

Para o nosso estudo, os campos problemáticos conformam situações de vida reconhecidas pelos próprios portadores como difíceis para lidar com a doença, ou seja, obstáculos para levar a vida e o viver cotidiano em decorrência da presença da doença ou de seu cuidado. Diante de cada um destes obstáculos os indivíduos potencialmente desenvolvem estratégias, modos de lidar, enfim saberes, de distintas ordens, aqui articulados sob a noção de competência. Cabe notar que o campo problemático se expressa, também, quando a norma (médica) é diferente de um hábito já estabelecido ou de um valor de vida, havendo uma tensão ou dificuldade de realizá-la.

A análise que fizemos dos campos problemáticos tem um caráter mais descritivo, do que interpretativo, pois fugiríamos de nosso objetivo (de mapear as competências e seus campos de geração) empreendê-la nessa perspectiva, em que pese à riqueza simbólica dos discursos.

Os portadores relataram mobilizar diferentes saberes e habilidades para lidar com os distintos campos problemáticos que experimentaram em sua vivência cotidiana com o diabetes. São as competências que examinaremos a seguir. Ainda que em poucos campos tenhamos identificado que um sujeito envolveu mais de um tipo de saber numa dada situação concreta, em geral os indivíduos utilizam diversos saberes e habilidades para lidar com um obstáculo interposto em seu dia-a-dia de cuidado-de-si. Portanto, o conjunto de saberes, que identificados em cada campo problemático, permite-nos apreender uma diversidade de competências requeridas nessa comunidade de destino. Os saberes que levantamos nos depoimentos, como detalharemos a seguir, foram: o saber, o saber-fazer, o saber-ser e o saber-comunicar.

O **saber** corresponde a uma dimensão mais cognitiva, um conhecimento de que o sujeito dispõe proveniente de diferentes fontes inclusive de sua própria experiência, como o desenvolvimento de um aprendizado sobre os sinais corporais em variadas situações do viver com diabetes, dentre as quais a hipoglicemia. Os portadores apontaram os profissionais de saúde, com destaque para o médico, como a principal origem das informações a respeito do diabetes. A maior ênfase dada ao médico provavelmente reflete o modo dominante de organização da assistência mais centrada neste técnico em nossos serviços de saúde, inclusive o que é campo desta pesquisa. A participação em “reuniões de grupos de diabetes” foi muito valorizada em todos os grupos focais realizados, por aqueles que a vivenciaram, ao destacarem: as informações recebidas, a motivação provocada e a possibilidade de “troca de experiências” que se abre diante do interesse comum dos portadores ali presentes. Aqueles com história familiar de diabetes relataram que a convivência com estes entes foi “uma escola” para eles.

O “**saber-fazer**” (“*savoirs-faire*” ou “*know-how*”), por sua vez, refere-se a dimensões práticas e técnicas adquiridas de modo formal ou em diferentes vivências e experiências em situações concretas da vida, inclusive as decorrentes de contatos com os profissionais de saúde. Dentre os “saberes-fazer” que identificamos, nos discursos dos sujeitos deste estudo, em diferentes campos problemáticos estão: saber-fazer o controle glicêmico sem deixar o diabetes dominar a vida, saber adaptar as recomendações nutricionais às condições pessoais e saber se alimentar para dar conta das demandas cotidianas.

Já o “**saber-ser**” diz, aqui, respeito ao que poderíamos chamar de determinadas habilidades comportamentais e existenciais que correspondem a um conjunto de ações muito particulares, um saber “estar-

em-si”, tal como poderíamos falar de um “saber-ser” diabético. Envolve uma capacidade do indivíduo se reorganizar consigo mesmo e com os outros em suas relações sociais, com a emergência de maneiras de ser que envolvem dimensões não só racionais, mas afetivas, emocionais etc (Levy, 1994). Este saber foi o mais freqüentemente referido entre os diferentes tipos de saberes e o que teve mais destaque em um maior número de campos problemáticos, sobretudo naqueles mais ligados às dimensões comportamentais.

Um outro saber que identificamos nos discursos dos sujeitos foi o “**saber-comunicar**”, enquanto expressão de habilidades de interlocução com o Outro em distintas situações em que se busca estabelecer uma relação de entendimento, troca, cooperação ou apoio. Dentre os diferentes saberes este é o que mais assume características supra-individuais, como destacaremos em diferentes momentos ao apresentarmos os campos problemáticos e os respectivos saberes mobilizados.

As competências que apresentaremos mostram a diversidade de recursos (cognitivos, comunicacionais, afetivos, existenciais etc) utilizados pelos sujeitos deste estudo para enfrentar os problemas provocados pelo diabetes e pelo cuidado requerido. Cabe, no entanto, perceber que a riqueza está no indivíduo e em sua capacidade de criação e mobilização destes distintos saberes. Essa competência assume, muitas vezes, um caráter supra-individual à medida que no enfrentamento de uma dada situação difícil participa, apoiando o portador, sua rede de apoio social, especialmente aquela mais próxima - a família.

Esse potencial presente nessa capacidade dos homens produzirem saberes em sua vivência cotidiana pode ser ampliado se pudermos identificar, disponibilizar, partilhar esses saberes e competências entre

coletivos mediante o estabelecimento de espaços de cooperação mútua, ou seja, a instituição de “coletivos inteligentes”.

Examinemos os campos problemáticos vivenciados e as correspondentes competências aí geradas que identificamos nos relatos dos portadores que participaram desta investigação.

I O adoecer

Tornar-se doente, adoecer é o que integra cinco campos problemáticos identificados, tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas em profundidade, em torno da dificuldade de se reconhecer e aceitar ser portador de uma doença crônica com as características que assume o diabetes. Dada a expressividade e recorrência nos discursos, de algumas destas dificuldades de aceitar esta condição, dividimo-las em função: da ruptura que provoca na vida, do medo das complicações e do ônus que o cuidado impõe para o portador. Outro campo problemático de viver com o diabetes que valorizamos e mereceu destaque foi o sofrimento mental provocado neste processo de ruptura, medo e dificuldade de admitir esta condição.

1. A ruptura provocada na vida pelo adoecer

Embora os participantes, deste estudo, tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas em profundidade, tenham reconhecido a possibilidade de controle da doença pelo autocuidado, uma parte expressiva deles relatou o momento da descoberta da doença com um conteúdo dramático, uma ruptura que corta o fluxo normal de suas existências como a conheciam até ali e revelam não conseguirem “aceitar” ou “acreditar no diabetes”. Nestes casos, a doença parece sinalizar um futuro comprometido por graves acometimentos como a amputação de membros, a perda da visão e, até mesmo, a morte. Para muitos deles, estar diante de algo novo e