

MARIA MARTA AMANCIO AMORIM

**REPRESENTAÇÕES IDENTITÁRIAS,
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DAS
PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2:
IMPLICAÇÕES NO CONTROLE GLICÊMICO**

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012**

MARIA MARTA AMANCIO AMORIM

**REPRESENTAÇÕES IDENTITÁRIAS,
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DAS
PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2:
IMPLICAÇÕES NO CONTROLE GLICÊMICO**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem
Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Flávia Gazzinelli

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012**

Amorim, Maria Marta Amâncio.
A524r Representações identitárias, representações sociais da alimentação das
pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 [manuscrito]: implicações no
controle glicêmico. / Maria Marta Amancio Amorim. -- Belo
Horizonte: 2012.
166f.: il.
Orientadora: Maria Flávia Gazzinelli.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Diabetes Mellitus Tipo 2/prevenção & controle. 2. Glicemia. 3.
Alimentação. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Psicologia Social. 6.
Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Maria Flávia. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WK 810

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

AGRADECIMENTOS

“As minhas obras não sou eu quem as realiza mas a força de Deus-Pai que permeia os céus e a terra” (Masaharu Taniguchi).

Agradeço a Deus Pai pela vida de
meus pais
meus irmãos, sobrinhos e cunhados
meus amigos
minha professora orientadora do doutorado
minha orientadora do doutorado sanduíche
professores que compuseram a banca de defesa da tese
professores com quem convivi no doutorado
colegas com quem convivi no doutorado
funcionários da unidade básica de saúde estudada
usuários com diabetes *mellitus* tipo 2 estudados
autores descritos nesta obra

Muito obrigada!

Papai e Mamãe, pela minha vida plena de realizações.

Flávia, pela brilhante orientação no doutorado.

Natália, pela orientação e acolhida no estágio de doutorado sanduíche.

A todos vocês,

Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CONTEXUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	14
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Geral	20
1.2.2 Específicos	20
CAPÍTULO 2 DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	21
2.1 UMA CONDIÇÃO CRÔNICA	21
2.2. O AUTOCUIDADO	25
2.3 O CONTROLE GLICÊMICO	29
CAPÍTULO 3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	33
3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	34
3.2. REPRESENTAÇÕES IDENTITÁRIAS	37
3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS ALIMENTARES	40
CAPÍTULO 4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	45
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	46
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	47
4.4 COLETA DE DADOS	48
4.4.1 COLETA DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DOS DADOS QUALITATIVOS	48
4.4.2. COLETA DOS DADOS BIOQUÍMICOS, ANTROPOMÉTRICOS E CLÍNICOS	50
4.4.2.1 Hemoglobina glicada	51

4.4.2.2	Triglicerídeos e colesterol total	51
4.4.2.3	Peso e altura	51
4.4.2.4	Circunferência abdominal	52
4.5	ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	51
4.5.1	ANÁLISE DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DOS DADOS QUALITATIVOS	51
4.5.2	ANÁLISE DOS DADOS BIOQUÍMICOS, ANTROPOMÉTRICOS E CLÍNICOS	53
CAPÍTULO 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		55
5.1	CONTEXTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	55
5.2	REPRESENTAÇÕES IDENTITÁRIAS DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	58
5.2.1	SER DIABÉTICO É SER NORMAL	58
5.2.1.1	Ter vida normal	59
5.2.1.2	Sentir bem	60
5.2.1.3	Ter controle	62
5.2.2	SER DIABÉTICO É ACEITAR A DOENÇA	65
5.2.3	SER DIABÉTICO É TER UMA VIDA COM DE DIFICULDADES	67
5.2.4	SER DIABÉTICO É SER INCONFORMADO	69
5.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	72
5.3.1	COMER SAUDÁVEL	73
5.3.2	COMER REDUZIDO	77
5.3.3	COMER VERDURAS E FRUTAS	81
5.3.4	DESVIAR DOS DOCES	87
5.3.5	NÃO COMER DE TUDO	92
5.3.6	NÃO COMER MUITO	97
5.3.7	NÃO SEGUIR A DIETA	102
5.4	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS <i>NORMAIS</i>	104
5.5	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS QUE <i>ACEITAM A DOENÇA</i>	108
5.6	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS QUE TÊM UMA VIDA COM DIFICULDADES	111
5.7	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS INCONFORMADAS	114
5.8	O CONTROLE GLICÊMICO DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2	117

CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
APÊNDICES	152
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	152
APÊNDICE B – IMPRESSO PARA COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	154
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	155
APÊNDICE D – IMPRESSO PARA COLETA DOS DADOS BIOQUÍMICOS E ANTROPOMÉTRICOS	156
APÊNDICE E – IMPRESSO PARA COLETA DADOS CLÍNICOS	157
APÊNDICE F – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DAS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2 DISTRIBUÍDOS POR SEXO	158
APÊNDICE G – DADOS BIOQUÍMICOS E ANTROPOMÉTRICOS DAS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2 CONFORME REPRESENTAM A IDENTIDADE	160
APÊNDICE H – DADOS CLÍNICOS DAS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2 CONFORME REPRESENTAM A IDENTIDADE	163
ANEXOS	165
ANEXO A – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA MINAS GERAIS	165
ANEXO B – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE	166

LISTA DE TABELAS

1	Dados sócio-demográficos do grupo de pessoas com DM2 distribuídos por sexo. Belo Horizonte, 2012.	56
2	Valores médios da hemoglobina glicada do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2012.	118
3	Uso insulina, prática de exercício físico, presença de hipertensão arterial, tempo de doença do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2010.	123
4	Valores médios do índice de massa corporal do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2012.	124
5	Valores médios da circunferência abdominal do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2012.	125
6	Valores médios do colesterol do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade, Belo Horizonte, 2012	126
7	Valores médios dos triglicerídeos do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade, Belo Horizonte, 2012	127
8	Dados sócio-demográficos das pessoas com DM 2 do sexo feminino. Belo Horizonte, 2010.	158
9	Dados sócio-demográficos das pessoas com DM 2 do sexo masculino. Belo Horizonte, 2010	159
10	Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas <i>normais</i> . Belo Horizonte, 2010.	160
11	Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas que <i>aceitam a doença</i> . Belo Horizonte, 2010.	161
12	Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas que <i>têm uma vida com dificuldades</i> . Belo Horizonte, 2010.	161
13	Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas <i>inconformadas</i> . Belo Horizonte, 2010.	162
14	Dados clínicos - tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas <i>normais</i> . Belo Horizonte, 2010.	163
15	Dados clínicos - tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas que <i>aceitam a doença</i> . Belo Horizonte, 2010.	163
16	Dados clínicos - tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas que <i>têm a vida com dificuldades</i> . Belo Horizonte, 2010.	164
17	Dados clínicos - tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas <i>inconformadas</i> . Belo Horizonte, 2010.	164

LISTA DE QUADROS

1	Categorias das representações identitárias do grupo de pessoas com DM2. Belo Horizonte, 2010.	58
2	Categorias das representações sociais da alimentação do grupo de pessoas com DM2. Belo Horizonte, 2010.	73
3	Participantes <i>normais</i> e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.	105
4	Participantes que <i>aceitam a doença</i> e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.	109
5	Participantes que <i>têm uma vida com dificuldades</i> e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.	112
6	Participantes <i>inconformados</i> e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.	115

LISTA DE FIGURAS

1	Laços dinâmicos entre processos identitários e representações	39
---	---	----

LISTA DE SIGLAS

DM	- Diabetes <i>mellitus</i>
DM2	- Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
ESF	- Estratégia da saúde da família
HbA1c	- Hemoglobina glicada
HDL	- Low density lipoprotein
IMC	- Índice de massa corporal
LDL	- High density lipoprptein
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de apoio à saúde da família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Representações identitárias, representações sociais da alimentação das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2: implicações no controle glicêmico

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2) é uma doença crônica caracterizada por níveis de insulina inadequados tendo como resultado a hiperglicemia. Para reduzir os níveis glicêmicos e evitar as complicações da doença, são adotadas práticas de autocuidado como alimentação saudável, exercícios físicos e medicamentos. O autocuidado não é tarefa fácil para a maioria das pessoas com DM 2. Ao descobrirem a doença, elas experimentam rupturas na sua identidade e nos comportamentos adotados antes da doença, principalmente no que concerne à alimentação. A identificação dos aspectos limitantes e da forma singular como as pessoas articulam aspectos diferentes que se interagem na produção do autocuidado e no controle glicêmico, é favorecida pelo conhecimento da subjetividade e dos significados por elas atribuídos à doença. Uma das formas de se aprofundar o conhecimento da visão subjetiva da pessoa com DM 2 é buscar suas representações sociais. As representações sociais oferecem as estruturas cognitivas relativamente estáveis que contribuem para a definição da identidade. Nessa ótica, podem ser compreendidas como representações identitárias, fenômeno dinâmico composto pelas representações de si-mesmo e representações dos grupos. As representações sociais que se pretende estudar são partilhadas pelas pessoas com DM 2 e são relativas a objetos de seu entorno, a identidade social e a alimentação. Assim, este estudo analisou a relação entre representações identitárias, representações sociais da alimentação das pessoas com DM2 e seu controle glicêmico. Os dados sócio-demográficos, clínicos, antropométricos e bioquímicos de 34 usuários com DM2 de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte foram coletados. Para os dados qualitativos utilizou-se a técnica da associação livre de palavras com justificativas de questões referentes à identidade e à alimentação. Os discursos foram gravados, transcritos, categorizados e interpretados pela técnica da análise do conteúdo temático-categorial. As teorias da representação social e da representação identitária e os processos identitários foram empregadas como referencial teórico. Para analisar a relação entre as representações identitárias e as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico utilizou-se os valores da hemoglobina glicada. As interações mediadas pelos processos identitários, comparação social, atribuição social e categorização, além da objetivação e ancoragem, proporcionaram a construção social das representações identitárias *normal*, *aceitar a doença*, *ter uma vida com dificuldades* e *ser inconformado*. Os participantes *normais* declaram que *comem saudável*, *comem pouco*, *comem verduras e legumes* e *desviam dos doces*. Eles têm atitudes positivas de responsabilização pela saúde que levam às práticas alimentares saudáveis e contribuem para a glicemia normal. *Não comer muito*, *não comer de tudo* e *desviar dos doces* é a maneira como os participantes que *aceitam a doença* representam sua alimentação. Eles esperam, dos profissionais da saúde, a condução do tratamento e, de Deus, a cura do DM2, atitudes de não responsabilização pela saúde que conduzem às práticas alimentares inadequadas que levam ao descontrole glicêmico. Os participantes com *dificuldades* representam a alimentação em *não comer de tudo*, *não comer muito*, *não seguir a dieta* e *comer verduras e frutas*. Os comportamentos e as atitudes desses participantes que *têm dificuldades* de revelar a identidade e de se cuidarem resultam no controle glicêmico inadequado. Os participantes *inconformados* relatam *não comer muito*, *não comer de tudo* e *comer verduras e frutas*. Eles se pautam em atitudes desfavoráveis e negativas, nas dificuldades de aceitar o DM2, nas restrições alimentares que levaram a práticas alimentares não saudáveis e ao conseqüente descontrole glicêmico. Alguns participantes que *aceitam a doença*, *têm dificuldades* e *inconformados* possuem a glicemia normal pois realizam práticas alimentares saudáveis. As representações identitárias e as representações sociais da alimentação produzem práticas alimentares saudáveis ou não que contribuem para o controle ou o descontrole glicêmico dos participantes. Os obstáculos encontrados nas ações de autocuidado pelos participantes que julgam *aceitar a doença*, pensam ser *inconformados* e *têm dificuldades* devem ser compreendidos pela equipe de saúde multidisciplinar que atua na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* Tipo 2/prevenção & controle. Glicemia. Alimentação. Atenção Primária à Saúde. Psicologia Social. Dissertações Acadêmicas.

ABSTRACT

Identity representations, social representations in the feeding of people with type 2 diabetes mellitus: implications in glycemic control

Type 2 mellitus diabetes (DM 2) is a chronic disease characterized by inadequate insulin levels resulting in hyperglycemia. In order to reduce glucose levels and avoid the complications of the disease, self-care practices are adopted as healthy eating, exercise and medication. Self-care actions are not an easy task for most people with DM2. Once the disease is discovered people usually experience identity disruptions and changes in behavior especially regarding food. The identification of the limiting aspects and the unique way people articulate the different aspects that lead to self-care and self-control is favored by the knowledge of the subjectivity and the meaning attributed to illness. One way to deepen our understanding on the subjective view of people with type 2 diabetes is to search for their social representations. Social representations provide the relatively stable cognitive structures that contribute to the definition of identity. From this perspective, social representations can be understood as identity representations, a dynamic phenomenon composed of both the representation of the self and of the groups. The social representations focused in this study are those shared by people with type 2 diabetes and are related to the objects in their environment, their social identity and their eating habits. This study examined the relationship between identity and social representations in the diet of people with DM2 and their glycemic self-control. We used socio-demographic, clinical, anthropometric and biochemical data from 34 patients with type 2 diabetes in a primary care unit in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. We used the technique of free association of words with explanations of issues relating to the identity and eating habits. The speeches were recorded, transcribed, categorized and interpreted according to the content categorical analysis technique. The theoretical framework were the theories of social representation and identity representation as well as identity processes. To analyze the relationship between the identity and social representations in feeding practices and glycemic control, we used the values of glycosylated hemoglobin. The interactions mediated by identity processes, social comparison, social attribution and categorization, provided the social construction of identity representations. The participants of the study were classified according to four categories, *normal*, *accepting the disease*, *a life with difficulties* and *discontent*. The *normal* participants declared that they eat healthy, eat little, eat vegetables and avoid candies. This group has positive attitudes towards health with healthy eating habits which contributes to normal blood glucose. Do not eat too much, not eating whatever food and avoiding candies is the way in which participants of the group *accepting the disease* represents their feeding habits. They have hope in that health care professionals and God would cure their type 2 diabetes. This attitude of non-responsibility for their health leads to inadequate eating habits causing the loss of glycemic control in this group. The group categorized as having *difficulties* represents their feeding habits as not eating whatever food, not eating much, not following the diet and eating vegetables and fruits. The behavior of this group results in poor glycemic control. Participants in the *discontent* group report not eating much, not eating whatever food and eating vegetables and fruits. They are guided by unfavorable and negative attitudes, by the difficulties in accepting the DM2, and by dietary restrictions that lead to unhealthy eating practices and the consequent loss of glycemic control. Some participants *accepting the disease*, and some having *difficulties* have normal blood glucose because they keep healthy food practices. The identity and social representations in feeding practices may produce healthy or unhealthy eating habits, which may affect the glycemic control of the participants.

This study draws attention to the fact that the obstacles encountered by patients in their self-care should be taken into account by the multidisciplinary health team engaged in primary health care.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2/prevention & control. Glycemia. Feeding. Primary Health Care. Social Psychology. Academic Dissertations.

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) configura-se hoje como uma epidemia mundial. A incidência e a prevalência estão aumentando principalmente nos países em desenvolvimento e nos recentemente industrializados. Seu impacto na saúde pública no âmbito mundial consiste em problemas sociais como a diminuição da qualidade de vida e a sobrevida das pessoas com DM2 e problemas econômicos como a redução da produtividade e os altos custos do tratamento (SBD, 2009).

Dentre os diversos tipos de diabetes, o DM2 é responsável por 90% a 95% dos casos. É caracterizado pelo desequilíbrio do metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, associado a uma deficiência na secreção e/ou ação do hormônio insulina secretado pelo pâncreas. Como consequência, ocorre a diminuição de sensibilidade tecidual ou de responsividade à insulina elevando a glicemia. Como forma de combater as complicações advindas da hiperglicemia, a meta do tratamento consiste em atingir os níveis normais da glicemia (FRANZ, 2002).

A pessoa com DM2, se não for adequadamente tratada e controlada, pode desenvolver complicações agudas como a hipoglicemia e a hiperglicemia e complicações crônicas como alterações progressivas na retina, rins, nervos periféricos e desencadear lesões ateroscleróticas do coração, membros periféricos e cérebro (FRANZ, 2002).

Devido à exigência do controle constante da glicemia, à cronicidade e ao fato de não ter cura, a pessoa com DM2 permanece vinculada ao sistema de saúde por décadas e necessita de uma atenção contínua centrada no cuidado integral, fornecida pelos profissionais da equipe da estratégia da saúde da família (ESF) e do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), nas ações de promoção, monitoramento e prevenção das complicações do DM2 (BRASIL, 2009 a). A complexidade do cuidar das pessoas com DM2 requer uma abordagem interdisciplinar¹ com profissionais de saúde abertos

¹ Nível de associação entre disciplinas “em que a cooperação provoca intercâmbios reais, isto é, existe verdadeira reciprocidade no intercâmbio e, conseqüentemente, enriquecimentos mútuos” (SANTOMÉ, 1998, p. 70)

ao diálogo e dispostos a planejar consultas e intervenções apropriadas para as necessidades específicas das pessoas com DM2 centradas nas ações de autocuidado e controle glicêmico.

As ações de autocuidado envolvem o cumprimento de práticas referentes a alimentação, exercício físico e uso de medicamentos realizados pela própria pessoa. O controle glicêmico refere-se ao monitoramento das condições de saúde-doença executado pela própria pessoa segundo parâmetros objetivos – a glicemia ou subjetivos – a percepção corporal dos sintomas da hipoglicemia e hiperglicemia (CYRINO, 2009; ADA, 2010).

Apesar da capacidade de adaptação do homem à realização do autocuidado e do controle glicêmico, o cumprimento dessas práticas não é fácil para a maioria das pessoas com DM2 pois, a partir da descoberta da doença, a estrutura da vida cotidiana e as formas que a sustentam são interrompidas (BURY, 1982).

Em decorrência da doença, ocorrem rupturas na identidade, que podem ser de caráter permanente e com impacto nos hábitos de vida. Na relação da pessoa com outros, a identidade pode ser construída ou reconstruída (WILLIAMS, 2000). Nessa fase, a dificuldade de reconhecer e aceitar ser portador de algo novo e desconhecido pode gerar sentimentos de tristeza, revolta, medo e pavor. Após um tempo, as pessoas podem se adaptar às novas condições de vida, superando os obstáculos referentes ao autocuidado e controle glicêmico (CYRINO, 2009).

Ao efetivar as ações de autocuidado e controle glicêmico as pessoas com DM2 estudadas por Cyrino (2009) encontraram obstáculos relacionados à ruptura provocada na vida pelo adoecer, ao medo das complicações e à inserção das ações de autocuidado no cotidiano, com destaque para o controle da alimentação, a ação mais difícil de ser executada. Além disso, elas relataram dificuldades de cuidar de outras pessoas, da falta de cuidado da família e da inadequada comunicação com os profissionais de saúde.

Em razão do cuidado necessário em diversas esferas da vida cotidiana, a convivência com os limites impostos pela condição de ser uma pessoa com DM2 é cheia de conflitos, rupturas, questionamentos e inconformismo. A identificação dos aspectos limitantes e da forma singular como as pessoas articulam aspectos diferentes que se interagem na produção do autocuidado e no controle glicêmico, principalmente em relação à alimentação, é favorecida pelo conhecimento da subjetividade e dos significados por elas atribuídos à doença (CYRINO, 2009).

A subjetividade está comprometida de forma permanente com as ações do sujeito nos diferentes espaços em que participa (REY, 2009). A subjetividade articula-se com as representações sociais, “uma produção subjetiva complexa que simultaneamente está constituída na subjetividade individual e na social” (REY, 2006, p. 75). Nesse contexto, uma das formas de se aprofundar o conhecimento da visão subjetiva da pessoa com DM2 é buscar suas representações sociais.

A doença estudada, o DM2, é um objeto de representação social, pois “o caráter estranho e ameaçador próprio da doença responde pela extrema capacidade em gerar representações” (SÁ, 1998, p. 36). É a partir das representações sociais de quem sofre a doença que se estabelecerá o próprio sentido de sua experiência que, por sua vez, orientará seu comportamento, princípio que norteou a escolha das pessoas com DM2 como o sujeito social das representações sociais a serem estudadas.

O modo como as pessoas com DM2 se percebem, como percebem os outros a partir do diagnóstico e as representações sociais sobre suas pertencas sociais determinam, em parte, a maneira como representam alguns objetos sociais relevantes, como a identidade. Assim, uma das representações sociais que se pretende estudar é partilhada pelas pessoas com DM 2 e é relativa a um objeto do seu entorno, a parte da sua identidade que refere à doença.

As representações sociais oferecem as estruturas cognitivas relativamente estáveis que contribuem para a definição da identidade. Nessa ótica, a identidade pode ser compreendida como representações identitárias, fenômeno dinâmico composto pelas representações de si-mesmo e representações do grupo, essencialmente fabricadas e modeladas nas relações sociais, sendo assumidas e vividas pelos indivíduos que estão doentes (DESCHAMPS; MOLINER, 2009). As representações sociais possuem um aspecto impessoal, ao pertencer a todos, uma vez que são a representação de outros e também uma representação pessoal, percebida efetivamente como pertencente ao ego (MOSCOVICI, 2004).

As representações sociais têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais porque respondem a quatro funções essenciais. A função do saber é aquela segundo a qual as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade; a função da orientação, a função em que as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas. A função justificadora é aquela segundo a qual as representações sociais permitem a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos e a função identitária, a função em que as representações sociais

definem a identidade. Ao compreender essas funções essenciais das representações sociais verifica-se que existe relação entre as representações sociais, a identidade e as práticas sociais (ABRIC, 1998).

Sabe-se que prática social é uma ação de indivíduos seja em contextos particulares ou interações sociais e, na literatura sobre representações sociais, o comportamento de indivíduos, como membros de um grupo, assume a forma de prática social (GIAMI, 1997; WACHELKE; CAMARGO, 2007). Dessa forma, neste estudo, propõe-se analisar a forma singular como as pessoas com DM2, com suas identidades próprias, representam a alimentação², o outro objeto social a ser estudado.

A alimentação é uma questão que preocupa particularmente o grupo de pessoas com DM2, pois é um dos obstáculos mais difíceis de ser superados (ANDERSON et al., 1998; TOLJAMO; HENTINEN, 2001; ABDOLI et al. 2008; CYRINO, 2009; PONTIERI; BACHION, 2010) e a primeira limitação com a qual as pessoas se defrontam ao serem diagnosticadas com DM 2, devido a seu caráter proibitivo, sendo motivo de estresse, discriminação e opressão (MOTTA, 2009). Além disso, a alimentação é a principal causa do controle insatisfatório da doença, devido às informações insuficientes ou incorretas, às atitudes negativas e às representações sociais das pessoas com DM2 (MOTTA, 2009). Como a alimentação é um dos cuidados que mais se correlaciona com o controle glicêmico, os valores da glicemia, medidos pela hemoglobina glicada (HbA1c), podem indicar a eficácia das ações de cuidado com a alimentação (SOUSA et al., 2005; SIGH; PRESS, 2008; ORTIZ et al. 2010) e devem ser monitorados trimestralmente (SBD, 2009; ADA, 2010).

Para o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento dos obstáculos surgidos no cotidiano, que interferem no autocuidado e controle glicêmico dos usuários com DM2 da atenção primária à saúde, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar compreenda as representações sociais da alimentação em que se ancoram essas pessoas e a construção de suas identidades. Considerar a relação entre as representações identitárias, as representações sociais da alimentação e o autocontrole glicêmico significa estar atento à forma como esses usuários transformam as informações recebidas dos profissionais de saúde e as colocam em prática permitindo se autocuidar e se autocontrolar de forma adequada ou não.

² Refere-se à prática ou comportamento alimentar que se inicia com a seleção, preparo e consumo de alimentos (BRASIL, 2006 b).

A teoria das representações sociais será empregada para analisar essa relação, pois as representações sociais são ao mesmo tempo:

“produto e o processo de uma atividade mental, através do qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico” (ABRIC, 1987, p. 64).

Essa realidade é reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída em seu sistema cognitivo, integrada em seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca. A identificação dessa realidade que as pessoas ou grupos têm e utilizam para agir e para tomar decisão é indispensável para se compreender os determinantes da alimentação (ABRIC, 1998).

Pesquisas qualitativas envolvendo a relação entre as representações identitárias, as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico não foram encontradas na literatura. De modo semelhante, tampouco se encontraram estudos que apreendem as representações identitárias e as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2.

Em relação à alimentação das pessoas com DM2, outras abordagens de pesquisa qualitativa foram empregadas. Péres, Franco e Santos (2006) apreenderam os pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à dieta de mulheres com DM2. Essas pessoas relatam dificuldade no seguimento do plano alimentar prescrito, em função dos diversos significados associados, como perda do prazer de comer e beber, da autonomia e liberdade para se alimentar.

Pontieri e Bachion (2010) analisaram as crenças sobre saúde das pessoas com DM2 a respeito da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Os discursos revelam crenças restritivas em relação à alimentação que funcionam como barreira à implementação do plano alimentar. Essas crenças devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde, pois influenciam na adesão ao tratamento do DM2.

Santos e Araújo (2011) caracterizaram as dificuldades encontradas para mudanças de práticas alimentares de pessoas com DM2 atendidas em consultório de nutrição de um ambulatório de alta complexidade. O fato de os profissionais de saúde não compreenderem as práticas alimentares em sua multidimensionalidade dificulta a relação com as pessoas que não aderem satisfatoriamente ao plano alimentar. Os valores culturais e afetivos e limitações econômicas também interferem na adesão ao tratamento.

Essas investigações contribuem para um redimensionamento da atuação dos profissionais de saúde com o objetivo de melhorar as práticas referentes ao autocuidado e controle glicêmico levando em consideração crenças sobre saúde, fatores culturais, atitudes e sentimentos das pessoas com DM2.

Este estudo se justifica, uma vez que processos educativos mais resolutivos centrados no autocuidado e controle glicêmico podem ser desenvolvidos, se pautados nas representações identitárias e nas representações sociais sobre a alimentação das pessoas com DM2 que deles participarem.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GERAL

Analisar a relação entre as representações identitárias, as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico das pessoas com DM2.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o contexto sócio-demográfico das pessoas com DM2.
- b) Identificar as representações identitárias das pessoas com DM2.
- c) Identificar as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2.
- d) Relacionar as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2 conforme representam a identidade.
- e) Relacionar o controle glicêmico, o controle metabólico e os dados clínicos das pessoas com DM2 conforme representam a identidade e a alimentação.

CAPÍTULO 2 DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

2.1 UMA CONDIÇÃO CRÔNICA

O DM2 é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina, produzida pelo pâncreas e/ou de sua incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos no organismo. Caracteriza-se pelo comprometimento do metabolismo da glicose que resulta em hiperglicemia crônica (FRANZ, 2002; SBD, 2009).

O DM2 insere-se no grupo das doenças crônicas não transmissíveis, um subgrupo de doenças caracterizadas por apresentar longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito dos acometidos (COUTINHO et al., 2004).

Essas doenças crônicas são responsáveis por 63% das mortes totais ocorridas no mundo em 2008 e no Brasil, em 2007, por 72%. O diabetes *mellitus* (DM) contribui com 5,2% do total dessas mortes. Nos países com prevalência elevada, um em cada quatro óbitos em indivíduos adultos, com idade entre 35 e 64 anos, decorre dessa doença ou de suas complicações. No Brasil, o DM encontra-se entre as dez principais causas de óbitos (LOTUFO, 1998).

O número de pessoas com DM em todo mundo era 177 milhões no ano de 2000 e, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), há expectativas de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (SARRAFZADEGAN et al. 2009). O aumento da incidência e prevalência do DM está associado aos fatores de risco que incluem idade avançada, obesidade, história familiar de DM, história anterior de DM gestacional, homeostasia deficiente de glicose, inatividade física e alimentação inadequada (FRANZ, 2002).

A prevalência de diagnóstico médico autorreferido em DM no Brasil, segundo dados de 2011 do estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizado em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, é de 5,6% (BRASIL, 2012).

Em Minas Gerais, estima-se que 10% dos adultos tenham DM (OMS, 2011). Dentre as 10 principais causas de mortalidade em Minas Gerais no sexo masculino,

quatro estão relacionadas à hipertensão arterial e/ou DM e, no sexo feminino, essas causas ocupam as quatro primeiras posições (ENSP/FIOCRUZ, 2011). Em Belo Horizonte, a prevalência do DM em mulheres adultas (5,5%) é ligeiramente maior do que em homens adultos (4,1%). A prevalência em brasileiros com mais de 65 anos é de 21,6%, mostrando a progressão desse indicador conforme o aumento da idade (OMS, 2011).

