

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**NICOLÁS ORTIZ RUIZ**

**DESIGUALDADES SOCIAIS EM EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO POR  
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**VITÓRIA  
2019**

**DESIGUALDADES SOCIAIS EM EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DA  
COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, na área de concentração em Políticas e Gestão em Saúde.

**Orientadora:** Prof. Dra. Rita de Cassia Duarte Lima

**VITÓRIA  
2019**

# **DESIGUALDADES SOCIAIS EM EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva na área de concentração em Políticas e Gestão em Saúde.

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Rita de Cassia Duarte Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Orientadora

---

Prof. Dra. Maria del Pilar Montero  
Universidade Autônoma de Madrid  
Membro externo

---

Prof. Dra. Sheila Diniz Silveira Bicudo  
Universidade Federal do Espírito Santo PPGSC  
Membro externo

---

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti  
Universidade Federal do Espírito Santo PPGSC  
Membro interno

---

Prof. Dra. Ethel Leonor Noia Maciel  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Membro Interno

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Ortiz Ruiz, Nicolás, 1975-  
O77d DESIGUALDADES SOCIAIS EM EXPERIÊNCIAS DE  
ADOCIMENTO POR DIABETES MELLITUS TIPO 2 /  
Nicolás Ortiz Ruiz. - 2019.  
191 f. : il.

Orientadora: Rita de Cassia Duarte Lima.  
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal  
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Igualdade - Aspectos da saúde. 2. Diabetes. 3. Doenças  
crônicas. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Hábitos de saúde.  
6. Pesquisa qualitativa. I. de Cassia Duarte Lima, Rita. II.  
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da  
Saúde. III. Título.

CDU: 614

---

Dedico esta tese à minha mãe Cristina e a meu pai Guillermo, as duas pessoas mais importantes de minha vida, que iluminam tudo o que eu faço. À minha irmã Maria Cristina e a meus irmãos Ricardo e Guillermo que fazem parte de mim e sempre estão presentes. À Mônica, uma mulher fantástica, que sempre esteve ao meu lado, apesar da distância.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Rita Lima de Cassia, por seu apoio, seus conselhos e sua generosidade.

Agradeço a cada um dos membros do NUPGASC, pela sua companhia cada semana e por seus valiosos conhecimentos, sempre compartilhados com carinho.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela oportunidade de realizar o doutorado, e aos professores, pelos ensinamentos compartilhados. Agradeço, em especial, à Cinara, sempre amável, muito solícita, competente e empática.

Toda ordem estabelecida tende a produzir (em graus diferentes e com diferentes meios)  
a naturalização de sua própria arbitrariedade.  
Pierre Bourdieu (1977)

## Resumo

As doenças são manifestações nos corpos dos indivíduos, relacionadas às condições sociais, políticas, econômicas e culturais por eles vividas. Consequentemente, sua intensidade e frequência, seus efeitos, variam segundo a estrutura social nos diferentes momentos da história. A diabetes mellitus tipo 2 é uma doença cujo desenvolvimento e evolução são diretamente influenciados por situações sociais. Seu comportamento epidêmico envolve um grupo complexo de sistemas genéticos e epigenéticos que interagem dentro de uma estrutura social igualmente complexa, capaz de determinar comportamentos e práticas individuais e coletivas, concentrando-se principalmente em áreas de maior pobreza e em indivíduos com baixa renda e baixo nível de escolaridade. O objetivo desta pesquisa foi analisar e compreender como as desigualdades sociais vividas pelos indivíduos com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 incidem em suas experiências de adoecimento. Este estudo corresponde a uma pesquisa qualitativa, baseada em relatos biográficos de pessoas com esse diagnóstico há mais de um ano e com características socioeconômicas e socioculturais diversas. Os casos foram selecionados em diferentes centros de saúde do município de Santiago de Cali-Colômbia, buscando representação de diversas classes sociais, gênero e etnia racial. Os principais achados mostram uma estreita relação entre o contexto, as trajetórias de vida e as experiências de adoecimento. Observa-se que, nas trajetórias de vida, os principais eixos em torno dos quais configuram-se as desigualdades sociais são o território, o gênero e o encadeamento entre a educação e o trabalho. A partir desses eixos, as relações entre as estruturas sociais, as interações sociais e as ações dos indivíduos estabelecem distribuições e acessos desiguais a diversos capitais. Isso configura um ordenamento de posições sociais que possibilita maiores vantagens, benefícios, oportunidades a uns indivíduos em relação a outros. Nas experiências de adoecimento, essas desigualdades articulam-se no acesso e uso dos serviços, nos relacionamentos com o pessoal da saúde, nos suportes e nas redes sociais e nas práticas de autocuidado. Da mesma forma, a doença tem a potencialidade de se articular segundo os níveis de vulnerabilidade social, produzindo um círculo vicioso entre vulnerabilidade-doença-vulnerabilidade. Este trabalho oferece métodos alternativos aos quantitativos para analisar as desigualdades em saúde. Nesse sentido, destaca-se a importância de quantificar a magnitude e a distribuição dos fenômenos de assimetria e desvantagem social em grandes grupos populacionais, mas, por outro lado, compreender experiências em contextos específicos fornece insumos para gerar igualdade de

oportunidades, acesso e capacidades, reconhecendo diferenças e desigualdades territoriais, socioeconômicas e socioculturais. É essencial continuar aprofundando as interseccionalidades para identificar as maneiras específicas pelas quais diferentes experiências articulam-se em certas formas de organização social para produzir desigualdades sociais. Nesse sentido, é importante insistir no caráter situado e particular dessas interseccionalidades para não cair nos determinismos de classe, gênero ou raça, para citar alguns, que acabam por “essencializar” certas populações como vulneráveis, ou impedem o reconhecimento de outras formas de desigualdade.

**Palavras Chave:** Desigualdades sociais. Diabetes mellitus tipo 2. Pesquisa qualitativa.

## **Abstract**

Diseases are manifestations in the bodies of individuals, related to the social, political, economic and cultural conditions they experience. Consequently, their intensity and frequency, their effects, vary according to social structure at different times in history. Type 2 diabetes mellitus is a disease whose development and evolution are directly influenced by social situations. Its epidemic behavior involves a complex group of genetic and epigenetic systems that interact within an equally complex social structure capable of determining individual and collective behaviors and practices. It is a typical example of a disease that appears to be concentrated in areas of greater poverty and in individuals with low incomes and low levels of education. The objective of this research was to analyze and understand how the social inequalities experienced by individuals diagnosed with type 2 diabetes mellitus affect their illness experiences. This study corresponds to a qualitative research, based on biographical reports of people with this diagnosis for over a year and with different socioeconomic and sociocultural characteristics. The cases were selected in different health centers in the city of Santiago de Cali-Colombia, seeking representation from different social classes, gender and racial ethnicity. The main findings show a close relationship between context, life trajectories and illness experiences. It is observed that, in life trajectories, the main axes around which social inequalities are configured are the territory, gender and the link between education and work. From these axes, the relationships between social structures, social interactions and the actions of individuals establish distributions and differential access to various capitals. This configures a ranking of social positions that enables greater advantages, benefits, opportunities for some individuals over others. In illness experiences, these inequalities are articulated in the access and use of services, in relationships with health personnel, in social support and networks and in self-care practices. Similarly, the disease has the potential to articulate according to levels of social vulnerability, producing a vicious circle between vulnerability-disease-vulnerability. This paper offers alternative to quantitative methods for analyzing health inequalities. In this sense, the importance of quantifying the magnitude and distribution of social asymmetry and disadvantage phenomena in large population groups is highlighted, but, on the other hand, understanding experiences in specific contexts provides inputs to generate equal opportunities, access and capabilities, recognizing territorial, socioeconomic and socio-cultural differences and inequalities. It is essential to continue to deepen intersectionalities in order to identify the specific ways

in which different experiences articulate in certain forms of social organization to produce social inequalities. In this sense, it is important to insist on the situated and particular character of these intersectionalities so as not to fall into the determinisms of class, gender or race, to name a few, which eventually make certain populations vulnerable, or prevent other forms of inequality from being recognized.

**Keywords:** social inequalities, type 2 diabetes mellitus, qualitative research.

## SUMARIO

### APRESENTAÇÃO

### CAPITULO I. O OBJETO DE ESTUDO, REFERENCIAL TEORICO,

<b>ABORDAGEM METODOLOGICA E OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE PESQUISA.....	17
1.2 POR QUE ANALISAR A DIABETES MELLITUS TIPO 2?.....	18
1.3 REVISÃO DA LITERATURA .....	21
1.3.1 AS DESIGUALDADES EM SAÚDE COMO PRODUÇÃO SOCIAL.....	21
1.3.2 PERSPECTIVA PARA COMPREENDER AS DESIGUALDADES.....	26
1.4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
1.4.1 PERSPECTIVAS E CONCEITOS DE REFERÊNCIA.....	30
1.4.1.1 A SOCIEDADE: UMA REALIDADE EM CONSTANTE PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES.....	31
1.4.1.2 CONCEITOS ARTICULADORES.....	35
1.4.1.2.1 A DIABETES MELLITUS TIPO 2 .....	40
1.4.1.2.2. EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO.....	46
1.4.2 DESIGUALDADES SOCIAIS E DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	48
1.4.2.1 ARTICULO 1.....	48
1.5 OBJETIVOS.....	73
1.5.1 OBJETIVO GERAL.....	73
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	73
1.6 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	74
1.6.1 TÉCNICA DE COLETA DOS RELATOS.....	78
1.6.2 INSTITUIÇÕES E PARTICIPANTES.....	81
1.6.3 METODOLOGIA DA ANÁLISE.....	84
1.6.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	88
<b>CAPITULO 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>90</b>
2. RESULTADOS.....	91
2.1 TRAJETÓRIAS DE VIDA.....	91
2.1.1 AS FAMÍLIAS DE ORIGEM DOS E DAS ENTREVISTADAS.....	91
2.1.2 SEGUINDO AS PISTAS DAS DESIGUALDADES NA INFÂNCIA.....	95

2.1.3 SEGUINDO AS PISTAS DAS DESIGUALDADES NA JUVENTUDE.....	100
2.1.4 SEGUINDO AS PISTAS DAS DESIGUALDADES NA ETAPA ADULTA...	106
2.1.5 SEGUINDO AS PISTAS DAS DESIGUALDADES NA VELHICE.....	112
2.2 ARTIGO 2. DESIGUALDADES SOCIALES: VIVIENDO CON DIABETES.....	116
2.3 ARTIGO 3. ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN SALUD A PARTIR DE UN ABORDAJE CUALITATIVO .....	140
<b>2 CAPITULO 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>160</b>
3.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS.....	165
ANEXOS E APÊNDICES.....	178

## **SUMARIO DE FIGURAS E QUADROS**

FIGUIRA 1. ARTICULAÇÃO DA PERSPECTIVA E DOS CONCEITOS.....	31
QUADRO 1. PERFIS DOS E DAS ENTREVISTADAS.....	83
QUADRO 2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS SEGUNDO OS OBJETIVOS.....	86

## APRESENTAÇÃO

Este estudo pretende analisar uma problemática social como as desigualdades sociais, tentando aproximar as ciências sociais e a saúde coletiva. Por isso, misturam-se perspectivas e conceitos próprios das ciências sociais como o construtivismo estrutural, o espaço e os campos sociais, os habitus e as trajetórias de vida, e do campo da saúde coletiva, como a determinação social da saúde e as experiências de adoecimento.

No fundo, procura-se aprofundar nas análises das desigualdades sociais e sua relação com a saúde, coincidentemente com a perspectiva que outros estudos nomeiam de curso de vida, tanto na epidemiologia (BLANE, 2006) quanto nos estudos populacionais nas ciências sociais (BLANCO, 2011). Sob essa perspectiva, procura-se articular o nível biográfico com o nível histórico, em outras palavras, reconhecer as desigualdades como produções sociais em que se interligam as formas como os sujeitos se reproduzem individualmente em seu mundo pequeno diretamente e ao conjunto da sociedade (o grande mundo), de modo indireto.

O presente documento divide-se em três capítulos e, adicionalmente, os anexos e apêndices. O primeiro capítulo, contém a introdução em que se descreve a aproximação ao objeto da pesquisa e as razões que justificam seu desenvolvimento. Seguidamente, apresenta-se uma revisão da literatura sobre as desigualdades sociais, assim como a maneira como esse conceito é entendido neste trabalho. Também, inclui o referencial teórico com as perspectivas da análise e os principais conceitos e os objetivos e a abordagem metodológica da pesquisa. Na metodologia descreve-se o tipo de estudo, as técnicas de coleta das informações, o território da coleta, a técnica de análise e as categorias e subcategorias de análise.

O segundo capítulo, apresentam-se os perfis dos e das participantes inclui três artigos escritos como produto da tese. O primeiro deles é uma revisão integrativa sobre as relações entre desigualdades sociais e a diabetes mellitus tipo 2 e os outros dois artigos sobre os principais achados, baseados nos objetivos propostos. O primeiro desses artigos, foca principalmente nos objetivos um e dois e o segundo, no objetivo três, porém, ambos procuram articular os três objetivos da pesquisa. O terceiro capítulo, apresentam-se algumas considerações finais que procuram complementar as conclusões dos artigos. Por

fim, os anexos contém a aprovação do comitê de ética da Universidade Federal do Espírito Santo, a carta de aprovação de um dos artigos e os apêndices, o roteiro das entrevistas, o termo de sigilo e confidencialidade da informação, o termo de consentimento livre e esclarecido e as trajetórias de vida, incluídas por considera-las de grande riqueza para o leitor aprofundar nos casos analisados.

CAPÍTULO 1

---

**O OBJETO DE ESTUDO, REFERENCIAL TEORICO,  
ABORDAGEM METODOLOGICA E OBJETIVOS**

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aproximação ao objeto de pesquisa**

O interesse em desenvolver uma pesquisa sobre as desigualdades na saúde surge de uma preocupação pessoal com o problema das desigualdades sociais e da persistência de problemas associados, como a vulnerabilidade social, a pobreza e a exclusão social, tanto global quanto regionalmente na América Latina e, especificamente, na Colômbia (CEPAL, 2019). Isso é reforçado pela ecoação das agendas internacionais instaladas com maior força desde a década de 1990, com o objetivo de reduzir a pobreza e as desigualdades por meio das iniciativas como, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a recente Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e no campo da saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e a Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas (OPAS, 2018).

Minha preocupação tem uma dimensão ética, de desconforto por causa da cronicidade desse tipo de fenômeno social, mas sobretudo, por causa de seu aprofundamento em muitos setores sociais (BAYÓN; SARAVÍ, 2019). Aparentemente, certos grupos ou regiões estão condenados a viver condições de desvantagem e precariedade em relação a outros, porque as ações realizadas pelos órgãos do Estado, pelo mercado ou pelas ONGs não conseguem reverter essas situações e, inversamente, certas políticas e projetos econômicos enterram qualquer possibilidade de mudança. Ao mesmo tempo, durante minha experiência profissional e acadêmica, emergiu meu interesse em identificar e entender os processos que perpetuam ou modificam positivamente as desigualdades, uma vez que sua magnitude, distribuição e intensidade foram extensivamente estudadas.

Foi assim que desenvolvi pesquisas para entender como as famílias pobres do município de Santiago de Cali na Colômbia enfrentam suas situações estruturais e cotidianas. Para fazer isso, usei conceitos de vulnerabilidade social e outros associados, como estrutura de oportunidades, ativos/passivos e estratégias de sobrevivência familiar (ORTIZ; GRAJALES, 2018). Utilizando uma estrutura semelhante, também explorei os mecanismos que os pacientes com tuberculose usam para seu tratamento, bem como os efeitos psicossociais e econômicos concomitantes.

Metodologicamente, apliquei abordagens qualitativas que me permitiram partir das experiências de vida para analisar a encarnação de trajetórias biográficas específicas, mas, ao mesmo tempo, níveis sociais maiores que interagem na produção de desigualdades sociais. Por outro lado, analisar as experiências de vida permite passar dos dados para as vivências, o que facilita uma abordagem mais próxima à forma como algumas categorias sociais como classe social, gênero, raça, idade, por exemplo, são operadas socialmente das políticas públicas, das relações sociais, dos sistemas sociais de expectativas e das experiências significativas em contextos históricos e relacionais específicos.

Com a seleção da diabetes procurei explorar os efeitos das desigualdades sociais em uma patologia de importância no perfil epidemiológico atual, que atravessa toda a estrutura social, o que permitiria ter casos comparativos. Além disso, corresponde a um tipo de doença própria dos tempos que correm, em grande parte determinada pelo estilo de vida das pessoas, seus comportamentos, gostos e desejos produzidos socialmente, de acordo com posições sociais e oportunidades de vida. Nesse sentido, essa análise procurou destacar as desigualdades historicamente evidentes, bem como outras que operam de formas sutis na sociedade, que poderiam passar despercebidas à medida que geralmente se naturalizam.

Por outro lado, vincular as experiências da doença às trajetórias de vida, possibilita romper a leitura de exterioridade do social a respeito dos indivíduos e da saúde, focando-a em um fluxo em que o biológico e o social operam nos sujeitos, sob um relacionamento de coprodução. Nesta perspectiva, o processo saúde-doença-cuidado é parte constitutiva do movimento global da vida social e não se pode pensar de forma independente, governada por sua própria dinâmica, como um fenômeno diferente e com propriedades singulares. Ao mesmo tempo, o social e biológico, individual e coletivo, onde tudo existe e ocorre. Trata-se de um condicionamento social nos processos naturais dos organismos, mas esse movimento biológico participa da determinação da vida e da saúde (BREILH, 2013).

## **1.2 Por que analisar a diabetes mellitus tipo 2?**

A incorporação da dimensão social na análise do tratamento e manejo da diabetes mellitus tipo 2 torna-se relevante devido seu aumento em todo o mundo, o que imediatamente chama a atenção sobre os estilos de vida e mudanças demográficas, além das diferenças

socioeconômicas e socioculturais entre países, regiões e grupos humanos. Segundo estimativas, 463 milhões de pessoas em todo o mundo, ou 8,8% de adultos entre 20 e 79 anos, têm diabetes, das quais cerca de 79% vivem em países de renda baixa e média. Se as tendências continuarem, em 2045, 693 milhões de pessoas entre 18 e 99 anos, ou 629 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos, terão diabetes (IDF, 2019).

Embora aconteça em muitos lugares, os países de baixa renda têm a maior proporção de diabetes não diagnosticada, em 66,8% (duas em cada três pessoas com diabetes). Isto é devido a uma combinação de acesso limitado a serviços de saúde, treinamento inadequado entre os profissionais e falta de consciência dos sintomas na população em geral (IDF, 2019).

Na Colômbia, entre 2010 e 2020, a carga da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis serão entre 60% e 73% das doenças, lideradas por doenças cardiovasculares, respiratórias e diabetes mellitus tipo 1 e 2 (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2014). Segundo dados de 2007, estimou-se que as mulheres tiveram 1,35 vezes mais diabetes do que os homens, as pessoas sem escolaridade 1,86 vezes mais diabetes do que as com nível superior e as do quintil da riqueza 2,1 vezes mais diabetes do que as do quintil 4 (CEREZO et al, 2012). No município de Cali, os óbitos por diabetes ocupam o quarto lugar no grupo das doenças crônicas não transmissíveis (CALI COMO VAMOS, 2018).

Além dos problemas de saúde relacionados com a mortalidade e a morbidade/comorbidade, a diabetes impõe uma carga econômica para os pacientes, suas famílias e para a sociedade em seu conjunto. Esse peso pode ser medido pelos custos médicos diretos<sup>1</sup> e indiretos, associados à perda de produtividade, mortalidade prematura e impacto negativo da diabetes no produto interno bruto (PIB) dos países. Segundo estudos, o custo anual direto da diabetes para o mundo é superior a US \$ 827 bilhões (SEURING;

---

<sup>1</sup>Os custos médicos diretos associados à diabetes incluem despesas para prevenção e tratamento da diabetes e suas complicações, tais como: atendimento ambulatorial e de emergência; atendimento hospitalar; cuidados de longa duração e, medicamentos e suprimentos médicos como dispositivos de injeção e auto-monitoramento consumíveis. Embora os principais custos sejam da atenção hospitalar e ambulatorial, um fator adicional é o aumento do custo dos análogos das insulinas, que se receitam cada vez mais, despeito às poucos testes ofereçam vantagens com respeito as insulinas humanas mais econômicas (OMS, 2016).

ARCHANGELIDI; SUHRCKE, 2015; OMS, 2016, NCD-RISC, 2016). A Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que o total de gastos globais triplicou-se entre 2003 e 2013, pelo aumento do número de pessoas com diabetes e da despesa per capita (IDF, 2013). Os países de renda baixa e média terão uma maior proporção da carga de despesa global futura em saúde que os países de alta renda (OMS, 2016).

Para as pessoas com diabetes e suas famílias, implica assumir pagamentos mais elevados de saúde e perda de renda familiar associada à deficiência e perda prematura da vida. Segundo estudos em países em desenvolvimento, as pessoas com diabetes têm uma chance significativamente maior de incorrer em gastos médicos catastróficos. Os efeitos de ter planos de saúde não diminuíram significativamente os riscos de despesas médicas catastróficas, tendo sido mais acentuados nos países de baixa renda (SMITH; BHATTACHARYA; GOLDHABER, 2012).

No contexto municipal de Santiago de Cali, estudar as desigualdades é pertinente devido às dinâmicas demográficas e sociais tendentes a mante-las, afetando diretamente o tratamento e o cuidado da diabetes. Demográficamente, há um aumento da população idosa . O índice de envelhecimento passou de 10 em 2005 a 13 em 2018 e também aumentou o índice de dependência das pessoas mais velhas, passando de 10 a 13 no mesmo período, podendo afetar a manutenção econômica desta população, especialmente nos setores mais carentes. Cerca de terço da população é negra e 0,5 indígena, dentro dos quais há uma alta proporção que vive em condições de vulnerabilidade social (ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI, 2018).

Socioeconomicamente, apesar de uma redução da pobreza e do índice de Gini, entre 2011-2016 (0,50 a 0,47), os 10% da população com a renda mais alta ganha 6,6 vezes mais do que os 50% que recebem menos renda por seu trabalho. O desemprego foi superior às mulheres em comparação aos homens. Entre 2011 a 2016, a taxa das mulheres passou de 18% para 13%, enquanto nos homens de 13% para 9% e a média da renda das mulheres foi de 23,4% menor do que dos homens (CALI COMO VAMOS, 2017). A respeito dos serviços de saúde, no regime subsidiado, que inclui as pessoas sem capacidade de pagamento, encontram-se inscritas 30,0%, o que reflete, a persistência de desigualdades sociais nas quais, ao menos quase uma terceira parte da população não

consegue aceder a um trabalho formal e melhorar sua renda (CALI COMO VAMOS, 2018).

## **1.3 REVISÃO DA LITERATURA**

### **1.3.1 As desigualdades em saúde como produção social**

A pobreza e a desigualdade são uma construção social e histórica. A desigualdade deve ser entendida como um produto histórico, profundamente sujeito à ação humana [...] Por conseguinte, as análises procuram descrições baseadas em vínculos e não em essências  
Tilly, 2000

Ao longo da história, as sociedades criam diferentes sistemas de divisão entre grupos humanos, que colocam uns acima de outros na escala social, por conseguinte, certos grupos têm maiores privilégios ou vantagens em relação à outros. Também, as sociedades produzem múltiplos mecanismos para justificar essas formas de se “ordenar”: a descendência direta dos deuses na terra por parte de certas famílias; o pertencimento a uma estirpe ou herança de algumas características de certos grupos transmitidas de uma geração a outra; o nascimento em castas (certos grupos sociais com uma valoração social) ou em um determinado estamento (grupo com estilo de vida ou função social comum).

Da mesma forma, a divisão em classes sociais hierarquiza a sociedade entre aqueles que vendem sua força de trabalho e aqueles que são os donos dos meios de produção e têm maior capacidade de acumulação de capitais (econômicos, culturais e sociais). Por outra parte, as diferenças biológicas/culturais, separam os indivíduos, por exemplo, em virtude do sexo, da etnia ou da cor da pele. Nesses casos, as diferenças biológicas são dotadas de significado social no afã de legitimar relações de poder (STOLKE, 2000).

Para separar e dividir os grupos sociais, as sociedades produzem estratégias político-simbólicas mais ou menos explícitas, como aquelas que imputam características positivas a certos grupos ou setores sociais, supervalorizando tudo o que provem ou pertence a esses grupos, as autoavaliações de pureza produto de desígnios divinos, naturais ou de privilégios socialmente justificáveis ou em sentido contrário, dispositivos simbólicos que atribuem características negativas a outros grupos: preconceitos, satanização, assinalamentos de impureza e desvalorização do estranho. Outra estratégia consiste em criar e manter a separação dos grupos conformados estabelecendo fronteiras e distancias

sociais em que os limites simbólicos se reforçam com os limites materiais, criando situações de inclusão e exclusão. Essas distâncias culturais são fundamentais para legitimar ou justificar a separação e as diferenças de outra natureza. Nesse sentido, o grau de desigualdade que se tolera em uma sociedade tem a ver com quão distintos culturalmente consideram-se os excluídos e explorados, e com a cristalização dessas distinções em instituições, barreiras e outros dispositivos que reproduzem as relações de poder (TILLY, 2000; REYGADAS, 2004).

Essas divisões geram situações de desigualdade refletidas na distribuição das oportunidades de vida, entendidas como o leque de possibilidades que as sociedades dispõem para o desenvolvimento dos indivíduos ao longo de sua vida, no campo do trabalho, da educação, da saúde, do lazer, do consumo, etc. No esquema capitalista de reprodução social, as desigualdades manifestam-se na distribuição de uma proporção injusta de jornadas, em detrimento de uma injusta recompensa (FRASER, 2008). Interligado, as sociedades produzem desigualdades no campo de reconhecimento e das identidades, com expressões materiais e simbólicas, por razões de gênero, raça, diversidade sexual, condição étnica pelo qual certos grupos e indivíduos são vistos como inferiores ou desviados; são excluídos ou marginalizados nas esferas políticas, econômicas ou culturais. (FRASER, 2008; RODRIGUES, 2013; ALTSCHULER, 2016)

Esses posicionamentos sociais de vantagem/desvantagem de uns e outros, vai gerando efeitos sobre certos grupos que além de ver negado seu acesso às oportunidades, que em muitos casos se configuram em direitos, vão deteriorando as suas condições de vida, sua qualidade de vida e seu bem-estar. Assim, estes processos de exclusão/negação de oportunidades/direitos; de discriminação e violência, operam como mecanismos de reprodução de desigualdades nas sociedades, ademais, da geração de pobreza, exclusão social e vulnerabilidade social. A própria organização social, através de sua estrutura e dinâmica social geral produz em seu interior populações marginais e vulneráveis (BEL ADELL, 2002).

Nessa dinâmica, os indivíduos nascem numa sociedade concreta, determinada por uma estrutura hierárquica pela qual transitam durante todas suas vidas. Essas múltiplas divisões atuam sobrepostas umas sobre outras configurando subdivisões sociais muito complexas que a sua vez atravessam a vida dos indivíduos, tornado cada experiência vital

numa experiência única, embora, compartilhem elementos similares com outras pessoas semelhantes. Isso significa que essas divisões sociais condicionam a vidas dos grupos e indivíduos, mas não, como determinantes mecânicos, pois sempre estão sujeitos às tensões próprias das dinâmicas e lutas sociais, e, as práticas de resistência, resignificação e transgressão nos grupos e nas experiências individuais. Os sujeitos vivem nesses sistemas classificatórios e de produção de práticas e significados, mas não estão condenados a eles.

Conseqüentemente, é possível afirmar que o conceito de desigualdade é relacional, isso significa na realidade que “mais para uns é menos para outros” no plano material quanto simbólico, e na dimensão subjetiva quanto objetiva (SALGADO, 2012). Apesar que nos Estados democráticos liberais, todos os homens e mulheres são iguais frente à lei, na realidade, são desiguais a respeito da posse de recursos, propriedades, acesso às oportunidades, serviços, e, no trato que recebem das demais pessoas.

Nas análises das desigualdades então, é preciso estabelecer as pessoas, grupos, ou populações que estão sendo comparadas (entre quem se distribui). Também, esclarecer sobre o que se estabelecem as desigualdades, assim como sua distribuição: o dinheiro, as liberdades, os conhecimentos, o poder de decisão, os direitos, o acesso aos serviços de saúde (o que se distribui). Além disso, é necessário conhecer os critérios que determinam quais distribuições são justas na sociedade onde está sendo feita a análise: a cada um de acordo com suas necessidades; a cada um de acordo com seu trabalho; a cada um de acordo com seu mérito ou a cada um de acordo com suas capacidades (como se distribui) (PEÑARANDA, 2015).

No campo da saúde, alguns autores estabelecem uma distinção entre as iniquidades e as desigualdades. A igualdade e a desigualdade são conceitos dimensionais relativos a quantidades mensuráveis, ou seja, referem-se a quantidades equivalentes ou distintas de atributos estudados. São aquelas diferenças observáveis entre grupos populacionais, que podem se medir, monitorar e são uma forma mais objetiva de avaliar as iniquidades em saúde. A equidade e iniquidade, são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social das tradições políticas e das noções de bem-estar de cada sociedade. Em

consequência, não podem se medir com precisão (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, 2015; BARATA, 2016).

Uma outra autora estabelece a distinção entre diferenças e desigualdades, aproximando desigualdades com iniquidades. As diferenças são infinitas e não implicam necessariamente uma hierarquia, enquanto, a desigualdade é um conceito normativo, que tem determinadas definições morais e valorativas, do pesquisador quanto dos atores sociais em contextos históricos, sociais, políticos e culturais específicos. Assim, as diferenças e as desigualdades e suas representações produzem-se através de processos de mediação cultural o que leva a conceber-los como construções históricas sobre o modo e em que medida as sociedades consideram justo, injusto, aceitável ou inaceitável diversos tipos e níveis de desigualdade social. Esta clareza da ordem cultural, constitui um assunto chave para distinguir a linha fina, sempre disputada, entre uma diferença social e o que socialmente se considera uma desigualdade social (ALTSCHULER, 2016).

Para efeitos desta pesquisa, opta-se pela proposta de Breilh que afirma que a valorização da injustiça das iniquidades não decorre do julgamento sobre elas, nem das escolhas pessoais, mas gesta-se na estrutura própria das sociedades classistas. Para o autor, esse tipo de estrutura social configura historicamente três fontes de iniquidade: o gênero, a raça e a classe social, cuja origem está na acumulação e na concentração do poder. Portanto, a iniquidade é a apropriação e concentração do poder em certas classes, gêneros ou raças, enquanto, a desigualdade é a expressão observável, isto é, uma evidência empírica que permite verificar a distribuição e o acesso desigual das pessoas a bens e serviços (BREILH, 1998; 2006; 2008).

O anterior evidencia-se no gradiente social, referido à organização hierárquica dos membros de uma sociedade na escala social, definida pelas classificações socioeconômicas ou representações da posição social, que por sua vez, refletem um gradiente de saúde. Na realidade, é comum que aqueles que ocupam posições mais baixas na escala socioeconômica têm piores condições que aqueles que estão acima na hierarquia social. Esta relação entre hierarquia social e condições sociais de saúde determina esse gradiente social, conhecido também com o nome de “síndrome do status”, o que no fundo reflete a geração e a persistência das desigualdades na saúde (MUJICA, 2015; BUZAI; VILLERÍAS, 2018,).

Nas análises, as variáveis e categorias socioeconômicas são privilegiadas, porém, na realidade as hierarquias sociais se comportam como configurações complexas em que a posição socioeconômica é apenas um de seus componentes. Assim, esses diferentes fatores podem afetar a saúde em cada um dos momentos do curso da vida, interagindo com outros componentes como o gênero ou a raça/etnia, para produzir efeitos na saúde dos grupos sociais. Um outro componente que tem forte ligação com os anteriores, constituindo-se em um fator do gradiente de saúde, corresponde às estratificações espaciais (BORDE; TORRES-TOVAR, 2017).

Nesse sentido, os territórios são uma outra forma de organização das sociedades, agrupando e separando grupos ou populações, gerando assim, acesso desigual à bens e serviços, exposição a riscos, formas de relacionamentos entre semelhantes ou diferentes e representações das pessoas e dos lugares, seja o de moradia ou de origem. Em consequência, o território é ao mesmo tempo produto e produtor de desigualdades, o que no caso específico da saúde impacta nos perfis epidemiológicos, no acesso aos serviços de saúde e nas condições ambientais compartilhadas pelos grupos sociais (BUZAI; VILLERÍAS, 2018).

Especificamente, as desigualdades em saúde correspondem a aquelas diferenças sistemáticas entre grupos que têm diferentes posições da vantagem/desvantagem social (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003; ARIAS, 2017,). São aquelas diferenças percebíveis e mensuráveis, relacionadas com diferentes chances de exposição aos fatores que determinam os processos de saúde e doença, assim como a qualidade diferencial da atenção médico-sanitária e diferenças no acesso aos recursos disponíveis na sociedade e no sistema de saúde para a promoção da saúde, a prevenção da doença, a cura e a reabilitação. Isso implica em usufrutos desiguais dos avanços científicos e tecnológicos e finalmente, uma distribuição desigual dos desfechos na saúde (mortalidade, morbidade, deficiência) (BENACH; VERGARA; MUNTANER, 2008; FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016; LIMA, 2017).

É importante reiterar que o comportamento das privações na sociedade não é absoluto, mas gradual, e também, não opera a partir de uma única dimensão. Além da quantificação, a valoração social vai depender do padrão e dos valores sociais e políticos usados.

Existem gradientes na totalidade da sociedade, assim como no interior dos grupos: tanto nos mais carentes quanto nos do nível médio e alto há graus de carência e de riqueza. Por outro lado, as privações são de múltiplas naturezas e geralmente tendem a se combinar.

Em sociedades ricas com baixos níveis de privação material, o gradiente social em saúde muda o foco da privação material à privação psicossocial (MUJICA, 2015). Em definitivo, o que está em jogo é a capacidade que têm as sociedades e os indivíduos para satisfazer suas necessidades. Nessa medida, as posições na hierarquia social estão determinadas e, ainda, determinam o que as pessoas têm (material e simbólico), e o que podem fazer com aquilo que têm, colocando a produção, a vivência e a interpretação das desigualdades em um plano relacional e dinâmico.

Em resumo, as desigualdades sociais em saúde são diferenças no estado de saúde entre grupos diferenciados na dimensão socioeconômica e sociocultural. Partindo de sua ligação com as iniquidades, essas diferenças são sistemáticas, são injustas, têm uma origem social, portanto, sempre há possibilidade de mudá-las (CEREZO et al, 2012). São injustas porque produzem-se pela apropriação indevida por parte de certos grupos hegemônicos, sejam de uma classe, um gênero ou uma etnia, dos meios de realização da vida das pessoas (HERNÁNDEZ, 2008).

### **1.3.2 Perspectiva para compreender as desigualdades**

Onde procurar as causas das desigualdades? Nos diferentes recursos e capacidades que têm os indivíduos? Nos relacionamentos que são estabelecidos entre eles?  
Nas estruturas sociais?  
REYGADAS, 2004

A literatura sobre as desigualdades sociais movimenta-se em torno de três perspectivas de análise. Aquelas que privilegiam o individual colocando o foco na distribuição de capacidades e recursos nos indivíduos, as que se concentram nas interações e enfatizam nas pautas de relacionamento e nos intercâmbios desiguais; e, por último, encontra-se aquelas cujo interesse está posto nas características assimétricas das estruturas sociais. Cada uma dessas perspectivas fornece luz sobre um dos aspectos do fenômeno das desigualdades, porém, separadamente têm limitações (REYGADAS, 2004, 2008). Por isso, nesta pesquisa leva-se em conta uma perspectiva multidimensional que tenta integrar esses diferentes níveis.

Nesta proposta, as desigualdades sociais são entendidas como um fenômeno multidimensional que afeta toda a experiência social, não só a esfera econômica e por conseguinte, não pode ser medido apenas pela renda. As desigualdades econômicas estão intimamente ligadas à classe (posição ocupacional, renda, prestígio, acesso às oportunidades), ao gênero, à raça/etnia assim como a outras formas de classificação social, incluindo o contexto em que ocorrem (TILLY, 2000; REYGADAS, 2004; KESSLER, 2019; SARAVI, 2019; BAYON, 2019).

As desigualdades expressam-se nas trajetórias individuais sustentadas em atributos e capacidades individuais que têm origem social, produto da história e que são adquiridos a partir de condições coletivas. Baseiam-se nas estruturas sociais, porque elas estão sujeitas a processos de valoração cultural pelo reconhecimento e a definição daquelas apropriações que resultam justas ou injustas. Ao mesmo tempo, expressam mecanismos de privação por meio dos quais alguns grupos obtêm o controle pelas suas diferenças ou seus privilégios sobre alguns dos recursos significativos.

A desigualdade opera na apropriação de ativos, nos procedimentos de distribuição de bens (oportunidades) e na distribuição final (resultados) (REYGADAS, 2004). Portanto, privilegia-se a visão sobre os processos, e não sobre os indivíduos, a fim de incorporar não apenas a dinâmica de apropriação, mas também de expropriação, ou seja, os processos de exploração e aproveitamento de oportunidades que aumentam as desigualdades (REYGADAS, 2004).

Charles Tilly (2000) introduz a análise baseado na ideia da desigualdade categorial, de acordo com a qual, a cultura separa as pessoas em classes ou categorias, sobre a base de características biológicas e sociais. A institucionalização das categorias e de sistemas de fechamento, exclusão e controle social que se criam em torno a elas é o que permite que a desigualdade perdure. As sociedades estabelecem limites entre os grupos, produzem estigmas e atribuem qualidades a quem está a cada lado dos limites, separando categorias internas de uma organização ou grupo (por exemplo, gerentes/gestores vs trabalhadores), e categorias externas, comuns a toda a sociedade (por exemplo, homem/mulher, branco/negro). Quando coincidem as categorias internas com as externas, a desigualdade é reforçada. A desigualdade categorial tem efeitos acumulativos, a longo prazo incide

sobre as capacidades individuais e cria estruturas duradouras de distribuição assimétrica de recursos, de acordo com as categorias (PEREZ, 2009).

As interações dentro dos campos sociais incidem sobre as desigualdades. As capacidades individuais se combinam com as regras, os dispositivos de poder, os processos culturais e todas as demais redes institucionais que organizam esses espaços. Duas pessoas com capacidades similares (um homem e uma mulher, por exemplo) podem alcançar uma renda, status ou poder diferentes, de acordo com a dinâmica do campo. Além disso, o funcionamento reiterado dos campos de interação incide sobre os indivíduos, provoca que as capacidades de certos grupos se fortaleçam enquanto as de outros se enfraquecem, com o qual se consolidam as desigualdades persistentes, porque aparentam ser resultado dos méritos das pessoas (TILLY, 2000; REYGADAS, 2004).

Por fim, postulam-se algumas premissas que devem se considerar na compreensão/análise das desigualdades sociais (REYGADAS, 2004).

- Os atributos individuais têm uma origem social. As capacidades pessoais, embora tenham um componente genético e biológico, são resultado de processos históricos e sua aquisição não depende apenas do esforço ou da tenacidade das pessoas, mas das condições e de processos coletivos. Aspectos que em aparência são naturais e pessoais, têm por trás uma história social.
- As capacidades individuais também são sociais em seu exercício, pois estão sujeitas a processos de valoração coletiva. Não existem critérios universais para determinar quais são as capacidades de trabalho, os conhecimentos ou os atributos físicos adequados que merecem maiores recompensas. Cada época e cada sociedade tem suas próprias escalas de valorização, de modo que as capacidades individuais de apropriação não dependem só de qualidades intrínsecas das pessoas, mas da apreciação social dessas qualidades. A valoração da beleza, da inteligência ou do trabalho de alguém é um ato cultural que pode ser objeto de múltiplas interpretações que podem entrar em acordos, disputas e negociações.
- Manter-se no plano das capacidades das pessoas equivale ver a sociedade como um agregado de pequenos produtores isolados, à maneira de Robinson Crusóé, onde cada um obtém da natureza o que lhe corresponde de acordo com suas habilidades, força, conhecimento e inteligência, sem levar em conta as interações

nem os constrangimentos das instituições e estruturas sociais. Uma perspectiva individualista das desigualdades é útil para determinar os resultados diferenciais que obtêm os agentes, fazendo abstração do contexto social e das relações sociais, mas, teria limitações para considerar os fatores meta-individuais. O ambiente onde extrai-se a riqueza não podem se considerar como um meio natural virgem e disponível para o primeiro que chegue a aproveitá-lo. Pelo contrário, as riquezas obtêm-se de um entorno que é produto social de muitas gerações, recorrendo a conhecimentos acumulados e disputados, além, de recursos institucionais que são resultado do esforço coletivo da humanidade, embora possam ser objeto de apropriações e usos privados.

- A perspectiva meramente individualista da desigualdade fica no terreno da apropriação, mas não consegue explicar a expropriação. Contribuem a esclarecer as diversas capacidades dos agentes para apropriar-se de diferentes proporções da riqueza, mas deixa fora do campo da análise os processos de exploração e monopólio de oportunidades que desempenham um papel central na geração das desigualdades de maior magnitude.

## **1.4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.4.1 Perspectivas e conceitos de referência**

O seguinte referencial teórico procura articular a perspectiva que ilumina a análise desta pesquisa. Parte-se do enfoque construtivista estrutural, desde o qual entende-se a dinâmica da sociedade, incluindo as desigualdades sociais e os processos de adoecimento. Desde essa perspectiva, o indivíduo e a sociedade não são dois objetos independentes, mas são dois planos distintos e inseparáveis do universo humano (ELÍAS, 1982). Em coerência com essa abordagem e para entender as formas como se estrutura a sociedade gerando processos de desigualdade em saúde, introduzem-se os enfoques de determinação social e da interseccionalidade.

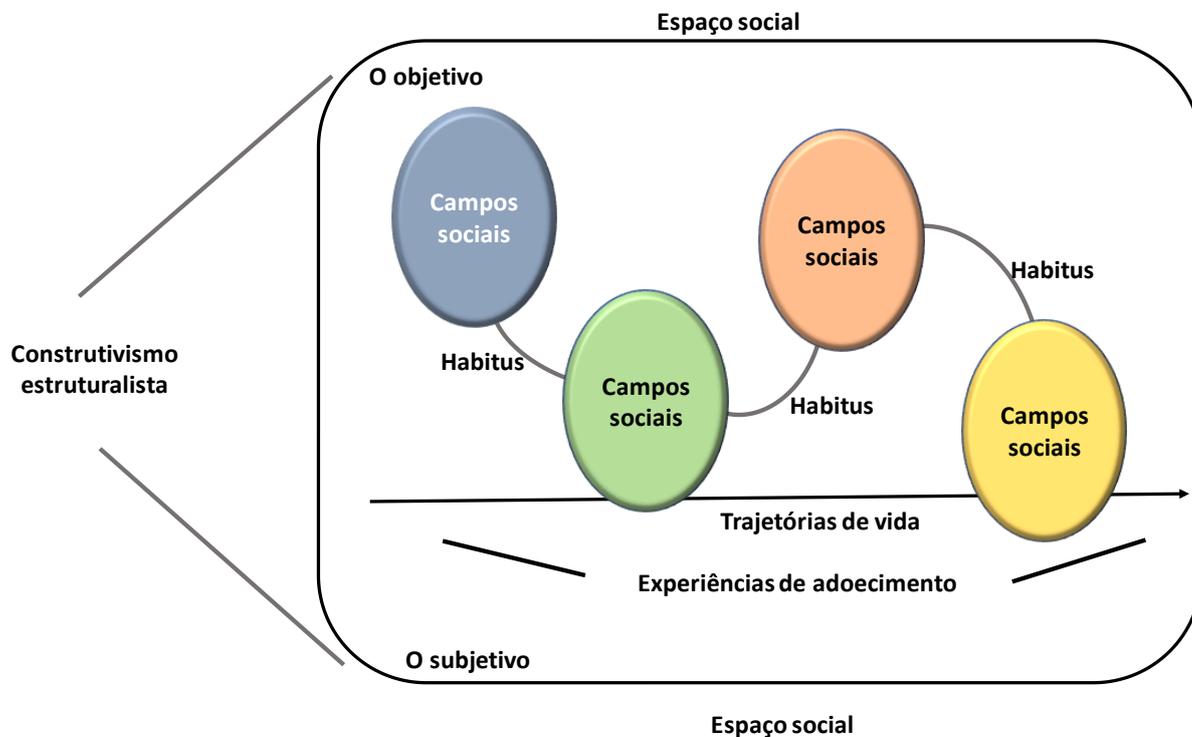
O enfoque de determinação social permite analisar as lógicas hierarquizadas em que os níveis maiores da sociedade determinam os inferiores, incluído os biológicos e os comportamentais, porém, sem que exista uma determinação mecânica. A interseccionalidade, por sua parte, opera como uma perspectiva para analisar as formas como se articulam e combinam os processos e categorias sociais que produzem as desigualdades e conseqüentemente, diferentes e desiguais maneiras de vivenciar a saúde, o adoecimento e o cuidado.

