

## Lógica do cuidado x lógica da escolha: reflexões sobre uma prática compartilhada no cuidado do diabetes

*Logic of care vs. logic of choice: reflections on shared practice in diabetes care*

*Lógica del cuidado x lógica de la elección: reflexiones sobre una práctica compartida en el cuidado de la diabetes*

Delmo de Carvalho Alencar<sup>I</sup> ; Shérica Karanini Paz de Oliveira<sup>II</sup> ; Aline Raquel de Sousa Ibiapina<sup>III</sup> ;  
Dárlinton Barbosa Feres Carvalho<sup>IV</sup> ; Paulo Roberto Vasconcellos-Silva<sup>V</sup> 

<sup>I</sup>Universidade Regional do Cariri. Crato, Brasil; <sup>II</sup>Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Brasil; <sup>III</sup>Universidade Federal do Piauí. Picos, Brasil; <sup>IV</sup>Universidade Federal de São João del Rei. São João del Rei, Brasil; <sup>V</sup>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** desenvolver uma reflexão teórica acerca da lógica do cuidado e da lógica da escolha de Annemarie Mol para pensar uma prática compartilhada de cuidado de Enfermagem em diabetes. **Conteúdo:** análise reflexiva, fundamentada no referencial de Annemarie Mol, que trata das contribuições desta importante filósofa para pensar as práticas de Enfermagem às pessoas com diabetes *mellitus*. **Conclusão:** para um maior engajamento da pessoa no cuidado do diabetes é importante que as instituições remodelem suas práticas de assistência, no sentido de se orientarem pela lógica do cuidado, o que implica uma mudança qualitativa na forma de apoio oferecido, em que o modelo biomédico do "autocuidado" se abriria para a negociação, abandonando seu caráter prescritivo, para ser acionado no contexto da "conversa", e ajustado às necessidades e prioridades definidas pela própria pessoa. O cuidado modelar-se-ia, enfim, por meio de relações que apresentam teores mais acentuados no sentido da troca, da reciprocidade, de pensar a ação, a fluidez, o não fixo nos processos de cuidado.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Atenção à Saúde; Relações Interpessoais.

### ABSTRACT

**Objective:** to reflect theoretically on the logic of care and Annemarie Mol's logic of choice in order to think about shared practice in diabetes nursing care. **Content:** this reflective analysis was framed by the contributions of Annemarie Mol, an important philosopher in thinking about nursing practice for people with diabetes mellitus. **Conclusion:** in order to engage people with diabetes in their care, it is important that institutions remodel their care practices to be guided by the logic of care. This entails a qualitative change in the kind of support offered, so that the biomedical model of "self-care" is open to negotiation, to be activated in a context of "conversation", its prescriptive nature abandoned, and be adjusted to the needs and priorities defined by the person him- or herself. Finally, care would then be modeled through relationships that feature content more strongly marked by exchange, reciprocity, thinking about action, and fluidity, rather than fixed on care processes.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Delivery of Health Care; Interpersonal Relations.

### RESUMEN

**Objetivo:** desarrollar una reflexión teórica sobre la lógica del cuidado y la lógica de la elección de Annemarie Mol para pensar una práctica compartida de cuidado de enfermería en diabetes. **Contenido:** análisis reflexivo, fundamentado en el marco de referencia de Annemarie Mol, que trata sobre las contribuciones de esta importante filósofa en el sentido de pensar en las prácticas de Enfermería para personas con diabetes mellitus. **Conclusión:** para un mayor compromiso de la persona en el cuidado de la diabetes, es importante que las instituciones remodelen sus prácticas de cuidado, en el sentido de guiarse por la lógica del cuidado, lo que implica un cambio cualitativo en la forma de apoyo ofrecido, en el que el modelo biomédico de "autocuidado" estaría abierto a la negociación, abandonando su carácter prescriptivo, activarse en el contexto de la "charla" y ajustarse a las necesidades y prioridades definidas por la propia persona. Finalmente, el cuidado se modelaría a través de relaciones que presentan grados más acentuados con vistas al intercambio, la reciprocidad, el pensar en la acción, la fluidez, lo no fijo en los procesos de cuidado.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Atención a la Salud; Relaciones Interpersonales.

## INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. O DM ainda apresenta desafios a serem superados para garantir o sucesso nas ações de prevenção, identificação do diagnóstico, tratamento, controle e manutenção das condições de saúde e recuperação de agravos. Para esse enfrentamento, diretrizes internacionais recomendam múltiplas ações, como o uso de diferentes classes de medicamentos antidiabéticos e/ou insulina, juntamente com modificações no estilo de vida para atingir metas glicêmicas individualizadas<sup>1-3</sup>.

Conviver com DM se configura como um processo de gerenciamento contínuo, que envolve ajustamentos e autocuidado nas questões de ordem prática, referidas aos contextos culturais, sociais, familiares e laborais, com a finalidade de promover adequações nos âmbitos físico e emocional. Na maioria das vezes, esses cuidados representam tarefa difícil, uma vez que requerem reorganização de estilo de vida<sup>4,5</sup>. O acesso às necessidades de saúde das pessoas com DM depende da troca efetiva de saberes entre profissionais de saúde e usuários do sistema, capaz de superar a transmissão passiva e a hierarquização de conhecimentos técnicos frequentemente presentes nos encontros assistenciais. Explorá-las sob o enfoque dialógico é fundamental para a prática do cuidado integral, capaz de compreender o indivíduo portador de DM em seu todo existencial e, conseqüentemente, considerar os obstáculos que devem ser superados para a reordenação dos seus modos de vida<sup>6,7</sup>.

Estudos sobre o cuidado às pessoas com diabetes<sup>6,8,9</sup> apontam desencontros entre o que os sujeitos conhecem como saudável pelas recomendações médicas e a forma como efetivamente podem dar curso a diversos aspectos de suas vidas. Essas mudanças no estilo de vida parecem pertencer à ordem da utopia: pelas dificuldades de adotar um “estilo de vida saudável”, que realmente parece não ter lugar na realidade cotidiana de muitos indivíduos; mas, ainda antes, pela utopia do discurso médico preso a uma racionalidade que busca dar conta da realidade múltipla e inesgotável com um plano técnico que se pretende universal e total, sem levar em consideração as significações subjetivas do adoecimento, da alimentação, das atividades físicas e da vida social. O conhecimento objetivo e racional sobre o DM não é suficiente para promover práticas de cuidado se não for atrelado aos sentidos subjetivos, que informam sobre as possibilidades dos sujeitos de compreensão e atuação no mundo<sup>6</sup>.

Desse modo, considerando a importância da relação entre a pessoa com diabetes e a equipe de saúde que a assiste, considerando não apenas os membros da equipe, mas o tipo de conhecimento colocado em cena por ela, o objetivo deste estudo foi desenvolver uma reflexão teórica acerca da lógica do cuidado e da lógica da escolha de Annemarie Mol para pensar as práticas de cuidado da Enfermagem em diabetes.

## CONTEÚDO

A escolha da perspectiva da Lógica do Cuidado como suporte teórico para análise deve-se ao predomínio de práticas, no contexto do diabetes, que têm negligenciado pessoas, deixando de ouvi-las e isolando-as de sua história; trabalhado com um mínimo diálogo em relação a outras práticas e respondido a um modo de vida associado ao consumo e a escolhas desengajadas de contextos, reproduzindo culpabilização e responsabilização de indivíduos. Essa reflexão é resultante de tese de doutorado intitulada “Comunidades virtuais no suporte à pessoa com diabetes *mellitus*”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, desenvolvida no período de março de 2019 a dezembro de 2020.

### Lógica do cuidado x lógica da escolha de Annemarie Mol

Na discussão sobre o cuidado na atenção à saúde, a antropóloga holandesa Annemarie Mol considera que diversas lógicas sobre o cuidado estão presentes nas interações entre profissionais e pessoas com as quais interagem. O modelo de cuidado, herdado da medicina clínica, estabelece uma forma padronizada de cuidado, baseada na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Nessa relação, alguém com o saber médico informa a quem necessita do cuidado o que deve fazer para restabelecer sua condição de saúde. Essa relação é fortalecida à medida que quem é cuidado adere às recomendações do cuidador. Essa seria a forma de cuidado mais comumente praticada, definida por Mol como seguidora da lógica da escolha<sup>10</sup>, pois cabe ao paciente escolher seguir ou não as orientações recebidas. No entanto, há casos em que quem é cuidado demonstra resistência e desobedece às prescrições<sup>11</sup>.

