa é convidada de comer coisa doce, quer dizer que a saúde é melhor. Agora, quanto mais se encarrega de coisa doce, mais pior fica.

Doc: E o senhor convive com alguém que tem diabetes?

P: A mulher XX, né?

Doc.: O que você acha que é, então a diabetes?

P: Bom, aí é uma coisa que já vem no começo do mundo, que desde do tempo dos meus avós, as pessoas mais velhas, que só ouvia falar gente de diabetes. Já morreu tanta gente disso, de diabetes.

Doc: O senhor sabe descrever a diabetes?

P: Não, o que eu sei é que ela é uma doença, assim como eu falei. Tem uns que engordam, outros ficam magrinhos. E é uma doença desse tipo assim. E não gosta de coisa doce e de gordura. Não é bom a pessoa comer muito a gordura, que não é bom para a saúde. Doce, pior ainda. É uma coisa que eu como um doce de vez em quando, mas é uma coisa que eu invito mais. Pode ter coisa doce, não gosto de encarar muito, não.

Doc: O senhor conhece outro nome para a doença diabetes?

P: Só diabetes, ninguém veio falar em outro não.

Doc: O que é açúcar no sangue?

P.: O que eu acho que o açúcar, quer dizer, que possa que o adoce, sei lá, e aí prejudica mais ainda.

Doc: Como se pega diabetes?

P: Aí agora eu penso que isso aí é uma coisa que deve ser do sangue, sei lá. Acho que não é pegada de ninguém não, só que é, eu acho que ela não deve ser contagiosa assim de pegar em ninguém não.

Doc: E o senhor conhece algum tipo de exames para saber se a pessoa está diabetes ou não?

P: Homem, a turma que se recepta, sempre que sabe, não é? Eu só fiz uma vez, aí também não sei o nome.

Doc: E o que a pessoa sente quando está diabético?

P: Homem, aí agora eu nem sei nem o que é, né? Eu, graças a Deus, eu não sinto nada assim.

Doc: E o senhor já ouviu falar sobre o metabolismo lento, ou metabolismo rápido?

P: Não. O pessoal comenta, ams eu não sei o que é.

Doc: Síndrome metabólica, o senhor sabe o que é?

P: Não.

Doc: O senhor sabe que o nosso corpo produz hormônios? P:

É, produzi.

Doc: E o senhor sabe o que é hormônio?

P: Não

Doc: Sabe algum nome de algum hormônio?

P: Não.

Doc: E o que é insulina?

P: Insulina é um remédio que a turma usa, né? Toma na barriga, um tipo de injeção, alguma coisa.

Doc: O senhor tem numa mesa com macarrão, torta de chocolate e frutas. Qual seria mais prejudicial para quem tem diabetes?

P: O que mais acho que é a fruta e a torta de chocolate. Eu penso que seja.

Doc: Diga cinco nomes de frutas que considera mais doce?

P: Hum. a banana é doce, laranja, uva, manga, jaca, essas coisas são mais doces ainda, porque é um doce natural, da natureza, mas... não faz mal, é? É bom. Aí posso até que não faça mal, ou faça mais mal ainda. Aí acontece que a gente não sabe se fica melhor ou fica pior usando elas, né?

Doc: E quais são as frutas que são saudáveis para quem tem diabetes?

P: Homem, o povo fala naquela laranja lima, né, maçã, né, abacate.

Doc: E o que é dieta para o senhor?

P: Dieta é para evitar comer certo tipo de coisa. Para diabetes, quanto mais coisa doce, comer é pior ainda.

Doc: E para que serve a dieta?

P: A dieta serve para a pessoa se proteger, para a saúde ficar mais melhor um pouquinho. Porque se não tiver dieta, aí agora pronto, fica pior. Porque você tem um problema, se uma coisa faz mal, a outra faz. A pessoa por usar aquilo ali, cada vez prejudica mais.

Doc: Você acha que diabetes mata?

P: Mata, mata.

Doc: Por quê?

P: Porque morre direto. A bicha é uma doença silenciosa, né? Não é coisa assim de fazer medo, nem também prejudica a pessoa, se a pessoa tiver uma ferida ou uma coisa, ou fazer uma operação, se o sarado demora, a bicha é meio complicada, um pouquinho.

Doc: Como a pessoa se cuida?

P: Para se cuidar, tem que tomar aquele remédio passado pelo médico, aquele remédio certo, a pessoa vai usando e vai controlando. Agora sará, não sara não.

Doc: E o que é pé diabético?

P.: Pé diabético, aí deve ser... Quando começa, na pessoa que aparece, a pessoa já é um pé daquela doença para ir cuidando. E a pessoa vai se cuidando conforme seja que... Agora sará, não sara não. Nunca vi uma pessoa dizer que sarou do diabético. Sempre tem o regime, se conserva mais. Agora de sarado mesmo, acho que nunca sarou não.

Doc: E o senhor sabe qual é a especialidade médica que cuida do diabético?

P: Não, nunca procurei, né? Essas coisas assim, nunca...

Doc: O senhor acha que existe mais de um tipo de diabético?

P:Acho que existe vários tipos.

Doc.: E o senhor conhece?

P. Tem uns aqui, como eu falei, uns que emagrecem, outros que engordam, uns de um jeito, outros de outro. Sempre tem vários tipos. Eu garanto que não seja um tipo só.

Doc: Você sabe se o diabético pode causar outras doenças?

P: A causa, o diabético é tão complicado que ataca o coração, ataca o corpo todo. Se... Até uma operação, se a pessoa for fazer passará, é um quebra de cabeça, para quem tem a diabetes forte. É uma coisa prejudicada.

Doc: Você sabe se tem algum remédio de farmácia para o diabético?

P. Muita gente usa esses comprimidos para aliviar um pouco, né?

Doc: Mas você sabe o nome?

P:Homem, não, que eu nunca usei.Não sei nem o que é. Nunca usei. A mulher aí é quem toma, compra.

Doc:E algum remédio que não seja de farmácia?

P: Bom, o povo fala de aquecer abacate, que é bom fazer um chá, beber, coisa e outra, maseu nunca bebi essas coisas. Tem outros remédios que servem também para o diabético.

Tem tanta coisa que o povo ensina em um estômago, negócio de coisa do mato.

Doc: Como a pessoa pode evitar a diabetes?

P: Aí agora... Depois que ela toma a coisa da pessoa, não tem evitação. Só faz um alívio, assim, se evitando de comer ou de usar coisa doce. Só com... Ela tem um prazinho para ela,mas não sendo, não tem jeito, não.

Doc: E a diabetes tem cura?

P: Bom, eu acredito que não. A pessoa dizia que teve, ela ensarou. Ela, tendo um bom regime, ela melhora. Agora, pra sará por uma vez, eu acredito que não.

Doc: E a palavra diabetes, é masculino ou feminino?

P: Não sei se é masculino ou feminino. Bom, aí... Diabetes. Pode ser feminino, né? Feminino. Aquela coisa que faz parte de ser feminino, não?

Doc:Muito obrigada!

P:Pronto. De nada.

INFORMANTE 3MLG

Doc: Boa tarde.

P.: Boa tarde.

Doc: Qual o seu nome?

P: 3MLG

Doc: De onde você é?

P: Lagarto

Doc: Você sempre foi de Lagarto?

P: Nasci e mim criei em Lagarto.

Doc: Mora com quem em sua casa?

P: Com a esposa e... mais três, duas filhas mais eu.

Doc: Quantos anos você tem?

P: 71. Agora no Sábado, de hoje a oito, eu competu 72.

Doc: Muito bem, parabéns.

Doc: Você estudou? Se sim, até que série?

P: Estudei, Naquele tempo era a terceira série, só. leitura é quase nada.

Doc: Por que o senhor não continuou a estudar?

P: Fiquei na roça trabalhando.

Doc: Casado? Solteiro?

P: casado no civil. Casei com dezesseis anos.

Doc: Por que casou tão cedo?

P: Deu vontade de casar logo, gostei da muié e tou até hoje. É bom casar.

Doc: E de onde é a sua esposa?

P:De Lagarto mesmo.

Doc: E seus pais, de onde são?

P: São os dois de Simão Dias, povoado Cumbe. Estão os dois falecidos.

Doc: O que você faz da vida hoje?

P: Hoje é nada, quase. Trabalho um pouco. Eu não posso... A minha filha me proíbe de trabalhar. Não é pra fazer forçar, pra não morrer do coração.

Doc: E sua esposa faz o quê?

P : Aposentada. Não trabaia também, não.

Doc: E você, gosta de assistir TV?

P: Gosto.

Doc: E o que você assiste?

P: Eu gosto mais de jornal. Uma novelinha de vez em quando.

Doc: Você tem rede social? Instagram? Facebook?

P: Nada de celular, não entendo nada.

Doc: O que faz para se divertir?

P: No sítio, assim. Dá de comer um porco, lavar um chiqueiro. Meu serviço é isso agora.

Doc: Você faz algum tipo de exercício físico?

P: Rapaz, eu caminhava, mas parei, porque o joelho não aguenta, não. Tem umas coisas no joelho que está me enjoideando. Quando era mais novo, meu exercico era só na roça. No meu tempo era inchada, não tinha trator. Era na inchada.