O DM2, sob a perspectiva clínicoepidemiológica, é uma doença de longo período de latência, curso assintomático prolongado e envolvimento de múltiplos fatores de risco, acarretando complicações agudas e crônicas (LESSA, 1998; SCHIMIDT, 2004). Essas complicações estão associadas a fatores condicionantes que advêm do estilo de vida da pessoa com DM2, ou seja, de como controla os níveis glicêmicos por meio do autocuidado.

As complicações agudas ocorrem quando há desvios muito acentuados e persistentes do controle glicêmico satisfatório, 60 a 200 mg/dL, como a hipoglicemia e hiperglicemia que pode ocorrer ao longo do dia caracterizando a descompensação metabólica (SCHIMIDT, 2004; SBD, 2011 a).

A hiperglicemia consiste no aumento da taxa de glicose (> 300 a 350 mg/dL) que pode evoluir para complicações graves como cetoacidose ou coma hiperosmolar não-cetótico (> 600 a 800 mg/dL), devendo ser detectada e tratada prontamente. A hipoglicemia refere-se à diminuição dos níveis glicêmicos (< 50 ou 60 mg/dL) causada pelo desequilíbrio entre a ação medicamentosa, comumente a insulina, a alimentação e o exercício físico, podendo ser assintomática. Geralmente é acompanhada de sintomas neuroglicopênicos – fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão e de manifestações de liberação do sistema simpático – sudorese, taquicardia, apreensão e temor (SCHIMIDT, 2004).

As complicações crônicas próprias do DM2 são referidas como microvasculares e incluem a retinopatia – manifesta como perda gradual da acuidade visual e principal causa da cegueira; a nefropatia – ligada à insuficiência renal que leva à morte por uremia ou problemas cardiovasculares; neuropatia – múltiplos sinais e sintomas dependentes de sua localização nas fibras nervosas sensoriais; pé diabético – leva a insuficiência vascular, neuropatia periférica, deformidades, úlceras e amputação; aterosclerose – afeta as artérias do coração, dos membros inferiores e do cérebro, sendo a principal causa de morte por DM; a hipertensão – a prevalência é aumentada e

sua presença acelera a aterosclerose, a nefropatia e a retinopatia (AMOS; MCCARTY; ZIMME, 1997; SCHIMIDT, 2004).

O DM2, pelo longo curso clínico, irreversibilidade e alta prevalência, representa sérios problemas de saúde pública. O impacto provocado por essa enfermidade leva a consequências econômicas e sociais, compromete a qualidade de vida e sobrevivência das pessoas, especialmente quando mal controlada (ZIMMET et al. 2001; SHADAM, 2009).

Em se tratando de DM2, a experiência de estar doente implica em como a doença é percebida e vivida pelas pessoas e familiares desde o diagnóstico (LESSA, 1998; LUBKLIN; LARSEN, 2006). Segundo Bury (1982) ocorrem nessas pessoas modificações na identidade, na estrutura dos significados, nas relações e na organização concreta da vida impostas pela doença.

Bury (1982), pesquisador da área da sociologia das doenças, denomina essas alterações na dinâmica e nas relações do indivíduo consigo mesmo e o mundo de ruptura biográfica. A doença crônica se desenvolve numa situação crítica, como uma experiência importante em que as estruturas da vida cotidiana e as formas de conhecimento que as sustentam se rompem. Primeiramente há ruptura dos comportamentos que as pessoas julgam ser habituais e corretos. Em seguida, há rupturas mais profundas nos sistemas explicativos que as pessoas normalmente usam para entender as doenças. E, finalmente, a pessoa reage à doença, mobilizando recursos no enfrentamento da situação alterada (BURY, 1982).

Williams (2000) complementa o conceito de ruptura biográfica ao dizer que a pessoa doente, em determinadas situações, não julga a ocorrência da doença como ruptura mas como continuidade e elemento de confirmação e reforço biográfico, ou como doença normal e inevitável. Ele denominou esse processo de reconstrução biográfica ou fluxo biográfico.

Embora Bury e Williams tenham estudado as pessoas recentemente diagnosticadas com artrite reumatoide, doença crônica com sintomas físicos de dores que gera sofrimento físico, as rupturas que ocorrem nessas pessoas se assemelham para outras doenças crônicas, inclusive o DM2 em que pessoas podem ou não experimentar os sintomas clássicos.

Os estudos de Bury (1982) e Williams (2000) contribuem para que os profissionais de saúde entendam a necessidade do “paciente” de reconstruir uma forma diferente de vida após o diagnóstico da enfermidade. Esse pensamento rompe com o

paradigma da sociologia funcionalista de Parsons, em que cabe ao doente o papel de cumprir as prescrições médicas (PARSONS, 1955).

Os profissionais de saúde devem superar o paradigma biomédico de serem os peritos responsáveis pela cura de doenças e ajudar as pessoas a alcançar a saúde e a normalidade dos exames bioquímicos (OLIVER, 1998) por meio de uma visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, nas ações de assistência ao usuário da atenção primária à saúde (BRASIL, 2000 b).

Para garantir o acesso e fortalecer a participação contínua do usuário com DM2 nos cuidados, o Ministério da Saúde (MS) propõe, nas ações de assistência na atenção primária à saúde, a adoção do modelo de cuidados crônicos. Esse modelo inclui, como principais componentes, a atenção à saúde planejada, contínua e de alta qualidade; a atenção clínica eficaz que fomente e apoie o autocuidado e o controle glicêmico do usuário; o emprego de estratégias de intervenção como o planejamento de ações, a resolução de problemas e a avaliação de metas (WAGNER, 1998).

Para o gerenciamento do autocuidado e do autocontrole em DM2, com a finalidade de manter a glicemia, evitar complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo, recomenda-se que os usuários com DM2 da atenção primária à saúde participem regularmente das consultas fornecidas pelas unidades básicas de saúde (UBS).

Nas consultas e intervenções, o MS sugere que os profissionais da ESF e do NASF adotem a abordagem centrada no paciente, que consiste em avaliar o processo de doença por meio dos métodos objetivos – história clínica, exames físicos, bioquímicos e antropométricos, terapia medicamentosa, alimentação, exercício físico e dos métodos subjetivos – que procuram entrar no mundo da pessoa para entender sua experiência única de estar doente (MINAS GERAIS, 2006; SBD, 2009; ADA, 2010; BROWN; WESTON; STEWART, 2010).

O planejamento do manejo dos cuidados a ser realizado pela pessoa deve ser formulado como uma aliança terapêutica colaborativa entre a ESF, o NASF e o próprio usuário com DM 2, com envolvimento da família, para manter a eficácia das ações de autocuidado e autocontrole (MINAS GERAIS, 2006).

A seguir, os temas referentes ao autocuidado e o controle glicêmico serão discutidos.

2.2. O AUTOCUIDADO

O autocuidado é uma “prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (OREM, 1985, p. 84). O autocuidado em DM2 refere-se ao conjunto de atividades que envolvem a alimentação, o exercício físico e o uso de medicamentos realizado pela própria pessoa (CYRINO, 2009). A inserção das práticas de autocuidado no cotidiano das pessoas com DM2 é uma exigência imposta pela doença com a finalidade de prevenir as complicações agudas e crônicas (SBD, 2009).

Em relação à alimentação das pessoas com DM2 preconiza-se que seja avaliada pelo nutricionista³ por meio da aplicação de métodos que estimam os tipos de alimentos e as quantidades consumidas – recordatório 24 horas e diário alimentar; o consumo de alimentos ou grupos de alimentos – questionário de frequência alimentar e o padrão alimentar – história alimentar. A finalidade da avaliação do consumo alimentar é estimar se a ingestão de alimentos está adequada e identificar hábitos inadequados com a finalidade de elaborar o plano alimentar individualizado (MARCHIONI; SLATER; FISBERG, 2003; MARCHIONI; SLATER; FISBERG, 2004; FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005; FISBERG; MARCHIONI; COLLUCCI, 2009).

O plano alimentar elaborado em conjunto pela pessoa com DM2 e o profissional de saúde, deve atender a suas necessidades nutricionais levando em consideração idade, sexo, estado fisiológico e metabólico, níveis de atividade física, doenças intercorrentes, hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos, situação econômica, aspectos psicossociais e leis que regem a alimentação saudável (FRANZ, 2002).

As leis fundamentais da alimentação⁴ consistem na quantidade de alimentos suficiente para cobrir as exigências energéticas do organismo e a manutenção de seu equilíbrio; na alimentação completa em nutrientes para oferecer ao organismo todas as substâncias que o integram; nas quantidades dos diversos nutrientes que integram a alimentação preservando uma relação de proporção entre si e na finalidade da alimentação ajustada à adequação do organismo acometido ou não por alguma patologia (ESCUDERO, 1935).

³ O atendimento clínico individual pelo nutricionista, profissional do NASF é ocasional e ocorre somente quando o usuário necessita de cuidado nutricional específico (BRASIL, 2009 b).

⁴“Escudero, em 1935, estabeleceu leis quantitativas e qualitativas constantes e invariáveis aplicáveis aos indivíduos sadios e enfermos até os dias de hoje. “Essas leis são conexas e concordantes, de modo que o não cumprimento de uma, leva forçosamente ao não cumprimento das demais” (SOLA, 1988, p. 5)

Para adequar a alimentação para as pessoas com DM2, faz-se necessário que elas compreendam as alterações que a doença acarreta em seu organismo. Devido ao fato de a resposta da insulina ser muito lenta em processar a glicose dos alimentos, após uma refeição normal ocorrerá a hiperglicemia. Portanto as metas principais da terapia nutricional para a pessoa com DM2 são: evitar a sobrecarga da glicose sanguínea proveniente da metabolização dos alimentos e fazer com que as refeições forneçam o valor energético suficiente para a manutenção do peso corpóreo saudável (SBD, 2009).

A pessoa com DM2, sob a orientação do profissional de saúde, deve alimentar-se fracionando a necessidade energética diária entre cinco a seis refeições; 50% a 60% dessas necessidades devem ser oriundas dos carboidratos, de preferência complexos, 30% em gorduras, privilegiando as insaturadas, 10% de proteínas, além da presença das quantidades recomendadas de fibras, vitaminas e sais minerais. Pessoas que utilizam insulina devem manter o padrão alimentar constante em relação à quantidade de energia e de carboidratos consumidos entre as refeições (BRASIL, 2006 a).

Uma forma simplificada de atender as recomendações nutricionais descritas é auxiliar a pessoa com DM2 a comer todos os grupos de alimentos⁵ com seus respectivos nutrientes e nas porções adequadas⁶, de forma fracionada, conforme informações descritas no Guia Alimentar para a População Brasileira⁷ (FRANZ, 2002; BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006 b; SBD, 2009).

Todos os grupos de alimentos poderão ser consumidos pela pessoa com DM2, assim como as pessoas saudias, apenas evitando os alimentos que contenham carboidratos simples, como o açúcar, facilmente digerido e absorvido, que aumenta

⁵ Cereais, tubérculos e raízes – carboidratos complexos, fibras alimentares e vitaminas do complexo B, leguminosas – carboidratos complexos, proteína, fibras alimentares e ferro, verduras, legumes e frutas – fibras alimentares, pró-vitamina A, vitamina D, ácido fólico, potássio, ferro, carne e ovos – proteína, ferro, zinco, vitaminas do complexo; leite e derivados – proteína, cálcio, vitamina A, vitamina D; óleos e gorduras – vitamina E e ácidos graxos essenciais; açúcar – carboidratos simples (BRASIL, 2006 b).

⁶ Para uma dieta de 1600 kcal recomenda-se consumir cinco porções de cereais, tubérculos e raízes, uma porção de leguminosas, três porções de verduras e legumes, três porções de frutas, uma porção de carne ou ovo, três porções de leite e derivados, uma porção de óleos e gorduras e uma porção de açúcar – preferencialmente substituído pelo adoçante dietético (PHILIPPI et al., 1999)

⁷ Esse Guia fornece informações sobre os atributos da alimentação saudável para a população, a família, os profissionais de saúde, o governo e o setor produtivo de alimentos. Para os profissionais da saúde, os objetivos das orientações destinam-se a capacitá-los para orientar adequadamente os grupos populacionais saudáveis (BRASIL, 2006 b).

rapidamente a glicemia, devido ao alto índice glicêmico⁸. O açúcar poderá ser substituído pelos adoçantes dietéticos que contêm edulcorantes, substâncias químicas naturais ou sintéticas, que têm o poder adoçante superior à sacarose e não fornecem energia. O consumo de alimentos constituídos de carboidratos complexos, como o amido, presente nos cereais, tubérculos, raízes e leguminosas, deve ser privilegiado no dia a dia, pois são alimentos mais difíceis de serem digeridos e aumentam os níveis glicêmicos lentamente devido ao baixo índice glicêmico (SBD, 2009).

Em casos do nível glicêmico das pessoas com DM2 ficar abaixo do preconizado, ≤ 60 mg/dL, os alimentos ricos em carboidratos simples devem ser ingeridos para normalizar a glicemia. Se estiver normal, < 110 mg/dL, a ingestão desses açúcares deve ser moderada e, se estiver elevada, ≥ 200 mg/dL, o consumo deve ser restringido (SBD, 2009; SBD, 2011 a; SBD, 2011 b).

O outro tipo de autocuidado é a prática de exercício físico, uma atividade planejada, estruturada, repetida para melhorar a performance física, como caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar, entre outros esportes. Para as pessoas com DM2 sedentárias e com algum fator de risco, como idade superior a 35 anos ou com idade superior a 25 anos e mais de 10 anos de DM2, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e complicações crônicas, é necessário realizar teste de reforço clínico antes de iniciar o programa de exercícios físicos (SIGAL et al., 2006; SBD, 2009).

Os exercícios físicos aeróbicos como caminhada, ciclismo, corrida, natação, dança, entre outros e exercícios de resistência, como levantamento de peso realizados três vezes por semana, 30 a 60 minutos ou 150 minutos por semana com intensidade moderada, são eficazes na melhora do controle glicêmico. Além disso, o exercício físico reduz a necessidade de antidiabéticos orais, ajuda a promover o emagrecimento nas pessoas obesas, diminui os riscos de doenças cardiovasculares e melhora a qualidade de vida (SIGAL et al., 2006; SBD, 2009; ADA, 2010).

Antes de iniciar um programa de exercícios físicos deve-se ter cuidados extras com os usuários de insulina – reduzir a dose de insulina, injetá-la no abdômen ou membros menos exercitados, carregar alimento contendo carboidratos para eventual

⁸ O índice glicêmico classifica os alimentos pelo aumento da glicemia após duas horas da ingestão de uma porção de alimento que contenha 50 g de carboidrato disponível em relação à mesma quantidade de carboidrato presente no pão branco ou glicose (LAJOLO; MENEZES, 2006). A OMS recomenda a ingestão de alimentos de baixo índice glicêmico pelas pessoas com DM2, pois esses alimentos estão associados com melhor controle da glicemia (WHO, 2003).

crise e estar alerta para os sintomas da hipoglicemia (BRASIL, 2006 a; SIGAL et al., 2006; SBD, 2009; ADA, 2010).

Quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso das medidas dietéticas e do exercício físico, os antidiabéticos orais devem ser empregados. São substâncias que têm a finalidade de reduzir a glicemia e mantê-la normal – em jejum, glicose inferior a 100 mg/dL e pós-prandial, glicose inferior a 140 mg/dL (OLIVEIRA; MONTEIRO; ARAUJO, 2003) e promover a queda da HbA1c (SBD, 2009; SBD, 2011 b).

Algumas pessoas com DM 2 irão necessitar de terapia insulínica logo após o diagnóstico e muitas ao longo do tratamento, quando as doses máximas de duas drogas orais utilizadas por alguns meses não conseguem diminuir os níveis da HbA1c até sete por cento. Na maioria das pessoas com DM2, o controle glicêmico pode ser obtido pela harmonia entre os diferentes tipos de autocuidado como a alimentação, o exercício físico, os agentes orais e/ou o uso de insulina (ADA, 2010).

A adesão às ações de autocuidado em DM2 ainda é reduzida em países desenvolvidos, sendo da ordem de 50% e estima-se que, em países em desenvolvimento, esse percentual seja menor, comprometendo a efetividade do tratamento (THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR, 2005). No cumprimento das práticas de autocuidado, existem obstáculos que podem estar relacionados às limitações da própria doença, do próprio paciente, das redes de apoio e da própria assistência médica.

A alimentação é um forte aliado à terapêutica do DM2. Existem evidências científicas de que a mudança no estilo de vida, com implementação do exercício físico e do plano alimentar adequado é uma medida altamente eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares em pessoas com DM2 (TUOMILEHTO et al., 2001; LINDSTROM et al. 2003; DEEDWANIA; FONSECA, 2005) que possuem o maior risco de desenvolver essas doenças devido a hiperglicemia (DEEDWANIA; FONSECA, 2005; HOLMAN et al., 2008).

Embora os profissionais de saúde recomendem e orientem as medidas de autocuidado com a alimentação, cabe ao paciente organizá-las em seu cotidiano de vida (CYRINO; TEIXEIRA, 2009). Diversos autores contribuem para o entendimento das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com DM2 em função dos diversos significados associados, como perda do prazer de comer e beber, da autonomia e liberdade para se alimentar (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006), enfrentamento da

doença (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011), adaptação às recomendações dietéticas, controle permanente de desejos, prazeres, sensações e ansiedades (ANDERSON et al., 1998; SILVA, 2008 b; RIBAS, 2009); imposição restritiva e caráter proibitivo (MOTTA, 2009; PONTIERE; BACHION, 2010), falta de apoio familiar (PONTIERE; BACHION, 2010; TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011); dificuldades socioeconômicas (CORREIA, 2007); conhecimentos, percepções, atitudes e crenças (MOTTA, 2009).

Em relação a tomar o medicamento, dificuldades foram relatadas por 13,2% das pessoas com DM2 estudadas por Péres et al. (2007). Outros 26,6% têm dúvidas em relação aos horários, 26,6% se esquecem de tomar o medicamento, 26,6% não têm dificuldades de tomar a medicação e 7,0% recusam-se a tomar os medicamentos. A quantidade de medicamentos utilizados, os efeitos adversos, os altos custos, os mitos e as crenças construídas, o acesso à informação sobre os medicamentos, o caráter assintomático da doença foram outras dificuldades relatadas por pessoas com DM2 estudadas por Zanetti et al. (2006).

No processo de adesão às ações de autocuidado, as pessoas têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos e protagonistas de seu tratamento (ADA, 2010). A adesão não se limita somente ao cumprimento das determinações dos profissionais de saúde; há que se considerar a efetividade do tratamento (PONTIERE; BACHION, 2010).

Para que a alimentação seja eficaz, é imprescindível que o indivíduo tenha auto-eficácia para selecionar os tipos e a quantidade de alimentos a serem consumidos nas diversas refeições do dia.

2.3 O CONTROLE GLICÊMICO

O controle glicêmico consiste em um cuidado permanente referente ao monitoramento das condições de saúde-doença feito pela própria pessoa segundo parâmetros objetivos – a glicemia ou subjetivos – percepção corporal dos sintomas (CYRINO, 2009; ADA, 2010).

As pessoas com DM2 que mantêm o controle glicêmico adequado apresentam retardo no aparecimento e/ou progressões de complicações agudas e crônicas (UKPDS, 1998). Um dos objetivos essenciais do tratamento do DM2 deve ser a

obtenção de níveis glicêmicos tão próximos da normalidade quanto é possível alcançar na prática clínica (GAEDE et al., 2008).

A avaliação do controle glicêmico na prática clínica é feita por meio dos exames da glicemia em jejum, pré-prandial e pós-prandial e da hemoglobina glicada. A meta para a glicemia em jejum é < 100 mg/dL, pré-prandial < 110 mg/dL e pós-prandial < 140 mg/dL e para a hemoglobina glicada < 7% (ADA, 2010; SBD, 2011 b). Dentre esses indicadores, a hemoglobina glicada é o que melhor se relaciona com o risco de complicações futuras, mostrando que percentuais adequados estariam associados a menor número de complicações microvasculares (UKPDS, 1998).

Dessa maneira o padrão ouro para avaliar a glicemia média é a dosagem da hemoglobina glicada – HbA1c⁹. O resultado é expresso em percentual de hemoglobina ligada à glicose. No organismo, a glicose circulante liga-se a algumas proteínas, numa medida diretamente proporcional aos níveis de glicemia. Quanto maiores forem os níveis de glicose circulante, maior será o percentual de ligação dessa glicose com a hemoglobina. Como os eritrócitos têm um tempo de vida de 120 dias, a medida da HbA1c pode fornecer uma avaliação do controle glicêmico médio no período de 60 a 120 dias, diferentemente do teste de glicose em jejum que fornece o nível glicêmico no momento do teste (SHERWIN, 2001). Recomenda-se dosar a HbA1c trimestralmente até alcançar o controle e, depois, monitorar semestralmente (BRASIL, 2006 a; SBD, 2009).

Para complementar as informações proporcionadas pela HbA1c, recomenda-se que a própria pessoa realize a automonitorização glicêmica seguindo as orientações médicas¹⁰ com a finalidade de contribuir para a redução do risco de hipoglicemia e para a manutenção de uma boa qualidade de vida (BERGENSTAL; GAVIN, 2005). Os materiais para o monitoramento da glicemia capilar, os antidiabéticos orais e a insulina são fornecidos gratuitamente pelas UBS para os usuários com DM2 (BRASIL, 2006 c; BRASIL, 2009 a).

A dificuldade de manter a HbA1c no nível desejado, ao longo do tempo, está relacionada tanto ao estilo de vida, quanto ao tipo de medicação prescrita, e decorre

⁹ A1c expressa a fração da hemoglobina (Hb) que está ligada através do terminal NH2 da valina em uma ou ambas cadeias beta (SHERWIN, 2001).

¹⁰ Pessoas em início de tratamento, ajuste de medicamento, presença de infecções, submetidas à cirurgia, episódios graves de hipoglicemia, HbA1c elevada com glicemia de jejum normal: testes pré-prandiais, antes do café da manhã, almoço e jantar e pós-prandiais, duas horas após essas refeições. Pessoas em condição clínica estável: dois testes por semana, em diferentes horários. Pessoas insulinizadas e controladas: três testes por dia em diferentes horários (PIMAZONI NETTO et al., 2006).

principalmente do declínio da função secretora de insulina das células beta do pâncreas (UKPS, 1995; SBD, 2009). A natureza progressiva do DM2, caracterizada pela piora gradual da glicemia de jejum ao longo do tempo, faz com que haja necessidade de aumentar a dose dos antidiabéticos e acrescentar outros no curso da doença, como a insulina.

Os antidiabéticos orais se dividem naqueles que aumentam ou não a secreção de insulina¹¹ e naqueles que aumentam a secreção de insulina glicose-dependente e concomitantemente diminuem a secreção de glucagon.

A escolha do tipo de antidiabético oral será feita de acordo com os valores da glicemia de jejum e pós-prandial e da HbA1c, do peso, da idade, da presença de complicações e outros transtornos metabólicos, das doenças associadas e das possíveis interações com medicamentos (SBD, 2009).

A insulina é a mais efetiva medicação hipoglicemiante conhecida e pode reduzir a HbA1c aos níveis de controle desejáveis a partir de quaisquer níveis de HbA1c iniciais (NATHAM et al., 2006). Aproximadamente 40% dos sujeitos com DM2 precisam de insulina exógena para o controle adequado da glicose sanguínea (FRANZ, 2002).

Além da glicemia, recomenda-se, na prática clínica na atenção primária, a realização anual dos exames do colesterol total e suas frações e dos triglicerídeos, que contribuem para a manutenção do controle metabólico e conseqüentemente do controle glicêmico. Valores adequados de colesterol total (< 200 mg/dL), das frações do colesterol LDL¹² (<100 mg/dL), HDL¹³ (>40 mg/dL) e de triglicerídeos (< 150 mg/dL) são desejáveis nas pessoas com DM2 pois eles se associam com o menor risco de doenças cardiovasculares (SBD, 2009).

A presença de obesidade e de hipertensão arterial pode favorecer o desenvolvimento de resistência à insulina e síndrome metabólica. Portanto recomenda-se monitorar o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal para atingir os valores adequados e aferir a pressão arterial a cada consulta, com metas ideais de pressão sistólica <130 mmHg e diastólica de < 80 mmHg (SBD, 2009).

Outros exames diagnósticos e testes de rastreio para complicações do DM2 e para doenças concomitantes como as avaliações oftalmológicas, de excreção urinária

¹¹ O DM2 se caracteriza por dois defeitos fisiopatológicos principais: resistência à insulina que resulta em aumento da produção hepática de glicose e redução da sua utilização periférica e comprometimento da função secretora das células beta (SBD, 2009)

¹² LDL – *low density lipoprotein* (lipoproteína de baixa densidade).

¹³ HDL – *high density lipoprotein* (lipoproteína de alta densidade).

de albumina, *clearance* de creatinina realizados desde o diagnóstico se fazem necessários para evitar retinopatias, nefropatias, úlceras e o exame abrangente dos pés para evitar amputações (SBD, 2009; BRASIL, 2006 a).

Os percentuais de indivíduos que conseguem valores de HbA1c recomendados ainda são muito baixos. Somente 36% dos pacientes americanos submetidos ao tratamento nos anos de 1988 a 2000 conseguiram valores de HbA1c iguais ou menores que 7% (KORO et al. 2004). No Brasil, 73% das pessoas com DM2 avaliadas apresentaram mau controle glicêmico (MENDES et al., 2009). Em Minas Gerais, estima-se que dentre os adultos que tenham DM, 30% apresentam controle metabólico ruim (OMS, 2011).

O descontrole metabólico gera gastos excessivos em saúde, além da redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (DONAHUE; ORCHARD, 1992; ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002).

Segundo Araujo et al. (1999), para diminuir esses custos, recomenda-se que usuários do Sistema Único de Saúde iniciem o tratamento nas UBS pautado no modelo de cuidados crônicos (WAGNER, 1998) e na abordagem centrada na pessoa (BROWN; WESTON; STEWART, 2010).

As pessoas com DM2 que não conseguem o controle glicêmico não devem ser rotulados pela ESF e NASF como desobedientes às recomendações médicas (ESTUPINÁN; ANDERSON, 1999) ou incompetentes e irresponsáveis (ROTER; STASHEFSKY-MARGALIT; RUDD, 2001).

Nessa direção, os aspectos biopsicosocioculturais devem ser considerados, assim como os fatores emocionais e a sua influência na adesão ao tratamento e, igualmente, a sensação de bem estar e os desejos pessoais, respeitando os aspectos subjetivos, como as crenças e as atitudes. Com efeito, os indivíduos e os grupos desenvolvem sentimentos, crenças, ideias e representações sobre a saúde, a doença, sobre as formas de cuidar, que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados (RAMOS, 2004).

CAPÍTULO 3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Na contemporaneidade, em se tratando de aspectos relacionados com a saúde, as pessoas são diariamente confrontadas a muitas informações divulgadas pela mídia e pelos profissionais de saúde. Nas conversas com os profissionais de saúde, os familiares ou os amigos, as pessoas são solicitadas a manifestar julgamentos e a tomar posições sobre determinados assuntos. As novas questões que surgem, justamente por afetá-las de alguma maneira, exigem que elas compreendam o novo assunto, aproximando-o daquilo que já conhecem e expressando-o com palavras que fazem parte de seu repertório.

Nessas interações sociais, novas representações sociais são produzidas, comunicadas e passam a fazer parte do “universo consensual”. Segundo Moscovici (2012), as realidades das representações sociais são facilmente apreendidas, mas o seu conceito não o é.

Inicialmente, em seu livro, “A psicanálise, sua imagem e seu público” Moscovici distingue o conceito de representação social dos mitos, da ciência e da ideologia. Em seguida, diferencia as representações sociais de opinião, atitude e imagem, conceitos da psicologia que não levam em consideração o papel das relações e interações entre as pessoas. As opiniões e as atitudes são “uma preparação para a ação”, mas de forma complementar as representações sociais, além de orientarem o comportamento do sujeito reconstituem os elementos do ambiente no qual o comportamento terá lugar, integrando-o a uma rede de relações às quais está vinculado seu objeto (MOSCOVICI, 2012).

As representações sociais não são simples opiniões, mas são “teorias” do senso comum, são construções esquemáticas que as pessoas elaboram para dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas. As representações sociais não são teorias coletivas sobre a imagem de alguma coisa, mas sim sobre a realidade. Elas são sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações baseada em valores e conceitos, e que determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das ideias compartilhadas pelos grupos e regem, subsequentemente, as condutas desejáveis ou

admitidas. Essas “teorias” ajudam a forjar a identidade grupal e o sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo (MOSCOVICI, 2012).

