

A compreensão do fenômeno condição crônica por *diabetes mellitus* a partir da experiência de adoecimento^{1,2}

The understanding of phenomenon chronic condition of *diabetes mellitus* from of the experience of illness

La comprensión del fenómeno condición crónica por *diabetes mellitus* desde la experiencia de la enfermedad

Ana Paula Silva de Faria^I, Roseney Bellato^{II}

¹ Artigo extraído da Dissertação de Mestrado "A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com diabetes mellitus", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, no ano de 2007.

² Estudo realizado como parte integrante do Sub-Projeto II da Pesquisa "Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso", financiada pelo CNPq.

^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente I, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Rondonópolis, MT, Brasil. E-mail: apaula.faria@gmail.com.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professor Adjunto III, UFMT. Rondonópolis, MT, Brasil. E-mail: roseney@terra.com.br.

RESUMO

Em nossa experiência profissional temos identificado que abordagem às pessoas com *diabetes mellitus* (DM) tem sido centrado nas ações de controle e monitoramento da doença, sendo que desconsideram as repercussões e enfrentamentos que essas pessoas vivenciam no seu cotidiano. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo Estudo de Caso que teve como objetivo compreender as repercussões e enfrentamentos que as pessoas em condição crônica por DM vivenciam em seu cotidiano. A apreensão dos dados foi fundamentada na estratégia metodológica da História de Vida Focal que foi operacionalizada pela Entrevista em Profundidade. O estudo foi realizado em Cuiabá/MT, em 2007, com uma pessoa com DM que esteve internado em hospital público por complicações secundárias. A análise dos dados possibilitou compreender que a vida cotidiana que é marcada por enfrentamentos e repercussões como aumento das fases de agudizações e complicações da doença, (re) arranjos cotidianos somados ao medo da dependência do outro para o cuidado e medo da morte. Este estudo possibilita e nos convida e (re) pensarmos as práticas de atenção e de gestão centrada nas pessoas e famílias em condição crônica por DM.

Descritores: Diabetes mellitus; Doenças crônicas; Atividades cotidianas.

ABSTRACT

In our experience we have identified that the approach to people with diabetes mellitus (DM) has been focused on actions to control and monitoring the disease, and disregard the consequences and confrontations that these people experience in their daily lives. This is a qualitative, descriptive, Case Study aimed to understand the repercussions and confrontations that people with chronic conditions by DM experience in their daily lives. The apprehension of the data was based on the methodological strategy of the History of Life which was implemented by the Focal Depth Interview. The study was conducted with a person with diabetes who was hospitalized in public hospital at Cuiabá/MT, in 2007. Data analysis allowed to understand that daily life is marked by confrontation and consequences increase as the phases of exacerbations and complications of the disease, (re) arrangements added to the daily fear of dependence on others for care and fear of death. This study enables, invites us and (re) think the practice of management attention and focused on individuals and families in chronic condition of diabetes.

Descriptors: Diabetes mellitus; Chronic disease; Activities of daily living.

RESUMEN

En nuestra experiencia hemos identificado que lo enfoque en las personas con diabetes mellitus (DM) se ha centrado en acciones de control y seguimiento de la enfermedad, y el desprecio de las consecuencias y enfrentamiento que esas personas experimentan en su vida cotidiana. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, tipo estudio de caso cuyo objetivo fue comprender las repercusiones y los enfrentamientos que las personas con enfermedades crónicas por DM pasan en su vivencia cotidiana. La presentación de los datos se basó en la estrategia metodológica de la Historia de Vida Focal que fue implementado por la Entrevista en Profundidad. El estudio se realizó con una persona con diabetes que he sido hospitalizado en hospital público en Cuiabá/MT, en 2007, con una persona con DM que estuvo internado en hospital público por complicaciones secundarias. El análisis de datos permitió comprender que la vida cotidiana que es marcada por la confrontación y repercusiones como aumento de las fases de las exacerbaciones y complicaciones de la enfermedad, (re) agregado cotidianos añadidos a el miedo de la dependencia del otro para el cuidado y miedo de la muerte. Este estudio permite y nos invita a (re) pensar las prácticas de la atención y de gestión centrada en las personas y familias en condición crónica por la DM.

Descriptores: Diabetes mellitus; Enfermedad crónica; Actividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

Neste estudo, direcionamos o nosso olhar para a compreensão do fenômeno da condição crônica do *diabetes mellitus* a partir da ótica de quem a experiência em seu cotidiano. Partimos de indagações referentes à abordagem tradicional e prescritiva destinada as pessoas com *diabetes mellitus* que ainda é centrada no modelo biomédico onde o corpo é fragmentado e suas reais necessidades de saúde não são apreendidas⁽¹⁻²⁾.

Identificamos também a necessidade de outros saberes para a compreensão do fenômeno condição crônica e como a pessoa com *diabetes mellitus* experiência e vivencia o que é viver com essa doença que lhe impõe em sua vida novas formas⁽³⁾ de enfrentá-las. Com base nisso, há "a necessidade de compreender o cotidiano das pessoas, como elas o vivenciam e enfrentam as adversidades que se apresentam em seu dia a dia na construção de seu processo de viver"⁽⁴⁾ e como se dá (re) construção de redes de apoio em relação à condição crônica do *diabetes mellitus*⁽⁵⁾.

Partimos do pressuposto que os olhares tradicionais lançados para as pessoas com *diabetes mellitus* não tem apreendido os sentidos e significados construídos a partir de experiência de adoecimento no seu processo de viver com a condição crônica e as suas restrições^(1-2,5).

À medida que esse olhar dotado por meio da *razão sensível*⁽⁶⁾ e de indagação as práticas profissionais de atenção e de gestão destinadas às pessoas com *diabetes mellitus* sentimos a necessidade de ampliar e aprofundar o nosso olhar sobre a condição crônica, em especial, quanto à repercussão que esta promove em seu cotidiano uma vez que a condição crônica por *diabetes mellitus* demanda cuidado contínuo e prolongado^(1,5).

