

## Viver e conviver com diabetes: dificuldades experienciadas no enfrentamento e manejo da doença

*Living with diabetes: difficulties experienced in coping with, and managing, the disease*

*Vivir y convivir con la diabetes: dificultades vividas en el afrontamiento y control de la enfermedad*

Aliny de Lima Santos<sup>I</sup>; Gilvan Ferreira Felipe<sup>II</sup>; Saiwori Silva de Jesus Bezerra dos Anjos<sup>III</sup>;  
Leilane Barbosa de Sousa<sup>IV</sup>; Sonia Silva Marcon<sup>V</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** apreender, na perspectiva de pessoas com diabetes tipo 2, como se dá a convivência com a doença. **Método:** estudo descritivo de natureza qualitativa em que foram realizadas 12 oficinas com a participação de 26 pessoas. Todos os encontros foram gravados, transcritos e após submetidos a análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram duas unidades temáticas: *Diagnóstico ou sentença? Reconhecendo dificuldades ocultas no viver com diabetes*, na qual percebeu-se que a doença, por vezes, é associada a sentimentos negativos, tais como o medo da morte, e; *Vivenciando o controle da doença e a mudança de hábitos*, que revela dificuldades envolvidas na convivência com a doença, especialmente, quanto a necessidade de mudanças alimentares. **Conclusão:** as dificuldades no conviver com o diabetes estão relacionadas à forma como o indivíduo percebe a doença em sua vida, ao seu enfrentamento e, de modo geral, prejudicam seu controle e prevenção de complicações.

**Descritores:** Diabetes mellitus; autocuidado; educação em saúde; atitude frente à saúde

### ABSTRACT

**Objective:** to learn, from the perspective of a person with type 2 diabetes, what it is like to live with the disease. **Method:** in this descriptive, qualitative study, 12 focus groups were carried out, with 26 people participating. All meetings were recorded, transcribed and submitted to content analysis. **Results:** two thematic units emerged: *Diagnosis or sentence? Recognizing hidden difficulties in living with diabetes*, in which it was perceived that the disease is sometimes associated with negative feelings, such as fear of death; and *The experience of controlling the disease and changing habits*, which reveals difficulties involved in living with the disease, especially as regards the need for changes in diet. **Conclusion:** the difficulties in living with diabetes relate to how individuals perceive the disease in their lives and to how they cope with it, and generally impair control of the disease and prevention of complications.

**Descriptors:** Diabetes mellitus; self-care; health education; attitude to health.

### RESUMEN

**Objetivo:** entender, en la perspectiva de personas con diabetes tipo 2, cómo viven con la enfermedad. **Método:** estudio cualitativo descriptivo, desarrollado en 12 talleres, con la participación de 26 personas. Se grabaron y transcribieron todas las reuniones y después se las sometió al análisis de contenido. **Resultados:** dos unidades temáticas surgieron: *¿diagnóstico o sentencia? Reconociendo dificultades ocultas al vivir con diabetes*, cuando se percibe que la enfermedad se asocia, a veces, a sentimientos negativos, como el miedo a la muerte, y; *Experimentar el control de la enfermedad y el cambio de hábitos que revela dificultades involucradas en el vivir con la enfermedad*, especialmente respecto a la necesidad de cambios en la dieta. **Conclusión:** las dificultades en convivir con la diabetes están relacionadas con la forma cómo el individuo percibe la enfermedad en su vida, su enfrentamiento y, en general, perjudica su control y prevención de complicaciones.

**Descriptores:** Diabetes mellitus; autocuidado; educación en salud; actitud frente a la salud.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão relacionadas à redução da qualidade de vida, pois podem limitar as atividades de trabalho e lazer e, ainda, ao aumento da mortalidade prematura. Além disso, pode onerar economicamente as famílias, comunidades e a sociedade como um todo<sup>1</sup>.