A noção de representação social proposta por Moscovici (2012) parte da premissa de que não existe separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito. Em sua atividade representativa, o sujeito não reproduz passivamente um objeto dado, mas, de certa forma, o reconstrói e, ao fazê-lo, se constitui como sujeito, pois, ao apreendê-lo de uma dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material.

A seguir, será descrita a teoria das representações sociais construída por Moscovici.

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações sociais foi elaborada por Moscovici nos anos 50, quando estudou as representações sociais sobre a psicanálise em diferentes grupos sociais franceses, com o objetivo de compreender como nascem diferentes representações de um mesmo objeto (MOSCOVICI, 2012). A abordagem empregada por Moscovici é denominada dimensional (MOSCOVICI, 1978), processual (BANCHS, 1998), genética ou dinâmica (JODELET, 2002; DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

O trabalho pioneiro de Moscovici descrito no livro “A psicanálise, sua imagem e seu público” constituiu a matriz conceitual sobre a qual se desenvolveram os desdobramentos empíricos e teóricoepistemológicos posteriores, como a abordagem estrutural e a sócio-dinâmica. A primeira abordagem descreve a estruturação interna das representações estabilizadas, que se organiza em um sistema central e um sistema periférico, com características e funções distintas (ABRIC, 1994). A segunda parte do princípio que as representações sociais se constroem em função das inserções sociais dos indivíduos e, ao mesmo tempo, modulam as relações sociais entre esses mesmos indivíduos (DOISE, 1990).

Neste estudo, adotou-se o referencial da teoria das representações sociais proposto por Moscovici (2012) que estuda os processos por meio dos quais as pessoas, em interação social, constroem explicações sobre os objetos sociais que exercem forte impacto em suas vidas.

Além das explicações, as pessoas propõem, reagem ou avaliam um determinado objeto de maneira diferente conforme as classes, as culturas ou os grupos constituindo o universo de opiniões. Cada universo possui três dimensões: a informação – corresponde aos conhecimentos das pessoas que integram o grupo; a atitude – orientação global positiva ou negativa do grupo em relação ao objeto representado e ao campo da representação – designa o conjunto de aspectos do objeto¹⁴ que são tomados em consideração pelo grupo (SÁ, 1998; MOSCOVICI, 2012).

Outros aspectos a serem considerados na teoria das representações sociais são os processos cognitivos essenciais formadores das representações sociais – a objetivação e a ancoragem que estão intrinsecamente ligados um ao outro e são modelados pelos fatores sociais (SÁ, 1998; MOSCOVICI, 2012).

O processo da objetivação ocorre em três fases, os indivíduos tentam reduzir a distância entre o conhecimento do objeto social que constroem e a percepção que têm desse objeto (DESCHAMPS; MOLINER, 2009). A objetivação permite tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material (MOSCOVICI, 2012).

Na primeira fase, as informações e as crenças a respeito do objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização, permitindo a formação de um todo relativamente coerente, em que apenas uma parte da informação disponível é retida. A segunda fase refere-se à organização dos elementos da representação por meio dos conceitos de esquema¹⁵ e núcleo figurativo¹⁶. Na terceira, a naturalização, os conceitos retidos no figurativo e as respectivas relações constituem-se como categorias naturais, adquirindo materialidade. Os conceitos tornam-se equivalentes à realidade e o abstrato torna-se concreto pela expressão de metáforas e imagens (MOSCOVICI, 2012).

A ancoragem é o processo pelo qual os indivíduos escolhem um quadro de referência comum que lhes permita apreender o objeto social (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

A teoria das representações sociais estuda as realidades sociais, os fenômenos que envolvem algumas características fundamentais da vida diária e daqueles

¹⁴ Remete à ideia de imagem, concebida como um reflexo interno da realidade externa, cópia conforme no pensamento daquilo que se encontra fora dele (MOSCOVICI, 2012).

¹⁵ Estruturas do conhecimento que guiam e facilitam o processamento da informação social (SHULZE, 1994).

¹⁶ Imagem estrutural que reproduz de forma visível um arcabouço conceptual (SHULZE, 1994).

fenômenos que incomodam as rotinas das pessoas (SÁ, 1998). Uma representação social emerge onde há perigo para a identidade coletiva, quando a comunicação dos conhecimentos submerge às regras da sociedade (MOSCOVICI, 2012).

Dessa maneira, selecionou-se, como objeto de pesquisa, o DM2, pois a doença é “um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo; a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira” (HERZLICH, 2005, p. 66).

Na teoria das representações sociais, o sujeito é ativo, faz escolhas, combina e reinventa as imagens carregadas de representações e recorre a estas para compreender as situações que o despertam, para tomar atitudes e emitir opiniões (MOSCOVICI, 2012). Uma representação sempre é de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto). Deve-se levar em consideração simultaneamente o sujeito e o objeto da representação a serem estudados (SÁ, 1998), fato que contribuiu para selecionar as pessoas portadoras de DM2 como sujeitos sociais.

Como o DM2 é uma doença que envolve diferentes aspectos, é necessário delimitar os aspectos do objeto de pesquisa a ser estudado. Segundo Sá (1998) é necessário simplificar o complexo fenômeno das representações sociais para que ele se torne compreensível pelo fundamento da teoria das representações sociais e defini-lo com base na finalidade da pesquisa, que seleciona e delimita as dimensões ou aspectos do fenômeno a ser estudado.

Selecionaram-se, para o estudo, os aspectos do DM2 que exercem um forte impacto no autocuidado e controle glicêmico desde que as pessoas com DM2 recebem o diagnóstico da doença, como a identidade e a alimentação. Esses aspectos serão estudados com base no referencial teórico das representações identitárias e representações sociais, temas a serem discutidos em seguida.

3.2 REPRESENTAÇÕES IDENTITÁRIAS

A identidade será estudada pelo referencial teórico das representações identitárias descrito por Deschamps e Moliner (2009), pois a teoria das representações sociais não parece ápta por si só a dar conta das diversas implicações da identidade (SÁ, 1998).

As pessoas se baseiam nas representações identitárias, ou seja, nos conhecimentos de que dispõem a respeito dos outros e delas próprias para constatar os processos de sua evolução e sobre sua semelhança ou sua diferença em relação a outrem. As representações identitárias são compostas da representação de si-mesmo e da representação intergrupo (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Todo indivíduo dispõe de um conjunto de informações sobre si-mesmo¹⁷, composto pelo componente sociológico (o me) e pelo componente mais pessoal (o eu). A partir dos julgamentos que os outros fazem dele, o si-mesmo se desenvolve, no interior de um contexto social em que ele e os outros interagem. O “eu” pode remeter ao si-mesmo como sujeito e o “me” representaria o si-mesmo como objeto (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Ao contrário das representações de si mesmo, as representações intergrupo têm um caráter eminentemente coletivo, isto é, seus conteúdos são amplamente partilhados pelos membros de um mesmo grupo. Assim, a identidade pode ser concebida como um fenômeno subjetivo e dinâmico resultante da dupla constatação de semelhanças – a identidade social e de diferenças entre si mesmo, os outros e alguns grupos – a identidade pessoal (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

A identidade social é partilhada por aqueles que ocupam posições semelhantes e que têm pertencas comuns no grupo de pertença, mas remete também a uma diferença, a uma especificidade desse nós em relação aos membros de outros grupos ou categorias. Entretanto a identidade pessoal é que torna o indivíduo semelhante a si mesmo e indica o reconhecimento que esse indivíduo tem de sua diferença em relação aos outros (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Os processos que concorrem para a elaboração das representações identitárias são mediados pelas estruturas cognitivas estáveis, as mesmas estruturas que

¹⁷ Conceito proposto por Mead (1953).

modulam as representações sociais ou as representações coletivas¹⁸ (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Esses processos – categorização social, comparação social e atribuição social são apresentados por Deschamps e Moliner (2009) de forma integrada provida de reflexões teóricas e empíricas dos autores clássicos da psicologia social que estudaram esses processos¹⁹.

As interações sociais mediadas pelos processos identitários nos grupos sociais implicam, portanto, na concepção da identidade como uma construção social (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Os laços dinâmicos entre os processos categorização social, comparação social, atribuição social e as representações são ilustrados na Figura 1.

A categorização social é o processo cognitivo intermediário que dá sentido a diferentes aspectos do mundo social pelo indivíduo, além da procura de um valor pessoal, que motiva a pertença a um grupo e contribui para a construção da identidade. Os indivíduos aprendem, integram e avaliam as representações sociais que tornam distintas uma categoria da outra, ou que dão sentido a uma dimensão da identidade social. A partir da categorização social, os grupos se beneficiam pelas imagens e informações das quais dispõem sobre outros grupos, permitindo aos indivíduos identificar seu grupo de pertença, ordenando e sistematizando o ambiente social para facilitar a adaptação a seu ambiente (TAJFEL, 1983).

A ligação entre a categorização social e a identidade social se dá pelo processo da comparação social que permite compreender como se estruturam as representações no interior dos grupos (TAJFEL, 1983).

A teoria da comparação social parte da premissa de que existe, no ser humano, uma tendência a avaliar suas opiniões e habilidades por meio da comparação com uma realidade objetiva ou, na falta desta, por meio da comparação com outras pessoas que dele se aproximam tanto em opiniões quanto em habilidades (FESTINGER, 1971).

¹⁸ Termo cunhado por Durkheim, refere-se ao conjunto de saberes produzidos por uma sociedade em sua globalidade. As representações coletivas estão localizadas na sociedade e não nos indivíduos (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

¹⁹ Categorização social (Tajfel, 1972); comparação social (Festinger, 1971); atribuição social (Heider, 1958)

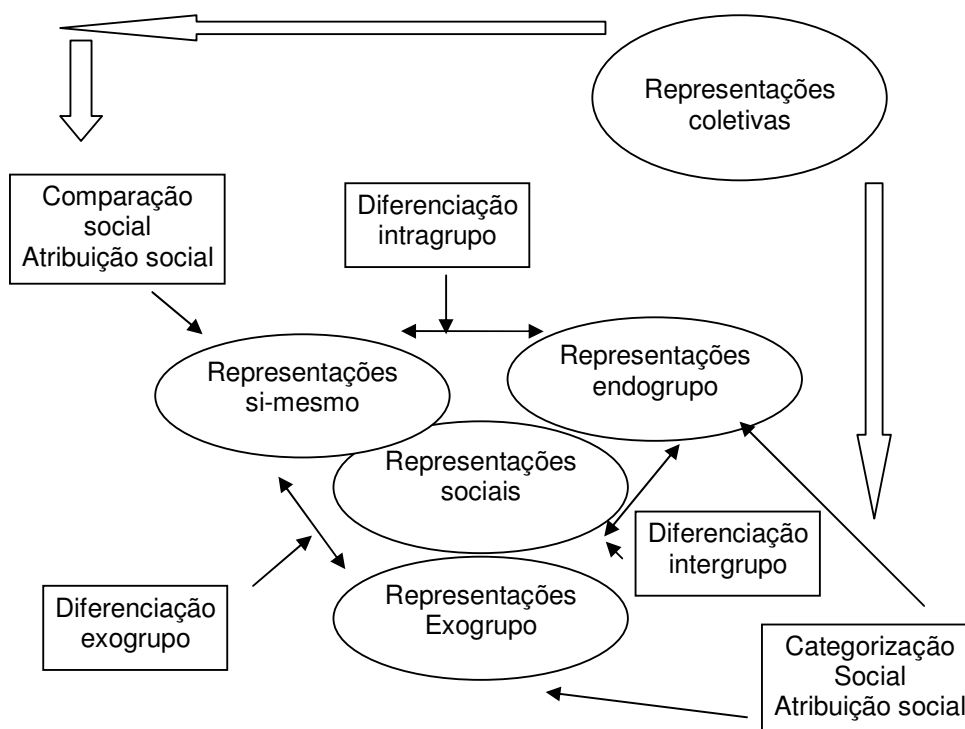


Figura 1 - Laços dinâmicos entre processos identitários e representações
(DESCHAMPS; MOLINER, 2009)

Pela teoria da atribuição social, os processos que permitem dar sentido aos acontecimentos e comportamentos dos indivíduos se dão por meio das inferências de elementos do universo cognitivo. Essa teoria propôs que as ações derivam de causalidade pessoal, dependem do controle do indivíduo e da causalidade impessoal, que é subordinada às forças externas, ao ambiente (HEIDER, 1958).

Os processos identitários intervêm na elaboração de conhecimentos e crenças sobre si mesmo, os outros grupos de pertença e os grupos de não pertença dos indivíduos (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Além dos processos identitários que contribuem para a construção das representações identitárias, destaca-se a representação social como fenômeno de nível superior. É da realidade social constituída de uma rede de representações sociais que os sujeitos retiram elementos capazes de dar corpo e consistência às representações identitárias, fenômeno de nível inferior (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Estudos que investigam as representações identitárias de pessoas com DM2 não foram encontrados na literatura. Na temática construção da identidade, destaca-se o estudo sócioantropológico de Santos e Neves (2011) realizado na Associação de Diabéticos de João Pessoa. O estudo foi conduzido com o objetivo foi compreender as conseqüências do diagnóstico sobre a vida pessoal, hábitos de vida e a experiência com a doença; a identificação das crenças, sentimentos e comportamentos que passam a orientar as pessoas com DM2, bem como as estratégias utilizadas pelos acometidos para enfrentar a doença após seu diagnóstico. Os autores concluem que após o diagnóstico, a incorporação da doença pela pessoa com DM2 é dificultada pela ruptura na sua identidade, que gera conflitos existenciais. É a partir destes conflitos e questionamentos que cada pessoa decidirá modificar a sua vida de modo positivo ou negativo, para assim conseguir conviver com a doença (SANTOS; NEVES, 2011).

Quando surge o fenômeno de ser ou estar doente, determinado por mudanças e perdas, a identidade das pessoas será modificada. A doença no corpo transcende o físico, o palpável, o orgânico e o real e remete-nos ao aspecto simbólico, o qual poderá ser compreendido a partir das histórias pessoais de cada indivíduo (OLIVEIRA, 2003).

Como o DM2 é uma doença que quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global e gera diferentes e peculiares formas de identidades, justifica-se investigar a construção da identidade das pessoas que possuem DM2, empregando o referencial teórico das representações identitárias e os processos identitários.

3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS ALIMENTARES

A representação social é a construção mental da realidade, que possibilita a compreensão e a organização do mundo, bem como orienta o comportamento das pessoas. Nessa direção, as representações sociais da alimentação que se pretende estudar constituem uma orientação para a ação na medida em que modelam e constituem os elementos do contexto em que um comportamento ocorre (MOSCOVICI, 2004).

Estudar a alimentação pelo referencial das representações sociais significa entender que a pessoa, em seu contexto social e cultural, escolhe também os alimentos para compor sua alimentação de acordo com seus aspectos subjetivos, da

maneira que julga ser correta e da forma como traduz as orientações transmitidas pelos profissionais de saúde.

A alimentação é um conceito complexo que se inicia com a seleção dos alimentos (PHILIPPI, 2003). Por sua vez, a seleção é um conjunto de decisões conscientes e inconscientes tomadas por uma pessoa no momento da compra e/ou do consumo dos alimentos (HAMILTON; McILLVEEN; STRUGNELL, 2000), sendo dependente dos aspectos objetivos como a acessibilidade física e financeira (BRASIL, 2006 b) e dos aspectos subjetivos como os desejos e as necessidades, acionados pelo odor, sabor, visão e audição (DREWNOWSKI, 1999).

Os sentidos subjetivos do sabor e do gosto dos alimentos são constantemente ressaltados em histórias de simbolismo alimentar na literatura, religião, artes culinárias, história e cinema (GARCIA, 1994). Na antropologia, o comer é um ato social, culturalmente constituído, a partir do qual cada pessoa estabelece uma relação própria e subjetiva com os alimentos a serem consumidos (RAMOS; STEIM, 2000; MINTZ, 2001). Na sociologia, a alimentação é vista como uma prática social construída ao longo da vida e caracteriza o que as pessoas comem, sendo um constituinte de sua identidade, conforme o postulado "somos o que comemos". A alimentação é construtora da identidade coletiva em um jogo dinâmico de semelhanças e de diferenças (FISCHLER, 1988; MINTZ, 2008). Na visão psicossociológica, ao comer, o homem se incorpora e se integra em um espaço cultural (POULAIN, 2004).

Na contemporaneidade, a alimentação é uma prática de autocuidado indispensável na melhoria da qualidade de vida populacional conforme evidências de seu fator protetor da saúde. Compreender a alimentação que as pessoas praticam como um conceito subjetivo, cultural e social é um dos grandes desafios para os profissionais de saúde.

A teoria das representações sociais ajuda a compreender os significados criados pelas pessoas com DM2 acerca da alimentação pois, segundo Wachelke e Camargo (2007), as representações sociais são referências para a percepção de normas subjetivas por parte dessas pessoas como sujeitos sociais.

As normas subjetivas dizem respeito à percepção da pessoa quanto à pressão social que sofre para que adote ou não um comportamento (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Os estilos de vida adotados pela população de um modo geral nem sempre vêm ao encontro de uma alimentação saudável; pois esses estilos podem ser determinados

por crenças e atitudes gerados por conhecimentos que podem ser produzidos pelas representações sociais (BRITO; CAMARGO, 2011).

Na literatura das representações sociais, é comprovada a relação entre as representações e as práticas sociais. Para Vala (2006), as representações sociais são orientadoras das práticas e os comportamentos são classificados em representacionais e situacionais. Os comportamentos representacionais são determinados, no mínimo, pela situação concreta na qual ocorrem e, no máximo, por fatores pré-situacionais que revelam o nível das atitudes e das representações. Nos comportamentos situacionais, as características do momento e não das representações sociais são mais salientes e dirigem o comportamento.

Jodelet (1989) afirma que as representações sociais determinam as práticas dos doentes mentais. De modo semelhante, para Brito e Camargo (2011), as representações de saúde influenciam os comportamentos de cuidado de saúde dos indivíduos.

Rouquete (2000) argumenta que as práticas e as representações sociais estão em correlação. De modo diferente, para Campos (2003), as representações e as práticas se interagem mutuamente em uma relação circular que dificulta a identificação de uma relação de causalidade.

Para Wagner (1994), a representação não explica a ocorrência da prática. A prática faz parte da representação, compondo, assim, uma relação do complexo representação-ação.

Diante das diferentes formas de os estudiosos expressarem a relação entre as representações sociais e as práticas, optou-se, neste estudo, por tratar as práticas alimentares levantadas como parte da representação da alimentação das pessoas com DM2, configurando, assim, um complexo representação-ação.

A escolha pelo pensamento de Wagner (2004) para analisar esses dados de forma conjunta se deu em função da consonância encontrada entre as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2 e as práticas alimentares por elas declaradas. Destaca-se que as práticas alimentares dessas pessoas ultrapassam o pensamento representacional da alimentação por descreverem ações realizadas no cotidiano. Admite-se que as práticas e os comportamentos das pessoas não podem ser explicados tão somente por suas formas de pensamento, já que há outros aspectos sócio-cognitivos que interagem para produzir esses comportamentos e essas práticas. (WACHELKE; CAMARGO, 2007). Assim, neste estudo, ao se fazer menção às

representações sociais da alimentação²⁰, refere-se a representações sociais e práticas relacionadas à alimentação.

Para a coleta dos pensamentos das pessoas com DM2 sobre a alimentação do “diabético” e sobre sua prática alimentar, consideraram-se as orientações de Jodelet – estudar as representações sociais e as práticas “para evitar trabalhar sobre o discurso social flutuante, sem assento nem referência sobre a prática” (JODELET, 1986, p. 173-174).

Estudos sobre representações sociais e práticas relacionadas à alimentação das pessoas com DM2 não foram encontrados na literatura. Ribas (2009) identificou as representações sociais sobre os alimentos das pessoas com DM2 sem associar com as práticas alimentares. Os discursos em torno dos alimentos das pessoas com DM2 foram permeados de sentimentos diversos como depressão, inferioridade, ansiedade, segurança, conforto, desejo e vício, que podem se tornar obstáculos para o seguimento do plano alimentar prescrito.

Em relação ao DM2, alguns estudos foram conduzidos empregando o referencial das representações sociais. Torres-López, Sandoval-Díaz e Pando-Morineo (2005) estudaram as representações sociais dos mexicanos sobre o DM2 com o emprego da abordagem etnográfica. Para essas pessoas com limitações econômicas, problemas afetivos e familiares, o DM2 é uma expressão de sensações corporais, dores, imagens e significados próprios. Relataram dificuldades em se alimentar adequadamente e em praticar exercício físico na cidade grande em que vivem.

Péres et al (2008) identificaram as representações sociais de mulheres com DM2 das camadas populares em relação ao processo saúde-doença. O DM2 está relacionado a sentimentos negativos como choque, revolta, tristeza; a dieta está vinculada à perda de prazer e a prejuízos à saúde e a medicação é percebida como cansativa e ao mesmo tempo como promotora do bem-estar.

Barsaglini (2011) analisou as representações sociais e a experiência de homens e mulheres com DM2, articulando a dimensão simbólica, a partir dos significados e do sentido atribuído à enfermidade e a dimensão concreta de seu gerenciamento, numa abordagem socioantropológica. As formas como essas pessoas pensam e lidam com a doença envolvem fatores de ordem estrutural, simbólica, do contexto da vida diária, da

²⁰ Na ciência da nutrição os termos alimentação e práticas alimentares são sinônimos (BRASIL, 2006 b).

biografia do sujeito, da experiência prévia, atual, pessoal e de outras pessoas e do próprio curso da doença.

Em relação ao cuidado e ao tratamento que o DM2 requer, alguns estudos foram conduzidos empregando o referencial das representações sociais. Sales, Damasceno e Paiva (2007) estudaram as representações sociais das pessoas com DM2 sobre o cuidado, empregando a abordagem estrutural. A estrutura das representações sociais do cuidado tem como núcleo central aspectos afetivos e, como sistema periférico, elementos cognitivos.

Santos et al. (2011) identificaram as representações sociais de pessoas com DM2 acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Essas pessoas reconheceram o apoio familiar como um fator relevante para o tratamento; porém também apontaram que o excesso de controle exercido pelos familiares restringe sua autonomia e desperta sentimentos ambíguos.

Esses estudos contribuem para se entender que o DM2 e a alimentação são objetos que geram representações sociais. As pessoas com DM2 desenvolvem significados próprios e sentimentos negativos em relação à doença que podem se tornar obstáculos ao autocuidado, principalmente em relação à alimentação. As pessoas com DM2 valorizam as necessidades psicossociais do cuidado e do apoio da família na condução do do tratamento.

CAPÍTULO 4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo ao relatar, de forma coerente, consistente e detalhada as representações identitárias, as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico das pessoas com DM2. É também exploratório por permitir ao pesquisador aumentar sua experiência em torno da temática (WARD-SCHOFIELD, 1993; TRIVIÑOS, 2006).

Para atender ao objetivo geral deste estudo, analisar a relação entre as representações identitárias, as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico, foram empregadas as abordagens qualitativa e a quantitativa.

A ênfase deste estudo recai sobre a pesquisa qualitativa com a utilização da teoria das representações sociais empregada por Moscovici (2012). Os fenômenos da representação que se pretende estudar não são fragmentados em variáveis simples, mas estudados em sua totalidade (NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 2000).

Para captar os sentimentos e pensamentos sobre a identidade e a alimentação, empregou-se a técnica de associação livre de palavras, que propicia colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado, assim como sua dimensão imagética, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo (ABRIC, 2001).

A interpretação das falas individuais referentes aos discursos da identidade e da alimentação foi feita de forma minuciosa na perspectiva do entrevistado, explorando o modo como os sujeitos estruturam e fornecem significados aos outros e a si mesmos. As interpretações a que levaram as inferências foram sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer em profundidade certas afirmações aparentemente superficiais (BARDIN, 2006).

Para analisar a relação entre as representações identitárias e as representações sociais da alimentação e o controle glicêmico utilizou-se a abordagem quantitativa, com emprego dos valores da HbA1c. Os valores do colesterol, triglicerídeos, IMC, circunferência abdominal e os dados clínicos, uso de insulina, prática de exercícios

físicos, presença de hipertensão arterial, tempo de doença foram também apresentados pois estão associados com o controle glicêmico. Os dados sócio-demográficos – sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e ocupação profissional caracterizaram o contexto em que vivem os participantes.

Segundo Chizzotti (1991) e Gil (1994), as pesquisas qualitativas não descartam a coleta de dados quantitativos, principalmente nas etapas em que esses dados podem mostrar uma relação mais extensa entre fenômenos particulares e outras variáveis.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A saúde coletiva no âmbito da atenção primária à saúde foi selecionada como a área de interesse na produção de conhecimento em DM2, pela facilidade de acesso à população e pela importância que assumem as ações de promoção, prevenção e assistência de doenças crônicas.

Os serviços de atenção primária à saúde são prestados pelas UBS, locais onde o usuário recebe atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Este estudo foi desenvolvido na UBS Boa Vista localizada no bairro Boa Vista, pertencente ao Distrito Sanitário Leste, que corresponde a uma Administração Regional da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, MG. O bairro Boa Vista faz parte da região Boa Vista que engloba, ainda, os bairros Nova Vista, São Geraldo, Casa Branca, Caetano Furquim, Aglomerado Camponesa I, II e III, São Geraldo e Grota. A região possui 46.750 habitantes, segundo Censo Demográfico de 2000 (BRASIL, 2000 a).

A UBS Boa Vista foi selecionada para estudo por ser campo da pesquisa intitulada “Avaliação das ações de promoção da saúde em diabetes *mellitus* no programa de saúde da família em Belo Horizonte – MG”, desenvolvida nos anos de 2008 e 2009, por professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com participação da pesquisadora deste estudo. A efetiva articulação com a UBS facilitou a acolhida do presente estudo, com disponibilização de informações e infraestrutura de consultórios e telefone.

Os usuários possuem um vínculo afetivo muito forte com essa UBS por terem tomado a iniciativa e participado na aquisição do local para seu funcionamento. A situação de risco social da população é médio e apenas 17% apresentam alto risco. A UBS Boa Vista atende a uma média de 9977 usuários; dentre esses, 327 com DM2²¹.

A equipe de apoio aos usuários é composta de um gerente, um médico ginecologista, um médico pediatra, além das equipes de odontologia, zoonose, ESF e NASF. Existem na UBS três equipes da ESF compostas de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de três a quatro agentes comunitários de saúde, atendendo cerca de 3000 a 4000 usuários por equipe. A equipe do NASF é formada por um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional.

Nessa UBS o acolhimento é realizado durante todo o dia, principalmente pela manhã e as consultas agendadas no horário da tarde. A visita familiar é realizada pela ESF quando é detectada a necessidade por algum profissional.

Cada equipe da ESF envolvendo os profissionais do NASF promove uma modalidade específica de grupos, como o de caminhada, trabalhos artesanais, ioga e grupos de educação em saúde referentes ao planejamento familiar, desnutrição e DM2.

Em se tratando do DM2, oficinas de capacitação foram implementadas por docentes e acadêmicos dos cursos de Enfermagem e de Nutrição da UFMG para a equipe da ESF e do NASF, mediante metodologia participativa baseada em técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas de grupo. A finalidade das oficinas foi sensibilizar esses profissionais sobre a prática educativa e aprimorar os seus conhecimentos a respeito da educação para o autocuidado em DM2 associado aos hábitos de vida saudáveis (TORRES et al., 2010).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os usuários da UBS Boa Vista que participaram de todas as fases da pesquisa “Avaliação das ações de promoção da saúde em diabetes *mellitus* no programa de saúde da família em Belo Horizonte – MG” foram convidados pela pesquisadora, via telefone, no mês de fevereiro de 2010, a participarem do estudo após explicação de seus objetivos.

²¹ Dados referentes ao ano de 2010, obtidos no Sistema de Informação da Prefeitura de Belo Horizonte.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser usuário cadastrado na UBS Boa Vista, ter o diagnóstico de DM2, concordar em participar das duas etapas da pesquisa – primeira: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, coleta de dados sócio-demográficos e qualitativos; segunda: coleta de sangue para dosar os indicadores bioquímicos, coleta das medidas antropométricas e coleta dos dados clínicos.

Como critérios de exclusão: não possuir presença de infecções, anemias hemolíticas, hipertireoidismo, queimaduras graves, condições que alteram a dosagem do valor da HbA1c e a presença de cegueira e de amputação (SBD, 2009). Os usuários que possuem essas complicações crônicas foram excluídos, pois necessitam de cuidados diferenciados em relação aos usuários que não as possuem. Esses critérios seguidos rigorosamente foram obtidos dos prontuários dos usuários com DM2 e confirmados com a ESF.