Diante desse universo rico de experiências concretas e vivas que perpassam o cotidiano de quem vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus* identificamos que o termo doença crônica tornou-se insuficiente e limitado para tal compreensão. Sendo assim, adotamos o termo condição crônica^(1,7) por possibilitar a compreensão sobre o que é viver com o *diabetes mellitus* e que olhar essa pessoa lança acerca de suas projeções futuras diante de tantas limitações e restrições que são submetidas.

A experiência de adoecimento é tecida nessa vida de todos os dias onde o cotidiano passa a ser considerado com um "laboratório vivo e alquímico"⁽⁸⁾ e "privilegiado de produção de sentidos"⁽⁹⁾ onde são (re) construídos saberes à medida que enfrentam cada fase de agudização do *diabetes mellitus*.

Este estudo teve como objetivo compreender o fenômeno condição crônica por *diabetes mellitus* a partir da experiência de adoecimento.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado pela metodologia do Estudo de Caso⁽¹⁰⁾ que permitiu a utilização de várias estratégias metodológicas que nos possibilitaram a apreensão do fenômeno estudado.

Embasadas pela *razão sensível*⁽⁶⁾ pudemos apreender os sentidos e significados construídos a partir da experiência de adoecimento tecida na vida cotidiana do Sr. Pedro (nome fictício para a garantia do anonimato) sujeito do nosso estudo. Essa realidade vivida foi apreendida pela abordagem metodológica da História de Vida Focal operacionalizada pela Entrevista em Profundidade⁽¹¹⁾.

O sujeito do estudo foi o Sr. Pedro, procedente de um município do Interior do Estado de Mato Grosso que vivencia a experiência em ter o *diabetes mellitus* há mais de 15 anos. Como critério de inclusão no estudo, o Sr. Pedro preencheu as seguintes características: estar internado em Hospital por complicações do *Diabetes Mellitus* que no caso era: insuficiência renal crônica a esclarecer, amputação de membros inferiores. Além disso, o Sr. Pedro aceitou participar do estudo sendo que o mesmo foi esclarecido e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na interação com o Sr. Pedro foram realizados 14 encontros, no período de 20/01/07 a 14/07/07. Desses encontros, cinco aconteceram juntamente com a família dele que reside em Cuiabá/ MT. Os locais de realização dos encontros foram: dois na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM/ UFMT), dois no Pronto-Atendimento Adulto do Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), três encontros na casa do irmão dele em Cuiabá/MT, três encontros na casa do primo dele em Sorriso/MT, um no setor de agendamento de exame e consultas do HUJM e três conversas por telefone. Na composição do *corpus* de análise, utilizamos também as Notas de Diário de Campo e de Observações para a compreensão dessa realidade vivida e experienciada.

A análise do *corpus* de dados foi feita, primeiramente, através de leitura fluente de todo o material transcrito e digitado das entrevistas, dos registros das observações e dos diários de campos realizadas com o Sr. Pedro e sua família, buscando apreender o sentido e significado da sua experiência de adoecimento. Em seguida, procedemos à releitura exaustiva de modo a buscar as unidades de significados aí contidas.

Na busca pelas unidades de significados não há métodos e técnicas específicas para compreender o fenômeno estudado, sendo que esta compreensão, "[...] não é dada a partir de padrões de procedimentos preestabelecidos como corretos para o desenvolvimento da pesquisa. Mas, essa resposta depende da *intuitividade* e da *habilidade* do pesquisador"⁽¹²⁾.

Buscamos nas narrativas, a subjetividade do Sr Pedro no que se refere a sua experiência de adoecimento de sua condição crônica por Diabetes Mellitus. Ao se concentrar nos significados, o pesquisador não está preocupado com fatos, mas com, o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa. "Ao deter-se no significado expresso pelo sujeito sobre sua experiência, o pesquisador descobre certos determinantes sobre as situações e sobre o sujeito. Essas situações, uma vez descobertas como genuínas, podem apresentar-se ao pesquisador como dados. Entretanto, ele não está apenas interessado nos dados, mas também nos significados atribuídos pelo sujeito"⁽¹²⁾.

Ressaltamos que este estudo atendeu integralmente as exigências éticas da Resolução 196/CNS/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como a aprovação do projeto de pesquisa ao qual este estudo se vincula pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), sob o Ofício nº 235/CEP-HUJM/2005.

Conhecendo o Sr. Pedro e a sua experiência de adoecimento

Em nossa prática profissional, temos observado que as pessoas, após receber a confirmação do diagnóstico positivo para o *diabetes mellitus* passam a ser rotuladas de

"diabéticas" e/ou "portadoras de diabetes". A conotação que esse novo *status* apresenta reflete também nas práticas profissionais de atenção e de gestão realizadas nos serviços de saúde, visto que tais práticas estão centradas na doença e não na pessoa. A expressão "portador" de *diabetes mellitus*, usada comumente, nos remete à idéia de que esta doença seja passageira e/ou momentânea, sendo erroneamente interpretada⁽¹⁾.

Com base na experiência de adoecimento, o *diabetes mellitus* passa a ser considerado como condição crônica na qual a pessoa é forçada a fazer (re) arranjos em sua vida cotidiana que implicam na aceitação da doença e suas conseqüências. Tal aceitação ou não da doença como parte do seu viver, se embasa em toda uma carga de experiência e de aprendizagem relacionadas ao adoecimento e de como foram sendo tecidas ao longo da vida. Experiência essa que foi sendo construída por sentimentos, de perdas, frustrações, bem como pela busca de um *querer viver*⁽⁹⁾ para além das limitações que a doença traz em sua vida.

A doença faz parte da vida do Sr. Pedro, sendo assim não há como atender as suas reais necessidades de saúde sem compreender o seu contexto de vida, como também, as inúmeras repercussões que o *diabetes mellitus* promove no seu cotidiano, sendo marcadas por problemas de ordem financeira e pessoal, promovendo a sua percepção da doença como "um problema", pois nas suas palavras "o *diabetes* é um problema [...] *diabetes* é muito complicado".