Doc:Você sabe que essa nossa entrevista é sobre saúde. Para você, o que é saúde? P: Eu, para mim, é a saúde boa

Doc: o que é ter saúde?

P: Hoje eu acho que não existe mais não, que é tudo morrendo.

Doc: E o que é ser saudável?

P: Saudável é comer, quando está saudável come bem e bom, né?

Doc: E para você, o que é doença?

P: Doença? É triste, é uma coisa ruim. Quando a pessoa já está com a doença no sangue, não é outra coisa. Doente só se preocupa em tomar remédio.

Doc: Você sabe o que é uma doença hereditária?

P: Sei não. Acho que é uma coisa doida, não é?

Doc: E o senhor pode dizer algum nome de algumas doenças? Não precisa ser hereditário.

P: O que eu já tive foi catapora, papilha, eu chamo cachumba, não sei como é. Já tive essa, já tive sarampo, tudo quando eu era novo, pequeno. E depois tivemos mais uma operação. E as nos joelho, só.

Doc: você acha que diabetes é uma doença?

P: Sim.

Doc.:Você acha que a diabetes é hereditária?

P.: acho que não, eu sei doença que é uma doença que mata, mas só quando chegou a hora. Chegou a hora foi embora e... Antigamente já existiam essas doenças no mundo, não é? Meus pais, meus avôs, todos morreram de negócio de diabetes, comiam tudo. E morreu tudo de barriga cheia. Hoje, o povo quer morrer de fome.

Doc.: Você tem diabetes? Quanto tempo?

P: Tenho sim, a médica disse. Deu assim mesmo, uns dois meses para cá.

Doc: Convive com alguém que tem diabetes?

P. minha muei.

Doc: O que você acha que é diabetes?

P: Eu acho que é uma doença doida que apareceu, não é? Porque nunca existiu isso e agora todo mundo tem diabetes, diabetes é câncer.

Doc: Pode definir diabetes?

P.: Rapaz, eu não sei não. Porque eu vou para os médicos, é tanta coisa que eles dizem. Eu também não vou no papo deles, eu como o que eu der vontade.

Doc: Mas o que é que eles dizem?

P: É para não comer pão, é para não comer bolo, é tanta coisa que não é para comer. E eu der vontade, eu como carne, eu como o que vier na vontade, eu tomo coca.

Doc.: Você conhece outros nomes para diabetes?

P.: Açúcar no sangue né?

Doc: O que você acha que é esse açúcar no sangue ou de onde vem o açúcar no sangue? O: Eu acho que vem das comidas que a gente come, não é não?

Doc: o que você acha que é esse açúcar no sangue ou de onde vem o açúcar no sangue?

P: Eu acho que vem das comidas que a gente come, não é não?

Doc.: Como se pega a diabetes?

P.: Eu sei lá. Os doutores que inventaram isso, ninguém vai pegar o coisa ruim. Para o diabético, eu sou meio inocente. Sei que antigamente não existia isso e todo mundo morria velhinho. Eu não me conformo com esse negócio de dizer, não come isso, não come aquilo, você vai morrer porque tem diabetes. Esse regime eu não faço nada, não tem doutor que faça eu fazer. Porque para eu tomar uma insulina e furar todo dia a minha barriga? É para quem toma, não eu. Quero morrer comendo o que eu quiser.

Doc.: Que ou quais exames a pessoa faz para saber se realmente tem diabetes?

P.: Rapaz, quando eu vou para a médica de coração, ela arruma os exames para eu fazer. Aí eu faço, aí eu descobri que eu estava com esse diabetes,

Doc.: O que a pessoa sente quando tem diabetes?

P.: Eu não sinto, eu não sinto, eu não sinto cansaço, eu não sinto dor, eu não sinto nada. A maior dor que eu sinto é o joelho, as pernas. Aí ele disse que é astrite. Tem jeito, se quiser fazer uma cirurgia, faz, mas é para aventurar, ficar bom. Mas não garante nada, para ficar paralítico. Assim, deixa como está mesmo..

Doc.: Já ouviu alguém dizer que tem metabolismo lento ou metabolismo rápido?

P.: Isso aí eu já ouvi dizer muito. É uma doença, né? Quando a gente vai para os médicos, eles explicam essas coisas tudo. Para não tomar açúcar, não comer bolo, não comer... Ái eu mesmo, ela disse que eu não posso comer leite, nem ovo, só a gema é tanta besteira que eles dizem. A minha cabeça é ruim para guardar essas coisas

Doc.: Mas você sabe o que é metabolismo?

P.: Para eu? Nada.

Doc.: Ouviu falar em Síndrome metabólica? Esse nome lembra algo?

P.: Não, mas eu acho que é ruim. Mas pode ser bom.

Doc: O senhor sabe que o nosso corpo produz hormônios? E o senhor sabe o que é hormônio?

P: Sei nada, mulher.

Doc: E o que é insulina?

P: Insulina, isso que eu não tomo. Isso eu não vou tomar de jeito nenhum. A mulher toma todo dia. A filha fura a barriga, a minha não fura nunca, porque eu não deixo. Doc: Vamos fazer aqui uma simulação. O senhor tem uma mesa, macarrão, frutas e uma torta de chocolate. Qual é o que o senhor acha que é mais prejudicial a pessoa que têm diabetes?

P: Rapaz, eu acho que o macarrão é o pior e o chocolate. Chocolate, né? Se fosse um feijãozinho com arroz e carne, não tinha erro.

Doc: Cite cinco nomes de frutas que o senhor considera mais doce.

P.: Banana é doce. Jaca é doce. Manga é doce. Mamão é doce e Laranja.

Doc: E para você, quais são as frutas mais saudáveis para quem tem diabetes?

P: Maçã, né? Porque a banana não é para o diabético comer. Se comer morre. Maçã, uva, pêra é bom.

Doc: E o que é a dieta?

P.: Dieta? É não comer. Os médicos falam que não é pra comer.

Doc: E para que serve a dieta?

P: Para? Para ficar com fome. Eu não sou idiota e morrer de fome. Você já viu morrer de barriga cheia? A dieta é isso.

Doc: O senhor acha que diabetes mata?

P: Só mata na hora chegada. Nenhuma doença mata ninguém, o que mata é a hora chegada.

Doc: Como a pessoa se cuida?

P.: Tomando um remedinho para ver se dá certo. E se não der, se conformar, morrer com ela.

Doc: Já ouviu falar no nome pé diabético?

P: É o que a doutora disse que eu tenho. Está no pé, está longe. Está longe de eu morrer.

Doc: O senhor sabe o nome do especialista que cuida do diabetes?

P: Diabetes? Eu sei nada do nome dele. Eu nunca fui para ele. De médico eu só vou para a doutora senhora. Que cuida do coração. E aí ela passa também. Ela passa semana de exame para fazer. Foi ela que passou semana passada isso aí?

Doc: Você acha que existe mais de um tipo de diabetes? Sim ou não?

P.: Tem.

Doc: Sabe dizer?

P.: Porque tem um que emagrece e tem outro que engorda. Eu acho que o pior é o que emagrece, né? De vez na terra não tem o que comer. Só vê couro e osso. E o outro não, até vai comer carne com uma beleza. Quem vai comer carne? A terra. Quando não vai para de perto do chão.

Doc: O senhor sabe se o diabetes pode causar outras doenças? Quais?

P.: Diz o povo que causa, né? Cortar a perna, cortar o dedo, cortar braço. É tanta peste que eu nem sei mais o que é. É um monte de coisa.

Doc: O senhor sabe se tem algum remédio de farmácia para as pessoas com diabetes?

P.: Diz que tem. Eu não sei. Grifangé. Não sei como é que chama. Grifagé (glifage)

Doc: E existe outros sem ser remédio de farmácia? Alguém já falou?

P: Esse é bom remédio assim para diabetes. Aquele negócio de pata de vaca. Diz que é bom.

Chuchu. É tanta coisa que diz que serve.

Doc: E como a pessoa pode evitar o diabetes?

P: Sem comer coisa doce, né? Só comer o doce, já era. Porque eu não tinha, antigamente, não tinha nada. Eu comia doce, rapadura, tudo isso. Depois foi que veio esse negócio desse diabete. Agora está aumentando mais. Estava tomando um comprimido desse. Agora já passou para tomar dois. Mas é porque eu tomo tudo de uma vez de noite. Logo de uma vez. Eu só esquecido.

Doc: E para o senhor, o diabetes tem cura?

P: Eu acho que não.

Doc: Por quê?

P: Porque eu vejo nego ter diabetes e morre com ele. Se tivesse cura, não existia ele no mundo. Era fácil de curar.

Doc: E para você, a palavra diabetes é masculino ou feminino?

P: Para mim é masculino.

Doc: Masculino? Por quê?

P: Porque eu gosto de julgar os caras gordões, quando pensam que não estão palitos. É uma doença que come a carne do cara. Então é por isso que ele é masculino. Eu sei não. Eu não sei se é masculino ou se é feminino. Eu sei que mata.

Doc: Muito obrigada.