Posteriormente, apresentam-se os conceitos articuladores por meio dos quais os enfoques anteriores podem ser analisados, levando em conta as relações articuladas entre o meio social e as experiências individuais. Assim, reconhece-se as formas relacionais como são constituídos os cenários sociais nos que circulam os indivíduos, neste caso, as pessoas com diabetes. Para isso, propõem-se os conceitos de espaço social e de campos sociais.

Para situar os sujeitos nesses espaços, atendendo as relações objetivas dos contextos e a produção de subjetividades, utilizam-se os conceitos de habitus para entender a produção social e histórica das realidades individuais e dos estilos de vida. Por outra parte, usa-se o conceito das trajetórias de vida, que se referem aos trânsitos concretos da vida dos sujeitos que participam no estudo. Antes de abordar as experiências de adoecimento, apresenta-se uma breve descrição do que é a diabetes mellitus tipo 2, como um dos

elementos constituintes do objeto da análise e por fim, para abordar a vivência material, simbólica e afetiva da doença, introduz-se o conceito de experiências de adoecimento.

**FIGURA 1. ARTICULAÇÃO DA PERSPECTIVA E DOS CONCEITOS**



**Fonte:** Elaboração própria

#### 1.4.1.1 A sociedade: uma realidade em constante produção e reprodução de desigualdades

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos (MARX, 1851/1852).

Essa pesquisa toma como perspectiva geral o construtivismo estruturalista propondo que as realidades sociais são construções históricas e cotidianas de atores individuais e coletivos, partindo da base que estas construções não estão sob controle da vontade dos indivíduos. Isto significa, que as realidades são ao mesmo tempo objetivadas e interiorizadas o que leva a conceber a ação social como uma determinação recíproca entre as formas objetivas (regras e instituições) e as formas subjetivas (representações, formas de sensibilidade, gostos e ações) (GIMENEZ, 2002).

Baseados nessa perspectiva, pretende-se superar as dicotomias e os dualismos entre objetivo/subjetivo, indivíduo/coletivo, estrutura/ação, e, à visão “objetivista” que, privilegia o coletivo sobre o individual, assim como o individualismo metodológico, que valoriza o nível individual sobre o coletivo. Na linha de Corcuff (1995), se dá um peso importante à historicidade, considerando que: 1) o mundo social constrói-se a partir do já construído no passado; 2) as formas sociais do passado são reproduzidas, apropriadas, deslocadas e transformadas nas práticas e nas interações da vida cotidiana dos atores; 3) esse trabalho cotidiano sobre o passado abre um campo de possibilidades para o futuro.

Assim, em coincidência com o sociólogo francês Pierre Bourdieu, propõe-se substituir a relação ingênua entre o indivíduo e a sociedade, pela construída entre os dois modos de existência do social: as estruturas sociais externas, isso é, o social feito coisas, concretado em condições objetivas, e as estruturas sociais internalizadas, ou seja, o social feito corpo, incorporado, transformado e ressignificado pelo agente/indivíduo (GUTIERREZ, 2005).

A partir dessa postura, a descrição da subjetividade-objetividade remete à descrição da interiorização da objetividade (BOURDIEU; PASSERON, 2005): o objetivismo e o subjetivismo são perspectivas parciais que representam dois momentos da análise operando em uma relação dialética. Isso significa conexões entre um momento objetivo, que analisa os campos de posições relativas e de relações objetivas entre essas posições (de domínio, exploração, subordinação, discriminação, etc., segundo condições econômicas, culturais e sociais dos agentes), e um momento subjetivo, que analisa as práticas, as perspectivas e os pontos de vista que os agentes elaboram sobre a realidade, em função de sua posição no espaço social objetivo (GUTIERREZ, 2005).

Os processos de produção/reprodução social que operam nos mundos objetivos e subjetivos configuram-se historicamente através de distribuições sociais e apropriações grupais e individuais desiguais de oportunidades e capitais e, portanto, relações desiguais em que uns têm mais que outros (capitais tangíveis e não tangíveis); uns dominam os outros; uns mandam nos outros, uns têm mais valor que os outros, uns são melhores e mais belos que os outros. Segundo o tipo de capital privilegiado, os espaços ou campos sociais se configuram em cenários diferenciados que agrupam iguais e desiguais, semelhantes e diferentes, que satisfazem necessidades, desejos e disputam capitais. O

poder, então, é constitutivo da sociedade e ontologicamente aparece nas coisas e nos corpos, nos campos e nos habitus, objetiva e simbolicamente. Poder físico e poder simbólico, violência objetiva, claramente evidente, e violência simbólica, sutil, mascarada, naturalizada e normalizada (GUTIERREZ, 2003).

Em coerência com a perspectiva construtivista da sociedade, o enfoque da determinação social permite analisar as desigualdades sociais e suas relações com os processos de saúde/doença/cuidado. De maneira geral, propõe que esses processos são desenvolvidos a partir das relações da dimensão geral da sociedade, a dimensão particular dos grupos sociais e a dimensão singular dos indivíduos e sua cotidianidade (BREILH, 2003). Nessa lógica, as forças sociais, econômicas e culturais configuram sociedades estratificadas/hierarquizadas que geram perfis de vida dos grupos e das pessoas, manifestam-se, formas de adoecer, de cuidado e de morrer (BREILH; GRANDA, 1985; ALMEIDA-FILHO, 2004; BARATA et al., 2013). Nesse contexto estruturado e hierarquizado, transcorrem as experiências vitais dos grupos sociais, suas ações, decisões, preferências, seus desejos, a respeito de sua saúde.

O processo saúde-doença-cuidado, então, é concebido como parte constitutiva do movimento global da vida social, por conseguinte, não pode ser pensado de forma independente, regido pelas suas próprias dinâmicas, mas como um fenômeno, ao mesmo tempo social e biológico, individual e coletivo. Tal como assinala Breilh (2013), a parte (objeto-saúde-doença-cuidado) é produto de sua própria história e da história geral, a qual subordina o movimento da parte. O movimento social geral ajuda a explicar o desenvolvimento da vida dos grupos constitutivos, a compreensão do avanço/retrocesso da vida desses grupos e a explicar a produção de transtornos da saúde que ocorrem nos indivíduos. Essa forma de olhar, permite explicar a unidade da realidade e a dilucidar as relações necessárias e hierárquicas entre os processos que a conformam (BREILH, 1989; 2006).

Dessa forma, rompe-se com a falsa dicotomia entre o social e o biológico, também com a separação e independência entre o geral, coletivo, social e o individual. Na linha do construtivismo, reconhece-se que a realidade é sempre social, relacional e não a soma de indivíduos que têm particularidades ou sofrimentos próprios. A ideia, como se disse, é que os corpos e as práticas dos indivíduos se entrecruzam e surgem como resultantes das

forças econômicas, políticas e culturais que operam como um todo, acima das circunstâncias e das vontades individuais. Porém, isto não supõe uma determinação mecânica do social sobre a saúde como uma relação passiva na qual o social escreve na biologia dos corpos como uma folha em branco. Trata-se de um condicionamento social sobre os processos naturais e dos organismos, mas esse movimento biológico participa na determinação da vida e da saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007; BARATA et al, 2013; BARATA, 2016).

Para analisar os fenômenos de desigualdade social articulados aos processos/experiências de adoecimento, tomam-se elementos da interseccionalidade, entendida como uma abordagem transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais através de um enfoque integrado. Procura-se superar o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social: sexo/gênero, classe social, raça/etnia, idade, deficiência e orientação sexual, que em muitos casos são analisados como eixos de poder distintos e mutuamente excludentes. O enfoque interseccional, além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de divisão, diferenciação e dominação que opera a partir dessas categorias, postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (HIRATA, 2014).

Assim, as categorias de raça, gênero, classe, entre outras, não podem ser compreendidas isoladamente nem como se fossem categorias aditivas ou sobrepostas. São diferenciações que, embora estejam imbricadas e articuladas, são mútuas e conflitantes. São categorias articuladas que envolvem relações complexas que se expressam num leque de possibilidades desde a coerção, a recusa e a revolta, até a cumplicidade e a negociação (MEDEIROS, 2019). Nessa pesquisa, se sugere como estratégia para a análise, a articulação de categorias, pensadas a partir de condições históricas e contingentes que as condicionam, considerando as relações tanto em termos de diferenças quanto das semelhanças (BRAH, 2006).

### 1.4.1.2 Conceitos articuladores

Apresentam-se alguns conceitos que permitem articular os enfoques anteriores, em aspectos mais concretos a respeito dos processos de desigualdades social vivenciados por pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Esses conceitos são o espaço social, os campos sociais, o habitus, as trajetórias de vida e as experiências de adoecimento. A utilização deles, nas análises permite interligar os postulados centrais dos enfoques apresentados, isto é, conectar os condicionamentos estruturais de um período histórico e a capacidade de agência (de agir, de ressignificar e de transformar) dos sujeitos, em histórias e biografias concretas de pessoas que experimentam uma doença crônica.

O espaço social é uma representação abstrata da sociedade caracterizada por sua condição relacional, o que significa que ao longo da história as sociedades configuram sistemas de posições sociais que se definem umas em relação as outras (chefe/subordinado; patrão/empregado; homem/mulher; rico/pobre; negro/branco). É o conjunto dos cenários sociais configurados historicamente pelas dinâmicas macro dos grandes processos sociais (intercâmbios comerciais, decisões políticas, produção de imaginários) e micro, das interações dos grupos na cotidianidade (relações de trabalho, relações familiares, práticas esportivas, relacionamento conjugal, acesso e uso dos serviços de saúde).

Desse modo, os sujeitos e os grupos ocupam posições no espaço social ao longo de suas vidas que podem variar ou se manter. O Valor de cada posição social é dado pela distância que a separa de outras posições inferiores ou superiores, o que significa que o espaço social é um sistema de diferenças hierarquizadas em função de um sistema de legitimidades estabelecidas e reconhecidas em um momento determinado (GIMÉNEZ, 2002).

Pensar de forma relacional significa centrar a análise na estrutura das relações objetivas em um espaço/tempo - que determina o jeito em que podem acontecer as interações e as representações que os agentes têm da estrutura, de sua posição, de suas possibilidades e de suas práticas. Para esta pesquisa interessa situar os sujeitos no espaço social permitindo analisar suas possibilidades de ter, fazer e ser em contextos específicos. Isso se diferencia da perspectiva substancialista que entende as atividades ou as preferências próprias de certos indivíduos ou grupos de uma dada sociedade, como, propriedades substanciais

inscritas de uma vez e para sempre, numa essência biológica ou cultural (GUTIERREZ, 2005).

Seguindo as palavras de Pereira e Catani (2002), a perspectiva relacional considera que as “coisas sociais” – culturas, classes sociais, indivíduos, sistema educacional, práticas de saúde, relações de gênero – não são redutíveis a entidades substanciais, explicadas em si mesmas e por si mesmas, como se fossem essências trans-históricas e trans-culturais (como, por exemplo, a pretensa natureza humana), mas são produtos de relações objetivas, muitas vezes invisíveis, ocultas e eufemizadas, inscritas na materialidade das práticas. Tais relações, geralmente inacessíveis ao senso comum, precisam ser teoricamente construídas, conquistadas e validadas pela análise para se tornarem inteligíveis (PEREIRA; CATANI, 2002).

Nas sociedades ocidentais altamente diferenciadas, o espaço social está constituído por múltiplos campos, cada um deles com suas próprias características. Assim, os campos sociais constituem-se nos cenários da vida social onde acontece a vida dos sujeitos e expressam-se os afetos, as lutas, as relações de poder, as diferenças, as desigualdades, e em geral, o movimento constante da sociedade nos planos materiais e simbólicos. São microcosmos sociais relativamente autônomos, onde historicamente constroem-se relações objetivas, baseadas em regras formais e não formais, em representações do próprio campo e dos agentes participantes ou potenciais e da disputa por certos capitais que cobram valor e significado social em cada um deles. Por exemplo: o conhecimento é o principal capital em jogo no campo acadêmico, o dinheiro no campo econômico e o capital social no campo político.

Na realidade, os campos constituem-se em sistemas de posições sociais e, portanto de classificações, hierarquizações e estratificações sociais, através de processos de diferenciação entre agentes e grupos sociais, distribuição de oportunidades e capitais, e, de apropriação e utilização desses capitais para obter benefícios materiais e simbólicos, em termos de reconhecimento, maior legitimidade e prestígio de uns frente aos outros.

As posições dos agentes estarão determinadas pelos seus capitais acumulados durante suas trajetórias biográficas e intergeracionais, sendo os principais: o capital econômico (bens, dinheiro e propriedades), cultural (conhecimentos, nível educativo, títulos

educativos, formas de expressão verbal e corporal) e social (redes, conexões sociais e pertencimento grupal). Em adição, existe um capital que pode acompanhar os anteriores sendo ele o capital simbólico (próximo à ideia de prestígio), que corresponde a aquela valoração ou significação que pode tomar qualquer dos capitais, dependendo da legitimidade que os outros lhe deem (BOURDIEU, 2001; INDA; DUEK, 2005).

Dessa forma, as proximidades e afastamentos entre agentes sociais segundo suas posições nos diferentes campos, determina agrupações conformadas entre semelhantes no espaço social que podem ou não coincidir com espaços físicos/geográficos. Esses grupos estão constituídos por agentes sociais que têm maiores possibilidades de encontro físico e ideológico, assim, como em torno a seus interesses, práticas, consumos e gostos, em outras palavras, compartilham um habitus de classe. Esses habitus de classe, são sistemáticos, isto é, são produzidos por uma série de condições sociais e materiais de existência que não operam como a soma de fatores, mas como conjunto sistemático unidos a uma determinada posição social e refletido nos corpos, nas práticas, nas formas e tipos de relacionamento com o mundo e com os outros.

No conceito de habitus aparece com clareza a confluência entre o objetivo e o subjetivo e como isso evidencia-se ou encarna-se no corpo, nos esquemas mentais e nas práticas dos sujeitos. Através desse conceito, situamos os sujeitos participantes nesse estudo, em contextos sociais e históricos (campos específicos) marcados por condições de desigualdade e ao mesmo tempo, reconhecemos seu lugar como agentes que reconfiguram ditos esquemas e práticas durante suas vidas (MARTINEZ, 2017).

Esse conceito, parte da ideia de que as inclinações dos agentes não são naturais, absolutamente pessoais e aleatórias. Acudindo a uma síntese extrema, poderia afirmar-se que o habitus é a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade (PEREIRA; CATANI, 2002; ZALPA, 2019). Porém, aprofundando um pouco mais, o habitus, é um sistema de esquemas incorporados que, constituídos no percurso da história coletiva, são adquiridos no percurso da história individual e funcionam na prática e para a prática (GUTIERREZ, 2005). De maneira nenhuma é um sistema de formas e categorias universais como interpretado pelas correntes estruturalistas.

O habitus é o resultado de um processo interdependente entre a inculcação e a incorporação que tem como protagonista os agentes sociais que vivem em determinadas condições de existência. Dentro dos processos de reprodução social, a inculcação supõe uma série de ações pedagógicas levadas a cabo em espaços institucionais como a família e a escola, por agentes especializados, que impõem normas arbitrárias através de técnicas disciplinares. A incorporação, por outro lado, é dada pela internalização dos agentes das regularidades inscritas nas suas condições de existência (BOURDIEU; PASSERON, 2005).

Assim, a gênese do indivíduo biológico socializado como chama Bourdieu aos agentes sociais ou sujeitos, tem a ver com o jeito em que o social é encarnado nos corpos e nas práticas dos agentes, através da configuração de habitus diferentes, segundo as posições e trajetórias dos agentes nas classes sociais e nos campos sociais. Na prática, o caráter processual e gradual da conformação do habitus, produto da inculcação e a apropriação, tem lugar através de uma série de estruturas cronologicamente ordenadas, nas quais, uma estrutura de uma determinada ordem da especificidade às estruturas da ordem inferior (geneticamente anterior) e estrutura as estruturas da ordem superior (GUERRA, 2010). Por exemplo, o habitus adquirido na família é a base da estruturação das “experiências escolares [...] o habitus transformado pela ação da escola, diversificado, é a sua vez a base das experiências subsequentes [...] e assim, sucessivamente, de reestruturação em reestruturação” (BOURDIEU; WACQUANT, 2008, p.174-175).

Esta configuração do habitus, explica que os agentes sociais não sejam partículas de matéria (num campo magnético) determinadas por causas externas nem pequenas monadas guiadas apenas por razões internas, seguindo um programa de ação racional. Os agentes sociais são produto da história, da história do campo social em seu conjunto e da experiência acumulada pelo trajeto dentro de subcampos específicos (GUERRA, 2010).

Como produção social, o habitus é um princípio diferenciado e diferenciador de práticas. Está na base das distinções no amplo espectro das práticas sociais. O habitus funciona como um princípio gerador porque é um sistema socialmente disponível de esquemas de pensamento, de percepção e apreciação. Mediante sua experiência cotidiana, com base numa determinada posição social, o agente constrói determinadas configurações mentais que funcionam como princípios de avaliação e classificação das coisas do mundo. Suas

práticas (preferências, gostos, estilos, linguagem, vocações, inclinações políticas) dão-se em conformidade com essas configurações mentais e com as disposições corporais a elas adequadas (PEREIRA; CATANI, 2002; ZALPA 2019).

Na prática, o habitus também opera como um sistema de classificação, de diferenciação e de unificação. Como esquema de percepção, permite classificar as práticas, a realidade e aos outros, ao mesmo tempo, diferenciar, diferencia-se e diferenciá-los. Porém, também tem potência unificadora, pois todos os agentes expostos aos condicionantes das mesmas posições sociais terão coincidências nos gostos, formas de vestir, formas de atuar, formas de falar, etc. De novo, isso é o habitus de classes, e não é mais que, os agentes que ocupam posições próximas no espaço social e têm volumes semelhantes de capital, estão propensos às mesmas práticas, têm maiores probabilidade de encontros físicos e afinidades simbólicas. Esses grupos que compartilham a mesma classe de habitus, constituem recortes sociais que podem se chamar, na perspectiva de Bourdieu, de classes sociais (MARTINEZ, 2017; ZALPA, 2019).

Até aqui parece haver um determinismo social que deixa pouca margem de ação aos agentes, não obstante, o habitus também entende-se como um sistema aberto de disposições que se enfrenta, permanentemente com experiências novas e é afetado permanentemente por elas. É duradouro, mas não imutável (BOURDIEU, 2002). A respeito, García-Canclini (1984) assinala que as práticas não são apenas execuções do habitus produzido pela educação familiar e da escola ou pela interiorização das regras sociais. Na vida cotidiana, atualizam-se, torna-se ato, pois as disposições do habitus encontram condições adequadas para se exercer. Existe então, uma interação dialética entre a estrutura das disposições e as oportunidades ou obstáculos do presente. Embora o habitus tende a reproduzir as condições objetivas que o engendraram, cada novo contexto e a abertura de possibilidades históricas diferentes, permitem reorganizar as disposições adquiridas e produzir práticas novas e transformadoras (BOURDIEU, 2002; WACQUANT, 2007).

Pois bem, as trajetórias de vida permitem articular as dinâmicas dos campos e sua relação com a produção dos habitus dos entrevistados, através de experiências concretas diferentes e desiguais entre sujeitos. Como conceito tem a ver com uma "serie das posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo) num

espaço em movimento constante e submetido a incessantes transformações" (BOURDIEU; PASSERON, 1977, p. 82). Os agentes sociais percorrem durante suas vidas um contínuo de experiências que vão traçando itinerários, as vezes mais previsível, as vezes mais aleatórios (BOURDIEU, 1988), que acontecem, simultânea e pluralmente, em múltiplos campos: familiar, social, laboral, político, educativo, religioso e cultural.

Com o conceito de trajetórias de vida pretende-se enfatizar na construção social da realidade, reconhecendo que os trânsitos dos sujeitos não estão dados de antemão por sua origem, posição social, gênero ou condição étnico-racial (GENOLET et al, 2009). As trajetórias de vida supõem uma combinação das estruturas, regras e regularidades históricas tendentes à reprodução social e um importante grau de contingência, acaso, vontade, desejo, racionalidade e cálculo dos agentes sociais. Poderia se traduzir como o movimento cotidiano das sociedades das experiências vitais dos indivíduos situadas em contextos históricos. Embora, trate-se de ações genéricas não significa que todos os indivíduos façam o mesmo e da mesma forma, mesmo, quando os grupos sociais operam sob quadros socioculturais, legais, políticos comuns, suas ações estão marcadas pelas suas condições materiais, simbólicas e biográficas singulares (MARTINS, 2014).

Esse tipo de análise diacrônico, permite reconstruir as definições e redefinições das posições dos agentes no percurso da vida através dos campos sociais, levando em conta a estrutura e volume dos diferentes capitais e as possibilidades de acesso, tentando assim, não apenas enumerar os acontecimentos, mas relacionar compreensivamente as posições com os habitus e as condições de vida, os estilos de vida e as vantagens e desvantagens sociais (GENOLET et al, 2009).

#### **1.4.1.2.1 A diabetes mellitus tipo 2**

Antes de falar sobre o conceito de experiências de adoecimento, aborda-se a diabetes mellitus tipo 2 como doença e os procedimentos padrão implementados na Colômbia na atenção primária em saúde. No campo da biomedicina, a diabetes é classificada no grupo das doenças crônicas não transmissíveis referidas a um grupo de doenças heterogêneas quanto às causas e sintomas, para as quais a medicina ainda não apresenta uma cura e cujo tempo de duração pode se estender por toda a vida da pessoa (TONELOTO, 2017).

As doenças crônicas têm uma etiologia múltipla e um desenvolvimento imprevisível. Geralmente estão associadas a muitos fatores de risco e com algumas exceções sua origem é contagiosa. Seus processos de evolução são prolongados e não têm cura, mas são controláveis através de tratamentos contínuos (BARSAGLINI, 2011; CASTELLANOS, 2015), fornecidos pelas tecnologias médicas ou por mudanças nos estilos de vida no cotidiano (TONELOTO, 2017). Distingue-se também entre aquelas que não ameaçam a vida, mas impõem a aprendizagem e a convivência com a doença, e, aquelas que implicam uma ameaça para a vida. Nos dois grupos, encontram-se doenças que geram preconceitos, estereótipos e discriminação ou incertezas aos portadores e muitas delas impõem grandes sofrimentos físicos e sociais (BARSAGLINI, 2011).

Esse tipo de adoecimento de longa duração traz consequências nas biografias dos sujeitos, pois muda a noção de si mesmo, enquanto doente, do mesmo modo, de sua existência, mais frágil e provavelmente menos longa, e, de sua cotidianidade, ao ter que aprender a lidar e a conviver com sintomas, restrições e tratamentos para toda sua vida. Também, implica enfrentar emocional e afetivamente, assim como em outros âmbitos sociais, os significados da doença e do doente, segundo os diferentes contextos socioculturais (BARSAGLINI, 2011; CANESQUI, 2015). O adoecimento implica para as pessoas uma reconfiguração de suas relações sociais e familiares, com as instituições médicas, os cuidadores e os demais grupos e situações sociais nos quais o adoecido encontra-se inserido (CANESQUI, 2015). Geralmente o adoecimento crônico desencadeia processos de negociação da própria identidade, atuando como um importante elemento de mediação das relações sociais destes sujeitos (CASTELLANOS, 2014).

A respeito da diabetes, o discurso médico tem relatos mais os menos consensuais que falam sobre as causas, as manifestações orgânicas, os sintomas e as consequências, em termos da saúde física. Os discursos especializados afirmam que a diabetes é uma doença crônica caracterizada pela produção insuficiente de insulina ou por uma incapacidade do corpo em utilizá-la (insulino-resistência), resultando numa deficiente capacidade de utilização pelo organismo da principal fonte de energia, glicose, e consequente aumento dos níveis glicêmicos (BERTONHI; DIAS, 2018). Segundo a OMS (2016) o risco de diabetes tipo 2 é determinado pela interação de fatores genéticos e metabólicos, associados com práticas, hábitos e estilos de vida. As condições étnico/raciais e a história

familiar de diabetes combinam-se com a idade avançada, excesso de peso e obesidade, dieta pouco saudável, inatividade física e tabagismo, aumentando o risco.

A diabetes pode afetar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)<sup>2</sup> devido a fatores decorrentes do próprio diagnóstico, tratamento, presença de complicações e morbidades associadas, entre outros, assim como a própria alteração do metabolismo da glicose dos indivíduos portadores da doença ao longo do tempo (TONELOTO et al, 2019). O tratamento no primeiro nível de atenção pode ser farmacológico e não farmacológico, este último inclui mudanças no estilo de vida, mudanças na dieta, exercícios e terapias comportamentais. No entanto, quando o tratamento é malsucedido, favorece a presença de complicações que afetam diretamente os custos da assistência médica, bem como a qualidade de vida do indivíduo e da família (CRUZ et al, 2018).

Depois de alguns anos com a doença e apesar do tratamento para evitar os efeitos de curto prazo, podem surgir diversos processos patológicos agudos e crônicos, como a disfunção e a falência dos rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, além de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. As complicações microvasculares mais comuns são: neuropatia, retinopatia, nefropatia e isquemia (SANTOS et al, 2015). Os adultos com diabetes têm 2 a 3 vezes mais risco de sofrer infarto de miocárdio e acidente cerebrovascular. A neuropatia combinada com a redução do fluxo sanguíneo, incrementam o risco de úlceras dos pés, infecção e, em última instância, amputação. A retinopatia diabética é uma causa importante de cegueira e é consequência do dano dos pequenos vasos sanguíneos da retina que se vão acumulando ao longo do tempo (OMS, 2016).

Nos discursos populares, associa-se a diabetes com “ter açúcar no sangue”, “o qual adocece o sangue para toda a vida”. Se alude à condição do “sangue contaminado de açúcar, sangue pesado, sangue infectado ou doente” (TORRES, et al, 2005; BARSAGLINI, 2008). O sangue nessas condições é um veículo de transtornos para a saúde que em seu

---

<sup>2</sup> A QVRS tem a ver com a qualidade de vida (QV) referida à percepção do bem-estar, segundo a posição das pessoas no contexto dos sistemas de cultura e valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. Especificamente a QVRS considera aspectos de saúde geral, funcionamento físico, sintomas físicos e toxicidade, funções emocional, cognitiva, social e sexual, além do bem-estar e questões existenciais, que podem influenciar determinados aspectos dos comportamentos e percepções da QV.

passo através do corpo vai afetando órgãos e capacidades do organismo inteiro. Algumas representações, associam a diabetes com características como: “difícil de tratar”, na qual “não se pode confiar”, devido a que é “volúvel, lábil e imprevisível. Outros qualificativos empregados são: “caprichosa, presunçosa, pegajosa, tremenda e traiçoeira” (TORRES, et al., 2005).

Outras interpretações situam a diabetes com uma condição abrangente a respeito da vida e que se instala na cotidianidade.

“A diabetes, desde a cotidianidade das pessoas, não é apenas “uma experiência pessoal”, mas um processo social cuja experiência pode se viver de acordo a sua compreensão, aceitação e convivência na cotidianidade. A experiência da enfermidade pode se vivenciar como parte da vida quando se aceita que é incurável e implica um cuidado permanente. De modo contrário, pode se experimentar como catastrófica, grave e repressora das ações dos sujeitos, quando se lhes impõem certas restrições frente aos alimentos, ou quando se apresentam dificuldades para sanar feridas ou dores frequentes no corpo” (CHARRI, 2012).

A respeito das práticas cotidianas para o autocuidado, as mais comuns dentro do saber biomédico são: o auto monitoramento da glicemia, os exames de olhos e pés, a dieta, a atividade física e a tomada de medicação, segundo as prescrições medicas. Num estudo realizado na Colômbia, as pessoas com diabetes assinalam que a dieta prescrita pelos profissionais da saúde é muito cara. Outros afirmam que a ansiedade os obriga a consumir alimentos não saudáveis. Uma das entrevistadas diz:

“Comer é muito gostoso. Os gordinhos somos ansiosos e comer serve para nos calmar e há coisas muito gostosas, então nesse momento prima o prazer do sabor, mas no fundo as coisas não vão ajudar muito. Tento controlar a quantidade de comida, mas é um fator que deveria apropriar ainda mais, para conseguir o objetivo” (GÓMEZ, 2013).

As práticas recomendadas com frequência se vêm enfrentadas com as práticas rotineiras que fazem sentido para as pessoas e têm sido parte de suas vidas. Assim, as práticas

prescritas consideradas como saudáveis, tornam-se numa obrigação, entrando em disputa com aquelas sedimentadas e constitutivas dos sujeitos, porém, isso não supõe o triunfo do habitual senão conflitos e tensões e diferentes graus e formas de mudança nas vidas dos sujeitos.

### **Considerações sobre o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 na Colômbia**

No que segue apresentam-se as principais indicações propostas pelo Ministério de Saúde para a atenção da diabetes mellitus tipo 2 no nível primário de atenção. O Ministério considera 4 processos: rastreio, diagnóstico, medidas farmacológicas adicionais à intervenção nas mudanças dos estilos de vida e detecção de complicações (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2016).

Segundo as diretrizes do Ministério, na Colômbia recomenda-se o uso do FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) como método de rastreio da DMT2 em população adulta.

Esse instrumento levanta informações sobre:

- Idade
- Índice de massa Corporal
- Circunferência de cintura ou abdominal

Perguntas:

- Realiza a diário ao menos 30 minutos de atividade física, no trabalho e/ou no seu tempo livre?
- Frequência do consumo de legumes ou frutas?
- Toma medicamentos para a hipertensão regularmente?
- Tem tido valores da glicemia altos?
- Alguém de sua família tem diagnóstico de diabetes (tipo 1 o tipo 2)?

Para o diagnóstico da diabetes mellitus pode-se levar em conta algum dos seguintes critérios:

- Glicemia plasmática em jejum  $\geq 126$  mg/dl
- Glicemia plasmática duas horas depois de tomar uma carga de 75 g de glicose anidra dissolvida na água  $\geq 200$  mg/dl. Esse um teste de tolerância oral à glicose (PTOG). Tomam-se duas amostras: uma basal e a outra 2h depois da carga.

- HbA1c em qualquer momento  $\geq 6,5\%$

Com sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso) é suficiente com uma glicemia plasmática aleatoriamente  $\geq 200$  mg/dl para estabelecer o diagnóstico.

### **Manejo inicial**

Visa lograr mudanças intensivas no estilo de vida para o controle metabólico permanente mediante a normalização e manutenção do peso e o incremento persistente da atividade física.

- A dieta deve ser dividida e equilibrada, levando em consideração a idade e atividade do sujeito.
- O consumo de alimentos que são fontes de carboidratos simples e gorduras saturadas e trans deve ser reduzido, o que pode ser substituído por gorduras de peixes e óleos vegetais, como canola e azeite.
- O consumo de frutas e vegetais deve ser aumentado como fontes de fibras e antioxidantes. Também a das leguminosas como fonte de proteína e fibra, levando em consideração seu conteúdo calórico.
- O manejo de pacientes com DM2 deve ser multifatorial para alcançar o controle adequado de todos os fatores de risco cardiovascular, como hiperglicemia, dislipidemia, hipertensão arterial e tabagismo.
- Todos os pacientes com DM2 devem participar de um programa educacional que os ajude a modificar seu estilo de vida, alcançar objetivos terapêuticos e prevenir as complicações do diabetes.
- O programa educacional deve ser contínuo e deve ser liderado por um profissional de saúde certificado em educação diabética, com o apoio de profissionais de outras áreas da saúde, como nutrição, enfermagem, educação física, psicologia, podologia e odontologia.
- O tratamento farmacológico geralmente é iniciado com medicamentos antidiabéticos orais quando o paciente está clinicamente estável, mesmo se ele tiver uma HbA1c muito alta. Em pacientes recentemente diagnosticados de DM2

e HbA1c > 8%, recomenda-se o uso de terapia combinada desde o início com metformina e outro agente antidiabético oral.

- Quando o paciente é muito sintomático e clinicamente instável, com perda de peso aguda, sinais de desidratação, evidência de cetose e glicemia muito alta, recomenda-se iniciar a insulina, mas depois retirar gradualmente.
- Quando o paciente com DM2 tem uma obesidade mórbida, com um IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, pode se beneficiar entrando em um programa para realizar a cirurgia bariátrica, cumprindo os critérios a favor, não tiver contraindicações e provar ser disposto a mudar intensamente seu estilo de vida.
- Para o monitoramento da glicemia de pacientes que usam insulina, os serviços entregam cada ano um glicômetro, até 50 tiras e 50 lancetas por mês.

O objetivo fundamental da terapia farmacológica é conseguir um controle metabólico adequado, manter a HbA1c no nível desejado sem causar efeitos adversos e sem interferir negativamente em mudanças do estilo de vida. Se o nível de HbA1c não pode ser alcançado de 3 a 6 meses com o manejo inicial ou após se tiver sido alcançado, aumenta novamente, o tratamento deve ser intensificado, incluindo um outro antidiabético.

#### **1.4.1.2.2 Experiências de adoecimento**

Por fim, a experiência de doença refere-se aos meios e os modos como os indivíduos e grupos sociais percebem, concebem e respondem a um determinado episódio de doença (ALVES, 2006). Conforma-se por aspectos intersubjetivos, o que a torna “objetiva” para os outros, e, por aspectos subjetivos, o que determina um mundo de diferenças interpretativas (RECODER, 2011). Esse conceito serve na análise para explorar as formas como se refletem e se combinam os imaginários e práticas culturais, as posições sociais, assim como as trajetórias de vida, as decisões e as práticas dos sujeitos nos processos de adoecimento.

Como experiência, a doença altera o viver cotidiano e provavelmente a forma como expressa-se é a alteração do transcorrer silencioso do corpo. Implica uma quebra no fluxo regular da vida cotidiana e na biografia das pessoas, questionando a “atitude natural” com a que se desenvolvem e vivem no mundo, exigindo a construção de uma nova ordem de coisas, uma nova cotidianidade significativa (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999;

CASTELLANOS; GARCIA, 2009; BARROS; COELHO, 2018). A doença sujeita ao homem aos ritmos vitais de seu corpo, violenta os ritmos normais da vida, “invadindo a experiência cotidiana com sua presença distorcida e focalizando nossas preocupações sobre o corpo como um objeto, alienando à experiência do eu” (MERLEAU-PONTY, 1993).

No entanto, os sentidos e significados, a ordem de importância e a intensidade com que cada pessoa vive, enfrenta e relata os problemas varia e diferencia-se segundo cada trajetória de vida, a inserção específica num presente particular e umas formas e tipos de relacionamento com quem compartilha sua mesma situação e com outros que não, igualmente, com outros com os que se identifica e outros com os que se diferencia (RECODER, 2011). Em síntese, dependendo da gravidade da doença e a história pessoal, a doença aparece na vida das pessoas como processo de alteração subjetiva que “golpeia” a imagem que os sujeitos têm de si e na qual se reconhecem habitualmente (CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018).

Alguns autores falam de uma desestruturação do mundo da vida, pois o adoecimento interpela o auto-reconhecimento, colocando às pessoas em situações de incerteza a respeito de sua própria imagem sua vulnerabilidade e sua existência (GOOD, 1995; CORTES, 1997; BURY, 2011; CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018). Nesse universo complexo, identifica-se cinco “dramas” que acontecem frequentemente nas narrativas autobiográficas do adoecimento: o drama da gênese (que consiste no trabalho do adoecido em conhecer mais sobre a doença); o drama do trabalho emocional (em que certas emoções são requisitadas ou proibidas no processo do adoecimento); o drama do medo da perda; o drama do significado; e o drama do self” (FRANK, 2007; TONELOTO, 2017)

Esta alteração do cotidiano que emerge como novidade, incerteza e crises, revela um vazio a respeito dos saberes que permitem explicar e dar sentido ao que está acontecendo, mas também, um vazio em termos do reconhecimento que os demais podem fazer do doente. Isso desencadeia a busca de novos conhecimentos e recursos que permitam encher de sentido, explicar e dar resposta à nova ordem de coisas. Como parte de uma nova cotidianidade, os conhecimentos populares e especializados permitirão construir um novo

mundo significativo para reestablecer a "normalidade" perdida, tornado o extraordinário em ordinário e parte de uma nova cotidianidade significativa (GOOD, 1995).

## **1.4.2 Desigualdades sociais e diabetes mellitus tipo 2**

Antes de abordar os objetivos e a metodologia e para ter um panorama da pesquisa no tema foi feita uma revisão integrativa que explora estudos que analisam relações entre as desigualdades sociais e a diabetes mellitus tipo 2. Essa revisão, que no que segue é apresentada, oferece referentes metodológicos importantes que permitiram identificar fortalezas e fraquezas no campo da pesquisa no tema e reforçou a ideia de desenvolver um estudo qualitativo.

### **1.4.2.1 ARTICULO 1**

Artigo aprovado na Revista “Gerencia y Política de Salud”. Classificação: B1. Anexa-se carta de aprovação (ANEXO B).

#### **Relaciones entre las desigualdades sociales y la Diabetes Mellitus tipo 2<sup>3</sup>**

**Resumen:** La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad de alto impacto en la morbilidad y la mortalidad en el mundo, afectando grupos sociales e individuos, según las jerarquías y diferencias sociales. El propósito de este trabajo es identificar las evidencias que muestran relaciones entre desigualdades sociales en los procesos de padecimiento, tratamiento y atención de la diabetes mellitus tipo 2. Para responder al objetivo de este estudio se realizó una revisión integrativa de la literatura, a través de la búsqueda de artículos en revistas indexadas en el período 2016-2018. En general, los resultados mostraron que las desigualdades sociales medidas principalmente por la condición étnico/racial y socioeconómica tiene efectos sobre la incidencia y el tratamiento de la diabetes, en cambio, respecto al género, se observa un comportamiento variable entre hombres y mujeres.

---

<sup>3</sup> Agradecimientos a la profesora Rita de Cássia Duarte Lima de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES) por la revisión y sus aportes para la escritura de este artículo.

**Palabras clave:** Desigualdades sociales, diabetes mellitus tipo 2, condiciones socioeconómicas, grupos étnicos

**Abstract:** Type 2 diabetes mellitus is a disease with a high impact on morbidity and mortality in the world, affecting social groups and individuals, according to hierarchies and social differences. The purpose of this work is to identify the evidences that show relationships between social inequalities in the processes of suffering, treatment and care of type 2 diabetes mellitus. In order to respond to the objective of this study, an integrative review of the literature was carried out. the search for articles in journals indexed in the period 2016-2018. In general, the results showed that social inequalities measured mainly by ethnic / racial and socioeconomic status have effects on the incidence and treatment of diabetes, however, with respect to gender, a variable behavior is observed between men and women.

**Keywords:** Social inequalities, type 2 diabetes mellitus, social conditions, étnico/racial condition.

**Resumo:** O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença de alto impacto na morbidade e mortalidade no mundo, afetando grupos sociais e indivíduos, segundo hierarquias e diferenças sociais. O objetivo deste artigo é identificar as evidências que mostram as relações entre as desigualdades sociais nos processos de sofrimento, tratamento e atenção do diabetes mellitus tipo 2. Para responder ao objetivo deste estudo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura através da busca de artigos em periódicos indexados no período 2016-2018. De maneira geral, os resultados mostraram que as desigualdades sociais medidas principalmente pela condição étnico-racial e socioeconômica têm efeitos sobre a incidência e tratamento do diabetes, entretanto, com relação ao gênero, observa-se comportamento variável entre homens e mulheres.

**Palavras chaves:** Desigualdades sociais, diabetes mellitus tipo 2, condições socioeconômicas, grupos étnicos

## **Introducción**

Según estimaciones, en 2014 la prevalencia mundial de diabetes fue de 8.5% en personas mayores de 18 años, lo que equivale a 422 millones de personas<sup>(1)</sup>. En 2012, murieron

1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes<sup>(1)</sup>. De esas muertes, 43% fueron prematuras (antes de los 70 años) y más del 80% se registraron en países de ingresos bajos y medios<sup>(2)</sup>.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad cuyo desarrollo y evolución está directamente influenciado por las situaciones sociales que afectan a las poblaciones y que particularmente viven los individuos. El comportamiento epidémico de esta enfermedad involucra un complejo grupo de sistemas genéticos y epigenéticos interactuando dentro de una igualmente compleja estructura social que determina los comportamientos y las prácticas individuales y colectivas<sup>(3)</sup>,

Los estudios coinciden en mostrar que la posición socioeconómica contribuye para el desarrollo de la diabetes a través de procesos complejos que incluyen comportamientos de riesgo, asociados con el tipo de alimentación, la actividad física, el hábito de fumar, el consumo de alcohol y los altos niveles de estrés. Igualmente, con la falta de conocimientos para la prevención y el control adecuado de la enfermedad, la falta de acceso o el acceso desigual a los servicios de salud de calidad<sup>(4,5,6)</sup>

La diabetes mellitus tipo 2 es un ejemplo típico de enfermedad que parece concentrarse, en áreas de mayor pobreza y en individuos con bajo nivel de ingresos y bajo nivel educativo. Esta relación también está condicionada por el papel que tiene la posición socioeconómica en los cuidados de la salud, la prevención de la enfermedad, las medidas de promoción de la salud, la disposición a buscar tratamiento y los estilos de vida<sup>(7)</sup>. La diabetes está asociada a grupos socioeconómicos más desfavorecidos, observándose una prevalencia y mortalidad más elevadas en individuos que viven en contextos de privación socio-material<sup>(8,9,10,11)</sup>.

En la literatura especializada existe una amplia bibliografía de estudios que analizan las relaciones entre las desigualdades sociales y la diabetes. La presente revisión analiza investigaciones que estudian esas relaciones partiendo de la inquietud de cómo están siendo estudiadas las desigualdades sociales y la diabetes mellitus tipo 2 y que están mostrando los principales resultados al respecto de esas relaciones.

## **Método**

La técnica utilizada para responder al objetivo de este estudio fue la revisión integrativa de la literatura, que presenta como ventaja la posibilidad de síntesis y de análisis del conocimiento científico producido sobre el tema investigado<sup>(12)</sup>. Esta manera de investigar se caracteriza por presentar un amplio panorama de abordajes metodológicos, permitiendo la inclusión de múltiples estudios, con diferentes diseños de investigación para la comprensión completa del fenómeno estudiado<sup>(12)</sup>.

Para esta revisión se siguió un protocolo con el fin de garantizar el rigor del proceso, que contempla los siguientes componentes: pregunta de revisión, criterios de inclusión y exclusión, estrategias para la búsqueda, selección del material, análisis y síntesis de la información. La pregunta orientadora fue: ¿cuáles son las evidencias que muestran las relaciones entre desigualdades sociales y el proceso de padecimiento, tratamiento y atención de la diabetes mellitus tipo 2? La base de datos electrónica consultada fue SCOPUS, durante el mes de septiembre de 2018. Como estrategia de búsqueda, se utilizó la combinación de los descriptores en inglés: *inequalities AND "diabetes mellitus tipo 2" e disparities AND "diabetes mellitus tipo 2"*.