No nosso primeiro encontro, o Sr. Pedro apresentou-se um tanto calado, respondendo as nossas perguntas com frases curtas. Mas, à medida que a relação de vínculo foi sendo fortalecida, amparada pela segurança e pela nossa *disposição para* ouvi-lo⁽¹¹⁾, este nos convidou, através de suas narrativas, a compreender o seu cotidiano marcado pela doença e, principalmente, pelas *pequenas mortes*⁽⁸⁻⁹⁾ de todos os dias representadas pelas perdas cotidianas⁽⁹⁾ em sua *forma*^(3,6,8-9) de viver anterior que a doença lhe impôs.

O Sr. Pedro é nordestino, com um sotaque forte da sua terra natal, tem 52 anos, separado e se apresentou como mecânico de profissão. Nas narrativas, expressou-se com muito saudosismo da sua terra natal, lembrando a família e as filhas que deixou lá. E nessas lembranças foram incluídas, também, a descoberta do *diabetes mellitus*, conforme as falas a seguir.

É onde as minhas filhas moram. Tão tudo lá, o meu pessoal lá, minha família, meus primos, meus parentes, tudo moram lá. Lá que eu me criei. [...] Foi no Nordeste [...] Fiz exame e descobriu lá na minha cidade. É eu to com 15 anos que tenho diabetes, pressão alta. Todo esse tempo. De 15 anos para cá, com esse problema.

O *diabetes mellitus*, atualmente, é percebido como mais um problema em sua vida devido às fases de agudização da doença que se tornaram cada vez mais freqüentes. Antes disso, o *diabetes mellitus* não era sentido por ele como um problema, visto que suas manifestações não eram percebidas, comparando-se com o seu estado atual de saúde. Sendo assim, como a doença ainda não se manifestava de maneira clara em seu corpo, o seu cotidiano acontecia com menos limites e restrições em relação ao seu modo de viver.

Ao chegar em Sorriso, o Sr. Pedro trabalhou numa empresa de Armazéns de Grãos, na qual permaneceu por

cinco anos. Nessa época, já sabendo que tinha *diabetes mellitus*, fazia acompanhamento e tratamento com o médico da empresa, procurando o posto de saúde para pegar as medicações prescritas por esse médico e/ou quando se sentia mal. Depois de ter saído da empresa, o Sr. Pedro começou a trabalhar com o conserto de bicicletas, de onde tirava o seu sustento. A sua bicicletaria está localizada no mesmo local onde reside. Porém, nas fases de agudização da doença, foi obrigado a parar as suas atividades, conforme sua narrativa:

[...] Eu tava trabalhando e agora não posso tá trabalhando agora porque eu to doente. To doente das pernas. [...] Não tinha carteira assinada. Trabalho por minha conta. [...] É por que... Doente... É porque a gente ta aí trabalhando e tem que pegar um ferro. Aí incha as pernas É esse que eu to com cuidado. Porque quando eu ia trabalhar eu podia pegar nas coisas, nos ferros porque quem trabalha num negócio de bicicletaria tem que estar pegando bicicleta, ferros, e batendo e ajeitando e aí tudo mais. E aí eu não posso fazer isso agora. Enquanto eu não ficar bom mesmo como é que eu vou pegar no ferro? Se eu pegar vai inchar as minhas pernas de novo (tom de voz triste).

Nesse momento de sua vida, o Sr. Pedro começa a instituir novas normas⁽¹³⁾ e escolhas em decorrência da percepção de manifestação da doença no seu corpo, resultando nas limitações e nas restrições de suas atividades diárias. Além disso, surge a queda da auto-estima como parte desse processo e em virtude da dificuldade de prover o próprio sustento. É nesse processo de possibilidades e limitações que passam a ser construídas as experiências de adoecimento, em um movimento contínuo ao longo de sua vida, no qual vão sendo tecidos conhecimentos a partir de fatos concretos do seu cotidiano em relação ao seu sentir-se saudável e sentir-se doente^(2,9).

Nos dias atuais, o Sr. Pedro está afastado de suas atividades profissionais, recebendo o benefício do "Auxílio Doença", pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Antes de receber o benefício, e mesmo em outras situações, o Sr. Pedro dispõe de uma rede de apoio constituída por familiares, amigos, entre outras pessoas, com quem pode contar nas suas dificuldades financeiras e de outras ordens. São pessoas que compartilharam e vivenciaram as suas dificuldades advindas das fases de agudização da doença que constituíram sua rede de apoio⁽⁵⁾.

[...] É que eu tenho a Antonia. Tenho o meu primo lá que me ajudam lá com esses problemas. Tenho amigos. (Antonia) é uma colega da gente, muita íntima também. É como você assim, colega da gente.

Esse sentimento de solidariedade para com o Sr. Pedro é despertado por essas pessoas que apresentam um signo de reconhecimento e lhe oferecem apoio, baseados em sentimentos de segurança e vínculo, bem como o reconhecimento da precariedade vivida por ele⁽⁸⁾.

Nessa rede de apoio, o Sr. Pedro passou a nos considerar como "colega da gente". Nossa relação de vínculo foi sendo tecida gradativamente, à medida que fomos despertando nele sentimentos de confiança e de respeito e, o mais importante, por nos apresentarmos com *disposição para* ouvi-lo⁽¹¹⁾. Naquele momento, ele necessitava que alguém o olhasse e ouvisse as suas

dificuldades, seus anseios, suas dúvidas e seus medos diante da amputação do hálux direito sofrida há seis meses devido à necrose por má circulação de extremidades. Durante a internação, ele apresentou momentos de negação e de fuga em relação à amputação, quando demonstrava que a sua preocupação maior era com a sua situação financeira.