P: E eu sei que eu não vou morrer de fome, porque eu não vou ter repouso mesmo. Então eu não vou morrer de fome. Mas eu tenho que morrer de barriga cheia.

PARTICIPANTE 4MPV

Doc: Qual o seu nome?

P. 4MPV

Doc: De onde o senhor é?

P.: De Poço Verde.

Doc: Nasceu em Poço Verde mesmo?

P.: Não, em Simão Dias

Doc: Quantos anos o senhor?

P.: 65.

Doc: Você estudou?

P.: Estudei.

Doc: Até que série?

P.: quarta série.

Doc: É casado ou solteiro?

P.: Casado.

Doc: Quanto tempo de casado?

P.: 30 anos

Doc: Casou com quantos anos?

P.: 35 anos

Doc:de onde é sua esposa?

P.: de Riachão

Doc.: De onde são seus pais?

P.: de Simão Dias, Povoado Brinquinho

Doc: Você faz o que da vida?

P.: Trabalho na Roça.

Doc: Sua esposa faz o quê?

P.: trabalha na casa, é aposentada né.

Doc: Gosta de assistir televisão?

P: Gosto.

Doc: o que você mais assiste?

P: Novela, filme.

Doc: Você tem redes sociais?

P: Não sou muito chegado, né? Mas olho uma coisa ou outra...

Doc: Qual?

P.: zap só.

Doc:Mas vê o que assim no WhatsApp?

P.: Só mensagem mesmo, mando pra família.

Doc: Você faz o que pra se divertir?

P: Novela, televisão.

Doc: Faz algum exercício físico?

P.: Não

Doc.: Você sabe que essa entrevista é sobre saúde. Para você o que é saúde?

P.: Saúde é não ter doença.

Doc: O que é ser saudável?

P: Saudável é fazer exercício físico, né? Manter a coragem.

Doc: E o que é uma doença?

P:Uma doença? Uma doença é ruim demais. Porque se tá doente não é bom.

Doc.: Você sabe o que é uma doença hereditária? Você conhece alguém que tem uma doença hereditária?

P: uma doença que passa de pai pra filho. Conheço tanta gente.

Doc: Você conhece algum nome de alguma doença hereditária?

P: Diabetes é uma delas. Porque se passa de pai pra filho... eu peguei de minha mãe, ela já faleceu, mas eu pegui a doença.

Doc: Outra?

P: Outra eu não sei.

Doc.: Você pode dizer o nome de algumas doenças? Não precisam ser hereditária.

P. sarampo, dengue, papeira, outras ai que não lembro.

Doc.: Você acha que Diabetes é uma doença?

P.: Sim, ela mata também s não cuidar.

Doc: E você já participou de alguma palestra sobre diabetes ou teve acesso a algum material de campanha sobre diabetes?

P: Nada.

Doc: Você acha que a diabetes é uma doença hereditária?

P.:Não.

Doc: Por quê?

P: Eu acho que não pega não. A diabetes não pega em ninguém.

Doc: Por que ela não pega?

P: Porque eu vou dizer que ela não pega. Porque não é uma doença contagiosa. Só passa de pai pra filho.

Doc. Você tem diabetes?

P.: Sim

Doc. Você convive com alguém que tem diabetes?

P.: Sim, minha esposa.

Doc.: O que você acha que é diabetes? Poderia definir diabetes?

P.: Sei não.

Doc: E você conhece outro nome para diabetes?

P: Diabetes não conheço não.

Doc: Você já ouviu falar sobre açúcar no sangue? De onde vem esse açúcar no sangue?

P.:Já. Ouvi sim, é a diabetes

Doc.: Como se pega a diabetes?

P.: De pai para filho, de mãe para filho.

Doc.: Que ou quais exames a pessoa faz para saber se realmente tem diabetes?

P: Não, não sei de nada.

Doc: E o que a pessoa sente quando tem diabetes?

P.: Nada. Eu não sinto nada. Mas tem dia que eu quero morrer.

Doc.: Por que tem dias que você quer morrer?

P.: Dá uma tristeza, sei lá.

Doc: E você já ouviu dizer sobre a palavra metabolismo lento ou metabolismo rápido?P:Já ouvi falar.

Doc: E o que é?

P: Tem o metabolismo mais lento, que diz que é difícil de emagrecer. E o que é mais coisa, é mais fadiga.

Doc: E onde foi que você ouviu? Quem falou e em que momento?

P.: Não sei se foi na televisão, sei que eu ouvi.

Doc: Já ouviu falar sobre metabolismo? E o que é metabolismo para você?

P.: É o que ngorda e esmagrece, acho que é isso.

Doc: E Síndrome metabólica?

P.: Esse sei não dizer. Hormônios?

Doc.: Você sabe que nosso corpo produz hormônios. Você sabe o que é hormônio? Você sabe o nome de alguns hormônios?

P.: Não, sei dizer isso não.

Doc: E o que é Insulina?

P.: Já, eu tomo.

Doc: Qual o seu tipo de diabetes?

P: Não sei.

Doc: Você tem na mesa um prato de macarrão, frutas e torta de chocolate. Qual desses três é o mais prejudicial para quem tem diabetes?

P: A torta de chocolate.

Doc: Cite 5 frutas que você considera mais doces?

P: Uva, banana, manga, laranja, goiaba.

Doc: Para você, quais as frutas que são mais saudáveis para quem tem diabetes?

P: Existe Graviola.

Doc: Para você, o que é dieta?

P.: Dieta é passar fome.

Doc: E pra que serve, então?

P.: Pra evitar o diabetes, pra baixar, não suspender, né? Mas se a gente não comer, se não morrer do diabetes, morre de fraqueza. Entendeu?

Doc.: Você acha que diabetes mata? Por quê?

P.: Mata, come os ossos, corta uma perna como meu vizinho, cega. Se não morre do diabetes, morre de fraqueza, e aí morre do diabetes.

Doc: E como é que a pessoa se cuida?

P.: Não sei não, minha filha... mas que tomar remédio do dotor.

Doc: E você sabe o que é pé diabético?

P.: Quem não tem diabetes. Tem que se cuidar pra não virar o pé diabete.

Doc: E você conhece a especialidade do médico que cuida do diabetes?

P.: Não. Vou pro postod e saúde e a enfermeira tira a pressão, olha o exame e passa remédio.

Doc.: Você acha que existe mais de um tipo de diabetes?

P: Tem um tipo 1 e um tipo 2, né?

Doc: Você sabe se tem algum remédio de farmácia para pessoa com diabetes?

P.: É o gluton (glutonaria), metformina, e deslimita (dolomita), um negócio assim.

Doc: você sabe se existem outras coisas, sem ser remédio de farmácia para a pessoa diabética?

Remédio caseiro.

P: O povo ensina chá de graviola, chá de moringa.

Doc: Como é que a pessoa pode evitar para não ter diabetes?

P.: Não comer doce.

Doc: A diabetes tem cura?

P.: Não.

Doc: Para você, a palavra diabetes, é masculino ou feminino?

P.: Diabetes. Masculina.

Doc: Então, muito obrigada pela entrevista.

P.: Nada.

PARTICIPANTE 5MTB

Doc: Boa tarde.

P.: Boa tarde.

Doc: Qual o seu nome?

P: 5MTB

Doc: De onde você é?

P: De Tobias Barreto.

Doc: Sempre morou em Tobias?

P.: Foi, nasci e me criei em Tobias, na cidade mesmo.

Doc.: Mora com quem?

P.: minha esposa.

Doc.: Quantos anos tem?

P.: 79

Doc.: Você estudou?

P.: Sim, até a 5^a série.

Doc.: Por que você não estudou mais?

P.: Porque fui trabalhar cedo para sustentar a família de casa.

Doc.: casado ou solteiro?

P.: Casado.

Doc.: Casou com quantos anos?

P.: Com 20 anos

Doc.: Porque casou cedo?

P.: Porque a muié tava gravida.

Doc.: De onde é sua esposa?

P.: De Poço Verde, cidade vizinha, tenho parentes lá.

Doc: E seus pais, de onde vieram?

P: De Poço Verde, na zona rural.

Doc: Estudou?

P: Não, estudei só a primeira série, não estudei mais não.

Doc: E por que não estudou?

P: Naquele tempo não gostava de estudar.

Doc.: Você faz o que da vida?

P.:Só trabalho na roça e sou aposentado.

Doc: E sua esposa faz o que da vida?

P.: Trabalha em casa mesmo.

Doc: Você gosta de assistir televisão?

P: Sou muito chegado não.

Doc: Quando loga a TV assiste o quê?

P: Assim, na missa eu ligo, depois deligo.

Doc: Você tem rede social? Instagram, WhatsApp, Facebook?

P.:Eu não, nem celular eu gosto.

Doc: E o que faz para se divertir?

P: Eu ligo rádio.

Doc: Faz algum tipo de exercício físico?

P:Não.

Doc: Por que não?

P: Nunca fiz.

Doc: E nem tem vontade de fazer?

P: Não.

Doc: Você sabe que essa nossa entrevista, como eu falei no início, é sobre saúde. Então, o que

é saúde para você?