O grupo de participantes deste estudo foi composto por 34 usuários com DM2 levando-se em conta os critérios de inclusão e exclusão descritos. Segundo Minayo (2001), na pesquisa qualitativa, o número de participantes não deve ser muito grande, nem muito pequeno, de forma a permitir que o pesquisador conheça bem o objeto de estudo. Para uma pesquisa qualitativa com levantamento de dados, sugere-se incluir acima de 30 participantes (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Neste estudo, os participantes foram nomeados como pessoas com DM2 em detrimento das nomenclaturas paciente, diabético ou portador de DM2, pois eles possuem potencial e recursos próprios para serem responsáveis por seu autocuidado e autocontrole. Eles foram identificados pela letra P e números que variam de 1 a 34.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 16/09/09 pelo Parecer ETIC 061.0.410.203/09 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em 03/02/10, pelo Parecer 0061.0410.203-09 A (Anexo B).

4.4. COLETA DE DADOS

A técnica para obtenção de dados qualitativos foi a entrevista, uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados nas relações humanas, por meio dos quais os atores sociais constroem e procuram dar

sentido à realidade que os cerca (FLICK, 2002). Dentre os tipos de entrevista selecionou-se a semiestruturada ou semi-dirigida, composta de perguntas que o pesquisador direciona aos entrevistados de forma a obter os relatos para os objetivos do estudo (GIL, 1994).

Para a coleta de dados quantitativos – sócio-demográficos, bioquímicos, antropométricos e clínicos, elaboraram-se impressos apropriados.

A coleta de dados foi realizada na UBS Boa Vista em duas etapas, pela pesquisadora, descritas a seguir.

4.4.1 COLETA DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DOS DADOS QUALITATIVOS

Essa primeira etapa constou de uma entrevista individual realizada em fevereiro de 2010, em consultório disponibilizado na UBS Boa Vista com condições adequadas de privacidade.

Inicialmente foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicados a natureza e os possíveis riscos de participação para cada selecionado. Após a leitura e as demais explicações, os participantes assinaram o documento em duas vias, tomando posse de uma delas. Esse Termo foi elaborado seguindo os fundamentos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e encontra-se descrito no Apêndice A.

Na entrevista coletaram-se os dados sócio-demográficos – sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda da família e ocupação profissional empregando-se o Impresso para Coleta de Dados Sócio-demográficos descrito no Apêndice B.

Na coleta dos dados qualitativos, empregou-se o Roteiro para Entrevista Semiestruturada (Apêndice C) contendo três perguntas previamente testadas na atenção primária à saúde, comprovando sua adequação, após pequenos ajustes nas perguntas.

Dentre as perguntas, a duas primeiras foram baseadas na associação livre de palavras com justificativa da resposta mais importante e a terceira, uma pergunta aberta. Antes da aplicação da associação livre de palavras, ilustrou-se a entrevista com um exemplo do cotidiano dos entrevistados, próximo de seu universo conceitual, para familiarizá-los com o procedimento adequado.

Com o objetivo de captar pensamentos e sentimentos mais espontâneos relacionados à identidade e a alimentação das pessoas com DM 2, solicitou-se aos entrevistados que falassem cinco palavras ou expressões, após serem estimulados pelas duas questões indutoras: quando você pensa “eu sou diabético”, o que vem à sua mente? Quando você pensa em “alimentação do diabético”, o que vem à sua mente? Logo após, foi solicitado que apontassem a evocação considerada mais importante com a respectiva justificativa.

Com a finalidade de complementar os dados referentes à alimentação buscando captar práticas alimentares, perguntou-se aos participantes “como você se sente em relação à sua alimentação”?

As entrevistas foram gravadas no programa de computador *Free Audio Editor* 2009[®].

4.4.2 COLETA DOS DADOS BIOQUÍMICOS, ANTROPOMÉTRICOS E CLÍNICOS

Essa segunda etapa, realizada no mês de fevereiro de 2010, constou da coleta do sangue para dosagem dos indicadores bioquímicos, coleta das medidas antropométricas e dos dados clínicos.

As requisições dos exames bioquímicos, HbA1c, triglicerídeos e colesterol total foram preenchidas anteriormente pela pesquisadora com o nome do usuário, idade, sexo, número do prontuário, descrição dos exames e assinatura do médico responsável. Os exames foram agendados no sistema de gestão da UBS para mês de fevereiro de 2010.

Os participantes foram avisados, via telefone, para comparecerem na data e horário agendados no mês de fevereiro, em jejum de nove horas para a coleta do sangue para dosagem da HbA1c, triglicerídeos e colesterol.

Os auxiliares de enfermagem da UBS seguiram as técnicas para a coleta de sangue para dosagem da HbA1c, triglicerídeos e colesterol descritas a seguir.

4.4.2.1 Hemoglobina glicada

O sangue dos participantes para a dosagem da HbA1c foi colhido por punção venosa, adicionando o anticoagulante EDTA-K2²² e armazenado em refrigerador após codificação numérica. As amostras foram enviadas ao Laboratório da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para serem analisadas pelo método de inibição imunoturbidimetria do Wiener Laboratórios S.A.[®].

4.4.2.2 Triglicerídeos e colesterol total

O sangue dos participantes para dosagem dos triglicerídeos e colesterol total foi colhido por punção venosa e armazenado em refrigerador após codificação numérica. As amostras foram enviadas ao Laboratório da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para serem analisadas pelo método enzimático colorimétrico do Wiener Laboratórios S.A.[®].

Os resultados dos exames bioquímicos da HbA1c, triglicerídeos e colesterol total disponibilizados pelo Laboratório da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para a UBS após duas semanas foram recolhidos pela pesquisadora e registrados no Impresso para Coleta dos Dados Bioquímicos e Antropométricos (Apêndice D).

Logo após a coleta do sangue, o peso, a altura e a circunferência abdominal dos usuários foram aferidos e anotados no Impresso para Coleta dos Dados Bioquímicos e Antropométricos (Apêndice D) seguindo as técnicas descritas em seguida.

4.4.2.3 Peso e altura

O indivíduo foi orientado a retirar o sapato e se posicionar em pé no centro da balança Filizola[®], capacidade 150 kg, escala 1 kg, com antropômetro de dois metros acoplado (JELLIFE, 1968). O peso e a altura foram coletados para determinar o IMC, calculado considerando-se o quociente entre o peso corporal (em quilogramas) e a altura (em metros) elevada ao quadrado (KAMIMURA et al. 2005).

²² Ethylene Diamine Tetraacetic Acid

4.4.2.4. Circunferência abdominal

A circunferência abdominal foi aferida com o indivíduo em pé utilizando-se uma fita métrica não-extensível circundando o indivíduo no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A leitura foi feita no momento da expiração (KAMIMURA et al. 2005).

No final, a pesquisadora coletou os dados clínicos – tempo de doença, enfermidades referidas, uso de medicamentos (antidiabético oral e/ou insulina) e prática de exercício físico aeróbico três vezes por semana (sim ou não) anotando no Impresso para Coleta de Dados Clínicos (Apêndice E).

4.5. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

A análise dos dados será descrita em duas fases, conforme coleta de dados e ordem de apresentação dos resultados.

4.5.1. ANÁLISE DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DOS DADOS QUALITATIVOS

Os dados sócio-demográficos – idade, estado civil, escolaridade, renda e ocupação profissional foram distribuídos por sexo para caracterizar o contexto cultural e social dos participantes. Esses dados foram analisados empregando-se o *Statistical Package for Social Sciences*[®] versão 14, SPSS for Windows TM, SPSS Inc, IL. Calculou-se a frequência absoluta das variáveis sexo, idade, escolaridade, ocupação profissional, estado civil e renda. Os valores da idade distribuídos por sexo foram expressos em média e desvio padrão (FIELD, 2009).

Os dados das entrevistas referentes à identidade e à alimentação foram analisados utilizando-se a Técnica de Análise do Conteúdo Temático-Categorial proposta por Bardin (2006). Essa técnica consiste na análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relevantes às condições de produção e recepção dessas mensagens. Pressupõe 3 etapas básicas: a pré-análise, a codificação e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2006).

Na pré-análise, os dados qualitativos referentes à identidade e à alimentação obtidos nas entrevistas dos participantes foram transcritos dos arquivos, constituindo o *corpus* da pesquisa. A leitura flutuante do *corpus* referente à identidade e à alimentação permitiu a construção de hipóteses, sempre provisórias sobre os objetos estudados. Na codificação ou exploração do material, os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades de registro, com a descrição das características pertinentes do conteúdo. Em seguida, escolheram-se as categorias, a forma geral de conceito ou de pensamento, o reflexo da realidade, sendo sínteses, em determinado momento do saber, que se modificam constantemente, assim como a realidade. A categorização permitiu reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e, assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los (BARDIN, 2006).

No tratamento dos resultados, os dados referentes à identidade foram interpretados adotando-se o referencial teórico das representações identitárias e processos identitários descritos por Deschamps e Moliner (2009). Os dados em relação à alimentação foram interpretados utilizando-se a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012). Destaca-se que os dados da alimentação e das práticas foram apresentados e analisados de forma conjunta, como um complexo representação-prática (WAGNER, 1994). As representações sociais da alimentação dos participantes, distribuídas nos grupos conforme os participantes representam a identidade foram analisadas com a intenção de se verificar a relação entre as representações da alimentação e as representações identitárias.

4.5.2. ANÁLISE DOS DADOS BIOQUÍMICOS, ANTROPOMÉTRICOS E CLÍNICOS

Os dados dos indicadores bioquímicos foram analisados empregando-se o ponto de corte de valores $\leq 7\%$ para a HbA1c, valores < 200 mg/dL para o colesterol total e valores < 150 mg/dL para os triglicérides (SBD, 2009; ADA, 2010).

Os dados dos indicadores antropométricos foram analisados empregando-se os pontos de corte do IMC para idosos²³, classificando os participantes em baixo peso – IMC < 23 kg/m², eutrofia – IMC de 23 a 28 kg/m², risco de obesidade – IMC de 29 a 30

²³ As classificações pré-obeso (IMC até 30 kg/m²) e obeso I (IMC de 30 a 34,9 kg/m²) dos participantes adultos equivalem na classificação de idosos ao risco de obesidade (IMC até 30 kg/m²) e obesidade (IMC > 30 kg/m²), respectivamente (OMS, 1995).

kg/m² e obesidade – IMC > 30 kg/m² (WHO, 2001). Os pontos de corte utilizados para a circunferência abdominal elevada foram os valores ≥ 94 cm para os homens e ≥ 80 cm para as mulheres e, para o nível muito elevado, valores de ≥ 102 cm para os homens de ≥ 88 cm para as mulheres (OMS, 1997).

Os dados bioquímicos, antropométricos e clínicos foram analisados empregando-se o *Statistical Package for Social Sciences*[®] versão 14, SPSS for Windows TM, SPSS Inc, IL. Para os dados bioquímicos e antropométricos, utilizaram-se os testes não paramétricos de Kruskal Wallis e de Jonckheere-Terpstra, estabelecendo-se o nível de significância de cinco por cento. As variáveis bioquímicas e antropométricas foram expressas por média aritmética e desvio padrão e as variáveis clínicas por frequência absoluta (FIELD, 2009).

O controle glicêmico dos participantes, expresso pela HbA1c, foi apresentado conforme os participantes representam a identidade, assim como outros dados bioquímicos – colesterol e triglicerídeos, dados antropométricos – IMC e circunferência abdominal. além dos dados clínicos – uso de insulina, prática de exercício físico, presença de hipertensão arterial e tempo de doença. A intenção foi analisar a relação entre as representações identitárias, as representações da alimentação e o controle glicêmico.

CAPÍTULO 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CONTEXTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Os dados sócio-demográficos – idade, estado civil, escolaridade, renda e ocupação profissional distribuídos por sexo, caracterizam o contexto social e cultural dos participantes com DM2 e estão ilustrados na Tabela 1.

Esse grupo é caracterizado pela presença minoritária de homens, um terço, em relação a dois terços de mulheres. O fato de o DM2 no Brasil ser mais frequente nas mulheres em relação aos homens (BRASIL, 2006 a) pode ter contribuído para que a população feminina seja predominante neste estudo.

As mulheres se caracterizam por ter idade média ligeiramente inferior à dos homens. O grupo se caracterizou pela grande maioria (97%) ter idade acima de 50 anos e 58,82% de idosos, evidenciando o envelhecimento da população brasileira (CARVALHO; GARCIA, 2003) e o aumento da incidência e prevalência do DM 2 com o progredir da idade (BRASIL, 2006 a). Além do envelhecimento, destaca-se a prevalência de doenças crônicas entre as mulheres e as pessoas de maior idade (BARROS; CESAR; CARANDINA, 2006).

Em relação ao estado civil, predomina o casado em ambos os sexos com pequena quantidade de mulheres divorciadas e homens solteiros, caracterizando grande quantidade de uniões estáveis.

Os participantes de ambos os sexos possuem baixa escolaridade e baixa renda. Segundo dados da pesquisa efetuada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, as ocorrências de DM2 são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade – 7,5% das pessoas com até oito anos de estudo possuem DM2 contrastando com 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo (BRASIL, 2012). Dentre os participantes, predomina a renda de dois a três salários mínimos, o que evidencia baixas condições socioeconômicas. Essas características também foram

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos do grupo de pessoas com DM2 distribuídos por sexo, Belo Horizonte, 2010¹.

Características sócio-demográficas	Sexo		Sexo		Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sexo	23	67,65	11	32,35	34	100,00
Idade (anos)						
40-50	-	-	1	9,09	1	2,95
51-60	8	34,78	5	45,45	13	38,23
61-70	8	34,78	1	9,09	9	26,47
71-80	7	30,44	4	36,37	11	32,35
Média/DP ²	65 ± 7,63		67,64 ± 7,21		66,32 ± 7,42	
Estado civil						
Solteiro	-	-	1	9,09	1	2,94
Casado	16	69,56	10	90,91	26	76,47
Viúvo	5	21,74	-	-	5	14,71
Divorciado	2	8,70	-	-	2	5,88
Escolaridade						
Analfabeto	3	13,04	-	-	3	8,83
Fundamental incompleto	19	82,61	8	72,73	27	79,41
Fundamental completo	1	4,35	-	-	1	2,94
Médio incompleto	-	-	1	9,09	1	2,94
Médio completo	-	-	2	18,18	2	5,89
Renda familiar (SM)³						
0 a 1	6	26,08	1	9,09	7	20,59
2 a 3	14	60,87	6	54,55	20	58,82
4 a 5	3	13,05	3	27,27	6	17,65
6 a 7			1	9,09	1	2,94
Ocupação						
Dona de casa	12	52,17	-	-	12	35,29
Aposentado	8	34,78	3	27,27	11	32,35
Outras ocupações	3	13,05	8	72,73	11	32,35

¹ Fonte de dados: Apêndice F; ² DP = desvio padrão; ³ SM = salário-mínimo vigente em janeiro de 2010 (R\$510,00).

encontradas nos estudos conduzidos por Grillo e Gorini (2007) e Babwah et al. (2006) em pessoas com DM2.

A ocupação profissional dos participantes é marcada pela presença das profissões dona de casa, salgadeira, balconista e costureira. Entre os homens, predominam as profissões de motorista, comerciante, serralheiro, servente de obras, soldador e capoteiro (Apêndice F).

Foi no contexto de um grupo de pessoas com DM2 formado por grande número de mulheres, idosas, casadas, donas de casa, com escolaridade e renda baixas que este estudo se desenvolveu. A seguir, descrevem-se as representações identitárias e as representações sociais da alimentação dessas pessoas.

5.2 REPRESENTAÇÕES IDENTITÁRIAS DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Os participantes representam a identidade de diferentes formas identificadas a partir dos seus discursos pessoais. No Quadro 1 estão descritas as categorias das representações identitárias nomeadas por participantes. Assim, há aqueles que se julgam *normais* e, portanto, em condições de realizar com equilíbrio as atividades de autocuidado e autocontrole requeridas, pois se adaptaram ao cotidiano de convivência com a doença crônica. Há aqueles que se representam por *aceitar a doença* ao lidar com a integração da condição crônica do DM2 no estilo de vida. Alguns deles pensam *ter uma vida carregada de dificuldades* ao tentar colocar em prática os comportamentos desejados de autocuidado e autocontrole. Por outro lado, há participantes que se representam *inconformados*, reagem ou reclamam à submissão das normas, não se conformando aos comportamentos de autocuidado e autocontrole requeridos.

Quadro 1 – Categorias das representações identitárias do grupo de pessoas com DM2. Belo Horizonte, 2010.

Categorias das representações identitárias	Participantes
Ser diabético é ser normal	
- Ter uma vida normal	P23, P24, P15
.....- Sentir bem	P8, P21, P7, P34, P25
- Ter controle	P29, P19, P28, P10, P16, P20, P2
Ser diabético é aceitar a doença	P6, P4, P17, P32, P33
Ser diabético é ter uma vida com dificuldades	P11, P26, P27, P5, P1, P13, P30, P12
Ser diabético é ser inconformado	P9, P18, P14, P22, P3, P31

5.2.1 SER DIABÉTICO É SER NORMAL

A representação identitária *ser diabético é ser normal* dos participantes que, de um modo geral, se adaptaram ao cotidiano de conviver com o DM2 de uma forma equilibrada inclui as subcategorias – ter vida normal, sentir bem e ter controle.

Dentre os participantes normais, há aqueles que julgam ter vida normal, pois não veem diferenças entre as atividades realizadas no presente e no passado. Outros relatam sentir bem devido aos sintomas não sentidos do DM2 e há ainda aqueles que julgam ter controle sobre a glicemia e o açúcar.

5.2.1.1 Ter vida normal

As pessoas com DM2 normais, após o diagnóstico da doença, com o intuito de conseguir a normatividade e a busca pelo equilíbrio, estabelecem novas normas de vida e conseguem se adaptar às instabilidades e variabilidades de seu cotidiano.

Nessa perspectiva, a P23 evocou o “normal” para expressar sua representação sobre o “ser diabético”:

“Coisa normal. Eu acho coisa normal. Eu não penso que estou com diabetes. Eu poderia estar com diabetes antes, mas pode ser que não sabia. A diabetes é uma doença boba, mas ao mesmo tempo perigosa, mas se a gente souber controlar a gente vive bem com ela, né?” (P23).

Por meio da objetivação, a participante denomina o DM2 de “coisa normal” e “doença boba, mas ao mesmo tempo perigosa” e atribui sentidos que diminuem o distanciamento entre o conhecimento científico da doença e a realidade. Os sentidos “normal” e “boba” fazem com que o DM2 não seja visto como uma doença, pelo fato de a pessoa não ter sintomas. Ao julgá-la “perigosa”, a participante refere-se a suas complicações. Pelo processo da ancoragem, o conhecimento científico se transforma no senso comum, um conhecimento útil, pois suscita práticas preventivas de controle. Assim, consciente dos perigos, ela diz controlá-los para conviver bem com a doença.

Na objetivação, os indivíduos tentam reduzir a distância entre o conhecimento do objeto social que constroem e a percepção que têm desse objeto, permitindo tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem pelo objeto representado. Na ancoragem por meio da rede de significações em torno do objeto, o indivíduo relaciona-o a valores e práticas sociais (DESCHAMPS, MOLINER, 2009; MOSCOVICI, 2012).

Esses processos propiciam às pessoas se familiarizarem e colocarem, em seu quadro de referências, o objeto novo. Agindo assim, podem compará-lo e interpretá-lo, colocando-o sob controle (MOSCOVICI, 2012). Esses processos se articulam com a categorização, um dos processos de construção da representação identitária. Nessa

direção, a categorização, numa perspectiva cognitiva, refere-se aos processos psicológicos que tendem a organizar o entorno em termos de categorias: grupos de pessoas, de objetos e de eventos (TAJFEL, 1972).

Outro participante julga sua vida “normal” ao revelar que, após a doença, realiza normalmente suas atividades cotidianas:

“Normal. A minha vida é normal, faço as mesmas coisas” (P24).

Quando o P24 afirma: “a minha vida é normal”, demonstra que ajustou sua vida às atuais condições, realizando práticas de pessoas de seu convívio que têm uma vida normal, pois não percebe diferenças entre as atividades exercidas hoje e no passado. A expressão “as mesmas coisas” expressam atividades cotidianas, relacionadas a questões corriqueiras. Assim, ao dizer “eu faço as mesmas coisas”, ele quer dizer “eu tenho uma vida normal”.

Igualmente à P24, P15, ao se comparar com as outras pessoas de seu convívio, chega à conclusão de que também é normal:

“Alimento o que eu posso. Ah, eu sinto normal, igual a outra pessoa. Eu tenho que alimentar o que eu posso. A gente não precisa ter revolta. Eu posso não ser normal, mas eu tenho que alimentar igual a outra pessoa” (P15).

No cotidiano da P15, as situações vivenciadas em suas interações sociais favorecem a comparação com as pessoas de seu convívio que não têm a doença. Assim, ela não se percebe doente, “eu sinto normal, igual a outra pessoa” embora tenha algo diferente, o DM2.

Salienta-se que a comparação social é outro processo que contribui para a construção das representações identitárias. As pessoas avaliam opiniões, atitudes e crenças comparando-as com as de outras, ao buscar semelhanças com as pessoas de seu grupo de pertença (FESTINGER, 1971).

5.2.1.2 Sentir bem

As pessoas com DM2 “normais” sentem-se bem, mesmo possuindo uma doença que, por ser na maioria das vezes assintomática, facilita o estabelecimento de novas normas de vida, com o intuito de conseguir a normatividade.

Os sintomas não sentidos da doença crônica fazem com que o DM2 não seja representado para essa participante como uma “doença”:

“Sinto a mesma coisa, acho que é uma coisa normal, não chega a ser uma doença. Hoje em dia tá geral. Na minha família são quatro. Tem um irmão que teve que cortar a perna, o pé inflamou e teve que cortar a perna. Nós somos quatro. Nós somos normal, assim alegre, conversa e passeia” (P8).

Ao dizer que é alegre, conversa e passeia assim como os irmãos P8 se julga normal. Ela não se vê uma pessoa doente, sente a mesma coisa que sentia antes de adoecer, caracterizando o caráter assintomático do DM2. Seu pensamento entra em sintonia com as mulheres com DM 2 estudadas por Péres, Franco e Santos (2008) que construíram a representação “ter saúde é estar livre de dor”.

Diferentemente dos participantes que se referem à “vida normal”, P8 não se compara com pessoas de seu grupo de convivência, mas com as pessoas com DM2 semelhantes a ele. Provavelmente a amputação da perna foi o acontecimento que lhe permitiu diferenciar-se da pessoa doente e, em consequência, restaurar a representação identitária ser normal. Segundo Lemaine (1979), a pessoa se diferencia do outro quando essa diferença ameaça sua identidade.

Dessa forma, P8 reconhece diferenças em relação aos outros, fenômeno conhecido como identidade pessoal, ao mesmo tempo em que desenvolve sua identidade social ao perceber que se assemelha ao outro. As pessoas passam gradualmente da identidade pessoal à identidade social, à medida que se identificam com o grupo de pertença, no contexto de uma relação intergrupar (TURNER, 1984).

A distinção entre a identidade pessoal e a social é uma imagem de dualidade e de complementariedade entre o indivíduo e a sociedade, entre a diferença e a semelhança. Portanto, a identidade é um fenômeno subjetivo e dinâmico, resultante da dupla constatação de semelhanças e de diferenças entre os sujeitos, os outros e alguns grupos (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Outros participantes que não possuem os sintomas clássicos do DM 2, atribuem o fato de se sentirem bem, à forma como lidam internamente com a doença:

“Parece que não tenho. Eu me sinto muito bem. Eu não paro. Não tenho tonteira, nunca passei mal, nunca fui ao hospital. Faço caminhada. Graças a Deus eu sinto bem. Não sou de doce, não como comida gordurosa. Como menos arroz porque engorda” (P21).

“Eu me sinto bem. Porque eu sempre me senti bem” (P7).

“Bem. Eu estou sentindo bem, tenho às vezes dores nas pernas. Sempre acordo disposto, faço as mesmas atividades” (P34).

“Normal. Tem seis anos que eu sou diabético, não me emociono fácil” (P25).

Os participantes que afirmam se sentir bem possuem o lócus de controle internamente, condição que contribui para a autoestima positiva e, conseqüentemente, para a adoção dos comportamentos de autocuidado preconizados: “faço caminhada”, “não como comida gordurosa”, “como menos arroz porque engorda” e “não como doce”. Agindo dessa maneira, eles se veem como pessoas normais, auto-determinados, que cumprem as exigências e as condutas prescritas.

Além dos processos identitários mencionados, outro processo que contribui para a construção da representação identitária “ser normal” é a atribuição social. Segundo a teoria da atribuição social, as pessoas que têm a necessidade de atribuir causas pessoais aos fenômenos que ocorrem em suas vidas possuem o lócus de controle na internalidade, ou seja, os acontecimentos de sua vida cotidiana são controláveis por suas próprias ações e dependem, sobretudo, de seu comportamento (HEIDER, 1958)

5.2.1.3 Ter controle

As pessoas com DM2 normais veem sua vida controlada, ou seja normal, ao julgarem “ter controle” das variabilidades da glicemia e das possíveis complicações advindas do não controle.

Para transformar a enfermidade em um estilo de vida normal os participantes enfatizam o controle da glicemia:

“A gente tem que estar preparado para o que vier. A gente não sabe quando ela chega. Temos que estar sempre preparado para o que vier” (P29).

“Ter tratamento. Se não tiver tratamento e acompanhamento seria pior. Se der uma queda de glicose, a pessoa pode desmaiar. Pode também ficar alta” (P19).

“Não me estresso. A gente podia, é uma coisa que vem, é genético. Eu descobri em 1993, desde então eu faço controle. Não tenho que me estressar. Tenho que

acompanhar assim a orientação do médico. Por minha conta própria eu não posso me medicar. Eu sou leigo. Tenho que me sensibilizar nas palavras do médico” (P28).

Por não ter domínio sobre os momentos em que poderá ocorrer a hiperglicemia ou hipoglicemia, “a gente não sabe quando ela chega”, P29 se conscientiza da necessidade do controle cotidiano, para evitar as complicações futuras: “a gente deve estar preparado para o que der e vier”. Na visão de P19, embora a glicemia seja expressa por uma “queda da glicose” ou “pode ficar alta”, ela poderá ser controlada e as pessoas não podem se descuidar. P28 vive normalmente com o DM2 há anos e não se estressa. Ele elaborou uma explicação causal de âmbito pessoal a respeito da origem da doença e encontrou um sentido para o controle da glicemia: “faço o controle”, pois “me sensibilizo nas palavras do médico”.

Os participantes elaboram explicações causais pessoais a respeito da origem da doença e do descontrole ou controle da glicemia e atribuem sentidos ao meio para manterem o equilíbrio, a coerência entre a realidade e as representações da realidade que se torna, dessa forma, previsível e controlada. Esse processo se dá por meio da atribuição de causas, do estabelecimento de associações por semelhança entre os fenômenos a partir de uma lógica de antecedentes e consequentes (VALA, 1993; RODRIGUES, 1998).

Outros participantes se preocupam, ou seja, ocupam o pensamento com o controle da glicemia

“Eu tenho que me cuidar. Sou diabética há mais 20 anos. Eu não vou me matar. Deus sabe das coisas. Quando vim para cá, minha glicose tava 360 e agora tá normal. A gente é que gosta da gente” (P10).

“Preocupada. A minha irmã amputou a perna. Tenho medo de chegar a esse ponto. O medo de subir e dar uma coisa. Ela tem os mesmos problemas que eu, colesterol e triglicérides” (P16).

Os participantes, com suas crenças, opiniões, sentimentos de medo e preocupação com o DM2, acreditam que podem controlar a doença. P10 convive normalmente com o DM2 há anos, é consciente que o cuidado faz parte de sua vida e relata que sua glicemia é normal. O medo da amputação advinda do não controle é percebido quando P16 compara os valores dos exames bioquímicos alterados de sua

irmã e percebe a semelhança – “ela tem os mesmos problemas que eu, colesterol e triglicérides” e a diferença – “a minha irmã amputou a perna”.

A prevenção de complicações foi um dos fatores que favoreceu a adoção de comportamentos adequados, no estudo de levantamento das representações sociais de mulheres com DM 2 sobre a doença e seu tratamento, conduzido por Motta (2001). Segundo Dietrich (1996), o medo que sentem aqueles que perderam suas famílias devido às complicações do DM 2 pode motivá-los a buscar o autocontrole.