[...] *O problema foi só esse que deu. Problema, problema do diabetes. Agora, o que tá dando problema é esse, problema do dinheiro aí. Como é que eu vou ficar? Sem receber o dinheiro, como é que vou passar?*

Pudemos perceber que o Sr. Pedro apresentava uma necessidade de saúde focalizada que pudesse compreender a experiência de adoecimento. Tais práticas deveriam ter como foco para além de um olhar e de um ouvir meramente técnico. Nesse momento, devemos fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam *cuidados de saúde*, tomando suas necessidades como centro de nossas intervenções e práticas⁽¹⁴⁾.

Nos outros encontros o Sr. Pedro, assim como sua família, tinham como necessidade de saúde maior obter informações sobre o *diabetes mellitus* e as repercussões deste no seu cotidiano. É essa *disposição para* ouvi-los e reconhecê-lo como pessoas importantes, carentes de informações sobre assuntos que vão muito além dos problemas de saúde, fez com que, em um de nossos encontros, o sobrinho dele nos dissesse que “[...] *ainda bem que você apareceu para nos orientar*” (Notas de Observação - 06/02/07).

Tanto o Sr. Pedro, como a família do seu irmão, que reside em Cuiabá, acolheram-nos de forma muito aberta e espontânea. A participação dessas pessoas foi importante por mostrar os sofrimentos e as angústias ao procurar ajudar o Sr. Pedro nesse momento da vida, época em que ele estava recém-cirurgiado devido a amputação do hálux direito.

A família, além de apresentar dificuldade para planejar o cuidado do Sr. Pedro, mostrou-se frágil diante da fase de agudização da condição crônica do *diabetes mellitus*. Eles também verbalizaram estar carentes de informações sobre a doença e como obter acesso aos serviços de saúde em Cuiabá, conforme a observação que fizemos.

[...] *A família nos pareceu bastante preocupada com o estado de saúde do Sr. Pedro, sendo que o Gabriel (sobrinho do Sr. Pedro) afirmou que ele precisa de cuidados e de apoio da família nesse momento. Enfim, no final da conversa eles nos chamaram de 'Anjo de Deus que apareceu na vida deles para ajudar o tio nessa situação', pois o que mais sente falta é de informações sobre o sistema de saúde e de seus direitos* (Notas de Observação - 06/02/07).

Ao observar a dinâmica familiar frente à condição crônica do *diabetes mellitus*, este nos ofereceu elementos importantes para compreensão da experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida tanto pelo Sr. Pedro, como por eles próprios ao ajudá-lo nessa busca. Os familiares do Sr. Pedro participaram das conversas “não gravadas”, pois percebemos que eles não se mostravam à vontade com gravador ligado, sendo que respeitamos a decisão. E à medida que a relação foi sendo estabelecida,

conversamos naturalmente sobre as adversidades enfrentadas por eles para resolver os problemas de saúde do Sr. Pedro.

Nesse convívio com a família do Sr. Pedro, percebemos uma situação conflituosa, pois, ao mesmo tempo em que ele se sentia acolhido pelos familiares, também se sentia “incomodando” a família do seu irmão, durante o período de permanência em sua casa.

A forma como o *diabetes mellitus* se apresenta na vida dessas pessoas é tão intensa que as obriga a um redirecionamento de suas vidas. Entretanto, as práticas profissionais de atenção à saúde a essas pessoas devem se norteadas pelo conhecimento acerca desse contexto, assim como das repercussões que o *diabetes mellitus* aí promove, pois, dessa forma, se consegue almejar a integralidade em saúde.

O cotidiano: o grande cenário da experiência de adoecimento

O olhar aqui lançado se direciona para o cotidiano da pessoa que vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*, e que busca, no seu dia-a-dia, encontrar as soluções possíveis para viver com as imposições que a doença traz.

O cotidiano a ser analisado se faz com base na abordagem compreensiva de Michel Maffesoli, por considerá-la apropriada para compreender essas banalidades vividas pela pessoa com *diabetes mellitus* e sua família dentro do seu microespaço social que constitui a vida de todos os dias, no qual experimenta e vivencia as várias *formas* do viver com a doença e suas conseqüências. É no centro dessa vida diária e nos seus movimentos e (re) arranjos possíveis que buscamos compreender a experiência de adoecimento do Sr. Pedro, pois entendemos que os profissionais de saúde carecem dessa compreensão quanto às repercussões que a doença, o seu tratamento e o controle trazem para a vida da mesma.

É nesse cotidiano que se dá a vida de todo o dia sendo que esta é pontuada por pequenos momentos plenos de significado. No entanto, “[...] a proposta de compreensão da vida cotidiana fundamenta-se numa visão microsocial, vendo nela um *locus* privilegiado de manifestações de uma força vital que independe de explicações econômico-políticas. Os pequenos fatos da vida cotidiana assumem relevância e a banalidade do dia-a-dia mostra sua importância”⁽⁹⁾.

Assim, consideramos que a experiência de adoecimento se dá como parte da vida cotidiana e que esta é, essencialmente, dotada de relativismo^(6,15). Compreender as repercussões que a condição crônica por *diabetes mellitus* e seu cuidado promove na vida da pessoa e família nos impõe a necessidade de ter *disposição para* interpretar essa experiência por meio da *razão sensível*⁽⁶⁾, pois nessa banalidade vivida, o dado é aceito porque esta aí, ou seja, os acontecimentos e os enfrentamentos de base *já foram modelados a priori*, sendo que “[...] tais realidades não se submetem a qualquer julgamento, uma vez tidas e havidas ou não por conformes ao que se crê um ‘*deve ser*’, ao que se imagina seria melhor que fossem; ao contrário, são elas aceitas em sua incompletude, em seu aspecto parcial e efêmero”⁽¹⁵⁾.

Ao contrário disso, as práticas de atenção à saúde às pessoas com *diabetes mellitus* tem focado suas ações em dietas, medicamentos e atividades de educação em saúde

que ainda não consideram os saberes e práticas construídos a partir da experiência particular de adoecimento^(1,16).