P.: Eu tenho diabetes, mas não sinto nada, tô bem.

Doc: E o que é uma pessoa ser saudável?

P.: Não.

Doc: E doença? Sabe o que é doença?

P: Sei, doença. É a pessoa que é doente, né?

Doc: Você já ouviu falar o que é doença hereditária?

P.: Não.

Doc.: Você acha que diabetes é uma doença?

P.: Sim. Porque diabetes a pessoa fica mal, fica miúda.

Doc: Já participou de algum tipo de palestra, campanha do governo sobre a diabetes, falando sobre o que é diabetes, como prevenir?

P.: Já, falou lá que diabete não pode vê comida. É inimiga da comida.

Doc: Você acha que a diabetes é uma doença hereditária?

P: Acho, né?

Doc: Por quê?

P: Porque o diabetes não é de pessoas com negócio de açúcar, é?

Doc.: Você tem diabetes?

P.: Tem.

Doc: Quanto tempo?

P: Tem uns oito anos.

Doc: Você convive com alguém que tem diabetes?

P.: Não, só eu mesmo.

Doc: E o que você acha que é diabetes? Pode definir?

P.: Doença

Doc: Você conhece outro nome para a palavra diabetes? Já ouviu falar? P: Não. Sei que tem açúcar no sangue.

Doc.: Você acha que o açúcar no sangue vem de onde?

P.: Das comidas.

Doc: E como é que pega diabetes?

P: Eu não sei.

Doc: Que ou quantos exames a pessoa faz para saber se realmente tem diabetes?

P: Exame de sangue, né? Quando eu faço, eu faço no laboratório, quando tem um médico no posto ou na farmácia tira sangue no dedo.

Doc: E o que a pessoa sente quando tem diabetes?

P.: Eu não sinto nada, não.

Doc: E já ouviu alguém dizer sobre metabolismo lento, metabolismo rápido?

P.: Não.

Doc: Você sabe o que é metabolismo?

P: Não.

Doc: E síndrome metabólica? Já ouviu falar?

P: Não.

Doc: Você sabe que o nosso corpo produz hormônios. Você sabe o que é hormônios? e cite alguns nomes de hormônios.

P: Vejo falar, mas não lembro.

Doc: E sobre insulina, já ouviu falar?

P.: Vi.

Doc: E o que é insulina?

P: É uma coisa que toma na barriga da diabetes, né?

Doc: Você tem numa mesa três tipos de comidas: Macarrão, uma torta de chocolate e um prato

de frutas. Quais desses alimentos é mais prejudicial para quem tem diabetes?

P: É o macarrão, né?

Doc: Cite cinco frutas que considera mais doce.

P: Laranja, manga, goiaba, banana, jaca.

Doc: Você pode dizer quais são as frutas mais saudáveis para as pessoas que têm diabetes?

P: A maçã, a uva, né?

Doc: E o que é dieta? Já ouviu falar nesse nome, dieta?

P: Vejo falar. Não comer todas as comidas, né?

Doc: E para que serve a dieta?

P: Para a diabetes não aumentar, né?

Doc: E você acha que a diabetes mata? Por quê?

P: Mata, né? Se a pessoa não tiver resguarda, não tiver dieta.

Doc: E como a pessoa que tem diabetes pode se cuidar?

P: Não está comendo tanto de comida doce, tanta besteira.

Doc: Você sabe o que é pé diabético?

P: Não.

Doc: Qual especialidade médica que cuida da pessoa que tem diabetes?

P: Às vezes eu vou falar tudo isso pra uma enfermeira, mas médico de diabetes mesmo não fui ainda.

Doc: Você acha que existe mais de um tipo de diabetes?

P.: Não.

Doc: Você sabe se a diabetes pode causar outro tipo de doença?

P.: quando ela tá alta dar tontura, cega, corta perna, cresce a barriga, fica magro..

Doc: Você conhece algum nome de remédios para quem tem diabetes? Remédios vendidos em farmácia?

P.: Metformina

Doc: E remédio que não seja de farmácia, sabe algum nome de remédios caseiros?

P: O povo fala toma isso, toma aquilo que é bom, aí eu tomo. Chá de abacate

Doc: Sabe o nome? O que você toma?

P: O que eu tomo é... Não, não me esqueci agora.

Doc.: Como as pessoas podem evitar a diabetes?

P.: Não comer doce.

Doc.: Para você diabetes tem cura?

P: Tem, né, se a pessoa tiver regime. Então, ela tem cura se tiver... regime, não está comendo muitas coisas que façam mal.

Doc: Para você, a palavra diabetes é masculino ou feminino?

P.: Feminino. Feminino.

Doc: Então, muito obrigada.

P.: Foi um prazer, viu?

APÊNDICE B

Transcrição dos áudios da pesquisa com participantes do sexo feminino

PARTICIPANTE 1FSD

Doc: Qual o seu nome?

P: 1FSD

Doc: De onde o senhor é?

P: Simão Dias

Doc: Nasceu em Simão Dias?

P: Nasci em casa, foi a parteira foi lá em casa.

Doc. Qual a sua idade?

P. Tenho 66 anos

Doc: A Senhora mora com quem?

P: Sozinha, sou viúva

Doc: A senhora estudou até que série?

P: Nenhuma.

Doc: E por que o senhor não estudou?

P: Porque... não tinha como, meu pai botava pra trabalhar.

Doc: Seu esposo era de onde?

P: De Simão dias mesmo.

Doc: E seus pais são de onde?

P: Meus pais também é de Simão Dias.

Doc: E o que a senhora faz da vida?

P: Nada, Sou aposentada

Doc: Você gosta de assistir televisão?

P: Gosto.

Doc: E assiste o quê?

P: novela e missa

Doc: A Senhora tem celular?

P:Tenho. Não sei mexer no celular, só sei receber a ligação.

Doc: E o que a senhora faz para se divertir?

P: Ir para feira.

Doc: Faz algum exercício físico?

P: Faço não.

Doc: A senhora sabe que a nossa entrevista aqui é sobre saúde. Sim?

P: É.

Doc: E a senhora sabe o que é saúde?

P: É boa.

Doc: E o que é doença?

P: Ruim

Doc: Você conhece a palavra hereditária?

P: Não.

Doc: E doença hereditária?

P: Não

Doc. Você pode dizer o nome de algumas doenças? Não precisa ser hereditária.

P. Diabete, câncer, covid, sarampo, dor de cabeça

Doc: A Senhora não conhece a palavra hereditária, mas já ouviu falar que a diabetes é hereditária?

P: Não disseram nada não.

Doc: A Senhora já participou de algum ciclo de palestra? De alguma campanha sobre a diabetes?

P: vou, falam de comida, remédio, mas eu não sei dizer não.

Doc: A Senhora tem diabetes? Quanto tempo?

P: Tenho, 30 anos.

Doc: E você convive com alguém que tem diabetes em sua casa?

P: Não.

Doc: E o que a Senhora acha que é diabetes?

P É açúcar no sangue.

Doc: Você conhece outro nome para essa doença?

P: coisa ruim.

Doc: O que o Senhor acha sobre açúcar no sangue?

P: comeu muita açúcar e bebeu agua com açúcar.

Doc: E como se pega a diabetes?

P: comeu muita açúcar.

Doc: E você conhece quais são os exames que a pessoa faz para saber se tem diabetes?

P: De sangue.

Doc: O que a pessoa sente quando está com diabetes?

P: tontura, pressão alta, fome.

Doc. E a senhora já ouviu falar sobre a palavra metabolismo?

P: Não.

Doc. E síndrome metabólica, você já ouviu falar em síndrome metabólica? Mas esse nome lembra o que?

P. Não sei.

Doc: Você sabe que no nosso corpo produz hormônios. Você sabe o que é hormônio? Você sabe o nome de alguns hormônios?

P: Sei não.

Doc: E o que é Insulina?

P: É um remédio.

Doc: A senhora tem numa mesa um prato de macarrão, um de fruta e uma torta de chocolate. Qual desses três vai prejudicar o senhor que tem diabetes?

P: torta de chocolate.

Doc: Por quê?

P: Porque eu acho que tem açúcar.

Doc. Cite 5 nomes de frutas que o senhor acha que é doce.

P. abacaxi, uva, manga, banana, melancia.

Doc. Para você, quais são as frutas mais saudáveis para quem tem diabetes?

P. banana, melão, uva.

Doc: E a senhora sabe o que é dieta? Para que serve?

P: Não comer.

Doc: E você acha que diabetes mata?

P: Mata se não cuidar.

Doc. E como a pessoa diabética deve se cuidar?

P. não comer açúcar.

Doc: E você sabe o que é pé diabético?

P: Hein? A doença no pé.

Doc: Qual a especialidade médica que cuida do Diabetes, sabe o nome?

P: Não.

Doc: E você sabe se existem vários tipos de diabetes?

P: Não

Doc: E a senhora sabe se o diabetes pode causar outras doenças?

P: derrame, pressão alta.

Doc: Você sabe se tem algum remédio de farmácia para pessoas com diabetes?

P. metformina.

Doc: Você sabe se existem outras coisas, sem ser remédio de farmácia, para a pessoa diabética?