Há aqueles participantes que julgam “ter controle” da glicemia ao “policiar” o consumo de doces:

“Doença que não pode lidar com açúcar. Acostumei assim, na comida eu só coloco tempero e alho. Eu coloco só um pouquinho de açúcar e depois coloco o adoçante” (P20).

“Porque eu gosto muito de doces, eu preciso de me policiar, graças a Deus a glicose é normal, nunca ficou alta” (P2)..

P20 parece ter a capacidade de restringir o açúcar, ao conviver com as consequências advindas da nomeação do DM2 em “doença que não pode lidar com o açúcar”, não de forma radical, mas harmoniosa, complementando o dulçor dos alimentos com o substituto do açúcar. De modo diferente, gostar de doces, um conhecimento radicado no corpo e não no intelecto, leva P2 a se “policiar” de forma vigilante para não comê-los.

Adequar-se ao plano alimentar representa um grande desafio para as pessoas com DM2, ao envolver mudanças de comportamento a serem integradas no cotidiano. Nessa etapa, devem ser considerados os hábitos arraigados, como o comer doces, que resistem à incorporação efetiva de novas representações no delineamento do comportamento dessas pessoas (ALVES; RABELO, 1998).

Nas pessoas que julgam *ter uma vida normal, sentir bem e ter controle* a restauração da identidade de origem se faz através da busca da diferença e ocorreu nesses participantes, ao se compararem com as pessoas de convívio e com as do grupo de pertença. Segundo Vala (2006) as comparações intergrupais são regidas por um princípio motivacional que visa assegurar uma identidade social positiva.

5.2.2 SER DIABÉTICO É ACEITAR A DOENÇA

Os participantes “aceitam a doença” na tentativa de buscar uma convivência com os conflitos de várias ordens decorrentes da doença que os acomete.

As participantes possuem atitudes de aceitação do DM2 ao dizerem:

“Não me importo. Porque apareceu, deu” (P6).

“Não é uma coisa muito boa. A gente vai levando” (P4).

P6 tem atitude de aceitação da doença ao dizer que convive com ela desde que ela “apareceu” sem se “importar”. Embora o DM2 não seja uma doença de bom prognóstico, P4 aceita conviver com essa enfermidade.

Outra participante aceita a doença, atribuindo a cura do DM2 a uma causa externa:

“Deus cura a diabetes. A minha mãe foi curada da diabetes. Eu peço todos os dias para mim, minha família, quem eu conheço e quem eu não conheço que tem diabetes, que Jesus faça a sua obra. Eu confio nele. Tenho o exemplo da minha mãe” (P17).

A aceitação generalizada das pessoas de que Deus cura as doenças foi a crença escolhida por P17 para expressar a aceitação de sua doença. Como as pessoas possuem a tendência de se inspirarem naquelas que conseguem êxito em suas ações com a finalidade de melhoria de si-mesmo, P17, fiel à religiosidade e a suas crenças deseja alcançar os mesmos resultados obtidos pela mãe, que conseguiu se curar do DM2, ajudada por Deus.

Por atribuírem a cura do DM2 a Deus e a origem da doença a uma causa externa, P17 e P6 possuem o locus de controle predominantemente externo. Como o controle de suas vidas depende dos fatores externos, nada podem fazer, a não ser aceitar a doença.

A medida de locus de controle de saúde de pessoas com DM2 foi avaliada por Zanetti, Trevizan e Mendes (1993) que verificaram que 93,8% delas tinham o locus de controle externo e somente 6,2% imputavam a doença às causas internas.

Os processos de atribuição representam, para os indivíduos, um meio de assegurar um controle sobre a realidade, forjando-se um conhecimento relativamente

estável e às vezes ilusório do entorno, dependente de uma força externa e não de seu empenho pessoal (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

De modo semelhante, P32 e P33 possuem atitudes de “aceitação da doença”

“Tem gente que fica apavorado. Como se disse, se não fosse ela, seria bem melhor. Não tô nem vendo. Após o café da manhã, eu tomo os três comprimidos” (P32).

“Eu não sou o primeiro, eu sou igual a todo mundo. Nós estamos arriscados de tudo. Eu não sou o primeiro, são milhares, trilhões. Para viver uma vida boa, nós temos que saber viver ela” (P33).

P32 diz nem perceber a doença e P33 afirma que correr risco é algo inerente ao ser humano. A doença torna-se natural para P32 e P33 quando traduzem o que sentem sobre a sua vida em ditos compartilhados no senso comum: “para viver uma vida boa, nós temos que saber viver ela” e “se não fosse ela, seria bem melhor”. Esses ditos mostram que P32 e P33 recebem a doença conformando-se a ela. A naturalização permite esses participantes se compararem com outras pessoas que possuem a mesma doença e criarem um sentido subjetivo para o mundo que os cerca, buscando a aceitação em ser uma pessoa com DM2.

A naturalização é uma etapa do processo de objetivação que, nesse caso específico, permite organizar o entorno em categorias de pessoas semelhantes (MOSCOVICI, 2012). As pessoas em busca de aceitação social desenvolvem esforços diretos para assegurar a aprovação como membros da sociedade (McDAVID; HARARI, 1980).

No estudo conduzido por Cyrino (2009), as pessoas com DM2 relataram que precisam “saber aceitar a condição de ser portador” para enfrentar as possíveis complicações do DM2 e o autocuidado requerido, “saber aceitar o DM2, não deixar a doença dominar a vida” e “saber aceitar uma complicação grave ajudam a não deixar a doença dominar a vida”.

Segundo Dukstra et al. (2008), a aceitação ideal de uma doença crônica é um estado psicológico em que a enfermidade faz parte da percepção da realidade e não é percebida como um fator que limita a pessoa. Envolve a capacidade do indivíduo de se organizar consigo mesmo e com os outros em suas relações sociais, nas questões racionais, afetivas e emocionais.

Os participantes que *aceitam a doença*, diferentemente dos *normais*, não restauraram a identidade de origem, aceitaram a doença e construíram a identidade “ser doente”, pois não viram diferenças quando se compararam com os seus semelhantes doentes.

5.2.3 SER DIABÉTICO É TER UMA VIDA COM DIFICULDADES

Os participantes, ao estabelecerem novas normas de vida para se adequarem ao autocuidado e autocontrole deparam-se com dificuldades de se cuidarem expressas em sentimentos e atitudes desfavoráveis:

“Sinto muito ruim. Eu acho ruim tomar o remédio, sei lá. O comprimido é muito grande. Eu não gosto de tomar. A minha glicemia já deu maior do que essa, duzentos e tanto, tava muito pior” (P11).

“Controle. Tenho que ter controle da minha diabetes sempre” (P5).

“Eu acho particularmente ruim, mas a minha força de vontade não é muita” (P26).

“Glicose é alta, Tem pessoa que não aguenta e fica chorando. Eu não concordo com isso” (P27).

Os participantes P11 e P5 reclamam de tomar remédio diariamente, da obrigatoriedade de controlar o DM2 sempre, respectivamente. P26 afirma que a doença é ruim e justifica que não tem força de vontade para fazer o que é necessário. P27 ao representar o *ser diabético* lembra imediatamente da glicose alta, resultado da dificuldade de controle. Como a mudança de hábitos de vida é um processo lento, eles entram em contato com sentimentos negativos que podem interferir na motivação e na predisposição para incorporar mudanças no cotidiano.

Em relação ao autocuidado com a alimentação, a mudança de hábitos alimentares é muito difícil, principalmente em relação à restrição do açúcar:

“Muito difícil. Não é tão fácil, por causa das restrições. A gente tenta fazer direitinho, mas tem hora que ultrapassa. A gente tenta mas não é perfeito” (P1).

“O diabético não pode comer açúcar, pois acumula no sangue. O café eu não suporto com adoçante” (P13).

A restrição de não comer determinados alimentos, principalmente o açúcar, pois ele “acumula no sangue” é conhecida no senso comum. Colocar em prática esse conhecimento é “muito difícil” na visão de P1, apesar de tentar. Pois, algumas vezes, o desejo pelo doce é incontrolável.

A alimentação é um dos principais problemas das pessoas com DM 2 quanto à adaptação às recomendações dietéticas e à dificuldade de nunca mais poder comer e beber normalmente como todos os outros (ANDERSON et al., 1998). Mintz (2001) afirma que os comportamentos alimentares podem, às vezes simultaneamente, ser os mais flexíveis e os mais arraigados de todos os hábitos. Assim, a mudança comportamental de não comer mais doce poderá ocorrer na fase adulta, porém a memória adquirida ao nascer do sabor doce do leite, uma preferência nata, pode permanecer para sempre, na consciência das pessoas.

Ainda no âmbito da alimentação, há aqueles que têm dificuldade em se alimentar fora de casa:

“Ser diferente. Quando eu estou em casa é normal. Eu tenho um pouco de dificuldade de achar uma alimentação mais adequada quando saio. Quando estou em casa como menos, mas quando eu saio fico com vergonha e sem jeito. Quando uma pessoa oferece alguma coisa na casa da pessoa eu fico sem jeito” (P30).

“Não acha diferença. O chato também é quando você vai numa reunião tem qualquer coisa, a pessoa vai oferecer alguma coisa. Ai eles dizem: isso a senhora não pode comer. Uma coisa a vez que a gente come. A gente que é doente sabe o que pode comer e o que não pode comer” (P12).

Em sua residência, P30 reconhece que tem uma vida normal como a de outras pessoas mas, quando se alimenta fora de casa, julga que os outros o veem de uma forma diferente. Ele acredita que é estigmatizado em função dos alimentos que não pode comer, sente-se inferiorizado e envergonhado. De modo semelhante, o estereótipo do alimento proibido deixa P12 indignada, pois ela julga ter conhecimentos suficientes para categorizar os alimentos que pode ou não comer.

P30 e P12 deparam-se com o estereótipo do alimento proibido e se veem diferentes ao se compararem às pessoas com quem convivem. P30 prefere aceitar os alimentos que não pode comer e P12 acha as pessoas indelicadas.

Os estereótipos são crenças socialmente compartilhadas, aparentemente estruturadas e generalizadas na mente de uma pessoa sobre uma dimensão comum que representa ou diferencia as categorias sociais. Os estereótipos ajudam a ordenar, categorizar e estruturar a percepção da realidade, acentuando as semelhanças e as diferenças entre as pessoas (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

As pessoas com DM2 são vítimas de estereótipos relacionados aos alimentos que não podem comer (TECHIO, 2011). A doença é vista como uma situação de ameaça ao normal e efetivo desempenho de papéis e tarefas para os quais foram socializados (CARAPINHEIRO, 1987) e pode gerar situações de exclusão nas interações sociais (DIAS, 1999)

É possível que as pessoas com DM2 menos otimistas, ao não se sentirem confiantes em relação ao futuro e ao se confrontarem com as adversidades, não exerçam esforços continuados no sentido de alcançar seus objetivos, negligenciando o autocuidado e o autocontrole (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2004). As pessoas com DM2 estudadas por Ockeford et al. (2008) relataram dificuldades em gerenciar o DM2 pois argumentaram que outros aspectos de suas vidas tinham prioridade maior.

Os participantes que julgam ter uma vida com dificuldades possuem dificuldades de se cuidarem e relutam em revelar a identidade de serem diabéticos.

5.2.4 SER DIABÉTICO É SER INCONFORMADO

As pessoas com DM2, inconformadas diante das instabilidades e variabilidades da enfermidade, reclamam ou reagem às normas, não se conformando em adotá-las.

O discurso da participante pautou-se no inconformismo ao empregar palavras com sentido simbólico que brotaram de suas experiências de padecimento com o DM2:

“Detesto o nome diabetes. Eu detesto esse nome, eu não pertença a ele. Eu falo a minha glicose é alta. Esse nome é muito feio, ele vem do diabo, o diabo da Bete. Diabetes. Sai para lá” (P9).

A partir do sufixo da palavra dia“bete”s, P9 personificou o diabetes, dando-lhe o nome de Bete. Devido à afinidade entre os prefixos das palavras “diab”o e “diab”etes, o diabo se une a Bete.

Na experiência de P9, o significado da doença organizado pelo pensamento mágico e religioso associado ao diabo e a representação de tudo o que Deus não significa, adquiriu materialidade por ela não aceitar ser uma pessoa com DM2.

Geralmente as pessoas têm dificuldade de aceitação da doença em função da ruptura que provoca na vida e pelo medo das complicações (HÖRSNTEN, 2004).

Igualmente, para outras participantes, a não aceitação em “ser diabético” é expressa em sentimentos de insatisfação, inconformismo e sofrimento:

“Na época, se eu tivesse me informado não estaria com ela. Depois que ela vem não tem mais remédio. Eu digo para meus filhos: não vão comer isso que vocês vão ficar diabético” (P18).

“Doença que vai acabando com a gente aos poucos” (P14).

“Tomo muito remédio. Eu não era assim. Eu não queria ser diabética, eu me sinto cansada, eu tomo remédio para o coração” (P22).

“Triste. Essa doença é muito perigosa. O meu vizinho teve que amputar a perna” (P3).

Inconformadas, P18 e P14 têm atitudes desfavoráveis e revelam nada poder fazer em face das informações sobre as consequências da “doença incurável” que pode, ao longo dos anos, lesar diferentes órgãos. P22 também tem atitudes negativas em relação à doença, pois não gostaria de ser diabética. P3 apropria-se da informação divulgada no senso comum “não pode comer nada que prejudique o diabetes” e cria uma imagem para o DM2, uma “doença muito perigosa” que, se não for tratada, pode levar à amputação de membros. As atitudes desfavoráveis e negativas em relação ao “ser diabético, a informação sobre os riscos da doença e imagem de perigo que elaboram sobre a doença ajudam a entender o sentido que os participantes dão à representação social “ser inconformado”.

As atitudes favoráveis ou desfavoráveis sobre o objeto representado, a informação – organização dos conhecimentos dos participantes sobre o objeto e o campo representacional – imagem ou conteúdo concreto e limitado de proposições

referentes a um aspecto preciso do objeto são as dimensões que compõem a representação social. Essas dimensões organizam os conhecimentos dos grupos possuem sobre o objeto representado (MOSCOVICI, 2012).

P31, inconformado, afirma que não é saudável:

“O diabético não tem o direito de sentir tão saudável Eu não tenho uma liberdade mais ampla quanto aquele que não tem diabetes” (P31).

Como a doença não poderá ser suprimida de sua vida, P31 se compara com outra pessoa saudável e se dá conta plenamente de sua impotência em transformar a desordem em equilíbrio. A liberdade irrestrita idealizada pelo participante não é (re)criada como uma liberdade possível.

Segundo Canguilhem (2006), viver a doença é apreendido como uma alteração do estado normal, pois a situação adversa da doença não poderá ser suprimida das vidas dessas pessoas, mas a capacidade de reagir significa aprender a conviver com as restrições.

Os sentimentos de insatisfação e de desgosto de alguns participantes “inconformados”, nascem da comparação que fazem entre sua própria situação e a de outrem. Esses sentimentos os impedem de elaborar outra representação identitária diferente de “ser inconformado”.

5.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* TIPO 2

As representações sociais da alimentação das pessoas com DM2 foram construídas nas interações sociais para dar sentido à alimentação, um conceito complexo, tornando-o algo mais familiar. As categorias das representações sociais da alimentação – *comer saudável*, *comer verduras e frutas*, *comer pouco*, *desviar dos doces*, *não comer de tudo*, *não comer muito* e *não seguir a dieta* nomeadas por participantes estão descritas no Quadro 2.

Assim, há aqueles que julgam que a pessoa com DM2 deve comer saudável, ou seja, comer coisas sadias que não fazem mal à saúde. Outros, de forma fragmentada e pontual, apoiam-se na qualidade da alimentação, representando-a como *comer verduras e frutas* e *desviar dos doces*. Há ainda aqueles que, para representar sua alimentação, enfatizam a necessidade de *comer pouco*, preocupando-se com o aspecto quantitativo da alimentação.

Os participantes que representam a alimentação como *comer verduras e frutas* e *desviar dos doces* ao relatarem as práticas alimentares, declaram consumir outros alimentos com as respectivas quantidades consumidas. Do mesmo modo acontece em relação ao *comer pouco*; os participantes, ao escolherem os alimentos saudáveis para compor suas refeições, não contemplam apenas o aspecto quantitativo da alimentação; trazem também os aspectos referentes à qualidade dos alimentos. Ao analisar as práticas alimentares desses participantes, eles relatam comer alimentos saudáveis regularmente e esporadicamente os alimentos não saudáveis, distribuídos ao longo do dia em pequenos intervalos, mantendo uma harmonia entre a qualidade e a quantidades dos alimentos.

De modo contrário, as representações sociais da alimentação de outros participantes foram expressas na forma negativa do comer. Assim, existe aquele que representa a alimentação em *não comer muito* para fugir da dieta rigorosa e outros não fazem muitas refeições durante o dia. Outros pensam *não comer de tudo* e julgam comer alimentos que não fazem mal ao organismo. Há aqueles que representam a alimentação em não seguir a dieta e declaram não seguir a alimentação de forma adequada. A maioria desses participantes deixa de fazer algumas refeições ficando

muito tempo sem se alimentar, não contemplando a harmonia entre os princípios qualitativos e quantitativos.

Os discursos da alimentação serão apresentados em primeiro lugar e, em seguida, as falas referentes às práticas alimentares, destacadas em negrito.

Quadro 2 – Categorias das representações sociais da alimentação do grupo de pessoas com DM2. Belo Horizonte, MG.

Categorias das representações sociais da alimentação	Participantes
Comer saudável	P2, P10, P25
Comer reduzido	P24, P34, P29, P28
Comer verduras e frutas	P23, P18, P22, P19, P1, P15, P8
Desviar dos doces	P7, P16, P21, P4, P20
Não comer de tudo	P33, P17, P6, P11, P30, P3, P14
Não comer muito	P32, P12, P13, P27, P9, P31
Não seguir a dieta	P5, P26

5.3.1 COMER SAUDÁVEL

A saúde tem significativa importância na vida desse grupo de participantes que, preocupados em manter o controle glicêmico, orientam-se pelas ideias disseminadas na sociedade, em diferentes meios de comunicação, de comer “coisas sadias”, “alimentos que não fazem mal à saúde” e “comida *light*” para representar a alimentação das pessoas com DM2.

Assim, P2 e P10 relacionam a alimentação saudável ao controle glicêmico:

“Procurar comer coisas sadias. É uma alimentação sadia, porque devo aceitar o metabolismo do meu organismo para ele ficar mais no nível normal. Depois que a gente adoce voltar atrás é muito difícil, principalmente o diabético” (P2).

“Como pão integral. Eu sinto muito bem fazendo a alimentação adequada. É aquela que não faz mal a saúde? Se erra a mão um pouquinho, de repente bagunça. Eu tenho que me vigiar (P10).

P2 possui a crença de que a glicose pode ficar normal se ela aceitar o organismo acometido pelo DM2. Como essa enfermidade não tem cura, seu organismo não retorna ao estado anterior de normalidade; mas ela consegue encontrar o equilíbrio dinâmico entre a saúde e a doença, ao conviver de forma harmoniosa com as normas da alimentação sadia, conforme alerta também P10: “eu sinto bem fazendo a alimentação adequada. Se erra a mão um pouquinho, de repente bagunça”.

A alimentação de P2 e P10, para ser saudável conforme categorizada em suas falas, depende do equilíbrio entre os aspectos quantitativos e qualitativos:

“A gente não faz a alimentação do diabético certinha, certinha. Eu não faço a alimentação separada. Eu posso comer de tudo, mas tudo dosado né? Eu como pão com margarina *light*, tomo leite integral, café com adoçante. De manhã, se não tem pão, eu como biscoito. Ontem eu fiz no almoço arroz, feijão, verdura e maçã de peito. Meu marido adora, mas eu procuro comer um pedaço menor e com menos gordura. O caldo é muito gorduroso e aí eu não como. Eu como duas bananas por dia, laranja ou maçã. Eu evito de fazer doce. Às vezes eu faço lanche da tarde, às vezes eu como banana. O jantar é o mesmo. Eu faço quibe frito, uma vez por semana. Eu bebo cerveja sexta, sábado e domingo” (P2).

“Tomo leite com pão integral e biscoito e como uma banana se sentir fome. Almoço ao meio dia. Eu como uma escumadeira de arroz, uma única massa. Meu filho coloca muito arroz no prato, por isso a barriga dele tá crescendo. Tomo só o caldo de feijão e uns carocinhos. Ontem eu fiz uma carninha e uma verdura. O lanche da tarde é o mesmo do café. Janto um pouquinho a sobra do almoço. Se eu acordar com estômago vazio, eu esquento leite e tomo com uns biscoitos” (P10).

A prática alimentar dessas participantes não é “certinha, certinha” conforme deseja P2. P10 e P2 comem alimentos saudáveis, como margarina *light*, pão integral, verduras e frutas. Por meio da prática alimentar, expressam uma preocupação em fracionar os alimentos no decorrer do dia e consumir, de forma “dosada”, alimentos gordurosos e bebida alcoólica.

P2, ao dizer que come menor quantidade de alimentos gordurosos, categoriza os alimentos levando em consideração a quantidade e a qualidade de gorduras. Quando P2 e P10 mencionam que substituem o pão pelo biscoito e comem somente uma massa em uma mesma refeição, respectivamente, demonstram preocupação com o componente qualitativo da alimentação, no que diz respeito a presença de carboidrato.

A categorização permite a P2 e a P10 selecionarem a quantidade dos alimentos ricos em gorduras e em carboidratos que podem comer. Nessa direção, outro processo a ser considerado é a comparação que P10 faz com o filho que come muito arroz. Ao categorizar e comparar determinado objeto, a pessoa sistematiza o entorno, estrutura de uma forma melhor o mundo em que vive, simplificando-o de tal maneira que os acontecimentos possam ser explicáveis e controlados (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Além dos processos de categorização e comparação, acrescentam-se as interações sociais de P2 e P10 em sua família, na construção da representação social *comer saudável*.

É no convívio familiar e social que as práticas alimentares são determinadas. Às vezes, é necessário que algum membro da família deixe de ingerir algum tipo de alimento de sua preferência para compartilhar a refeição com a pessoa com DM2 e há casos em que a pessoa necessite alimentar-se separadamente quando não é possível o acordo da alimentação comum com os membros da família (PONTIERE; BACHION, 2010).

Além dos alimentos nomeados em saudios e adequados, os *light* mantêm o controle glicêmico, na visão de P25:

“A comida nossa é light. Para tá sem problema. Não sei como estão os seus controles. Como mais feijão, arroz, muita verdura crua” (P25).

P25 espera que o controle da sua glicemia seja mantida nos níveis adequados por consumir a alimentação *light*, classificada assim por ele ao incorporar uma grande quantidade de verduras cruas ao tradicional arroz com feijão.

Observa-se que o senso comum gerou um novo significado para o termo *light* – comer muita verdura. No conhecimento científico *light* é o alimento industrializado reduzido em 25% de calorias ou outro nutriente em relação ao produto normal (FREITAS, 2005).

Além das verduras, outros tipos de alimentos estão presentes na alimentação “light” de P25:

“De manhã, eu faço a caminhada e como um pão sem miolo, leite e café. Como uma fruta. Como arroz, feijão, e uns dois pedacinhos de carne. Depois do almoço, café com adoçante e, no lanche, fruta. O jantar é o mesmo. À noite, como dois biscoitos água sal e um copo de leite desnatado. De mês em mês, eu pego uma prova de doce. Uma vez por semana eu como uma fritura. Não tomo bebida alcoólica. Uso menos sal na comida. Sempre que eu lembro, eu tomo água” (P25).

“Comer *light*” para P25 inclui, além das verduras e frutas, beber água e leite desnatado, não tomar bebida alcoólica, comer pouco sal, comer mais vezes ao dia e caminhar diariamente. Esses comportamentos, conhecidos no meio científico como estratégias globais de atividade física e alimentação são divulgados pelo MS e pelos profissionais de saúde com a finalidade de promover a saúde e prevenir o crescimento das doenças crônicas (BRASIL, 2004).

Além desses comportamentos, P25 inclui, no “comer light”, o consumo esporádico de doce, alimento que eleva rapidamente a glicemia e de fritura, alimento de elevada densidade energética de que as estratégias globais da OMS recomendam “reduzir o consumo”.

As diretrizes da OMS sobre alimentação saudável destinadas à população são as mesmas para as pessoas com DM2; porém muitos profissionais de saúde, em busca de melhores resultados para o controle glicêmico, não prescrevem o consumo esporádico desses alimentos calóricos, simplesmente proíbem.

A alimentação saudável é reconhecida por algumas pessoas com DM2, entrevistadas por Santos e Araújo (2011), como necessária para uma vida saudável e também para o DM2. Esses entrevistados, assim como DU, AL e MA e as pessoas estudadas por Péres, Franco e Santos (2006) não seguem estritamente a dieta prescrita.

5.3.2 COMER REDUZIDO

Para esses participantes, o controle centra-se na quantidade de comida, expressa-se no comer reduzido, ideia escolhida para representar a alimentação da pessoa com DM2.

Seguem os discursos de P24 e P34 que direcionam para o comer reduzido:

“Normal. Desde quando fiquei sabendo que era diabético, em 1996, tenho uma vida normal. Diminuí a quantidade que comia, dois pratos, passei a comer um prato. O médico disse para eu diminuir, mas nunca passou dieta. O médico do convênio da empresa me disse que, como viajo o tempo todo, é bom eu chupar uma bala, senão pode dar hipoglicemia” (P24).

“Normal. A alimentação minha é normal do dia a dia, eu me sinto bem, como reduzido” (P34).

Como a alimentação cotidiana desses participantes inclui os mesmos alimentos consumidos anteriormente, antes do advento da enfermidade, eles a representam como normal. A redução dos alimentos efetuada por P24 não é considerada dieta, entendida por ele como uma lista de alimentos permitidos e proibidos com as respectivas quantidades.

O comer normal e a dieta, diferentemente do senso comum, referem-se à alimentação em quantidade suficiente, completa nos nutrientes, além de harmônica e adequada por cobrir as necessidades nutricionais e manter a normalidade do organismo (CHAVES, 1978; SOLÁ, 1988).

Na prática P24 come normal:

“A minha alimentação é normal, nunca recebi dieta. Diminuí a quantidade que comia e passei a comer a metade. Sou motorista e, dia sim e dia não, viajo para Vitória. Saio às 18 horas de BH e chego às 2 horas em Vitória. Fico num hotel e volto no outro dia às 21 horas. Na volta para Belo Horizonte, eu como três frutas, que pego no hotel” (P24).

P24 não recebeu dieta contendo alimentos que ele pode ou não comer, então continua comendo “normal”, os mesmos alimentos consumidos antes da

enfermidade. Ele se reeducou e reduziu a comida pela metade. Além da quantidade, a qualidade se faz presente na prática alimentar de P24 ao escolher comer frutas durante as viagens longas. Esses alimentos ricos em carboidratos simples e fibras ajudam a manter a glicemia controlada até o momento da próxima refeição.

Por meio da objetivação, P24 atribui, à alimentação da pessoa com DM2, uma significação comer normal. Essa foi a maneira que ele achou para transformar o complexo conhecimento científico da alimentação em um conhecimento útil. O comer pouco poderá se tornar normal do ponto de vista científico, se contemplar os princípios qualitativos pois reduzir a ingestão de alimentos de forma adequada é uma das recomendações para a pessoa com DM2, com a finalidade de reduzir o peso e manter o controle glicêmico (ADA, 2010).

Igual a P24, P34 aderiu à redução da quantidade de comida:

“Todos os dias eu como na oficina um pãozinho e meio com margarina *light* e uma dosagem de café com adoçante. Almoço ao meio-dia na oficina, levo a marmitta quadrada, que tem uma escumadeira e meia de arroz, uma concha de feijão, verdura e carne. Eu adoro macarrão, adoro massa. Como em excesso. Uma porção de macarrão é um pegador, né? A fruta que levo estraga na bolsa, minha esposa me xinga. Teve uma vez que comprei uma penca de banana e aí eu pegava uma banana quando via. O meu jantar é em casa, uma a duas escumadeiras de arroz, uma a meia concha de verdura e carne. Costumo chupar uma laranja depois da janta. Chocolate eu evito, uns dois por mês” (P34).

As quantidades de carne, arroz, feijão e verdura acondicionadas na capacidade disponível na marmitta quadrada permitem o controle da quantidade de alimentos consumidos. A quantidade é o elemento que caracteriza a representação e desperta sua atenção: “uma porção de macarrão é um pegador?” A preocupação com a quantidade está expressa também quando apresenta as medidas de arroz, verdura e carne que come no jantar. Além da quantidade, o princípio da qualidade dos nutrientes está presente em seu almoço composto de arroz, feijão, carne, verduras e frutas.