Mol analisa as formas de cuidado tradicionalmente observadas por meio da lógica da escolha, mas também amplia possibilidades nas práticas de cuidar, como a lógica do cuidado. No entanto, seu trabalho é local e se desenvolve na área médica com pessoas com diabetes num hospital da Holanda, sendo o desafio, desse estudo, pensar nas formas de cuidado praticadas em outra dimensão, que estejam atentas às singularidades, engajamento, negociação e vínculo.

A teoria da lógica do cuidado proposta por Mol<sup>10</sup> traz reflexões sobre as relações entre profissionais da área da saúde e pacientes. Refletir sobre as posições que ocupam os interlocutores ajuda a entender o tipo de lógica predominante. Paciente ou cliente? A relação é em função de um produto ou é considerada um processo? Ao se tratar de pessoas com uma doença crônica espera-se por saúde ou a aprender a viver com a doença?

A partir desses questionamentos, a teoria da lógica do cuidado descreve duas formas de lidar com a doença: lógica do cuidado e lógica da escolha, essa última com duas modalidades: a vertente de mercado, em que pacientes são situados como clientes, e a vertente da cidadania, na qual os pacientes são considerados cidadãos com direitos. Essa lógica incorpora a escolha enquanto uma avaliação individual, racional e esclarecida cientificamente em termos de custo-benefício de variáveis fixas, sustentando a autonomia individual, atribuindo, assim, caráter ativo para fazer escolhas em oposição à passividade do paciente<sup>10</sup>.

Na versão de mercado, o paciente assume a função de cliente, a quem são oferecidos produtos e tecnologias, a exemplo de um monitor de glicemia, seringas ou uma caneta de insulina, analisados por Mol, na intenção de recuperar a saúde ou se manter vivo, ainda que essa vontade não se torne real. O paciente escolhe a tecnologia, como produto, relacionando-o, simplesmente, ao seu fim, implementando o conhecimento fundamentado pelo profissional médico que determina o que deve ser feito, cabendo à pessoa com DM escolher suas orientações. De acordo com Mol, o cuidado não pode ser visto como mercadoria, na qual se troca por um preço e, sim, como uma interação na qual a ação vai e vem em um processo contínuo<sup>10</sup>.

Essa lógica não inclui a voz do paciente e a de outros atores envolvidos, viabilizando a negligência e o pouco engajamento da equipe de saúde. Não basta apenas a inversão de papéis de quem é passivo na lógica da escolha, faz-se necessário avaliar cada situação em que caberia essa lógica, e quando caberia a lógica do cuidado.

Na versão da cidadania da lógica da escolha, pacientes são emancipados, como cidadãos, do domínio centralizador dos profissionais. O indivíduo passa a ter postura ativa e habilidades para fazer suas próprias escolhas, mas, tendo em vista que um corpo doente afeta essa aptidão, ser um cidadão resulta na capacidade do paciente de controlar, instruir ou ir além dos limites do seu corpo<sup>10</sup>.

Mol entende que o cuidado é feito e refeito na prática. Por isso, é necessário ver o paciente como ativo nesse processo. O cuidado está mais para um processo em que os pacientes estão fazendo mais por eles mesmos, e não para um produto. Sendo o cuidado uma questão antes de tudo prática, não se pode diferenciar tão visivelmente a própria vida das tarefas que se escolhe inserir nela, buscando o cuidado de si. Como ilustra a autora, [...] você está dentro da sua vida, você a vive. Você não pode desembaraçar-se dela e estabelecer sua qualidade a partir de uma distância [...] <sup>10:94</sup>.

A autora estabelece que as duas lógicas não são opostas e, sim, diferentes. A lógica da escolha é a forma de cuidado mais comumente observada, em que os profissionais dizem ao paciente aquilo que ele precisa fazer para obter a saúde e liberdade desejadas. E depende do paciente a escolha de fazer aquilo que é indicado pelos especialistas, negligenciando o cuidado<sup>12</sup>. Na lógica do cuidado, estar aberto aos possíveis cuidados significa estar aberto ao inesperado, que desenvolverá a criatividade por meio do engajamento em atividades práticas e negociação entre os envolvidos na busca pela melhor forma de ajuste. Nesse sentido, o uso da tecnologia, no cuidado, deixa de ser visto como mero instrumento, ou meio, passando a assumir a função de mediação, por meio das possibilidades oferecidas e as transformações que seu uso acarreta, nas práticas, nas formas de entendimento, nas expectativas.