P: Remédio de mato, graviola, chá não sei o nome.

Doc: E como é que a pessoa pode evitar o diabetes?

P: Não comer açúcar.

Doc. Para você o Diabetes tem cura?

P. tenho.

Doc: Para você a palavra diabetes é masculino ou feminino? Por quê?

P: É feminino.

Doc. Muito obrigada.

PARTICIPANTE 2FTB

Doc: Boa tarde! Qual o seu nome?

P. 2FTB

Doc: De onde o senhor é?

P.: Sou de Tobias Barreto

Doc: Qual a sua idade?

P.: 66 anos.

Doc: Mora com quem?

P: Com minha irmã XX e meu filho XX.

Doc: A Senhora Estudou?

P: Estudei até a 4^a série e aprendi pouco.

Doc: E por que não continuou então a estudar?

P: Casei cedo e meu pai não deixava, comecei a estudar tarde e não continuei.

Doc: Casado ou solteiro?

P: separada.

Doc: E seu esposo é de onde?

P:É de Tobias Barreto.

Doc: E seus pais eram de onde?

P: Era de Simão Dias.

Doc: O que a senhora faz da vida?

P: Aposentada

Doc: E a senhora gosta de assistir televisão?

P: Gosto, minha diversão.

Doc: E quando assiste, assiste o quê?

P: Assisto novela, filme e outras horas a missa.

Doc: Tem celular? Tem redes sociais: Instagran, Facebook, whatshap no celular?

P: Tenho celular, mas uso só pravê videos e ligar, o zap também tenho.

Doc: O que você faz para se divertir?

P.: Vou pra casa das vizinhas conversar.

Doc: Faz algum tipo de exercício fisico?

P.:Não, não gosto.

Doc: A Senhora sabe que essa nossa entrevista é sobre saúde.

P: É.

Doc: E o que é saúde?

P: saúde? É a pessoa não ter doença.

Doc: E o que é ser saudavel?

P: Deixe eu explicar. Saudavel é quando a pessoa não fica doente atoa.

Doc: E o que é uma doença?

P: doença é não ter saúde, entendi.

Doc: E doença hereditária, conhece?

P: Não, sei não, já ouvir falar, mas não lembro.

Doc: Nunca ouviu falar?

P: Não nunca...

Doc: Você tem Diabetes?

P.: Sim, mas mim cuido muito, não como açucar e tomo remédio, aí ela tá controlada, né?

Doc: E... Você acha que a diabetes é uma doença?

P: É, doença ruim, eu mesma tenho uma mijadeira braba. E fede viu.

Doc: A senhora já participou de alguma palestra, algum ciclo de seminário sobre Diabetes?

P.: Já, mas o que falam é que a gente tem que coemr pouco e evitar comer açucar.

Doc: E a senhora acha que a diabetes é uma doença hereditária?

P: deve ser. Mas não tenho certeza.

Doc: E a senhora convive com alguém que tem diabetes?

P: Não em casa, mas tem minha mãe e meu pai?

Doc.: O que você acha que é, então a diabetes?

P: dizem que é uma doença que mata aos poucos se não cuidar.

Doc: A senhora sabe descrever a diabetes?

P: é uma doença que come as carnes da pessoa, prejudica a visão e dar pra mijar.

Doc: A senhora conhece outro nome para a doença diabetes?

P: não, mas poderia ser doença do mijo e do açúcar, porque se você mijar no chão depois enche de formiga.

Doc: O que é açúcar no sangue?

P.: o sangue tem açúcar

Doc: Como se pega diabetes?

P: e pega? Acho que não, já é da pessoa.

Doc: E a senhora conhece algum tipo de exames para saber se a pessoa está diabética ou não?

P: faço de sangue.

Doc: E o que a pessoa sente quando está diabético?

P: como já disse, eu não sinto nada, só mijo muito.

Doc: E a senhora já ouviu falar sobre o metabolismo lento, ou metabolismo rápido?

P: Não. Sei não, é o que mesmo?.

Doc: Síndrome metabólica, o senhor sabe o que é?

P: pior ainda.

Doc: A senhora sabe que o nosso corpo produz hormônios?

P: É, sim. Eu mesma fico com os peitos inchados.

Doc: E a senhora sabe o que é hormônio?

P: sei, é uma coisa que faz a gente engordar

Doc: Sabe algum nome de algum hormônio?

P: sei que meus peitos crescem, ams não sei o nome

Doc: E o que é insulina?

P: Insulina é um remédio, uma injeção.

Doc: O senhor tem numa mesa com macarrão, torta de chocolate e frutas. Qual seria mais prejudicial para quem tem diabetes?

P: O que mais acho que é a torta de chocolate. Eu acho que é.

Doc: Diga cinco nomes de frutas que considera mais doce?

P:Hum. Manga, uva, mamão, graviola, banana

Doc: E quais são as frutas que são saudáveis para quem tem diabetes?

P: dizem que é laranja lima, melão, todas as frutas que não tem doce.

Doc: E o que é dieta para a senhora?

P: regime

Doc: E para que serve a dieta?

P:para ficar magra

Doc: Você acha que diabetes mata?

P: Mata só se não se cuidar

Doc: Como a pessoa se cuida?

P: Não comendo açúcar

Doc: E o que é pé diabético?

P.: Pé diabético, eu houvi dizer que é quando a pessoa arranca o pé porque a doença comeu as carnes.

Doc: E a senhora sabe qual é a especialidade médica que cuida do diabético?

P: Eu vou, mas não sei o nome.

Doc: A senhora acha que existe mais de um tipo de diabético?

P:Acho que existe, mas não pergunte porque eu não sei

Doc: Você sabe se o diabético pode causar outras doenças?

P: causa. Olhe eu mijando direto, acho que a diabete baixou minha bexiga.

Doc: Você sabe se tem algum remédio de farmácia para o diabético?

P: tem.

Doc: Mas você sabe o nome?

P: metformina

Doc:E algum remédio que não seja de farmácia?

P: tem pata de vaca, semente de melão

Doc: Como a pessoa pode evitar a diabetes?

P: E evita? Acho que não.

Doc: E a diabetes tem cura?

P: tem não, eu não como açucar e não curei a minha diabetes

Doc: E a palavra diabetes, é masculino ou feminino?

P: Feminino

Doc:Muito obrigada!

P:Por nada.

PARTICIPANTE 3FLG

Doc: Boa tarde.

P.: Boa tarde.

Doc: Qual o seu nome?

P: 3FLG

Doc: De onde você é?

P: Lagarto

Doc: Você sempre foi de Lagarto?

P: Nasci em Lagarto e estou até hoje, gosto.

Doc: Mora com quem em sua casa?

P: Tenho marido, um neto e uma bisneta, a mulher do meu neto e a mãe da mulher do meu neto também mora em casa, porque ela tá doente e pediu para ficar com a neta dela.

Doc: Quantos anos você tem?

P: 69 completei ontem.

Doc: Parabéns.

Doc: Você estudou? Se sim, até que série?

P: Não..

Doc: Por que a senhora não estudou?

P: porque mulher antigamente não podia estudar, meus pais diziam que eu ia namorar, veja se pode, ai depois eu casei e pronto. Aprendi a fazer meu nome. Foi minha eta que ensinou, porque eu tinha vergonha de chegar nos lugar e ter que melar meu dedo pra marcar o papel.

Doc: Casado? Solteiro?

P: casado no civil. Eu me casei com 15 anos.

Doc: Por que casou tão cedo?

P: Porque eu era presa e ai conheci o marido e casei.

Doc: E de onde é o seu esposo?

P: De Lagarto mesmo.

Doc: E seus pais, de onde são?

P: São os dois falecidos, acho que de Lagarto mesmo.

Doc: O que você faz da vida hoje?

P: Ainda não consegui aposentar. Eu costuro pra fora.

Doc: E seu esposo faz o quê?

P: Aposentado. Deu sorte mais que eu.

Doc: E você, gosta de assistir TV?

P: Ave Maria, Gosto.

Doc: E o que você assiste?

P: Navola e missa.

Doc: Você tem rede social? Instagram? Facebook?

P: nada disso, tem zap.

Doc: O que faz para se divertir?

P: costurar. Eu gosto muito. Aí me diverti.

Doc: Você faz algum tipo de exercício físico?

P: Não tenho tempo, costuro muito pra fora e ainda ajudo as coisas de casa.

Doc: Você sabe que essa nossa entrevista é sobre saúde. Para você, o que é saúde? P: Saúde é coisa melhor do mundo

Doc: o que é ter saúde?

P: Não ficar doente.

Doc: E o que é ser saudável?

P: Não adoecer direto, ser gordo, corado.

Doc: E para você, o que é doença?

P: Ai é uma cosia ruim, maltrata as pessoas

Doc: Você sabe o que é uma doença hereditária?

P: deve ser herança

Doc: E a senhora pode dizer algum nome de algumas doenças? Não precisa ser hereditário.

P: coluna, dor de cabeça, diabetes, câncer, AIDS

Doc: você acha que diabetes é uma doença?

P: Sim.

Doc.:Você acha que a diabetes é hereditária?