Dentre as DCNT, destaca-se o *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), considerado atualmente uma epidemia

mundial, constitui-se a forma mais comum da doença, representando cerca de 90% dos casos. Seu surgimento guarda íntima relação com hábitos de vida inadequados, os quais prejudicam a ação e produção da insulina ou predisõem a resistência à mesma<sup>2</sup>. Trata-se de uma condição de saúde com elevadas taxas de morbimortalidade, que acomete atualmente mais de 20% dos adultos entre 65 e 76 anos<sup>3</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Brasil. E-mail: [aliny.lima.santos@gmail.com](mailto:aliny.lima.santos@gmail.com)

<sup>II</sup>Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Brasil. E-mail: [gilvanfelipe@unulab.edu.br](mailto:gilvanfelipe@unulab.edu.br)

<sup>III</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Brasil. E-mail: [saiwori@unilab.edu.br](mailto:saiwori@unilab.edu.br)

<sup>IV</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Brasil. E-mail: [leilane@unilab.edu.br](mailto:leilane@unilab.edu.br)

<sup>V</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Brasil. E-mail: [soniasilva.marcon@gmail.com](mailto:soniasilva.marcon@gmail.com)

No Brasil, o número de pessoas com DM2 passará de 4,5 milhões, em 2000, para 11,3 milhões em 2030, ocupando assim a oitava posição entre os países com maior número de pessoas com a doença<sup>4</sup>. Ademais, não é incomum que muitas pessoas obtenham o diagnóstico apenas após a manifestação de complicações da doença<sup>5</sup>.

Este diagnóstico, por sua vez, demanda a necessidade de mudanças de hábitos, de constantes idas à serviços de saúde e, muitas vezes, uso diário de medicamentos antidiabéticos. A adaptação a estas mudanças é fundamental, bem como a boa convivência com elas, tendo em vista a elevada prevalência de complicações relacionadas ao diabetes, dentre elas as microvasculares, chegando a 53,8% dos casos, tendo como principais fatores relacionados o número de refeições diárias, a ausência de prática de atividade física e o tabagismo<sup>6</sup>.

Assim, o objetivo deste estudo foi apreender, na perspectiva da pessoa com diabetes tipo 2, como se dá a convivência com a doença.

## REVISÃO DE LITERATURA

As formas de pensar o diabetes envolvem significados, sendo que estes não obedecem a um padrão rígido, não sendo únicos e tão pouco definitivos. A adesão ao tratamento e manejo da doença é, por tanto, uma prática complexa, geradora de conflitos do indivíduo com ele mesmo e com o meio que o cerca<sup>7</sup>. Isto porque, vários fatores influenciam, positiva ou negativamente, a adesão ao tratamento, especialmente os pessoais, comportamentais e socioeconômicos, bem como a não aceitação da doença e das modificações necessárias<sup>8</sup>.

Não obstante, o manejo eficiente da doença pode ser facilitado por meio de atividades educativas, que busquem conhecer como se dá a vivência com a doença, que valorizem a capacitação dos doentes e das pessoas que com eles convivem. Soma-se a isso, a ideia de que é imprescindível o acesso a informações e orientações que permitam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o autocuidado de forma consciente e autônoma<sup>9</sup>.

Destarte, a busca por compreender como se dá a adaptação e convivência com as mudanças impostas pela doença e seu tratamento, faz-se necessária para o aperfeiçoamento do cuidado oferecido a estas pessoas, favorecendo a o controle da doença, além de proporcionar maior aproximação entre prática do profissional e reais necessidades daqueles que são assistidos<sup>10,11</sup>.

O diagnóstico de uma doença como o diabetes traz consigo a necessidade de adaptação a uma rotina marcada pela realização de consultas e exames periódicos, mudanças de hábitos de vida, especialmente os alimentares, e em muitos casos, o uso diário de antidiabéticos orais e/ou insulina<sup>12,13</sup>. Por sua vez, a ausência desta adaptação, ou quando a mesma ocorre de maneira parcial, leva a uma convivência conflituosa

com a doença e, por conseguinte, um enfrentamento e controle inadequado da mesma<sup>14</sup>, culminando muitas vezes no surgimento de complicações que reduzem a capacidade do indivíduo para realizar atividades cotidianas, afetando seu bem estar<sup>15</sup>.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido na Associação de Diabéticos de Maringá (ADIM). Para seu desenvolvimento, foram realizadas oficinas na própria ADIM, e participaram dos mesmos 26 pessoas com DM tipo 2, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, cadastradas na referida associação. A divulgação sobre a realização dos encontros ocorreu por meio de cartazes fixados na própria associação e contatos telefônicos com as pessoas ali cadastradas. A adesão deu-se de forma voluntária, ficando a critério do participante comparecer ou não a todos os encontros, sem que isso constituísse motivo para exclusão do estudo.