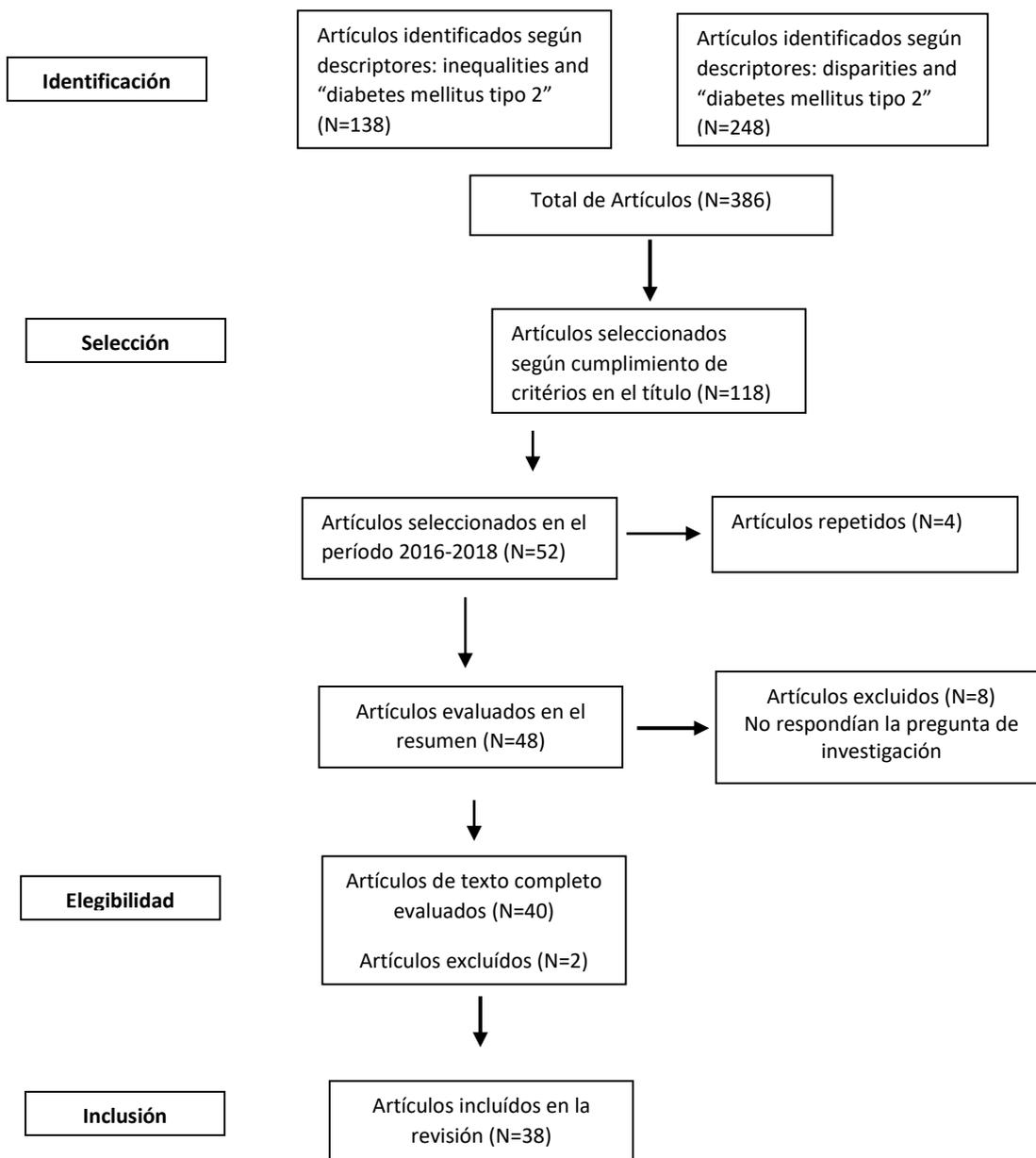
Se adoptaron como criterios de inclusión: artículos publicados en inglés, español o portugués en el periodo 2016-2018. Entre ellos, artículos y revisiones disponibles en texto completo, publicados en revistas indexadas que en su contenido incluyeran resultados de investigaciones que analizaran cualquier condición social, cultural, política o geográfica que genere estratificación o desventaja social entre individuos o grupos y su relación con el diagnóstico, tratamiento, atención o auto-gerenciamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Se excluyeron estudios teóricos que no presentaran resultados de una investigación, evaluaciones de intervenciones relacionadas con la temática, así como aquellos que no respondieron a los objetivos.

Inicialmente fueron identificados un total de 138 artículos, usando los términos "inequalities" AND "diabetes mellitus type 2" y 248 artículos con los términos "disparities" AND "diabetes mellitus type 2". En esa primera búsqueda no se estableció ningún periodo de tiempo como filtro. Después, basados en los títulos fueron seleccionados 60 y 58 artículos respectivamente. Debido a la gran cantidad de artículos se limitó el periodo de búsqueda al 2016-2018, reduciéndose a 12 y 40 artículos, de

acuerdo con los descriptores de búsqueda. De los 52 artículos totales, fueron eliminados 4 debido a que se repetían. Finalmente, después de leer los resúmenes de los 48 artículos, fueron seleccionados 37 artículos.

La Figura 1 muestra el flujograma de las etapas del proceso de selección de los estudios para el análisis, adaptado conforme al protocolo PRISMA<sup>(13)</sup>. Para ilustración del lector, de los artículos seleccionados se describe información sobre: autor/año, tipo de estudio, país de realización, local de estudio, variables o categorías para el análisis de las desigualdades sociales y resultados.

**Figura 1. Flujograma del proceso de selección de los artículos**



Fuente: Elaboración propia

## Resultados

### Caracterización de los estudios

La muestra de estudio fue compuesta por 37 artículos, los cuales son presentados en la siguiente tabla destacando el título/diseño/participantes y objetivos/año.

**Tabla 1 – Caracterización de los artículos seleccionados según título, diseño, participantes, objetivo y año de publicación**

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
1. “That wasn't really a place to worry about diabetes”: Housing access and diabetes self-management among low-income adults <b>Cualitativo/40 participantes</b>	Examinar como la vivienda afecta los comportamientos de autogestión de pacientes con DMT2. <b>(2018)</b>	2. How people from ethnic minorities describe their experiences of managing type-2 diabetes mellitus <b>Meta-síntesis cualitativa (27 artigos 1946-2016)</b>	Examinar como las personas de minorías étnicas de países occidentales describen sus experiencias de manejo de DMT2. <b>(2017)</b>
3. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes. <b>Cualitativo/32 participantes</b>	Examinar las experiencias de salud de los pueblos indígenas con DMT2 en los encuentros clínicos. <b>(2017)</b>	4. US Healthcare Experiences of Hispanic Patients with Diabetes and Family Members. <b>Cualitativo/172 participantes</b>	Explorar las perspectivas de adultos hispanos sobre sus experiencias de salud <b>(2017)</b>
5. A Qualitative Study of Vulnerable Patient Views of Type 2 Diabetes Consumer Reports <b>Cualitativo/92 participantes</b>	Identificar sí poblaciones vulnerables con DMT2 perciben los informes del consumidor útiles para la toma de decisiones en el tratamiento de la DMT2. <b>(2016)</b>	6. Type 2 diabetes mellitus management among Ghanaian migrants resident in three European countries and their compatriots in rural and urban Ghana – The RODAM study <b>Transversal/530 participantes</b>	Comparar el conocimiento, tratamiento y control de la DMT2 entre ganenses residentes en Gana y en Europa. <b>(2018)</b>
7. Self-Care Disparities Among Adults with Type 2 Diabetes in the USA <b>Revisión (25 artículos 2011-2016)</b>	Revisar estudios sobre disparidades étnicas en el autocuidado en adultos con DMT2 en EUA <b>(2016)</b>	8. Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study Patient <b>Transversal/1692 participantes</b>	Explorar cuáles aspectos de las redes sociales se relacionan con las capacidades de autocuidado <b>(2016)</b>

(Continuación)

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
9. Diabetes Outcome and Process Measures Among Patients Who Require Language Interpreter Services	Determinar la adhesión al tratamiento de DMT2 y resultados en pacientes con	10. Sex differences in healthcare expenditures among adults with diabetes: evidence from the	Evaluar las diferencias en los gastos indirectos y totales en salud

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
in Minnesota Primary Care Practices. <b>Estudio de cohorte retrospectivo/13.456 participantes-Seguimiento (2012-2013)</b>	limitaciones en el manejo de inglés en la atención primaria. <b>(2017)</b>	medical expenditure panel survey, 2002-2011 <b>Transversal/20.442 participantes</b>	en adultos con DMT2. <b>(2017)</b>
11. Insurance-related disparities in primary care quality among U.S. Type 2 diabetes patients <b>Transversal/componente doméstico Investigación de Panel de Gastos Médicos-2012</b>	Explorar las disparidades relacionadas al seguro en la calidad de la atención primaria en americanos con DMT2. <b>(2016)</b>	12. Variation in the use of primary care services for diabetes management according to country of birth and geography among older Australians <b>Transversal/840 participantes</b>	Investigar la variación de acuerdo con el país de nacimiento en el uso de servicios de cuidados primarios <b>(2016)</b>
13. Cumulative social risk and type 2 diabetes in US adults: The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2006 <b>Transversal/10.276 participantes</b>	Medir los efectos acumulativos de factores sociales adversos sobre el riesgo de la DMT2. <b>(2016)</b>	14. The association of early life socioeconomic conditions with prediabetes and type 2 diabetes: results from the Maastricht study) <b>Transversal/3.263 participantes</b>	Examinar la asociación de las condiciones socioeconómicas en el inicio de la vida con prediabetes y DM2 en la edad adulta. <b>(2017)</b>
15. Socioeconomic status and prevalence of type 2 diabetes in mainland China, Hong Kong and Taiwan: a systematic review <b>Revisión sistemática (33 artículos 1946–2016/1973-2016/1980-2016)</b>	Describir la asociación entre el estatus socioeconómico y la prevalencia de DMT2 en chinos. <b>(2017)</b>	16. Social disparities in diabetes care: a general population study in Denmark . <b>Transversal/907 participantes</b>	Investigar a asociación entre factores socioeconómicos y la consecución de objetivos de tratamiento en pacientes con DMT2. <b>(2017)</b>

(Continuación)

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
17. Socioeconomic disparities in type 2 diabetes mellitus prevalence and self-management behaviors in rural southwest China <b>Transversal/5.532 participantes</b>	Examinar la asociación entre la prevalencia y autogerenciamiento de la DMT2 entre grupos étnicos <b>(2016)</b>	18. Health inequalities in diabetes mellitus and hypertension: A parish level study in the northern region of Portugal <b>Transversal/2.028 participantes</b>	Medir la distribución geográfica y socioeconómica de DMT2 e hipertensión arterial en el norte de Portugal. <b>(2016)</b>
19. Long-term effects of neighbourhood deprivation on diabetes risk: Quasi-experimental evidence from a refugee dispersal policy in Sweden. <b>Transversal/61.386 participantes</b>	Identificar efectos de las condiciones del lugar de vivienda en el riesgo de DMT2 de refugiados en Suecia. <b>(2016)</b>	20. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: Evidence from a population-based survey <b>Transversal/12.423 participantes</b>	Estimar la prevalencia de DMT2 y sus factores asociados en población adulta brasileña. <b>(2017)</b>
21. Socioeconomic status and prevalence of self-reported diabetes among adults in Tehran: Results from a large	Estimar la prevalencia de DMT2 y factores relacionados en la	22. Education achievement and type 2 diabetes-What mediates the relationship in older adults?	Identificar factores mediadores en el éxito escolar y la

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
population-based cross-sectional study (Urban HEART-2) <b>Transversa/91.814 participantes</b>	población de Teherán. <b>(2016)</b>	<b>Estudio de cohorte/7.462 participantes-Seguimiento (2000-02-2010)</b>	DMT2 incidente en adultos mayores <b>(2017)</b>
23. Educational level is related to physical fitness in patients with type 2 diabetes - A cross-sectional study (2016) <b>Transversal/185 participantes</b>	Investigar la relación entre el nivel educativo, el condicionamiento aeróbico, fuerza muscular funcional de miembros inferiores y DMT2 <b>(2016)</b>	24. Gender differences in cumulative life-course socioeconomic position and social mobility in relation to new onset diabetes in adults <b>Transversal/ 15.105 participantes</b>	Investigar la asociación de la posición socioeconómica acumulativa y la movilidad social con el inicio de DMT2 en adultos en Brasil. <b>(2016)</b>

(Continuación)

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
25. Association of modifiable risk factors in young adulthood with racial disparity in incident type 2 diabetes during middle adulthood <b>Estudio de cohorte/4.251 participantes-seguimiento (1985/1986-2015/2016).</b>	Determinar las asociaciones de factores biológicos, de vecindad, psicosociales, socioeconómicos y comportamentales en la edad adulta joven con la disparidad racial observada en la incidencia de DMT2. <b>(2017)</b>	26. Racial and Ethnic Disparities in Diabetes Screening Between Asian Americans and Other Adults: BRFSS 2012–2014. <b>Transversal/526.000 participantes</b>	Evaluar las disparidades raciales y étnicas en la atención de la DMT2 en americanos asiáticos y otros adultos. <b>(2017)</b>
27. The diabetes disparity and puerto rican identified individuals: A systematic literature review <b>Revisión sistemática (7 artículos-2007-2017)</b>	Describir a disparidad de la DMT2 en adultos de Puerto Rico que viven en Estados Unidos. <b>(2017)</b>	28. Racial/Ethnic Residential Segregation, Obesity, and Diabetes Mellitus <b>Revisión comprensiva (14 artículos-2013-2015)</b>	Revisar los resultados de estudios sobre segregación residencial, racial/étnica con la obesidad y la DMT2 <b>(2016)</b>
29. Healthcare mistreatment attributed to discrimination among mapuche patients and discontinuation of diabetes care <b>Transversal/85 participantes</b>	Examinar los efectos del maltrato sobre la continuidad del tratamiento de DMT2 en pacientes mapuches de Chile. <b>(2016)</b>	30. Ethnic difference in the prevalence of pre-diabetes and diabetes mellitus in regions with sami and non-sami populations in Norway - The SAMINOR1 study <b>Transversal/15.208 participantes</b>	Medir la prevalencia de pre-diabetes y DMT2 en poblaciones rurales de Noruega. <b>(2016)</b>

(Continuación)

<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>	<b>Título/diseño/participantes</b>	<b>Objetivos/año</b>
31. Stress and other determinants of diabetes-specific quality of life in low-income african americans with uncontrolled type 2 diabetes mellitus <b>Transversal/211participantes</b>	Comprender las relaciones de la calidad de vida por DMT2 y datos demográfico,	32. Relative contributions of socioeconomic, local environmental, psychosocial, lifestyle/behavioral, biophysiological, and	Evaluar las contribuciones relativas de seis dominios de influencia con las disparidades

	clínicas y psicossociales en afro-americanos. (2016)	ancestral factors to racial/ethnic disparities in type 2 diabetes <b>Transversal/2.764 participantes</b>	raciales/étnicas en la DMT2. (2016)
33. Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe <b>Revisión sistemática-meta-análisis/20 artículos (1994-2014)</b>	Cuantificar la variación en el riesgo de DMT2 entre población de fuera de Europa y población europea. (2016)	34. Contributors to Patients' Ratings of Quality of Care Among Ethnically Diverse Patients with Type 2 Diabetes <b>Transversal/1.320 participantes</b>	Explorar la relación médico-paciente en americanos vietnamitas, mexicanos y blancos no-hispanos con DMT2. (2016)
35. Racial-ethnic disparities in the association between risk factors and diabetes: The Northern Manhattan Study <b>Estudio de cohorte/2.430 participantes-seguimiento (1993-2014)</b>	Identificar factores de riesgo de DMT2 y los efectos de la raza-etnia (2016)	36. Culture and risk assessments: Why latino americans perceive greater risk for diabetes <b>Transversal/tres estudios independientes</b>	Examinar diferencias en vulnerabilidad percibida en americanos europeos y latinos. (2016)
37. Diabetes self-management behaviors, medical care, glycemic control, and self-rated health in U.S. men by race/ethnicity <b>Transversal/646 participantes</b>	Examinar diferencias étnicas en hombres con DMT2 en el cuidado médico, control de glicemia y autoevaluación de salud (2016)	38. Racial/ethnic disparities in primary care quality among type 2 diabetes patients, medical expenditure panel survey, 2012 <b>Transversal/2.617 participantes</b>	Explorar disparidades étnicas en la calidad de la atención primaria en americanos con DMT2. (2016)

Fuente: Elaboración propia

Según el lugar donde se llevó a cabo la investigación, se encontró que diecinueve (19) corresponden a investigaciones realizadas en los Estados Unidos (artículos: 1,4,5,7,9,10,11,13,25, 26,27,28,31,32,34,35,36,37,38), once (11) en países de Europa (Holanda, Alemania, Suecia, Suiza, Portugal, Dinamarca y Noruega) (artículos: 2,6,8,14,16,18,19,22,23,30,33), y tres (3) en países de América Latina (Brasil e Chile) (artículos: 20, 24,29). Los cuatro estudios restantes fueron adelantados en China (2), Irán (1) y Canadá (1) (artículos: 3,12,15,17,21).

De los 37 artículos, 5 usaron abordajes cualitativos (Artículos 1-5) y 32 cuantitativos (artículos 6-38). Dentro de los diseños cualitativos, 4 de ellos utilizan fuentes primarias y uno fue una revisión bibliográfica, (meta-síntesis). Los diseños cuantitativos, incluyen cinco (5) revisiones (tres revisiones sistemáticas, una revisión sistemática/meta-análisis y una revisión comprensiva) (artículos: 15,27,28,33) y 27 fueron investigaciones que

usaron otros métodos basados en análisis de fuentes primarias (artículos: 6,8,16,17,21,23,25,29,31,34,36) y secundarias (artículos: 9,10,11,13,14,18,19,20,22,24,26,30,32,35,37,38).

De las investigaciones cualitativas, dos de ellas analizaron desigualdades relacionadas con el auto-gerenciamiento, y las otras tres, con los servicios y las experiencias de atención. Las cuatro investigaciones que consultaron fuentes primarias, hicieron entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales. En todos los casos se realizó análisis temático, esto es, codificación a partir de la identificación de temas recurrentes, categorización y análisis interno y entre las categorías. La meta-síntesis incluyó estudios cualitativos, realizados entre 1946 y 2016, que presentasen resultados de adultos de minorías étnicas.

Con relación a las variables o categorías asociadas con las desigualdades sociales, cuatro (4) de los artículos usaron categorías étnicas: minorías étnicas (indígenas, hispanos y afroamericanos). En esos estudios, adicionalmente se incluyen variables territoriales (urbano-rural) y de género. El otro de los artículos, empleó las condiciones de acceso a vivienda en población de bajos ingresos. En ese estudio, se usaron variables de clasificación de los participantes, como: grupo étnico, género, subsidio de vivienda, habitación de calle, idioma primario, tipo de seguro de salud y fuente primaria de ingresos.

De los 32 artículos que usaron abordajes cuantitativos, diecinueve (19) se enfocaron en el análisis de las condiciones étnicas relacionadas con la diabetes. De éstos, doce (12) fueron estudios transversales (artículos: 6,19,26,29,30,31,32,34,36,37,38), cuatro (4) revisiones (artículos: 7,27,28,33) y tres, estudios de cohorte (3) (artículos: 9,25,35). En relación con la condición étnico/racial, los estudios incluyeron la pertenencia o identificación de los participantes a minorías étnicas como: migrantes, refugiados, hispanos/latino, afroamericanos, negro no hispano, asiáticos-americanos, indio no hispano, nativo de Alaska, multirracial y no hispano. Algunos de los estudios incluyeron las categorías de blancos o blancos europeos. También usaron otras variables relacionadas con las desigualdades sociales como: segregación, condiciones de vivienda, género, edad, nivel educativo, ingresos, tipo de seguro en salud y situación laboral (empleado/desempleado).

Los quince (15) artículos restantes se enfocaron principalmente en condiciones socioeconómicas. Trece (13) de ellos, fueron estudios transversales (artículos: 8,10,11,13,14,15,16,17,18,20,21,23,24), un (1) estudio de cohorte (artículo: 22) y una (1) revisión sistemática (artículo: 15). Las variables usadas para medir las condiciones socioeconómicas fueron las “condiciones socioeconómicas iniciales”, medidas a través de la pobreza en la juventud y el nivel educativo de los padres. Las “condiciones socioeconómicas en la edad adulta”, medida por el nivel de ingresos y educación del participante. Se usó también, el estatus socioeconómico (ESE), medido por el nivel de educación, ingresos y ocupación.

Igualmente fue utilizado el índice de posición socioeconómica (PSE) que incluye activos domésticos (ingresos familiares anuales y equipamiento del hogar), nivel educativo y acceso a servicios médicos. También, PSE del curso de la vida, el cual incluye, el nivel de educación y la clase social ocupacional a lo largo de la vida. Otro de los estudios usó la ocupación, a través de la Clasificación Internacional Estándar de Ocupaciones, 2008 y para medir el estatus socioeconómico, empleó el índice de riqueza que incluye activos inmobiliarios, propiedad y área de la casa.

## **Principales hallazgos**

### **Abordajes Cualitativos**

En todos los estudios se encontraron evidencias que muestran relaciones entre desigualdades económicas, sociales y culturales con el auto-gerenciamiento de la diabetes y experiencias de atención en salud. La falta de acceso y la inestabilidad de la vivienda afectó la capacidad de los participantes para: 1) priorizar el tratamiento de la diabetes, 2) establecer y mantener rutinas de auto-gerenciamiento de la diabetes y 3) cubrir gastos relacionados con la diabetes (Artículo: 1).

En la meta-síntesis se encontró que en las personas de minorías étnicas el auto-gerenciamiento estuvo condicionado por la sensación de impotencia, cuestiones de accesibilidad y aceptabilidad del tratamiento, así como por los roles culturalmente definidos dentro de las familias. También se encontraron relaciones con el significado cultural de los alimentos y el efecto cultural del estigma (Artículo: 2).

Al respecto de las experiencias de atención, en la población indígena de Canadá percibe rastros del legado colonial en los servicios de salud. Existe resistencia de la población indígena a ser tratado por el sistema occidental porque perciben imposiciones en algunos tratamientos que recuerdan relaciones autoritarias históricas. Perciben que los cuidados de salud refuerzan relaciones históricas de racismo, discriminación y estereotipos, expresados en la negación o entrega de cuidados de menor calidad y en las políticas que no apoyan las prácticas culturales para el cuidado (Artículo: 3).

Identificaron también, barreras estructurales en torno al acceso a los servicios, la falta de médicos, aislamiento geográfico, rotación del personal de salud y falta de continuidad de los cuidados. Identifican problemas en la comunicación entre médico y paciente, como un aspecto que afecta el cuidado y la mitigación de daños. Señalan que los profesionales se enfocan en dar medicamentos y tratar lo que está mal, pero no escuchan a los pacientes tampoco explican adecuadamente ni acuerdan con el paciente su propio tratamiento.

En los estudios que analizaron la atención, los pacientes perciben discriminación e interacciones deficientes entre paciente y proveedores. Reclaman información suficiente y clara, relaciones atentas y respetuosas y en general, una mejor atención (Artículo: 4). En la misma línea, otros resultados indican poco interés de parte de los pacientes en los datos comparativos sobre el desempeño del proveedor de los servicios. En vez de eso desatacaron como prioritario la calidad de las interacciones interpersonales y las referencias personales para escoger su médico. También, están interesados en información más básica, simple y específica para ayudar en el automanejo de la diabetes (Artículo: 5).

## **Abordajes cuantitativos**

### **Condiciones étnico/raciales y diabetes**

Se observó mayor prevalencia en las minorías étnicas estudiadas: la población Sami en comparación con no Sami en Noruega (Prevalencia de diabetes mellitus en hombres Sami fue de 5,5% y en mujeres de 4,8%, mientras que en hombres no Sami fue de 4,6% y en mujeres de 4,5%) (Artículo: 29). El riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en grupos étnicos minoritarios que viven en Europa es tres a cinco veces mayor entre las personas del Sur de Asia, dos a cuatro veces mayor en personas del Norte de África y dos a tres veces

mayor entre las personas de África Subsahariana (Artículo: 32). Por otra parte, en un grupo de migrantes/refugiados en Suecia, se observó un aumento de las probabilidades de diagnóstico de diabetes de 15% y 22%, al comparar áreas de moderada y alta privación con áreas de baja privación (Artículo: 18).

En la misma dirección, se identificó mayor prevalencia de diabetes en población negra e hispana en comparación con la blanca, mediado principalmente por el riesgo socioeconómico (Artículo: 31). En una cohorte, se observó mayor riesgo de tener diabetes en población negra no hispana (HR 1.69) e hispana (HR 2.25) en comparación con el grupo de blancos no hispanos. En contraste, una revisión, no encontró asociación entre la segregación residencial étnico-racial y la prevalencia de diabetes, no obstante, mayor segregación de población negras fue relacionada con mayor mortalidad por diabetes (Artículo: 27).

Relacionando las condiciones étnicas con el acceso a los servicios y el auto-gerenciamiento, estudios muestran que los asiáticos americanos tuvieron 34% menos chance de recibir una prueba de diabetes recomendada (prueba para azúcar elevada en sangre o diabetes en los últimos 3 años), en comparación con los blancos no-hispanos (Artículo: 25). Otros resultados indican que los puertorriqueños que viven en los Estados Unidos tienden a tener mayores facilidades que otros hispanos para acceder a los servicios por el estatus de ciudadanía y el manejo del inglés (Artículo: 26).

Con algunas diferencias con lo presentado anteriormente, se encontró que los negros no-hispanos tuvieron mayores chances de consulta de un especialista en diabetes (84,9%) seguido por blancos no-hispanos (74,7%), mientras que los hispanos reportaron las proporciones más bajas (55,2% americanos mexicanos y 62,1% otros hispanos). Sin embargo, resultados sobre el auto-gerenciamiento indican que los blancos no-hispanos tuvieron la menor proporción de adhesión al consumo de grasas saturadas (<10% de calorías de grasas saturadas) y una mayor proporción de reportes de actividad física en el trabajo y en tiempos de ocio (Artículo: 34).

En pacientes con manejo limitado del inglés en los Estados Unidos que requieren servicios de intérprete, fueron más propensos a atender las recomendaciones de control de la presión arterial (OR 2,02); examen de hemoglobina medida en los 6 meses anteriores

(OR 1,23) y de colesterol LDL medido en los últimos 12 meses (OR 1,40) (Artículo: 9). Otro estudio que analizó las prácticas de autocuidado en grupos étnicos en los Estados Unidos, encontró que los negros e hispanos tienen menores niveles de adhesión a los medicamentos que los blancos. En sentido contrario, los hispanos tienen una dieta más saludable que los blancos. También, las personas negras no hispanas mostraron estar más comprometidas con el auto-monitoreo regular de la glucosa en sangre que los blancos (Artículo: 7).

Respecto a la calidad de la atención primaria en minorías étnicas y población blanca, usando medidas de primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación, se encontraron tasas similares en todas las categorías étnicas de acuerdo (Artículo: 37). Otros análisis que comparan el uso de servicios de población de Gana que vive en Gana y en Europa, encontraron que la sensibilización sobre la diabetes fue menor en la zona rural de Gana (51%) que en los países de Europa, los cuales varían de 73% en Londres (OR 2,7) a 79% en Ámsterdam (OR 4,7). El tratamiento también fue más bajo en la zona rural (37%) que en la urbana de Gana (56%; OR 2,6) y en los países europeos (67% en Londres (OR 3,4) a 73% en Berlín (OR 6,9)). En contraste, el control de la diabetes en la zona rural de Gana (63%) fue comparable con el Ámsterdam y Berlín, pero mayor que el de Londres (40%; OR 0,4) y Gana urbana (28%; OR 0,3) (Artículo: 6).

Al analizar las relaciones de pacientes de diferentes grupos étnicos que viven en Estados Unidos con el personal médico, se encontró que los vietnamitas en comparación con los blancos no hispanos y los mexicanos-americanos, calificaron más bajo el nivel de participación en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento (50.9, 52.1 e 52.6,  $p = 0.01$ ). Sin embargo, los pacientes blancos no hispanos calificaron más bajo la confianza en su proveedor de salud en comparación con los mexicanos y los vietnamitas (84.0, 87.9 e 88.5,  $p = 0.01$ ) (Artículo: 33).

En un estudio con población indígena Mapuche de Chile, se reporta que el evento clínico negativo más frecuente fue que el profesional realizaba el examen físico apresuradamente (41%), seguido por la entrega de información insuficiente (35%) y la falta de explicación de los resultados de los exámenes (32%). Los pacientes atribuyen las experiencias negativas en salud a los preconceptos sobre su etnia y su nivel socioeconómico, situación

que conlleva a interrumpir el tratamiento, aplazando la siguiente consulta o llevando a cambiar de profesional con quien se tuvo una experiencia negativa (Artículo: 28).

### **Condiciones socioeconómicas y diabetes**

En los países bajos se encontró que las personas con bajo nivel socioeconómico en el inicio de sus vidas presentaron una probabilidad 1,56 veces mayor de pre-diabetes y 1,61 mayor de tener diabetes (artículo: 13). En el mismo sentido, en China, Hong Kong y Taiwan, la baja escolaridad está asociada a un aumento de la prevalencia de diabetes tipo 2 (OR varía de 0,39 a 1,52 para el más alto, en comparación con el menor nivel de escolaridad), mientras que la asociación entre ingresos, ocupación y la diabetes tipo 2, no es clara. Solo un pequeño número de estudios identificó una asociación significativa entre ocupación y diabetes tipo 2 (artículo: 14).

En Dinamarca se encontró que el bajo nivel de escolaridad (educación básica) y los bajos ingresos familiares (menos de 21.400 € por año) mostraron asociación con la no obtención de metas en el tratamiento de diabetes. Pacientes con bajo nivel socioeconómico eran más frecuentemente obesos, físicamente inactivos, fumadores y tenían presión arterial elevada (artículo: 15). En China, se reportó que el nivel educativo individual fue negativamente asociado con la prevalencia de diabetes, mientras que los individuos con mayor patrimonio familiar y mayor PSE fueron más propensos a padecer de diabetes. Sin embargo, las personas con diabetes, con mayor patrimonio familiar, mayor nivel de escolaridad y mayor PSE presentaron mayor probabilidad de auto-monitoreo de glicemia, de adhesión a los medicamentos prescritos y a tomar medidas para controlar la diabetes (artículo: 16).

En Portugal, se encontró asociación entre la baja escolaridad, desempleo y bajos ingresos. Las diferencias de prevalencia de diabetes entre los deciles más y los menos favorecidos, fueron de 1,31% (ingresos), 1,17% (educación superior), 0,79% (desempleo), 0,62% (analfabetismo), 0,55% (condiciones de vivienda) y 0,39% (acceso a servicios de salud) (artículo: 17). En la misma dirección, en Teherán la prevalencia de la diabetes fue significativamente menor en quienes tienen mayor puntuación de riqueza, mayor educación y viven en áreas más acomodadas (artículo: 20).

Una investigación en los Estados Unidos analizó los efectos acumulativos de factores sociales adversos sobre el riesgo de desarrollar diabetes, encontrando que al comparar un puntaje de riesgo social acumulativo de 0 y  $\geq 3$ , el chance de diabetes ajustado por edad y sexo fue de 2,84 e 2,72 respectivamente (riesgo social: bajos ingresos familiares, baja escolaridad, estatus de grupo étnico/racial minoritario y estatus de vivienda) (artículo: 12).

En Brasil, un estudio indica que después de ajuste la diabetes permaneció asociado a la edad ( $\geq 40$  años), escolaridad ( $< 8$  años de estudio), estado civil (soltero), obesidad, sedentarismo, comorbilidad con hipertensión e hipercolesterolemia. No se encontró asociación entre clase económica y diabetes (artículo: 19). En Alemania, se encontró en una cohorte que el riesgo de incidencia de diabetes disminuyó conforme aumenta el nivel de educación (HR educación superior: 0,52; enseñanza media: 0,80) (artículo: 21).

Igualmente, los a mayores niveles de escolaridad aumentó la participación en actividades físicas al menos una vez por semana y consumir frutas, legumbres y suplementos vitamínicos diariamente. Aquellos de menor nivel educativo fueron más propensos a tener mayor índice de masa corporal, proteína C-reactiva (PCR) y triglicéridos en ayunas (artículo: 21). En otra experiencia en Suiza, se observó que en general, el condicionamiento aeróbico fue 46%, la fuerza muscular de un miembro funcional 16% y la velocidad de marcha 11% mayor en pacientes con niveles educativos altos (artículo: 22).

En Estados Unidos un estudio analizó el estatus del seguro de salud y los atributos de la atención primaria relacionadas con el primer contacto, revelando que, en términos de longitudinalidad, integralidad y coordinación, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre tipos de seguro y calidad de la atención primaria. Se afirma que los factores de estratificación socioeconómica (educación, situación de empleo e ingresos) son considerados las causas de las disparidades en los cuidados (artículo: 11).

En Brasil, al analizar nuevos casos de diabetes por género, a partir de las condiciones acumulativas en las posiciones socioeconómicas en el curso de la vida, se encontró que aumentaron los nuevos casos con el aumento de las desventajas socioeconómicas en el curso da vida, principalmente en los hombres. Esta diferencia por género fue pronunciada

en cuanto los procesos acumulativos fueron evaluados por los puntajes basados en la educación (alta versus baja desventaja social acumulativa, OR 4,7; en hombres OR 2,0 en mujeres) (artículo: 23). En cuanto a los gastos para el tratamiento, un estudio en Estados Unidos arroja que las mujeres con diabetes tuvieron estadísticamente mayores gastos de bolsillo (out of pocket -OOP) y gastos directos totales, en comparación con los hombres. Tienen \$US218 más gastos de bolsillo al año que los hombres, particularmente, en servicios de salud, incluyendo visitas a los consultorios, cuidados de salud y prescripciones (artículo: 10).

Midiendo las relaciones entre las redes sociales y las capacidades de auto-gerenciamiento en seis países de Europa, se observó que la asociación de capacidades de auto-gerenciamiento con el apoyo informacional fue especialmente fuerte en el grupo de baja escolaridad, mientras la asociación con apoyo emocional fue más fuerte en el grupo de educación superior. También, el hecho que más miembros de la red brinden soporte informativo o soporte emocional y participar en organizaciones de la comunidad fueron asociadas con un mayor auto-monitoreo (artículo: 8).

## **Discusión**

Esta revisión indica que más del 90% de los artículos fueron escritos en países de altos ingresos. En una proporción similar, utilizaron abordajes cuantitativos en comparación con los cualitativos. En relación con las variables o categorías para analizar o medir las desigualdades, las condiciones étnico/raciales y las condiciones socioeconómicas fueron las más usadas. Dentro de las primeras, aparecen los grupos de minorías étnico/raciales asentados en los países de tiempo atrás o que vienen llegando como migrantes o refugiados, producto de las crisis económicas, políticas y humanitarias de algunas regiones, especialmente de África y Suramérica. Las segundas, incluyen principalmente ingresos, empleo, ocupación, nivel educativo y lugar de residencia.

Otras variables o categorías, son menos estudiadas como tema central son por ejemplo, el género, la edad, el tipo de seguro/plan de salud. En cuanto a los aspectos estudiados sobre la diabetes, las investigaciones se centran principalmente en: la prevalencia y el riesgo de tener diabetes, el uso y acceso a los servicios de salud y el auto-gerenciamiento. En menor proporción analizaron factores de riesgo asociados.

Los resultados muestran que las desigualdades sociales medidas principalmente por condiciones étnico/raciales y socioeconómicas tienen efectos sobre la incidencia, el tratamiento/manejo y la atención de la diabetes, mientras que con respecto al género se evidenció un comportamiento variable entre hombres y mujeres. La condición étnico/racial estuvo relacionada con mayor prevalencia de diabetes, la percepción y vivencia por las minorías étnicas de situaciones de discriminación en los servicios de salud, diferencias en el trato por parte del personal médico y barreras de comunicación entre pacientes y médicos. También, mayor prevalencia de hábitos de riesgo, asociados con el autocuidado, la alimentación y la actividad física.

Los resultados de estos estudios ofrecen evidencias que refuerzan hallazgos que vienen presentándose en otros estudios. Por una parte, la asociación entre desventajas socioeconómicas con la diabetes mellitus tipo 2, y por otra, un refuerzo entre condiciones socioeconómicas y étnico/raciales. La primera afirmación coincide con las relaciones entre gradiente social y condiciones de salud, es decir, un empeoramiento de las condiciones de salud en la medida que se desciende en la escala socioeconómica<sup>(14)</sup>.

Esto coincide con los resultados que señalan que el bajo nivel educativo, las ocupaciones de menor jerarquía y los ingresos más bajos, aumentan el riesgo de tener diabetes. De la misma forma, con que las condiciones de habitación deficitaria, la débil disponibilidad de infraestructuras que incentiven la adopción de estilos de vida saludables y las barreras de acceso a los cuidados de salud se transforman en ambientes vulnerables, determinantes para la incidencia de la diabetes<sup>(7,8, 15,16,17,18, 19, 20, 21)</sup>.

Más aún, algunos estudios describen de qué forma las condiciones socioeconómicas afectan el cuidado y el tratamiento de la diabetes. La prioridad por llevar el dinero para el hogar, reduce el tiempo para preparar comidas adecuadas para la enfermedad, optando por comidas preparadas<sup>(22)</sup>. Los pacientes experimentan dificultades para adquirir la alimentación más adecuada, por ser menos económica y por anteponer a sus hijos antes que la enfermedad, comprando alimentos básicos para ellos<sup>(23,24,25)</sup>. También, el alto costo de la medicación y la necesidad de más medicamentos prescritos, impiden la toma de la medicación diariamente<sup>(24,25)</sup>

Igualmente, la desventaja económica de los pacientes, dificulta el control glicémico debido a la falta de glucómetro en sus casas, además, de las dificultades para comprar zapatos apropiados para sus pies, prefiriendo comprar ropa para sus hijos<sup>(23,24,25)</sup>. Finalmente, el acceso a especialistas puede ser poco frecuente en las clases con menos recursos económicos pues depende de su capacidad de pago y del tipo de plan de salud que posean<sup>(23,26)</sup>.

La segunda afirmación, que relaciona las condiciones socioeconómicas y las condiciones étnico/raciales, combina el gradiente socioeconómico con una dimensión sociocultural que pone en desventaja no solo material a las minorías o ciertos grupos étnicos, sino también, simbólica. Esta doble condición, influye en las relaciones sociales y en las prácticas de cuidado como lo muestran los trabajos con población indígena y con otros grupos minoritarios presentados.

Los resultados presentados coinciden con los de otros estudios que muestran mayor prevalencia de diabetes tipo 2 y menor frecuencia de prácticas de autocuidado en grupos étnicos minoritarios<sup>(18,27,28)</sup>. Frente a la dimensión cultural/simbólica, es frecuente encontrar que los pacientes de minorías étnicas perciben tratos discriminatorios y preconcepciones de parte del personal médico. Las diferencias culturales entre los equipos de salud y los pacientes, al igual que las diferencias de idioma, afectan la comunicación y la confianza. Esas diferencias dificultan que los pacientes reciban y acojan las indicaciones para su autocuidado, además limitan su participación en las decisiones sobre su tratamiento<sup>(23,29,30,31,32,33,34)</sup>.

En relación al género, que es una de las principales categorías para los análisis de las desigualdades sociales relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-cuidado, en esta revisión solo hubo dos estudios que mostraron resultados al respecto. Una mayor asociación entre nuevos casos de diabetes con el aumento de las desventajas socioeconómicas en el curso de la vida, principalmente en los hombres y mayores gastos de bolsillo y gastos totales para el tratamiento de la diabetes por parte de las mujeres.

Los resultados del estudio de gasto de bolsillo muestran mayores coincidencias con estudios que ofrece la literatura, ya que tienden a mostrar una importante relación entre las desventajas socioeconómicas, el género femenino y en algunos casos, la pertenencia

a grupos étnico/raciales minoritarios. Se describe que las desigualdades en la diabetes son más intensas en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres de posición socioeconómica desfavorecida concentran una mayor proporción de factores de riesgo como: obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada, así como estrés psicosocial que los hombres que están en las mismas posiciones sociales<sup>(7,35)</sup>.

Otros estudios coincidentes, muestran mayor prevalencia de diabetes en mujeres de poblaciones mayoritariamente de origen africano, en comparación con los hombres del mismo país y del mismo origen étnico<sup>(36,37,38)</sup>. Esta relación se evidencia en algunos países de América Latina como Colombia y Argentina<sup>(39,40)</sup>. De la misma forma, se observó menores controles de hemoglobina glicosilada en las mujeres<sup>(41)</sup>, y mayor índice de masa corporal, clasificado como sobrepeso y obesidad<sup>(42)</sup>.

Sobre el autocuidado, se encontró que el rol de “multicuidadora” impuesto/asumido por las mujeres en la cultura africana, dificultaba el hecho de ser ayudada por su familia para su autocuidado<sup>(43)</sup>. En México se reportó que la actividad física y la alimentación son los dos aspectos más críticos de las mujeres, debido a que en general, los hombres tienen una posición social más favorable, mayor autonomía frente al uso de su tiempo, así como mayor acceso a los recursos monetarios y no monetarios en las familias<sup>(44)</sup>.

## **Conclusiones**

Al comparar diversos estudios realizados en diferentes latitudes, es posible encontrar evidencias que tienden a confirmar que existe una asociación entre las desigualdades sociales de carácter socioeconómico y cultural y la diabetes, en cuanto a la prevalencia, la incidencia, el tratamiento y el autocuidado. No obstante, para tener evidencia en la región latinoamericana, es necesario intensificar la investigación y la publicación de estudios en el tema, ya que la mayoría de estos, como lo muestra esta revisión, fueron publicados en países de altos ingresos. También, los resultados de las investigaciones evidencian que las condiciones sociales operan de forma acumulativa, configurando inequidades que afectan las personas, grupos o poblaciones que se encuentran en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de enfermedad y tratamiento, configurando un círculo vicioso entre desventaja/vulnerabilidad social y enfermedad/cuidado.

Para comprender mejor los mecanismos a través de los cuales interactúan las condiciones sociales y las condiciones de salud, bajo esta forma de círculo vicioso, es necesario desarrollar en mayor medida estudios de tipo cualitativo o mixtos. Estos tipos de abordajes permiten profundizar en las trayectorias de vida de las personas para explorar con mayor nivel de detalle, siguiendo casos particulares, en medio de contextos específicos, las formas concretas de estas interacciones recíprocas entre las desigualdades sociales y las desigualdades en salud, como dos caras de la misma moneda. Así entonces, los resultados situados contextualmente de este tipo de investigaciones, ofrecerán insumos para desarrollar estrategias locales y singulares para prevenir, mitigar daños, fortalecer el automanejo, mejorar el acceso, la oferta y el uso de los servicios, sin que ello implique renunciar a medidas globales.

## Referencias

1. World Health Organization (WHO). Global Report on Diabetes. Library Cataloguing-in-Publication Data. 2016.
2. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. Geneva. 2014.
3. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol.* 2012;8:228-36.
4. Domínguez E. Desigualdades sociales e diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología* 2013;24(2):200-213
5. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev.* 2004;26:63-77.
6. Agardh E, Ahlbom A, Andersson T, Efendic S, Grill V, Hallqvist J, Östenson C. Explanations of socioeconomic differences in excess risk of type 2 diabetes in Swedish men and women. *Diabetes Care.* 2004; 27:716-721.
7. Tang M, Chen E, Krewski D. Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. *Int J Epidemiol.* 2003;32:381-5.
8. Santana, P.; et al. *Acta Med Port,* May-Jun 2014;27(3):309-317.