P.: pode ser, porque meus pais tinham e meus avós também

Doc.: Você tem diabetes? Quanto tempo?

P: Tenho sim, a médica disse que a minha é de 190, e tenho que baixar, mas não consigo.

Doc: O que você acha que é diabetes?

P: É um câncer

Doc: Pode definir diabetes?

P.: Uma doença que come a gente devagar. E pra não comer nada de doce.

Doc: E pode comr Salgado?

P: Pode, porque o que prejudica é o açucar.

Doc.: Você conhece outros nomes para diabetes?

P.: não

Doc: O que você acha que é esse açúcar no sangue ou de onde vem o açúcar no sangue?

P: Toda comida doce, o açucar vai para o sangue

Doc.: Como se pega a diabetes?

P.: Acho que não pega.

Doc.: Que ou quais exames a pessoa faz para saber se realmente tem diabetes?

P.: Sague

Doc.: O que a pessoa sente quando tem diabetes?

P.: Eu sinto inchaço nas pernas, tontura e minhas vista embassadas.

Doc.: Já ouviu alguém dizer que tem metabolismo lento ou metabolismo rápido?

P.: Já ouvir dizer que tem gente que engorad e outras emagresse

Doc.: Mas você sabe o que é metabolismo?

P.: Não

Doc.: Ouviu falar em Síndrome metabólica? Esse nome lembra algo?

P.: Pior

Doc: A Senhora sabe que o nosso corpo produz hormônios? E a senhora sabe o que é hormônio?

P: Não.

Doc: E o que é insulina?

P: Vejo dizer que é uma injeção

Doc: Vamos fazer aqui uma simulação. A senhora tem uma mesa, macarrão, frutas e uma torta de chocolate. Qual é o que o senhor acha que é mais prejudicial a pessoa que têm diabetes?

P:Acho que é a torta

Doc: Cite cinco nomes de frutas que o senhor considera mais doce.

P.: Manga, mamão, uva, banana, melancia.

Doc: E para você, quais são as frutas mais saudáveis para quem tem diabetes?

P: Maçã e Melão

Doc: E o que é a dieta?

P.: a pessoa não come o que quer.

Doc: E para que serve a dieta?

P : Para ficar magra

Doc: A senhora acha que diabetes mata?

P: Mata quando chega a hora da pessoa.

Doc: Como a pessoa se cuida?
P.: Tem que tomar remédios
Doc: Já ouviu falar no nome pé diabético?
P: É uma doença que corta o pé da pessoa
Doc: A senhora sabe o nome do especialista que cuida do diabetes?
P: Eu vou mas não sei dizer o nome, parce que é endocrinologista
Doc: Você acha que existe mais de um tipo de diabetes? Sim ou não?
P.:Tem.
Doc: Sabe dizer?
P.: tem 1, 2 e minha irmã ficou grávida e pegou diabetes
Doc: A senhora sabe se o diabetes pode causar outras doenças? Quais?
P.: Diz Dizem que causa
Doc: A senhora sabe se tem algum remédio de farmácia para as pessoas com diabetes?
P.: Grifagé (glifage)
Doc: E existe outros sem ser remédio de farmácia? Alguém já falou?
P: Sim. Pata de vaca
Doc: E como a pessoa pode evitar o diabetes?
P: Não comer açúcar
Doc: E para o senhor, o diabetes tem cura?
P: Eu acho que não.
Doc: Por quê?
P: Porque eu vejo nego ter diabetes e morre com ele. Se tivesse cura, não existia ele no mundo. Era fácil de curar.
Doc: E para você, a palavra diabetes é masculino ou feminino?
P: É masculino.
Doc: Masculino? Por quê?
P: Maço machuca e a diabete machuca a gente.
Doc: Muito obrigada.

PARTICIPANTE 4FPV

Doc: Qual o seu nome?

P. 4FPV

Doc: De onde o senhor é?

P.: De Poço Verde.

Doc: Nasceu em Poço Verde mesmo?

P.: Não, em Tobias Barreto

Doc: Quantos anos o senhor?

P.: 69 anos.

Doc: Você estudou?

P.: Estudei.

Doc: Até que série?

P.: terceira série.

Doc: É casada ou solteira?

P.: Viúva.

Doc: Casou com quantos anos?

P.: 20 anos

Doc: de onde era seu esposo?

P.: de Riachão

Doc.: De onde são seus pais?

P.: Poço Verde mesmo

Doc: Você faz o que da vida?

P.: Aposentada.

Doc: Gosta de assistir televisão?

P: Gosto.

Doc: o que você mais assiste?

P: jornal, novela, missa e depois vou dormir.

Doc: Você tem redes sociais?

P: Não

Doc: Tem celular?

P.: Tenho, mas não uso.

Doc: Você faz o que pra se divertir?

P: Nada e eu faço nada.

Doc: Faz algum exercício físico?

P.: Não

Doc.: Você sabe que essa entrevista é sobre saúde. Para você o que é saúde?

P.: E eus ei lá. Muito bom né, deus livre se não tiver saúde.

Doc: O que é ser saudável?

P: Sei não, não sei dizer nada não..

Doc: E o que é uma doença?

P: Tristeza, uma pessoa doente fica triste

Doc.: Você sabe o que é uma doença hereditária? Você conhece alguém que tem uma doença hereditária?

P: Não.

Doc: Você conhece algum nome de alguma doença hereditária?

P: Não.

Doc.: Você pode dizer o nome de algumas doenças? Não precisam ser hereditária.

P. doença da cabeça, sarampo.

Doc.: Você acha que Diabetes é uma doença?

P.: É, né não? Pois...

Doc: E você já participou de alguma palestra sobre diabetes ou teve acesso a algum material de campanha sobre diabetes?

P: Nunca

Doc: Você acha que a diabetes é uma doença hereditária?

P.:Não é uma doença, tem doença pior que diabetes

Doc: Diabete pega?

P: Não pega em ninguém.

Doc: Por que ela não pega?

P: Como é que eu vou saber.

Doc. Você tem diabetes?

P.: A gente vive com a doença, mas cuidando direitinho, se sente bem.

Doc. Você convive com alguém que tem diabetes?

P.: Não.

Doc.: O que você acha que é diabetes? Poderia definir diabetes?

P.: É uma doença.

Doc: E você conhece outro nome para diabetes?

P: Não.

Doc: Você já ouviu falar sobre açúcar no sangue? De onde vem esse açúcar no sangue?

P.:sei não

Doc.: Que ou quais exames a pessoa faz para saber se realmente tem diabetes?

P: Não é no sangue não?.

Doc: E o que a pessoa sente quando tem diabetes?

P.: Eu tive diabete fraca e não senti nada

Doc: E você já ouviu dizer sobre a palavra metabolismo lento ou metabolismo rápido?

P:Não.

Doc: Já ouviu falar sobre metabolismo? E o que é metabolismo para você?

P.: Não ouvi.

Doc: E Síndrome metabólica?

P.: Pior

Doc.: Você sabe que nosso corpo produz hormônios. Você sabe o que é hormônio? Você sabe o nome de alguns hormônios?

P.: Não

Doc: E o que é Insulina?

P.: Não.

Doc: Qual o seu tipo de diabetes?

P: Não sei.

Doc: Você tem na mesa um prato de macarrão, frutas e torta de chocolate. Qual desses três é o mais prejudicial para quem tem diabetes?

P: Macarrão.

Doc: Cite 5 frutas que você considera mais doces?

P: Mamão, goiaba, banana, laranja, abacaxi.

Doc: Para você, quais as frutas que são mais saudáveis para quem tem diabetes?

P: Melão e maçã.

Doc: Para você, o que é dieta?

P.: Não comer.

Doc: E pra que serve, então?

P.: Para morrer de fome

Doc.: Você acha que diabetes mata? Por quê?

P.: Mata, porque quando está forte mata.

Doc: E como é que a pessoa se cuida?

P.: ficar sem comer.

Doc: E você sabe o que é pé diabético?

P.: uma ferida.

Doc: E você conhece a especialidade do médico que cuida do diabetes?

P.: Não.

Doc.: Você acha que existe mais de um tipo de diabetes?

P: não sei

Doc: Você sabe se tem algum remédio de farmácia para pessoa com diabetes?

P.: Tomo, mas não sei dizer assim.

Doc: você sabe se existem outras coisas, sem ser remédio de farmácia para a pessoa diabética?

Remédio caseiro.

P: chá de moringa, era doce.

Doc: Como é que a pessoa pode evitar para não ter diabetes?

P.: evitar doce.

Doc: A diabetes tem cura?

P.: Não.

Doc: Para você, a palavra diabetes, é masculino ou feminino?

P.: Diabetes. Masculina.

Doc: Então, muito obrigada pela entrevista.

P.: por nada.

PARTICIPANTE 5FRD

Doc: Boa tarde.

P.: Boa tarde.

Doc: Qual o seu nome?

P: 5FRD

Doc: De onde você é?

P: De Riachão do Dantas.

Doc: Sempre morou em ?

P.: Foi, nasci e me criei em Riachão, na cidade mesmo.

Doc.: Mora com quem?

P.: Com meus 3 filhos e duas noras e 3 netos.