Os encontros consistiam em utilização de pequenas oficinas para sensibilização inicial, por meio de técnicas de interação grupal e utilização de papel, lápis de cor, giz de cera, cartolinas, revistas, tinta guache, entre outros, para promover o relaxamento, a socialização, além de dar vazão aos temas propostos para cada encontro. Cabe salientar que os temas eram definidos pelo próprio grupo, de modo que, a cada encontro, o tema a ser discutido no encontro seguinte já era determinado. A partir daí, realizava-se a discussão e reflexão, oferecendo aos participantes e pesquisadores, a oportunidade de refletir e discutir as temáticas elencadas. Durante as oficinas, os pesquisadores atuaram mediando as discussões, organizando-as e coordenando-as, de modo a permitir e incentivar a manifestação e participação ativa de todos.

Foram realizados um total de 12 encontros semanais, com duração média de 90 minutos cada. Mediante a permissão dos participantes os encontros foram integralmente gravados em aparelho MP3 e transcritos imediatamente após a finalização das oficinas.

O processo de tratamento dos dados teve início com a transcrição literal dos encontros, leituras flutuantes e minuciosas de todo o conteúdo transcrito, de modo a identificar situações limites do viver com diabetes e os temas geradores, a fim de obter a agregação dos dados e a transformação dos mesmos em núcleos de compreensão, segundo afinidade de temas/assuntos<sup>16</sup>. Finalmente, ocorreu um aprofundamento das leituras e identificação das seguintes unidades temáticas: *Diagnóstico ou Sentença? Reconhecendo Dificuldades Ocultas no Viver com Diabetes, e Vivenciando o Controle da Doença e as Mudanças de Hábitos*. Na apresentação dos resultados foi preservada a fala coloquial dos participantes e realizada apenas correção de alguns vícios de linguagem para tornar a leitura fluida e prazerosa.

O desenvolvimento do estudo seguiu os preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde no Brasil; e seu projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Os participantes estão identificados com a letra P, seguida pelo número de sequência, letras M e F, referindo-se ao sexo masculino e feminino respectivamente e a idade (ex.: P1F43).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos 26 participantes variou entre 38 a 64 anos e a maioria deles (17) era do sexo masculino. O tempo de diagnóstico da doença variou de quatro meses a 19 anos e o tratamento farmacológico utilizado por 19 participantes era apenas o antidiabético oral, e para os demais, o antidiabético oral associado à insulina.

No que tange à convivência com a doença, independente dos esforços dos profissionais de saúde, há de se considerar que são os próprios sujeitos que julgam e decidem como se dará o autocuidado.

Destarte, a concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são decorrentes de suas experiências pessoais e, essas por sua vez, guardam uma relação direta com as crenças, cultura e valores adquiridos ao longo da vida<sup>10,13</sup>. Assim, as percepções acerca de uma doença não são as mesmas para pessoas diferentes, pois cada indivíduo apresenta manifestações e reações singulares.

O processo de análise do material empírico, subsidiou a construção de duas unidades temáticas: Diagnóstico ou Sentença? Reconhecendo Dificuldades Ocultas no Viver com Diabetes, e Vivenciando o Controle da Doença e as Mudanças de Hábitos.

### Diagnóstico ou sentença? Reconhecendo dificuldades no viver com diabetes

A convivência com o diabetes requer adaptações ao estilo de vida e incorporação de práticas que envolvem alterações alimentares, realização de controle glicêmico, prática frequente de atividades físicas, manutenção dos níveis pressóricos, e acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional de saúde<sup>17</sup>.

Mediante os depoimentos, observou-se que a doença foi tratada como algo a ser ignorado ou até mesmo escondido da família, como estratégia para não ser cobrado a aderir às modificações necessárias para seu controle, ou uma forma de controlar a ansiedade decorrente do medo das consequências da doença para sua vida.