9. Saedah S, Imperatore G, Beckles, G. Socioeconomic status and mortality. Contribution of health care access and psychological distress among U.S. adults with diagnosed diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36:49-55.
10. Saedah, S, Lochner, K. Socioeconomic status and risk of diabetes-related mortality in the U.S. *Public Health Rep*. May-Jun 2010;125(3): 377-88.
11. Connolle V, Unwin N, Sherriff P, Bilous R, Kelle W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 DM in deprived areas. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:173-7.
12. Mendes KS, Silveira RC, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Enferm., Florianópolis*. Dec 2008, 17(4):758-764.
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009 Jul; 6(7).
14. Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(6):433-41.
15. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2011;40:804-818.
16. Schmitz N, Nitka D, Gariepe G, Malla A, Wang J, Boer R, et al. Association between neighborhood-level deprivation and disability in a community sample of people with diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32:1998-2004.
17. Daria S. Análisis de las desigualdades económicas en la Prevalencia de la diabetes y la obesidad en Canarias. *Rev Enf*. 2008;4:51-60.
18. Adrian Sanders MP. Diabetes and the disadvantaged: reducing health inequalities in the UK. *Educating, UK*. 2006.
19. Pickett KE, Kelle S, Brunner E, Lobstein T, Wilkinson RG. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:670-4.
20. Wester GP, Schellevis FG, Bakke DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van Der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second

- Dutch National Survey of General Practice. *European Journal of Public Health*. 2005;15(1):59-65.
21. Weng C, Coppinit D, Sönksen P. Geographic and social factors are related to increased morbidity and mortality rates in diabetic patients. *Diabet Med*. 2000; 17:612-7.
  22. Lundberg, P C; Thrakul, S. J. Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practice self-management? *Adv Nurs*. 2012 Mar,68(3):550-8.
  23. Adams CR. Lessons learned from urban Latinas with type 2 diabetes mellitus. *J Transcult Nurs* 2003; 14:255-265.
  24. Pilkington FB, Daisuki I, Breant T, Dinca-Panaitescu M, Dinca-Panaitescu S, Raphael D. The experience of living with diabetes for low-income Canadians. *Can J Diabetes* 2010;34:119-126.
  25. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006;54:151-158.
  26. Johnson M, Baird W, Goeder E. Understanding issues involved in the transfer of diabetes care to general practice: the patient perspective. *Qual Prim Care* 2006;14:247-252.
  27. Hernández A. Las desigualdades sociales en diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y obesidad en las poblaciones afrohondureña y mestiza de La Ceiba. Honduras, 2013. Tesis para obtener el Grado de Doctor en Salud Pública Guatemala, junio de 2015. Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.
  28. Soler J, Marsal JR, Serna C, Real J, Cruz I López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gac Sanit*. 2013;27(1):19–25
  29. Chen R; Cheadle A, Johnson, D Duran, B. US trends in receipt of appropriate diabetes clinical and self-care from 2001 to 2010 and racial/ethnic disparities in care. *Diabetes Educ*. 2014 Nov-Dec,40(6):756-66.
  30. Detz, A, Mangione, CM, Nunez de Jaimes F, Noguera C, Morales LS, Tseng CH, Moreno, G. Language concordance, interpersonal care, and diabetes self-care in rural Latino patients. *J Gen Intern Med*. 2014 Dec,29(12):1650-6.
  31. Ramal, E, Petersen AB, Ingram KM, Champlin AM. Factors that influence diabetes self-management in Hispanics living in low socioeconomic

- neighborhoods in San Bernardino, California. *J Immigr Minor Health*. 2012 Dec;14(6):1090-6.
32. Wang Y, Chuang L, Bateman W. Focus Group Study Assessing Self-management Skills of Chinese Americans with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Immigrant Minority Health*. 2012;14:869–874.
  33. Peek ME, Odoms-Elung A, Quinn, MT, Gorawara-Bhat R, Wilson S; Chin MH. Race and shared decision-making: perspectives of African-Americans with diabetes. *Soc Sci Med*. 2010 Jul;71(1):1-9.
  34. Caban A, Walker EA, Sanchez S, Mera MS. “It Feels Like Home When Eat Rice and Beans”: Perspectives of Urban Latinos Living With Diabetes. *Diabetes Spectr* 2008; 21:120-127.
  35. Shai I, Jiang R, Manson J. Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*. 2006;29:1585-9.
  36. Torres C, Barceló A. Injusticia social e necesidades no cubiertas: mujeres y diabetes en las Américas. *Diabetes Voice*. 2009;54:12-7.
  37. Pan American Health Organization (PAHO). Best practices in gender, ethnicity and health. Washington DC. 2009.
  38. Pan American Health Organization (PAHO). Health in the Americas. Washington DC. 2007.
  39. Marro MJ, Moreira A, Da Costa I. Desigualdades regionales en la mortalidad por diabetes mellitus y en el acceso a la salud en Argentina. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(9)
  40. Cerezo-Correa MdP, Cifuentes-Aguirre OL, Nieto-Murillo E, Parra-Sánchez JH. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 2012 julio-diciembre,11 (23):165-188,
  41. Bacigalupe A, Esnaola, S, Fraile I, Ibarra J, Urraca J, Sánchez S Millán E. Desigualdades sociales en la atención a la diabetes tipo 2 en la Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2017.
  42. Rossaneis MA, Haddad Mdo C, Mathias Ta, Marcon SS. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2761

43. Carter-Edwards L, Skelle AH, Cagle CS, Appel SJ. They care but don't understand: family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabet Educ* 2004;30:493-501.
44. Trujillo LE; Nazar A. Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2011,26(3)

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo geral**

Analisar as relações das desigualdades sociais e as experiências de adoecimento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Descrever as trajetórias de vida de pacientes com diabetes mellitus tipo 2, no que diz respeito às desigualdades sociais;
- Descrever as experiências de adoecimento dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2;
- Identificar as rupturas e continuidades das desigualdades sociais nas articulações entre as experiências de adoecimento da diabetes e as trajetórias de vida nos casos analisados.

## 1.6 ABORDAGEM METODOLÓGICA

...O ato de contar e ouvir uma experiência implica um estar-com-no-mundo, uma relação de intersubjetividade que se dá no universo de valores e transcende o universo em que os personagens estão inseridos. Quem escuta uma história está em companhia do narrador, e, inclusive quem a lê, compartilha essa companhia.  
(Walter Benjamin, 1994)

A constatação das desigualdades sociais em pessoas com diabetes através de medições revisadas no estado da arte, determinou a pertinência da pergunta sobre as experiências que estão no fundo e as formas como são expressas essas desigualdades. Por conseguinte, a pergunta norteadora foi: de que forma as condições de vida marcadas por contextos de desigualdades sociais intervêm nas experiências de adoecimento por diabetes? Em concordância com isso e no mesmo sentido que propõe Kessler (2019), esta pesquisa pretende contribuir na compreensão da forma como as desigualdades quantitativas expressam-se em experiências qualitativas, nas interações e ações no nível microssocial.

Nesta seção, descreve-se a perspectiva epistemológica que orienta a observação do fenômeno de interesse e a produção do conhecimento, assim como a técnica e os processos de coleta da informação, as características dos e das participantes e o tipo de análise desenvolvido, inclui-se também, as categorias e subcategorias construídas durante o processamento e análise e as considerações éticas. Por fim, apresenta-se um artigo no qual é exposta uma revisão integrativa de pesquisas que abordam relações entre as desigualdades sociais e a diabetes mellitus tipo 2.

Conseqüentemente com a perspectiva teórica exposta, o enfoque metodológico se situa no campo da sociologia compreensiva desde o qual se busca conhecer o comportamento visível e objetivo do objeto de estudo, como fato social (a produção social da diabetes), e, desentranhar as lógicas e as dinâmicas menos evidentes em torno de como se produz/vivencia, como fato vivido. Metodologicamente, a principal fonte de informação e unidade da análise foram os relatos biográficos e particularmente, as trajetórias de vida e as experiências de adoecimento de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Para a compreensão do fenômeno da análise, apropriam-se as premissas da fenomenologia. a *situação*, que significa o lugar que as pessoas entrevistadas ocupam na sociedade, o papel que desempenham e suas posições. Em segundo lugar, a *experiência*

*biográfica*, que implica que todas as pessoas entrevistadas estão situadas biograficamente no mundo da vida, onde pensam, sentem e atuam. Um terceiro referente é *stock de conhecimento*, que corresponde com a sedimentação das experiências e situações vivenciadas, a partir das quais os sujeitos interpretam o mundo e pautam sua ação. O quarto é a *experiência e conhecimento*, que significa que, embora as pessoas vivessem uma mesma experiência, o conhecimento gerado é diferente e variado, de acordo com a bagagem biográfica e a capacidade reflexiva de cada um (COSTA, 2012).

Apela-se a linguagem como ferramenta de produção da realidade e aos relatos biográficos através dos quais cada caso particular ao mesmo tempo ilustra de forma concreta a estrutura social global e transmite, através de sua própria individualidade, distinta, o caráter as vezes único e representativo de cada caso (MINAYO, 2014). Se escutou reconstruiu o que as pessoas disseram sobre elas e sua trajetória de vida, partindo da premissa que os relatos nunca são uma verdade sobre os fatos vividos, são apenas uma versão possível que lhes atribuem aqueles que os vivenciaram, a partir dos dados de sua biografia, de sua experiência, de seu conhecimento e de sua visão do futuro. Recorremos aos relatos biográficos como ferramentas poderosas para o descobrimento e a exploração da forma como as pessoas vivenciam experiências vitais passadas e presentes, sob as divisões, diferenciações, hierarquizações sociais nas quais produzem-se o adoecimento pela diabetes, vinculando sua experiência individual com o contexto social, interpretando-a e dando-lhe significado, a partir do presente (MINAYO, 2014).

Entende-se o relato biográfico como uma ferramenta através da qual as pessoas narram de maneira aprofundada as experiências em função de sua própria interpretação dos fatos que cada um reconhece como significativos ou relevantes. Nos relatos obtém-se o testemunho subjetivo de uma pessoa acerca dos acontecimentos e valorações de sua existência. Narra-se fatos que foram vividos, com sua origem e desenvolvimento, com progressões e regressões, com contornos detalhados, com cifras e significados.

Como técnica, foram realizadas entrevistas abertas individuais com o propósito de recuperar os relatos, baseados na ideia de história de vida completa<sup>4</sup>, através da qual

---

<sup>4</sup>Mckernan (1999) refere-se a três tipos de histórias de vida: completas, temáticas e editadas. As histórias de vidas completas são aquelas que cobrem a extensão da vida. As temáticas, compartilham muitas

procurou-se abarcar a totalidade da vida dos entrevistados, rastreando cronologicamente sua experiência vital e destacando os fatos que para eles fossem mais significativos, e, para os propósitos desta pesquisa, evidenciam condições de vantagem ou desvantagem em âmbitos sociais, económicos e culturais. Além de se apoiar na perspectiva da história de vida completa, tem a característica de ser uma história de vida editada devido a que o pesquisador faz comentários, anotações em meio dos relatos. Isto guarda relação com o enfoque teórico dessa pesquisa, pois a técnica de coleta se situa dentro da perspectiva construtivista, o que significa que o conhecimento das experiências é produzido por o sujeito entrevistado(a), mais não de forma independente do pesquisador (CORNEJO, 2006; CHÁRRIEZ, 2012).

A decisão de utilizar os relatos biográficos procurou se aproximar aos trânsitos dos sujeitos, que ficaram expressos nos conceitos de trajetórias de vida e experiências de adoecimento, mas também, às influências do entorno sociocultural no qual desenvolve-se e configura-se os habitus presentes nas corporalidades e os processos de saúde-doença-cuidado dos entrevistados. A escolha do relato biográfico como aproximação metodológica do fenómeno de interesse, coincide com os objetivos propostos por Ruíz-Olabuenágana (2012), a respeito desse tipo de abordagens:

1. Captar a totalidade de uma experiência biográfica, totalidade no tempo e no espaço. Desde a infância até o presente, desde o eu íntimo há todos quem entram em relação significativa com a vida das pessoas. Inclui as necessidades fisiológicas, a redes familiares, as relações de amizade, a definição pessoal das situações, a mudança pessoal e as percepções das mudanças sociais. Também, os momentos críticos e tranquilos, a inclusão e a marginalização dos indivíduos em seu mundo social no que estão envolvidos.
2. Captar as ambiguidades e as mudanças. Longe de uma visão estática e uma perspectiva racional e lógica da vida dos sujeitos, procurou-se descobrir as mudanças acontecidas ao longo da vida, as ambiguidades, as faltas de lógica e coerência, as dúvidas, as contradições experimentadas nas trajetórias de vida e do adoecimento.

---

características das histórias de vidas completas, mas delimitam a investigação a um assunto ou período da vida do sujeito, fazendo uma exploração profunda do mesmo. As histórias de vida editadas, podem ser completas ou temáticas, mas são caracterizadas pela intercalação de comentários e explicações por outra pessoa que não é o sujeito principal.

3. Captar a visão subjetiva com a que as pessoas se vêem a si mesmos e ao mundo. As formas como interpretam e valoram seus próprios comportamentos e os de os outros. Como negociam e tomam posições nas diferentes situações e espaços pelos quais transitam durante sua vida.

4. Descobrir as chaves de interpretação de fenômenos sociais do âmbito geral e histórico que podem encontrar explicações nas experiências pessoais dos indivíduos concretos.

Para as entrevistas, contou-se com um roteiro através do qual o pesquisador foi orientando cronologicamente as narrações, desde a infância até o presente, a reconstrução da história de vida dos entrevistados, considerando a infância, adolescência, juventude, vida adulta e velhice como etapas que ordenam as trajetórias de vida e em cada uma delas: os principais espaços sociais e experiências mais significativas ao longo da vida (espaços de socialização), vantagens e desvantagens percebidas (materiais e não materiais), tipos e qualidade das relações sociais, experiências positivas e negativas de adoecimento (APÊNDICE A).

O processo de coleta das informações se deu a partir da apresentação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde do município de Cali - Colômbia. Após, a Secretaria aprovou o projeto e emitiu uma carta de autorização para que o pesquisador o apresentara nas unidades de saúde (centros de saúde) do primeiro nível de atenção onde têm programas de diabetes. Assim, entrou-se em contato com instituições de saúde que fornecem serviços a pessoas de diferentes níveis socioeconômicos e socioculturais, de modo que houvesse uma representação diversa.

Para chegar aos participantes, seguiram-se os seguintes passos:

- Estabeleceu-se uma comunicação direta com o servidor responsável da linha de Estilos de Vida Saludáveis da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cali, para identificar as unidades de saúde que atendem a maior quantidade de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 nas diferentes áreas geográficas do município.
- Entrou-se em contato com o responsável do programa de diabetes das Unidades de Saúde.
- Apresentou-se o projeto no comité de ética das instituições para sua aprovação.

- Uma vez aprovado, em cada uma das instituições de saúde, de acordo com o responsável do programa, estabeleceu-se um cronograma de visitas do pesquisador nos dias de maior consulta para apresentar o projeto aos pacientes e convidá-los a participar voluntariamente.
- Identificou-se a existência de clubes ou grupos de pacientes com diabetes e apresentou-se o projeto para identificar aos interessados(as).
- Os(as) pacientes que aceitaram participar foram contatados para lhes informar e acordar a data e o horário da entrevista.
- Antes da entrevista foi apresentado de novo o projeto e lidos os termos de consentimento livre e esclarecido para sua assinatura.

Para selecionar os participantes se levaram em conta os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

#### **Critérios de inclusão dos participantes**

- Ter um diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 confirmado por um profissional da saúde.
- Diagnóstico de diabetes há mais de 1 ano.

#### **Critérios de exclusão dos participantes**

- Ter alguma deficiência que impeça ouvir, compreender ou falar.

A justificativa para considerar que os pacientes tenham um diagnóstico há pelo menos um ano, tem a ver com a probabilidade que tinham vivido experiências que permitam explorar as mudanças na evolução da doença em relação com o momento do diagnóstico, as mudanças na fase inicial de aceitação, adaptação/ressignificação de sua vida e das práticas cotidianas, o acesso e a utilização dos serviços de saúde, assim como a possibilidade de vivenciar a doença em diferentes esferas de sua vida.

#### **1.6.1 Técnica de coleta dos relatos**

A entrevista individual foi a técnica empregada para o levantamento das informações sobre as trajetórias de vida e as experiências de adoecimento. Para seu entendimento e

aplicação, levou-se em conta algumas características teóricas da técnica: correspondem a relações de comunicação direta entre o pesquisador/entrevistador e um indivíduo entrevistado, através das quais estabelece-se uma relação de conhecimento dialógica, espontânea, centrada e de intensidade variável. Para isso, teve lugar um jogo da linguagem, de perguntas abertas e relativamente livres por meio das quais orientou-se o processo de obtenção da informação expressa em respostas verbais e não verbais de parte do indivíduo entrevistado (CANALES, 2006).

Através do seu caráter aberto e não estruturado, buscou-se gerar as condições necessárias para que os relatos dos e das participantes, fossem elaborados nos seus próprios termos (configurando ou corrigindo a sua vontade os significados e sentidos). O caráter informal facilitou certos graus de liberdade e fluidez para que as falas fossem expressadas e “sair” à superfície (através da linguagem oral), desde dimensões mais profundas (as motivações, desejos, crenças, avaliações morais, interpretações) em um tempo (duração) prudente e confortável para o entrevistado (CANALES, 2006).

Na sua aplicação, depois de combinar o lugar, a data e o horário da entrevista em um primeiro encontro entre o pesquisador e os e as participantes, as entrevistas foram realizadas principalmente nas instituições de saúde onde realizam os controles periódicos e só em 5 casos as entrevistas foram feitas nas suas casas. O tempo da entrevista teve uma média de uma hora e trinta minutos. Em todos os casos o ponto de partida foi a apresentação do projeto, a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o esclarecimento da forma como seria feita a entrevista e a solicitação da autorização para gravar em áudio.

Sempre se deu a possibilidade de expressar as dúvidas e perguntas adicionais, ante o qual, a principal pergunta girou em torno ao uso dos dados e a sua utilidade. A resposta centrava-se em lembrar que as informações das entrevistas eram confidenciais, de uso exclusivo do pesquisador, assim como de códigos para resguardar as identidades dos participantes. Também, que no curto prazo a pesquisa tinha uma utilidade acadêmica, mas posteriormente, seria apresentada em diversos cenários, entre eles eventos científicos, instituições prestadoras de serviços de saúde, entre elas, aquelas onde eles comparecem aos controles/consultas, com o propósito de fornecer informações para melhorar os

mecanismos para o tratamento integral da diabetes e desenvolver estratégias de intervenção populacional.

A proposta do pesquisador para desenvolver a entrevista foi partir das primeiras lembranças da infância, sobre sua família, seus pais, irmãos, outros familiares e o lugar e o local de moradia. Indagou-se sobre a ocupação dos pais, as condições gerais de vida e as formas e a qualidade dos relacionamentos, além de seu lugar nesse contexto todo. A partir disso, propunha-se ao entrevistado continuar com uma descrição similar nas diferentes etapas de sua vida: na juventude, a idade adulta e a velhice. Frequentemente, os entrevistados davam informação muito geral sem muitos detalhes e a tarefa do entrevistador foi manter o fio cronológico o mais detalhado possível, pois isso é fundamental na riqueza dos relatos. Ao início das entrevistas foi estranho para os participantes falar sobre suas vidas numa entrevista sobre a diabetes, mas na medida que avançavam nos seus relatos, num ambiente de diálogo com o entrevistador, aumentava a confiança e o nível de detalhe, mesmo retornavam sobre momentos ou situações já narradas para esclarece-las.

A confiança que foi gerando-se nas entrevistas pode se expressar no nível de detalhe e a grau de intimidade dos relatos nos diferentes momentos de suas vidas. Enquanto alguns davam informações gerais que o pesquisador devia procurar mais detalhe, na maioria dos casos expressaram situações íntimas como por exemplo: experiências de estupro (vividas por homens e mulheres na infância), violência no interior das famílias, consumo de drogas, contágio de HIV, experiências de depressão, perda do desejo sexual, temores sobre sua morte e sobre a doença. Na maioria das entrevistas foi evidente que as pessoas gostaram de falar sobre suas vidas, assim para algumas delas no início das entrevistas foi difícil.

Uma vez finalizavam os relatos sobre as histórias gerais de suas vidas, o seguinte eixo centrava-se em aprofundar as experiências de adoecimento, partindo do diagnóstico. Procurou-se que relataram como foi o diagnóstico e o significado dele em suas vidas; como foi o tratamento institucional e suas práticas de cuidado. Neste momento da entrevista, pedia-se retornar ao passado para que avaliaram suas condições de saúde ao longo de suas vidas, seus hábitos e seu relacionamento com os serviços de saúde e como isso mudou depois do diagnóstico. É importante anotar que o pesquisador usou um

caderno de notas durante toda a coleta da informação para fazer anotações que não ficavam registradas nos áudios ou sobre temas ou questões para levar em conta nas novas entrevistas e na análise.

### **1.6.2 Instituições e participantes**

O sistema de saúde do município estrutura-se pela Secretaria Municipal de Saúde que tem a função da direção do sistema, sendo a representação local da Secretaria Departamental de Saúde (nível departamental/estadual) e do Ministério de Saúde (nível nacional). Depois encontram-se as seguradoras, encarregadas de assegurar à população ao regime contributivo (população com capacidade de pagamento) e ao regime subsidiado (sem capacidade de pagamento). Existem adicionalmente os regimes especiais que têm sua própria rede de serviços como os militares, os professores e os congressistas e uma rede de seguradoras e prestadores de serviços de saúde privados. Por fim, estão as empresas prestadoras de serviços de saúde, públicas e privadas. Essas empresas estabelecem contratos com as seguradoras, sendo as públicas as que atendem a quase a totalidade das pessoas do regime subsidiado. Para toda a população existe um pacote básico de serviços que deve ser garantido.

O município tem instituições do nível 1 que oferecem serviços ambulatoriais, de prevenção e promoção em diferentes áreas da saúde, assim como instituições do nível 2, 3 e 4 as quais atendem os casos de maior complexidade. No município de Santiago de Cali, as empresas prestadoras de serviços do nível 1 estão organizadas territorialmente em 5 ESE (Empresas Sociais do Estado), as quais têm um conjunto de unidades de saúde (centros de saúde) para a prestação dos serviços. Existe a ESE do Norte, a ESE do Leste, a ESE do Ladeira, a ESE do centro e a ESE sul-leste.

Procurando diversidade, o projeto foi apresentado em instituições que cobrem população de níveis socioeconômicos médios e altos. Foi apresentado na Cooperativa COOMEVA e no Serviço Ocidental de Saúde (SOS), que são empresas seguradoras de saúde que agrupam instituições prestadoras de serviços de saúde que atendem principalmente pessoas do regime contributivo. Também foi apresentado ao serviço de saúde da Universidade do Vale (universidade pública), que atende a toda sua população de aposentados e empregados docentes, pessoal administrativo, técnico e de serviços gerais.

Nessas instituições, só houve resposta positiva para apresentar o projeto no comitê de ética, no serviço de saúde da Universidade, onde foi aprovado e desenvolvido o levantamento da informação. Nas outras duas instituições, depois de estabelecer contato pessoal e enviar comunicação escrita, houve resposta negativa, argumentado que a agenda do comitê de ética estava comprometida.

Por outra parte, para chegar a pessoas de status socioeconômicos mais baixos, estabeleceu-se contato com duas ESEs que agrupam um conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde da rede pública, responsáveis da baixa complexidade de atenção e que atende pessoas pertencentes ao regime subsidiado. O projeto foi apresentado na ESE de Ladeira e na ESE do leste do município, sendo aprovado e levado a cabo o processo de coleta de informação nas unidades de saúde onde têm programas de diabetes.

Em ambos tipos de instituições, a dinâmica foi estar presente na sala de espera nos dias com maior afluência de pacientes no programa de diabetes e com o consentimento do médico e da enfermeira, se acercar aos pacientes após da consulta para apresentar o projeto e convidá-los a participar na pesquisa e programar a entrevista no tempo livre ou pós-consulta. Adicionalmente, no serviço de saúde da Universidade, apresentou-se o projeto numa reunião periódica com pacientes. Informou-se que as entrevistas não teriam uma duração menor de uma hora e nelas abordariam-se não só seus sintomas e experiências de adoecimento senão suas histórias pessoais.

Sobretudo nas camadas mais altas, os pacientes valorizaram a pesquisa, mas não se sentiam confortáveis para falar sobre suas vidas. Em todos os níveis asseguravam que não podiam porque tinham o tempo justo para as consultas e outros aceitavam, mas depois cancelavam ou não compareciam. No entanto, um grupo de pacientes das instituições mencionadas aceitou participar, conseguindo reunir um total de 23 casos de pessoas com características socioeconômicas e socioculturais diversas, que permitiu contar com um universo social amplo para abordar as questões dessa pesquisa.

A decisão de parar as entrevistas com esse número de participantes, teve a ver com a diversidade que representavam e a sua aproximação às características da população do município de Cali quanto ao gênero, raça/etnia e condição socioeconômica, além das

diferenças entre a origem rural e urbano, assim, como na sua idade. Isso permitiu também, analisar diferentes contextos sociais que são parte constituinte da história do país e da vida das pessoas.

A diversidade dos casos e o critério do pesquisador de dispor de informação relevante para analisar o fenômeno foi determinante para parar a coleta de informação, coincidentemente com o que propõe Mayan (2009) quando afirma que o pesquisador deve continuar indagando não até o ponto de uma inalcançável saturação, mas até que considere que possa dizer alguma coisa importante e nova sobre o fenômeno estudado. Com certeza, não vai ser tudo, nem o único, nem o último, mas se consegue propor algo relevante, convincente ou problematizador, poderá considerar válido seu esforço.

A respeito dos casos analisados, toma-se a ideia de Bourdieu que diz, são «casos particulares do possível, isso é, configurações singulares que cristalizam em um determinado momento, mas permitem comparações com outras configurações anteriores ou posteriores da mesma sociedade ou de outras sociedades” (HERNÁNDEZ, 2003). Por isso, os resultados falam dos casos analisados sem nenhuma pretensão de generaliza-los a outros contextos.

No seguinte quadro apresenta-se o perfil dos e das participantes

**QUADRO 1. Perfis dos e das participantes**

No	Gênero	Idade anos	Raça/étnica	Nível de escolaridade	Status socioeconômico (1-6)	Ocupação
1	Mulher	46	Negra	Ensino fundamental	2	Ofícios vários
2	Mulher	65	Parda	Ensino fundamental incompleta	1	Vendedora ambulante
3	Mulher	56	Negra	Ensino médio	1	Ofícios vários
4	Mulher	56	Negra	Nenhum	2	Empregada doméstica
5	Homem	59	Pardo	Nenhum	1	Ofícios vários

6	Homem	50	Pardo	Ensino médio	4	Desempregado
7	Mulher	70	Pardo	Ensino médio-Incompleto	3	Dona de casa
8	Homem	77	Pardo	Pós-graduação	4	Aposentado
9	Mulher	69	Negra	Ensino fundamental incompleta	1	Ofícios vários
10	Mulher	44	Parda	Ensino fundamental incompleta	1	Comerciante
11	Homem	64	Negro	Nenhum	2	Ajudante num supermercado
12	Mulher	43	Parda	Ensino técnico	4	Assistente técnica numa Universidade
13	Homem	76	Pardo	Pós-graduação	5	Aposentado
14	Mulher	49	Parda	Ensino superior	3	Técnica em Atenção primária em Saúde
15	Homem	38	Pardo	Ensino médio	1	Assistente transporte público
16	Mulher	50	Parda	Ensino médio-Incompleto	2	Ofícios vários
17	Mulher	52	Parda	Ensino médio	2	Líder social
18	Mulher	57	Parda	Ensino fundamental incompleta	2	Comerciante
19	Homem	76	Parda	Pós-graduação	5	Aposentado
20	Mulher	64	Parda	Ensino fundamental	3	Dona de Casa
21	Homem	72	Pardo	Ensino técnico	3	Aposentado
22	Mulher	85	Branca	Ensino médio	5	Dona de Casa
23	Homem	67	Pardo	Ensino superior	4	Aposentado

Fonte: Elaboração própria

### 1.6.3 Metodologia da análise

Para a análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, que consiste em um exercício sistemático de interpretação das informações coletadas, identificando conteúdo explícito e latente, procurando fazer evidente os sentidos deles, nos contextos dos relatos

e dos falantes (DÍAZ, 2018). Se identificaram as unidades de registro, correspondentes a fragmentos de texto nos que se comunicava uma ideia relacionada com os objetivos da pesquisa e essas unidades por sua vez, fossem situadas em unidades de contextos mais amplas que permitiram sua compressão, quanto aos sentidos (AIGNEREN, 1999; MINAYO, 2012; DÍAZ, 2018).

Inicialmente as unidades de registro fossem codificadas usando algum termo do seu conteúdo que as identificara e as diferenciara de outras e depois os códigos foram agrupados em categorias definidas a partir do referencial teórico. Desse modo, partiu-se de uma lógica indutiva, mas depois, as unidades codificadas foram enquadradas em categorias teóricas, porém algumas das subcategorias não tinham um referencial teórico previamente definido o que levou a criar categorias que fossem coerentes com o quadro teórico.

No seguinte quadro apresentam-se as categorias que orientaram a análise.

## QUADRO 2. CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE

Objetivos	Categorias	Definições e subcategorias	
<b>Objetivo 1</b>	Campo social	Cenários sociais configurados historicamente e constituídos de modo interdependente, pelas dinâmicas dos grandes processos sociais (intercâmbios comerciais, decisões políticas, produção de imaginários), e, das interações dos grupos na cotidianidade (relações de trabalho, relações familiares, relacionamento conjugal, serviços de saúde).	
	Posição social	Posições sociais que se definem umas em relação com as outras (Chefe/subordinado; pai/filho, patrão/empregado; homem/mulher; rico/pobre; negro/branco), produzida nos sistemas de hierarquização e diferenciação dos espaços/campos sociais historicamente situados.	
		Estrutura de classe	A estrutura de classe está determinada pela divisão ocupacional e divide-se em:
		1. Situação de classe	1. situação de classe que tem a ver com o volume total de capital (econômico e cultural) possuído por seus titulares. No topo da estrutura estaria a classe dominante (Burguesia), no extremo inferior, a classe operaria ou popular e nas posições intermediárias, a pequena burguesia.
		2. Fração de classe	2. fração de classe que tem a ver com a composição do capital possuído pelos que exercem suas ocupações. Assim, dependendo se têm mais ou menos capital cultural ou econômico ocuparão uma posição dentro de cada situação de classe.
	3. Trajetória	trajetórias dos titulares e suas famílias e as mudanças ou a estabilidade no volume e composição dos capitais ao longo do tempo (WEININGER, 2015).	
Capitais	O capital é entendido como um conjunto de bens acumulados que são produzidos, distribuídos, consumidos, invertidos, perdidos. Libera-se o conceito apenas da conotação econômica e estende-o a qualquer tipo de bem suscetível de acumulação, em torno do qual pode se constituir um processo de produção, distribuição ou consumo (GUTIERREZ, 1997).		
Habitus	Sistemas de disposições que se produzem da interiorização do social no corpo, expressando-se no atuar, perceber, valorar, sentir e pensar de uma certa maneira mais que de outra. São específicos para cada campo social, mas transitam entre campos pelos seus portadores (SANDELOWSKY, 2004).		
Sistema de Gênero	Sistemas binários que opõem o homem à mulher, o masculino ao feminino, e isto, pelo geral, não no plano de igualdade, mas, na ordem hierárquica (CONWAY, BOURQUE E SCOTT, 2000).		
Situações do contexto geradoras de desigualdades	Incluem-se situações externas aos indivíduos sobre as quais os sujeitos não tem suficientes controle e que impactam sobre as posições e subjetividades dos indivíduos.		

<b>Objetivo 2</b>	Experiências de adoecimento no âmbito institucional	Meios e modos como os indivíduos percebem, concebem e respondem a um determinado episódio de doença (ALVES, 2006), ligado ao âmbito institucional.	
	Experiências de adoecimento no âmbito do sujeito	Meios e modos como os indivíduos percebem, concebem e respondem a um determinado episódio de doença (ALVES, 2006), ligado ao âmbito do mundo da vida dos e das entrevistadas.	
<b>Objetivo 3</b>	Nodos de produção de desigualdades	Acesso e uso dos serviços de saúde	Processo de procura e receber atendimento mediatizado pela disponibilidade, as barreiras e a capacidade de utilização dos serviços (FRENK, 1985)
		Cuidado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redes e apoio social</li> <li>• Práticas de autocuidado</li> </ul>	Ações que as pessoas adotam em benefício de sua própria saúde, sem supervisão médica formal e concretizadas em práticas realizadas individualmente, com suas famílias ou grupos de apoio, orientadas para comportamentos positivos de saúde, prevenção de efeitos adversos e manejo dos sintomas (BAQUEDANO, 2010)
		Desfechos em saúde	Relacionamento entre as condições de vida (social e econômica) e a saúde física e psicossocial.

Fonte: Elaboração própria

Na escrita, procura-se dar resposta a cada um dos objetivos, tentando articular nos textos, os achados das entrevistas, as interpretações do pesquisador e o quadro teórico proposto, além de outros conceitos e recursos de conhecimento que facilitem a compreensão do fenômeno estudado. Para o objetivo um, descrevem-se as trajetórias de vida visibilizando os depoimentos tomados diretamente das entrevistas e traduzidos para o português. Procurou-se fazer comparações das categorias entre sujeitos diferentes, mas também, no interior dos grupos que tinham características semelhantes.

Posteriormente, para os objetivos dois e três foram elaborados dois artigos baseados nas categorias descritas. Nesses artigos, procura-se dar conta das experiências de adoecimento e suas interligações com as trajetórias de vida, na busca dos nodos em torno aos quais articulam-se as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde. Para os dois artigos foi elaborado um texto sobre o contexto, baseado nas situações da realidade nacional e local, mencionadas de forma explícita pelos entrevistados(as) ou deduzidos dos relatos pelo pesquisador.

#### **1.6.4 Considerações éticas**

Foram consideradas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na resolução CNS 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Da mesma forma, a normatividade vigente no Estado Colombiano na matéria, contidas na resolução 8430/93. O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo: número do Parecer: 2.201.909 de 2017 (ANEXO A).

O pesquisador comprometeu-se a manter a privacidade dos sujeitos da pesquisa e as informações obtidas serão mantidas em sigilo absoluto (APÊNDICE B). Os nomes de todos os que participaram da pesquisa, foram alterados de forma a dificultar ao máximo possível qualquer identificação. Participaram da pesquisa apenas os sujeitos que concordaram com as premissas do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). É importante frisar que os resultados deste trabalho serão compartilhados

e amplamente discutidos, considerando as possibilidades e limites do pesquisador, da metodologia, dos sujeitos da pesquisa e das instituições envolvidas.

CAPÍTULO 2

---

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## **2. Resultados**

Nesta seção, apresentam-se as trajetórias de vida dos participantes. Inicialmente, são descritas as principais características das famílias de origem e seguidamente, as trajetórias, dividindo-as segundo as etapas da vida: infância, juventude, etapa adulta e velhice. A descrição mistura o texto do pesquisador, as falas dos participantes e algumas referências na procura de esclarecer ou ampliar alguns dos temas tratados. Essas trajetórias foram o principal insumo na escrita dos dois artigos que depois são apresentados nesta mesma seção. No primeiro desses artigos, apresentam-se aspectos do contexto, das trajetórias e das experiências de adoecimento, procurando identificar os eixos sobre os quais articulam-se processos de desigualdades social na vivência da diabetes. No segundo, são retomados alguns dos achados anteriormente descritos, mas com o propósito de propor uma ferramenta teórica-metodológica para analisar as desigualdades sociais em saúde, a partir de abordagens qualitativas.

### **2.1 Trajetórias de vida**

#### **2.1.1 As famílias de origem dos e das entrevistadas**

Alguns dos e das entrevistadas nasceram em áreas rurais e outros em áreas urbanas. Dentro do grupo da área rural encontram-se algumas diferenças e semelhanças. Tanto a mãe quanto o pai ou ao menos um dos dois era agricultor. Algumas das famílias eram donas da terra e produziam alimentos para seu próprio consumo, e em outros casos, empregavam-se em terras de outros. Porém, na maioria dos casos a renda familiar não era suficiente e viviam com o justo, mesmo, com carências. A respeito do acesso à educação, aquelas famílias que eram donos da terra mandavam seus filhos à escola, enquanto os outros não (alguns dos e das entrevistadas nunca aprenderam ler nem escrever). Assim, aqueles que estudavam compartilhavam seu tempo entre a escola e o trabalho na terra de sua propriedade e os outros dedicavam o tempo todo ao trabalho para ajudar economicamente as suas famílias.

*Eu nasci num povoado. Éramos três irmãos e vivíamos só com minha mãe porque meu pai morreu quando eu era bebe. Minha mãe trabalhava numa*

*fazenda e desde pequenos nós íamos todos os dias para essa fazenda trabalhar com ela. Eu trabalhei desde os 8 anos de idade porque estudo nunca houve para nós (Homem-OP, 04162018).*

No caso das mulheres era comum que acompanharam a suas mães em atividades de mineração ou na venda de alimentos em feiras próximas a suas terras/casas. Também se referem casos de mulheres que sendo crianças tinham que sair a vender sozinhas. Em geral, nas áreas rurais, todos os integrantes das famílias eram a principal força de trabalho, sob uma divisão sexual do trabalho: os homens assumiam as atividades que requeriam de maior força física enquanto as mulheres, as atividades de limpeza, preparação de refeições e de assistência às atividades dos homens. Essas tarefas incluíam jovens e crianças depois de certas idades.

*Eu nasci em um pequeno povoado e vivia em uma fazenda. Para ir estudar tinha que andar meia hora a pé ou a cavalo. Eu morava com meu pai, minha mãe e sete irmãos. Na fazenda, tínhamos gado, porcos, galinhas. Nós Semeamos banana da terra, mandioca, arroz e milho. Era para o nosso consumo e para vender nas feiras mais proximas. Às vezes nós tínhamos trabalhadores sobretudo para o gerenciamento de gado. Minha mãe também trabalhava na mineração de ouro artesanal e eu com meus irmãos lhe ajudavamos. Então, eu estudava e trabalhava ajudando minha mãe. Estudei até o terceiro nivel de ensino fundamental, quando tinha 10 anos de idade (Mulher-JAA, 06092018).*

Os entrevistados mais velhos que nasceram na área rural migraram à cidade por causa de violência política entre liberais e conservadores na década de 1940 e 1950. Chegaram com suas famílias quando eram crianças a morar em zonas da periferia das cidades, em condições de carência, geralmente em casas de familiares ou pessoas de sua mesma região. Os mais novos, sob novas dinâmicas de violência no país pelo conflito com as guerrilhas, migraram às cidades em sua maioria durante à adolescência, na busca de emprego e melhores condições de vida. Isto aconteceu principalmente com as mulheres. Uma minoria chegou à cidade em procura de estudo ou trabalho, sem a pressão da violência. Migraram geralmente sozinhas

para trabalhar principalmente em empregos domésticos e só uma minoria para continuar com seus estudos, sempre combinado com o trabalho.

*Nos vivíamos numa fazenda própria que produzia café. Meu pai era agricultor e minha mãe dona de casa. Eu estudei até terceiro ano de ensino fundamental, mas pela violência dessa época a gente teve que deixar tudo. Minha família era liberal, mas morávamos numa região conservadora. Saímos para Bogotá no ano 1950 quando eu tinha 8. Saímos em um caminhão escondidos em colchões. Chegamos onde um amigo da família que também era da região e eu lembro que todos dormíamos num quarto pequeno e frio demais (Homem-FD, 09102018).*

Aqueles(as) que nasceram em contextos urbanos também se dividem entre aqueles(as) que estudavam exclusivamente e aqueles(as) que estudavam e trabalhavam. Na área urbana aparece o bairro como um cenário que não existe na área rural, importante nos processos de sociabilidade e de novos aprendizagens. Assim, enquanto na área rural a família era o espaço social que fornecia às crianças a possibilidade de compartilhar com outras crianças de idades similares e dispor de tempo livre, nas cidades, o cenário por excelência era o bairro. No entanto, tanto no campo quanto na cidade, os entrevistados ocupavam mais tempo nas obrigações de trabalho e do estudo do que em outras atividades próprias de seu tempo livre.

*Eu lembro muito minha vida nesse bairro. Nesse momento Cali estava em processo de urbanização. Com meus irmãos e meus primos brincávamos nas arvores, escorregamos pela montanha. Era comum que nossos tios e tias, com nossos primos fossem nos visitar. Nesse momento eu estava num colégio comercial que foi o mesmo onde terminei o ensino médio (Mulher-LG, 03102018)*

Na maioria dos casos estudados, tanto da área rural quanto urbana, durante os primeiros anos de vida a família foi o espaço social mais importante, no qual aparece a figura do pai como provedor, da mãe em torno à procriação, atividades domésticas e cuidado dos filhos. Os filhos, uma vez cumpriam certos anos (mais de 7 anos), tinham a responsabilidade de estudar

e trabalhar. Um dos entrevistados refere que seu pai dizia “*que homens deveriam trabalhar e as mulheres estudar para que estejam preparadas e possam sobreviver quando falte o homem*” (Homem-SB, 22022018). Um outro dos entrevistados, lembra a sua mãe quem dizia “*que os homens do campo devem trabalhar porque têm todos os alimentos a mão, enquanto os da cidade devem estudar*” (Homem-OP, 04162018). Uma mãe das entrevistas dizia “*as mulheres não deveriam ir para escola porque conheciam meninos, namoravam, tinham filhos e fugiam da casa*” (Mulher-LM, 04092018).

*Comecei a trabalhar aos 12 anos e às vezes não podia ir à escola porque tinha que trabalhar na colheita. Meu pai ia a Cali para vender a colheita, mas ele ficava bebendo e voltava bêbado depois de vários dias. Aos 15 anos fui para Cali, mas, aos 13 anos não pude continuar estudando porque meu pai não tinha dinheiro para uniformes, livros e cadernos. Eu dizia a minha mãe que teria que deixar a escola e ela chorava. Eu queria estudar, mas tinha que trabalhar vendendo comida nas vilas próximas* (Mulher-DM, 23042018).

Também era comum que a família fosse o cenário onde muitos dos entrevistados experimentaram maus tratos e violência por parte de seus pais, mães ou outros parentes. No caso das mulheres, a violência sexual foi uma experiência referida. Assim, a família torna-se num espaço social onde se experimentam obrigações e responsabilidades, afetos e tristezas por causa da violência, do abandono e de indiferença. Essas primeiras experiências vão marcar em grande medida as atitudes no futuro com sua família, sua responsabilidade frente ao trabalho, a necessidade de cuidar, principalmente de sua mãe, mas também alguns conflitos que marcam o consumo de drogas e álcool, relações conjugais e outras relações interpessoais.

*Eu não estudei nada. Eu morava com meus avós, mas quem tomava decisões se eu deveria ir à escola era minha mãe e ela dizia que não. Tínhamos um tio que vivia na casa com a gente que não podia trabalhar porque tinha paralisia e sabia ler e escrever. Ele ensinava meus irmãos, mas não queria me ensinar. Eu acho que ele não gostava de mim porque quando ele sofreu uma doença*

*minha mãe estava com a gente e queria que eu dormisse na mesma cama com meu tio e uma noite ele tentou me tocar e eu não deixei e falei pra minha mãe. Ele ficou irritado e com raiva de mim. Por isso, acho que ele nunca mais quis que eu estivesse perto dele (Mulher-LM, 04092018).*

### **2.1.2 Seguindo as pistas das desigualdades na infância**

Uma consideração inicial para esta etapa que pode ter diferenças com as seguintes, tem a ver com a vulnerabilidade de meninos e meninas devido a vários fatores, entre eles o alto nível de dependência de outros (particularmente de suas famílias ou dos adultos) no momento de garantir seu bem-estar e seu nível de desenvolvimento físico, intelectual e emocional. Essa vulnerabilidade também está ligada à sua invisibilidade como sujeitos de direitos. Em todos os casos, a família nuclear ou ampliada, como capital social, foi valorizada por seu papel na provisão de recursos materiais, mas também no cuidado (ARRIAGADA, 2007). No entanto, também foi reconhecida para algumas mulheres como um espaço de violência exercida pelo pai e pela mãe ou por outros membros da família estendida ou madrastas/padrastos.

Para a análise das desigualdades nessa etapa da vida, os entrevistados identificam como espaços sociais mais relevantes a família, a escola e o trabalho, no entanto, privilegia-se a família como o campo desde o qual tomam-se as decisões sobre a participação de seus membros nos outros espaços e onde constroem-se as subjetividades, devido a seu grande papel como espaço fundamental de socialização primária (LAHIRE, 2015). Igualmente, a partir das posições da família e principalmente do pai e da mãe no contexto social vão se configurar as relações no interior das famílias. Assim houveram condições de desigualdades da família no espaço social onde estiveram inseridas e condições de desigualdade, dentro das famílias. Nesse sentido, para a análise será levado em conta a localização rural ou urbana das famílias, além, de dois níveis interligados: a família, situada num contexto mais amplo, e por outra parte, as relações no interior dessas famílias.

Agora bem, para se aproximar à posição das famílias no contexto, adapta-se o conceito de estrutura de classe que inclui o volume global de capital possuído, a composição do capital (peso relativo dos diferentes tipos de capital) e a trajetória ou evolução no tempo do volume

e composição do capital (BOURDIEU, 2002), junto com o sistema de gênero, que opera como sistema binário que opõem o homem à mulher, o masculino ao feminino, pelo geral, não no plano de igualdade, mas, na ordem hierárquica. Assim, na área rural, a propriedade da terra (herdada) e a capacidade de produzir alimentos para o próprio consumo e para a venda situa as famílias acima daquelas que só produziam alimentos para o autoconsumo, que a sua vez estavam acima daquelas que não eram proprietárias e só tinham sua força de trabalho para se empregar.

