

CONCEPÇÕES DE SAÚDE, DE DOENÇA E DE CUIDADO DE CLIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

[Conception of health, illness and care of clients with Diabetes Mellitus]

Valéria Lerch Lunardi *
Wilson Danilo Lunardi Filho*
Alexandre Oliveira Alves**
Cláudia Sá Freire***

RESUMO: Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender as percepções de clientes portadores de diabetes sobre o seu processo saúde-doença e os cuidados e as mudanças no estilo de vida necessários para um melhor desempenho no rumo da possível e desejável higidez produção de saúde. Foram realizadas oficinas com onze clientes adultos portadores de diabetes, abordando-se temas relacionados ao cuidado e aos fatores relacionados à doença, que podem ou não comprometer a saúde e a qualidade de vida. A partir da análise dos dados, foi constatado que os clientes que consideram saúde como um estado ótimo de bem-estar realizam os cuidados necessários para alcançá-lo, enquanto os que reconhecem a saúde como uma disposição para cumprir tarefas, sentem-se mais limitados em frente da doença e em conflito; embora reconheçam que a realização de cuidados proporciona o controle metabólico, consideram que implica disciplina e abdicar de prazeres; apresentam melhor convívio com a doença, quando não identificam quaisquer complicações em si; referem temor em face da possível progressão da doença, o que verbalizam como mais um estímulo para aderirem aos cuidados. A maior dificuldade identificada refere-se às mudanças de hábitos e à adesão ao tratamento, o que parece ficar amenizado pela aceitação e compreensão do processo mórbido.

PALAVRAS-CHAVE: Produção da saúde; Diabetes Mellitus; Processo saúde-doença.

1 INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus é doença crônico-degenerativa caracterizada por anormalidades endócrino-metabólicas, requerendo a realização de mudanças no estilo de vida de seus portadores, para prevenir suas complicações e garantir condições saudáveis de vida. Esse tem sido, também, o propósito das ações de diferentes profissionais da área da saúde ao atuarem junto a estes clientes. Para que obtenham êxito, é necessária sua adesão ao tratamento, observando a realização de cuidados relacionados à dieta, medicação e à prática de atividade física, dentre outros.

Sabemos que os clientes tomam diferentes decisões quanto à realização do tratamento e dos cuidados, o que requer, tanto dos profissionais quanto daqueles, a compreensão do processo saúde-doença vivenciado, de modo a identificar os fatores que, de certa forma, podem intervir no controle da doença.

Muitas vezes, a atuação dos profissionais de saúde pauta-se por uma relação verticalizada de quem sabe sobre quem não sabe, decidindo pelo cliente e lhe determinando como deve cuidar-se. Tal tipo de relação, ao invés de favorecer a adesão do cliente aos cuidados e ao tratamento, pode desencadear resistência ao que é prescrito, com provável comprometimento da saúde dos portadores de diabetes. Assim, entendemos como necessárias ações, por parte dos profissionais, que estimulem os clientes à realização do autocuidado, a partir da compreensão do processo saúde-doença vivido, de modo a assumirem a responsabilidade pelo autocuidado e, mediante a construção de estratégias que favoreçam mudanças autônomas de comportamento, reduzindo os fatores de risco à sua saúde. Para Dejours (1986), saúde é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A posse destes meios, fundamentalmente, reside na liberdade de regular, por si, as variações e oscilações que se dão no organismo, isto é, bem-estar físico; na liberdade do desejo pessoal em organizar e administrar

* Professor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Doutor em Enfermagem, Mestre em Administração, Pesquisador 2C do CNPq, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde – NEPES.

** Acadêmico do 6º Semestre do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Bolsista PIBIC-CNPq, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde

*** Enfermeira. Residente de Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul.

sua própria vida, isto é, bem-estar psíquico; e na liberdade de agir, tanto individual como coletivamente, na sua relação com o outro, não só no trabalho organizado, mas nas relações sociais como um todo, isto é, bem-estar social.