*Eu prefiro nem pensar que tenho isso, assim vivo normal. Acho que se botar na cabeça que tenho essa doença, vou piorar, por isso faço de conta que ela nem existe (P4M54).*

*Nunca contei para a minha família que tenho diabetes. Se contar, eles ficam reclamando das coisas que como. Daí nem gosto de lembrar para seguir minha vida normal (P8F48).*

Ocultar ou ignorar a doença, configurou-se como uma prática entre alguns entrevistados, tornando-se uma forma de fuga da realidade que é a doença e suas restrições em suas vidas. Esta atitude dificulta sobremaneira a ação dos profissionais de saúde, que não conseguem convencer e, por conseguinte, incentivar o autocuidado, junto a alguém que sequer dá significado à doença<sup>18</sup>.

Ademais, algumas pessoas demonstraram fazer associação da doença com a morte, independente da adesão ou não ao tratamento da doença. Esta concepção, esteve associada em alguns casos, ao não seguimento da restrição alimentar:

*Eu vou morrer do mesmo jeito. Se for para morrer vou morrer feliz, tendo comido tudo o que eu queria (P4M54).*

*Eu estava tomando os comprimidos certinhos, e até insulina, e o diabete não baixava aí falei: Acho que vou acabar morrendo mesmo. Então, se eu estou com vontade de comer doce, vou comer um pouco de doce. Se for para morrer, vai ser de surpresa (P5M63)*

O fato de algumas pessoas associarem a doença à morte, independente do fato de se cuidarem ou não, também constitui um fator limitador para a atuação do profissional de saúde, que precisa empreender grande esforço no sentido de conscientizar estas pessoas dos benefícios que o seguimento do tratamento prescrito trará em termos de qualidade de vida<sup>12,15</sup>.

Entre as modificações necessárias mediante o diagnóstico da doença, está a mudança de hábitos alimentares. Esta por sua vez, foi citada por alguns como a maior dificuldade vivenciada, devido especialmente à necessidade de se privar de alimentos considerados prazerosos.

*Não é fácil largar tantos anos comendo as coisas que a gente gosta, e só por causa de um exame, por causa de um médico, mesmo sem sentir nada grave, a gente ver aquela lasanha, aquele doce de leite, e deixar de comer (P21M62).*

*Comia uma lata de leite condensado por dia, e aquilo me faz uma falta que você nem imagina. É difícil viu? (P3M66).*

A dificuldade de realizar mudanças alimentares ocorre principalmente por envolver restrições que limitam o prazer de comer e beber, e, por conseguinte, a liberdade e a autonomia para se alimentar da maneira desejada<sup>19</sup>.

A adesão terapêutica é um fenômeno complexo que significa mais do que cumprir determinadas prescrições. No processo de adesão, o paciente necessita de autonomia para ajustar-se às prescrições recomendadas pelos profissionais de saúde, para que o mesmo participe ativamente de seu autocuidado<sup>13</sup>.

Não obstante, o fato de conhecerem alimentos considerados mais apropriados para o controle dos níveis glicêmicos, não impedia alguns participantes de fazerem uso de uma alimentação inadequada, mesmo que isto desencadeie um sentimento de remorso:

*Eu sei tudo que pode comer e o que não pode, mas ao invés de comer o arroz integral eu como nhoque, talharim. Eu falo: Só hoje que eu vou comer! Aí no outro dia*

*me dá vontade de comer de novo. Tento parar de comer as coisas, mas quando bate a vontade, nem ligo. Depois me arrependo, e até choro (P8M64).*

Para aqueles que convivem com a doença, o conhecimento sobre ela, suas complicações e meios de controle e tratamento, são essenciais. Corroborando os achados, salienta-se que o conhecimento nem sempre está diretamente associado a uma boa aceitação e controle adequado da doença<sup>15,20</sup>. Alguns participantes deste estudo, por exemplo, demonstraram que apesar de terem um bom conhecimento sobre a doença e os cuidados necessários para seu controle e tratamento, referiram não conseguem implementar mudanças em relação aos hábitos de vida. Além disso, enquanto alguns consideram a adaptação à doença como algo muito complexo, para outros, isto ocorre de forma natural.