A hierarquia mais alta e do médio estavam constituídas por famílias nucleares e em alguns casos estendidas, enquanto as da hierarquia mais baixa por famílias monoparentais com chefia feminina. Quanto às tarefas, as famílias do nível alto dividiam-se, o pai no controle das atividades econômicas e a mãe responsável do cuidado da família e das atividades domiciliares, nas do nível médio, tinham essa mesma distribuição, mas a mãe cumpria atividades econômicas complementares como na mineração ou a venda de produtos ou alimentos nas férias. Nas famílias do nível mais baixo, a cabeça da família, geralmente as mulheres empregavam-se em atividades de mineração, de trabalho doméstico e no cuidado de fazendas, dividindo seu tempo com o cuidado dos filhos e as atividades domésticas.

Embora nenhuma das famílias disponha de uma acumulação importante de capital econômico, as do nível alto tinham uma renda proveniente do rendimento da terra, o que inclusive lhes permitia contratar trabalhadores temporariamente. No caso das famílias do nível médio a renda era menor e tinham que realizar atividades complementares, mesmo, compartilhar a carga econômica como outros parentes. Nas famílias de nível mais baixo tinham rendas baixas e instáveis, com empregos informais e como as famílias de nível médio, algumas delas compartilhavam gastos e habitação com a família estendida.

O capital cultural das cabeças da família (mãe, pai, avôs, tios) era baixo, em grande medida pelas baixas coberturas de educação nas áreas rurais durante grande parte da segunda metade do século XX, porém, em alguns casos de famílias do nível alto, encontra-se homens cabeça de família que tinham formação técnica fornecida pelo Estado. Isso permitiu que algumas famílias que foram forçadas a migrar, tivessem maiores oportunidades de enfrentar os

impactos econômicos dessas situações, e, apesar da perda da terra os homens podiam-se empregar por ter algum grau de formação.

Na área urbana é possível encontrar uma estrutura similar, mas com diferenças nos capitais culturais e principalmente sobre a propriedade da terra. No nível alto, as famílias tinham certo capital econômico resultado da formação profissional do homem cabeça de família e do capital social e o prestígio familiar, que lhes permitia aceder a empregos melhor remunerados. O papel da mulher era o cuidado da família (dos filhos e do marido) e não necessariamente atividades domésticas. No nível médio, o principal capital era o econômico, gerado pelo trabalho de homem e de forma complementar, da mulher, quem também se encargava do cuidado da família e de algumas das atividades domésticas. Nesse nível o capital cultural era baixo, só alguns adultos terminaram o ensino médio, a maioria tinha níveis de formação de ensino fundamental o médio incompleto. No nível baixo, o principal capital cultural era muito baixo e o capital econômico era baixo e veio do trabalho do homem e/o da mulher em empregos informais e instáveis, havendo casos de chefia feminina, que levava às mulheres a assumir todas as responsabilidades econômicas e afetivas da família.

Uma diferença importante a respeito das áreas rurais e as urbanas, tem a ver com o impacto da violência no país nos diferentes momentos da história do século XX, afetando principalmente as áreas rurais. Isso marcou uma sobre-exposição a riscos e uma maior suscetibilidade de perder suas propriedades, seu trabalho e se ver obrigados a migrar. Mas também, as diferenças de desenvolvimento e de oportunidades de trabalho entre o campo e a cidade, obrigou às famílias a migrar. Portanto, as migrações tanto pela violência quanto por razões econômicas geraram para muitas das famílias uma ruptura dos vínculos afetivos e a necessidade de começar de novo havendo perdido a terra ou seu trabalho e chegar às cidades a viver na periferia e ocupar posições de subalternidade e de precariedade laboral.

Para a análise no interior das famílias, usa-se os conceitos de espaço social (de campos sociais que o constituem) e habitus como conceitos interligados, adaptando-os às relações entre campos sociais como a família, a escola e o trabalho, posições dos atores no campo, capitais e produção de subjetividades. Apesar que os campos mencionados são independentes, o

presente análise vai se centrar na família porque desde a família é onde se permite o não o fluxo dos sujeitos nos outros espaços.

Um primeiro elemento que constitui a família como um campo é que existem sujeitos que tem mais capitais com respeito a outros o que faz que determinem aquilo que dinamiza ou movimenta o campo (a família). Assim, aquilo que determina uma posição dominante no campo é o controle do capital econômico e a autoridade sobre as decisões sobre o que cada um dos membros da família deve fazer. Nessa análise concentra-se a estudar ou trabalhar. Independentemente do nível nas hierarquias descritas, os homens (os pais) tiveram uma posição dominante, seguidos das mães e depois dos filhos segundo suas idades. Nas famílias estendidas que não tinham a figura do pai, essa posição era compartilhada pela mãe e os outros adultos (tios, avós) e nas famílias monoparentais, pela cabeça da família, geralmente a mãe.

*Quando eu tinha 12 anos minha mãe nos abandonou e ficamos 5 irmãos com meu pai. Eu era a mais velha. Eu estava terminando o ensino fundamental, mas meu pai não me deu mais estudo porque era eu quem cuidava dos meus irmãos mais novos. Eu assumi o papel de minha mãe, eu fazia de comer para os trabalhadores para meu pai e cuidava de meus irmãos. Eu me encontrei com minha mãe depois de 20 anos (Mulher-LL 14092018).*

Nos casos analisados, os principais capitais giravam entorno ao controle do dinheiro e a forma como gastá-lo e o capital simbólico associado ao reconhecimento como provedor de recursos, ao medo, e sobretudo, a representação da autoridade, o que permite tomar decisões, mesmo para exercer violência. Isso, distribui-se nas posições inferiores, na medida que se reduz o controle e a posse de capitais. Desse modo estrutura-se a família como um campo hierarquizado no qual uns mandam, tomam decisões, têm liberdade para sua autodeterminação (pais, tios), enquanto outros, têm menos capacidade de mando e menor liberdade sobre suas próprias decisões (mães, parentes, filhos mais velhos) e outros, só obedecem (filhos mais novos).

Nas famílias dos níveis alto e médio tinham maiores possibilidades econômicas para que seus filhos fossem à escola e não trabalhassem ou trabalhassem e estudaram ao mesmo tempo, mas as famílias dos níveis baixos, viam-se obrigadas ou decidiam que o trabalho dos filhos era uma prioridade. Nessa medida, ao comparar os casos analisados, desde os primeiros anos vai se configurando desvantagens no acesso ao capital cultural (institucionalizado)<sup>5</sup> de crianças que não ingressaram ou abandonaram os estudos, enquanto outros continuaram com seus estudos apesar de ter dificuldades no caminho. Sob essa estrutura das famílias, com escassos recursos econômicos, pais e mães como escasso capital cultural e filhos que não ingressam ou abandonam os estudos, vão se configurando processos de reprodução da pobreza e de desigualdades (ORTIZ; DIAZ, 2018), como pudera se ver nas seguintes etapas da vida dos casos analisados.

Determinado pelas posições entre dominados, principalmente na figura de pai/homem investido de autoridade (quase natural) e da figura do provedor pai/mãe/parente, vão se formando certos esquemas de disposições, certas subjetividades nas crianças entorno da ideia do quem prove os recursos materiais (dinheiro, alimentos) e quem cuida da família e do espaço familiar. Em todos os níveis, demarca-se uma diferença entre a primeira como uma função dos homens, mas nos níveis médio e baixo, também das mulheres. No entanto, em todos os níveis se marca uma diferença a partir da qual os homens têm a função quase natural de mandar e pensar primeiro neles e as mulheres de obedecer, sempre pensando primeiro nos outros. Assim, vai se configurando um habitus, uma espécie de identidades desejáveis nos âmbitos familiares e formas de pensar e de agir a partir do acesso desigual aos capitais culturais que começam a ser apropriados na infância, e, de funções sociais e relações de dominação associadas como o gênero. Essas posições no campo familiar e essas significações que classificam e diferenciam entre homens e mulheres, irão constituindo disposições que vão sendo incorporadas e que os estruturam socialmente como pessoas.

Em palavras de Bourdieu (2001), essas classificações e hierarquizações são produto de uma violência simbólica, operada sutilmente nos processos de socialização, mas parecendo uma

---

<sup>5</sup>O capital cultural institucionalizado refere-se aos saberes e conhecimentos reconhecidos por diplomas e títulos.

questão natural. Exerce-se simbolicamente, através de princípios simbólicos, aceitados tanto pelo dominado quanto pelo dominador, no idioma, no estilo de vida e nas diferenças biológicas. A violência simbólica é aquela coerção que é instituída através da mediação de uma adesão que o dominado não pode evitar dar ao dominante (e, por portanto, à dominação) quando só dispõe para pensa-lo e se pensar ou, melhor ainda, para pensar em seu relacionamento com ele, de instrumentos de conhecimento que compartilha com ele e que, sendo não mais do que a forma incorporada da estrutura da relação de dominação, apresenta-se como natural (BOURDIEU, 1999).

Em síntese, um primeiro aspecto que determinou as desigualdades entre famílias é a origem rural ou urbano, devido às diferenças de oportunidades de trabalho e de estudo, assim como frente a um maior risco de se ver afetadas pela violência, o que podia significar maiores níveis de vulnerabilidade e pobreza. Um segundo elemento corresponde às desigualdades econômicas que vão depender no campo da propriedade e da produção da terra e na cidade do nível de formação e do emprego, assim como a acumulação de prestígio e capital social nas trajetórias familiares. No interior das famílias, as posições dominantes foram de quem prove e controla os recursos econômicos e detém a figura de autoridade, geralmente em cabeça dos homens (pais) ou de outros adultos quando não existe o pai. Entre as crianças marcam-se desigualdades associadas com seu processo de formação e as possibilidades de acesso ao capital cultural institucionalizado interligado com uns esquemas de disposições de homens dominadores e provedores e de mulheres dominadas e cuidadoras.

### **2.1.3 Seguindo as pistas das desigualdades na juventude**

Um primeiro aspecto para relevar é que em nenhum dos casos analisados foi observado o fenômeno social próprio das juventudes contemporâneas que alguns teóricos denominam de “moratória social”. Esse fenômeno, mesmo que heterogêneo nos diferentes grupos e camadas sociais, consiste em um prolongamento da juventude no trânsito do que tradicionalmente se conhece como o mundo adulto. É comum na atualidade que os jovens retardem o ingresso ao mercado de trabalho, demorem mais em seu processo de formação acadêmica pelas exigências de uma maior qualificação e/ou escolarização, e conseqüentemente, permaneçam mais tempo convivendo com sua família e retardam o casamento e os filhos (ANDRADE;

MEYER, 2014). Nos casos analisados, aparece o trabalho, as relações conjugais mediadas pela convivência e em muitos casos, os filhos, na juventude.

Uma ruptura importante acontece quando homens e mulheres começam tornar-se independentes em termos econômicos, através de seu próprio trabalho e na constituição de sua própria família, pois a disponibilidade de capital econômico era um dos principais fatores para romper com a condição subalterna no interior das famílias de origem. No entanto, existem algumas diferenças entre os níveis: Nos níveis altos, observa-se a tendência de continuar com os estudos e simultaneamente trabalhar, estabelecer relações conjugais e em alguns casos ter filhos. Nos níveis médios, seguiram uma tendência similar, mas com algumas interrupções e abandonos dos estudos, alcançando níveis mais baixos de formação em comparação com o nível alto.

Nos níveis médios-baixos e baixos, houve alguns que nunca estudaram, outros não terminaram seus estudos de formação fundamental e média, mesmo, alguns declaram que nunca aprenderam ler nem escrever. Nestes níveis é possível identificar uma continuidade entre o trabalho durante sua infância e sua juventude. A diferença é que em sua infância não recebiam nenhum pagamento e depois começam a recebê-lo, além do dever de contribuir à manutenção de sua família de origem e da sua nova família. Dentro desse grupo, observou-se que as mulheres saíram de suas casas e estabeleciam relações conjugais mais jovens do que os homens.

*Eu vim para Cali quando tinha 13 anos para trabalhar em casa de família, porque onde eu estava não ganhava dinheiro e eu queria continuar estudando, ganhar dinheiro e vestir bem. Eu vim para Cali com um tio para cuidar a dieta de uma prima que teve um filho. Então, eu cuidava do filho dela porque eles trabalhavam e também cozinava e me pagavam por isso. Aí, durei dois anos (Mulher-DAB, 06102018).*

Retomado o conceito dos campos sociais, nessa etapa interligam-se a família de origem, o estudo, o trabalho e em alguns dos casos, a família própria (relações conjugais e filhos), com

a diferença que nos níveis médio-baixo e baixo, o estudo é interrompido ou adiado para depois. Nesses campos articulam-se os habitus que na infância começaram a se configurar em torno ao cuidado e à provisão econômica. No nível alto houve casos de mulheres que os capitais proviam da trajetória familiar e do capital cultural institucionalizado, através da educação e o casamento na juventude significou o trânsito há uma família onde sua posição estava determinada por seu papel como esposa, acompanhando seu marido em suas experiências acadêmicas e laborais, expressando-se as disposições da infância em práticas concretas entorno à constituição de uma família. Nesse caso, sua posição tanto na família de origem quanto sua própria família eram mais igualitárias que subalternas.

Em outros casos dos níveis, altos e médios, as posições estiveram determinadas pela capacidade de produzir capital econômico e ter algum grau de independência econômica. Portanto, os homens saíram de suas famílias para morar sozinhos ou estabeleceram relações de convivência, enquanto as mulheres ficaram sob o mesmo teto de sua família, mas com algum grau de produção de capital econômico. Em todos os casos, manteve-se os estudos e isso fazia que os trabalhos iniciais de menor remuneração fossem melhorados progressivamente<sup>6</sup>. A simultaneidade do estudo e do trabalho permitiu ir construindo uma espécie de trajetória ascendente, em grande parte, motivada pela responsabilidade consigo mesmo e com suas famílias de origem e aquelas que estavam constituindo.

*Eu fui um homem muito trabalhador e progredia ano a ano. A empresa onde eu comecei trabalhar, formava os empregados e lhes permitia melhorar sua posição e seus salários. Enquanto trabalhava, terminei o ensino médio e fiz a Universidade. Depois de alguns anos fiz pós-graduação. Me casei por volta dos vinte anos e vivemos inicialmente na casa de minha mãe e eu assumi a manutenção de minha mãe e duas irmãs. Nesse momento, compartilhávamos despesas como minha esposa porque ela também trabalhava. Tivemos três*

---

<sup>6</sup> No último terço do século XX, o trabalho formal era uma forma de continuar os estudos. Nesse período, apesar dos inícios das políticas neoliberais, houve setores sociais que experimentaram benefícios dos efeitos da migração à cidade, da “salarização” da população economicamente ativa e a expansão do sistema educativo (PLA, 2016).

*filhos, todos eles estudaram em colégios e universidades privada e todos fizeram pós-graduação fora do país. Agora, minhas duas filhas moram nos Estados Unidos e meu filho mora aqui em Cali perto de nós (Homem-MM, 12092018).*

O anterior, vai marcar diferenças entre homens que começaram a ser autossuficientes e a exercer seu papel de provedor, ajudando o fazendo-se cargo da manutenção de sua família de origem, além de si mesmo ou de sua nova família, enquanto as mulheres, permanecem morando com suas famílias de origem, aportando recursos econômicos até que tenham total independência econômica e possam tomar suas próprias decisões, mesmo indo contra dos desejos de sus pais ou até que se casem.

Nos homens essas práticas de trabalho e estudo, cuja finalidade é produzir e dispor de capitais culturais e econômicos, em grande medida são movimentadas pelo habitus que foi constituindo-se em torno ao masculino e ao exercício da masculinidade. Isso não significa que esteja presente quase que inconscientemente a ideia de dominação, senão mais bem, de autossuficiência e autodeterminação, assim como a autoexigência de apoiar economicamente à família de origem, principalmente estimulados pela relação materna e a sua nova família, como uma espécie de responsabilidade natural. Nas mulheres mantem-se igualmente a ideia de produzir e dispor de capital cultural e econômico, mas o fato de sair da família esteve determinado pelo controle (econômico, moral e afetivo) que ainda tinham seus pais sobre suas vidas junto com uma sensação de culpa por deixar à família desprovida de seu apoio permanente, mais ainda quando falta o pai ou a mãe, quando há doentes ou quando elas são as irmãs mais velhas.

Nos níveis médios-baixos e baixos, o trabalho é o principal campo e atividade para se posicionar, mas, na maioria das vezes sob condições de subalternidade e precariedade, tanto no trabalho como na família, pincipalmente no caso das mulheres. O início do trabalho está marcado por uma maior necessidade econômica em comparação com os níveis superiores, bem para apoiar a sua família de origem quanto para se sustentar economicamente porque

não têm nenhum apoio ou porque são recém-chegados produto da migração<sup>7</sup>. Nos homens, suas primeiras relações conjugais durante a juventude são narradas como experiências naturais da idade, mesmo, os primeiros filhos, enquanto nas mulheres, foram experimentadas como uma mescla de paixão e da possibilidade de compartilhar o fardo da incerteza, a solidão, a falta de oportunidades e dos empregos precários, assim como uma oportunidade para ganhar independência econômica.

*Desde muito nova eu sempre gostei de trabalhar e de ter meu próprio dinheiro. A minha avó que era com quem eu vivia, não gostava, mas ela não podia fazer nada. Eu preferia dar do que esperar receber. Eu conheci meu marido no bairro, eu tinha 16 e ele 17 anos. Nos casamos a essa idade e fomos viver juntos em outro bairro. Ele era empregado (mecânico automotriz) e eu comprava e vendia dólares com uma moça que trabalhava numa agência de viagens. Depois de dois anos tivemos uma filha. Depois de três anos nos separamos e estive dois anos sozinha como mãe solteira e conheci a meu segundo marido com quem vivi 43 anos e tivemos duas filhas (Mulher, OB, 28022018).*

Nessas trajetórias os homens mantiveram uma posição em suas famílias de origem e suas novas família devido a sua valorização como homem e como provedor ou pelo menos alguém que contribui economicamente. Quanto às mulheres, a situação era diferente, algumas experimentaram ruptura total como suas famílias de origem, outras, uma relação de dependência econômica e afetiva mutua e outras uma relação unilateral, baseadas na obrigação, onde elas aportavam econômica e afetivamente sem receber nada em troca. No entanto, em todos os casos as primeiras relações conjugais se constituíram em campos de

---

<sup>7</sup>Em Colômbia, um dos problemas decorrentes da migração do campo à cidade por causa conflito armado ou por questões econômicas é o incremento das condições de vulnerabilidade dos migrantes que chegam aos centros urbanos e a situação subsequente de marginalidade a que são forçados em seus novos locais de residência. Nos casos estudados, aqueles que migraram tinham baixos níveis educativos, redes de apoio fracas, escassos recursos econômicos, o que coincide com o que mostram as análises que indicam que os migrantes têm em comum o fato de chegar aos centros receptores urbanos com pouca ou nenhuma capacidade de geração de renda, o que é uma condição claramente desvantajosa em comparação com a população que vive nos centros urbanos no momento da acesso ao mercado de trabalho formal. Assim, tal como observou-se nos casos estudados, os migrantes forçados por razões violentas ou econômicas têm menos probabilidade de se empregar no setor formal e uma alta probabilidade de se inserir laboralmente no setor informal ou ter períodos constantes de emprego e desempregado (ROMERO, 2013).

disputa e violência pelo controle do capital econômico, pelo controle do corpo da mulher e pelo capital afetivo e do tempo para a família. Assim, muitos dos homens assumiam o controle exclusivo do dinheiro da família. Também, às restrições para trabalhar produto da gravidez somavam-se a proibição dos homens para trabalhar depois, assim como para ter uma vida socialmente ativa e em muitos dos parceiros íntimos, um desinteresse pelo cuidado dos filhos e da família, reproduzindo o esquema que os homens privilegiam a si mesmos e as mulheres aos outros.

Interligado como o dito, vai se configurando um outro habitus a partir da necessidade e da carência, orientado a superar as condições de vida de sua família de origem. Esses habitus foram alimentados pelos pais, por outros adultos significativos (parentes, amigos da família, pessoas do bairro), motivando atitudes de superação, mas também emergem autonomamente a partir das próprias experiências vividas. No entanto, essas disposições vão ser transformadas, potencializadas ou atenuadas pelas condições objetivas ao longo de suas trajetórias e das interações com outros que estão em posições diferentes e que os classificam, os diferenciam, os excluem, os violentam, por exemplo: os homens sobre as mulheres, os chefes sobre os empregados, os filhos sobre os pais.

Em sínteses, durante a juventude o estudo e o trabalho, isso é, o capital cultural e econômico, determinam que as pessoas dos níveis altos e médios possam se posicionar melhor em comparação com os níveis médio-baixo e baixo nas primeiras experiências de trabalho. De novo, a migração forçada torna-se numa situação que coloca aos migrantes em situações de desvantagem econômica e a respeito do capital social. Em todos os níveis, os habitus configurados em torno das figuras de provisão econômica e do cuidado foram gerando práticas. Nos níveis altos e médios, combinam trabalho e educação para cumprir com essas funções, apesar que sobre as mulheres observa-se maior exigência. Porém, nas suas relações conjugais observa-se maior igualdade. Nos níveis médio-baixos e baixos, observa-se uma tendência dos homens como os provedores econômicos enquanto às mulheres uma exigência nas duas e uma relação de subordinação e dominação e violência de parte de seus parceiros íntimos.

### 2.1.4 Seguindo as pistas das desigualdades na etapa adulta

Nessa etapa da vida, a família e o trabalho são os principais campos sociais onde transcorre a vida dos entrevistados, aprofundando-se algumas das diferenças e desigualdades entre os níveis. Nos níveis altos e médios, observam-se algumas semelhanças relacionadas principalmente pelo predomínio da estabilidade econômica, que foi conseguindo-se progressivamente. Em todos os casos foi evidente uma melhora nas suas condições laborais no transcurso de suas vidas, apesar das dificuldades e as mudanças de lugares e dos apoios econômicos e emocionais permanentes ou ocasionais de suas famílias, de suas parceiras(os) ou de outras pessoas. Alguns deles além de aportar para a manutenção de sua própria família ou para si mesmo, aportavam para sua família de origem. Um capital determinante nesse grupo foi a estabilidade no trabalho pelas condições de contratação ou pelo menos pela possibilidade de ter uma renda constante.

Aqueles situados nos níveis médio-baixo e baixo são um conjunto heterogêneos de homens e mulheres cuja vida vai estar marcada pela instabilidade e a vulnerabilidade. Frequentes mudanças de emprego, apoios temporários do Estado (subsídios condicionados ou por ser migrantes forçados)<sup>8</sup>, além da persistência de empregos de baixa renda. A ocupação central de suas vidas girava em torno à consecução dos recursos para a manutenção própria e de seus filhos e as vezes de suas famílias de origem. Nessas buscas de capital econômico, era comum um certo nomadismo na procura de oportunidades de trabalho com as rupturas de capital social e os reajustes (no lugar de moradia, habitação e emprego) que têm sido mencionados em parágrafos anteriores. Ao mesmo tempo, experimentavam instabilidade nas relações conjugais por causa da situação econômica, assim como da violência e o abandono do parceiro, principalmente nas mulheres, o que significava maior vulnerabilidade pelo fardo que deviam assumir como cabeças de família.

*Meu marido foi trabalhar em outra cidade enquanto eu ficava cuidando dos filhos, mas ele nunca mais voltou, ele se perdeu. Então eu tive que ir em frente sozinha com meus 3 filhos e com minha mãe. Eu tinha dois filhos de 4 e 3 anos*

---

<sup>8</sup>A semelhança de outros estudos, esses programas apenas contenham algumas situações de necessidade, mas não tiveram efeitos na mobilidade social e na superação das condições de vulnerabilidade (TASSARA; IBARRA; VARGAS, 2015).

*e estava grávida de mais outro. A situação de trabalho ficou cada vez mais difícil, então fui para Cali porque meu irmão mais velho morava lá. Cheguei sozinha e depois trouxe minha mãe e meus filhos. Comecei trabalhando em uma casa de família, morando com eles. Depois de um ano trouxe meus filhos e minha mãe e aluguei um quarto para morar com eles e ia trabalhar todos os dias. Graças a Deus meus patrões eram muito bons. Eu trabalhei mais de 24 anos com essa mesma família. (Mulher-MMQ, 04162018).*

Nessa etapa, evidencia-se um fenômeno que Bourdieu denomina índice de conversão que tem a ver com as mudanças de tipos de capitais no tempo. Nos níveis alto e médio, o investimento na educação durante sua infância e juventude, possibilitou o acesso a empregos de melhor qualidade e rendas maiores em comparação como os níveis médio-baixo e baixo. Essa mudança vai marcar uma hierarquização social que impacta a qualidade de vida das pessoas aqui analisadas, determinada pela situação de classe (volume de capitais) e pela fração de classe (tipo de capitais) (WEININGER, 2015).

Algumas das diferenças entre o nível alto e médio têm a ver com seu nível de formação, seus salários e o montante de sua renda geral. Do mesmo modo, nas posições ocupacionais que ocuparam dentro de suas organizações ou empresas. Os do nível alto, ocuparam cargos de direção/gerência, outros professores universitários, enquanto os do nível médio, tiveram cargos administrativos e técnicos em organismos públicos ou privados. Nos casos dos níveis médio-baixo e baixos, suas condições de trabalho estavam marcadas pela informalidade, com ocupações de braçal, no âmbito doméstico, na venda ambulante, caracterizados pela baixa renda, a incerteza e a insegurança física.

Nos casos estudados, observam-se coincidências com outros estudos. Os níveis altos e médios da sociedade podem ter períodos de emprego e desemprego com níveis variáveis de renda, produto dos ritmos da economia, enquanto nos níveis médio-baixo e baixo, o desemprego, a instabilidade e a precariedade do emprego, são constantes. O caráter periférico desses últimos pouco depende do setor formal da economia, sustenta-se pelas oportunidades do setor informal e o auto-emprego (ORTIZ; DIAZ, 2018). O déficit de capitais lhes impede

entrar na concorrência para se vincular ao sector formal. Isso situa esses grupos no segmento que permanece no sector informal pela necessidade e sob condições de subordinação e precariedade, e não naquele segmento que estando dentro deste setor tem algum grau de controle sobre recursos (WELLER; KALDEWEI, 2014).

Essas posições dos sujeitos vão determinar condições materiais e simbólicas de existência, que se expressam em experiências de qualidade de vida e maior ou menor vulnerabilidade frente às contingências de devir. Nos níveis alto e médio comparados com os níveis inferiores, tiveram cobertura de planos de saúde complementares, acesso à educação para si e para seus filhos. Igualmente oportunidades e recursos para aceder a uma casa própria em bairros mais ou menos seguros, com um adequado equipamento físico, e vínculos mais ou menos harmônicos com seus entornos sociais ao longo de suas vidas, mesmo para defrontar problemas (o consumo de drogas, em um dos casos ou crise econômicas). Pode-se afirmar que possuem capitais culturais, sociais e econômicos que lhes permitiu levar uma vida com alguns graus de liberdade para não ter que atuar apenas para resolver necessidades<sup>9</sup>.

Nos níveis altos é mais evidente o tempo e espaço para o lazer, através das viagens, das atividades sociais e do pertencimento a grupos ou clubes sociais. Mesmo que o lazer possa atravessar os capitais econômico, cultural e social, tem certa independência ao permitir às pessoas ter uma vida e se afastar temporariamente das pressões, exigências e dos ritmos acelerados das sociedades atuais. Certas condições econômicas e certo capital cultural ampliam os horizontes de possibilidade (as condições econômicas, os universos conhecidos ou imaginados ampliam os sonhos e desejos) portanto nos casos do nível alto e em menor grau do nível médio, lhes permitiu configurar um estilo de vida que além do dever incorporou o prazer como uma dimensão da vida ou como uma necessidade humana e não um luxo (GOUGH, 2007).

---

<sup>9</sup>O apontado tem relação com fenômenos associados à pobreza nos termos de Amartya Sen quando afirma que a carência de ativos ou restrições à liberdade de eleição levam a uma redução da capacidade de satisfazer um conjunto de necessidades humanas e obter um nível mínimo desejado de bem-estar (CABALLERO; GARCÍA; VÉLEZ, 2011).

A violência é um fator que aumenta os níveis de vulnerabilidade social e as desigualdades sociais. Por uma parte, a violência social (rural) que tem sido mencionada em parágrafos anteriores, gera além dos impactos antes citados, um acúmulo de vulnerabilidades quando as famílias dos níveis mais baixos têm que receber famílias forçadas a migrar das áreas rurais, o que significa um aumento das necessidades sob condições já precárias. Uma outra expressão da violência social, de tipo urbana golpeia também as famílias dos níveis mais baixos quando lesiona ou mata a algum de seus membros, gerando deficiência ou a perda, o que se traduz em afetações psicológicas e econômicas. Essa mesma violência, também impede que as famílias desenvolvam atividades produtivas como venda ambulante ou negócios em sua própria casa, igualmente, gera condições de incerteza e insegurança e fratura o tecido social dos bairros, afetando a construção de capital social, obrigando as pessoas a se refugiar no interior de suas casas, como mencionaram alguns dos entrevistados.

*Em 2017 eu estava muito triste porque morreu minha filha de câncer e ela era uma pessoa especial para mim. Eu cuidava dela e de minha neta e elas cuidavam de mim. Mesmo que eu sempre tenho sido forte, para mim foi difícil a perda de minha filha porque anos atrás eu perdi dois de meus filhos pela violência. Um deles terminou em negócios esquisitos, com grupos de “limpeza social” e o outro por vingança. Agora estou sozinha porque minha outra filha mora no Panamá. Ela saiu do país em procura de oportunidades e está aí trabalhando para sustentar-se com seu filho (Mulher-NR, 11092018).*

*Meu esposo sofreu um atentado, recebeu dois tiros, mas conseguiu fugir. Por isso, tivemos que deixar todo e migrar para Cali onde recentemente tinha chegado minha família porque foram obrigados a sair de sua terra pela violência do conflito armado. Também chegou minha irmã porque assassinaram a seu marido. Nesse momento morávamos na mesma casa cerca de 15 pessoas e ninguém tinha dinheiro nem trabalho. Esse período foi horrível, sim tomávamos café da manhã não tínhamos para o almoço e se almoçávamos não tínhamos para jantar (Mulher, JA, 06092018).*

A violência no interior da família é uma outra modalidade que afetou especialmente os níveis mais baixos. Essa violência, fundada sobre os estereótipos de gênero e sobre um sistema simbólico que sobrepõe o masculino sobre o feminino e os homens sobre as mulheres, afeta as condições materiais e emocionais das famílias<sup>10</sup>. A violência física afetou diretamente a integridade física e psicológica das mulheres entrevistadas e de seus filhos. O abandono das famílias por parte dos homens ou sua despreocupação das obrigações, sobrecarregou às mulheres, tanto econômica quanto emocionalmente. Igualmente, o controle exclusivo do capital econômico por parte dos homens, impediu que muitas vezes se resolvessem as necessidades de seus membros (no estudo, na saúde, na roupa, na habitação).

*Depois de muitas voltas fomos para Bogotá, mas meu marido ficou doente por causa do frio e eu tive que trabalhar, mas ele não gostava. Então a gente foi para outra cidade a morar onde um tio dele. Aí, ele foi melhorando e pôde trabalhar com seu tio. Para mim, todo esse processo foi muito difícil porque ele era violento e ciumento demais. Eu não podia falar com ninguém. Ele me vigiava constantemente e a gente só podia fazer o que ele dizia, do contrario ficava descontrolado e me batia (Mulher-LLR, 14092018).*

Durante essa etapa, mantêm-se os dois esquemas de disposições entorno à provisão e o cuidado, o primeiro representado com maior capacidade de decisão e de dominação, na cabeça dos homens e o segundo com uma alta carga de submissão, em cabeça das mulheres. Em todos os níveis se consolidam práticas dos homens voltados ao trabalho, ao cumprimento dos deveres no trabalho, o que em muitos casos os afastou de suas famílias, reduzindo o vínculo estritamente à provisão econômica (para alguns foi temporário, para outros, permanente e para alguns, significou rupturas afetivas). Em todos os níveis, observa-se uma dupla exigência nas mulheres: de provisão e cuidado, porém, nos níveis alto e médio tiveram maior apoio de seus parceiros íntimos ou de suas famílias de origem, enquanto, nos níveis

---

<sup>10</sup> Nesses casos, evidencia-se uma dimensão cultural na produção das desigualdades e vulnerabilidade das mulheres, resultado dos estereótipos de gênero, instalados culturalmente através dos processos de socialização nos quais associam a mulher à maternidade, ao cuidado da família, à espaço doméstico, à monogamia e os homens ao trabalho, à vida pública, à força, à violência, à poligamia (PROFAMILIA; FUNDACION PLAN, 2018).

médio-baixo e baixo, tiveram que cumprir essas tarefas sozinhas (pelas rupturas geográficas, afetivas ou porque as pessoas mais próximas também estão resolvendo questões ou necessidades), além, com menos capitais e portanto maiores condições de vulnerabilidade o que tende a aprofundar ou manter as desigualdades.

*Eu tive dois filhos com mulheres diferentes, mas nunca convivi com nenhuma delas. Eu morava sozinho. Após, morava numa casa com uma prima e depois de 4 anos me mudei para um apartamento que comprei através de um programa de subsídios de habitação que tinha a Universidade onde eu trabalhava como técnico. Aí, morei um tempo e quando meus filhos estavam estudando na universidade, deixei o apartamento para que eles morassem nele e me mudei para morar sozinho. Até hoje moro na mesma casa (Homem, SB, 22022018).*

O assinalado vai marcar um posicionamento e uma forma de agir no futuro. Nos níveis alto e médio, suas posições ocupacionais e sua renda, assim como seu capital cultural e físico, lhes permitiu gerar condições para sua velhice, através de seus aportes para sua pensão de velhice, a poupança, a compra de propriedades, mesmo na educação de seus filhos, a nível de graduação e pós-graduação, o qual pode se tornar em um apoio fundamental na velhice. Enquanto isso, algumas pessoas do nível médio-baixo conseguem assegurar condições econômicas para sua velhice através dos aportes para sua pensão e a compra de casa própria, outros desse mesmo nível e do nível baixo estão obrigados a viver no presente resolvendo o dia a dia<sup>11</sup>. Nesses níveis, o investimento na educação de seus filhos é uma preocupação, no entanto, devido a todas as situações relatadas, além da gravidez precoce, o consumo de drogas, levam que exista uma alta probabilidade de abandono dos estudos ou só chegar a níveis de formação média ou técnica, havendo poucos casos de formação profissional e vários casos onde seus filhos trabalham no setor informal.

---

<sup>11</sup> Coincidentemente com outros estudos sobre população vulnerável, as suas ações principalmente buscam paliativos frente a situações cotidianas, sem conseguir transformar as condições de vida. Os grupos mais vulneráveis têm que afrontar processos de adaptação permanentes, implementando ações sem sucesso, devido a sua fragilidade e débil impacto por causa da escassa disponibilidade de ativos, a acumulação de passivos e a precária estrutura de oportunidades (ORTIZ; DIAZ, 2018).

*Minha filha estudava medicina numa universidade privada, mas não gostou e se mudou para a universidade pública onde trabalhava meu marido. Então o custo da matrícula foi mínimo. Estudo administração de empresas e depois fiz pós-graduação em administração de serviços de saúde. Ela casou-se com um médico e tiveram dois filhos. Para mim sempre foi uma vantagem que meu genro fosse medico porque me atendiam mais rápido na clínica. Meu filho estudou também administração de empresas aqui na Colômbia e fez pós-graduação em Londres e Madrid. Agora mora em Londres (Mulher, VG, 23022018).*

Em síntese, evidenciam-se hierarquias sociais pela situação e as frações de classe social, o que determina certas condições e qualidade de vida presente e permite construir condições para o futuro. Enquanto os setores mais baixos estão obrigados a pensar e agir no presente para enfrentar as contingências, na medida que aumenta o nível vai se combinando a possibilidade de viver o presente resolvendo a necessidade, mas também dando lugar ao prazer, ao desejo, assim como a possibilidade de planejar o futuro. Esse planejamento e investimento vai impactar as condições de vida durante a velhice, além de gerações futuras ao envolver diretamente seus filhos. A violência social e familiar é um fator chave que faz mais complexa a situação dos níveis mais baixos, pois impacta na possibilidade produzir capital econômico e golpeia o capital social e a estabilidade emocional das famílias. Mantêm-se os habitus que diferenciam os papéis entre homens e mulheres, porém, essa divisão tem maiores afeitos (econômicos, culturais, psicológicos) na medida que decresce o nível.

### **2.1.5 Seguindo as pistas das desigualdades na velhice**

Alguns dos entrevistados encontra-se nessa etapa da vida. Segundo as trajetórias analisadas, evidenciam-se dois tipos de capitais que marcam as desigualdades entre grupos que têm vantagens sociais frente a outros. Esses são, o capital econômico, o capital social e o capital do sistema de proteção social. Como em outras etapas, o capital econômico permite o acesso a bens, serviços e confortos, o capital social, oferece suportes afetivos e econômicos que, embora sempre sejam necessários, nos casos analisados, ganharam maior relevância nesse momento da vida, devido às necessidades econômicas, de apoio emocional e físico, mesmo para o suporte cotidiano no desenvolvimento de algumas tarefas. Vale anotar que quando

aqui se fala de capital social, principalmente se refere aos entornos mais próximos como parceira(o) e filhos. O capital do sistema de proteção social é um suporte institucional produzido pelas condições de vida e as ações dos indivíduos durante sua trajetória de vida que vai garantir certos suportes econômicos para sua saúde e para sua família.

Talvez a principal diferença entre o nível alto e médio em comparação com o nível médio-baixo e baixo, tem a ver com a fonte de seus recursos para sua manutenção e o que isso envolve no dia a dia. A característica principal dos níveis mais altos é a possibilidade de ter pensão, ter casa própria, ter recursos para suas despesas básicas e respeito da sua saúde (planos complementares). Para aqueles que têm filhos, ter uma relação de reciprocidade afetiva e econômica com eles, e, ter a capacidade para ajudá-los (o caso de um dos homens que cuida de um filho com diagnóstico de doença mental), ter apoios afetivos de outros familiares ou redes sociais, em geral, dispor de redes sociais, recursos econômicos e condições de saúde adequadas para viver no dia a dia.

Nos níveis médio-baixo e baixo, as condições são heterogêneas. Quanto as suas condições econômicas, encontram-se quem dependa principalmente de seu trabalho, alguns deles apesar de ser idosos. Outros complementam as rendas de seu trabalho com outras rendas, por exemplo o aluguel de quartos ou a pensão de seus maridos. Alguns têm casa própria. Os apoios dos filhos são relativos, em alguns dos casos existe uma independência econômica entre filhos e pais, em outros, os pais assumem grande parte da manutenção e o apoio de seus filhos, mesmo, em meio da precariedade, e em outros casos, existe reciprocidade segundo as necessidades e possibilidades de cada um. A respeito da saúde, a maioria é usuária do sistema público de saúde que quase sempre fornece serviços de atendimento para suas necessidades, sem negar as demoras, a falta de medicamentos e os problemas de qualidade.

*Eu ainda trabalho, mas não da mesma forma porque tive um acidente e não posso me movimentar como antes. Eu cai de um ônibus e fiquei com muita dor na perna e quase não posso caminhar. Então estou trabalhando há 5 anos fora de uma discoteca alugando sapatos de salto e vendendo cigarros. Antes eu vendia serviços de celular na rua, fora de um banco, mas depois do acidente não*

*pode continuar com esse trabalho. Meus filhos acabam de chegar da Venezuela e cada um deles está tentando conseguir trabalho. Minha filha é auxiliar de enfermagem, meu filho é técnico de sistemas e o mais novo deixo de estudar no quarto ano do ensino médio e está disposto a trabalhar em qualquer coisa. Então, entre todos nós ajudamos quando podemos (Mulher-NM, 16032018).*

Nessa etapa, nos níveis altos e médios os habitus de provisão e cuidado foram atenuados principalmente pelo cuidado de si, de sua saúde, de sua funcionalidade cotidiana, invertendo-se o cuidado dos filhos para seus pais e mães ou de uma maior reciprocidade entre ambos. Nos níveis médio-baixo e baixo, mantêm-se ainda uma centralidade da provisão e no cuidado, interpelados pela sobrevivência, através do trabalho diário e pela preocupação e cuidado econômico e afetivo dos filhos. Muitas mulheres mencionam que muitos de seus problemas de saúde devem-se às preocupações pelos seus filhos. Nesses níveis, o cuidado de si, está restringido aos tempos e recursos econômicos disponíveis para ir ao médico ou às consultas, assim como tempos de descanso, mas é infrequente o planejamento de atividades de recreação ou lazer.

Os casos estudados de níveis mais baixos, coincidem com a tendência de América Latina onde pessoas de ambos gêneros participam na vida produtiva em contextos de mercados laborais com elevados níveis de informalidade e limitada cobertura dos sistemas de seguridade social (com baixa densidade de cotizações), o que se traduz em um limitado acesso às pensões e aposentadorias durante a velhice. A população idosa menos protegida é aquela que sofreu exclusões nas etapas anteriores (CEPAL, 2016). Nesse sentido é evidente o caráter acumulativo das desigualdades e das vulnerabilidades, mesmo, uma reprodução intergeracional delas.

Em síntese, o fato de ter capitais econômicos, sociais e de proteção social determina as posições de bem-estar dos níveis alto e médios sobre os níveis médio-baixo e a sua vez, desse nível com o nível baixo. A posse desses capitais vai determinar condições de bem-estar e qualidade de vida desiguais entre os níveis e mudanças nos habitus. Enquanto os níveis altos e médios têm uma maior preocupação pelo cuidado de si, tendo tempo para si e

de apoios sociais prestes para seu cuidado, nos níveis mais baixos persiste um esquema onde predomina a provisão para a sobrevivência e cuidado dos outros.

O acúmulo desses capitais (econômicos, social, das pensões e da saúde), mostra que a educação é um dos principais disparadores para reduzir as desigualdades sociais e de mobilidade social. Apesar de que muitos dos casos estudados compartilharam condições de vida no início de suas vidas, aqueles que conseguiram certo nível de formação para concorrer no mercado de trabalho e conseguir certas condições de vida. No entanto, isso não acontece de forma automática, pois as limitações econômicas de suas famílias de origem junto com os esquemas simbólicos em torno ao gênero que operaram em suas famílias de origem e em os campos por onde transitam, são fatores que fazem que as trajetórias de vida estejam atravessadas por uma rede complexa de condições objetivas, de subjetividades e intersubjetividades que determinam posições sociais hierarquizadas com vantagens, benefícios, oportunidades e bem-estar desigualmente distribuídos.

Segundo os níveis, podem-se classificar os casos dos níveis inferiores em pessoas vulneráveis por um período indefinido com incapacidade histórica de responder, em contraste com os níveis médios, onde encontra-se variações de famílias vulneráveis através de um processo de pauperização ou transitoriamente, devido a fatores circunstanciais ou imponderáveis da natureza. Nos níveis altos, observam-se casos de estabilidade relativa, com capacidade para defrontar situações adversas sem experimentar afetações graves e com maiores capacidades para enfrenta-las e recuperar-se (ORTIZ; DIAZ, 2018).

## 2.2 ARTIGO 2

Artigo em submissão na Revista “Gerencia y Política de Salud”. Classificação: B1.

### **Desigualdades sociales: viviendo con diabetes**

### **Social inequalities: living with diabetes**

### **Desigualdades sociais: vivendo com diabetes**

#### **Resumen**

La diabetes es una enfermedad crónica no transmisible que aumenta afectando todos los segmentos poblacionales. Los estudios muestran una mayor concentración de esta patología y sus factores asociados en sectores que experimentan condiciones de desventaja socioeconómica. En este documento se presentan los resultados de una investigación cualitativa, cuyo propósito es comprender cómo las desigualdades sociales afectan las experiencias de padecimiento de diabetes, para lo cual rastrea las trayectorias de vida y experiencias de la enfermedad de hombres y mujeres del municipio de Santiago de Cali-Colombia. Los resultados indican situaciones de desigualdad en torno al acceso a los servicios, en las relaciones entre los pacientes y el personal de salud, en la incorporación de hábitos de alimentación y actividad física y del capital social de apoyo. En términos de la atención directa a individuos y poblaciones, identificar las desigualdades permite avanzar en modelos diferenciales de tratamiento que involucren activamente a los pacientes, así como a varias disciplinas y a sectores del desarrollo.