[...] *Tem que tomar adoçante, né? O comer é... Ele deu uma lista. E eu fiquei com aquela lista para ver como era que eu vivia. Para eu sobreviver com aquela lista. O comer que era para eu comer. É...Tudinho. Aí, ele me deu aquela lista, o doutor. [...] É porque tem que ter muito cuidado por causa do comer. Não pode comer todo o comer. É tomar bebida. É comer esses negócios. Comer esses negócios que tem muito comer que não posso comer. [...]A farinha eu não posso comer. É a farinha eu não posso comer. Era o que eu mais gostava né? E agora... (voz triste) [...] porque eu sou Nordestino e aí eu gostava muito de farinha. É mas, eu fui obrigado a largar... É comer só um pão? (lágrimas nos olhos) [...] É... É um problema né? (olhos muito brilhantes e com voz de choro).*

Consideramos que cada pessoa em sua experiência de adoecimento "constitui a mais autêntica testemunha do que significa viver com diabetes e, portanto, a participação ativa dos usuários no processo de educação em saúde constitui o eixo da hélice que movimenta e tempera o estilo de vida dessas pessoas no alcance de uma melhor qualidade de vida"⁽¹⁷⁾.

No entanto, a doença é vista e percebida como ameaça a vida por conta dos inúmeros (re) arranjos provocados pelos cuidados necessários e, principalmente, pelas fases de agudização que podem ser tornar freqüentes a medida que a doença evolui. Além disso, a próprio fato de ter recebido o diagnóstico de ser "portador" de *diabetes mellitus* e o modo como estes recebem o diagnóstico médico podem contribuir para o aumento do estresse e das inúmeras dificuldades encontradas⁽¹⁸⁾. Além disso, a doença modifica a relação da pessoa com *diabetes mellitus*, com o mundo e consigo mesmo, desencadeando também sentimentos como impotência, desesperança, desvalorização, temor, apreensão e o medo da morte⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em nossa sociedade marcada por atos e pensamentos que reforçam o mito Prometéico de que projetamos nossas vidas para um futuro distante onde sonhos, felicidade e conquistas são projetados com intensidade⁽⁸⁻⁹⁾. No entanto, essas pessoas se deparam com o *afrontamento do destino*, onde elas passam a projetar futuras perdas afetivas e financeiras e, inclusive, depara com a própria terminalidade, algo tão pouco discutido e muito menos aceito pelo homem⁽⁹⁾.

Nesse viver com a doença o seu cotidiano do Sr. Pedro é marcado por *pequenas mortes* de todos os dias representadas pelas perdas cotidianas em sua forma de viver anterior que a doença lhe impôs⁽⁸⁾. Diante disso, a doença é vista pela pessoa como uma ameaça ao destino e aceitação de normas impostas pelos profissionais de saúde em nome de práticas que desconsideram o processo de viver com o *diabetes mellitus* e os inúmeros significados construídos a partir da experiência de adoecimento.

Ao invés disso, os profissionais de saúde priorizam a identificação e o controle dos sinais e sintomas da doença *que se manifestam no corpo da pessoa e/* ou através de interpretações de exames que lhe oferecem parâmetros para instituir medidas terapêuticas, normas e mudanças de estilo de vida. Sendo assim, com base nesse modo tradicional e reducionista de fragmentar corpo e mente, os profissionais de saúde deixam de apreender as dimensões

subjetivas e individuais referente à experiência de adoecimento. No entanto, o modo como estes profissionais conduzem e entendem por processo saúde-doença e como estes consideram saúde, qualidade de vida e autonomia poderá influenciar no modo como o paciente concebe a doença e as possibilidades do que seja viver saudável mesmo sendo portador de determinada doença^(1,4-5,9).

De certo modo, por conta de nossa formação cartesiana e positivista os profissionais de saúde têm dificuldade em compreender e gerenciar o cuidado às pessoas em condição crônica e fora de possibilidade de cura. E por conta dessa formação tradicional, ainda realizamos práticas prescritivas normatizando a vida de pessoas e de famílias sem considerar e, muito menos incluir, sua própria experiência de adoecimento como parte do processo de construção e gerenciamento do cuidado à saúde^(1,9).

A concepção ampliada de saúde atualmente nos convida a discutir sobre o processo de viver com a condição crônica do *diabetes mellitus*. E ao olhar atentamente para a experiência de adoecimento dessa pessoa esta nos permite compreender um universo tão particular e cheio de significação a cerca do viver saudável onde poderemos apreender em conjunto acerca das dificuldades, das angústias, e medos frente às restrições que a doença impõe. O cuidado às pessoas com *diabetes mellitus* vai muito além da apreensão de necessidades biológicas previamente programadas. Sendo assim, "enfocar a saúde na compreensão da vida cotidiana é propor-se a olhar o ser humano enquanto uma entidade biopsico-sócio-cultural"⁽⁹⁾. Significa também compreender que essa pessoa é única, multidimensional, uma unidade complexa dotada de relações.

É nesse cotidiano, que as *formas*⁽³⁾ são moduladas a partir dos processos de significação que tentam fugir, ao seu modo, ao "deve ser"⁽⁸⁾ oriundo das práticas prescritas realizadas pelos profissionais de saúde. E nesse processo de ser saudável, que as pessoas criam *formas* que lhe conferem o modo de como com viver com a condição crônica do *diabetes mellitus*.

No entanto, essas pessoas só poderão fazer escolhas verdadeiramente livres, quando estas compreendem o que se passa em seu próprio corpo, e que seguem normas não porque estas lhe foram impostas por algum profissional, mas porque as compreendem e sabem que elas ampliam suas potencialidades de serem felizes⁽¹³⁾.

Com base nisso, promover qualidade de vida e autonomia dessas pessoas perpassa a compreensão desses *pequenos nada*s e estar atento a cada gesto, a cada movimento que esse vivido permite^(8,15). A doença faz parte da vida dessas pessoas, mas a *forma* como cada uma enfrenta e que é possível projetar, continuar a viver e desenvolver ações de acordo com as normas que lhes fazem sentido. Sendo assim, a pessoa deverá "ser capaz, ativo e potente na vida, mesmo tendo de conviver comum a condição crônica, significa estar desperto, aberto e sempre em movimento. Significa, também, ter capacidade de lidar com desafios por meio da superação das condições adversas, buscando não restringir o modo de andar a vida às limitações das condições crônicas"⁽¹³⁾.