As formas de engajamento são diferentes nas duas lógicas. Na lógica da escolha, a procura de um culpado pelo que não deu certo pode, em algumas situações, substituir o engajamento, levando à situação de negligência e culpa. Na lógica do cuidado, o julgamento deixa de ser importante, sendo necessário que as pessoas avaliem as possibilidades do cuidado, num processo colaborativo. Desprezar as condições possibilitadas pelo cuidado pode levar a um cuidado precário. Um bom cuidado, de acordo com a autora, dá-se pela colaboração dos envolvidos no esforço de lidar com corpos doentes e vidas complexas<sup>10,13</sup>.

De acordo com Mol, a lógica do cuidado não é melhor que a lógica da escolha, mas, em sua opinião, é melhor para orientar na vivência do imprevisível. Isso só é possível porque a lógica do cuidado não é sólida, mas fluida e adaptável. A lógica do cuidado requer profissionais atentos aos efeitos, atentos às experiências e, especialmente, interessados em pesquisar, em aprender com os casos, não para repeti-los como parâmetros, mas para despertar a sensibilidade de incorporar todos os atores em um processo colaborativo, de negociação. Para tal, precisa-se aprender não somente com os acertos, mas com os erros e falhas.

A simetria na relação aparece em destaque nos seus estudos, pois nela reside a possibilidade de abertura para que médico e paciente sejam ativos nos rumos do cuidado. Essa escuta cuidadosa que inclui um tempo para conversa e para que se possa conhecer a pessoa que está diante de si. A isso Annemarie denominou *doctoring*, uma clínica com um tempo para conhecer um pouco mais sobre a pessoa que ali está, em sua humanidade, para então formular junto com ela soluções e não apenas uma abordagem hierárquica, prescritiva e sem implicação. O *doctoring* a que Mol se refere, nos convida a um olhar que desvie dos manuais e dos ideais de doença e cura para valorizar um olhar para a pessoa que ali está, visto que, quando se busca um bom cuidado, não podemos deixar de considerar o vão que existe entre a mais bem ordenada e testada teoria e a história de vida real<sup>14,15</sup>.

Na lógica do cuidado, a pessoa doente é vista como paciente que sofre e que, de alguma maneira, participa ativamente do processo de tratamento, o cuidado é um processo aberto, uma interação, um processo contínuo. Em contrapartida, na lógica de escolha o paciente é visto como um cliente que pode fazer escolhas a respeito do seu tratamento, o relacionamento é pautado na troca, os pacientes compram seus cuidados em troca de dinheiro e a partir da linguagem de mercado o relacionamento apresenta começo, meio e fim, já que o objetivo do mercado é que o produto mude de mãos em uma transação. O termo *patientism* sugere que, em vez de ter que se encaixar no modelo de cliente ou cidadão, Mol sugere que pacientes devem ser levados a sério como são, como pessoas que estão lidando

com uma doença que causa problemas que tentam aliviar e seguir vivendo de alguma maneira. Exatamente como o feminismo nega a ideia de que homens são os humanos ideais, *patientism* nega a ilusão de que ser totalmente saudável é a situação-padrão da vida<sup>10,12</sup>.

O termo paciente não diz respeito à passividade, mas sim ao fato de a pessoa estar sofrendo com alguma doença que impacta sua vida. A autora destaca na sua teoria do cuidado a contribuição do paciente nas práticas de cuidado, o paciente com doença crônica realiza várias práticas de cuidado em seu cotidiano e isso deve ser considerado no relacionamento entre profissionais de saúde e paciente. No estudo com pacientes com diabetes tipo 1, Mol fala da participação ativa dos pacientes no seu tratamento<sup>10</sup>. Ela relatou a necessidade de os pacientes realizarem a medição constante da glicemia, tomar as medicações nos horários e ir às consultas. [...] eles não “usam” cuidados em saúde, eles “fazem” cuidados em saúde. Eles estão participando ativamente [...]<sup>12:302</sup>.

Pensar a formação de profissionais de saúde introduzindo os conceitos de *doctoring* e *patientism* de maneira criativa e contextualizada contribuem para a compreensão das críticas de Mol aos modelos de cuidado existentes e nos permite uma aproximação que viabiliza esse olhar, moldando ideias, transformando conceitos e inspirando a teoria como bem nos aponta Mol.