**Palabras clave:** Investigación cualitativa, Diabetes mellitus tipo 2, desigualdades sociales, acontecimientos que cambian la vida

#### **Abstract**

Diabetes is a chronic non-communicable disease that increases affecting all population segments. Studies show a higher concentration of this pathology and its associated factors in sectors that experience socioeconomic disadvantage. This document presents the results of a

qualitative investigation, whose purpose is to understand how social inequalities affect the experiences of suffering from diabetes, for which it tracks the life trajectories and experiences of the disease of men and women of the municipality of Santiago de Cali, Colombia. The results indicate situations of inequality around access to services, in the relations between patients and health personnel, in the incorporation of eating habits and physical activity and of the social capital of support. In terms of direct attention to individuals and populations, identifying inequalities allows progress in differential models of treatment that actively involve patients, as well as various disciplines and sectors of development.

**Key words:** Qualitative research, type 2 diabetes mellitus, social inequalities, life change events.

### **Resumo**

A diabetes é uma doença crônica não transmissível que aumenta afetando todos os segmentos da população. Estudos mostram maior concentração dessa patologia e seus fatores associados em setores que apresentam desvantagem socioeconômica. Esse documento apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo é compreender como as desigualdades sociais afetam as experiências de adoecimento do diabetes, para o qual acompanha as trajetórias de vida e experiências da doença de homens e mulheres do município de Santiago de Cali-Colômbia. Os resultados indicam situações de desigualdade quanto ao acesso aos serviços, nas relações entre pacientes e profissionais de saúde, na incorporação de hábitos alimentares e atividade física e do capital social de apoio. Em termos de atenção direta a indivíduos e populações, a identificação de desigualdades permite avançar em modelos diferenciais de tratamento que envolvem ativamente pacientes, bem como diversas disciplinas e setores de desenvolvimento.

**Palavras chaves:** Pesquisa qualitativa, Diabetes mellitus tipo 2, desigualdades sociais, acontecimentos que mudam a vida.

## **Introducción**

Según estimaciones, en el mundo el 8,8% de adultos de 20 a 79 años tienen diabetes, de los cuales el 79% viven en países de ingresos bajos y medios. Si las tendencias continúan, para 2045, 693 millones de personas entre 18-99 años, tendrán diabetes<sup>(1)</sup>. En Colombia, entre 2010 y 2020 la carga de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles es de 73% y de enfermedad de 60%, encabezado por las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y la diabetes mellitus tipo 1 y 2<sup>(2)</sup>. En el municipio de Cali, la diabetes ocupa el cuarto lugar de muerte dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles<sup>(3)</sup>.

El comportamiento epidémico de la diabetes mellitus tipo 2 involucra un complejo grupo de sistemas genéticos e epigenéticos interactuando dentro de una igualmente compleja estructura social que determina los comportamientos y las prácticas individuales y colectivas<sup>(4)</sup>. Está condicionada por el papel que tiene la posición socioeconómica en los cuidados de la salud, la prevención de la enfermedad, las medidas de promoción de la salud, la disposición a buscar tratamiento y los estilos de vida<sup>(5)</sup>.

El propósito de este trabajo es comprender cómo las desigualdades sociales afectan las experiencias de padecimiento de diabetes. A través de una investigación cualitativa, se rastrean trayectorias de vida y experiencias de la enfermedad marcados por un contexto social, del municipio de Santiago de Cali-Colombia, que tiene similitudes con muchos municipios de América Latina. Este trabajo hace parte de la tesis para optar al título de Doctor en Salud Colectiva en la Universidad Federal de Espirito Santo-Brasil, titulada: “Desigualdades sociales y experiencias de padecimiento de diabetes mellitus tipo 2 en Santiago de Cali-Colombia”.

## **Metodología**

Este estudio se sitúa en la perspectiva constructivista estructural desde la cual el individuo y la sociedad no son dos objetos independientes, sino dos planos distintos, pero inseparables del universo humano<sup>(6)</sup>. Para entender los procesos de desigualdad social con efectos en la salud, se concibe la sociedad estructurada jerárquicamente según clases sociales, razas, géneros, entre otras categorías sociales, donde los niveles mayores determinan los inferiores, incluyendo los niveles biológicos y comportamentales, sin que exista una determinación

mecánica<sup>(7)</sup>. Se retoma el enfoque de interseccionalidad para analizar las diferentes formas como se articulan y combinan los procesos sociales y las experiencias para producir desigualdades sociales<sup>(8)</sup>.

Las desigualdades en la salud son entendidas como las diferencias sistemáticas de salud entre grupos que tienen diferentes posiciones de ventaja/desventaja social<sup>(9)</sup>. Son diferencias perceptibles y medibles en las condiciones de salud relacionadas con diferentes posibilidades de exposición a los factores que determinan los procesos de salud/enfermedad, respecto a la calidad de la atención de salud y al acceso a los recursos disponibles en la sociedad y en el sistema de salud para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la cura y la rehabilitación. También implica, posibilidades desiguales para disfrutar de avances científicos y tecnológicos y una distribución desigual de los resultados de salud<sup>(10-11)</sup>.

Este estudio se sitúa en el paradigma cualitativo y epistemológicamente, apropia tres premisas de la fenomenología. Indaga sobre *La experiencia biográfica*: situada en el mundo de la vida, donde los sujetos piensan, sienten y actúan. *El stock de conocimiento*, que corresponde a la sedimentación de experiencias y situaciones experimentadas, desde la cual interpretan el mundo y guían su acción. *La experiencia y el conocimiento*, significa que, aunque vivan experiencias similares, el conocimiento generado es diferente y variado, de acuerdo con el bagaje biográfico y su capacidad reflexiva<sup>(12)</sup>.

Metodológicamente, apelamos a los relatos biográficos a través de los cuales cada caso particular, al mismo tiempo ilustra la estructura social y transmite, por su propia individualidad, su carácter a veces único<sup>(13)</sup>. Se escuchó y reconstruyó lo que la gente dijo de sí misma y su trayectoria de vida, partiendo de la idea que las historias nunca son una verdad sobre los hechos vividos, sino una versión posible, atribuida por quienes los han experimentado, a partir de su biografía, su experiencia, sus conocimientos y su visión del futuro. De este modo, los relatos biográficos permitieron descubrir y explorar experiencias de vida pasadas y presentes, bajo las divisiones, diferenciaciones y jerarquías sociales, vinculando su experiencia individual con el contexto social, interpretándolo y dándole sentido desde el presente<sup>(13)</sup>.

Se realizaron 23 entrevistas a personas con características socioeconómicas y socioculturales diversas. Las entrevistas, se estructuraron bajo la idea de una historia de vida completa, buscando abarcar la totalidad de las vidas de los y las entrevistadas, rastreando cronológicamente su experiencia vital y destacando los hechos más significativos, no obstante, profundizando en condiciones de ventaja o desventaja social, económica y cultural. Los y las participantes fueron seleccionados en diferentes centros de salud del municipio de Santiago de Cali, bajo el criterio que hubiese representación de clase social, género y condición étnico racial diversas y hayan sido diagnosticados hace más de un año.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Federal de Espirito Santo, cumpliendo todos los requisitos (No de aprobación: 2.201.909 de 2017). A todos los y las participantes les fue solicitado su consentimiento informado previo a la entrevista, tras presentarles los objetivos de la investigación. Además, fueron informados sobre el manejo confidencial de los datos suministrados y de mantener el anonimato de sus nombres.

Las y los entrevistados tienen entre 38 y 85 años con un promedio de 60 años. El 61% total son mujeres, el 74% se reconoce como mestizas, el 22% como negro y solo una como blanca. El 22% cursó primaria, el 23% secundaria (completa e incompleta), el 22% educación técnica y universitaria y el 13% no estudió. El 52% vive en estrato 1 y 2, 35% en 3, 4 y el 13% restante en el 5 (siendo 1 el más bajo y 6 el más alto).

La investigación fue realizada en el municipio de Santiago de Cali-Colombia, tercer municipio, según tamaño poblacional, después de Bogotá y Medellín. Este municipio, en 2017, de acuerdo con proyecciones contaba con 2'420.114 habitantes: 47.8% hombres y 52.2% mujeres<sup>(14)</sup>. Según estimaciones, el 98,4% habita en el área urbana y 1,6% en áreas rurales<sup>(15)</sup>. Entre 1990-2019 recibió 551.266 migrantes internos producto del conflicto armado<sup>(16)</sup>. Territorialmente, según el estrato socioeconómico, 52,4% pertenece al estrato bajo, el 37,3% el estrato medio y el 9% a los estratos medio-alto y alto (1,94% estrato alto)<sup>(17)</sup>.

Se realizó análisis de contenido, que consiste en un ejercicio sistemático de interpretación de los datos recopilados en el trabajo de campo por parte del investigador, con el propósito de producir conocimiento sobre el tema de interés<sup>(18)</sup>. En los textos, se identificaron segmentos relacionados con los objetivos de la investigación, luego, tomando como referencia el marco teórico, se agruparon fragmentos de texto similares para la construcción de las categorías. Se definieron inicialmente las categorías y subcategorías partiendo de los relatos y posteriormente se ajustaron en la escritura con base en el referente teórico. En principio, se realizó un ejercicio descriptivo por categorías y subcategorías, seguidamente se establecieron relaciones entre el contenido descriptivo, referentes teóricos y la interpretación del investigador.

En la siguiente tabla se presentan las categorías y subcategorías de las cuales se obtienen los resultados y se realiza el análisis.

**Tabla 1.**  
**Categorías y subcategorías**

<b>Categorías</b>	<b>Definiciones y subcategorías</b>	
Campo social	Espacios sociales configurados histórica e interdependientemente por la dinámica de los grandes procesos sociales y las interacciones de los grupos en la vida cotidiana.	
Posiciones sociales	Posiciones sociales definidas relacionamente (jefe/subordinado, padre/hijo, empleador/empleado, hombre/mujer, rico/pobre, negro/blanco), producidas en sistemas jerárquicos y con efectos en las relaciones en campos sociales.	
	Capitales	Conjunto de bienes acumulados que se producen, distribuyen, consumen, invierten y pierden. Se extiende a cualquier tipo de bien acumulable, en torno al cual se pueda constituir un proceso de producción, distribución o consumo <sup>(19)</sup> .
	Esquemas de clasificación y de acción	Son sistemas de disposiciones que se producen a partir de la interiorización de lo social el cuerpo, expresándose en manera de actuar, percibir, valorar, sentir y pensar. <sup>(20)</sup> .
Sistema de Género	Sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, generalmente, no en el nivel de igualdad, sino en el orden jerárquico <sup>(21)</sup> .	
Situaciones del contexto generadoras de desigualdades	Situaciones externas a los individuos sobre las cuales no tienen control suficiente e impactan en sus posiciones y subjetividades.	
Experiencias de padecimiento o de enfermedad	Medios y formas en que los individuos perciben, conciben y responden a un episodio particular de enfermedad <sup>(22)</sup> , vinculado al campo de los servicios de salud y al campo del mundo de la vida y la cotidianidad de los sujetos.	

Fuente: Elaboración propia

## Resultados

En este apartado se presentan algunos aspectos del contexto que son determinantes en las trayectorias de vida de los y las participantes y posteriormente, se describen las trayectorias usando algunas características socioeconómicas y culturales para agruparlas en niveles. Por razones de espacio se optó por presentar esta información en tablas. Las trayectorias de vida fueron reconstruidas a partir de cuatro etapas del ciclo de vida: infancia, juventud, edad adulta y vejez. Estas etapas coinciden con la división que sugiere que la edad es un eje determinante de la distribución del bienestar y el poder en la estructura social, por lo tanto, una de las bases de la organización social en torno a las responsabilidades y funciones<sup>(23)</sup>.

En la siguiente tabla se presenta una sucinta descripción de algunos elementos del contexto que marcaron las trayectorias de vida de los y las entrevistadas. Igualmente, una síntesis de las trayectorias. Los criterios para clasificar los niveles emergieron de las entrevistas, basados en categorías del marco teórico: posiciones sociales, capitales culturales, económicos y sociales, situaciones del contexto y esquemas subjetivos de clasificación y de actuación.

**Tabla 2.**  
**Contexto y trayectorias de vida**

<b>Contexto</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento urbano producto de la migración forzada por la violencia en las zonas rurales (desde 1940), de los procesos de industrialización y el desarrollo de servicios sociales en las ciudades<sup>(24)</sup>.</li> <li>• Violencia rural se amplía a las ciudades con el narcotráfico desde la década de 1980<sup>(25)</sup>.</li> <li>• Persistencia de altos niveles de violencia intrafamiliar y de estereotipos de género<sup>(26,27)</sup>.</li> <li>• Altos niveles de informalidad laboral y de flexibilización del empleo. Pocas personas logran pensionarse<sup>(28)</sup>.</li> <li>• Una desigualdad persistente entre lo urbano y lo rural, entre ingresos (clase), entre géneros y entre razas/etnias<sup>(28,29)</sup>.</li> <li>• Mejoras en el acceso a la educación, aunque persisten desigualdades de acceso a la educación secundaria, técnica y superior<sup>(30)</sup>.</li> <li>• Sistema de salud progresivamente genera universalidad en el aseguramiento y frente a un paquete único de servicios, pero con desigualdades de acceso y calidad<sup>(31)</sup></li> </ul>				
<b>Categorías/grupos</b>	<b>Nivel alto</b>	<b>Nivel medio</b>	<b>Nivel medio-Bajo</b>	<b>Nivel bajo</b>
<b>Nivel de estudios</b>	Profesional-postgrado	Técnico-profesional	Secundaria (completa-incompleta)	Primaria-ninguno
	Cargos de dirección, gerencia y ocupaciones no manuales	Cargos intermedios, técnicos y de asistencia.	Trabajadores independientes. Venta de productos, servicios. Trabajo	Empleados de trabajos manuales y domésticos. Sector informal de la

<b>Trabajo y posición ocupacional</b>	(profesores universitarios). Trabajo formal y estable.	Trabajo formal e estable.	inestable entre sector formal e informal.	economía. Trabajo altamente inestable e inseguro.
<b>Ingresos</b>	Cubrir gastos básicos y acceso a bienes y servicios adicionales (>4 salarios mínimos)	Cubrir gastos básicos y acceso ocasional a ciertos bienes y servicios (2-4 salarios mínimos)	Cubrir gastos básicos, pero algunas veces no es suficiente (1-1,5 salarios mínimos)	No es suficiente para cubrir los gastos básicos (< 1 salario mínimo)
<b>Lugar de residencia</b>	Barrios de estrato socioeconómico 5. Ofrecen comodidades y tienen prestigio social (económica y socialmente valorados). Seguros (seguridad privada).	Barrios de estrato socioeconómico 3 – 4. Ofrecen servicios básicos. Combina áreas comerciales y residenciales, con predominio residencial. Zonas seguras con hechos aislados de inseguridad. Seguridad pública.	Barrios de estrato socioeconómico 3 – 2. Bairros populares. Combinan áreas residenciales y comerciales con economía formal e informal. Viviendas con servicios básicos, otras con precariedad habitacional. Deficit de equipamiento (urbanización formal e informal).	Barrios de estrato socioeconómico 1 – 2. Bairros inseguros. Con precariedad habitacional e de equipamiento, predominio urbanización informal).
<b>Soportes y redes sociales</b>	Redes familiares y sociales de apoyo económico y afectivo. Redes facilitan acceso a trabajo y a otros beneficios. Experimentan violencia simbólica (naturalizada) y conflictos en el interior de la familia que no son resueltos con violencia física. Algunos vivieron violencia política en su infancia en sus regiones de origen. No han experimentado violencia social en sus familias	Apoyo familiar y social afectivo y en menor grado económico. Ofrecen más soporte económico a sus familias del que reciben de ellas. Redes menos efectivas para satisfacer necesidades. Experimentan violencia simbólica (naturalizada) y conflictos en el interior de la familia que no son resueltos con violencia física. Algunos vivieron violencia política en su infancia en sus regiones de origen. No han experimentado violencia social en sus familias	Ayudan económica y afectivamente más de lo que son ayudados. Frágil red de contactos. Algunos vivieron violencia social y política en varios momentos de sus vidas, perdiendo familiares, y obligándolos a migrar, rompiendo vínculos.	Redes frágiles, con débiles relaciones de reciprocidad. Algunos vivieron violencia social y política en varios momentos de sus vidas, perdiendo familiares, y obligándolos a migrar, rompiendo vínculos.

<p><b>Servicios de Salud y protección social</b></p>	<p>Servicios de salud, con aportes como trabajadores y planes privados complementarios. Reciben o cotizan para pensión de vejez.</p>	<p>Servicios de salud, con aportes como trabajadores y servicios privados ocasionales. Reciben o cotizan para pensión de vejez.</p>	<p>Servicios públicos de salud. No reciben pensión de vejez ni cotizan y temporalmente recibieron subsidios económicos del Estado.</p>	<p>Servicios públicos de salud. No reciben pensión de vejez ni cotizan y temporalmente recibieron subsidios económicos del Estado.</p>
<p><b>Relaciones de género</b></p>	<p>Diferencias en roles de género: hombres proveedores, dominantes, preocupados de sí, pero responsables en el bienestar de la familia. Las mujeres se asocian al cuidado de los otros, en menor medida la preocupación por sí mismas y una actitud de sumisión, lo que no significa que no tomaran decisiones y asumieran desafíos.</p>	<p>Diferencias en roles de género: hombres proveedores, dominantes, preocupados de sí, pero con cierto grado responsabilidad en el bienestar de la familia. Las mujeres se asocian al cuidado de los otros, en menor medida la preocupación por sí misma y una actitud de sumisión lo que no significa que no tomaran decisiones y asumieran desafíos. Privilegian su independencia económica.</p>	<p>Diferencias de roles de género: hombres proveedores, dominantes, preocupados de sí, con baja responsabilidad en el bienestar de la familia. Las mujeres se asocian al cuidado de los otros, en menor medida la preocupación por sí misma y una actitud de sumisión (lo que no significa que no tomaran decisiones y asumieran desafíos). Se ven obligadas a asumir roles de cuidado y de provisión por rupturas conyugales, producto de violencia física/psicológica y abandono (jefatura familiar femenina).</p>	<p>Diferencias de roles de género: hombres proveedores, dominantes, preocupados de sí, con baja responsabilidad en el bienestar de la familia. Las mujeres se asocian al cuidado de los otros, en menor medida la preocupación por sí misma y una actitud de sumisión (lo que no significa que no tomaran decisiones y asumieran desafíos). Se ven obligadas a asumir roles de cuidado y de provisión rupturas conyugales, producto de violencia física/psicológica y abandono (jefatura familiar femenina).</p>

Fuente: Elaboración propia

### Desigualdades sociales viviendo con diabetes

En esta sección, se describen las experiencias de desigualdad en el manejo y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, en el ámbito institucional que tiene como punto de inflexión el diagnóstico e incluye la relación con los servicios y el personal de salud. Y en el ámbito del autocuidado, referido a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal y que se concretan en prácticas realizadas individualmente,

con sus familias o grupos de apoyo, orientadas hacia comportamientos positivos de salud, la prevención de efectos adversos y el manejo de síntomas<sup>(32)</sup>.

### **Ámbito institucional**

A partir del diagnóstico, todos fueron inscritos en el programa de control y seguimiento de la diabetes. La mayoría inició el tratamiento farmacológico, además, incrementó su actividad física regular y modificó su dieta: disminuyendo el tamaño de las porciones, igualmente, el consumo de grasa, dulce, carbohidratos. No obstante, algunos recibieron la información inicial y los medicamentos y decidieron no continuar los controles ni seguir las prescripciones sobre los cambios en sus estilos de vida. Quienes no asistieron a los controles ni siguieron las prescripciones, tienen periodos asintomáticos seguidos de recaídas que los obliga a consultar para el control de síntomas.

Los controles periódicos siguieron las directrices del Ministerio y tanto los que usaban servicios privados como públicos, tuvieron acceso a un paquete básico que incluía los medicamentos y la atención de enfermería, medicina general y especializada, nutrición y psicología. Los relatos coinciden en que estos controles operan como protocolos rígidos de mediciones antropométricas, revisión de los niveles de azúcar, toma de presión arterial, prescripciones sobre la dieta y entrega de medicamentos. La mayoría considera que son útiles para el seguimiento de los niveles glicémicos, pero no ofrecen herramientas para vivir con diabetes.

Pese a disponer todos de un mismo paquete de servicios, algunas personas de los niveles medio-bajo y bajo experimentaron dificultades para agendar consultas de nutrición, debido a la alta demanda, llevando incluso un tiempo superior a 6 meses de tratamiento. También se observaron barreras económicas para cubrir los gastos de transporte cuando los controles eran en centros de salud alejados de sus residencias o cuando debían desplazarse para reclamar los medicamentos. Aunque esto no es una constante, esas barreras impiden la asistencia de algunas personas a los controles, el acceso a medicamentos e implican gastos adicionales que afectaban su economía familiar.

Algunos participantes pertenecientes a esos mismos niveles, deben abandonar transitoriamente los controles, y con ello el consumo de medicamentos, por cuestiones económicas. La necesidad de ingresos y las escasas oportunidades de trabajo en su localidad, los obliga a desplazarse temporalmente a otras regiones para trabajar, lo que lleva a la interrupción de sus tratamientos, pues no acuden a los servicios de la salud en las zonas de trabajo, argumentando falta de disponibilidad de servicios y falta de tiempo.

Una alta proporción en todos los niveles aseguran que en los controles les realizan procedimientos mecánicos basados en la prescripción, sin tener en cuenta sus necesidades. En general, el personal de salud limita sus actuaciones a cumplir con los protocolos clínicos con un mínimo intercambio comunicativo con los pacientes. Varios pacientes afirman que debido a esa escasa comunicación y frente al desconocimiento de que algunas alteraciones físicas o emocionales que experimentan tengan relación con la diabetes, optaban por no hablar sobre los efectos que les producían los medicamentos, la pérdida del deseo sexual, las molestias físicas que afectan sus actividades cotidianas o algunas alteraciones emocionales.

Esto evidenció un privilegio del saber médico sobre la experiencia del paciente, lo que para muchos generaba incomodidad en el trato y pérdida de sentido de las prescripciones dadas. No obstante, las personas de niveles altos y medios juegan un papel más activo en los controles y el tratamiento y una mayor comunicación con el personal de salud. Esto refleja desigualdades respecto al trato y las formas de relacionamiento con el personal de salud entre niveles, evidenciando en los niveles altos y medios, mayor horizontalidad, aun cuando, también experimentaron desajustes o desfases entre los discursos biomédicos y sus experiencias de vivir con diabetes. Producto de estas formas de relacionamiento y comunicación, algunos pacientes tienen un déficit de conocimientos y herramientas con sentido práctico para el manejo de la diabetes.

Con respecto a los antecedentes en el acceso y uso de los servicios, se evidenciaron ventajas en los niveles altos y medios, pues debido a su condición de empleados formales existió una relación entre salud y trabajo, que los obligaba a realizar controles periódicos como trabajadores o disponían de servicios de salud ocupacional que podían o debían utilizar. Otra

situación, más frecuente en los niveles medio-bajo y bajo corresponde al desconocimiento de diagnósticos de diabetes en sus familias. Si bien esto no tienen una relación directa con la diabetes de los y las participantes en este estudio, si muestra como algunas regiones y sectores poblacionales carecían y carecen de acceso a servicios de salud (zonas rurales y urbanas periféricas), lo que dificultaba tratamientos oportunos y efectivos, así como alertas tempranas para generaciones futuras.

### **Ámbito del autocuidado**

Respecto al peso o la significatividad de la enfermedad, es posible identificar en los niveles medio-bajo y bajo indiferencia o poca relevancia de la enfermedad tiene relación con el hecho que el diagnóstico de la enfermedad aparece en un momento de sus vidas donde otras vivencias han marcado emocionalmente su curso de vida o existen situaciones emocionales y/o materiales que demandan mayor atención y compromiso. No obstante, en estos mismos niveles, señalan que la enfermedad va ganando protagonismo en sus vidas en la medida que algunas afectaciones físicas dificultan sus actividades cotidianas, entre ellas el trabajo, lo que impacta sus ingresos, sobre todo en las familias con un único proveedor(a). Esto refleja una asociación entre mayor vulnerabilidad de base-enfermedad-aumento vulnerabilidad (incremento de brechas).

Frente a los antecedentes, todos refieren la alimentación como la principal causa, aspecto por demás reforzado en los controles médicos y en el sentido común. En sus historias personales, destacan el tamaño de las porciones, también, el exceso de consumo de grasa, carbohidratos y dulce, generalmente asociados con prácticas familiares culturalmente arraigadas en los hombres o en contextos culturales y de trabajo propios de las áreas rurales. En general, señalan que a lo largo de sus vidas comían sin ningún tipo de control, pero en los niveles medio-bajo y bajo, fue más común que expresaran que comían lo que hubiese, lo que podían y cuando podían, principalmente granos y carbohidratos.

En cuanto a los antecedentes de la actividad física, fue referida como una práctica rutinaria o bien esporádica, en los niveles alto y medio, adquirida o promovida en etapas tempranas en la escuela o más tardíamente por el acceso a espacios deportivos/recreativos. Mientras

tanto, en los niveles medio-bajo y bajo, fue inexistente y asociada al trabajo, que requería una alta demanda física. En los niveles altos y medios la actividad física era una opción saludable o una alternativa socialmente deseable, en tanto en los niveles medio-bajo y bajo, no aparecía como posibilidad hasta el diagnóstico.

En los casos analizados se destaca una alta proporción de casos de sobrepeso en mujeres a lo largo de sus vidas, con incrementos súbitos sin explicación, en otros casos debido a la alimentación y en general, asociado con los embarazos. Muchas afirman que producto de los embarazos su peso se desordenó. En los hombres el sobrepeso fue menor y estuvo asociado a la alimentación y al sedentarismo. Las mujeres no mencionan el sedentarismo porque destacan su dinamismo en el trabajo y/o en las actividades domésticas, evidenciando una sobrecarga de tareas (como proveedoras y cuidadoras). Si bien en todos los niveles hubo sobrepeso en las mujeres, en el nivel alto y medio se observó una mayor preocupación por la salud y la estética, así como de esfuerzos recurrentes para contrarrestarlo, mientras que en el nivel medio-bajo y bajo, lo refieren como un riesgo indicado por el personal de salud y a barreras económicas u otras obligaciones para revertirlo.

Relacionado con lo anterior, también fue señalado por mujeres de los niveles medio-bajo y bajo, el estrés, las preocupaciones, la vivencia de situaciones adversas como factores que, según ellas, condicionaron el desarrollo de la diabetes. Las preocupaciones por el bienestar de la familia, el exceso de trabajo y de tareas diarias o el hecho de haber enfrentado situaciones difíciles como la muerte de los hijos o de otros familiares, el diagnóstico de VIH, necesidades básicas insatisfechas o la migración forzada, generan vulnerabilidad física que, junto con otros factores comportamentales y fisiológicos, desencadenan la enfermedad. Este es uno de los temas que no tratan en los controles debido a los desajustes antes mencionados en la comunicación con el personal de salud.

Ahora bien, respecto a las prácticas personales de cuidado, todos reconocen la importancia de asistir periódicamente a los controles, tomar los medicamentos prescritos, ajustar la dieta (reducir cantidades, dulce, carbohidratos, grasas, consumir frutas y verduras), controlar el peso, aumentar o incorporar la actividad física aeróbica en la vida cotidiana, dejar el hábito

de fumar y consumir alcohol y, en la medida de las posibilidades, tener una práctica de automonitoreo de los niveles de azúcar. En sus relatos, la mayoría cumple o intenta cumplir las indicaciones, sin embargo, una parte enfrenta obstáculos y una minoría conscientemente, no cumple con todas las indicaciones.

Adicionalmente a los obstáculos mencionados, se suman los problemas de seguridad que tienen que enfrentar durante los desplazamientos a los centros de salud, pues existe una concentración de riesgos (inseguridad) en los niveles más bajos que interfiere con su cuidado. Por otra parte, para aquellos que tienen menos ingresos, el acceso a ciertos alimentos es imposible o esporádico, además, la oferta de alimentos más económicos en los sectores de la ciudad con mayores carencias, privilegia los carbohidratos y los productos fritos. Algunas visiones radicales afirman que no consultan el servicio de nutrición porque creen que les van a prescribir productos costosos a los que difícilmente podrían acceder.

La práctica de la actividad física disputa el tiempo con el trabajo (remunerado y no remunerado). En general, aquellos que pueden hacer actividad física con mayor frecuencia son los que están jubilados o tienen más tiempo libre porque no tienen la obligación de trabajar o cuidar de nadie. En la vejez, se observó una mayor consciencia de la actividad física, resultado de las indicaciones médicas y de mayor tiempo libre. Sin embargo, se evidencian desigualdades pues en los niveles altos y medios la jubilación y la independencia frente al cuidado de sus hijos y nietos permite tener más tiempo libre, mientras que, en los otros niveles, las obligaciones económicas y de cuidado les ocupan casi la totalidad del tiempo.

Además, existe una barrera de tipo cultural que tiene que ver con la dificultad para incorporar un hábito sin precedentes en sus vidas, pues en su universo de posibilidades nunca ha existido la posibilidad de hacer actividad física. Por otro lado, aunque en todos los niveles socioeconómicos de la ciudad, los servicios y la infraestructura deportiva y de recreación han aumentado, así como los grupos comunitarios (de adultos mayores), en los niveles más bajos existen limitaciones para su uso debido a la inseguridad. La inseguridad entonces, no solo

interfiere en el acceso a los servicios, sino que también impide ciertas prácticas de recreación y deporte.

Con mayor frecuencia, en los niveles medio-bajo y bajo, fueron referidas prácticas que complementan el tratamiento farmacológico a través del consumo de productos naturales para el "control del azúcar en la sangre". En otros casos, indicaban que, por periodos reemplazan completamente los medicamentos por el uso de hierbas. Igualmente, acuden a la consulta de médicos alternativos para su tratamiento. Quienes acuden a estas prácticas, el uso de hierbas como con la consulta de médicos alternativos, señalan sentirse más cómodos que en la consulta institucional y perciben mayores mejoras.

Sobre el soporte y las redes sociales, se observó mayor consideración de cuidado y acompañamiento de parte de sus familias en los nivel alto y medio, inclusive invirtiéndose el rol de cuidado de los hijos hacia los padres, mientras que en los niveles medio-bajo y bajo, quienes tienen diabetes aún mantienen su rol de cuidadores y proveedores y vivencian la enfermedad con menos acompañamiento. También, las condiciones económicas, culturales y el propio capital económico de sus redes de contacto, evidencia diferencias entre niveles, pues entre más alto, los contactos, además del cuidado directo (afectivo o de acompañamiento), les permiten acceder a conocimientos (sobre cuidado), a servicios (médicos), a productos para el tratamiento o a otros beneficios para el descanso y el ocio (viajes, fincas, clubes), lo cual redundando en la calidad de vida. Según niveles, se observan redes que comparten condiciones de vulnerabilidad luego tienen menores posibilidades de generar beneficios para sus miembros, mientras existen otras que potencian beneficios de diversa naturaleza entre quienes hacen parte de ellas.

En la siguiente tabla se presentan algunos testimonios de los y las participantes.

**Tabla 3.**

**Testimonios de los y las participantes**

<p><b>Hábitos de cuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hombre nivel medio-bajo: “muchas veces el médico me manda al nutricionista, pero para que voy sí no me gustan las verduras ni los granos, además, seguro me mandan a comer alimentos caros que no voy a poder comprar”.</li><li>• Hombre nivel alto: “Desde que me jubilé en 1992 trataba, pero me comenzaron a dolores los talones y el médico me dijo que tenía que caminar. Ahora camino y hago yoga dos veces por semana hace 8 años”.</li><li>• Hombre nivel medio: “Yo acostumbraba correr 7 kilómetros todos los días antes de comenzar a trabajar”.</li><li>• Hombre nivel medio-bajo: “Yo nunca hice actividad física, pero ahora camino mucho por mi trabajo”.</li></ul>	<p><b>Relaciones médico-paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hombre nivel medio: En los primeros años de los controles de la diabetes nunca hable que consumía cocaína. Tenía miedo que me descubrieran. Fue hasta que comencé la rehabilitación que hable con el médico de mi adicción.</li><li>• Hombre nivel medio: “hace más o menos 5 años siento que disminuyó mi deseo sexual y creo que tienen que ver con la diabetes y con la vejez. Igual de eso nunca he hablado con el médico”.</li><li>• Mujer nivel bajo: “Algunas veces no tengo dinero para comprar algunos alimentos, pero nunca hablo de eso con el médico porque él nunca me pregunta”.</li></ul>
<p><b>Redes y capital social</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mujer nivel bajo: “Yo he pensado en quitarme la vida. Me siento sola con esta enfermedad. Mi marido, trabaja y mi hija y mi nieta muchas veces no me hablan. La próxima semana voy a tener mi primera consulta con el psicólogo porque nunca hable de eso con el médico”.</li><li>• Mujer nivel alto: “con mi esposo pasamos algunos días en la finca de mi yerno para descansar. Y mi hijo me manda de Londres un producto para endulzar que es muy bueno”.</li><li>• Mujer nivel bajo: “Yo creo que en parte mi diabetes tiene que ver con situaciones difíciles que he vivido. Con mi esposo y mis hijos fuimos desplazados por la violencia y mi hermana que era como mi hija fue desaparecida y nunca volvimos a saber de ella”.</li></ul>	

Fuente: Elaboración propia

**Discusión**

Con los resultados presentados es posible evidenciar continuidades entre las trayectorias de vida y las experiencias de padecimiento de diabetes, en tanto dichas experiencias son expresiones de las trayectorias y no sus resultados. Así, las posiciones de los sujetos a lo largo de su vida se reflejan en la vivencia de los procesos de salud/enfermedad/cuidado evidenciando variaciones posicionales según la posesión o el acceso a ciertos capitales o ciertas disposiciones subjetivas. Algunas relaciones posicionales observadas que reflejan desigualdades son: hombre/mujer, trabajadores formales/trabajadores informales, proveedores/cuidadoras, quienes saben/quienes no saben, más educados/menos educados,

profesionales /no profesionales. Importante destacar, siguiendo las premisas de la interseccionalidad, que los sujetos se enmarcan en varias de ellas, pero no necesariamente ocupando siempre posiciones de ventaja o desventaja<sup>(33)</sup>.

Para analizar los resultados se tomará en cuenta la distinción que hace Nancy Fraser<sup>(34)</sup> en su teoría de la justicia social en la que reconoce un campo de la distribución de recursos, bienes y servicios, propio de la estructura político económica y ligado a las nociones de clase social, por otra parte, un campo del reconocimiento, asociado con las identidades y los esquemas culturales y valorativos. Con esta clasificación no pretende analizarse los campos como independientes, pues iría en contradicción con el enfoque de la interseccionalidad, solo se hace la distinción analítica para evidenciar que en cada uno priman un tipo de relaciones y de capitales.

Bajo este marco, las condiciones económicas determinadas por una relación entre nivel de escolaridad, las condiciones laborales a lo largo de la vida y el nivel de ingresos, marcan diferencias en el acceso y uso de los servicios de salud, al igual que al acceso a requerimientos nutricionales a lo largo de sus vidas según sus necesidades. Así, las condiciones económicas ligadas al binomio educación-trabajo, determinan accesos diferenciales entre los niveles descritos, y adicionalmente, entre hombre y mujeres en los niveles medio-bajo y bajo, al mostrar una desventaja adicional para las mujeres, debido a la jefatura familiar femenina y trabajos más precarios, coincidiendo con otros estudios<sup>(26)</sup>.

Territorialmente, se evidencia una distribución desigual en la disponibilidad y acceso a servicios, así como en la exposición a riesgos físicos, según donde se habite. La relación urbano/rural o centro/periferia urbana, se articulan con el encadenamiento escolaridad-trabajo-ingresos, reflejando una desigual respuesta del Estado en la garantía de servicios accesibles y de condiciones de seguridad para la integridad y la calidad de vida de los ciudadanos. El territorio en este sentido, se configura al mismo tiempo como producto y productor de desigualdades, afectando los perfiles epidemiológicos y las experiencias concretas de personas y grupos sociales que deben hacer uso de ciertos servicios o infraestructura física para su cuidado<sup>(35)</sup>.

Respecto al acceso a los servicios de salud, considerando el esquema que señala que la accesibilidad es una relación funcional entre la resistencia (conjunto de obstáculos relacionados con los recursos) y el poder de utilización (capacidades de la población para superar tales obstáculos)<sup>(36)</sup>, en los casos analizados se demuestra que la disponibilidad de servicios y las barreras territoriales de acceso, articulados con las limitaciones de capital económico de los sujetos, reducen la accesibilidad a los servicios. Esto evidencia un desfase entre las respuestas institucionales y las necesidades diferenciales entre grupo humanos. En este contexto, mientras se busca generar igualdad a partir de un paquete unificado de servicios, no se logra atender otras diferencias que afectan el acceso efectivo a los servicios. Esto es, servicios organizados bajo el principio de equidad horizontal, desconocen que el acceso también debe ser diferente para grupos sociales con diferentes necesidades socioeconómicas o por características de la zona en la que viven las personas (equidad vertical)<sup>(37)</sup>.

En el campo del reconocimiento, las desigualdades operan en las relaciones profesional de la salud/paciente, saber experto/saber lego, reforzando, el desfase entre los servicios o la respuesta institucional y las necesidades particulares/sentidas de los sujetos. Los servicios de salud funcionan bajo una estandarización o protocolización impersonal de la atención, que la torna incompatible para reconocer las formas como las personas viven, enferman y trabajan, privilegiando relaciones verticales en los servicios que antagonizan con el carácter sociocultural del proceso salud-enfermedad-cuidado<sup>(38)</sup>

Aunque se evidenció en todos los niveles, se presenta con mayor intensidad en los niveles medio-bajo y bajo, una deslegitimación de ciertos problemas y necesidades de los pacientes, pero también una deslegitimación del paciente. Con frecuencia, bajo estas relaciones posicionales, las experiencias de los pacientes con sufrimientos crónicos suelen ser deslegitimadas por la medicina, aun cuando sean relevantes para ellos(as)<sup>(39)</sup>. Esto guarda relación con lo que muestran algunos estudios sobre desigualdades sociales que analizan las relaciones entre personal de salud y pacientes de minorías étnicas donde se percibe un trato diferencial ligado a la condición sociocultural y socioeconómica de los pacientes<sup>(40)</sup>.

En cuanto a las prácticas de alimentación y actividad física, se observan diferencias entre niveles, en el campo de la distribución y el reconocimiento. Además de las barreras económicas y territoriales que pueden limitar el acceso a ciertos alimentos o a cierta infraestructura deportiva o de recreación, los cambios de hábitos tienen una estrecha relación con las trayectorias de vida, toda vez que el cuerpo se encuentra atravesado por la clase social y los esquemas subjetivos que clasifican a los sujetos y que son incorporados por ellos desencadenando ciertos tipos de prácticas. Los hábitos y las prácticas de alimentación, la forma de vestir, así como las formas de caminar, hablar, hacer gestos y vincularnos con otros corporalmente, son ejemplos de cómo la posición social es incorporada<sup>(41)</sup>.

Los cambios en los hábitos prescritos por el personal de salud, tienen que enfrentar las historias personales y las técnicas corporales<sup>(42)</sup> aprendidas a lo largo de la vida. El hecho de incorporar en sus vidas prácticas como actividad física cotidiana, un tipo de dieta o la necesidad de bajar de peso, para algunos resulta un cambio normal y consistente con su historia personal, mientras para otros, se convierte en una novedad que requiere ser aprendida. Por tanto, en sus trayectorias de vida: las posiciones económicas, las disposición y acceso a alimentos o infraestructura deportiva, la presión social con respecto al cuidado y la apariencia física, la autopercepción/práctica estética y de salud corporal, la disposición o no de tiempo, la relación entre cuidado de sí y cuidado de los otros, va a determinar la facilidad y las formas como las personas asuman las prácticas que, desde el sentido común parecen simples decisiones personales.

Por último, las diferencias respecto al capital social también reflejan la articulación entre el campo de la distribución y el reconocimiento. Por una parte, la densidad de las redes va a estar determinado por las condiciones socioeconómico de las familias, los tipos de relación y el manejo de los conflictos interpersonales. En la medida que se reduce el nivel socioeconómico, se observan mayores niveles de violencia social e intrafamiliar, así como una mayor afectación de las mujeres. Las rupturas familiares por conflictos interpersonales, violencia o por razones económicas, junto con la destinación de tiempo para sobrevivir reduce la posibilidad de destinar tiempo de las personas para su cuidado mutuo. Esto tiene

relación con lo que propone el Modelo de Estrés Social que incorpora a los factores generadores de violencia el estrés social, donde a su vez se incluye la “secuencia de vidas sufridas” generalmente asociadas con condiciones de pobreza<sup>(43)</sup>.

Por otra parte, los beneficios de las redes son desiguales. En los sectores de mayores ingresos analizados, aunque existieron situaciones de violencia, se observan una tendencia mayor a acumular capital social debido a la menor disolución de las familias, también de capital social y económico a través de los hijos (mayor nivel de escolaridad, mejores trabajos), rol de cuidado de hijos hacia los padres, al igual que mayor acceso a mecanismos de protección social como planes de salud complementarios, pensión por vejez, además, de disponer de contactos que ocupan posiciones socioeconómicas ventajosas. Esto refleja rendimientos diferenciales entre niveles dada la posibilidad de movilizar otros capitales, a través del capital social, que además del beneficio directo del cuidado, posibilita una ganancia adicional de bienestar<sup>(44)</sup>.

## **Conclusiones**

Este trabajo ofrece métodos alternativos a los cuantitativos para analizar las desigualdades en salud. En este sentido, se resalta la importancia de cuantificar la magnitud y la distribución de los fenómenos de asimetría y desventaja social en grupos poblacionales amplios, pero por otra, comprender experiencias en contextos específicos, ofrece insumos para generar igualdad de oportunidades, de acceso, de capacidades, reconociendo las diferencias y las desigualdades territoriales, socioeconómicas y socioculturales.

En este mismo sentido, es fundamental continuar profundizando las interseccionalidades para identificar las formas específicas como se articulan diferentes experiencias frente a determinadas formas de organización social para producir las desigualdades sociales. Importante en esa dirección, insistir en el carácter situado y particular de esas interseccionalidades para no caer en determinismos de clase, de género o de raza, por mencionar algunos, que terminen esencializando ciertas poblaciones como vulnerables o dejando de ver otras formas de desigualdad que emergen del trabajo directamente con los sujetos.

En términos de la atención directa a individuos y poblaciones, identificar las desigualdades tiene una utilidad para avanzar en métodos diferenciales de tratamiento que involucren activamente a los pacientes, así como a varias disciplinas y a varios sectores del desarrollo. Debido a que las desigualdades son producidas por diversas situaciones sociales, muchas de ellas fuera del alcance de los servicios de la salud, su detección permitirá articular los servicios de salud con otros servicios sociales para abordajes más integrales. Con esto se refuerza la idea que los servicios de salud puede ser la puerta de entrada para la garantía de derechos. Basados en la premisa que las desigualdades sociales se expresan en los cuerpos de los sujetos, un análisis que trascienda la visión biomédica puede permitir ampliar los abordajes eminentemente biológicos para incidir en la vida de las personas, reivindicando la idea de sujetos titulares de derechos.

## Referencias

1. International Diabetes Federation. IDF Atlas de diabetes. Octava edición 2017. 150p.
2. Instituto Nacional de Salud. Tercer Informe INS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2014.
3. Cali Como Vamos. Informe Anual 2018 de Calidad. Cali. 2018. 86p.
4. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol.* 2012;8:228-36.
5. Tang M, Chen E, Krewski D. Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. *Int J Epidemiol.* 2003;32:381-5.
6. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2013;31(supl 1):13-27.
7. Barata R, Sampaio de Almeida M, Pereira Z, Ferreira J. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(4):647-55.
8. Hirata H. Gênero, classe Social e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais, *Revista Tempo de sociologia da USP.* 2014;26(1):61-73.