Destarte, o profissional de saúde necessita estar ciente de que, na vigência de uma condição crônica como o diabetes, períodos de flutuação na adesão ao tratamento são esperados, sendo necessário que ele se mostre sensível para compreender os limites e dificuldades, bem como compreender que para a pessoa com diabetes, o tratamento representa, em certa medida, o cerceamento de sua liberdade de escolha sobre o modo de levar a vida<sup>21</sup>.

Deste modo, a motivação e as atitudes do paciente quanto ao tratamento não são estáveis e muito menos cristalizadas, estando sujeitas à predisposição à adoção de ações de autocuidado, influenciadas por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais podendo, contudo, ser estimuladas pelos profissionais de saúde<sup>22</sup>.

Este autocuidado também pode ser motivado e estimulado pela família. Todavia, quando ausente, o apoio familiar pode se configurar como um aspecto motivador para um maior consumo alimentar:

*Eu não vou parar de comer o que eu quero! Meu marido me chama de gorda feia, meu filho sente vergonha de mim por eu ser gorda. Meu único prazer é comer. Você acha que vou deixar de comer o que eu gosto, por que um médico ou nutricionista está dizendo para eu fazer? Claro que não! (P13F60).*

A participação da família no cuidado, como parte da rede de apoio, contribui para que a pessoa com diabetes aceite melhor a sua nova condição e, por conseguinte, apresente uma atitude mais confiante e eficiente no autocuidado<sup>23</sup>.

### **Vivenciando o controle da doença e as mudanças de hábitos**

Ao fazerem referência a aspectos da convivência com a doença, alguns participantes revelaram que o fato de usarem a insulina lhes permite fazer extravagâncias alimentares.

*Como uso certinho (insulina), junto com o comprimido, nem ligo. Como o que quero, depois é só aplicar (P3M66).*

*Quando eu comi doce, e tomei aquela insulina, eu fui fazer o exame o diabete começou a baixar. Então de-*

*pois eu continuei tomando a insulina e comendo doce (P4M54).*

A prática de continuar consumindo doces, e depois tentarem compensar com o uso de insulina constitui uma fuga da vigilância exercida por ele mesmo e pelas pessoas de seu convívio, além de ser uma forma de retomar a autonomia quanto a escolha dos alimentos ingeridos, tendo a insulina como um subsídio ou aliado.

Sabe-se que, quanto mais mudanças forem exigidas na rotina do indivíduo, mais difícil será sua adesão, e, atrelado a isso, quanto menos complicações e manifestações decorrentes da doença, menor a adesão<sup>7</sup>. Perceber que, ao se alimentar de modo compreendido como inadequado e usar a insulina em seguida, representa não sentir manifestações concretas da elevação da glicemia, torna-se um subsídio para melhor enfrentar a doença e suas restrições alimentares.

Não obstante, algumas pessoas demonstraram ter uma boa convivência com a doença, marcada especialmente por sua aceitação, e também das limitações que ela imprime em suas vidas.

*Tem como levar a vida normal, mas tem que saber o que pode ou não pode fazer. Lá em casa todo final de semana tem bolo, mas eu não como porque sei que não posso. Às vezes me dá muita vontade, pego um pedacinho na colher, só para experimentar. Eu quero viver, e se é com diabetes que tenho que viver, precisei aprender a conviver com ela (P8M64).*

*Eu tenho diabetes há muito tempo. Saio, viajo e passeio para todo lugar. Então o diabetes não me matou. É como uma amante, que a gente tenta se livrar, mas ela não vai (risos) (P23M83).*

Nos depoimentos, pode-se observar que alguns participantes relataram uma boa convivência com a doença, caracterizada pelo desejo de viver bem, mesmo que com ela, e pelo reconhecimento de que é possível adaptar-se às mudanças. Neste sentido, as mudanças nos hábitos alimentares são percebidas por alguns participantes, como de fácil adesão, quando adotada de forma consciente quanto ao seu efeito positivo sobre a doença, a alimentação adequada pode ser até prazerosa.