P29 e P28 também se preocupam com o “comer pouco”:

“Comer pouco. Como pouco e nas horas certas. Assim, eu vou levando a vida. À noite, eu tomo mais é uma sopa, mingau de aveia, pois não pesa

no estômago. Como frutas. A minha esposa cuida de mim, se não fosse ela” (P29).

“Não exagerado. Evito coisa gordurosa. O que ela faz e eu não posso, eu deixo de lado. Tem muita gente na minha casa. Prato serra, não faço mais. Tem dia que tomo uma cerveja de quatro em quatro dias. Não exagero no doce, uma colherada só. Antigamente era um prato de doce. Eu não exagero. Gordura, eu evito ao máximo. Ainda mais com esse problema da vesícula. Eu não tenho muita preocupação. Uma carne gordurosa, um doce” (P28).

Comer pouco para P29 é comer alimentos leves nas horas certas. Dessa maneira, ele entende que não deve comer uma refeição completa no jantar e sim alimentos que “não pesam no estômago”, como a sopa e o mingau. P28 reduziu a quantidade de comida consumida exageradamente no passado que se assemelhava à altura de uma serra, assim como o doce que passou a ser dosado pela colher, colocando em desuso o prato utilizado como medida. P28 se apropria do conhecimento e age de modo a manter-se afastado dos açúcares e da gordura, ao compartilhar a crença de que são prejudiciais à saúde.

O *comer pouco* é efetivado pela ajuda das esposas do P29 e do P28:

“De manhã, tomo café com adoçante e pão sem miolo. Tomo uma xícara de mingau de aveia. No intervalo, eu como uma banana. No almoço, minha esposa coloca, no prato, arroz, feijão, bastante verdura com angu, uma carninha. Depois, chupo uma laranja que ela descasca. Se eu quero comer mais um pouco do que gosto, ela coloca um pouquinho mais no meu prato. À tarde, eu tomo um lanche, se não for reforçado, de noite eu tomo uma sopa ou um mingau que ela faz” (P29).

“Eu fui criado na roça, o predileto da gente é o arroz, feijão, angu e couve. No jantar, se tiver resto do almoço, faz mexido. Às vezes, eu parto e como um pedacinho de maçã, às vezes, uma laranja. Eu gosto de fritura, bolinho frito de farinha de trigo, pastel. Cerveja tem dia que tomo duas ou três quando tá calor. Eu não fico procurando as coisas na geladeira. Se não tiver na mesa, eu não pego. Eu não estou repetindo

comida. Eu tomo suco, o que ela faz para os meninos, eu tomo. Se eu pedir sem açúcar, ela faz. Eu evito suco e saio de fininho, se não tomo um litro inteiro. Ela faz café amargoso” (P28).

A esposa de P29 seleciona os alimentos que compõem a refeição, prepara a comida e serve diretamente no prato os alimentos separados em pequenas porções, permitindo que ele controle a quantidade ingerida. O pensamento de *comer pouco* e nas horas certas está presente em sua prática. Ele declara tomar café da manhã, comer uma fruta, almoçar, comer outra fruta, tomar um lanche e, quando “não come reforçado”, complementa com uma refeição leve, sopa ou mingau.

Na família de P28, existem regras seguidas pela esposa que lhe permitem assumir determinadas atitudes e condutas de controlar o consumo de alimentos, como: não procurar alimentos na geladeira, comer os alimentos disponíveis na mesa e não repetir comida. Em relação ao suco, ele evita o consumo, pois se sente diferente ao se comparar com os filhos que tomam suco com açúcar.

O aspecto social interfere na elaboração das representações sociais dos indivíduos e estas na elaboração das representações sociais do grupo a que pertencem (MOSCOVICI, 1978). A interação entre o individual e o social é promovida pela família que se constitui uma unidade de suporte resultando em aumento da autoeficácia no seguimento do plano alimentar e de atividade física para a pessoa com DM2 (WEN; PARCHMAN; SHEPHERD, 2004).

A representação social *comer pouco* orienta a prática alimentar de P24, P34, P29 e P28. A representação social do comer em relação à quantidade vem sendo modificada em determinadas sociedades. O comer em excesso representou na idade média *status* e força para o trabalho refletindo a posição social do indivíduo na sociedade (POULAIN, 2004). Na contemporaneidade, os profissionais da saúde recomendam o controle da quantidade de alimentos, principalmente daqueles ricos em gorduras e açúcares.

5.3.3 COMER VERDURAS E FRUTAS

Comer verduras e frutas, recomendação divulgada na mídia como um dos comportamentos referentes à alimentação saudável a ser adotado pela população²⁴, é a representação social da alimentação desse grupo de pessoas com DM2.

Os relatos descritos se pautam no “comer verduras e frutas”

“Faço comida separada para mim, arroz e carne. Como muita verdura e fruta. A única coisa que consumo é mamão, laranja e banana. Eu adoro banana. Maçã eu não gosto, pois dá fome. De vez em quando, eu compro melancia e abacaxi. De vez em quando, para variar. Não é sempre” (P23).

“Como muita verdura e legumes. Os legumes ajudam na alimentação” (P18).

“Eu como maçã, laranja, pêra, banana. O meu regime tem suco e tem verdura. Eu como maçã, banana, laranja, de vez em quando uma pêra. A maçã é a mais importante e depois vem a pêra. Eu como bolo quando vou à casa de minha mãe. Eu moro com a minha menina e o meu marido e aí eu saio do regime. Eu tenho que controlar, eu tenho que comer um pãozinho e almoçar. Lá na casa da minha mãe eu desconto” (P22).

As participantes inscrevem as verduras e as frutas em seu cotidiano e as interpretam colocando numa escala de preferência em função das sensações que proporcionam ao corpo e na importância para a saúde. Além de comer em grande quantidade esses alimentos, P23 relata um cuidado diferencial ao preparar sua comida em separado. Depois de cumprir a regra que guia sua alimentação, P22, ao visitar sua mãe, sai do “regime”, mas não perde o controle de vista.

As evidências científicas de que as verduras, legumes e frutas diminuem o risco das doenças crônicas circulam entre os profissionais da saúde. Para o leigo, o consumo desses alimentos terá valor se o risco do não consumo for construído social e culturalmente (GOMES, 2007). Para a adoção de um hábito de saúde, quatro elementos devem estar presentes: o fato de a ameaça do risco à saúde ser grande, a

probabilidade da ameaça ao risco se materializar ser elevada, a medida protetora recomendada ser eficaz em evitar e minimizar a ameaça e a pessoa acreditar em sua autoeficácia (TAYLOR, 1990).

Halkier (2001) pontua que os consumidores lidam com os riscos pela influência da dimensão corporal em suas vidas, identificando o polo espacial do controle, relacionado a disciplina, ordem, necessidade e racionalidade e o polo do desejo, associado ao impulso, liberdade e prazer. Desses polos, derivaram-se o consumidor “preocupado” ao marginalizar o desejo a partir do controle; o “irritado”, caracterizado pela relação conflituosa entre o desejo e o controle; e o “pragmático”, que não reflete sobre os riscos, demonstrando indiferença.

P23 pauta-se no polo do controle, relacionado à necessidade de aderir ao tratamento e no do desejo, referente ao prazer de comer fritura:

“Antigamente eu era mais desmazelada. Se eu comer isso, eu vou morrer mesmo, meu pai era que falava assim. Então, eu pensei deixa eu manear nas coisas de comer. Eu quero viver. Não cortei tudo. Como fritura. Eu já estou mais ou menos sabendo o que posso fazer. Estou consciente. Agora, pelo menos, eu como praticamente de hora marcada. De três em três horas, eu belisco a toda hora. Diminuí muito. Às 10 horas, como uma banana amassada com aveia e leite. No almoço, como arroz, feijão, carne e verdura crua e cozida, tudo com pouco óleo” (P23).

P23 atribui sentido a sua prática alimentar ao relatar que, por querer viver, tomou uma atitude de controlar, ou seja, “manear nas coisas de comer”. No passado, era negligente com a sua alimentação, ao ser conivente com o discurso do pai: “se eu comer isso, eu vou morrer mesmo”. Atualmente decidiu comer os alimentos que representa, verduras e frutas, além de comer de três em três horas e comer os alimentos fritos que tanto gosta.

De modo contrário a P23, P18 sobrepõe ao prazer de comer o que gosta à tentativa de cumprir a norma de comer verduras e frutas:

“Eu como um pão de sal com requeijão, café com leite normal. No almoço, eu faço uma grande salada, arroz, como um pedacinho de

²⁴ O consumo de verduras e frutas, recomendado pela estratégia global em alimentação saudável e atividade física são benéficos para as pessoas com DM2 pois, sendo ricas em fibras, contribuem para a redução dos níveis glicêmicos (PEREIRA; LUDWIG; 2001).

carne e tem dia que não como feijão. À tarde, eu como pão e café com leite. Mais tarde, um sanduíche. Eu não tenho prazer em comer. Eu compro todos os tipos de verdura. Eu faço a minha parte. Tem fruta que não pode, caqui, gosto de caqui. Eu chupo muita laranja, laranja é muito ácida, acho que pode. Eu tô comendo muito pouco. Eu gostaria de ter um cardápio para saber se eu estou comendo certo. Como doce só quando vou a aniversário. O doce é irresistível” (P18).

P18 julga que “faz a sua parte” ao cumprir as etapas de escolher, comprar todos os tipos de verduras e preparar a “grande salada”. Porém, ao efetivar o consumo propriamente dito, ela julga comer pouco, não sentir prazer e não conhecer as frutas que pode comer. Ela tem dúvidas se come da maneira certa. Provavelmente desconheça que entre as refeições deva fazer um pequeno lanche. A falta de prazer em comer poderá advir do sabor “irresistível” do doce que não é saciado com a frequência desejada.

Outra participante come verduras e frutas e também os alimentos proibidos pelo médico:

“Sinto bem. Eu como pão com leite, café com açúcar. O médico falou para mim que não pode comer açúcar. Tomo suco de mamão com laranja. Como arroz, umas quatro escumadeiras, uma concha de feijão, uma carne, verdura como todo dia. Eu tomo café adoçado com um pouquinho de leite e pão. Janto o mesmo do almoço. De vez em quando, eu como doce, marmelada, mas o médico falou que eu não posso comer não. Duas vezes na semana eu como batata frita, peixe frito, mandioca frita, banana frita. Eu compro coxinha na padaria. Eu gosto de comer muito. A gente tem que manear” (P22).

A prática alimentar de P22 inclui comer verduras e as frutas todos os dias e os alimentos ditos proibidos, como os doces e frituras. Não se trata de mera decisão individual escolhida em função da informação acessível: “o médico falou para mim que não pode”. As suas escolhas são pautadas no gosto que sente ao comer os alimentos proibidos e, ao mesmo tempo, na prática, pela preocupação em “manear” e controlar a alimentação.

Os obstáculos enfrentados pelos enfermos ao mudar os comportamentos a partir das prescrições e explicações médicas não estão tanto na dificuldade de entender tais prescrições, mas na experiência de uma resistência imposta pelo corpo, ou de um saber que é radicado no corpo. O corpo é condição e possibilidade para que as coisas se convertam em meios ou objetos para as pessoas (ALVES; RABELO, 1998).

P19 e P1 representam sua alimentação como comer verduras e frutas, pois esses alimentos lhes proporcionam sensações gustativas agradáveis:

“Minha comida é colorida. Eu já acostumei com a minha comida. Eu não gosto de comida com pouca verdura. A carne não faz falta, mas a verdura faz. Sempre comia muita verdura. Minha alimentação antes era mais balanceada. Eu já acostumei. A minha geladeira é cheia de verdura” (P19).

“Gosto de verdura. Porque toda vida eu gosto de verdura. Se está tudo certo eu como duas qualidades de verdura, só não gosto de pepino. Eu perdi minha mãe na época em que ia fazer os exames. Eu não estava seguindo a dieta direitinho por causa do hospital, fiquei 20 dias no hospital, aí os resultados subiram” (P1).

O *habitus* de consumir verduras e frutas foi construído pelas participantes, antes do advento da doença, pautado pelo prazer. Para P1, a falta de verduras no cardápio pode contribuir para a elevação dos resultados da glicemia.

O *habitus* alimentar, uma atividade humana frequentemente repetida, ao conservar o caráter significativo para a pessoa, molda-se por um padrão, que pode ser reproduzido sem esforço. Como o ser humano não possui os meios biológicos necessários para dar estabilidade a sua conduta, o cumprimento do *habitus* traz um ganho psicológico, pois pode ser executado facilmente sem a preocupação com a definição prévia das etapas a serem executadas (BOURDIEU, 2001; BERGER, LUCKMANN, 2006).

Ao se analisar a prática alimentar de P19, verifica-se a presença das verduras e frutas:

“Eu como pão com margarina *quality*, café com leite integral. No lanche da manhã, como maçã ou banana. No almoço, como arroz, verduras, muito pouco feijão, carne, faço salada com cenoura, chuchu, abóbora cozida, batatinha, alface, tomate. Muito difícil

comer sobremesa. Faço um lanche, como um pão, leite, se tiver queijo eu como. Uma vez por semana faço batata frita, quando os meninos pedem. Fim de semana tomo um copo de refrigerante comum” (P19).

O padrão alimentar de P19 consiste em comer diariamente várias verduras e algumas frutas, separar os alimentos no desjejum, lanche, almoço e lanche da tarde e, uma vez por semana, comer fritura e beber refrigerante.

Diferentemente de P19, P1 tem dificuldades em colocar em prática o pensamento representacional de comer verduras e frutas:

“Na semana que eu faço compras no sacolão, eu como direitinho. Eu não tenho condição de comprar fruta tal, eu compro banana. Eu gosto muito de verdura e legumes, eu capricho, mas se não tem, eu vou tentando... O assunto da alimentação, a gente tenta, mas não é perfeito. O medicamento é perfeito, é direitinho, mas a alimentação a gente acaba tropeçando. Se eu ficar umas três horas sem comer, me dá uma tremura, tontura e fraqueza. Se eu for sair, eu ponho na bolsa um biscoito ou uma bala, como aquelas moças orientam a gente. Eu vou driblando. A única coisa que eu estrepo é com a alimentação” (P1).

P1 construiu o gosto pelas verduras e legumes, condição essencial para efetivar o consumo; porém destaca que a compra dos alimentos está condicionada pela situação financeira e argumenta que o mesmo não ocorre com os medicamentos distribuídos gratuitamente pelo serviço de saúde. Quando faz compras, ela come “direitinho” mas, quando o alimento acaba, ela “dribla” a norma de comer diariamente verduras e come o que tem em casa. Provavelmente ela não fraciona as refeições no decorrer do dia ao dizer que sofre os sintomas da hipoglicemia.

Além de gostar dos alimentos, para se estabelecer um *habitus* alimentar, há que se considerar os recursos financeiros e operacionais que garantam o acesso aos alimentos e a infraestrutura para a manutenção da alimentação proposta (POULAIN, 2004).

Diferentemente do gostar e da importância das verduras e frutas, outros participantes consomem esses alimentos obedecendo ao “pedido” dos profissionais de saúde:

“Folha e legumes, de segunda a sábado. Eu sinto normal, nessas coisas. É almeirão, é alface, couve com legumes. Eu já estou acostumada. No domingo, a gente falta. O meu marido diz: nós vamos ficar verdes de tanto comer folha” (P15).

“Alimentar do jeito que pedem mais verduras e frutas. A gente faz uma festinha e não dá para segurar. No aniversário, como dois docinhos ou salgadinhos, uma vez ou outra” (P8).

A transformação da prescrição de consumo de verduras em prática alimentar leva P15 a pensar, sentir e agir conforme o marido: “nós vamos ficar verdes de tanto comer folha”. Ancorada nessa ideia, ela adapta sua prática alimentar, descansa do sabor das verduras aos domingos, agradando assim ao médico e ao marido. P8 também come verduras e frutas conforme pedido do médico. Em relação aos alimentos que não pode comer, parece que não recebeu orientação; contudo segue a vontade de comer alguns doces e salgadinhos quando vai a festas.

P15 adapta sua alimentação às prescrições médicas e come verduras e frutas:

“Eu como pão sem miolo e margarina Dorigina, leite desnatado no café da manhã. Como uma fruta no intervalo. Faço arroz, feijão, carne cozida com pouco óleo, folha crua, legumes. O médico me receitou azeite. Lá em casa é verdura de segunda a sábado. À tarde, eu tomo leite e biscoito água e sal. A janta é o mesmo do almoço. Refrigerante zero só no domingo. Doce, a gente compra o zero açúcar. Eu já acostumei tanto, a refeição só muda quando chega uma visita. A gente compra bolo e biscoito doce, come ali e depois, acabou” (P15).

A prática alimentar de P15 articula-se com a ideologia científica do saudável que permeia o cotidiano das sociedades contemporâneas e inclui: comer verduras, fracionar as refeições, usar pouco óleo, colocar azeite na salada, beber leite desnatado, usar margarina *light* e consumir produtos *diet*. P15 não exclui o desvio da normatividade em sua conduta alimentar e revela que as regras são quebradas somente quando recebe uma visita. Assim, ela singulariza o conceito do saudável e pratica a partilha dos alimentos açucarados, comumente não presentes no dia a dia, com as pessoas que a visitam.

Semelhante a P15, P8 come verduras e frutas por prescrição médica:

“A médica pediu para eu usar um tipo de açúcar que eu não guardei o nome. Eu faço a minha comida e a dele. Faço o arroz e a carne separado para mim sem gordura. Folha verde, eu como na semana inteira, couve, almeirão, alface, legumes, do jeito que pedem. Eu gosto muito de doce, como eu não posso, eu me controlo. Faço doce com adoçante. O meu potássio está baixo e o médico me disse se eu comer banana eu não preciso tomar o remédio” (P8).

Além de comer as verduras e legumes do “jeito que pedem”, outros alimentos prescritos pelo médico, como a banana e o adoçante fazem parte de sua prática alimentar. Ao preparar separadamente a refeição do marido e a sua e compartilhar o momento da refeição juntos ela cumpre concomitantemente com as normas dietéticas ditadas pelo médico e as normas sociais impostas pelo casamento. Ela atende a seus desejos comendo doce *diet* com reserva: “como eu não posso, eu me controlo”.

Segundo Poulain (2004), as normas dietéticas e sociais estão presentes nas representações sociais e influenciam as atitudes e práticas. A norma dietética das prescrições médicas impõe-se às normas sociais das convenções relativas ao consumo alimentar, como o comer junto com a família.

Como as “representações sociais fazem com que o mundo seja o que pensamos que é e que deva ser” (MOSCOVICI, 2012, p. 55), essas participantes escolheram representar sua alimentação pelas verduras e frutas como forma de predizer ou antecipar a alimentação saudável que gostariam de ter. A propagação da ciência da alimentação tem o efeito de criar um conhecimento adaptado às necessidades e conveniências da pessoa que representa.

5.3.4 DESVIAR DOS DOCES

Uma crença cristalizada que circula no senso comum é que as pessoas com DM2 não podem comer doces. Alguns participantes representam sua alimentação de maneira a *desviar dos doces* como forma de se proteger das consequências do consumo desse alimento dito proibido, conforme relatos:

“Doce, eu não como. Eu gosto de doce, mas eu não como” (P7).

“Doce, parei de fazer e de comer. Doce, eu sinto prazer em comer doce”.
 “Suco, eu parei de tomar, porque eu gosto doce. Eu não gosto de adoçante. Diminuí a quantidade que tomava de café, coloco um pouco de leite desnatado” (P16).

P7 e P16 gostam e sentem prazer ao comer alimentos adocicados, que causam sensações de recompensa e bem-estar. Porém, essas participantes descrevem que não comem e nem preparam esses alimentos. Transparecem ter se tornado mais resistentes ao desejo. P16, por não gostar de adoçante, buscou uma alternativa para adoçar o café com o açúcar do leite.

Na prática, P7 desvia do doce substituindo-o pelo sucedâneo:

“Eu como no café da manhã, quatro biscoitos mais um copo de leite integral com adoçante. Como uma banana, mas eu não posso comer. A banana porque é doce, eu vi na TV uma nutricionista falando que melancia, banana, abacaxi não pode porque é doce. A laranja pode? Depois, eu como arroz e feijão, verdura crua e refogada e carne. Gosto de doce e de bolo. Compro doce *diet* de leite condensado com ameixa. Eu como três vezes por semana. Fico sofrida se eu não comer doce” (P7).

Movida pelo sofrimento ocasionado pelo não consumo de doces, P7 substitui o doce proveniente do açúcar pelo gosto artificial que a indústria criou. Guiada pelo pensamento de “desviar dos doces” ela questiona se pode usufruir do sabor natural proveniente das frutas que consome nos intervalos das refeições.

De modo contrário, P16 desvia do doce de forma radical:

“De manhã, tomo café com açúcar e leite. Antes do almoço, eu como um biscoito. Meu almoço é cedo, como arroz, feijão, verdura e um pedacinho de carne. Tem dia que eu como bem, tem dia que eu não tenho prazer de comer e aí eu faço miojo. Tenho fome, mas não tenho vontade. No lanche, como pão com manteiga e café com leite. No jantar, é o mesmo do almoço. Às 10 horas da noite, eu tomo um lanche, pão e biscoito. Doce, eu não compro mais para não ter em casa. Suco, eu parei de tomar, porque eu gosto é de suco doce. Faço batata frita umas duas vezes por mês; pastel, uma vez por mês. Eu gosto de cerveja, tomo três a quatro garrafas, dividindo para seis

peessoas. O doutor me disse que eu preciso comer mais frutas” (P16).

Guiada pela norma de desviar do alimento que lhe desperta prazer P16 não compra doces nem toma suco adoçado. Em busca de sensações agradáveis, consome esporadicamente outros alimentos de que gosta como batata frita, pastel e cerveja. Mesmo assim, em determinados dias, a alimentação de P16 é marcada pela falta de prazer em comer. Ela foi orientada pelo médico a comer frutas, comportamento que não aparece em seu discurso.

Ainda em relação aos doces, outra participante desvia desse alimento guiada pelo medo:

“Tenho medo de doce, da batata, do macarrão. Às vezes, eu faço doce, mas não como. Eu gosto muito de sopa de macarrão. Eu até parei de fazer empadão. É melhor não fazer; quem faz, sofre. Não sou de doce, não como comida gordurosa” (P21).

Comer os alimentos que julga proibidos como doce, batata e macarrão, aumenta seu medo. O medo de subverter regras aflora quando P21 diz “é melhor não fazer, quem faz sofre” e retrai em momentos distintos, ao mencionar de modo conformado “não sou de doce”.

Na prática, P21 “desvia dos doces”:

“Antes da caminhada, como três a quatro biscoitos água e sal ou como meio pãozinho. Chego da caminhada e como uma banana, maçã ou pêra. Aí, eu faço almoço. Mais é uma saladinha com duas colheres de arroz, tem vez que como uma e tem vez que não como. Como menos arroz porque engorda. Como um pedacinho de carne. Eu não sou de encher o prato. Desde novinha, a minha comida é pouca. À tarde, como uma fruta. Depois, como uns biscoitinhos e meio copo de leite. Não gosto de chocolate, não posso com bala. Sorvete, de vez em quando, eu como. Não tomo refrigerante. Aquele com açúcar eu não gosto. Eu não uso adoçante. Não sou de doce, não como comida gordurosa. Tenho uma cunhada que é diabética e que come um prato de doce” (P21).

A preocupação com o doce está nitidamente na prática alimentar de P21 ao lado da atenção com as frutas entre as refeições e a alimentação com parcimônia. Ela se sente diferente ao comparar-se com a cunhada que come doce, o alimento que ela julga não poder comer. Dessa maneira, ela constrói a representação “desviar dos doces”.

Semelhante a P21, para outras participantes, os doces representam alimentos tradicionalmente proibidos:

“Evitar o máximo o açúcar. Porque o diabético não pode comer açúcar” (P4).

“Doce, não pode nem falar. A gente não chega nos trinquês, eu não faço comida separado” (P20).

Controlar a vontade de ingerir alimentos doces, com base na crença proibitiva, é um dos grandes desafios para P4 e P20.

Diferentemente dos outros participantes, P4 come doce de vez em quando:

“A comida lá de casa é com pouca gordura. Tenho aquele horário certo: tomo café, leite desnatado, a casca do pão. Mais tarde, eu como uma maçã, banana ou qualquer fruta. Às vezes, eu como duas frutas, pois eu não fico sem comer pois me dá tonteira. Eu como arroz, feijão, carne e duas qualidades de verdura. Fritura, de vez em quando. Às 16 horas, eu como outra vez, mais é fruta. Às 18 horas, eu tomo outro café com leite. Como mais é biscoito; às vezes, eu como bolo. E à noite, como um biscoito, leite. De vez em quando, eu como doce, só um pedaço, sem exagero. No interior, há muitos anos atrás, eu comi maçã do amor que estavam vendendo numa festa. Eu voltei para BH e fui ao médico e constatou que era diabetes. Foi a maçã do amor, disse o médico” (P4).

No pensamento ingênuo de P4, o fruto proibido comido na versão doce contribuiu para lhe causar a doença, representada no senso comum pela proibição do açúcar. Ela não se priva totalmente dos doces, comendo de vez em quando somente um pedaço. Ademais ela controla sua alimentação e a glicemia obedecendo a norma de comer no “horário certo”, pois aprendeu que os sintomas da hipoglicemia são devido à falta de alimentos.

P20 cumpre a norma de não comer doces substituindo-os pelos alimentos adocicados:

“O meu filho disse que eu não posso comer bolo, posso sim, do jeito que eu estou comendo. Se eu compro um bolinho dá para a semana toda. Eu gosto demais de refrigerante de limão. Eu gosto do comum. A garrafa de dois litros dá para uma semana ou mais. Não como doce, chocolate e bala. Outro dia, me deu uma vontade de tomar sorvete.... comprei, tá lá na geladeira, tomei um pouquinho. Pastel, não posso; quando vou no centro, raramente eu compro dois pastéis e dois pães-de-queijo e, aí, como um pedacinho e dou para os meninos. Fui na casa da minha nora e ela faz batata frita no almoço, no jantar, é um saco grande de batata. Me dá água na boca. Os meus netos, chamam, vó vamos no churrasco. O que eu vou fazer num churrasco, comer carne gordurosa, eu não vou não” (P20).

P20 desvia dos doces concentrados, mas julga poder comer alimentos preparados com açúcar, da maneira como come, todos os dias um pedacinho. Por conseguinte, verifica-se que o prazer norteia sua prática alimentar e está presente nas expressões “vontade de tomar sorvete” e “gosto de refrigerante comum”. Ela se compara com os familiares, como a nora que come batata frita e os filhos que comem churrasco, alimentos que a diferenciam de seus semelhantes, por julgar não poder comê-los. Porém ela não se apega radicalmente às crenças proibitivas ao sentir o prazer do alimento que lhe “dá água na boca”, experimentando um pedacinho de pastel e de batata frita. Esses comportamentos contribuem para a manutenção da autoestima positiva e a construção da representação social desviar dos doces.

Os participantes que representam a alimentação em desviar dos doces relatam sentir prazer em comer doces, alimentos que envolvem uma infinidade de sentimentos, valores culturais e sociais, emoções e significado subjetivo²⁵ (PEREZ; ROMANO, 2004).

Mintz (2001) afirma que a mudança comportamental de não comer mais doce poderá ocorrer na fase adulta, porém a memória adquirida na infância do sabor doce proveniente do leite, uma preferência nata, pode permanecer para sempre na

²⁵ A categoria de sentido subjetivo permite compreender a subjetividade como um nível de produção psíquica, inseparável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana (REY, 2007).

consciência das pessoas. Muitas pessoas com DM2 desconhecem que os doces podem fazer parte do plano alimentar diário, desde que as pessoas reaprendam a comer nas quantidades adequadas, adotando o princípio do equilíbrio (FRANZ, 2002).

5.3.5 NÃO COMER DE TUDO

A linguagem a que a ciência recorre para falar sobre as noções nutricionais de variedade e equilíbrio dos nutrientes é traduzida, no discurso leigo, em “comer de tudo”. Esses participantes representam sua alimentação na negativa dessa expressão.

A tônica dos discursos de P33, P17 e P6 recai sobre o que *não pode comer* e o impacto desses alimentos sobre o organismo acometido pela doença:

“Consciência para comer. Temos que ter consciência do que vai comer, não é qualquer coisa que pode entrar, se ele for comer uma comida que não serve, ele pode passar mal” (P33).