Doc.: Quantos anos tem?

P.: 79

Doc.: Você estudou?

P.: Sim, até a 2^a série.

Doc.: Por que você não estudou mais?

P.: Porque fui trabalhar cedo e novinha meus pais não deixavam.

Doc.: casada ou solteira?

P.: separada

Doc.: Casou com quantos anos?

P.: Com 19 anos

Doc.: Porque casou cedo?

P.: Porque eu estava grávida.

Doc: E seus pais, de onde vieram?

P: Sei não, já morreram.

Doc: Estudou?

P: Não, estudei só segunda série, não estudei mais não e só sei escrever mal o nome.

Doc: E por que não estudou?

P: Nunca gostei de estudar

Doc.: Você faz o que da vida?

P.:Dona de casa e sou aposentada.

Doc: Você gosta de assistir televisão?

P: Gosto.

Doc: Gosta de assistir o quê?

P: Missa e novela.

Doc: Você tem rede social? Instagram, WhatsApp, Facebook?

P.: tenho só zap e instagram.

Doc: E o que faz para se divertir?

P: Eu ligo a televisão.

Doc: Faz algum tipo de exercício físico?

P: caminho

Doc: Você sabe que essa nossa entrevista, como eu falei no início, é sobre saúde. Então, o que é saúde para você?

P.: Coisa boa.

Doc: E o que é uma pessoa ser saudável?

P.: bom também

Doc: E doença? Sabe o que é doença?

P: coisa ruim

Doc: Você já ouviu falar o que é doença hereditária?

P.: Não.

Doc.: Você acha que diabetes é uma doença?

P.: Sim. Doença ruim.

Doc: Já participou de algum tipo de palestra, campanha do governo sobre a diabetes, falando sobre o que é diabetes, como prevenir?

P.: já, mas só fala de remédio e comida. Nós não pdoe comer e tem que tomar remédio

Doc: Você acha que a diabetes é uma doença hereditária?

P: sim, é uma doença

Doc: Por quê?

P: Porque o diabetes é açúcar

Doc.: Você tem diabetes?

P.:Tenho

Doc: Quanto tempo?

P: 20 anos.

Doc: Você convive com alguém que tem diabetes?

P.: Não, só eu mesmo.

Doc: E o que você acha que é diabetes? Pode definir?

P.: Doença ruim

Doc: Você conhece outro nome para a palavra diabetes? Já ouviu falar?

P: açucar no sague.

Doc.: Você acha que o açucar no sangue vem de onde?

P.: das coisas da vida, muita comida doce, água com açucar

Doc: E como é que pega diabetes?

P: Não pega, a gente come e ela vem

Doc: Quais exames a pessoa faz para saber se realmente tem diabetes?

P: Exame de sangue, eu faço no laboratório, quando o médico passa e na feira também faço, as vezes tem uma barraca na frente da Farmácia, fura meu dedo e vê se a diabete tá 100, 20, 200. A minha chegou um dia a 190.

Doc: E o que a pessoa sente quando tem diabetes?

P.: Passa mal.

Doc:E já ouviu alguém dizer sobre metabolismo lento, metabolismo rápido?

P.: Não.

Doc: Você sabe o que é metabolismo?

P: Não.

Doc:E síndrome metabólica? Já ouviu falar?

P: Não.

Doc: Você sabe que o nosso corpo produz hormônios. Você sabe o que é hormônios? e cite alguns nomes de hormônios.

P: Vejo falar, mas não lembro.

Doc: E sobre insulina, já ouviu falar?

P.: já, é injeção

Doc: E o que é insulina?

P: toama a injeção na barriga da diabetes.

Doc: Você tem numa mesa três tipos de comidas: Macarrão, uma torta de chocolate e um prato de frutas. Quais desses alimentos é mais prejudicial para quem tem diabetes?

P: A torta de chocolate porque tem açucar

Doc: Cite cinco frutas que considera mais doce.

P:goiaba, maçã, uva, mamão, banana, jaca.

Doc: Você pode dizer quais são as frutas mais saudáveis para as pessoas que têm diabetes?

P: uva e melão

Doc: E o que é dieta? Já ouviu falar nesse nome, dieta?

P: não é para comer muito

Doc: E para que serve a dieta?

P: para ficar magra

Doc: E você acha que a diabetes mata? Por quê?

P: Mata, né?.

Doc: E como a pessoa que tem diabetes pode se cuidar?

P: Não comer tanto de comida doce.

Doc: Você sabe o que é pé diabético?

P: Não.

Doc: Qual especialidade médica que cuida da pessoa que tem diabetes?

P: Sei não, vou pra o médico e não sei o nome

Doc: Você acha que existe mais de um tipo de diabetes?

P.: Não.

Doc: Você sabe se a diabetes pode causar outro tipo de doença?

P.: quando ela aumenta dar tontura, pressão sobe.

Doc: Você conhece algum nome de remédios para quem tem diabetes? Remédios vendidos em farmácia?

P.: Metformina

Doc: E remédio que não seja de farmácia, sabe algum nome de remédios caseiros?

P: Chá de abacate e semente de melão

Doc.: Como as pessoas podem evitar a diabetes?

P.: Não comendo doce. Evitar.

Doc.: Para você diabetes tem cura?

P: Tem, se a pessoa não comer doce

Doc: Para você, a palavra diabetes é masculino ou feminino?

P.: Feminino.

Doc: Então, muito obrigada.

P.: obrigada também

APÊNDICE C

Roteiro de vídeo didático “*Entendendo a Diabetes com Palavras Simples*”

BLOCO 1: CONEXÃO E APRESENTAÇÃO DO TEMA

Duração Aproximada: 00:00 - 00:13

Objetivo: Criar uma conexão imediata e positiva com o espectador, apresentando personagens com quem o público-alvo pode se identificar e estabelecendo a mensagem central: é possível viver bem com diabetes.

Personagens: Seu João e Dona Terezinha, idosos em um ambiente simples e rural.

Cenários: Varanda com plantas, horta, cozinha com fogão a lenha. Ambientes que geram familiaridade e conforto.

Cenas: Cortes rápidos mostrando o casal em suas atividades diárias (cuidando das plantas, cozinhando, trabalhando na horta).

Legendas e Libras: A presença do intérprete de Libras (Jorge Fortes) e das legendas desde o primeiro segundo estabelece o compromisso do vídeo com a acessibilidade total.

Tom: A narração é calma e acolhedora, e a mensagem inicial é de esperança ("eles seguem vivendo normalmente"), combatendo o estigma da doença.

Cenas dos idosos no seu dia a dia (alimentando-se, cuidando dos afazeres diário)

Narração (voz amigável e pausada): Seu João e Dona Terezinha vivem com diabetes. E sabe de uma coisa? Mesmo descobrindo que têm diabetes, eles seguem vivendo normalmente. E você também pode viver bem com ela. Bora bater um papo sobre isso?

Trilha: Violão solo com melodia nordestina leve

BLOCO 2: EXPLICAÇÃO DIDÁTICA - A METÁFORA DA CASA

Duração Aproximada: 00:14 - 00:58

Objetivo: Traduzir o conceito biomédico complexo da diabetes em uma metáfora simples e de fácil memorização, utilizando o modelo CORPO = CASA.

Cenas: Transição do real para animações 3D coloridas e esquemáticas.

Metáfora Conceitual: O núcleo da explicação se baseia na seguinte correspondência:

- a) *Açúcar (Energia)*: Uma pessoa;
- b) *Célula*: Um quarto;
- c) *Insulina*: A chave que abre a porta do quarto.
- d) *Corpo*: A casa inteira.

Cores: O uso de cores vibrantes e chapadas (rosa, azul, amarelo) nas animações cria um ambiente lúdico e de alto contraste, facilitando a visualização e a compreensão, especialmente para um público com possível dificuldade de visão.

Simplificação: A explicação evita qualquer jargão técnico (pâncreas, glicose, etc.), focando-se exclusivamente na funcionalidade da metáfora.

Consequências: As complicações da diabetes são mostradas de forma esquemática e rápida (00:48), imediatamente seguidas por uma mensagem tranquilizadora ("Se a gente cuidar direitinho, nada disso acontece"), para educar sem gerar pânico.

Narração: Para seu João roçar e Dona Terezinha cozinhar, eles precisam de energia. Quem dá energia pro nosso corpo é o açúcar. Sabe como ele faz isso? O açúcar tem que entrar nas células, igual a gente entra no quarto pela porta. Se a porta tá fechada, a gente usa a chave. A gente é o açúcar, a célula é o quarto, e a chave se chama insulina. Se a chave não presta, a porta não abre e a gente não entra. Se o açúcar não consegue entrar no quarto, ele se espalha pela casa, que é o corpo da gente. E aí o corpo começa a falhar: dá problema nos olhos, nos rins, no coração, nos pés... no corpo todinho. Mas calma! Se a gente cuidar direitinho, nada disso acontece.

BLOCO 3: VALIDAÇÃO DA EXPERIÊNCIA - OS SINTOMAS REAIS

Duração Aproximada: 00:59 - 01:44

Objetivo: Conectar a explicação teórica com a realidade vivida, validando os sintomas que o público pode estar sentindo e utilizando a linguagem popular para gerar identificação.