9. Arias SA. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2017;35(2):186-196.
10. Lima M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(7):2097-2108.
11. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 201;24:e2683.
12. Costa M Algumas considerações sobre a sociologia de alfred schütz. Revista eletrônica de pós graduandos em sociologia política da UFSC. janeiro-julho/2012,9(1).
13. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Editora: Hucitec14ªEdição. 2014. 416p.
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. <https://www.dane.gov.co/>
15. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría Municipal de Salud, Análisis de situación integrado de salud (ASIS) del municipio de Cali – 2018.
16. Registro Único de Víctimas, 2019 <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
17. Alonso JC, Arcos MA, Solano JA, Vera R, Gallego AI. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali. Universidad ICESI-CIENFI. 2007. 121p.
18. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011. 229p
19. Gutierrez A. Pierre Bourdieu. Las prácticas sociales. Ferreyra Editor. Cordoba 2005. 124p.
20. Sandelowsky M. Using Qualitative Research. Qualitative Health Research. 2004;14(10):1366-86.
21. Conway JK, Bourque S, Scott J. El concepto de género. En: Lamas Marta (compilación) El género una construcción cultural de la diferencia sexual. Programa Universitario de Estudios de Género. Miguel Ángel Porrúa. 2013. 367p.
22. Alves P.C.A. fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócioantropológicos da doença: breve revisão crítica. Cad. Saúde Pública. 2006;22(8):1547-1554.

23. Cecchini S, Madariaga A. Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. Cuadernos Cepal 95. 2011. 220p.
24. Sánchez LM. Éxodos rurales y urbanización en Colombia Perspectiva histórica y aproximaciones teóricas. Bitacora Urbano Territorial. 2008;13(2):57-72.
25. Palacios M, Safford F. Historia de Colombia. País fragmentado, sociedad dividida. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2011. 596p.
26. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Brechas de Género y Desigualdad: de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Bogotá. 2017. 348p.
27. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia de género en Colombia análisis comparativo de las cifras de los años 2014, 2015 Y 2016. Boletín Epidemiológico. 2017. 29p.
28. Caballero CA, García RM, Velez SC. Pobreza y desigualdad. Un balance de la información disponible. Policy paper 3. Julio de 2011. Fiedrich Ebert stiftung en Colombia. FESCOL.
29. Mosquera J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. Revista CS. 201516:109-129.
30. Delgado M. La educación básica y media en Colombia: Retos en equidad y calidad. FEDESARROLLO. Centro de Investigación Económico y Social. 2014. Bogotá.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., Enero de 2016. 40p.
32. Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010 nov.-dec;18(6).
33. Tilly, Ch. (2000). La desigualdad persistente. Buenos Aires: Manantial. 302p.
34. Fraser N. La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Revista de Trabajo. 2008;4(6).

35. Barcellos C, Buzai GD. La dimensión espacial de las desigualdades sociales en salud. Aspectos de su evolución conceptual y metodológica. Anuario de la División Geografía de la Universidad Nacional de Luján. Luján. 2006:275-292.
36. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud Pública Méx 1995; 27:438-53.
37. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad. Saúde Pública, 2016 mai;32(5).
38. Lemus S, Hamui A, Pérez M, Maya A. Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. Revista CONAMED. 2017;22(2).
39. Canesqui AM. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(2):409-416.
40. Ortiz M, Baeza MJ, Salinas N, Flynn P, Betancourt H. Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. Rev Med Chile 2016;144: 1270-1276.
41. Bourdieu P. La Distinción. Críticas y bases sociales del gusto. Madrid, Taurus. 1998. 597p.
42. Mauss Marcel. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify. 4 reimpressão 2011. 535p.
43. Pineda J, Peña L. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en colombia. Revista de Estudios Sociales. 2004;17:19-31.
44. Pena JA, Sánchez JM. El capital social individual: lo micro y lo macro en las relaciones sociales. En: José Luis Veira Veira (coord.) Desigualdad y capital social en España. Editores Oleiros: Netbiblo. 2013. 11-41p.

## 2.3 ARTIGO 3

Artigo em submissão na Revista “Facultad Nacional de Salud Pública”. Classificação: B2.

### **Análisis de desigualdades en salud a partir de un abordaje cualitativo**

#### **Analysis of health inequalities from a qualitative approach**

### **Análise das desigualdades em saúde a partir de uma abordagem qualitativa**

#### **Resumen**

**Objetivos:** aportar elementos teóricos y metodológicos para analizar las desigualdades sociales en salud a partir de la presentación de los resultados de una investigación sobre la influencia de las desigualdades sociales en el manejo y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

**Métodos:** investigación cualitativa, basada en relatos biográficos de personas con diagnóstico de hace más de un año y con características socioeconómicas y socioculturales diversas. Los casos fueron seleccionados en diferentes centros de salud del municipio de Santiago de Cali-Colombia, procurando representación de clase social, género y condición étnico racial diversas.

**Resultados:** Se identificaron tres dominios donde se presentan desigualdades en salud, que además pueden ser considerados para estudiar otras experiencias de enfermedad: el acceso y uso de los servicios de salud, el cuidado, que incluye el autocuidado y las redes y soportes sociales y los resultados en salud. Adicionalmente, un ámbito socioeconómico/cultural y otro de contexto, cuya articulación producen formas de clasificación/jerarquización social que permiten accesos diferenciales de recursos y de reconocimiento social entre los individuos, que a su vez se articulan con los dominios de las desigualdades en salud.

**Conclusiones:** Analizar las desigualdades en salud implica comprender su producción social y no simplemente sus manifestaciones en los cuerpos o el acceso a servicios de salud. Comprender su producción social sitúa el foco de atención en la garantía del derecho a la salud, que supone garantizar condiciones de vida que protejan la salud.

**Palabras clave:** Desigualdades en salud, investigación cualitativa, condiciones sociales.

### **Abstract**

**Objectives:** provide theoretical and methodological elements to analyze social inequalities in health from the presentation of the results of an investigation on the influence of social inequalities in the management and treatment of type 2 diabetes mellitus.

**Methods:** qualitative research, based on biographical of people with diverse socio-economic and socio-cultural characteristics. The cases were selected in different health centers of the municipality of Santiago de Cali-Colombia, seeking representation of diverse social class, gender and racial ethnicity, in addition, with diagnoses of more than a year ago.

**Results:** Three domains were identified where inequalities in health occur, which can also be considered to study other disease experiences: access and use of health services, care, which includes self-care and social networks and supports and health outcomes. Additionally, a socio-economic/cultural and the context settings, whose articulation produces forms of classification/social hierarchy that allow differential access of resources and social recognition among individuals, that in turn articulate with the domains of health inequalities.

**Conclusions:** Analyzing health inequalities implies understanding their social production and not simply their manifestations in the bodies or access to health services. Understanding their social production allow to focus on guaranteeing the right to health, which means guaranteeing living conditions that protect health.

**Keywords:** Health inequalities, qualitative research, social conditions.

### **Resumo**

**Objetivos:** fornecer elementos teóricos e metodológicos para analisar as desigualdades sociais em saúde, a partir da apresentação dos resultados de uma pesquisa sobre a influência das desigualdades sociais na gestão no autogerenciamento e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.

**Métodos:** pesquisa qualitativa, baseada em relatos biográficos de pessoas com diagnósticos de mais de um ano atrás e com características socioeconômicas e socioculturais diversas. Os

casos foram selecionados em diferentes centros de saúde do município de Santiago de Cali-Colômbia, buscando representação de diversas classes sociais, gênero e etnia racial.

**Resultados:** Identificaram-se três domínios onde ocorrem desigualdades em saúde, o que também pode ser considerado para estudar outras experiências de doença: acesso e uso de serviços de saúde, cuidados, que inclui autocuidado e redes e suportes sociais e resultados de saúde. Adicionalmente, um âmbito socioeconômico/cultural e outro de contexto, cuja articulação produz formas de classificação/hierarquia social que permitem o acesso diferencial de recursos e o reconhecimento social entre os indivíduos, que por sua vez, articulam-se com os domínios das desigualdades em saúde.

**Conclusões:** A análise das desigualdades em saúde implica compreender sua produção social e não simplesmente suas manifestações nos corpos ou acesso aos serviços de saúde. Entender sua produção social coloca o foco na garantia do direito à saúde, o que significa garantir condições de vida que protejam a saúde.

**Palavras-chave:** Desigualdades em saúde, pesquisa qualitativa, condições sociais.

## **Introducción**

Las desigualdades en salud son un problema global que afectan los países pobres y ricos, cuya persistencia se convierte en uno de los problemas de salud más serios y desafiantes como campo de estudio y de intervención social y política<sup>(1)</sup>. Estas desigualdades afectan diferencialmente grupos, según condiciones socioeconómicas, de género, étnico/racial o de diversidad sexual, entre otras categorías sociales, evidenciadas en la distribución desigual de los resultados de salud, el acceso a servicios y la calidad de la atención médico-sanitaria<sup>(2,3)</sup>.

Metodológicamente, la tendencia más difundida para medir las desigualdades en salud recurre a métodos cuantitativos, a través de los cuales se compara el estado de salud de dos o más grupos poblacionales y se establece una métrica-resumen, específica y estándar de la desigualdad en salud que expresa una brecha (diferencia entre dos grupos extremos) o un gradiente (en la jerarquía social), y puede ser absoluta o relativa<sup>(4)</sup>. En este marco, aquellos que ocupan posiciones más bajas en la escala socioeconómica exhiben peor estado de salud que quienes están por encima de ellos en la jerarquía<sup>(5)</sup>.

Con el propósito de explorar otros marcos teóricos y metodológicos, se analizaron las desigualdades en salud a través de métodos cualitativos en relación con la diabetes mellitus tipo 2, considerando que es un ejemplo típico de enfermedad que tiende a concentrarse en contextos de privación socio-material, con bajo nivel de ingresos y bajo nivel educativo<sup>(6)</sup>. Además, cuyo manejo está condicionado por el papel que tiene la posición socioeconómica en los cuidados de la salud, la prevención de la enfermedad, las medidas de promoción de la salud, la disposición a buscar tratamiento y los estilos de vida<sup>(7-9)</sup>.

En este artículo, se presentan parte de los resultados de una investigación de tipo cualitativo realizada en el municipio de Santiago de Cali-Colombia en 2018. Se propone aportar elementos teóricos y metodológicos, dentro de la perspectiva del constructivismo estructural, para analizar las desigualdades sociales a partir de trayectorias de vida condicionadas por una relación dialéctica entre condiciones objetivas y experiencias subjetivas.

## **Métodos**

Esta investigación se sitúa en el paradigma cualitativo. Teóricamente se nutre del constructivismo-estructural que postula que las realidades sociales son construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos, partiendo que esas construcciones no están bajo el control de la voluntad de los individuos. Esto es, que las realidades son objetivadas e internalizadas, lo que conduce a concebir la acción social como una determinación recíproca entre formas objetivas (reglas e instituciones) y formas subjetivas (representaciones, gustos y acciones)<sup>(10)</sup>.

En este marco, se analizan las desigualdades en salud a través de experiencias de personas con diabetes, mediadas por condiciones socialmente estructuradas con respecto al acceso y disponibilidad de oportunidades y recursos, así como de formas de clasificación y división sociocultural. Se reconocen como premisas: 1) la distribución de la salud y la enfermedad en poblaciones no pueden ser comprendidas aparte de -y necesariamente ocurre en- su contexto social; 2) los procesos sociales históricamente producidos determinan y moldean el proceso salud/enfermedad/cuidado, y 3) a medida que cambian las sociedades, en términos sociales,

culturales, económicos o tecnológicos, también lo hará la distribución y los niveles de salud y enfermedad en la población<sup>(11)</sup><sup>12</sup>.

Metodológicamente, se realizaron entrevistas en profundidad para acceder a los relatos biográficos a través de los cuales las personas narraron sus propias experiencias. Se implementó un instrumento para guiar cronológicamente los relatos, desde la infancia hasta el presente. Los ejes de indagación en cada etapa fueron: principales espacios sociales y experiencias más significativas a lo largo de sus vidas (espacios de socialización), ventajas y desventajas percibidas (materiales y no materiales), tipos y calidad de las relaciones sociales.

Se realizaron 23 entrevistas a personas con características socioeconómicas y socioculturales diversas. Los casos fueron seleccionados en centros de salud del municipio de Santiago de Cali, buscando una representación diversa de clase social, género y condición étnico racial, además, con diagnósticos de más de un año. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Federal de Espirito Santo y contó con el aval de la Secretaria Municipal de Salud. A todos los y las participantes les fue solicitado su consentimiento informado previo a la entrevista, tras presentarles los objetivos de la investigación, además, fueron informados sobre la confidencialidad de los datos suministrados y del anonimato de sus nombres.

La investigación fue realizada en el municipio de Santiago de Cali-Colombia, tercer municipio según el tamaño de la población después de Bogotá y Medellín. En 2017 de acuerdo con proyecciones oficiales<sup>(12)</sup>, contaba con 2'420.114 habitantes: 47.8% hombres y 52.2% mujeres. Según estimaciones, el 98,4% habita en el área urbana y 1,6% en el área rural<sup>(13)</sup>. Entre 1990-2019 recibió 551.266 migrantes internos producto del conflicto armado<sup>(14)</sup>. Territorialmente, según estrato socioeconómico, 52,4% pertenece al estrato bajo, el 37,3% el estrato medio y el 9% a los estratos medio-alto y alto (1,94% estrato alto)<sup>(15)</sup>.

La información de las entrevistas se organizó con base en los objetivos de la investigación, reconstruyendo así, las trayectorias de vida y las experiencias de manejo y tratamiento de la

---

<sup>12</sup>En la premisa 2, el texto original dice “procesos sociales causales (aunque probabilísticos) determinan y moldean todos los desenlaces de salud y enfermedad”.

diabetes. Igualmente, emergieron aspectos del contexto significativos en las trayectorias de vida. En referencia al contexto, se identificaron como categorías: desigualdades frente a la violencia social, política y familiar, desigualdades socioeconómicas y socioculturales (educación, empleo, salud) y desigualdades territoriales (urbano-rural o centro-periferia en las ciudades).

Respecto a las trayectorias de vida, se definieron categorías relacionadas con los espacios sociales más significativos, las posiciones sociales que ocuparon en esos espacios (relacionadas con dominación/subordinación, ventaja/desventaja), los capitales materiales y simbólicos y los esquemas subjetivos que clasifican, valoran y producen sujetos y prácticas. Sobre las experiencias de manejo y tratamiento de la diabetes, se extrajeron de los relatos, categorías del ámbito institucional relacionadas con el acceso y uso de los servicios y del ámbito personal, asociadas con prácticas y redes de soporte.

Para el análisis, se utilizó la técnica de análisis de contenido, consistente en un ejercicio sistemático de interpretación de la información recopilada, con el propósito de identificar contenidos explícitos y latentes para producir conocimiento sobre el tema de interés<sup>(16)</sup>. A partir de las entrevistas y usando el procesador de texto WORD-2016, se describen los principales hallazgos, de acuerdo con las categorías mencionadas y en un segundo momento se realizaron análisis cruzados entre categorías y subcategorías junto con la teoría, procurando aportar en la producción de conocimiento situado. En los resultados, se presenta sintéticamente aspectos del contexto y de las trayectorias de vida y con mayor detalle, combinado con algunas referencias teóricas, las experiencias de desigualdad en el manejo y tratamiento de la diabetes, procurando articular en torno a ellas el contexto y las trayectorias de vida.

## **Resultados**

Las y los participantes tienen entre 38 y 85 años, con una media de 60 años. El 61% total son mujeres, el 74% se reconocen como mestizas(os), el 22% como negro(a) y solo una como blanca. El 22% cursó primaria, el 23% secundaria (completa e incompleta), el 22% educación

técnica y universitaria y el 13% no estudió. El 52% vive en estrato 1 y 2, 35% en 3, 4 y el 13% en 5 (1 más bajo- 6 más alto).

Respecto al contexto, el país y el municipio de Cali presentan altos niveles de desigualdad, convirtiendo esto en una característica destacada. Las desigualdades se manifiestan en todas las áreas: en la distribución del ingreso, en la distribución de la tierra, en la desigualdad de género, en la discriminación racial y étnica. En las entrevistas, de forma consciente o no fueron referenciados los siguientes aspectos del contexto.

- Procesos de migración forzada por la violencia en las zonas rurales de los procesos de industrialización y el desarrollo de servicios sociales en las ciudades
- La violencia en ciudades por narcotráfico.
- Violencia intrafamiliar y de estereotipos de género que marcan desigualdades entre hombres y mujeres.
- Informalidad laboral y de flexibilización del empleo.
- Desigualdad entre lo urbano y lo rural, entre ingresos, entre géneros y entre razas/etnias.
- Mejoras en el acceso a la educación, aunque persisten desigualdades de acceso a la educación secundaria, técnica y superior entre niveles socioeconómicos, raza/etnia y zonas urbano y rurales.
- El Sistema de salud tiende a la universalidad del aseguramiento y a un paquete único de servicios, pero con desigualdades de acceso y calidad.

En cuanto a las trayectorias de vida, a partir de los relatos se clasificaron en 4 niveles (alto, medio, medio-bajo y bajo) que reflejan las variaciones y semejanzas entre los casos analizados. En las narraciones se evidencia el impacto de las migraciones forzadas sobre el capital social y económico de las familias. Los efectos de la violencia social/política en la movilidad, pero también en la vulnerabilidad social y psicosocial de las personas y las familias, así como los efectos de la violencia familiar, principalmente sobre las mujeres. Igualmente, la falta de oportunidades educativas y laborales, según origen rural/urbano, centro/periferia urbana y género o las consecuencias de la informalidad laboral en las condiciones de vida.

Para la clasificación se usaron los siguientes indicadores y las variaciones entre niveles están en los paréntesis: nivel de escolaridad (postgrado-ninguno), trabajo (estable-inestable, formal-no formal), posición ocupacional (directivos-trabajo intelectual-trabajo manual), ingresos (cubren gastos básico y gastos adicionales-no cubren gastos básicos)-(<de 1 salario mínimo-> de 4 salarios mínimos -(1 salario mínimo=300US)), lugar de residencia (estrato socioeconómico 5-1), Capital social (redes sólidas y estables- redes frágiles e inestables), servicios de salud y protección social (planes privados-servicios públicos) (cotización a pension/pensionados/no cotización/no pensionados), relaciones de género (hombre dominante/proveedor-mujer cuidadora-mujer proveedora/cuidadora).

El encadenamiento que marcó diferencias entre niveles es: mayor nivel de escolaridad (capital cultural institucionalizado -títulos-)-mayor posición ocupacional-mayor estabilidad y formalidad laboral-mayores ingresos (capital económico). Esto corresponde al índice de conversión, relacionado con los cambios en los tipos de capital a lo largo del tiempo<sup>(17)</sup>. En los niveles superior y medio, la inversión en educación durante la infancia y la juventud permitió el acceso a empleos de mejor calidad y mayores ingresos en comparación con los otros niveles. En los niveles medio-bajo y bajo, aunque algunos continuaron sus estudios en la vida adulta, no consiguieron altos niveles de escolaridad ni una inserción laboral estable ni bien remunerada.

Frente a experiencias de manejo de la diabetes, a partir de este encadenamiento se observan diferencias entre quienes acceden a servicios de salud públicos o privados y entre quienes tienen el paquete básico universal de servicios o quienes pueden acceder a servicios complementarios. Igualmente, entre quienes pueden sortear económicamente las contingencias de la enfermedad y quienes no lo pueden hacer y por tanto ven afectadas su condición de salud y económica o entre aquellos que pueden acceder a ciertos productos, alimentos o servicios para su cuidado (vía salario o pensión) y aquellos que no pueden costearlos.

Yo pesaba 87 kilos, pero ahora estoy como en 94 kilos. Yo camino y trato de cuidarme en los alimentos, pero pasa que no siempre tengo dinero para comprar los alimentos que debo comprar

como pan integral, arroz integral o fruta. Entonces, voy a la tienda que ya me conocen y fío arroz normal porque ahí no venden integral, fío la harina para hacer la hojaldra, la leche normal porque no venden descremada. Ósea, como cosas que no debo. Quisiera seguir la dieta, pero no puedo porque el arriendo que me pagan por las piezas que alquilo no siempre llega cumplido y debo pagar los servicios públicos que son caros (mujer nivel bajo-Entrevista-2018).

Ligado a esta posibilidad de acceso a servicios y consumo, se articula el lugar de residencia como otro eslabón que va a marcar un acceso desigual a bienes y servicios. Las relaciones entre urbano/rural o centro/periferia urbanas determina posibilidades diferenciales de disponibilidad de infraestructura de servicios de salud, deportiva y de recreación, así como limitaciones debido a exposiciones diferenciales de riesgo. En los sectores de menores ingresos o periféricos hay menos disponibilidad de servicios e infraestructura de uso público, así como de garantías de seguridad física. El territorio en este sentido, se configura al mismo tiempo como producto y productor de desigualdades, afectando las formas de vivir, de enfermar y de cuidado<sup>(18)</sup>.

Yo hago actividad física porque trabajo cargando y descargando una camioneta, pero dicen que eso no es actividad física. Yo salía a un parque, pero una vez me iban a robar y yo no volví por allá. Uno sale a trotar a las 5am y no falta el que sale a robarle las chanclas (hombre nivel bajo-Entrevista-2018).

Las diferencias respecto al capital social también reflejan desigualdades. Por una parte, la densidad de las redes va a estar determinada por la condición socioeconómica de las familias, los tipos de relación y el manejo de los conflictos interpersonales. En la medida que baja el nivel socioeconómico, se observan mayores niveles de violencia social e intrafamiliar, así como una mayor afectación de las mujeres. Las rupturas familiares por conflictos interpersonales, violencia o por razones económicas, junto con la destinación de tiempo para sobrevivir, reduce la posibilidad de destinar tiempo para el cuidado mutuo.

Yo vivo con mi hija, pero ella trabaja todo el día y a mí me toca hacer todo sola, el aseo de la casa, vendo bolsas de basura por encargo y caminando por el barrio. Hace tiempo vengo sintiendo dolor en las piernas y un pie se me inflama. El médico me mandó acetaminofén y me hice unos exámenes, pero no sé los resultados, el médico me dice que puede ser un problema circulatorio (mujer nivel bajo-Entrevista-2018).

Por otra parte, los beneficios de las redes son desiguales. En los sectores de mayores ingresos, aunque existieron situaciones de violencia, se observan una tendencia mayor a acumular capital social debido a la menor disolución de las familias, ligado a esto, de capital económico a través de los hijos (mayor nivel de escolaridad, mejores trabajos), mayor cuidado de hijos hacia los padres, al igual que mayor acceso a mecanismos de protección social como planes de salud complementarios, pensión por vejez, además, de disponer de contactos que ocupan posiciones socioeconómicas ventajosas. Así, se obtienen beneficios de cuidado directo y ganancias adicionales diferenciales de bienestar por nivel, dependiendo las posibilidades de movilizar otros capitales a través del capital social<sup>(19,20)</sup>. Una entrevistada señala: “Con alguna frecuencia vamos a descansar a la finca de mi yerno que queda en un clima muy bueno para mi esposo y para mi [...] Mi hijo que vive en Londres me manda un endulzante que yo uso y con el que me siento muy bien” (mujer nivel alto-Entrevista-2018).

Sumando nuevos eslabones, es posible articular capitales de carácter simbólico que atraviesan las relaciones sociales y clasifican a ciertos individuos y prácticas como dominantes. En los relatos, se manifiesta un predominio del saber experto y de la figura del profesional de la salud sobre el saber y la experiencia de los pacientes. Aunque se evidenció en todos los niveles, se presenta con mayor intensidad en los niveles medio-bajo y bajo un desfase entre las necesidades de los pacientes y las prescripciones del personal de salud, el predominio de una relación vertical, así como una deslegitimación de ciertos problemas y necesidades de los pacientes que, como muestran otros estudios con pacientes crónicos, suelen ser deslegitimadas por la medicina, aun cuando sean relevantes para ellos(as)<sup>(21)</sup>. Un testimonio indica: “El médico y la gerontóloga que me ve ahora me dicen que debo hacer ejercicio y cumplir la dieta, pero nunca me preguntan si tengo plata para cumplirla y yo no les digo nada” (mujer nivel bajo-Entrevista-2018).

Con respecto a las relaciones de género, se visibilizan otras diferencias marcadas por los estereotipos de género. El rol de cuidadoras asumido/impuesto por las mujeres y las fracturas permanentes de las relaciones conyugales (en una alta proporción por violencia), sobre todo en los niveles medio-bajo y bajo, las obliga a asumir cargas económicas con baja capacidad

de generar ingresos que determinan menos disposición para su cuidado personal. En los casos analizados se observó sobrepeso en mujeres y altos niveles de estrés que afectan su salud y el manejo de la diabetes, según los relatos, explicados por la sobrecarga de obligaciones afectivas y económicas, resultado de la confluencia de necesidades familiares y condiciones adversas del contexto.

El cuidado de sí por parte de las mujeres de niveles bajos se ve condicionado, a lo largo de su trayectoria de vida y particularmente frente al manejo de la diabetes por un desplazamiento del cuidado hacia los otros en detrimento de sí misma, así como por la responsabilización por la provisión económica. Al respecto, algunas autoras plantean que para las mujeres, el hecho de “convivir” significa invariablemente “cuidar” y no sólo los niños, sino de todas las personas que forman parte del hogar<sup>(22)</sup>. Otras señalan, que las mujeres pobres son doblemente pobres: en términos de ingresos y de tiempo<sup>(23)</sup>.

Otro eslabón que se articula a los eslabones materiales y simbólicos mencionados, corresponde a las técnicas corporales<sup>(24)</sup> aprendidas a lo largo de la vida. El hecho de incorporar en sus vidas prácticas como actividad física cotidiana, un tipo de dieta o la necesidad de bajar de peso, para algunos resulta un cambio normal y consistente con su historia personal, mientras para otros, se convierte en una novedad que requiere ser aprendida. Las posiciones económicas, las disposición y acceso a alimentos o infraestructura deportiva, la presión social con respecto al cuidado y la apariencia física, la autopercepción/práctica estética y de salud corporal, la disposición o no de tiempo, la relación entre cuidado de sí y cuidado de los otros, determina la facilidad y las formas como las personas asumen las prácticas prescritas y que parecieran simples decisiones personales.

## **Discusión**

El enfoque utilizado en esta investigación sustituye las variables de tiempo lugar y persona, así mismo la dimensión social como factores que afectan lo individual, por trayectorias de vida y experiencias vitales situadas históricamente. Con estas categorías, las variables se convierten en vivencias y lo individual y lo social se vinculan bajo una relación dialéctica a través de la cual las condiciones sociales se conectan con la posesión y movilización

individual de capitales, la apropiación de esquemas mentales y prácticas corporales, que a su vez pueden cambiar las condiciones sociales, principalmente las más próximas.

Ahora bien, de acuerdo con los resultados presentados, se identifican tres ámbitos de análisis que pueden orientar el estudio de las desigualdades en salud con base en abordajes cualitativos. Estos son: el ámbito de la salud, el ámbito socioeconómico/cultural y el contexto. Además, se toma en cuenta la infancia, juventud, adultez y vejez, considerando el concepto de trayectorias de vida, sustentado en la perspectiva de curso de vida de las desigualdades en salud, que postula que el estado de salud de los individuos se produce tanto por las condiciones previas como las actuales, articulando la biografía personal y la historia social en las vidas humanas<sup>(5,25,26)</sup>.

En el ámbito de la salud, se identifican como nodos de articulación de procesos sociales e individuales y de desigualdades sociales y de salud: el acceso y uso de los servicios de salud, el cuidado de la salud y los resultados en salud. En torno a estas articulaciones no solo se evidencian las desventajas de uno sobre otros, sino sus conexiones con aspectos de las trayectorias de vida. Se encontró que todos estos ámbitos van a estar mediados por los capitales culturales (educativo), sociales (redes, contactos), económicos (posición ocupacional, ingresos) y simbólicos (prestigio, reputación).

En esa medida, algunos modelos de acceso a servicios de salud ofrecen luces para este tipo de análisis. Una posible alternativa considera la relación entre la disponibilidad de los servicios, la resistencia y el poder de utilización. La disponibilidad se refiere a la existencia de los recursos físicos, humanos, administrativos y tecnológicos para prestar los servicios; la resistencia corresponde al conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención (relacionadas directamente con los servicios o con el contexto) y el poder de utilización, designa la capacidad de una persona o un grupo de personas para adquirir algún bien o servicio<sup>(27)</sup>.

A esto, se añade otra dimensión relacionada con la satisfacción de las necesidades y que fue uno de los hallazgos de este estudio. Al respecto, podría considerarse una dimensión que

incluye las respuestas a las necesidades que el conocimiento específico en el tema valora como necesario y que considera a todos como iguales (por ejemplo, controles periódicos de glicemia, controles médicos y nutricionales, entrega de medicamentos), así mismo, las necesidades sentidas por los pacientes, que incluyen dimensiones emocionales, psicosociales y físicas, reconociendo sus diferencias<sup>(28)</sup>.

No obstante, los resultados indican una dimensión adicional, asociada con la relación médico-paciente y entre saberes expertos-legos. En este sentido, aunque el capital cultural y económico pueden arrojar luces sobre posible diferencias y desigualdades, algunos aportes de modelos explicativos, redes semánticas o sistemas de signos, significados y acciones provenientes de la antropología médica<sup>(29)</sup>, permiten explorar diferencias, no solo desde una dimensión cultural, sino como discursos que legitiman saberes médicos sobre experiencias de algunos pacientes<sup>(21)</sup> y que ponen en juego relaciones de poder por las posiciones sociales entre personal de salud y los pacientes/clientes/ciudadanos, configurando relaciones verticales u horizontales<sup>(30-31)</sup>.

En cuanto al cuidado, los resultados van en la misma línea de otros modelos de medición de desigualdades, en torno a los comportamientos y los soportes sociales. Sin embargo, a diferencia de algunos modelos que ven los comportamientos como conductas individuales sujetos a la disponibilidad de información y de conciencia sobre su salud, esta perspectiva concibe las prácticas como producciones sociales que se modelan a lo largo de la vida bajo condiciones de diferenciación y desigualdades sociales. El concepto de habitus cobra relevancia, toda vez que se refiere a la incorporación de lo social en la producción de la subjetividad y que funciona como esquemas de disposiciones duraderas que modelan las prácticas y los gustos de los diferentes grupos sociales, que resultan en sistemas de diferenciación de clases. Detalles como la forma de hablar o la forma de mover el cuerpo, está inscrita en la posición social que ocupan los sujetos<sup>(32)</sup>.

En cuanto a las redes, además de ver su densidad y los beneficios directos<sup>(5,11,25)</sup>, desde esta perspectiva se analiza su relación durante las trayectorias de vida procurando encontrar los procesos que los fortalecen o los debilitan y su relación con otros capitales que producen

capital social, siguiendo la idea del índice de conversión, mencionado en los resultados. En esa línea, se exploran los beneficios, las ganancias y los rendimientos que puede generar el capital social, dada su capacidad de generar en provecho propio otros beneficios como redes sociales movilizables<sup>(10,33)</sup>.

Por último, respecto a los resultados en salud, además de los efectos tradicionalmente estudiados sobre la comorbilidad, muerte prematura, discapacidad, inclusive los costos económicos de dichos efectos, bajo esta perspectiva se propone analizar las trayectorias entre vulnerabilidad-resultados en salud-vulnerabilidad. Continuando con las trayectorias de vida, se propone situar los resultados en salud bajo ciertas condiciones de vida (capitales, posiciones sociales) y analizar cómo son producidos, afrontados, superados y cuáles son sus efectos en las condiciones de vida de los sujetos que los padecen. En esta perspectiva, se reconoce la multidimensionalidad económica, psicosocial y biológica de la vulnerabilidad, referida a un contexto social, ligada a las capacidades para ser, hacer, estar y tener y nunca como una esencia.

El ámbito socioeconómico/cultural se refiere al tránsito de los sujetos por los principales espacios sociales, entendidos como sistemas de relaciones con funciones sociales específicas, códigos y normas formales e informales que regulan su funcionamiento, donde los sujetos ocupan posiciones, definidas unas en función de otras, de acuerdo con sus capitales materiales y simbólicos<sup>(34)</sup>. En este estudio aparecen principalmente la familia de origen y de procreación o conyugal, los espacios educativos y los espacios laborales. No obstante, en cada análisis aparecerán estos u otros espacios, dependiendo las trayectorias de los casos analizados.

En cada etapa de la vida aparecerán ciertos espacios como protagónicos y el análisis debe concentrarse en caracterizar el tipo de relaciones y las posiciones de los sujetos, en función de los capitales de los que dispone y de los esquemas simbólicos de clasificación/jerarquización. A partir de ello, es posible identificar posiciones de desigualdad que, a su vez marcan las posibilidades de tránsito a otros espacios sociales, así como su conexión con cada uno de los dominios del ámbito de la salud antes mencionados.

De otra parte, respecto a las posiciones, más que un dato estadístico<sup>(4)</sup>, bajo esta propuesta se analizan los procesos por los cuales se configuran relaciones posicionales en diferentes espacios sociales, como expresiones de diferenciación y desigualdad social. Las posiciones entonces, antes de ser una cuestión del azar, son expresiones de relaciones de poder que estructuralmente clasifican los sujetos y de disputas relacionales que las reproducen y transforman.

Así, en las familias pueden encontrarse posiciones de dominación/sumisión/discriminación según género, si se es hijo dentro del matrimonio o fuera de este o si gana más dinero en las relaciones conyugales. Esas posiciones van a determinar el acceso a la educación de los hijos o a trabajos remunerados, en el caso de las mujeres. En los espacios educativos a su vez, puede haber posiciones de ventaja/desventaja, según género, condición étnico racial, círculo de amigos (capital social), prestigio familiar, capital económico de la familia o el lugar de residencia. En los espacios laborales, la posición ocupacional va estar determinada por el tipo de cargo (manual/intelectual, directivo/asistente/operario), el volumen de capital recibido (capital económico), que en gran medida, va a estar mediado por combinaciones entre capital cultural adquirido, vía títulos, capital económico propio o adquirido por la trayectoria familiar, capital social y prestigio social<sup>(17)</sup>.

De los resultados presentados, se extraen adicionalmente los conceptos de transición y ruptura biográfica. La transición se refiere a los cambios de estado, posición o situación que tienen durante las trayectorias de vida. Ello marca el tránsito hacia nuevos espacios sociales y, por consiguiente, a nuevos roles, derechos, obligaciones y facetas de identidad social. Algunas de las transiciones ocurren de manera secuencial, ajustadas al sistema de expectativas socialmente establecido, otras ocurren simultáneamente y además en momentos de la vida no previstos<sup>(26)</sup>. Algunos ejemplos del presente estudio son las entradas y salidas del sistema educativo en la niñez, la juventud y la adultez, el ingreso al mercado laboral a edades tempranas, la entrada y salida de relaciones conyugales, la jubilación y las migraciones forzadas.

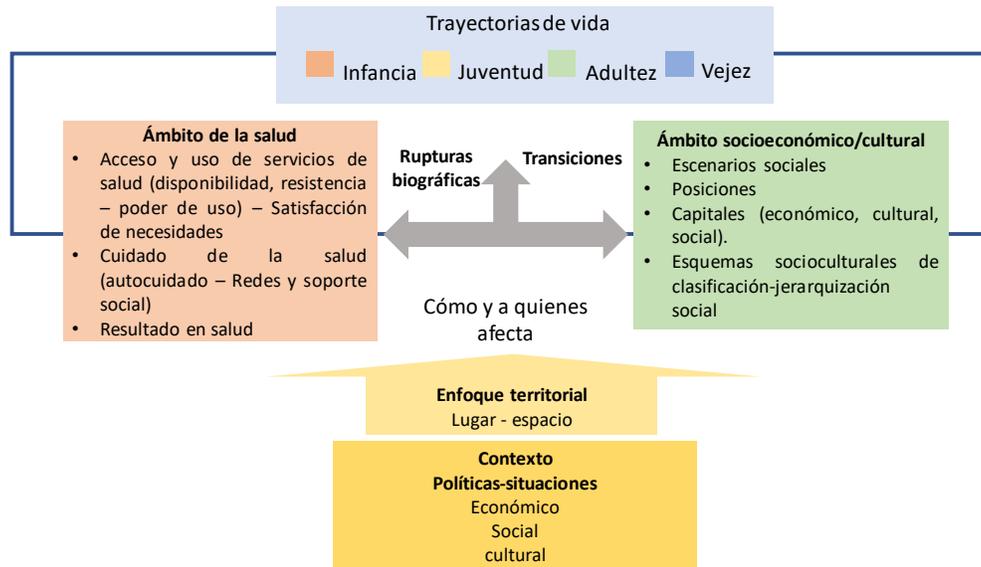
Las rupturas biográficas por su parte, corresponden a eventos favorables o desfavorables que provocan impacto y fuertes modificaciones que, a su vez se traducen en virajes en la dirección del curso de vida y por ende, a transiciones<sup>(26)</sup>. A diferencia de las transiciones que pueden tener algún grado de previsibilidad, las rupturas biográficas son intempestivas, generan una alta carga emocional y son capaces de producir efectos incontrolables por quien las padece, en términos económicos, socioafectivos y de salud física y psicológica. En los casos analizados, se referencian como rupturas biográficas, la muerte de familiares, diagnósticos de enfermedades, crisis económicas, rupturas familiares, hechos que algunos relacionan con la aparición de la diabetes.

El contexto como tercer ámbito de análisis, si bien mantiene cierto carácter de exterioridad con los casos analizados, a diferencia de otros modelos, en este, emerge de las trayectorias de vida analizadas. Es así como se identifican situaciones de la historia social relacionadas con decisiones políticas y transformaciones económicas, educativas, dinámicas de violencia social y política que se registraron en este trabajo. Para organizar su análisis, metodológicamente puede ser pensado bajo una perspectiva territorial que diferencia hechos que involucran a todos los habitantes de un sector o que lo hacen de manera relativa, de acuerdo con su ubicación y su dinámica.

A propósito de esa distinción, se propone diferenciar entre espacio y lugar, como lo hacen otros modelos de medición de desigualdades<sup>(25)</sup>. El espacio tiene que ver con la distancia o proximidad de los hechos al sujeto analizado, así como la intensidad y distribución de los mismos, geográfica y socialmente. Por ejemplo, la ubicación de zonas de conflicto en las zonas rurales, hechos de inseguridad urbana, de infraestructura física, educativa o la distribución de mercados que ofrecen alimentos saludables. El lugar en cambio, se refiere a la afiliación a unidades políticas o administrativas, cuyas políticas o programas operan uniformemente dentro de sus límites independientemente de la ubicación física de los residentes, como programas de asistencia alimentaria, políticas tributarias, oferta.

A manera de síntesis, en la siguiente gráfica se describe la estructura de la propuesta presentada.

## Herramientas para analizar las desigualdades en salud



**Fuente:** Elaboración propia

### Conclusiones

Analizar las desigualdades en salud implica comprender su producción social y no simplemente sus manifestaciones en los cuerpos o en el acceso a los servicios de salud. En ese sentido, emergen de procesos sociales estructurales, relacionales e individuales, atravesados por relaciones de poder que clasifican/jerarquizan la sociedad, determinando posiciones desiguales y accesos diferenciales a recursos materiales y simbólicos, con expresiones en el proceso salud-enfermedad-cuidado.

A partir de los resultados de esta investigación, es posible distinguir esta multidimensionalidad y ámbitos de análisis, reconociendo la historicidad de los casos analizados y por tanto su configuración situacional, lo que la hace diferente de otros contextos, no obstante, susceptible de comparaciones en pro de avanzar en investigaciones que contribuyan al desarrollo de intervenciones para reducir las desigualdades sociales. En esta dirección, comprender la producción social de las desigualdades sitúa el foco de atención en la garantía de derecho a la salud, que adicionalmente a la prestación de servicios de salud, supone garantizar condiciones de vida que protejan la salud.

Como crítica a este tipo de análisis, puede esgrimirse la limitación de casos analizados, no obstante, dado el carácter inductivo, este tipo de abordajes son útiles para identificar nuevas categorías de análisis o fenómenos que luego pueden ser exploradas en estudios poblacionales. También, comparar casos diversos social, económica y culturalmente, permite analizar los procesos de mediación social, así como experiencias individuales bajo condiciones estructurales similares, es decir, identificar los procesos que marcan las diferencias/desigualdades, claves para diseñar intervenciones sociales, por ejemplo: interrupción de los procesos de formación escolar, violencia familiar, estereotipos de género, migraciones forzadas, lugar de residencia, rupturas biográficas, relación entre personal de la salud-pacientes.

## Referencias

1. Lima M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(7):2097-2108.
2. Correa AM, Arias MM, Carmona J. Equidad e igualdad sociales y sanitarias. Necesidad de un marco conceptual científico. *Medicina Social*. Enero – Marzo 2012;7(1).
3. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 201;24:e2683.
4. Mújica OJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e12.
5. Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(6):433-41.
6. Santana, P, Costa C, Loureiro A, Raposo J, Boavida JM. Geografias da Diabetes Mellitus em Portugal: Como as Condições do Contexto Influenciam o Risco de Morrer *Acta Med Port*. May-Jun 2014;27(3):309-317.
7. Domínguez E. Desigualdades sociais e diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología* 2013;24(2):200-213.

8. Wu H, Meng X, Wild S, Gasevic D, Jackson C. Socioeconomic status and prevalence of type 2 diabetes in mainland China, Hong Kong and Taiwan: a systematic review. *Journal of global health*. June 2017; 7(1).
9. Johnson JA, Cavanagh S, Jacelon C, Chasan-Taber . The Diabetes Disparity and Puerto Rican Identified Individuals: A Systematic Literature Review. *The Diabetes Educator*. April 1, 2017;(43)2: 153-162.
10. Giménez G. Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. Colección pedagógica Universitaria. Enero-junio/julio-diciembre 2002;37(38).
11. Arias SA. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2017; 35(2):186-196.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. <https://www.dane.gov.co/>
13. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría Municipal de Salud, Análisis de situación integrado de salud (ASIS) del municipio de Cali – 2018.
14. Registro Único de Víctimas, 2019 <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
15. Alonso JC, Arcos MA, Solano JA, Vera R, Gallego AI. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali. Universidad ICESI-CIENFI. 2007. 121p.
16. Arbeláez, M., Onrubia, J. Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones UCM*. 2014;14(23):14-31.
17. Weininger E. Fundamentos de una análise de classe de Pierre Bourdieu. Em: Wriqth E. Análise de classe. Abordagens. Editora Vozes. Petrópolis. Brasil. 2015. 243p.
18. Borde E, Torres M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em debate*. Jun 2017;41(N. Especial):264-275.
19. Pena JA, Sánchez JM. El capital social individual: lo micro y lo macro en las relaciones sociales. En: José Luis Veira Veira (coord.) *Desigualdad y capital social en España*. Editores Oleiros: Netbiblo. 2013. 11-41p.
20. Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales. Bilbao. Desclee de Brouwer; 2001. 231p.
21. Canesqui AM. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(2):409-416.

22. Rohlf I, Borell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14(3):60-71.
23. Cecchini S, Madariaga A. Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. *Cuadernos Cepal* 95. 2011. 220p.
24. De la Calle J. El gesto analógico. Una revisión de las técnicas del cuerpo de Marcel Mauss. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Diciembre 2011---marzo 2012;7(3).
25. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106.
26. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo *Revista Latinoamericana de Población*. Enero-Junio, 2011;5(8):5-31.
27. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Pública Méx* 1995; 27:438-53.
28. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, 2016 mai;32(5).
29. Uchôa E, Vidal J. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. *Cad. Saúde Públ.* Oct/Dec, 1994;10(4):497-504.
30. Ayuzo del Valle C. Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es solo cuestión de terminología? *Gac Med Mex*. 2016;152:429-30.
31. Lemus S, Hamui A, Pérez M, Maya. A. Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista CONAMED*. 2017;22(2).
32. Bourdieu P. *La Distinción. Críticas y bases sociales del gusto*. Madrid, Taurus. 1998. 597p.
33. Capdevielle J. Capital social: debates y reflexiones en torno a un concepto polémico. *Rev. Sociol. Polit.* Set 2014;22(51):03-14.
34. Bourdieu P. El espacio social y la génesis de las "clases" *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. Septiembre, 1989;III(7):27-55.

## CAPÍTULO 3

---

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **3.1 Considerações finais**

Os achados desta pesquisa mostram dois eixos independentes, mas articulados entre si, em torno aos quais configuram-se processos de desigualdades sociais e especificamente na saúde. Estes eixos constituem-se através de tramas complexas de condições materiais e simbólicas nas que se estabelecem sistemas de posições sociais constituídas pelas distribuições desiguais de recursos tangíveis e não tangíveis; acessos desiguais às oportunidades, bens e serviços; valorizações e reconhecimentos, assim como práticas e técnicas corporais diferenciadas. Da mesma forma, articulam o nível estrutural que se escapa do controle dos sujeitos, no nível das relações e as interações sociais e o nível das ações dos sujeitos.