A busca para alcançar o controle glicêmico desejado não considera as mudanças inesperadas que o comportamento, o metabolismo e as emoções provocam no processo de viver com diabetes. A ilusão do controle, segundo a cidadania da lógica da escolha, espera dos pacientes-cidadãos a domesticação de seus corpos, encorajando-os a cuidar de si mesmos. A pessoa com diabetes busca mais o controle de sua glicemia do que procura estar atento aos eventos desencadeadores de descompensações, alimentando a ilusão de encontrar um equilíbrio<sup>10</sup>. Consequentemente, adaptações progressivas estão mais ligadas à lógica do cuidado do que à busca de controle. As tentativas de enquadramento aos cuidados recomendados, quando falham, levam a ajustes que se adequam às suas rotinas, sendo mais incorporados ao cotidiano quando a pessoa está atenta à experiência<sup>11,16</sup>.

Antepondo a possibilidade de controle, a lógica do cuidado acata a viscosidade e a fragilidade da vida, propondo uma prática persistente de ajustes contínuos entre variáveis inconstantes, estimulando, para isso, a atenção, a adaptabilidade e a flexibilidade para lidar com o caráter errático das mais diversas circunstâncias. Para tanto, pressupõe um paciente ativo, sujeito de todo tipo de atividade, não apenas a de escolha, que é respeitado em termos das coletividades a que pertence, bem como de sua subjetividade, e compõe, com toda a sua vivência, a equipe de cuidado. Nesse sentido, o uso da tecnologia, no cuidado, é uma questão de experimentação com o conhecimento, as possibilidades oferecidas pela tecnologia e as transformações que seu uso acarreta, nas práticas, nas formas de entendimento, nas expectativas. Dessa forma, as tecnologias deixam de ser vistas como meros instrumentos, ou meios, para assumirem a função de mediadores inventivos<sup>10</sup>.

Existe uma perda importante da subjetividade tanto do paciente quanto do profissional, no modelo de cuidado hegemônico. Este modelo é voltado para o diagnóstico médico-centrado, o atendimento e o relacionamento profissional e paciente ficam restritos aos procedimentos técnicos, exames e medicamentos. O processo saúde/doença é reduzido ao biológico, deixando de fora aspectos do componente social ou subjetivo, que deveriam integrar o processo de cuidado<sup>17</sup>. A satisfação das necessidades da pessoa com diabetes, de acordo com a lógica do cuidado, envolve ajustes entre os atores envolvidos. O cuidado não está nas mãos de um ou de outro, mas em constante negociação<sup>10</sup>.

Na perspectiva de Mol, a resposta habitual à culpa é a punição. Ao se sentirem culpadas, as pessoas não se engajam em atividades de cuidado<sup>10</sup>. Pessoas com diabetes não “escolhem” medir a glicemia com menos frequência do que o enfermeiro recomenda, mas isso acontece. É possível que não consigam fazer tudo o que é sugerido, pois o cuidado não é principalmente sobre escolhas, mas sobre a organização na prática. Acerca dessa visão, emerge a lógica do cuidado. Em se tratando de uma doença que afeta a vida de uma pessoa, o que constitui valor, nessa lógica, não é o corpo enquanto objeto tridimensional, mas a vida que inclui o corpo enquanto história<sup>10</sup>.

Mol preconiza uma *prática médica compartilhada*, em que o consultório é demandado, de fato, enquanto espaço de consulta, caracterizado, como uma boa conversação, pela troca de experiências, conhecimentos, sugestões, palavras de conforto, etc. Neste espaço, a própria definição do que é bom, melhor ou pior no tratamento do diabetes é acordada na prática, ao invés de precedê-la, e é continuamente reacordada diante da fluidez da vida e das possibilidades de que dispõe a pessoa com diabetes para lidar com ela em cada momento<sup>6,10</sup>.

As lógicas podem se alternar ao longo do processo de acordo com o contexto de profissionais e pacientes, sendo importante considerar nas práticas de cuidado a interferência das subjetividades dos atores envolvidos. A teoria da lógica do cuidado consiste em uma ferramenta importante para refletir sobre as práticas de cuidados e possibilidades de melhoria das relações entre profissionais e pacientes no contexto de adoecimento crônico.