A partir da ampliação da instrumentalização de clientes de um Hospital Universitário, portadores de diabetes, pretendemos compreender as percepções destes clientes sobre o seu processo saúde-doença e sobre os cuidados e as mudanças no estilo de vida necessários para um superior desempenho de higidez.

2 METODOLOGIA

Selecionamos 11 clientes portadores de diabetes (seis mulheres e cinco homens, no presente estudo identificados com letras do alfabeto) usuários do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Mediante convite formalizado, solicitamos seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, para participarem como sujeitos da pesquisa, assegurando sigilo, anonimato e liberdade de desistência de participação em qualquer momento. Desenvolvemos este estudo sob a forma de oficinas, por entendermos que permitem maior envolvimento e participação dos sujeitos, de modo a expressarem seus sentimentos, dificuldades e possibilidades, em relação à temática trabalhada, permitindo sua maior aderência e instrumentalização para o autocuidado.

Pereira (1994) ao desenvolver um programa de educação para clientes portadores de diabetes, constatou que a prática educativa em saúde, para maior efetividade, deve considerar a concepção maior do que seja o processo de educar, não se restringindo, à transferência de conhecimento, habilidades ou adestramento. Esta proposta de educação deve ser um processo dinâmico, no qual os envolvidos se sintam comprometidos com uma orientação dirigida a encontrar métodos que influenciem o envolvimento no pleno e responsável de sua liberdade.

Sendo assim, de setembro até novembro de 2000, realizamos seis oficinas com esse grupo de clientes portadores de diabetes, focalizando os seguintes temas: saúde e diabetes; saúde, corpo e diabetes; saúde, dieta e diabetes; saúde, exercícios e a diabetes; saúde, medicação e diabetes; saúde, diabetes e suas complicações.

A partir da realização das oficinas, transcrevemos os dados emergidos nestas atividades: manifestações dos participantes, suas dúvidas e questionamentos, suas dificuldades e estratégias utilizadas para viver e se cuidar.

Elas todas, junto com as anotações de campo, foram analisadas e organizadas nas seguintes categorias: “percepções de saúde e doença” e “percepções de cuidado”, tendo em vista os objetivos do trabalho e o suporte teórico adotado.

3 ANÁLISE DOS DADOS

3.1 PERCEPÇÕES DE CUIDADO

O alimento tem papel central na vida dos seres humanos, pois é essencial para a sobrevivência, tendo relevância no que diz respeito às relações humanas. Helman (1994), ao desenvolver estudos no campo da antropologia médica, constatou que os alimentos desempenham múltiplas funções na sociedade humana como criar e sustentar relações sociais, assinalar mudanças importantes, aniversários e festas, além de reafirmar identidades religiosas, étnicas ou regionais; por isso as crenças e práticas alimentares são, muitas vezes, difíceis de serem modificadas, mesmo quando oferecem risco à saúde, por estarem inseridas culturalmente na vida dos indivíduos.

Dessa forma, a maioria dos clientes relata apresentar dificuldades relacionadas com a dieta, principalmente no que se refere às relações sociais, porque, na tentativa de mudarem seus hábitos alimentares, encontram como barreira o meio em que convivem e até mesmo a família, a qual muitas vezes não consegue aceitar o fato de que a alimentação de seu familiar necessita ser diferente. Os demais familiares podem insistir em que o familiar portador de diabetes ingira alimentos impróprios para o seu estado, deixando-o em uma situação de conflito, uma vez que está vivenciando a difícil situação de tentar mudar seus hábitos.

Outro fator importante referido foi a participação em festas e recepções, nas quais os anfitriões não prevêm que podem ter entre seus convidados pessoas portadoras de diabetes. Sendo assim, os clientes destacaram que, muitas vezes, optam por ficar em casa para não se sentirem discriminados, pois teriam de se limitar, a ver e a sentir o aroma dos alimentos, o que consideram uma situação de sofrimento e também de risco para a manutenção da sua dieta. Para evitar isso, alguns procuram alimentar-se antes de irem às festas ou administrar-se uma dose maior de insulina, ingerir menor quantidade de alimentos, durante o dia, de modo a poderem, controladamente, alimentar-se nestes eventos sociais. Assim, o cliente portador de diabetes luta, freqüentemente, contra si e contra o meio em que se encontra, necessitando mobilizar muitas forças para vencer tais obstáculos.