“Como pão. O pão não faz tanto mal, porque ele é leve” (P17).

“Não como verdura de folha. Porque as bactérias podem impregnar nas verduras. Tem que passar no cloro, mas eu não como” (P6).

Esses participantes classificam as comidas nas que não servem para comer como as “impregnadas” de bactérias ou as que causam mal ao organismo acometido pelo DM2. Provavelmente o *não comer de tudo* ficou gravado na mente desses participantes quando aceitaram seguir a dieta proibitiva prescrita.

As práticas alimentares de P33 são norteadas pelo não comer alimentos que fazem mal ao organismo doente:

“Olha, eu penso é isso, a pessoa tem consciência do que vai comer. Não é qualquer coisa que pode entrar. No outro dia, a pessoa tá passando mal. Eu costumo seguir meu negócio, para mim não falhar. É seguir o regime que passou para o paciente. Vou seguir a orientação do médico, sou um paciente. O médico é que estudou, nós não sabe nada, somos cegos. O meu neto me disse: Vô, você vai comer isso? Eu não posso ir para outro lado, eu sei que vou passar mal. Mas essa comida não é comida de doente, ela vai evitar a doença,

ela não provoca doença. Todo dia eu como pão. Coloco queijo ou salame. Eu uso leite desnatado e tomo adoçante. Como arroz, feijão, verdura e carne. Eu levo minha marmitta. Chupo duas laranjas depois do almoço e da janta. O jantar é o mesmo, como menos ” (P33).

O relato de P33 é típico de um “paciente” que julga ser “consciente” ao ouvir “pacientemente” o médico para não comer de tudo. Ele gerencia sua doença aceitando o “regime” com base na representação de que o que ele come “não é comida de doente”. Com o pensamento na doença, ele relata que sua “comida” não piora o DM2, mas evita as complicações da doença. Na sua prática alimentar ele relata tomar café da manhã, almoço e jantar.

De modo igual, P17 “não” come alimentos que fazem mal;

“Não consigo comer às 7 horas, hora que levanto. Leite de vaca, eu não gosto. Eu não gosto de azeite. Na roça, eu me queimei com 13 anos com água quente que foi jogada pela janela. Meu padrinho mandou um remédio com azeite, que sobrou quando ele se queimou. É só eu e meu marido. Quando ele não está eu não faço almoço. Faço a broa de fubá de dois em dois dias. Minha família, que mora no mesmo lote, vai lá comer. Não como chocolate. Salgadinho, eu parei de fazer. Nunca bebi bebida alcoólica” (P17).

O não comer de tudo, para P17, inclui na prática os alimentos que não lhe fazem mal conforme relata “não consigo comer na hora que levanto e “eu não gosto de azeite e leite de vaca”. Percebe-se que P17 prepara e compartilha com a família as comidas preferidas como a broa e o picolé. Quando ela não pode usufruir a companhia do marido, ela não almoça. Os impactos que o fato de não almoçar pode causar a seu metabolismo não lhe desperta a atenção.

P6 também relata em sua prática alimentar o que não come:

“Eu me sinto bem graças a Deus. Comprei linhaça e girassol para bater com pepino sem a casca e gelatina *diet*. Estou tomando muito chá, como duas fatias de pão integral com castanha e ervas, repolho, berinjela, arroz e feijão branco com peito de frango. Estou fazendo bolo de aveia com tal e qual,

uso farelo de trigo. De três em três horas, eu como. No Natal, não comi nada dessas comidas de Natal. Todo mundo come peru, chester, lombo e coloca roupa branca no ano novo. Eles exageram no conhaque, vodka. Como uva, maçã” (P6).

P6 relata que não consome as comidas típicas de final de ano que outras pessoas ingerem, como chester, lombo e bebidas alcoólicas. Ela julga se diferenciar dos outros ao comer frutas. No cotidiano, relata sentir bem, comer de três em três horas os alimentos como linhaça, girassol, feijão branco, pão integral, farelo de trigo, legumes e carne branca.

Os discursos de outros participantes que representam a alimentação como *não comer de tudo* estão descritos a seguir:

“Não alimentar o que não pode” (P11).

“Restrito. No restaurante, é complicado, eles põem o arroz com macarrão e batata frita, só coisas que você não pode comer. Às vezes, eu como PF (prato feito). Eu peço para retirar uma coisa, para diminuir no arroz ou só como o macarrão. De um modo geral eu como em casa. Quando é *self service*, eu como mais é legumes e verduras. É muito difícil eu comer na rua” (P30).

P11 usa o não duas vezes para reforçar o *não comer de tudo*. P30 relata dificuldades quando esporadicamente vai ao restaurante que serve alimentos que ele não pode comer.

Observa-se, pelo relato das práticas, que P11 também tem dificuldades em comer fruta, o alimento que julga não poder comer:

“Levanto às 7 horas, como um pão com café. Leite é muito difícil, dá dor de barriga. Faço arroz, como muito, quatro colheres, uma concha de feijão, uma verdura, uma salada, como carne cozida, um pedaço de frango. Depois eu janto, às 7 horas, o mesmo do almoço e a mesma quantidade. Fruta, eu gosto, mas é muito caro. Eu sou chegada num mamão, mas ele é doce. Pode? Banana, eu posso? E melancia? E laranja, eu posso? E manga, eu posso? De vez em quando, eu tomo suco no almoço ou refrigerante. O *diet* que é bom, não é mesmo?” (P11).

P11 se apropria do saber do senso comum – as pessoas com DM2 não podem comer açúcar presente nas frutas e alia esse conhecimento a sua situação financeira. Constrói, desse modo, a ideia de que não pode comer as frutas porque são caras e doces.

P30 não come de tudo no dia a dia, somente no fim de semana:

“Eu como um pão com pouca margarina; às vezes, a fome é muita como mais meio e até dois. Às vezes, quando eu lembro, no meio da manhã, eu como uma fruta. Como arroz, feijão, menos que o arroz e verdura. Eu faço a minha comida, desde pequeno a minha mãe era muito doente. Eu acostumei a fazer. Eu como mais carne cozida e deixo pronta para a semana. Como duas frutas depois do almoço. O lanche da tarde é o mesmo da manhã, como um pão. O jantar é a mesma coisa do almoço. Eu gosto de caçarola italiana, eu vou na padaria e como uma fatia por semana. No domingo, eu saio fora do padrão, eu faço um trabalho e saio do regime, como alguma fritura, tropeiro” (P30).

A representação de que os doces e as frituras não se pode comer fica evidente quando P30 decide privilegiá-los apenas uma vez por semana ou nos finais de semana. No dia a dia P30 come alimentos no desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e no jantar que ele próprio prepara.

Para outros participantes o *não comer de tudo* foi construído pautado nas restrições:

“Não comer massa. Porque não podemos comer massa” (P3).

“A dieta deve ser rigorosa. Às vezes, eu não posso comer tudo, tudo meu é dietético. Eu vou ao mercado e compro doce diet. Faço gelatina *diet*” (P14).

Os discursos dessas participantes pautam-se na crença divulgada no senso comum segundo a qual as pessoas com DM2 não podem comer massas e a alimentação deve ser *diet*.

As massas, pães e legumes que nascem debaixo da terra foram prescritos como proibidos pelos médicos durante muito tempo até o advento da insulina. Essa proibição

constitui uma representação cristalizada, evidenciando o papel dos alimentos como portadores de significados simbólicos que permeiam o imaginário coletivo.

A prática alimentar da P3 caracteriza-se pelas restrições e pela falta de prazer:

“Eu cortei o pão e estou comendo biscoito *cream cracker*. Tomo leite desnatado. No intervalo, como banana, pera. Como arroz, feijão, um pouquinho, bife e salada de verdura. Gosto muito de salada de verdura, couve crua, alface, almeirão, verdura de folha, sempre eu faço. À tarde, eu como uma fruta. No lanche da noite, eu como biscoito com leite, café ou uma fruta. Se eu comer à noite, eu passo mal. Eu sinto muitas dores no corpo. Eu que faço a comida. Mas comer direito, eu não me alimento bem. Não fico com aquela vontade. Faço, mas quando eu faço, não gosto. Eu moro com o meu marido. Eu comeria melhor se fosse a comida de outra pessoa. Não gosto muito de cozinhar” (P3).

P3 não come à noite e a obrigação de preparar a comida diariamente traz para ela insatisfação. Dessa maneira, julga não comer direito. Para evitar as massas, uma crença forte que permeia seu pensamento, ela substitui o pão pelo biscoito *cream cracker*, um alimento do mesmo grupo, rico em gordura e conhecido no senso comum como alimento de dieta.

De modo similar, a alimentação da P14 é muito restritiva:

“De manhã, como pãozinho sem nada, café com leite e adoçante. Às 9 horas, quando estou tremendo de fome, como uma banana prata. Às 11 horas, almoço arroz, feijão, verdura e carne cozida. No lanche, como biscoito *cream cracker* com café e depois uma maçã ou pêra. Tomo a insulina e aí vou deitar às 8 horas. Me falaram lá no hospital quando eu tive enfarto. Ovo é só a clara. A banana tem que ser maçã. O que vem debaixo da terra, pode? Pão de queijo, eu adoro, mas faz tempo que eu não como, não posso, pois aumenta os triglicerídeos. O cardiologista disse: manteiga, você não pode; leite, é desnatado. Maionese, eu adoro, mas eu tô proibida. Queijo, nem pensar, pois tirei a vesícula” (P14).

Para P14, os alimentos proibidos pelo médico e os de sua preferência – gema do ovo, gordura do leite, maionese, manteiga e queijo são os que ela julga serem responsáveis pelo descontrole do triglicerídeo sérico. Além de acreditar que não pode

comer os alimentos de que gosta, não está certa de que pode comer os alimentos que nascem debaixo da terra. No período da manhã ela come uma fruta entre o desjejum e almoço, porém à noite fica um longo período sem ingerir alimentos.

A representação social *não comer de tudo* pautada em não comer alimentos que fazem mal à pessoa com DM2, nas dificuldades de comer frutas porque são doces, de comer em restaurantes que servem comidas ricas em massa e nas restrições alimentares pode levar à não-adesão ao autocuidado, porque os participantes se defrontam com a contradição entre os desejos e as normas a serem seguidas.

Segundo Laplantine (1991), a ênfase no que não se pode comer indica que o conhecimento está ligado à noções subtrativas. Essa alimentação restritiva e impositiva carregada de “não pode” foi evidenciada nos discursos dos entrevistados por Pontiere e Bachion (2010).

As proibições de comer determinados alimentos para as pessoas com DM2 advêm do modelo biomédico em que o tratamento das doenças é baseado nas prescrições que ordenam, prometem e também ameaçam com a finalidade de mudar o estado físico do corpo (OGDEN, 2004). Nesse modelo, os profissionais de saúde, guiados por sua autoridade, ao tentarem uma adesão mais significativa ao tratamento do DM2, fornecem orientações simplistas que originam as crenças da proibição de comer determinados alimentos (PONTIERE; BACHION, 2010).

5.3.6 NÃO COMER MUITO

Na contemporaneidade, “comer muito” é considerado um comportamento prejudicial à saúde, pois a quantidade excessiva de comida é um fator de risco para a obesidade, o DM2, a hipertensão e as doenças cardiovasculares. De forma a evitar o mal à saúde, alguns participantes representam sua alimentação na forma negativa dessa expressão, *não comer muito*.

Não comer muito e não comer pouco são orientações para que as pessoas com DM2 não tenham hipoglicemia:

“Como doce e chupo bala esporadicamente. Bala, uma bala, é o seguinte: quando eu estou fora de casa, muito tempo sem comer nada, dá aquela chiação, aí eu chupo uma bala e bebo água” (P32).

P32 explica que quando fica muito tempo sem comer “dá aquela chiação”, sinal de que há falta de glicose no sangue. O “remédio” é chupar uma bala para combater o mal-estar sentido, crença que circula no senso comum.

Assim, o açúcar, tradicionalmente banido da dieta dessas pessoas, torna-se um aliado ao ser introduzido no corpo para combater um estado maléfico. A informação *comer em intervalos regulares evita a hipoglicemia* ainda não circula comumente entre as pessoas.

P32 julga que a pessoa com DM2 não deve comer muito:

“Alimentação em casa é na quantidade normal. Gordura reduzida, pouca alimentação é a da família, ela é contrabalanceada. Em 1990, eu dei uma secada, reduzi o peso, pois segui rigorosamente a dieta, passei uma fome danada, duas colheres de arroz e de feijão, aquele pedaço de carne, não, um pedaço pequeno de carne, verdura refogada. Minha mãe era diabética, e aí eu disse para ela que ia seguir a dieta. Aí ela morreu, aí tem o fator emocional. A minha glicose varia muito. Fui à médica e disse para ela que, na minha dieta, eu tava sentindo fraqueza. De um lado piora, do outro melhora. Ela me disse que não precisa ser tanto rigoroso. Poderia seguir a dieta, mas não abusar. Tem dia que fico o dia inteiro beliscando” (P32).

Com a experiência de seguir a dieta rigorosa, sob a vigilância da mãe, P32 sentiu-se fraco e aprendeu com a médica que não deve ser tão rigoroso, assim optou por comer pouca comida, “mas não abusar”. Em contraposição à dieta rigorosa, há dias em que “belisca o dia inteiro”, contrariando o plano alimentar ideal para a pessoa com DM2 que consiste comer todas as refeições e “beliscar” algum alimento entre elas.

De modo semelhante a P32, as pessoas com DM2 estudadas por Ribas (2009) relataram consumir grande quantidade de alimentos que denominaram “besteirada”, além de mencionarem o hábito de “lambiscarem” no decorrer do dia.

Diferentes formas de pensar o *não comer muito* foram expressas:

“Não sinto nada. Eu me sinto bem, eu como normal, não sou de comer em exagero. Eu sei o que eu não posso comer” (P12).

“Não comer muito. Não podemos comer muito, pois faz mal para o diabético ou para qualquer pessoa, pois dá um certo mal-estar. Mesmo que a gente quiser comer muito, a gente não consegue” (P13).

“Diminuir o sal. Pedi para baixar mais o sal. quando ela lembra, ela diminui” (P27).

P12 julga conhecer os alimentos que *não* pode comer e pensa comer sem exagero. P13 representa o *não comer muito* como forma de evitar o mal para seu organismo. A tônica da alimentação de P27 recai sobre o *não comer muito sal*. O sal possui um grande significado em sua vida, provavelmente pelo fato de depender dos cuidados da esposa em preparar-lhe uma refeição diferenciada.

Ao analisar as práticas desses participantes, verifica-se que relatam *não comer muitas refeições*:

“Tomei café da manhã, comi um pedaço de queijo. Gosto derretido na panela. Agora, eu só almoço; jantar, eu não fico sem jantar, não fico. Faço três refeições. Eu sinto bem fazendo a minha comida para os meus filhos. Eu como normal, sem exagero” (P12).

“Tomo café da manhã e vou na academia. Volto e como um pedaço de pão ou fruta. Almocei as 11h15, fiz arroz, feijão, peito de frango e chuchu e chupei manga. Até agora, não tomei café, não deu fome. De tarde, se der fome, tomo um lanche. Sinto normal. A diferença é não comer doce” (P13).

“Gosto, de manhã, um ovo cozido, não como pão. Como biscoito frito, quando a D. Maria não faz, a menina faz. Tomo café com adoçante. Almoço às 13 horas, como arroz, feijão, torresmo com mais carne, tomate. Doce, quase não chega lá em casa. A alimentação lá em casa é normal, a casa é cheia” (P27).

P12 sente-se bem ao preparar as refeições para os filhos e julga comer “normal”, sem “exagero”, ao relatar que come três vezes ao dia. P13 pensa que deve comer somente quando tem fome. Ela se sente normal, igual aos outros e se diferencia deles por não poder comer doces. O doce é também o alimento que diferencia a alimentação

de P27. Ele compartilha com a família a mesma comida e nos horários habituais. Comer nos intervalos entre as refeições, recomendação não veiculada pelo senso comum, distancia os participantes do que julgam ser uma alimentação “normal”.

As pessoas ainda têm o pensamento de que se deve comer quando se tem fome, hábito muito antigo e arraigado, praticado desde a pré-história em que as pessoas comiam até ficarem saciadas e depois quando a fome aparecia novamente (MARQUES; CASTEL-BRANCO, 1976).

O estilo de vida pautado em não comer entre as refeições, além de dormir oito horas por dia, tomar o jejum diariamente, não fumar, manter o peso ideal, consumir moderadamente álcool e realizar exercício físico regular eram prescritos na década de 1970 como os comportamentos de saúde ideais para a população (BELLOC; BRESLOW, 1972).

Para outra participante, o *não comer muito* significa não comer demais e não comer de menos:

“Nunca fazer extravagância. Quando comecei o tratamento, o médico me deu uma dieta para eu nunca fazer extravagância e nunca fazer regime demais. Eu não faço aquele regime, pois a pessoa que faz um regime rigoroso morre mais depressa” (P9).

As consequências de fazer uma dieta rigorosa têm um significado dramático para P9, pois pode levar à morte precoce. Ela julga que a dieta não deve contemplar o excesso nem a escassez de alimentos.

P9 julga colocar em prática o *não comer muito*:

“Eu sinto bem, graças a Deus. Nunca fazer uma dieta demais e nunca fazer extravagância. Seguir o limite, do jeito que ele me ensinou, eu faço. Eu faço o exame e, se ele está alto, eu controlo. De manhã, eu gosto de um pedaço de pão de sal com margarina, uma fatia fininha de queijo e café com adoçante. No almoço, eu como arroz, feijão, pedaço de carne, frango, almeirão, alface. Eu custo a comprar doce para não comer. Eu gosto de doce de pêssego. Tomo suco com adoçante, mas não sou muito de suco. Costumo tomar refrigerante de limão com açúcar. Tem dia que eu lancha: um biscoito, uma broinha, um cafezinho. Jantar, eu esquento, a mesma coisa” (P9).

Ancorada nas antinomias “nunca fazer extravagância” e “nunca fazer regime demais”, P9 não adere à dieta rigorosa mas controla a alimentação a sua maneira – com base no resultado dos exames e nos conhecimentos que julga serem corretos – come doce e bebe refrigerante de vez em quando. Relata tomar o desjejum e, depois, almoçar, prática que a distancia da recomendação de uma alimentação adequada para a pessoa com DM2.

Para outro participante, o *não comer muito* equivale a “educar a alimentação”:

“Necessidade de educar a alimentação. Antes de ser diabético, a educação em relação à alimentação fazia parte, a alimentação dava mais conforto” (P31).

P31 chegou a essa conclusão pela observação das sensações que sua alimentação proporcionava ao corpo antes da manifestação do DM 2. Mesmo na presença da doença e ciente de que o alimento desempenha função de acalento, ele poderá consumir a quantidade de alimentos suficiente e que ao mesmo tempo dê “conforto” a seu organismo.

A capacidade inata de P31 para aplicar conhecimentos adquiridos no transcórre da vida por meio da leitura proveniente do corpo para detectar os desejos e conforto (MIRANDA-JÚNIOR et al., 2005) poderá tornar-se aliada na “educação de sua alimentação”.

P31 vive com o pensamento de *não comer muito*:

“Eu sinto reprimido (risada...). É, né, porque as liberdades são limitadas, né, um assado, uma fatia... com uma coca-cola, né. A gente tem necessidade de se educar. Antes, a gente fazia. Agora, não. Agora, se eu fizer um dia, eu devo dar um prazo. Se eu fizer um dia, tô ferrado. Se não, a vida fica sem sentido. Eu sinto desconforto com frequência. Se eu tiver obediência, vou ter saúde, para balancear o desconforto. Eu tenho que ter toda transparência. Sou mal-educado. Se eu tiver um desgaste físico, eu me alimento melhor. Agora, do contrário, como menos. A minha natureza pede mais alimento, mais forte, feijão, arroz, macarrão” (P31).

P31 gostaria de não comer muito, ou seja, “educar a alimentação”, mas ele é mal-educado. Come mais quando gasta muita energia e a alimentação que deseja, a que lhe dá saciedade não é alimentação saudável, é aquela mais “forte”, rica em

carboidratos. Sente-se reprimido e desconfortável pelo fato de não poder comer o que gosta, como acontecia no passado.

O pensamento antinômico e dialógico de *não comer muito* e *não comer pouco*, vivenciado e compartilhado entre os participantes no cotidiano, enraizado no mundo intersubjetivo do senso comum gera conhecimentos e valores arraigados na formação das pessoas e orienta as práticas alimentares (MOSCOVICI, 2004; MARKOVÁ, 2006).

5.3.7 NÃO SEGUIR A DIETA

Em consonância com o pensamento de que as pessoas com DM2 têm dificuldades em implementar o plano alimentar, o não seguir a dieta é a forma como alguns participantes representam sua alimentação.

Os depoimentos desses participantes acerca da alimentação justificam a dificuldade de seguir o plano alimentar:

“Eu não sigo direito as orientações. Por eu não seguir as orientações a minha diabetes não é controlada” (P5).

“Não consegui fazer dieta. Não faço como deveria fazer, por causa do meu trabalho de representante comercial. Trabalho de manhã e à tarde estou em casa. Eu gostaria de ter força de vontade para fazer dieta” (P26).

Simplesmente conhecer as ações a serem realizadas não foi suficiente para P5 e P26 implementarem a “dieta”, pois manifestaram sentimentos de incapacidade. Relata P5 que o DM2 é descontrolado por não seguir as orientações médicas. Para P26, o trabalho dificulta o cumprimento da dieta já que a ocupação profissional o impede de comer em casa.

As pessoas adoecem e se deparam com algo invasivo e diferente que pode atingir o ‘eu’, a autoestima, a qualidade de vida e as relações pessoais, seja em casa ou no trabalho (OGDEN, 2004).

Na prática, P5 e P26 *não seguem a dieta* pois têm dificuldades:

“Quando eu fazia a dieta, me sentia bem melhor, emagrecia. O meu problema é tomar refrigerante e não fazer uso do adoçante. Eu gosto que me passa dieta com o que tenho que comer direitinho e não

com lista de opções. Eu estou muito ansiosa porque não estou tomando a fluoxetina, pois no posto não tem” (P5).

“Eu não faço esse regime, não sou de ficar comendo o dia inteiro. Eu encho o prato e como a minha mesma refeição de antes de ser diabético. Uma vez por semana eu como doce, eu sinto vontade de comer doce” (P26).

Ciente de que deve evitar refrigerante, P5 continua consumindo-o pelo fato de não possuir a “dieta” que descreve os tipos e respectivas quantidades dos alimentos permitidos. Para P26, fazer “regime” significa comer o dia inteiro; assim, ele constata que não consegue fazer regime, devido ao fato de trabalhar fora de casa. Complementa: “encho o prato e como a minha mesma refeição de antes de ser diabético”.

As ações de autocuidado dessas pessoas que representam a alimentação em *não seguir a dieta* precisam ser compreendidas levando-se em conta os significados na visão das pessoas que vivem a doença, no contexto em que vivem, nas normas a que estão sujeitas, em seu poder de decisão, nos aspectos sociais e emocionais de viver com uma doença crônica (HUNT; JORDAN; IRWIN, 1989; MACLEAN, 1991; MAY, 2005).

No capítulo a seguir, as representações sociais da alimentação serão apresentadas conforme os participantes representam a identidade *normal, aceitar a doença, ter uma vida com dificuldades e inconformado*.

5.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS *NORMAIS*

Os participantes que se julgam *normais* pensam que sua vida é normal, pois praticam as mesmas atividades realizadas antes da enfermidade e executadas no cotidiano de pessoas que não tem a doença. Julgam sentir-se bem, pela ausência dos sintomas clássicos da hipoglicemia e hiperglicemia e possuem crenças de que têm o controle interno sobre a doença. Neste sentido, a despeito das diferentes razões pelas quais se vêem como *normais*, têm atitudes²⁶ favoráveis em relação à doença, aos acontecimentos da sua vida cotidiana e as ações de autocuidado.

As pessoas com locus de controle interno têm um maior senso de responsabilidade pelos eventos cotidianos que ocorrem consigo ou no ambiente em que estão inseridas, sendo controláveis pelas suas próprias ações e dependem, sobretudo, do seu comportamento (ROTTER, 1966). Percebem-se mais satisfeitos com suas vidas, conferem um sentido positivo aos problemas (ALVAREZ; NORIEGA, 2000), tendem a desenvolver mais afetos positivos e melhores expectativas de desempenho do que aqueles que os atribuem a outras dimensões (ECCLES; WIGFIELD; SCHIEFELE, 1998) – condição que os associam a resultados mais benéficos em termos de saúde (OLIVEIRA; PAIXÃO, 1998).

Com relação à alimentação, os participantes *normais* descrevem que a pessoa com DM2 deve *comer saudável, comer pouco, comer verduras e frutas e desviar dos doces*. No Quadro 3 são nomeados estes participantes, distribuídos por sexo, com as respectivas representações sociais da alimentação. O grupo de participantes que possui a representação *ser diabético é ser normal* é constituído por 15 participantes, 10 mulheres e 5 homens.

P2, P10, P25 relatam que comem saudável ao regularmente consumir alimentos que não fazem mal à saúde e, esporadicamente, comer aqueles considerados não saudáveis. P24, P28, P29 e P34 declaram comer reduzido, consumindo os alimentos leves e saudáveis em menor quantidade, porém várias vezes ao dia. P8, P15, P19 e P23 relatam privilegiar as verduras e frutas na sua alimentação, por gostar ou por prescrição médica, mas afirmam também ingerir outros alimentos e, de vez em quando, aqueles ditos proibidos. Desviar dos doces é a forma que P7, P16, P20 e P21

²⁶ Orientação global do grupo em relação ao objeto representado (MOSCOVICI, 2012).

encontram para controlar a ingestão do alimento adocicado, seja de maneira radical ou pautada no prazer, embora todos relatem sentir prazer ao comê-lo. Todos esses participantes relatam comer no desjejum, no lanche da manhã, no almoço, no lanche da tarde e no jantar.

Quadro 3 – Participantes *normais* distribuídos por sexo e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.

Participantes <i>normais</i>	Sexo	Representações sociais da alimentação
P2 P10 P25	F F M	Comer saudável
P24 P28 P29 P34	M M M M	Comer pouco
P8 P15 P19 P23	F F F F	Comer verduras e frutas
P7 P16 P20 P21	F F F F	Desviar dos doces

Nota-se que as representações sociais da alimentação dos participantes *normais* estão sintonizadas com os princípios da alimentação saudável recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009). Essas representações sociais pautam-se nos princípios segundo os quais para se alimentar de forma adequada, no caso de pessoas com DM2, deve-se contemplar o equilíbrio entre a quantidade e a qualidade dos alimentos e ingerir os alimentos de forma fracionada.

Pautar-se nas representações sociais para entender a experiência do adoecer dos participantes *normais* significa romper com o modelo de Parsons²⁷ em que cabe ao “paciente” simplesmente cumprir as prescrições médicas e deslocar-se para um modelo em que o doente crônico depois de experienciar a ruptura biográfica, a reconstrução biográfica, a adaptação e a normalização torna-se um “paciente” ativo ao assumir o cotidiano de controle da terapêutica do DM2.

Os participantes *normais* passaram pela ruptura biográfica, processo em que as pessoas com doenças crônicas enfrentam ao receberem o diagnóstico. A restauração ou reconstrução da identidade *normal* se deu mediante a busca da diferença, concretizada por meio da comparação com as pessoas *normais* e com os “diabéticos” que estão sujeitos a amputação de membros, se não seguirem o tratamento.

Possivelmente os participantes *normais* passaram pelo primeiro estágio de adaptação cotidiana do DM2, caracterizado por períodos de equilíbrio, seguido de fases de instabilidade com recaídas e períodos de equilíbrio. É nessa fase que os participantes *normais* re(aprenderam) a se alimentar, resultado do conhecimento do que, do quanto, do como e do quando comer de forma flexível, com a possibilidade de consumir os alimentos de que se gosta, auxiliados pela família.

A fase de adaptação pode permitir à pessoa uma vivência transformadora e positiva (PATERSON et al., 1999). Segundo Marzano-Parisioli (2004) a doença crônica passa a ser vista de uma forma mais positiva pois leva o indivíduo a refletir sobre sua vida e sua condição de doente, o que provavelmente não faria se fosse saudável.

Depois do período de adaptação vem a normalização da enfermidade e do cuidado, um processo em que as mudanças e adaptações requeridas pelo tratamento se tornam rotineiras e a pessoa busca minimizar seu impacto no dia a dia, preservando seu equilíbrio somático e psicológico (CHARMAZ, 2000). Segundo Kelleher (1988) a normalização é uma estratégia de *coping*, ou seja, uma forma de lidar com a doença de uma forma leve que diminua o impacto da doença sobre a identidade da pessoa.