Tanto nas trajetórias de vida quanto nas experiências de adoecimento, o território é um eixo estruturante das desigualdades. O urbano/rural, a periferia/centralidade urbana, como foi mostrado nas análises, estrutura a vida dos sujeitos desde o início de suas vidas até o presente determinando certas posições e oportunidades de acesso à terra, habitação, educação, trabalho das famílias e dos sujeitos, assim como certos imaginários e sobre si mesmos e sobre os outros. Igualmente, as territorialidades marcam a exposição a certos riscos e a disponibilidade de uma determinada infraestrutura física e de serviços. O território então, opera desde sua materialidade, mas também desde sua potência simbólica nos relacionamentos, sendo não apenas habitados e transitados, mas também conferindo formas de pensar, de imaginar, de agir.

U segundo eixo, articulado com o anterior é o encadeamento entre a educação e o trabalho. As posições segundo o diversas relações e posições dos sujeitos determinam a continuidade no sistema educação-trabalho, e a sua vez, essa continuidade reforça posições de vantagem e desvantagem. Esse eixo, reflete com clareza a articulação entre maior capital humano por meio da educação, a qualidade do trabalho e o nível da renda e outros benefícios, sendo o ponto de inflexão que marca as diferenças entre os níveis, em termos da mobilidade social nas histórias biográficas e intergeracionais. Em muitos dos casos analisados, pessoas que partiram de condições socioeconômicas e culturais semelhantes, tiveram mudanças nas suas trajetórias de vida, para si e para seus filhos, a partir do encadeamento educação-trabalho.

De forma transversal, cruzando e determinando as vidas dos participantes neste aparecem o Gênero e a violência. O gênero, em tanto sistema de representações, práticas, exigências, valorizações e desejos culturalmente estabelecido entre o masculino e o feminino, posiciona geralmente o masculino acima do feminino. Marcadamente, se destacou o sistema de gênero como um referente em torno ao qual estruturou-se o processo de socialização dos sujeitos moldando seus esquemas de representação sobre seus papéis sociais, e mesmo que esses esquemas foram objeto de disputa nas suas relações, prevaleceram formas hegemônicas de desigualdade no campo das relações familiares, da educação, do trabalho e do cuidado de si e dos outros. Neste trabalho, evidenciou-se em todos os níveis, uma relação de desvantagem das mulheres com respeito dos homens e entre mulheres dos diferentes níveis, tanto no plano material quanto simbólico.

Um outro eixo transversal foram as diversas formas de violência. A violência política no contexto colombiano é um fenômeno que afeta principalmente as áreas rurais gerando migrações forçadas, e com elas, rupturas econômicas, educativas, afetivas e culturais. A violência social, em contextos urbanos, também determinou migrações forçadas e rupturas biográficas que marcaram a vida das pessoas, o acesso aos serviços e a possibilidade de usar a infraestrutura urbana. Por fim, a violência nas famílias e a violência conjugal, marcou as trajetórias de vida desde a infância até a velhice, principalmente das mulheres, limitando seu acesso à educação, trabalho, suas formas de relacionamento e de construção de vínculos, mesmo, o relacionamento com seu próprio corpo.

Um aspecto adicional dos achados foi que como pressuposto, a classe social, o gênero e a raça/etnia eram as categorias sociais sobre os quais pensava-se realizar a análise, no entanto, na reconstrução das trajetórias, a raça/etnia não apareceu como uma categoria significativa. A raça/etnia, diluiu-se na interseccionalidade da classe, o gênero, o território e as violências e não apareceu nos casos analisados como um marcador específico das desigualdades. Não se evidenciam diferenças entre pessoas de diferentes raças/etnias que moram em condições de pobreza no campo ou que migram às cidades, também não, nas condições de vida nas cidades, no acesso ou uso dos serviços ou a respeito de certas práticas de autocuidado.

A respeito da diabetes mellitus tipo 2 como doença e o tipo de casos incluídos na análise das desigualdades sociais e em saúde, é possível afirmar que as desigualdades socioeconômicas e socioculturais não mostraram diferenças significativas no impacto nas experiências de adoecimento entre os e as participantes. O fato que os casos analisados estiveram relativamente controlados e contaram com um pacote de serviços clínicos e farmacológicos igual, diminuiu as diferenças, não entanto, permitiu ver desigualdades nos cuidados adicionais, de vital importância, mas marginais em pacientes que são predominantemente assintomáticos. Isso determinou que também não foram muito marcadas as desigualdades geradas pela doença, por exemplo, respeito ao trabalho, a educação, os relacionamentos sociais. A sugestão para futuros estudos é analisar as desigualdades em pacientes diabéticos com complicações de saúde ou com comorbidades que geram maiores gastos e limitações econômicas, culturais e sociais.

No mesmo sentido, vale a pena desenvolver estudos das desigualdades de tipo qualitativo, frente a outras doenças que têm menor cobertura de serviços nos sistemas de saúde e dependem mais dos recursos dos próprios pacientes e das famílias, assim como de doenças que têm uma alta carga de preconceitos sociais (estigma) e portanto geram condições de vulnerabilidade e de exclusão social. Recomenda-se continuar complementado estudos quantitativos com estudos qualitativos como uma possibilidade de identificar a partir das vozes e experiências dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde/doença/cuidado, de novas categorias de análise, assim como de pontos de ruptura chave na produção de desigualdades sociais em geral e da saúde em particular.

Por fim, apesar que na perspectiva construtivista estrutural destaca-se as possibilidades de agir do sujeito, evitando cair no determinismo estrutural, nos casos analisados observou-se um forte peso do nível estrutural e das interações sobre as escolhas individuais, sobretudo nos níveis mais baixos. Enquanto nos níveis alto e médio as pessoas têm possibilidades de atuar com maior liberdade, projetando seu futuro, tentando melhorar seu acesso a capitais de diversos tipos, nos níveis baixos, suas ações estão mais restritas, operando no presente, sob a lógica de sobrevivência e adaptação do possível e não necessariamente do desejável. A respeito das experiências de adoecimento, o papel menos forte do sujeito na mudança e na

inovação, pode se explicar pelas características já mencionadas dos casos estudados: principalmente assintomáticos, com um pacote de serviços garantidos e uma doença sem estigmas sociais.

Como sugestão no campo das políticas e dos serviços de saúde, os dados apresentados revelam a importância de manter ativa as discussões sobre os modelos de atenção centrados na demanda e as abordagens setoriais da promoção da saúde, assim como da prevenção, atenção e do cuidado da doença. Cobra relevância rever e fortalecer as estratégias de APS cujos eixos centrais sejam os territórios e as necessidades da população tanto biológicas, afetivas quanto sociais. Nesse sentido, fortalecer o trabalho das equipes multidisciplinares e a articulação dos serviços sociais nos territórios e, em adição, enriquecer as discussões sobre a multiplicidades de formas de organização e ação coletiva pelas antigas e novas demandas e reivindicações materiais e simbólicas, reconhecendo as transformações recentes da política, das comunicações e da economia e as novas dinâmicas cidadãs.

## REFERÊNCIAS

AIGNEREN, M. Análisis de contenido: una introducción. **La Sociología en sus Escenarios**. Medellín, n. 3, 1999. Disponível em: <<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1550/1207>>. Acesso em: 16 Abr. 2018.

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI. **Análisis de Situación Integrado de Salud (ASIS)**: Cali 2018. Santiago de Cali, 2018. Disponível em: <[http://www.cali.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=41678&id\\_comunidad=salud](http://www.cali.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=41678&id_comunidad=salud)>. Acesso em: 16 Nov. 2019.

ALMEIDA-FILHO, N.A. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a09v9n4.pdf>>. Acesso em: 31 Ago. 2018.

ALTSCHULER, B. Desigualdades sociales desde el enfoque de la complejidad: integrando disciplinas para pensar nuestra realidad. **Divulgatio**, n.1, 2016. Disponível em: <<http://revistadivulgatio.web.unq.edu.ar/?entradas-ejemplares=desigualdades-sociales-desde-el-enfoque-de-la-complejidad-integrando-disciplinas-para-pensar-nuestra-realidad#ficha-autor-58a5a2e5ea1cd>>. Acesso em: 16 Fev. 2019.

ALVES, P.; RABELO, M.; SOUZA, I. Introdução. In: ALVES, P.; RABELO, M.; SOUZA. **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-39, 1999.

ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socioantropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, São Paulo, p. 1547-1554, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/03.pdf>>. Acesso em: 3 Nov. 2018.

ANDRADE, S.; MEYER, D. Juventudes, moratória social e gênero: flutuações identitárias e(m) histórias narradas. **Educar em Revista**. Curitiba, n. spe-1, p. 85-99, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/nspe-1/a07.pdf>>. Acesso em: 29 Jun. 2018.

ARCAYA, M.; ARCAYA, A.; SUBRAMANIAN, S. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, n. 4, p. 261-271, 2015. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/261-271/es>>. Acesso em: 31 Ago. 2018.

ARIAS, S.A. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 186-196, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n2/0120-386X-rfnsp-35-02-00186.pdf>>. Acesso em: 13 Mar. 2018.

ARRIAGADA, I. La diversidad y desigualdad de las familias latinoamericanas. **Revista latinoamericana de estudios de familia**, v. 1, p. 9-21, 2009. Disponível em: <[http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef1\\_1.pdf](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef1_1.pdf)>. Acesso em: 16 Abr. 2018.

BAQUEDANO, I. et al. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencias en México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf)>. Acesso: 13 Mar. 2018.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

BARATA, R.B. et al. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 647-655, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0647.pdf>>. Acesso em: 29 Jan. 2019.

BARSAGLINI, R. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 563-577, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a09.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

\_\_\_\_\_. **As representações sociais e a experiência com o diabetes**: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 248p.

BAYÓN, M.C. La construcción social de la desigualdad: Reflexiones sobre convivencia y justicia social en tiempos de neoliberalismo. In: BAYÓN, M.C. **Las grietas del neoliberalismo**: Dimensiones de la desigualdad contemporánea en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2019, p. 9-36.

BAYÓN, M.C.; SARAVÍ, G.A. Desigualdades: subjetividad, otredad y convivencia social en Latinoamérica. **Desacatos**, v. 59, p. 8-15, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n59/2448-5144-desacatos-59-8.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

BEL ADELL, C. Exclusión social: origen y características. In: UNIVERSIDAD DE MURCIA. **Formación específica en Compensación Educativa y Intercultural para Agentes Educativos**. Murcia: Universidad de Murcia, 2002.

BENACH, J.; VERGARA, M.; MUNTANER, C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. **Papeles**, n. 103, p. 29-40, 2008. Disponível em: <[https://www.fuhem.es/papeles\\_articulo/desigualdad-en-salud-la-mayor-epidemia-del-siglo-xxi/](https://www.fuhem.es/papeles_articulo/desigualdad-en-salud-la-mayor-epidemia-del-siglo-xxi/)>. Acesso em: 12 Nov. 2018.

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**: Magia e Técnica, Arte e Política. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERTONHI, L.G.; DIAS, J.C.R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em:

<<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/18042018212025.pdf>>. Acesso em: 25 Fev. 2019.

BLANCO, M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 5, n. 8, p. 5-31, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>>. Acesso em: 13 Fev. 2018.

BLANE, D. et al. Social-biological transitions: how does the social become biological?. **Longitudinal and Life Course Studies**, v. 4, n. 2, p. 133-146, 2013. Disponível em: <<http://www.llcsjournal.org/index.php/llcs/article/view/236/234>>. Acesso em: 29 Jun. 2018.

BORDE, E.; TORRES-TOVAR, M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 2, p. 264-275, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0264.pdf>>. Acesso em: 23 Ago. 2018.

BOURDIEU, P. **El sentido práctico**. Madrid: Taurus, 1991.

\_\_\_\_\_. Espacio social y poder simbólico. In: BOURDIEU, P. **Cosas dichas**. Buenos Aires: Gedisa, 1988, p. 127-142.

\_\_\_\_\_. **La distinción: Criterio y bases sociales del gusto**. México: Editorial Taurus, 2002.

\_\_\_\_\_. **Meditaciones pascalianas**. Barcelona: Anagrama, 1999.

\_\_\_\_\_. **Outline of a theory of practice**. Londres: Cambridge University Press, 1977.

\_\_\_\_\_. **Poder, derecho y clases sociales**. 2. ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.C. **La reproducción**. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. México: Fontamara, 2005.

\_\_\_\_\_. **Reproduction in education, society and culture**. Londres: Sage, 1977.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Una invitación a la sociología reflexiva**. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, n. 26, p. 329-376, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>>. Acesso em: 13 Abr. 2018.

BRAVEMAN, P; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf>>. Acesso em 16 Set. 2019.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia crítica: Ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 4, p. 745-750, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18653510>>. Acesso em: 16 Out. 2018.

\_\_\_\_\_. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: BREILH, J. **Cuerpos, diferencias y desigualdades.** Bogotá: Utópica, 1998.

\_\_\_\_\_. La Salud como un hecho social. In: BREILH, J. **Deterioro de la vida en Ecuador.** Quito: CEAS, 1989.

BREILH, J.; GRANDA, E. Os novos rumos da epidemiologia. In: NUNES, E. (Org). **As ciências sociais em saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas.** Brasília: OPAS, 1985, p. 241-253.

BURY, M. Doença crônica como ruptura biográfica. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 41-55, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/963/905>>. Acesso em: 1 Abr. 2018.

BUSS, P. M., PELLEGRINI-FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <>. Acesso em:

BUZAI, G. D.; VILLERÍAS, I. Concentración espacial de los Determinantes Sociales de la Salud en la cuenca del río Luján, Provincia de Buenos Aires, Argentina. **Revista Huellas**, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/huellas/article/view/2354/2543>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

CABALLERO, C.A.; GARCÍA, R.M.; VELEZ, S.C. Pobreza y desigualdad: Un balance de la información disponible. In: FESCOL – Friedrich Ebert Stiftung en Colombia. **Policy Paper 3**, 2011. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/08400.pdf>>. Acesso em: 16 Nov. 2018.

CALI CÓMO VAMOS. **Informe Anual de Calidad de vida: 2018.** Santiago de Cali, 2018. Disponível em: <[https://e6a9d32d-3a33-462e-9c91-cd6a04132224.filesusr.com/ugd/ba6905\\_ed73e908d5034a789f9b1f672c058cf0.pdf](https://e6a9d32d-3a33-462e-9c91-cd6a04132224.filesusr.com/ugd/ba6905_ed73e908d5034a789f9b1f672c058cf0.pdf)>. Acesso em: 15 Maio 2019.

\_\_\_\_\_. **Informe Anual de Calidad de vida: 2017.** Santiago de Cali, 2018. Disponível em: <[https://e6a9d32d-3a33-462e-9c91-cd6a04132224.filesusr.com/ugd/ba6905\\_60f02c5deae54656a18dec8768ef03c6.pdf](https://e6a9d32d-3a33-462e-9c91-cd6a04132224.filesusr.com/ugd/ba6905_60f02c5deae54656a18dec8768ef03c6.pdf)>. Acesso em: 15 Maio 2019.

CANALES, M. Metodologías de investigación social. 1. ed. Santiago: Lom Ediciones, 2006.

CANESQUI, A.M. (Org). **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CASTELLANOS, M.E. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. In: CASTELLANOS, M.E. et al. (Org). **Cronicidade: Experiência de Adoecimento e Cuidado Sob a Ótica das Ciências Sociais**. Fortaleza: EdUECE, 2015.

\_\_\_\_\_. Narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01065.pdf>>. Acesso em: 29 Abr. 2018.

CASTELLANOS, M.E.; BARROS, N.F.; COELHO, S.S. Rupturas e continuidades biográficas nas experiências e trajetórias familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 357-368, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0357.pdf>>. Acesso em: 29 Abr. 2018.

CEREZO-CORREA, M. et al. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 11, n. 23, p. 165-188, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297012>>. Acesso em: 26 Dez. 2018.

CHÁRRIEZ, M. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. **Revista Griot**, v. 5, n. 1, p. 50-67, 2012. Disponível em: <<https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775/1568>>. Acesso em: 23 Jul 2018.

CHARRY, M. **El cuerpo, entre la salud y la enfermedad**: Significados del cuerpo en personas con Diabetes Mellitus en la ciudad de Cali. 2012. Dissertação (Mestrado em Intervenção Social – Campo de Profundización en Familia) – Universidad del Valle, Cali, 2012.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL). **Panorama Social de América Latina 2018**. Santiago de Chile, 2019. Disponível em: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44412/1/S1801085\\_pt.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44412/1/S1801085_pt.pdf)>. Acesso em: 16 Jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Panorama Social de América Latina 2016**. Santiago de Chile, 2016. Disponível em: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41738/1/S1700509\\_pt.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41738/1/S1700509_pt.pdf)>. Acesso em: 16 Jul. 2019.

CONWAY, J.; BOURQUE, S.; SCOTT, J. El concepto de género. In: LAMAS, M. (Org). **El género: Una construcción cultural de la diferencia sexual**. México: M.A. Porrúa, 2013.

CORCUFF, P. **Les nouvelles Sociologies**. Paris: Nathan, 1995.

CORNEJO, M. El Enfoque biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos e Perspectivas. **Psykhe**, v. 15, n. 1, p. 95-106, 2006. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282006000100008#go](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000100008#go)>. Acesso em:

CORTES, B. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. **Nueva Antropología**, v. 16, n. 52, p. 89-115, 1997. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/159/15905305.pdf>>. Acesso em: 21 Maio 2018.

COSTA, M Algumas considerações sobre a sociologia de Alfred Schütz. **Em Tese**, v. 9, n. 1, p. 1-26, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/1806-5023.2012v9n1p1/23492>>. Acesso em: 21 Maio 2019.

CRUZ, A. et al. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. **Atención Familiar**, v. 26, n. 1, p. 23-27, 2019. Disponível em: <[http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/67713/59885](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/67713/59885)>. Acesso em: 31 Ago. 2019.

DÍAZ, C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático: Orientación intelectual de revista Universum. **Revista General de Información y Documentación**, v. 28, n. 1, p. 119-142, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813/4564456547606>>. Acesso em: 19 Fev. 2019.

ELIAS, N. **Sociología Fundamental**. Barcelona: Gedisa, 1982.

FIORATI, R.C.; ARCÊNCIO, R.A.; SOUZA, L.B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02687.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf)>. Acesso em: 19 Dez. 2018.

FRANK, A.W. Five Dramas of Illness. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 50, n. 3, p. 379-394, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17660632>>. Acesso em: 21 Fev. 2018.

FRASER, N. La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. **Revista de Trabajo**, v. 4, n. 6, p. 83-99, 2008. Disponível em: <[http://trabajo.gob.ar/downloads/igualdad/08ago-dic\\_fraser.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/igualdad/08ago-dic_fraser.pdf)>. Acesso em: 13 Abr. 2018.

FRENK, J. El concepto y la medición de la accesibilidad. **Salud Pública de México**, v. 27, p. 438-453, 1995. Disponível em: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>>. Acesso em: 23 Fev. 2018.

GARCÍA, G. Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 247-272, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a11.pdf>>. Acesso em: 9 Maio 2018.

GARCÍA-CANCLINI, N. Gramsci con Bourdieu. hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular. **Nueva Sociedad**, n. 71, p. 69-78, 1984. Disponível em: <<https://nuso.org/articulo/gramsci-con-bourdieu-hegemonia-consumo-y-nuevas-formas-de-organizacion-popular/>>. Acesso em: 25 Jun. 2018.

GENOLET, A. et al. Trayectorias de vida y prácticas materiales en contextos de pobreza. **Ciencia, Docencia y Tecnología**, n. 38, p. 13-35, 2009. Disponível em: <[http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt\\_38/documentos/CDyT\\_2009\\_38\\_Genolet.pdf](http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_38/documentos/CDyT_2009_38_Genolet.pdf)>. Acesso em: 30 Set. 2018.

GIMÉNEZ, G. Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. **Colección Pedagógica Universitaria**, n. 37-38, p. 1-11, 2002. Disponível em: <[https://www.uv.mx/cpue/colped/N\\_3738/B%20Gilberto%20Gimenez%20Introduccion%202.pdf](https://www.uv.mx/cpue/colped/N_3738/B%20Gilberto%20Gimenez%20Introduccion%202.pdf)>. Acesso em: 29 Set. 2018.

GOMÉZ, S. **Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible-ECNT: Diabetes y/o Hipertensión en la ciudad de Cali**. Universidad del Valle. 2013. Dissertação (Mestrado em Sociologia).Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Santiago de Cali, 2013.

GOOD, B. **Medicine, rationality and experience**. An anthropological perspective. Cambridge University Press, New York. 1995.

GOUGH I. El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. **Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global**, n. 100, CIP-Ecosocial/Icaria, p. 177-202, invierno 2007/08. Disponível em: < >. Acesso em:

GUERRA, M.E. Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus. **Estudios Sociológicos**, v. 28, n. 83, p. 383-409, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/598/59820673003.pdf>>. Acesso em: 4 Out 2018.

GUTIÉRREZ, A. **Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu**. Córdoba: Ferreyra Editor, 2005.

\_\_\_\_\_. La construcción social de la pobreza. Un análisis de las categorías de Pierre Bourdieu. **Revista Andaluza de Ciencias Sociales**, v. 2, p. 29-44, 2003. Disponível em: <<https://revistascientificas.us.es/index.php/anduli/article/view/3747/3275>>. Acesso em: 11 Ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Pierre Bourdieu: Las prácticas sociales.** Misiones: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones, 1997.

HERNÁNDEZ, J. Clases sociales y estilos de vida: un comentario sobre La distinción de Bourdieu. **Sociedad y Economía**, n. 4, p. 31-36, 2003. Disponível em: <[http://poligramas.univalle.edu.co/index.php/sociedad\\_y\\_economia/article/download/4215/6421/0](http://poligramas.univalle.edu.co/index.php/sociedad_y_economia/article/download/4215/6421/0)>. Acesso em: 16 Nov. 2018.

HERNÁNDEZ, M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In: ASSOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES). **Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud.** México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2008, p. 86-97. Disponível em: <[https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias\\_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf](https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf)>. Acesso em: 12 Jan. 2018.

HIRATA, H. Gênero, classe social e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 14 Fev. 2018.

INDA, G., DUEK, C. El concepto de clases en Bourdieu: ¿nuevas palabras para viejas ideas?. **Aposta**, v. 23, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/indayduek.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS). **Tercer Informe: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011.** Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Advocacy guide to the IDF Diabetes Atlas 2019.** Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/en/resources/>>. Acesso em: 13 Set. 2019.

\_\_\_\_\_. **Atlas de diabetes.** 8. ed. Brussels: IDF, 2017.

\_\_\_\_\_. **Diabetes Atlas.** 6. ed. Brussels: IDF, 2013.

KESSLER, G. Algunas reflexiones sobre la agenda de investigación de desigualdades en Latinoamérica. **Desacatos**, v. 59, p. 86-95, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n59/2448-5144-desacatos-59-86.pdf>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Controversias Sobre La Desigualdad: Argentina 2003-2013.** Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014.

LAHIRE, B. A fabricação social dos indivíduos: quadros, modalidades, tempos e efeitos de socialização. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 41, p. 1393-1404, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v41nspe/1517-9702-ep-41-spe-1393.pdf>>. Acesso em: 12 Fev. 2018.

LIMA, M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2097.pdf>>. Acesso em: 13 Jun. 2018.

MARTÍNEZ, J. S. El habitus: Una revisión analítica. **Revista Internacional de Sociología**, v. 75, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/680/870>>. Acesso em: 30 Abr. 2018.

MARTINS, J. **Uma sociologia da vida cotidiana: Ensaio na perspectiva de Florestan Fernandes, de Wright Mills e de Henri Lefebvre**. São Paulo: Contexto, 2014.

MARX, K. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. Edição Eletrônica. Edição Ridendo Castigat Mores. Disponível em: <<https://neppec.fe.ufg.br/up/4/o/brumario.pdf>>. Acesso em: 6 Jan. 2018.

MAYAN, M. **Essentials of qualitative inquiry**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2009.

MCKERNAN, J. **Investigación-acción y currículum**. Madrid: Morata. 1999.

MEDEIROS, R. Interseccionalidade e políticas públicas: aproximações conceituais e desafios metodológicos. In: ROCHA, R. **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenología de la percepción**. Buenos Aires: Planeta Agostini, 1993.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

\_\_\_\_\_. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2019.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. **Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud: (ODES COLOMBIA)**. Bogotá: Imprenta Nacional, 2015. Disponível em: <[http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1452159783-OC\\_guia\\_ross\\_odes\\_colombia.pdf](http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1452159783-OC_guia_ross_odes_colombia.pdf)>. Acesso em: 19 Mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años**. Bogotá: Imprenta Nacional, 2016. Disponível em: <[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_637/GPC\\_diabetes/DIABETES\\_TIPO\\_2\\_COMPLETA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf)>. Acesso em: 19 Mar. 2019.

MÚJICA, O. J. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 38, n. 6, p. 433-

441, 2015. Disponível em: <[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18557/v38n6a1\\_433-441.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18557/v38n6a1_433-441.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 29 Ago. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Sociedades justas, equidad en salud y vidas dignas**. Resumen Ejecutivo del Informe Final de la Comisión OPS sobre Equidad y Desigualdades Sociales en Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2018.

ORTIZ-RUIZ, N; DÍAZ-GRAJALES, C. Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. **Revista Mexicana de Sociología**, v. 80, n. 3, p. 611-638, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v80n3/0188-2503-rms-80-03-611.pdf>>. Acesso em: 14 Jan. 2019.

PEÑARANDA, F. Sujeto, justicia social y salud pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 987-996, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/es\\_1413-8123-csc-20-04-00987.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/es_1413-8123-csc-20-04-00987.pdf)>. Acesso em: 3 Set. 2019.

PEREIRA, G; CATANI, A. Espaço social e espaço simbólico: introdução a uma topologia social. **Perspectiva**. Florianópolis, v. 20, p. 107-120, 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/download/10279/9551>>. Acesso em: 25 Jun. 2019.

PÉREZ, J.P. Estado y mercado: una mirada desde las desigualdades. **Nueva Sociedad**, n. 221, 2009. Disponível em: <<https://nuso.org/articulo/una-mirada-desde-las-desigualdades/>>. Acesso em: 16 Mar. 2019.

PLA, J.L. Supuestos epistémicos en el análisis de la movilidad social. **Convergencia**, n. 71, p. 131-148, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v23n71/1405-1435-conver-23-71-00131.pdf>>. Acesso em: 11 Jul. 2019.

PROFAMILIA; FUNDACIÓN PLAN. **Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia**: Explicando las causas de las causas. Bogotá: MINSALUD, 2018. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>>. Acesso em: 13 Abr. 2018.

RECODER, M.L. Experiencia de enfermedad y narrativa: Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. **Papeles de Trabajo**. Rosario, n. 21, p. 80-98, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/paptra/n21/n21a05.pdf>>. Acesso em: 16 Maio 2018.

REYGADAS, L. **La apropiación**: Destejiendo las redes de la desigualdad. México: Anthropos, 2008.

\_\_\_\_\_. Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. **Política y Cultura**, n. 22, p. 7-25, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a02.pdf>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. **The Lancet**, v. 387, p. 1513-1530, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00618-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00618-8.pdf)>. Acesso em: 8 Jan. 2019.

RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10., 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, 2013.

ROMERO, A.M. **Informalidad laboral en los centros urbanos de Colombia: ¿Depende del desplazamiento forzado?**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2013. Disponível em: <[https://cea.javeriana.edu.co/documents/153049/2786252/Vol.13\\_4\\_2013.pdf/1cb09d9b-4d67-402b-8f65-1f32fcec44e7](https://cea.javeriana.edu.co/documents/153049/2786252/Vol.13_4_2013.pdf/1cb09d9b-4d67-402b-8f65-1f32fcec44e7)>. Acesso em: 31 Maio 2018.

RUIZ-OLABUÉNAGA, J. **Metodología de la investigación cualitativa**. 5. ed. Bilbao: Deusto, 2012.

SALGADO, R. Aportes para el análisis de los procesos de desigualación distributiva en las Empresas Recuperadas de la Ciudad de Buenos Aires. **Argumentos**, n. 14, p. 207-239, 2012. Disponível em: <<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/897/783>>. Acesso em: 16 Out. 2018.

SANDELOWSKI, M. Using Qualitative Research. **Qualitative Health Research**, v. 14, n. 10, p. 1366-86, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15538005>>. Acesso em: 12 Maio 2019.

SANTOS, A. et al. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 761-770, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf)>. Acesso em: 16 Out. 2019.

SARAVÍ, G. La desigualdad social en América Latina. Explicaciones estructurales y experiencias cotidianas. **Encartes**, v. 2, n. 4, p. 70-87, 2019. Disponível em: <<https://encartesanropologicos.mx/desigualdad-social-experiencias-cotidianas/>>. Acesso em: 1 Out. 2019.

SEURING, T.; ARCHANGELIDI, O.; SUHRCKE, M. The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review. **PharmacoEconomics**, v. 33 n. 8, p. 811-831, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4519633/>>. Acesso em: 20 Fev. 2018.

SMITH-SPANGLER, C.; BHATTACHAREA, J.; GOLDHABER-FIEBERT, J. Diabetes, its treatment, and catastrophic medical spending in 35 developing countries. **Diabetes Care**;

v. 35, n. 2, p. 319-326, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263916/>>. Acesso em: 12 Maio 2019.

STOLCKE, V. ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad...y la naturaleza para la sociedad?. **Política y Cultura**, n. 14, p. 25-60, 2000. Disponível em: <<http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/ana/StolckeGeneroEtnicidad.pdf>>. Acesso em: 8 Dez. 2018.

TASSARA, C; IBARRA, A; VARGAS FAULBAUM, L. **Protección social y lucha contra la pobreza en Brasil, Colombia y Chile: ¿Graduarse de los programas de transferencias condicionadas o salir de la pobreza?**. Madrid: EUROsociAL, 2015.

TILLY, C.H. **La desigualdad persistente**. Buenos Aires: Manantial, 2000.

TONELOTO, C. **Narrativas sobre a experiência com a doença de Gaucher**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

TONETTO, I.F. et al. Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/pt\\_1980-220X-reeusp-53-e03424.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/pt_1980-220X-reeusp-53-e03424.pdf)>. Acesso em: 1 Mar. 2019.

TORRES-LOPEZ, T.; SANDOVAL-DIAZ, M.; PANDO-MORENO, M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 101-110, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/12.pdf>>. Acesso em: 22 Abr. 2018.

WACQUANT, L. Esclarecer o Habitus. **Educação & Linguagem**, v. 10, n. 16, p. 63-71, 2007. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/view/126/136>>. Acesso em: 16 Nov. 2018.

WEININGER, E. Fundamentos de uma análise de classe de Pierre Bourdieu. In: WRIGTH, E. **Análise de classe: Abordagens**. Petrópolis: Vozes, 2015.

WELLER, J; KALDEWEI, C. Crecimiento económico, empleo, productividad e igualdad. In: KNIGHT, J.A.F. (Org). **Inestabilidad y desigualdad: La vulnerabilidad del crecimiento en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: CEPAL, 2014, p. 61-103.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Report on Diabetes**. Geneva: WHO Press, 2016. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 3 Jan. 2018.

ZALPA, G. El Habitus: propuesta metodológica. **Estudios sobre las Culturas Contemporáneas**, v. 14, n. 48, 2019. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/jatsRepo/316/31657676003/31657676003.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2019.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

---

## ANEXO A



### UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da produção da diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali-Colômbia

**Pesquisador:** NICOLAS ORTIZ RUIZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71471617.1.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.201.909

#### Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa trata-se de uma tese de doutorado, intitulada "Análise da produção da diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali-Colômbia", a ser desenvolvida pelo Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são:

Objetivo geral: Analisar os processos de produção da diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali Colômbia.

Objetivos Específicos

- Descrever o comportamento estatístico da diabetes mellitus tipo 2 segundo status socioeconômico, gênero e raça no município de Santiago de Cali nos últimos dez anos;
- Compreender a relação dos estilos de vida em torno à diabetes mellitus tipo 2 tendo como referência as categorias sociais classe social, o gênero e a raça/etnia;
- Identificar os dispositivos de produção social da diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Os riscos de participar na pesquisa são baixos devido à natureza das técnicas de coleta dos dados e o tipo de informação coletada. Porém, pode existir desconforto dos participantes pelo tratamento de alguns temas privados, frente ao qual o(a) participante pode se recusar a tratar o tema ou se considerar pertinente desistir de continuar participando da entrevista ou do estudo. Para reduzir ao máximo estes possíveis desconfortos, os participantes receberão informação suficiente sobre a pesquisa e os temas que serão tratados nas entrevistas, de modo que possam decidir se vão ou não participar do estudo. Mesmo assim, as entrevistas serão realizadas em lugares onde os e as entrevistadas tenham total privacidade e se sintam cómodos. Os e as entrevistadas serão informadas que existirá total confidencialidade e sigilo da informação das entrevistas."

Os riscos e as formas de minimizá-los atendem à Resolução do CNS 466/2012.

Os benefícios da pesquisa são:

"Os benefícios da participação voluntária nesta pesquisa são indiretos e têm a ver como a possibilidade de compartilhar experiências e aportar insumos para compreender a forma como dadas condições sociais, são experienciadas ou vivenciadas pelas pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 e também, para propor sugestões visando melhorar os programas municipais de saúde, especificamente para a abordagem da diabetes mellitus tipo 2."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante cientificamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto - assinada

Carta de Anuência - assinada

Termo de sigilo - assinado

TCLE- adequados

Projeto e Informações básicas do projeto - adequados (todas as pendências foram sanadas) Orçamento e cronograma - adequados

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 04 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:  
KARLA DE MELO BATISTA  
(Coordenador)**

## ANEXO B

Bogotá, octubre 21 de 2019

Profesor  
NICOLÁS ORTIZ RUIZ  
Escuela de Salud Pública  
Universidad del Valle  
Cali

Estimado profesor Ortiz:

Continuando con el proceso de sometimiento del artículo “Relaciones entre las desigualdades sociales y la Diabetes Mellitus tipo 2” de su autoría, una vez aprobados los últimos ajustes al documento sugeridos en la evaluación de pares, tengo el gusto de comunicarle la decisión de ACEPTAR el artículo para su publicación en la revista No. 38, sin más modificaciones salvo las propias de la corrección de estilo.

Seguiremos en contacto sobre avances en el proceso editorial.

Cordial saludo,



AMPARO HERNÁNDEZ BELLO

Editora

## APÊNDICE A

### Roteiro da entrevista

#### Análises das desigualdades sociais em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali – Colômbia

Número da entrevista:		
-----------------------	--	--

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: /DD/MM/AA

#### I. Dados gerais de identificação do entrevistado(a)

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Gênero: H\_\_\_ M\_\_\_
3. Idade: \_\_\_ anos      Data de nascimento: DD/MM/AA
4. \_\_\_\_\_
5. Estado civil: \_\_\_\_\_      Profissão: \_\_\_\_\_
6. Nível de escolaridade (último período feito): \_\_\_\_\_
7. Ocupação (atividade da qual obtém a renda): \_\_\_\_\_
8. Raça (auto identificação): \_\_\_\_\_
9. Ano do diagnóstico da diabetes: \_\_\_\_\_
10. Endereço: \_\_\_\_\_
11. Nome do bairro onde mora atualmente: \_\_\_\_\_

12. **Estrato socioeconômico do bairro:** \_\_\_\_\_ (1-6)

13. **Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

14. **Email:** \_\_\_\_\_

## **II. Roteiro da entrevista**

A ideia é fazer um percorrido ao longo de sua vida, partindo de sua infância, depois sua juventude, sua vida adulta, até hoje.

Em cada uma dessas etapas de sua vida você vai me contar sobre:

### **Infância**

- Como estava constituída sua família e como era seu relacionamento.
- Qual era a ocupação de seus pais e quais eram as principais atividades de sustentabilidade da família (perguntar sobre as fontes da renda).
- Fale-me sobre o lugar e o local de moradia
- Quais eram as principais atividades que você fazia
- Quais são os fatos ou lembranças mais importantes para você nessa etapa de sua vida

### **Juventude**

- Mantendo um fio condutor com a etapa anterior, fale sobre o que mudou e que se manteve
- Fale-me com mais profundidade sobre seu relacionamento com sua família ou outras pessoas, suas principais atividades cotidianas e para sua manutenção. (perguntar sobre os espaços sociais frequentados, as fontes da renda e a relação entre renda e necessidades).
- Igual que na etapa anterior, fale sobre os fatos ou lembranças mais importantes para você nessa etapa de sua vida

### **Idade adulta**

- Mantendo um fio condutor com a etapa anterior, fale sobre o que mudou e que se manteve

- Fale-me com mais profundidade sobre seu relacionamento com sua família ou outras pessoas, suas principais atividades cotidianas e para sua manutenção. (perguntar sobre os espaços sociais frequentados, as fontes da renda e a relação entre renda e necessidades).
- Igual que na etapa anterior, fale sobre os fatos ou lembranças mais importantes para você nessa etapa de sua vida

### **Velhice**

- Mantendo um fio condutor com a etapa anterior, fale sobre o que mudou e que se manteve
- Fale-me com mais profundidade sobre seu relacionamento com sua família ou outras pessoas, suas principais atividades cotidianas e para sua manutenção. (perguntar sobre os espaços sociais frequentados, as fontes da renda e a relação entre renda e necessidades).
- Igual que na etapa anterior, fale sobre os fatos ou lembranças mais importantes para você nessa etapa de sua vida

### **Experiência de adoecimento**

Vamos falar sobre sua experiência de adoecimento da diabetes

- Como foi ao longo de sua vida seu estado de saúde e seu relacionamento (uso, acesso, qualidade) com os serviços de saúde.
- Quando e como foi o diagnóstico de diabetes
- Como é o tratamento institucional
- Como mudaram suas práticas de manejo da diabetes desde o diagnóstico até agora. E como eram e mudaram seus hábitos de alimentação, atividade física, controle de seu peso, consumo de tabaco, álcool antes do diagnóstico.
- Como afetou a diabetes sua vida e quais situações de sua vida afetam o tratamento da diabetes.

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE**

#### **ANÁLISES DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO MUNICÍPIO DE SANTIAGO DE CALI-COLÔMBIA**

Eu Nicolás Ortiz Ruiz, Doutorando em Saúde Coletiva de Universidade Federal de Espírito Santo -UFES-, identificado com cédula de cidadania, nº 79.627.033 (na Colômbia) e CPF nº 063.641.517-10 (no Brasil), abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao desenvolvimento do projeto “Análise da produção da diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali-Colômbia”, a que tiver acesso.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar, para mim ou para outrem, de material confidencial e/ou sigiloso produzido no desenvolvimento da pesquisa;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.
5. As informações estatísticas e as fichas de identificação de cada um dos participantes não serão identificadas pelo nome, mas por um código. Os pesquisadores manterão um registro de inclusão dos participantes de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio, e os formulários de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados

pelos participantes serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo.

6. Assegurar que os participantes neste estudo receberão uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que poderá ser solicitado de volta no caso do participante não mais desejar participar da pesquisa.

Vitoria\_\_\_\_/\_\_\_\_2017

\_\_\_\_\_  
**Nome e assinatura de pesquisador responsável**

\_\_\_\_\_  
**Nome e Assinatura Orientadora**

## **APÊNDICE C**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) Sr.(a) NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DE PESQUISA foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada Análises das desigualdades sociais em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali-colômbia, sob a responsabilidade do pesquisador Nicolás Ortiz Ruiz.

#### **JUSTIFICATIVA**

O estudo permite aprofundar o comportamento da diabetes mellitus tipo 2 que é uma doença crônica com alta carga de morbimortalidade na população, com impactos importantes para os sistemas de saúde, e para as vidas das pessoas e suas famílias. Esta pesquisa reconhece as diversas formas de expressão das desigualdades sociais da população do município de Santiago de Cali, como um dos fatores importantes a ser considerado no processo saúde-doença-cuidado desse agravo. Dessa forma, o estudo, propõe entender como são vivenciados os processos de adoecimento de pessoas que têm diferentes condições de vida, com a finalidade de obter evidências e informações mais precisas para desenvolver ações de política pública dirigidas à promoção da saúde, a prevenção da doença e ao tratamento da mesma.

#### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

O objetivo geral desta pesquisa é:

Analisar as relações de desigualdades sociais e as experiências de adoecimento em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 no município de Santiago de Cali-Colômbia.

Para isso se propõe:

- Descrever as trajetórias de vida de pacientes com diabetes mellitus tipo 2, no que diz respeito às desigualdades sociais;
- Descrever as experiências do adoecimento dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2;

- Identificar as rupturas e continuidades das desigualdades sociais nas articulações entre as experiências de adoecimento da diabetes e as trajetórias de vida nos casos analisados.

## **PROCEDIMENTOS**

Para cumprir com os objetivos da pesquisa se coletarão informações oficiais da Secretaria Municipal de Saúde sobre a diabetes mellitus tipo 2 e sua distribuição na população. Também se realizarão entrevistas com pacientes que são portadoras da doença diabetes mellitus tipo 2, com seus familiares e com profissionais da saúde para conhecer experiências de vida concretas de pessoas diagnosticadas com diabetes.

## **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

Os dados institucionais serão solicitados formalmente à Secretaria Municipal de Saúde e as entrevistas serão realizadas em lugares previamente acordados com os entrevistados(das) segundo sua disponibilidade. As entrevistas terão uma duração de aproximadamente uma hora e caso necessário e com a concordância do entrevistado um novo encontro será agendado para aprofundar ou esclarecer dúvidas acerca dos temas.

## **RISCOS E DESCONFORTOS**

Os riscos de participar na pesquisa são baixos devido à natureza das técnicas de coleta dos dados e o tipo de informação coletada. Porém, podem existir desconforto dos participantes pelo tratamento de alguns temas privados, frente ao qual o(a) participante pode se recusar a tratar o tema ou se considera pertinente desistir de continuar participando da entrevista do estudo. Para reduzir ao máximo estes possíveis desconfortos, os participantes receberão informação suficiente sobre a pesquisa e os temas que serão tratados nas entrevistas, de modo que possam decidir se vão ou não participar do estudo.

## **BENEFÍCIOS**

Os benefícios da participação voluntária nesta pesquisa são indiretos e têm a ver como a possibilidade de compartilhar experiências e aportar insumos para compreender a forma como dadas condições sociais, são experienciadas ou vivenciadas pelas pessoas portadoras de

diabetes mellitus tipo 2 e também, para propor sugestões visando melhorar os programas municipais de saúde, especificamente para a abordagem da diabetes mellitus tipo 2.

### **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA**

Durante as realizações das entrevistas O(A) Sr.(a) contará como apoio psicossocial e médico em caso do que precisasse deles. Mesmo assim, se solicita algum apoio após da entrevista ou de desistir da entrevista, estes serão facilitados. Esta assistência será imediata, integral e gratuita.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

### **GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE**

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

### **GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO**

Todas as despesas serão assumidas integralmente pelo pesquisador. Só em caso de que os(as) participantes devam incorrer em algumas despesas de transporte ou alimentação devido ao lugar ou horário das entrevistas, estas serão assumidas pelo pesquisador, evitando assim qualquer ônus financeiro aos participantes da pesquisa. Não está previsto nenhum pago ou reconhecimento não monetário aos participantes.

### **ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar ao pesquisador principal Nicolás Ortiz Ruiz.

TELEFONE DO PESQUISADOR PRINCIPAL: 55 (27) 999890619

O(A) Sr.(a) também pode contatar a Maria del Socorro Lopez, diretora da linha de Estilos de Vida Saudáveis da Secretaria Municipal de Saúde de Santiago de Cali através do telefone 5587695, e-mail: [socololon@hotmail.com](mailto:socololon@hotmail.com) ou correio: Rua 4B No. 36-00 Bairro São Fernando, Santiago de Cali-Valle del Cauca, Colômbia. Ela como funcionaria da Secretaria de Saúde conhece e apoia o desenvolvimento deste projeto de pesquisa e pode dar informação sobre o projeto e garantir alguns requerimentos dos participantes visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Santiago de Cali, DATA

---

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Análise da produção da diabetes mellitus tipo II no município de Santiago de Cali-Colômbia”, eu, Nicolás Ortiz Ruiz, declaro ter cumprido as exigências do item IV.3 da Resolução CNS 466/12 do Estado brasileiro e 6(e) da Resolução 8430/93, do Estado colombiano, os quais estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pesquisador