O modo como os indivíduos vivenciam a doença expressa uma síntese entre corpo e cultura, que se reflete

em toda a história da doença e tratamento, revelando um movimento entre o velho e o novo, que envolve processos de resistência, remanejamento e mudança de hábitos (Alves et al. 1998).

Assim sendo, a experiência do adoecer leva ao enfrentamento de hábitos arraigados, que resistem à incorporação efetiva de novas representações no delineamento do comportamento, quando se aponta o processo de formação de novos hábitos. Essas experiências apontam o poder do corpo ou um saber que radica no corpo. A dificuldade apresentada pelos clientes em mudar seus hábitos, a partir de prescrições e explicações médicas, pode não estar tanto na dificuldade de entender, mas na experiência de uma resistência imposta pelo próprio corpo, uma vez que o hábito expressa um conhecimento radicado, apreendido e incorporado.

Então, alguns clientes reconhecem cuidados que favorecem o controle e a manutenção da saúde, como os relativos à dieta, no que se refere ao preparo de alimentos pobres em sal, embutidos e gordura. Embora considerem alguns alimentos saborosos, como os doces, admitem não serem eles adequados à sua condição, o que pode levá-los a evitar o seu consumo:

“uma bomba tem muita doçura. É muito bom, mas para o diabéticos não serve (...) Devemos nos controlar e esquecer, se não podemos comer; esquece aquilo, se é bom, gostoso (...). Então, devemos comer aquilo que a gente pode”(Pac.J).

Entretanto alguns destes clientes portadores de diabetes, em especial aqueles em que a doença se manifestou na fase adulta, afirmam não conseguir manter a dieta recomendada. Não resistem ao desejo de comer determinados alimentos, que são contra-indicados:

“Uma bomba, para mim, diabético, é uma tentação (...) Uma tentação que, às vezes, é motivo da gente pagar, porque a gente sabe que depois que tem diabetes, a gente começa a sentir que tem que ter controle (...) Então, é um objetivo, alcançar esse objetivo que é muito mais difícil enquanto, na realidade, o doce é bom (...) Pra quem, desde pequeno, já nasce diabético e se acostuma a ter aquela condição é mais fácil (...) Agora, quando a gente é adulto, estava sempre acostumado á mesa farta em casa, a comer de tudo, a gente olha para o doce, a tentação é maior e a gente vai e come” (Pac. A).

O cliente D, portador de diabetes desde os 2 anos de idade, embora não ingerisse alimentos ricos em carboidratos, durante a infância, na fase adulta começou a consumi-los, aparentemente desconsiderando os seus efeitos nocivos à sua saúde:

“Ah! O doce é um veneno, mas é isso que a gente come (...) quando pequeno, não comia, fui comer, agora, na fase adulta. Mas me abala, a diabetes está sempre alta e não consigo baixar mais o açúcar” (Pac.D).

Esses relatos parecem demonstrar que a adesão ao cuidado com a saúde nos clientes portadores de diabetes pode não está relacionada à faixa etária em que se manifestou a doença, mas com o processo de compreensão e aceitação do processo mórbido vivido e da sua necessidade de realizar determinados cuidados importantes para a promoção e manutenção da saúde.

Assim, o desejo alimentar está sempre presente na vida do portador de diabetes. E esse desejo o faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, negar, sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ao mesmo tempo que pode fazê-lo feliz, pode dar-se à falta de compromisso com o estabelecido, surgindo à astúcia (Santana, 1999), tanto como forma de enfrentamento do controle, quanto como a liberdade conseqüente à transgressão:

“Eu procuro me cuidar não assim, como um docinho de vez em quando”(Pac.F).