Pensar no cuidado em saúde significa também refletirmos sobre as nossas práticas e incluir a pessoa, a família e o modo como essas vivem com a condição crônica

sendo que essa experiência de adoecimento tem muito a nos ensinar sobre o *diabetes mellitus*.

Ao compreender esse fenômeno vivenciado com intensidade pela pessoa com *diabetes mellitus* e família, buscamos apreender elementos considerados insignificantes para uns, mas essencial para aqueles que tem nos muito a ensinar sobre o viver com a doença⁽¹⁾. E com base na sua experiência de adoecimento esta nos convida a lançar olhares atentos a esse cenário que tem muito a nos ensinar a cerca do processo de viver com a condição crônica por *diabetes mellitus*.

A condição crônica por *diabetes mellitus*: novos elementos para o cuidado em saúde

As mudanças no perfil populacional somadas ao envelhecimento da população e aos avanços nos estudos em saúde que promoveram melhoria das condições de vida de parte da população que resultaram na mudança no perfil e na classificação das doenças. Esse novo perfil impôs a necessidade de (re) pensar não apenas a maneira de tratar e abordar sobre essas doenças, mas também, como gerenciá-las no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, bem como da própria vida da pessoa e de sua família, considerando as repercussões que acarretam nesses contextos^(1,5,7,13).

Até recentemente, as doenças eram classificadas em infecciosas e crônico-degenerativas, de acordo com a evolução e tempo do agravo. No entanto, essa classificação passava a não abranger as novas dimensões que as doenças emergentes e persistentes que extrapolavam as características que, até então, as recortavam em uma ou outra denominação^(7,20). A concepção do que seja doença crônica passa também por reformulações ao longo do tempo, sendo assim considerados todos os desvios do normal que tenham uma ou mais das seguintes características: “[...] permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para reabilitação e previsão de um longo tempo de supervisão, observação e cuidados”⁽¹⁾.

Diante dessas características citadas, o viver com essa doença passa a ser considerado como “um problema”, pois, nas suas palavras “o *diabetes* é um problema [...] *diabetes* é muito complicado”; No entanto que, a palavra “problema” expressa à maneira pela qual o sujeito do estudo percebe o *diabetes mellitus* em sua vida.

Esses agravos possuem características em comum, principalmente o fato de serem irreversíveis e que demandam cuidado contínuo e prolongado, necessitando que as pessoas e seus familiares sejam treinados, por exemplo, a manusear medicações^(1,7). A medida que a doença progride, essas pessoas apresentam períodos de exacerbação e remissão com propensão ao surgimento de outras doenças, assim como a utilização freqüente dos serviços de saúde^(1,5,7,13). Conforme relato:

[...] o Sr. Paulo nos disse que ficou muito preocupado com o irmão que apresentava, no domingo, muito soluço, mal estar, fraqueza, indigestão, pernas e corpo inchado. E diante desse quadro levou o irmão direto para o Pronto-Socorro. (Notas de Observação - 06/02/07).

O *diabetes mellitus* e suas complicações promovem, também, alteração na estrutura e na dinâmica familiar,

predispondo a pessoa ao isolamento social e à perda da capacidade funcional sendo que a pessoas e os familiares estão sempre em alerta frente as períodos de agudização⁽¹³⁾.

Com base nesses elementos descritos anteriormente, o termo condição crônica passou a abarcar tanto as doenças transmissíveis, a exemplo do HIV/AIDS, e as doenças não-transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer e o *diabetes mellitus*, quanto às incapacidades estruturais, como cegueira e amputações. Essas condições crônicas têm em comum o fato de serem persistentes e de necessitarem de cuidado permanente^(7,13,17).

Essas doenças desencadeiam inúmeras repercussões tanto na vida das pessoas, famílias, serviços de saúde, como para toda a sociedade. [...] As condições crônicas não são mais vistas de forma tradicional (ex, limitadas às doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares⁽⁷⁾.

Diante desses novos elementos sobre o cuidado em saúde, o termo doenças crônicas tornou-se ‘pequeno’ e restrito para a compreensão do que seja viver com a doença. Sendo assim, o termo condição crônica abarca todas as dimensões do agravo, principalmente, as repercussões que promove na vida da pessoa, na sua família e em toda a sociedade.

O crescimento da condição crônica é uma situação inevitável em todo o mundo devido à mudança do perfil epidemiológico e demográfico, das condições socioeconômicas e de outros fatores, e pode ser visualizada como um sério problema de saúde pública, sendo responsável por 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo. Pelo crescimento acelerado, estima-se que em 2020, da carga de doenças que acometerão os países em desenvolvimento, 80% devem advir de problemas crônicos⁽⁷⁾. A aderência ao tratamento nesses países chega a ser de apenas 20%, com conseqüências negativas que oneram ainda mais a sociedade, o governo e as famílias⁽¹⁷⁾.

Entretanto, as pessoas que vivem com a condição crônica apresentam dificuldade em compreender a doença, o que lhe causa o mal estar físico e psicológico, sendo que este último é gerado, provavelmente, devido ao constante estado de alerta ao qual se acresce o medo da morte nas fases de agudização da doença^(13,18). Assim, compreendemos que o viver com a condição crônica passa a ser, para além dos agravos físicos, “[...] uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou grupos”⁽¹⁹⁾.