A despeito das dificuldades envolvidas no viver com diabetes, é também mediante a convivência com a doença, que aspectos positivos podem ser experienciados, tais como melhores escolhas na alimentação<sup>6</sup>. Esta mudança, para além de favorecer o controle da doença, acaba por melhorar a qualidade de vida e a saúde como um todo, mediante o alcance do equilíbrio entre a necessidade de promover mudanças e a manutenção efetiva da doença<sup>10</sup>.

Logo, a maneira como as pessoas percebem sua condição influencia no controle geral de seu estado de saúde-doença<sup>11</sup>. Nesse sentido, torna-se ainda mais relevante as atividades de promoção da saúde desenvolvidas junto às pessoas com diabetes, baseadas em uma oferta de informações e orientações necessárias e pertinentes, de modo a dar-lhes maior autonomia e,

consequentemente, favorecendo o reconhecimento da importância de adotar mudanças de comportamento para melhor manutenção da doença<sup>10</sup>.

Não obstante, outro aspecto importante referido por alguns participantes foi a insatisfação com a postura dos profissionais de saúde e com a forma como estes atuam, realizando orientações de modo impositivo, ignorando os significados individuais envolvidos na convivência com a doença para cada um deles.

Em alguns depoimentos, os profissionais de saúde foram citados como aqueles que policiam valores glicêmicos sem, contudo, escutar as necessidades e dificuldades dos sujeitos. Destarte, muitas vezes, o tratamento recomendado guarda pouca relação com a realidade vivenciada pelas pessoas com diabetes.

*Antes, ele (médico) mandava eu tomar um remédio, aí falava: Daqui 30 ou 40 dias o senhor volta aqui. Daí eu passava dois dias sem comer as coisas erradas, chegava lá e dava tudo bem. Fazia isso só para não escutar ele dando sermão (P8M64).*

*Eu faço tudo certinho e quando chego lá (referindo-se à Unidade Básica de Saúde) e está alterado, ele (médico) fala que eu não fiz o que ele mandou, quase me chama de mentiroso. Eu que meço a minha diabete, eu que controlo minha comida, e ele quer saber mais que eu (P6M71).*

Mediante os depoimentos, entende-se que ao serem acompanhados pelos profissionais de saúde, cabe a pessoa com diabetes seguir exatamente o que foi prescrito pelo profissional, ou ser taxado como desobediente. Isto leva as pessoas a desejarem ludibriar os profissionais, modificando a alimentação apenas às vésperas de consultas ou realizações de exames, na tentativa de mascarar as taxas glicêmicas e evitar represálias. Atitudes como estas precisam ser refletidas pelos profissionais de saúde, pois, constitui-se como indicativo da ausência de vínculo e confiança entre paciente e profissionais<sup>13</sup>.

Não é incomum para profissionais que lidam com doentes crônicos, apontar tratamentos e cuidados como certos ou errados, sem reconhecer que os doentes desenvolvem seus próprios meios para manter a doença sob controle<sup>20</sup>. Este reconhecimento é importante para uma aproximação entre o profissional e o doente, e para que ele tenha confiança e liberdade para relatar o modo como realmente conduz seu tratamento, visto que, a ausência desta relação de confiança com o profissional pode afetar diretamente a forma como o indivíduo o realiza<sup>5,18</sup>.

Assim, mediante os depoimentos obtidos, compreende-se que o processo de vivenciar o diabetes, sobre ele pensar e com ele lidar, comporta uma dimensão ideativa, ou seja, aquilo que a doença representa para o indivíduo; e outra concreta, que está relacionada com a experiência daquele que vivencia o diagnóstico<sup>5</sup>. Estas dimensões não são estáveis, mas estão integradas, em constante movimento, influenciando-se reciprocamente e atualizando-se frente às circunstâncias cotidianas<sup>5</sup>.

Por sua vez, o processo que determina esse ir e vir destas dimensões, é mediado pelo curso da enfer-

midade, como mudanças de sintomas e de resposta aos tratamentos adotados, pelas crenças e ideias associadas à doença e ainda pelo ambiente sociocultural expressos na vida diária dos indivíduos<sup>13</sup>.

## CONCLUSÃO

Percebeu-se no estudo que as dificuldades envolvidas na convivência com o diabetes vão desde a readaptação a uma nova rotina alimentar e de hábitos de vida, até o estabelecimento de relações sociais, familiares e com os profissionais de saúde que os assistem.