Vários clientes consideram o **exercício físico** tão importante quanto a medicação para a manutenção da saúde, uma vez que compreendem que favorece a perda de peso, diminui a glicemia, ativa a circulação, estimula as defesas do organismo, proporcionando-lhes bem-estar. Assim, fazem caminhadas, andam de bicicleta e procuram desenvolver atividades que lhes proporcionam perda de calorias; porém sentem receio de uma crise hipoglicêmica. Então, procuram não fazer exercícios em jejum e, ao realizá-los, por segurança, mantêm consigo um alimento contendo açúcar, para prevenir uma possível hipoglicemia:

“Eu acho que uma ginástica é muito importante para o diabético, porque trabalhando o corpo, trabalhando o organismo, o açúcar que está no sangue vai para os músculos”(Pac.L);

“Ativa a circulação, eu acho. Esses dias eu fiz o teste e o açúcar estava 120”(Pac.F);

“pelo menos, meu açúcar baixa, que é uma barbaridade”(Pac.H).

Quanto ao **uso da medicação**, salientam a necessidade de ser administrada no horário certo, controlar a sua data de vencimento e não utilizar receitas prescritas a outras pessoas, como forma de cuidado e controle da glicemia:

“Ter muitos cuidados com a data de vencimento é a primeira coisa que a gente deve ver”(Pac. J);

“O bom controle com os nomes porque, às vezes, a gente não enxerga muito bem (...) Cuidado, não tomar remédio sem a autorização do médico, porque têm pessoas que dizem, ah! Isso é bom” (Pac.L)

“A insulina é usada pelo diabético. Eu sempre uso, de manhã”(Pac.A).

Já, um dos participantes destacou sua crença no uso de chás que atuariam, diminuindo a concentração de glicose no sangue:

“tem chás que ajudam a baixar a diabetes” (Pac.A).

A utilização das ervas é explicada não somente pela lógica biomédica, com a ação em receptores celulares, mas numa eficácia simbólica, na tentativa de estabelecer um equilíbrio entre o homem e a natureza. Sendo assim, muitas vezes os indivíduos priorizam outras formas terapêuticas mais que as recomendadas pelos médicos, por propiciarem mais sentido e estarem mais próximas de suas realidades, além de serem mais econômicas e de fácil acesso (Teixeira, 1996).

Quanto à **aplicação de insulina**, alguns clientes referiram dificuldades, as quais são enfrentadas com o auxílio de um familiar, amigo ou, até mesmo, de um profissional da área da saúde; no entanto não se sentem confortáveis em depender da ajuda externa. Apesar de sua insatisfação, não se sentem suficientemente capazes, motivados ou encorajados a assumirem seu autocuidado, no que se refere à administração da insulina:

“Eu sempre faço. A minha guria, que tá por perto, me ajuda e ontem eu tava sozinha, aí, eu fiz, como enxergo pouco (...) O problema é que, sempre, tem uma pessoa por perto pra fazer. Ontem, estava sozinha, estava meio nervosa, não enxerguei... passei um pouquinho, na quantidade”(Pac.M).

3.2 PERCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA

Constatamos que os clientes apresentam percepções de saúde e doença distintas. Enquanto alguns consideram saúde como um estado ótimo de bem-estar, outros a consideram como uma disposição para cumprir tarefas. Para Dejours (1986), este estado ótimo de bem-estar concretamente não existe, considerando-o como a expressão de uma visão idealizada, de algo que temos esperanças de atingir, uma meta a ser alcançada, da qual procuramos aproximar-nos. Dessa forma, alguns clientes expressaram viver em busca deste estado de bem-estar, realizando cuidados relacionados com a dieta, com a atividade física, o uso da medicação e a busca de lazer.

As suas percepções da diabetes também se diferenciam:

“diabetes é bom, mas, ao mesmo tempo ela é a minha prisão porque eu me sinto preso” (Pac.A);

“A diabetes é uma doença, assim né? meio... me parece que vai levando a gente aos poucos” (Pac.E);

“A felicidade, mesmo com diabetes, é possível” (Pac.L);