## CONCLUSÃO

A análise reflexiva na perspectiva da lógica do cuidado mostrou que as lógicas se interpõem de acordo com o contexto em que ocorre a relação profissional de saúde e paciente e que a lógica de cuidado, em detrimento da lógica de escolha, mostra-se como uma abordagem ampla, que abrange as singularidades do paciente no contexto de adoecimento crônico. A teoria da lógica do cuidado consiste em uma ferramenta importante para refletir sobre as práticas de cuidado e possibilidades de melhoria das relações entre profissionais e pacientes. A Enfermagem pode remodelar suas práticas, para promover uma mudança qualitativa na forma de apoio oferecido.

O modelo biomédico do autocuidado se abriria para a negociação, abandonando seu caráter prescritivo, para ser acionado no contexto da "conversa", e ajustado às necessidades e prioridades definidas pelo próprio paciente. O cuidado modelar-se-ia, enfim, por meio de relações que apresentam teores mais acentuados no sentido da troca, da reciprocidade.

## REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 9th Ed. Brussels: IDF; 2019 [cited 2022 Apr 26]. 176p. Available from: [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133351\\_IDFATLAS9e-final-web.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf).
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad Editora Científica; 2019 [cited 2021 Apr 26]. 491p. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>.
3. Ko SH, Hur KY, Rhee SY, Kim NH, Moon MK, Park SO, et al. Antihyperglycemic agent therapy for adult patients with type 2 diabetes mellitus 2017: a position statement of the Korean Diabetes Association. *Diabetes Metab J*. 2017 [cited 2022 Mar 15]; 41(5):337-48. DOI: <https://doi.org/10.4093/dmj.2017.41.5.337>.
4. Costa FG, Coutinho MPL, Cipriano JPS, Araújo JMG, Carvalho AF, Patrício JM. Social representations on diabetes mellitus and treatment: a psycho-sociological research. *Rev Psicol IMED*. 2018 [cited 2022 Mar 15]; 10(2):36-53. DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2865>.
5. American Diabetes Association (ADA). Lifestyle management: Standards of medical care in diabetes – 2019. *Diabetes Care*. 2019 [cited 2022 Jun 10]; 42(Supl. 1):S46-S60. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc19-S005>.
6. Machado MG. Diabetes e cuidados de saúde na contemporaneidade: a percepção de portadores de diabetes da Associação dos Diabéticos da Lagoa (ADILA) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
7. Dias IWH, Junqueira V. Dialogic approach to the health needs of insulin users followed up in the Glucose Self-Monitoring Program. *Interface*. 2020 [cited 2022 Mar 14]; 24(Supl. 1):e190441. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190441>.
8. Silva KR, Almeida RP, Sá Junior PPC, Melo RTM, Melo TTM, Lima LS, et al. Nurses' performance in diagnosis, treatment and control of Diabetes Mellitus. *RSD*. 2022 [cited 2022 Jun 11]; 10(4):e28111426099. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26099>.
9. Assunção SC, Fonseca AP, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. *Esc Anna Nery*. 2017 [cited 2022 Feb 27]; 21(4):e20170208. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0208>.
10. Mol Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge, 2008.
11. Tsallis AC. *Entre terapeutas e palhaços: a recalcitrância em ação* [Doctoral dissertation]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
12. Martin D, Spink MJ, Pereira PPG. Multiple bodies, political ontologies and the logic of care: an interview with Annemarie Mol. *Interface*. 2018 [cited 2021 Dec 11]; 22(64):295-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>.
13. Santos DCC. The care at school: expanding the possibilities of caring. *Estud Pesq Psicologia*. 2015 [cited 2021 Jul 22]; 15(4):1329-44. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2015.20268>.
14. Araujo ES, Quadros LCT. A care woven upon networks: versions of a clinical attendance in psychology graduation. *Estud pesqui psicol*. 2018 [cited 2022 Jan 13]; 18(3):873-90. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812018000300009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000300009).
15. Spink MJ. Clients, citizens, patients: considerations about the multiple logics of care in health services. *Saúde Soc*. 2015 [cited 2022 Jun 14]; 24(Supl.1):115-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010>.
16. Amorim MMA, Ramos N, Gazzinelli MF. Representações sociais das pessoas com diabetes mellitus: implicações no controle glicêmico. *Psic, Saúde Doenças*. 2018 [cited 2022 Jan 11]; 19(2):293-309. DOI: <https://doi.org/10.15309/18psd190211>.
17. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Health care: caregiver sociabilities and emancipatory subjectivities. *Psicol Soc*. 2018 [cited 2022 Jan 11]; 30:e177179. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30177179>.