No entanto, o termo condição crônica⁽⁷⁾ embora avançasse na sua compreensão, ainda não nos parecia abarcar todas as dimensões que entendíamos ser necessárias. Ao pensarmos nas pessoas com *diabetes mellitus*, embora pudéssemos considerá-las como “doentes”, visto terem um agravo à sua saúde, bem como ser esse agravo, na maioria das vezes, permanente, o “estar doente” não era um estado constante dessas pessoas, mas, sim, de períodos de suas vidas em que se manifestava, principalmente, através das fases de agudizações da doença⁽¹³⁾. Somados a isso, entendemos que [...] “a condição crônica tem como característica o fato de não ser temporária, uma vez que passa a fazer parte, seja por tempo prolongado ou por tempo indeterminado, da

vida da pessoa. Todavia, isso não significa que esta se sinta sempre doente, pois outra característica da condição crônica diz respeito às fases de exacerbação e remissão⁽¹³⁾.

O *diabetes mellitus* apresenta uma evolução clínica, de forma silenciosa, sendo que muitas vezes, a pessoa não percebe e/ou não apresentou ainda as manifestações clínicas da doença promove em seu corpo. Talvez, isso tenha contribuído para que essas pessoas mesmo tendo o diagnóstico médico fechado como "portadora de *diabetes mellitus*", muitas delas desconsideram-na como parte do seu viver. Porém, à medida que começam a experienciar as fases de agudização, podem desenvolver sentimentos de incapacidade, o que contribui para aumentar a sua dificuldade em aceitar o fato de possuir o *diabetes mellitus*^(1,13,18,20). Desta forma, "[...] este impacto determina um novo rumo ao processo de viver e ser saudável de acordo como significado, com as forças e necessidades e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos envolvidos"⁽¹⁸⁾.

Frete a essas adversidades promovidas pela condição crônica, o modo como as pessoas e suas famílias vivem com o *diabetes mellitus* depende de como responderão a esses fatores de estresse em seu cotidiano⁽¹⁹⁾. Essas pessoas poderão desenvolver estratégias de enfrentamento com resultados positivos ou negativos que influenciarão no modo de viver com a doença e "dependendo de sua orientação de vida, o significado pode ter muita ou pouca importância para ele, podendo provocar emoções negativas como medo, vergonha, revolta ou emoções positivas como gratidão e alegria"⁽¹⁹⁾.

No entanto, é necessário compreender que as mudanças na vida cotidiana dessas pessoas são provocadas pelo *diabetes mellitus*, sendo que estas são intensificadas pela fase de agudização e o medo de suas consequências. Nesse processo, as pessoas com *diabetes mellitus* elaboram os sentidos e significados que irão constituir a sua experiência muito particular de adoecimento. As fases de agudização da doença podem desencadear alterações no bem estar psicossocial tais como: depressão, isolamento social, estresse, estigma social, sentimentos de inferioridade, incapacidade funcional, dentre outras⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Tais reações emocionais estão presentes em qualquer episódio de adoecimento, mas, se mostram especialmente intensos nos agravos que podem ser considerados como condição crônica, pois, "[...] viver com uma condição crônica pode representar contínua ameaça, tanto para a pessoa doente, quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição afeta sua vida como um todo, alterando dramaticamente seu cotidiano. [...] De qualquer modo, é extremamente complexo integrar a doença crônica ao ritmo da vida das pessoas. Incorporar a condição crônica representa um desafio a ser enfrentado no seu dia-a-dia, pois requer contínuos ajustes, reajustes, avaliações e reavaliações devido à dinamicidade de sua apresentação e evolução"⁽¹⁸⁾.

Além disso, "[...] as condições crônicas têm períodos relativamente estáveis que podem ser interrompidos por episódios agudos que requerem cuidados médicos ou hospitalizações. O prognóstico varia de uma vida estável a uma morte prematura"⁽¹³⁾.

Situações como essas descritas na literatura requerem das pessoas com *diabetes mellitus* e de sua família, o desenvolvimento de estratégias que contribuam para melhor gerenciar os enfrentamentos cotidianos,

possibilitando a aceitação da doença como parte de seu viver⁽¹⁴⁾. E, mais que isso, que permita que essas pessoas se sintam capazes de continuar a viver de acordo com as novas normas que a vida lhes impôs⁽¹³⁾.

Outro aspecto importante a ser considerado as condições crônicas constituem como problemas de saúde que requer gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas⁽⁷⁾. E no entanto, é preciso considerar que os serviços de saúde devem cooperar com esse processo, proporcionando práticas profissionais de atenção e de gestão que respondam, de maneira efetiva, às necessidades de saúde que as pessoas com *diabetes mellitus* e suas famílias apresentam⁽¹⁾.

Entretanto, em nossa experiência profissional e neste estudo, pudemos perceber que as práticas profissionais de atenção e de gestão, ainda, não contemplam o modo como essas pessoas enfrentam o "problema" do *diabetes mellitus* no seu cotidiano. Ao invés disso, os profissionais de saúde focalizam suas ações apenas nas repercussões que este agravo poderá promover no corpo doente, para as quais entendem ser essencial a adoção de mudanças no estilo de vida, sendo que isso é imposto como um "deve ser"⁽⁸⁾, como uma norma a ser cumprida para se atingir o controle e monitoramento do *diabetes mellitus*.

Entendemos que as práticas de atenção embasadas nos princípios da integralidade e da resolutividade vão além do controle e do monitoramento do agravo e que deveria abarcar outras dimensões relacionadas ao modo como as pessoas enfrentam a problemática da condição crônica em seu cotidiano. Sendo assim é de "[...] responsabilidade dos profissionais de saúde na prevenção de danos decorrentes da falta de controle da doença pelas pessoas, incluindo aí, a motivação para o tratamento, a melhora da auto-estima e o controle da ansiedade ou depressão. [...] As doenças crônicas são fenômenos sociais que afetam todos os aspectos da vida das pessoas"⁽¹⁸⁾.

Em decorrência do controle e monitoramento em que se centram as práticas profissionais de atenção há uma tendência da pessoa com *diabetes mellitus* de se tornar cada vez mais dependente do acompanhamento profissional⁽¹⁸⁾ e, ao mesmo tempo, se sente menos competente para desenvolver o autocuidado⁽¹⁾.