Assim, alguns clientes demonstraram possuir uma representação mais positiva da doença, buscando aderir ao tratamento e conviver, aparentemente sem atritos, diante da necessidade de cuidados, considerando a sua possibilidade de viver, acima de tudo. Por outro lado, estes pacientes (E, L, F) não identificam no seu corpo complicações da doença, o que pode favorecer sua melhor aceitação, já que essa não lhes representa uma limitação. Então, parecem não se preocupar com o fato de serem portadores de diabetes. Apenas, buscam realizar os cuidados, para assegurar o seu estado de saúde.:

“Eu não brigo muito com o diabetes (...) não me preocupo, não me encuco com ela (...) nunca me encuquei. Acho até que é por isso que eu convivo bem com ela” (Pac.F);

“Estar sempre de bem com a vida, procurar estar de bem com a vida porque se a gente começa a invocar maus pensamentos, é pior ainda (...) tem que procurar fazer tudo bem direitinho, viver bem. É isto que eu acho, pelo menos, tentar viver bem”(Pac.J).

Ainda, quando o portador de diabetes se percebe de “bem com a vida”, sentindo-se como “ser humano comum”, compreendendo e empreendendo uma visão positiva sobre si, a diabetes parece não constituir um transtorno em sua vida. Sua relação com ela se apresenta de forma, aparentemente, natural. Assim, o modo de encarar a vida influencia a maneira de conceber a doença; a alegria de viver, tendo a positividade do cotidiano como característica, parece ajudar a enfrentar a doença, com mais tranquilidade (Santana, 1998, p.72).:

“Tô bem, né? Então, se eu tô bem, eu sou alegre, eu gosto de sair pra rua e, então, eu luto pela minha saúde (...) Eu procuro fazer tudo o que eu posso para melhorar, para ter saúde, porque eu gosto de mim (...) eu acho que é bom a gente ficar alegre. O estresse, a mim mesmo, me alivia bastante” (Pac.M);

“Se cuidar, se distrair bastante porque a pessoa se distraindo, vivendo a vida, a doença vai amenizando (...) Eu acho que é muito interessante, para mostrar ao

diabético, que a mínima coisa, de aborrecimento, incomodação, aumenta o açúcar e a gente estando calma, alegre, se sentindo feliz, ajuda, porque não adiantam os medicamentos, se não estiver calma, com espírito construtivo”(Pac.J);

Já clientes que não aceitam a doença, por considerá-la limitação e perda, expressam seus sentimentos de raiva, insatisfação com a sua condição e dificuldades para realizar o cuidado com a sua saúde:

“Essa é a raiva que eu sinto, é eu não poder enxergar (...) eu perder os meus movimentos, a minha liberdade (...) é a minha prisão porque eu me sinto preso (...) eu perdi praticamente o encanto da vida”(Pac. A);

“Sou eu, só que sem rosto, quer dizer que eu tô de cara (...) É uma coisa diferente, é ruim. Eu, se pudesse fazer um transplante, eu fazia, se tivesse condições (...) eu queria ter uma vida normal, não tenho, um dia eu vou para outro planeta”(Pac.D);

Assim, esses clientes apresentam um discurso pessimista, por perceberem a doença como limitante:

“Muita coisa que eu gostaria de fazer, já não tenho mais condições de fazer (...) Eu tenho essas limitações não só da doença, como já vou ficando com mais idade, né? Tenho essas limitações (...) A doença é assim: começa pequena e, se a gente não se cuida, ela vai se estendendo, aí, não tem como passar no túnel (...) cada vez vai ficando pior, se a gente não se cuidar, não procurar se orientar” (Pac.J);

Os clientes também referiram possuir certo temor do processo evolutivo da diabetes, o que serviria de estímulo para aderirem ao tratamento e, assim, evitar as suas complicações:

“Quando me der, vai ser um baque. Já viu um cara novo não poder caminhar ou, pior ainda, não ter as pernas ou pé (...) quando isso acontecer, vai mudar a minha vida, vai radicalizar” (Pac.D-6);