Ademais, observou-se que não há uma linearidade na maneira de viver com o diabetes, pois, o que o indivíduo sabe sobre a doença, o significado que a mesma tem em sua vida e o próprio modo como ele vive a vida, determina as escolhas relacionadas à doença e seu controle. Salientou-se ainda que estas escolhas nem sempre são aquelas indicadas pelos profissionais de saúde, mas, são sim aquelas que as pessoas consideram adequadas ao seu viver e que, segundo suas percepções, poderão contribuir de algum modo para que este seja mais saudável. Aos profissionais de saúde cabe reconhecer, respeitar e adaptar a oferta de cuidados às individualidades e especificidades dos sujeitos.

Neste contexto, as recomendações e orientações precisam emergir de um processo de mão dupla, caracterizado pela troca de saberes e experiências, no qual o paciente tenha um papel ativo no diálogo e na tomada de decisões, de modo que estas sejam adequadas às suas condições de vida, crenças e preferências.

Salienta-se ainda que, embora apresente como limitações o fato de ter envolvido um pequeno número de participantes e o curto tempo de duração para investigação de um tema tão amplo, sua implementação por meio de oficinas grupais foi de grande valia, visto que os achados não foram simplesmente coletados, mas sim construídos em conjunto, com total participação dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012; 46(Supl):126-34.
2. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Diabetes mellitus prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2006: OBEDIARP Project. Cad Saude Publica. 2010; 26(5):929-41.
3. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cad Saude Publica. 2010; 26(1):175-84.
4. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(1):124-30.
5. Oliveira KCS, Zanetti ML. Knowledge and attitudes of patients with diabetes mellitus in a primary health care system. Rev Esc Enferm USP [on line]. 2011 [Acesso em 23 nov 2013]; 45(4):862-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en\\_v45n4a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a10.pdf)

6. Cecilio HPM, Arruda GO, Teston EF, Santos AL, Marcon SS. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(2):113-9.
7. Borba AKOT, Ramos RSPS, Oliveira APM, Linhares FMP, Ramos VP, Leal MCC. Health education: operative group experience for diabetic elderly people. *Rev Enferm UFPE [on line]*. 2011 [Acesso em 23 jan 2014]; 5(spe):2675-81. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2377/pdf\\_794](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2377/pdf_794)
8. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSP. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaucha Enferm.* 2012; 33(1):134-40.
9. Heidmann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(3):416-20.
10. Araújo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Adesão de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery Rev Enferm [on line]*. 2010 [Acesso em 15 mar 2014]; 14(2):361-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200021&script=sci_arttext)
11. Tavares BC, Barreto FA, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resilience among people with *diabetes mellitus*. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4):751-7.
12. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Evaluation of the educational practices in promoting self-management in type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP [on line]*. 2011 [Acesso em 15 fev 2014]; 45(5):1077-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a07.pdf>
13. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Cienc Saude Coletiva [on line]*. 2010 [Acesso em 20 dez 2013]; 15(1):151-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021)
14. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saude Publica.* 2010; 26(1):175-84.
15. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciencia Saude Coletiva [online]*. 2011 [Acesso em 17 dez 2013];16(3):2001-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300034&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300034&script=sci_arttext)
16. Heidmann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(3):416-20.
17. Seara SS, Rodrigues AS, Rocha RM. "It is very difficult for us to control": perceptions of diabetic patients on the treatment adherence. *Rev Enferm UFPE [on line]*. 2013 [Acesso em 10 fev 2014]; 7(9):5460-8. Disponível em: <file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/4811-46103-1-PB.pdf>
18. Soares AN, Morgan BS, Santos FBO, Matozinhos FP, Penna CMM. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. *Rev enferm UERJ.* 2014; 22(1):83-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11450/8988>
19. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Evaluation of the educational practices in promoting self-management in type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):222-31.
20. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosen GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care.* 2009; 31 (Suppl 1):S97-104. Disponível em: [http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement\\_1/S97.extract](http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S97.extract)
21. Ribeiro JP, Rocha SA, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14 (4):765-71.
22. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):284-90.
23. Santos AL, Marcon SS. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2): 260-9.