No entanto, por não oferecerem ações resolutivas para os problemas enfrentados pelas pessoas com *diabetes mellitus*, as complicações se tornam cada vez mais frequentes, o que reforça a dependência do cuidado onerando, tanto para o Sistema de Saúde quanto para suas próprias vidas e de suas famílias, não só economicamente, mas também emocional e socialmente. Na ocorrência de complicações, a tendência dos serviços e dos profissionais de saúde é culpabilizar a pessoa pela não adesão ao tratamento e pelas suas inúmeras consequências, sem considerar que a não adesão caracteriza-se como uma falha do próprio sistema de saúde⁽⁷⁾.

Adotar a concepção de "condição crônica" para o *diabetes mellitus* em nossa prática profissional significa (re) pensarmos nosso modo de atuar e de (re) conhecer as dimensões que o viver com essa condição traz tanto para a pessoa quanto para sua família. Significa (re) pensar, também, como disponibilizamos ações em saúde que possam dar conta tanto da condição de vida e de saúde decorrente do problema clínico, das repercussões da condição crônica no seu cotidiano, bem como de que

maneira poderemos incluí-los no planejamento do seu próprio cuidado, incentivando a sua autonomia.

Não podemos desconsiderar, também, que a pessoa com *diabetes mellitus* poderá desenvolver outras condições crônicas relacionadas às doenças decorrentes desse agravamento, tais como: o pé diabético, a doença renal crônica, doenças cardiovasculares, a obesidade e, ainda, a depressão causada por todas as mudanças no seu viver.

A resolutividade do cuidado à condição crônica do *diabetes mellitus* está diretamente ligada à capacidade dos serviços e das práticas profissionais de atenção e gestão de impedirem, ou ao menos retardarem ao máximo, o aparecimento dessas outras condições. E, para isso, as políticas que direcionam tais práticas e a organização dos serviços devem, mais do que imputar normas, mas propor e implementar soluções para as necessidades de saúde das pessoas que vivenciam a condição crônica *diabetes mellitus*, fazendo-as parceiras nesse cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilita refletir sobre as repercussões que a condição crônica por *diabetes mellitus* promove na vida de pessoas e famílias. Essas repercussões ocorrem na dimensão do cotidiano onde estes vivenciam e experienciam o que é viver com a condição crônica associados aos enfrentamentos frente às restrições e limitações que o sentir-se doente impõe. É no cotidiano que são (re) construídos a experiência de adoecimento da condição crônica por *diabetes mellitus*, condição essa em pleno movimento marcado pelas fases de remissão e de agudização da doença que contribui para a (re) construção de significados em relação ao contexto de vida, saúde e doença.

Além disso, o estudo nos convida a (re) pensarmos no modo como ofertamos as práticas de atenção e de gestão que ainda são centradas no controle e no monitoramento do *diabetes mellitus* e não no modo como cada pessoa e família experiencia estar com a doença que difere de pessoa para pessoa, pois se trata de uma condição única e singular.

Daí a necessidade da utilização de abordagens compreensivas centrada na pessoa e família como recurso para apreender o significado da doença e como este a enfrenta e que deveriam ser abordados durante as práticas de atenção individual e/ou coletiva como forma de dar voz a experiências e aos saberes construídos em relação sentir-se doente e ao sentir-se saudável. Assim, ao dar voz ao vivido, poderemos compreender e auxiliá-los nesse processo de (re) construção das atividades cotidianas assim como a continuidade do tratamento medicamentoso e na reeducação alimentar, considerada como um processo doloroso e difícil para quem vivencia as restrições no dia-a-dia. Tais ações poderão ser desenvolvidas através de práticas de acolhimento e vínculo e a inclusão da pessoa e da família no gerenciamento do cuidado da condição crônica.

Enfim, pensar na condição crônica requer (re) construirmos nossas práticas de atenção e de gestão e que estas sejam centradas nas pessoas e famílias, havendo necessidade da reorganização do Sistema de Saúde para atender as necessidades de saúde, que são das mais diversas, que advêm do aumento das condições crônicas, em especial, a por *diabetes mellitus*.

REFERÊNCIAS

1. Faria APS, Bellato R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):752-9.
2. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. A busca por cuidado empreendida por usuário com *diabetes mellitus* - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. Texto Contexto Enferm. 2009;18(1):57-66.
3. Maffesoli M. O paradigma estético (a sociologia como arte). In: Souza J, Oêlze B. (Org.) Simmel e a modernidade. Brasília: UNB; 1998. p. 241-54.
4. Penna CMM. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores de um distrito sanitário brasileiro. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):80-8.
5. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Maruyama SAT. Itinerários terapêuticos e redes para o cuidado na condição crônica de saúde: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH, org. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; 2009. p. 187-202.
6. Maffesoli M. Elogio da razão sensível. 3rd ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
7. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais para ação; relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.
8. Maffesoli M. A conquista do presente. Natal: Argos; 2001.
9. Rezende ALM, Ramos FRS, Patrício ZM. O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: EDUFSC; 1995.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9th ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
11. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Santos EJP, Castro P, Souza SPS, et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. Rev. Eletr. Inf. [Internet]. 2008 [cited 2010 sep 29];10(3):849-56. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a32.htm>.
12. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5th ed. São Paulo: Centauro; 2005.
13. Souza SPS, Lima RAG. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de ser feliz. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(1):156-64.
14. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4th ed. Rio Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006. p. 113-25.
15. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina; 2007.
16. Barsaglini RA. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. Interface (Botucatu). 2008;12(26):563-77.
17. Trentini M, Beltrame V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. Acta. Sci. Health. Sci. 2004;26(2):261-9.
18. Silva DMGV. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Ed. UFSC; 2001.
19. Trentini M, Silva DMGV. Condição crônica e o processo de ser saudável. Texto Contexto Enferm. 1992;1(2):76-88.
20. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(4):590-7.

Artigo recebido em 17.08.2009

Aprovado para publicação em 26.05.2010

Artigo publicado em 30.09.2010