Em seu cotidiano, o portador de diabetes sente-se ameaçado pelos possíveis e prováveis danos e complicações que lhe podem ocorrer; embora estas sejam apenas possibilidades, considera-as muito próximas de si. Com isso, passa a apresentar um temor às complicações, o qual pode transformar-se em pavor, uma vez que conhece amigos e familiares, que já vivenciaram as complicações da doença, amputaram membros, perderam a visão e até a vida. (Damaceno, 1997).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos dados obtidos nas oficinas, constatamos que as concepções de saúde apresentadas pelos participantes deste estudo se relacionam ao seu modo de viver e de se cuidar. Assim, clientes que consideram a saúde como estado ótimo de bem-estar realizam os cuidados necessários para obtê-la, enquanto outros, que consideram a saúde como uma disposição para cumprir tarefas, sentem-se em conflito e limitados em face da doença. Embora a realização de cuidados proporcione o controle metabólico, por outro lado implica disciplina e abdicção de prazeres.

Ademais, verificamos que, independentemente das concepções de saúde apresentadas por estes clientes, o significado atribuído à doença, assim como a possibilidade de perda definitiva de partes do corpo e dos sentidos parece ser um fator relevante para a prática de cuidados consigo. A maior dificuldade apresentada pelos participantes deste estudo refere-se às mudanças de hábito, mediante a adesão ao tratamento, o que parece ser amenizado pela compreensão e aceitação do processo mórbido vivido.

Constatamos, a partir dos depoimentos, que a participação do cliente portador de diabetes em grupos educativos favorece o desenvolvimento de estratégias para melhor conviver com a doença, além de facilitar a incorporação de conhecimentos e enfrentamento da doença, podendo proporcionar melhor qualidade de vida, pelo espaço de discussão e o apoio oferecido, entre outros. Dessa forma, o presente estudo, além de ter favorecido a compreensão das percepções acerca dos cuidados necessários ao logro de maior saúde, parece ter estimulado os clientes à adesão à dieta e aos exercícios físicos, proporcionando acesso mais amplo e fácil às informações necessárias ao seu tratamento e controle.

Concluimos que, para ocorrerem mudanças de hábito, não basta a aquisição de conhecimentos, mas a sua aplicação na vida diária, o que pode requerer tempo, compreensão e aceitação do processo saúde-doença vivido.

ABSTRACT: This study was developed with the objective to understand the perceptions of carrying customers of diabetes on its process health-illness and the cares and the changes in the necessary style of life for a bigger production of health. Workshops with eleven carrying adult customers of diabetes had been carried through, approaching subjects related to the care and the factors related to the illness, that

can or not compromise the production of health and the quality of life. From the analysis of the data, it was evidenced that the customers who consider health as an excellent state of welfare carries through well-taken care of necessary to reach it, while that the ones that recognize health as a disposal to fulfill tasks, are felt limited front to the illness and in conflict more; although they recognize that the accomplishment of cares provides the metabolic control, they consider that it implies disciplines and abdication of pleasures; they present one better conviviality with the illness, when they do not identify any complications in itself; they relate to fear front to the possible progression of the illness, what they consider as plus a stimulated to adhere to the cares. The biggest identified difficulty mentions the changes of habits and the adhesion to it to the treatment, what it seems to be brightened up by the acceptance and understanding of the mórbido process.

KEY WORDS: Health services research; Diabetes Mellitus; Health-disease process.

REFERÊNCIAS

- 1 ALVES, P. C. **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998.
- 2 DAMACENO, M. M. C. **O existir do diabético**: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.
- 3 DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupac.**, São Paulo, v. 14, n.54, p. 7-11, abr./jun.1986.
- 4 HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 5 HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU:EDUSP, 1979.
- 6 LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si**: a governabilidade na enfermagem. Florianópolis:UFSC, 1997, 270 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- 7 OLIVEIRA, O. Ação educativa de enfermagem no controle do diabetes. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.13, n. esp., p.133-135, 2000.
- 8 PEREIRA, C. B. M. Representações com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócio-econômico. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 47, n.3, p. 241-249, jul./set. 1994.
- 9 TEIXEIRA, E. R. **Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado**. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1996.

Endereço do autor:
Rua Dr. Laviera,167 - Jardim do Sol
96216-040 - Rio Grande - RS
Fone/Fax: (0xx53) 235-1448
E-mail: lunardifilho@terra.com.br