Personagens: Foco nos relatos de Seu João e Dona Terezinha.

Cenário geral: Retorno ao ambiente rural dos personagens.

Cenas: Mostram os personagens em seu cotidiano enquanto a narração descreve os sintomas que eles sentiam.

Linguagem Popular: O uso de expressões como *mijadeira braba, sede danada, moleza no corpo e ficando só o couro e o osso* é um elemento estratégico para criar um laço de confiança e mostrar que o vídeo entende e respeita o modo de falar do seu público.

Lista de Sintomas: A narração (01:38 - 01:44) funciona como um *checklist* prático, permitindo que o espectador faça uma autoavaliação.

Trilha: Violão solo com melodia nordestina leve

Cenário específico 1: Seu João roçando sob o sol, suando, parando o serviço; Corte para ele entrando num banheiro simples; Depois, aparece tomando água; Volta para o roçado, com a mão no peito, respirando profundamente, visivelmente cansado; Pega o celular com dificuldade e franze a testa tentando ler a tela, mas não consegue enxergar direito, levanta os óculos.

Narração: Antes de descobrir a diabetes, toda vez que Seu João tava roçando, precisava parar no meio do serviço. Era uma mijadeira braba, uma sede danada... e cheio de moleza no corpo. E as vista também já estavam ficando ruins.

Trilha: Violão solo com melodia nordestina leve.

Cenário específico 2: gualpão da casa de Dona Terezinha, local de serviço. Ela está fazendo pote de barro, sentada no chão. Levanta, vista ruim e visivilmente cansada com a mão no peito.

Narração: Dona Terezinha também tava com uma mijadeira da gota serena. As vista começaram a ficar ruins, e ela tava ficando só o couro e o osso.

Cenário específico 3: João e Terezinha indo ao banheiro e se mostrando cansados. E logo em seguida o dois no consultório médico.

Narração: O corpo da gente sempre avisa quando algo não tá bom. A gente tem que aprender a escutar ele. Ele avisa quando a diabetes tá alta: muita sede, muita vontade de mijar toda hora, muita moleza no corpo, muita vista embaçada, muito peso nas perna. Se você acha que tá assim, procure um posto de saúde ligeiro. Com um exame de sangue, o médico pode dizer se o que você tem é diabetes.

Trilha: Violão solo com melodia nordestina leve

BLOCO 4: CHAMADA PARA AÇÃO E PLANO DE CUIDADO

Duração Aproximada: 01:45 - 02:21

Objetivo: Direcionar o espectador para a ação correta (procurar um posto de saúde) e apresentar um plano de manejo da doença que é claro, prático e dividido em passos memorizáveis.

Personagens: Seu João, Dona Terezinha e o médico.

Cenário geral: Um corredor e um consultório médico simples, um posto de saúde.

Cenas: O casal se desloca até o médico, conversa com ele, e em seguida são mostradas cenas que ilustram os 4 conselhos básicos.

Figura de Autoridade Acolhedora: O médico é apresentado de forma amigável, quebrando a barreira de distanciamento que pode existir.

Mensagem Central: A frase "não tem cura, mas tem controle" (01:58) é o pilar da mensagem de manejo de uma doença crônica.

Estrutura em Lista: A apresentação dos 4 conselhos de forma numerada e ilustrada (1-alimentação, 2- exercícios físicos, 3- remédios, 4- visita ao médico) facilita a memorização e a aplicação prática.

Cena específica: aparece Dona Terezinha e Seu João atividades do dia a dia, em seguida aparece as imagens das frutas (morango, ameixa, mitilio, maçã e pera) e almoço (prato com saladas verdes, legumes, feijão, arroz e carne branca), terezinha fazendo caminhada e João fazendo exercícios. Terezinha tomando remédio e os dois chegando no Posto de Saúde.

Narração: Dona Terezinha e Seu João aprenderam que a diabetes não tem cura, mas tem controle! Eles agora cuidam da saúde seguindo quatro conselhos importantes: 1) comem comida saudável (mostrar as comidas); 2) fazem ginástica todo dia (mostrar idoso exercitando); 3) tomam os remédios na hora certa e 4) visitam o médico no posto de saúde pro doutor sempre saber como eles estão (mostrar cenas). Fazendo isso tudo, Dona Terezinha e Seu João vão ter muita saúde e viver bem mais.

BLOCO 5: REFORÇO E EMPODERAMENTO FINAL

Duração Aproximada: 02:22 - 02:49

Objetivo: Consolidar a ideia de controle através de uma segunda metáfora e terminar com uma mensagem de autonomia e empoderamento para o paciente.

Cenário geral: Mescla de cenas do cotidiano (cozinhando, cuidando da horta) com a fala do médico e um plano final do casal em sua casa.

Metáfora de Reforço: A analogia "Ter diabetes é igual cuidar da casa ou da roça" (02:22) reforça a ideia de que o cuidado é um trabalho diário, constante e que traz bons resultados, algo totalmente compreensível para o público-alvo.

Mensagem de Autonomia: A frase final, "a diabetes mora com você, mas quem manda na casa é você!" (02:45), é o ápice do empoderamento, transformando o paciente de uma vítima passiva da doença em um agente ativo do seu próprio cuidado.

Trilha: Violão solo com melodia nordestina leve

Cenário específico 1: Terezinha cozinhando, mostra a roça e o terreiro cheio de mato e desorganizado, depois João aparece regando as plantas. Volta para o consultório, o médico olhando os exames e os idosos ouvindo o que ele diz. Finaliza com Seu João entrando na casa, Dona Terezinha na porta de entrada, parte de dentro da casa e Seu João em pé tb na porta da casa, estando com a porta aberta.

Narração: Ter diabetes é igual cuidar da casa... ou da roça. Se a gente larga, o mato toma conta... o lixo junta...

Cenário específico 2: Cena de uma roça abandonada e casa desorganizada e corte para o mesmo lugar bem cuidado.

Narração: Mas se a gente cuida todo dia, a casa e a roça vão ficar sempre direitinhas...cuidar da diabetes é igual: se você cuida seguindo os conselhos do médico, a saúde melhora. A vida melhora. Lembre-se: A diabetes mora com você, mas quem manda na casa é você!

Trilha: Violão solo com melodia nordestina leve

BLOCO 6: CRÉDITOS E CONTEXTUALIZAÇÃO ACADÊMICA

Duração Aproximada: 02:50 - Fim

Objetivo: Atribuir os créditos aos participantes e produtores e legitimar o vídeo, informando sua origem como produto final de uma tese de doutorado da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Cenas: Telas de texto com fundo branco e os logos das instituições.

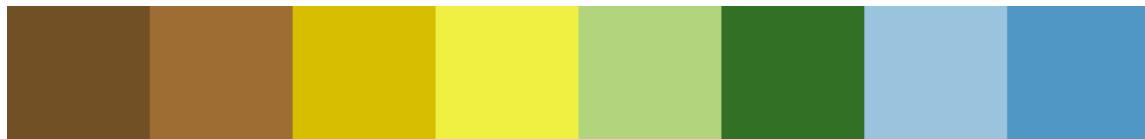
Transparência e Credibilidade: A listagem da equipe e a vinculação a um projeto de pesquisa universitário conferem autoridade e confiança ao conteúdo apresentado.

Identidade visual: (1) Cores suaves e quentes: tons de verde, azul e amarelo; (2) Fonte grande e legível, com ícones e ilustrações simples e humanizadas; (3) Música de fundo: instrumental leve e esperançoso, com toques de violão; (4) Estilo das animações: desenhadas à mão ou vetores simpáticos, com foco em expressões faciais dos personagens.

Logotipos:



Direção de arte e paleta de cor:



Credenciais do Vídeo: Este vídeo é um produto final da tese de doutorado desenvolvida por Silvânia Santana dos Santos, do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Sergipe (PPGL/UFS), sob orientação do Prof. Dr. Sandro Marcio Drumond Alves Marengo e coorientação da Profa. Dra. Liliane Viana Pires, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição (PPGCNUT/UFS). A tese está vinculada ao projeto *Effectiveness evaluation of a nutritional intervention based on the degree of food processing for the metabolic control of individuals with type 2 diabetes mellitus assisted by Primary Health Care in the State of Sergipe*, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde (MS) sob o edital CNPq/MS/SAPS/DEPROS nº 27/2020, coordenado pela Profa. Dra. Liliane Viana Pires. Esta tese integra uma rede de estudos que engloba o Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição (PPGCNUT/UFS), o Laboratório de Bioquímica da Nutrição (LABNUT/UFS), o Laboratório de Educação Alimentar e Nutricional (LEAN/UFS), o Laboratório de Humanidades Digitais e Documentação Terminológica (LADOC/UFS) e o grupo de pesquisa em Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT/UFRGS).

Roteiro e Edição: Anjú Filmes

Participação Especial: Terezinha Celestina dos Santos Souza e João Celestino dos Santos

Narração: Laís de Jesus Vasco

Intérprete de Libras: Jorge Fontes

Ano e local: 2025 – Simão Dias, Sergipe