Diversos autores argumentam que as pessoas com DM2 assumem o controle da doença pois têm a força interior e os recursos para enfrentar os desafios (ANDERSON et al., 1991; PATERSON; SLOAN, 1994; ELLISON; RAYMAN, 1998) e avanços nas fases desafiadoras de conviver com o DM2 (HERNANDEZ, 1995). Os principais desafios para as pessoas que tentam controlar o DM2 são a necessidade de

²⁷ O estudo sociológico de Parsons (1955) sobre a medicina pauta-se na capacidade de reconduzir os doentes aos seus papéis sociais do dever de “ser tratado”.

manter uma identidade coerente e uma vida normal devido às demandas sociais da vida cotidiana (OCKLEFORD et al., 2008).

5.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO QUE PESSOAS QUE ACEITAM A DOENÇA

Os participantes que *aceitam a doença* reconhecem que são portadores de DM2, convivem com os sintomas da doença de forma passiva e admitem as prescrições médicas proibitivas.

Dentre os participantes que *aceitam a doença* alguns depositam o tratamento do DM2 nas mãos dos profissionais de saúde e a cura a Deus. Eles creem que o controle da enfermidade não depende deles e sim de uma força externa. Neste sentido, a despeito das diferentes razões pelas quais se veem como doentes, têm atitudes de aceitação em relação aos conflitos de várias ordens decorrentes da doença que lhes acometem e as ações de autocuidado. De modo contrário, outros participantes aceitam a doença e não a percebem como um fator limitante, possuindo atitudes de aceitação ideal da doença.

Com relação à alimentação, os participantes que *aceitam a doença* descrevem que a pessoa com DM2 *não deve comer muito, não deve comer de tudo e deve desviar dos doces*. No Quadro 4 são nomeados estes participantes, distribuídos por sexo, com as respectivas representações sociais da alimentação. O grupo de participantes que representa a sua identidade *em ser diabético é aceitar a doença* é composto por 5 participantes, 3 mulheres e 2 homens.

P32 julga que a pessoa com DM2 *não deve comer muito*, deste modo preocupado com o aspecto quantitativo da alimentação, come pouca gordura e pouca comida. Fiel à ideia de que não se deve comer muito e para fugir das dietas rigorosas “belisca” o dia inteiro. P6, P17 e P33 acreditam que *não se deve comer de tudo* para não comprometer o organismo acometido pelo DM2. P6 mesmo centrada na ideia de *não comer de tudo*, alimenta-se de três em três horas. P17 focada na qualidade da alimentação, relata algumas vezes não almoçar. P33 preocupado principalmente em *não comer de tudo*, ou seja, com a qualidade da alimentação, não considera outros aspectos importantes e relata comer nas principais refeições. *Desviar dos doces* consumindo-os de vez em quando, ao lado da sua alimentação ingerida nos horários certos é a forma que P4 relata adotar para controlar a ingestão do alimento dito proibido.

Quadro 4 – Participantes que *aceitam a doença* distribuídos por sexo e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2012.

Participantes que <i>aceitam a doença</i>	Sexo	Representações sociais da alimentação
P32	M	Não comer muito
P6 P17 P33	F F M	Não comer de tudo
P4	F	Desviar dos doces

Nota-se que as representações sociais da alimentação dos participantes que *aceitam a doença*, como *não comer muito* e *não comer de tudo* são expressas na forma negativa. Guiados pela representação *aceitar a doença* eles acatam as prescrições proibitivas que receberam dos profissionais de saúde e julgam comer de forma correta, pois cumprem as práticas alimentares que não devem ser realizadas.

As representações sociais da alimentação de P32, P17 e P33 não estão sintonizadas com os princípios da alimentação saudável preconizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes, pois não pautam-se nos princípios segundo os quais para se alimentar de forma adequada, no caso de pessoas com DM2, deve-se contemplar o equilíbrio entre a quantidade e a qualidade dos alimentos e ingerir os alimentos de forma fracionada (SBD, 2009).

.A alimentação adequada preconizada para a pessoa com DM2 inclui o consumo freqüente de alimentos saudáveis e pode incluir de forma esporádica, desde que consumidos com moderação os alimentos conhecidos no senso comum por fazerem mal ao organismo da pessoa com DM2, como doces e alimentos gordurosos (FRANZ, 2002).

Entretanto as representações sociais da alimentação de P6 e P4 pautam-se nos princípios da alimentação saudável, pois eles relatam comer todas as refeições nos horários certos e de três em três horas.

As pessoas que *aceitam a doença* pensam cumprir o papel de “paciente” passivo, descrito no modelo de Parsons, ao seguir rigorosamente as normas

proibitivas prescritas pelos profissionais que cuidam da sua saúde. Pautar-se nas representações sociais para entender a experiência do adoecer dos participantes que julgam *aceitar a doença* significa pautar-se no modelo em que o doente crônico experiencia a ruptura biográfica e a construção biográfica.

Os participantes que *aceitam a doença* passaram pela ruptura biográfica, deixaram de se identificar como *normais* para construir uma nova representação deles próprios como pessoas doentes. Esse processo ocorre quando esses participantes não veem diferenças entre eles e os doentes, pessoas que escolheram como sujeito de comparação.

No diagnóstico da doença a pessoa poderá perder tudo aquilo que se baseia a sua identidade, os estatutos sociais conferidos pelo estado civil, profissão, pelas diferentes pertenças sociais para assumir a identidade de doente que invade todo o seu campo espacial, temporal e relacional (COLLIÈRE, 1999).

O processo da aceitação da identidade “diabética” e as suas consequências foram críticas, mas insuficientes por si próprias, para a mudança de comportamento subsequente das pessoas com DM2 estudadas por Francioni e Silva (2002).

De modo diferente, quando a pessoa aceita de forma ideal a doença crônica ela desenvolve a capacidade de se organizar consigo mesmo, com os outros em suas relações sociais, nas questões racionais, afetivas e emocionais e conseqüentemente adaptar e normalizar as práticas de autocuidado (DUKSTRA et al., 2008).

5.6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS QUE *TEM UMA VIDA COM DIFICULDADES*

Esses participantes que julgam *ter uma vida com dificuldades* têm dificuldades de conviver com a doença que lhes acometem, pois enfrentam obstáculos ao colocar em prática as ações de autocuidado – alimentar-se de forma adequada fora de casa, seguir a alimentação que não pode conter açúcar, ter força de vontade para seguir a dieta e tomar diariamente o remédio. Além disso, eles acreditam ser difícil revelar a doença diante de pessoas desconhecidas, conviver com os níveis de glicose elevados e controlar o DM2 por toda a vida. Neste sentido, a despeito das diferentes razões pelas quais se vêem com uma vida carregada de dificuldades, têm atitudes negativas e pessimistas em relação à doença e às ações de autocuidado.

As pessoas pessimistas esperam resultados negativos e tendem a atribuir os problemas das suas vidas a fatores gerais e externos (SNYDER, 2000; CARVER; SCHEINER, 2002; SNYDER; RAND; SIGMON, 2002; REIVICH; GUILHAM, 2003). É possível que as pessoas com DM2 menos otimistas, ao não se sentirem confiantes em relação ao futuro e, sobretudo, ao se confrontarem com as dificuldades, não exerçam esforços continuados no sentido de alcançar os seus objetivos, negligenciando o tratamento (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2004).

Com relação à alimentação, os participantes que julgam *ter uma vida com dificuldades* descrevem que a pessoa com DM2 *não deve comer muito, não deve comer de tudo, não segue a dieta e deve comer verduras e legumes*. No Quadro 5 são nomeados estes participantes, distribuídos por sexo, com as respectivas representações sociais da alimentação. O grupo de participantes que possui a representação *ter uma vida com dificuldades* é composto por 8 participantes, 5 mulheres e 3 homens.

P12, P13 e P27 julgam que *não se deve comer muito*, ou seja, muitas refeições ao dia, relatam, de forma coerente, comer três refeições diárias. P11 e P30 pensam que *não podem comer de tudo*, atentos, portanto com a qualidade dos alimentos. P11 relata não comer frutas nos intervalos porque são doces, por sua vez, P30 relata não comer de tudo regularmente, o que não acontece nos fins de semana, quando sai do padrão e come alimentos ditos proibidos. P5 e P26 julgam *não seguir a dieta* e assim representam a alimentação da pessoa com DM2. Declaram dificuldades de se

alimentar por não possuir o plano alimentar e ter que comer várias vezes ao dia. P1 julga que deve *comer verduras e frutas* como “diabética” e relata ter dificuldades de comê-las diariamente devido à falta de dinheiro.

De modo similar aos que *aceitam a doença* nota-se que as representações sociais da alimentação dos participantes que julgam *ter uma vida com dificuldades*, P12, P13, P27, P11, P5 e P26, como *não comer muito, não comer de tudo e não seguir a dieta* são expressas na forma negativa. De modo diferente P1 representa a alimentação no *comer verduras e frutas*, porém se concentra a atenção na dificuldade financeira para efetivar o consumo.

Quadro 5 – Participantes que têm uma vida com dificuldades distribuídos por sexo e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.

Participantes com dificuldades	Sexo	Representações sociais da alimentação
P12 P13 P27	F F M	Não comer muito
P11 P30	F M	Não comer de tudo
P5 P26	F M	Não seguir a dieta
P1	F	Comer verduras e frutas

Guiados pela representação *ter uma vida com dificuldades* eles revelam dificuldades em acatar as prescrições proibitivas que receberam dos profissionais de saúde, diferentemente dos que *aceitam a doença*. Eles julgam comer de forma correta e não reconhecem que suas dificuldades comprometem sua alimentação saudável. Essas representações sociais não estão sintonizadas com os princípios da alimentação saudável preconizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009). Não se apóiam no princípio segundo o qual para se alimentar de forma adequada, no caso de pessoas com DM2 deve-se contemplar o equilíbrio entre a quantidade e a qualidade dos alimentos e ingerir os alimentos de forma fracionada. Entretanto a representação

social da alimentação de P30 que julga *não comer de tudo* pauta-se nos princípios da alimentação saudável considerando que consome alimentos distribuídos no desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar.

Pautar-se nas representações sociais para entender a experiência do adoecer dos participantes que julgam *ter uma vida com dificuldades* significa resgatar a ruptura biográfica, processo que as pessoas com DM2 enfrentam ao receberem o diagnóstico.

É fundamental entender que o diagnóstico do DM2 acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica, que quebra a harmonia orgânica e muitas vezes transcende a pessoa, interferindo na vida familiar e social (PÉRES et al., 2008).

Os participantes *que têm uma vida com dificuldades* passaram pela ruptura biográfica, deixaram de se identificar como *normais* para construírem uma nova representação deles próprios como pessoas que tem dificuldades de serem “diabéticos”. Esses participantes julgam ter dificuldades, pois não conseguiram dar um sentido ao que lhes ocorre e também não conseguiram reconstruir a sua identidade dependente inteiramente das interações sociais

A pessoa com DM2, ao estabelecer novas normas de vida para se adequar ao tratamento fica sujeito às instabilidades e variabilidades do cotidiano em que está inserido. Essas instabilidades e variabilidades referem-se às dificuldades de se cuidarem e estão associadas às atitudes negativas percebidas pelos participantes em relação ao cuidado e controle.

Muitas pessoas com DM2 possuem manifestações de afeto negativo, com alta prevalência de sintomatologia depressiva e de ansiedade que os impedem de se cuidarem (ANDERSON et al. 2001; GOTTLIEB, 2003; KRUSE; SCHMITZ; THEFELD, 2003; NICHOLS; BROW, 2003; GOIS, 2004).

Possivelmente um dos participantes passou pela adaptação e a normalização das práticas de autocuidado, pois aprendeu a conviver com as suas dificuldades.

5.7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS *INCONFORMADAS*

Esses participantes que se julgam *inconformados* não aceitam a doença, não se ajustam a ela, pensam que essa enfermidade crônica e irreversível não faz parte deles e que não tem o direito e a liberdade de sentirem-se saudáveis quando comparados com as pessoas que não tem DM2. Neste sentido, a despeito das diferentes razões pelas quais se veem como *inconformados* têm atitudes de insatisfação em relação à doença, aos acontecimentos da sua vida cotidiana e as ações de autocuidado requeridas.

Para esses participantes a doença não é uma variação da dimensão saúde e sim uma nova dimensão, uma nova ordem fisiológica. O fenômeno patológico revela uma estrutura individual modificada, pois ocorre uma transformação da personalidade do doente (CANGUILHEM, 2006).

Com relação à alimentação, os participantes que julgam *inconformados* descrevem que a pessoa com DM2 *não deve comer muito, não deve comer de tudo e deve comer verduras e frutas*. No Quadro 6 são nomeados estes participantes, distribuídos por sexo, com as respectivas representações sociais da alimentação. O grupo de participantes que possui a representação *ser diabético é ser inconformado* compõe-se por 6 pessoas, 5 mulheres e 1 homem.

Os participantes P9 e P31 julgam *não comer muito*. P9 relata não comer em demasia e nem comer de menos durante as refeições principais com as quais essencialmente se preocupa. P31 sente reprimido e desconfortável pois gosta de alimentos calóricos e deseja comer menos. P3 e P14 guiadas pelo pensamento rigoroso de *não comer de tudo* e sensíveis ao componente qualitativo da alimentação, ingerem somente alimentos *diet*, não comem alimentos que nascem debaixo da terra, massas e alimentos gordurosos, deixando de se alimentar mais vezes ao dia. Diante dessas restrições P3 relata não ter vontade de comer. P18 e P22 representam a sua alimentação como *comer verduras e frutas*. P18 declara não estar satisfeita com a sua alimentação, acha o doce um alimento irresistível, come sem prazer e gostaria de ter um cardápio para seguir a alimentação adequada. P22 come verduras e frutas e mostra-se extremamente preocupada com o controle.

Quadro 6 – Participantes *inconformados* distribuídos por sexo e suas representações sociais da alimentação. Belo Horizonte, 2010.

Participantes <i>inconformados</i>	Sexo	Representações sociais da alimentação
P9 P31	F M	Não comer muito
P3 P14	F F	Não comer de tudo
P18 P22	F F	Comer verduras e frutas

Nota-se que as representações sociais da alimentação dos participantes inconformados, P9, P31, P3 e P14 como *não comer muito* e *não comer de tudo* são expressas na forma negativa, pois eles acreditam que a alimentação da pessoa com DM2 deve se pautar na restrição. P18 representa a alimentação em *comer verduras e frutas* e acredita que faz a sua parte ao selecionar e preparar as verduras que acredita serem essenciais na alimentação do “diabético”.

Essas representações sociais não estão sintonizadas com os princípios da alimentação saudável preconizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009). Essas representações não se apóiam no princípio segundo o qual para se alimentar de forma adequada, no caso de pessoas com DM2 deve-se contemplar o equilíbrio entre a quantidade e a qualidade dos alimentos e ingerir os alimentos de forma fracionada. Entretanto a prática alimentar de P22 que relata *comer verduras* pauta-se nos princípios da alimentação saudável e contempla as refeições café-da-manhã, lanche, almoço, lanche da tarde e jantar.

Pautar-se nas representações sociais para entender a experiência do adoecer dos participantes que julgam *inconformados* significa resgatar a ruptura biográfica e a construção da identidade.

A revelação do diagnóstico de DM2 pode levar ao sofrimento pela perda do *self* e uma luta para aceitar o novo *self* (OCKLEFORD et al., 2008). Algumas pessoas podem acreditar que o DM2 não é uma doença séria que leva a consequências graves e impactam no estilo de vida (MURPHY; KINMONTH; 1995; RAYMAN; ELLISON,

2004) e alguns minimizam as complicações do DM2 como um mecanismo para dissociá-las da identidade diabética (LAWTON et al., 2005).

A construção da representação identitária *inconformado* no processo de comparação ocorreu não pela busca da diferença e sim pelas características semelhantes que eles possuem em relação aos “diabéticos”. Os sentimentos de desconforto, insatisfação, repressão, baixa auto-estima e falta de prazer os impedem de construir a identidade de *ser normal*.

A pessoa com DM2 no transcorrer do tratamento, vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de sua condição crônica de saúde, e, conseqüentemente a adoção de hábitos saudáveis que permitam lidar com as limitações da enfermidade (PÉRES et al., 2008).

Uma participante *inconformada* percebeu que ser saudável não é fazer tudo sem restrições e sofrer conseqüências prejudiciais para a saúde, mas sim cultivar uma conduta de cuidado que permita viver com qualidade. Possivelmente ela passou pelos processos de adaptação e normalização do cuidado.

No próximo capítulo será apresentado o controle glicêmico dos participantes conforme representam a identidade.

5.8 O CONTROLE GLICÊMICO DO GRUPO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

O controle glicêmico diagnosticado pela HbA1c será apresentado neste capítulo, por cada grupo de pessoas reunidas conforme representam a sua identidade. Igualmente, os principais indicadores relacionados ao controle metabólico – IMC, circunferência abdominal, colesterol, triglicérides e os dados clínicos – uso de insulina, exercício físico, hipertensão arterial, tempo de doença que contribuem para a adequação do controle glicêmico. Os dados dos indicadores bioquímicos e antropométricos e os dados clínicos nomeados por participantes conforme representam a identidade encontram-se descritos no Apêndice G e no Apêndice H, respectivamente.

Ao analisar os valores da HbA1c do grupo de participantes conforme representam a identidade, descritos na Tabela 2, observa-se uma tendência de aumento das médias ao longo dos grupos distribuídos na seguinte ordem: *ser normal*, *aceitar a doença*, *ter dificuldades* e *ser inconformado* – resultados estatisticamente significativos a um p de 0,041, evidenciados pelo teste de Jonckheere-Terpstra.

Verifica-se que somente os valores médios da HbA1c dos participantes *normais* encontram-se na faixa recomendada ($\leq 7\%$), aqueles que julgam *aceitar a doença*, os que *têm dificuldade* e os *inconformados* possuem os valores acima do preconizado ($\geq 7\%$). Ressalta-se que as diferenças das médias entre os grupos são estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Os valores adequados da HbA1c dos participantes que se julgam *normais* ou os valores elevados dos demais grupos estão relacionados com as ações de autocuidado, permitindo inferir sobre a eficácia ou ineficácia das práticas de autocuidado realizadas que incluem a alimentação, a atividade física e os medicamentos (SOUSA et al. 2005; SIGH; PRESS, 2008; ADA, 2010; ORTIZ et al. 2010).

Com o objetivo de saber qual dessas práticas de autocuidado se correlaciona melhor com a HbA1c, Ortiz et al. (2010) estudaram 98 pessoas com DM2. Essas pessoas relataram realizar melhores ações de autocuidado referentes aos medicamentos (73,16%), seguido da alimentação (48,72%), da atividade física (21,84%) e da monitorização da glicemia (9,77%). Dentre as práticas avaliadas a alimentação foi o cuidado que mais se correlacionou com a HbA1c, dados estes

estatisticamente significativos. Resultados similares foram encontrados por Sousa et al. (2005) e Sigh e Press (2008).

Tabela 2 - Valores médios da hemoglobina glicada do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2010.

Grupos	n	\bar{x}^a	DP	H^b	p-valor
<i>Normal</i>	15	6,33	0,75		
<i>Aceitar a doença</i>	5	7,84	2,78		
<i>Ter dificuldade</i>	8	8,61	2,27	10,673	0,014
<i>Inconformado</i>	6	9,73	2,78		

n = número de participantes

\bar{x}^a = média aritmética da variável hemoglobina glicada (%)

DP = desvio padrão

H^b = estatística para o teste exato de Kruskal Wallis

Como a alimentação é um dos cuidados que mais se correlaciona com a HbA1c na literatura, o valor médio desse indicador dos participantes dos grupos *normal*, que *aceitam a doença*, *ter dificuldades* e *inconformado* (Tabela 2) podem predizer as ações de cuidado com a alimentação.

Assim, depende-se da observação dos valores médios da HbA1c dos participantes dos diferentes grupos que o autocuidado foi influenciado pelas suas representações identitárias e representações sociais da alimentação. Pode-se afirmar que o modo particular como cada pessoa com DM2 realiza o autocuidado referente à prática alimentar, observado no estudo, derivou dos diferentes processos de subjetivação nos quais cada uma delas se apóia para construir suas representações sociais sobre ser diabético, sobre a doença e sobre a alimentação.

As representações sociais incluem uma dimensão subjetiva. Além de possuir um aspecto impessoal no sentido de pertencer a todos, já que elas são a representação de outros, pertencentes a outras pessoas ou a outro grupo, as representações sociais dispõem de uma dimensão subjetiva que se encontra no aspecto pessoal da representação, percebida afetivamente como pertencente ao ego. Assim, é o aspecto emocional relacionado à essa percepção afetiva que responde aos sentidos subjetivos que em cada sujeito individual se organizam na representação social (REY, 2006).

Admite-se que os participantes dos diferentes grupos – *normal*, *aceitar a doença*, *ter dificuldades* e *inconformado* - no convívio com a doença, construíram sentidos subjetivos distintos para (re)conhecer ou não a si próprios como pertencentes a este novo grupo de “diabéticos”, aceitar ou não a doença e, até mesmo, (re)criar ou não as práticas de alimentação prescritas para a pessoa com esta enfermidade. É especificamente essa capacidade de construir novos sentidos subjetivos, novas representações, por meio de novas emoções e expressões simbólicas, que permitirá a cada um desses sujeitos novas opções de vida diante das novas situações.

As representações sociais constituem uma produção subjetiva que inclui uma complexa rede de sentidos subjetivos organizados em relação a um tema ou ação humana. O sentido subjetivo representa a forma como a realidade torna-se subjetiva e está sempre alimentado por uma experiência vivida, só que esta toma um caráter singular a partir dos sentidos subjetivos que intervêm neste processo no qual participam não apenas os sentidos produzidos no contexto da ação, mas sentidos historicamente configurados naquele sujeito (REY, 2006).

Esses sentidos subjetivos nos quais se apoiaram os participantes deste estudo influenciaram sobremaneira as diferentes práticas de autocuidado alimentar e, em consequência, o controle glicêmico. Estas pessoas organizam a sua rotina com práticas que compreendem, aceitam e compartilham com outras pessoas, o que assegura a estabilidade do mundo no qual estes participantes acreditam, a manutenção da identidade e a segurança.

Os participantes que se julgam *normais* possuem o valor médio da HbA1c (Tabela 2) e os valores individuais (Apêndice G) adequados, o que sugere conseqüentemente melhores ações de autocuidado com a alimentação.

O fato desses participantes se verem como *normais* ao invés de doentes e representarem a alimentação da pessoa com DM2 como saudável pode levar ao desenvolvimento de atitudes positivas, de responsabilização pela sua saúde, instaurando comportamentos de autocuidado eficazes em relação à alimentação.

Ser saudável, apesar da doença que se tem é traduzido por algumas pessoas em atitudes positivas que se manifestam pela capacidade de controle da própria doença e da superação das dificuldades de forma a conseguir fazer a vida normal (SILVA, 2008 a). Alguns estudos em DM2 relacionam as atitudes positivas para seguir o tratamento e manter o controle glicêmico às melhores ações de autocuidado (TORREZ-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005), além de redução do

estresse associado à doença, maior receptividade ao tratamento, confiança da equipe multiprofissional, melhora da auto-estima, senso de auto-eficácia, percepção mais positiva sobre a saúde e aceitação social (STEED; COOKE; NEWMAN, 2003).

Além das atitudes positivas os participantes *normais* comem freqüentemente alimentos saudáveis e de vez em quando alimentos ditos não saudáveis e não ficam muito tempo sem se alimentar.

Na literatura é comprovado que a modificação comportamental em relação à seleção dos alimentos, fracionamento das refeições, consumo de energia, consumo de gorduras trans e saturadas, colesterol e sódio e inclusão de 150 minutos de exercício físico semanal melhora a resistência à insulina, diminui os níveis da glicose plasmática, da circunferência abdominal e da gordura visceral melhorando o perfil metabólico dos triglicerídeos e colesterol (EDELSTEIN, 1992; JENKINS et al., 1992; METZNER et al. 1997; DRUMMOND et al., 1998; FARSHCHI; TAYLOR; MACDONALD, 2004; SARTORELLI; FRANCO, CARDOSO, 2006). No estudo realizado por McCulloch et al. (1983) a redução dos valores estatisticamente significativos da HbA1c foi de 1 a 3,3% obtido pela mudança do padrão alimentar.

Os participantes que julgam *aceitar a doença, ter dificuldades e inconformados* (n=19) possuem os valores médios da HbA1c (Tabela 2) acima dos valores normais. Isto sugere que há fatores que interferem de forma negativa nas ações de cuidado relacionadas à alimentação.

O fato de alguns participantes se verem doentes, representarem a sua alimentação pautada em práticas proibitivas pode levar ao desenvolvimento de atitudes de aceitar passivamente a forma como se cuidam, apreendida com os profissionais da saúde, os responsáveis pela sua saúde, de acordo com a sua “ciência pessoal”.

Após o diagnóstico, o “paciente” com a sua nova identidade de doente atribui aos profissionais de saúde o controle do seu tratamento e estabelece uma relação de obediência, submissão, forte dependência e inatividade, fidelidade e lealdade (CARAPINHEIRO, 1997; RIBEIRO, 1998; PAÚL; FONSECA, 2001; SERRA, 2005).

Essas atitudes e as representações sociais referentes ao *não comer muitas refeições e não comer de tudo* das pessoas que julgam *aceitar a doença* conduzem a um consumo elevado de alimentos numa mesma refeição, devido ao não fracionamento da alimentação, podendo contribuir para os valores de glicemia elevados.

O doente posiciona-se numa relação de desresponsabilização pela sua saúde que implica em isenção de responsabilidades sociais, impossibilidade de cuidado de si mesmo, desejo de ficar bem e dever de procurar e cooperar com o tratamento médico (ROBINSON, 1971).

O fato dos participantes se verem levando uma vida carregada de dificuldades, representarem sua alimentação pautada nas proibições alimentares e se depararem com dificuldades ao comerem pode levar ao desenvolvimento de atitudes negativas e pessimistas frente à doença e à vida que os impedem de assumirem o autocuidado e o controle glicêmico.

Pessoas com DM2 que possuem afeto negativo apresentam agravamento do controle glicêmico, pior adesão à terapêutica e risco aumentado de complicações a longo prazo (CIECHANOWSKI; KATON; RUSSO, 2000; MATOS, 2000).

Essas atitudes e as representações sociais relacionadas ao *não comer muitas refeições, não comer de tudo e não seguir a dieta* das pessoas que julgam *ter dificuldades* conduzem a uma alimentação inadequada associada a longos períodos sem ingestão de alimentos que podem contribuir para os níveis elevados da glicemia desses participantes.

Anderson et al. (1998) destacam os obstáculos que as pessoas com DM2 encontram referentes à adaptação às recomendações dietéticas, controle permanente de desejos e sensações e ansiedades.

O fato dos participantes se verem *inconformados*, representarem a alimentação da pessoa com DM2 pautada nas restrições alimentares pode levar ao desenvolvimento de atitudes de insatisfação que os impedem de se cuidarem.

As pessoas com DM2 entram em contato com os sentimentos, desejos, crenças e atitudes quando tem que assumir a rotina de autocuidado. Elas vivem sucessivas alterações e estados de desequilíbrio relacionados com alterações biofísicas e reajustamentos psicológicos que conduzem frequentemente a situações de desgaste e de insatisfação com a vida (AMORIM; COELHO, 2008).

Essas atitudes e as representações sociais referentes ao *não comer muito e não comer de tudo* das pessoas *inconformadas* proporcionam a instauração de comportamentos de não controle e não fracionamento da alimentação que podem contribuir para os níveis elevados da glicemia desses participantes.

Entretanto, as práticas alimentares de quatro participantes que julgam *aceitar a doença*²⁸, *ter dificuldades*²⁹ e ser *inconformado*³⁰ pautam-se nos princípios da alimentação saudável e contemplam o fracionamento das refeições no decorrer do dia. Esses participantes se diferenciam dos demais por possuírem os valores individuais da HbA1c normais (Apêndice G).

A participante P4 que representa a alimentação no *desviar dos doces* e P6 no *não comer de tudo* têm uma aceitação ideal da doença e praticam a alimentação saudável. P30 que julga ter um vida com dificuldades aprendeu a viver com o incômodo do estereótipo dos alimentos que não se pode comer e consome os alimentos ditos proibidos somente no fim de semana. P22 *inconformada* que representa a alimentação como *comer verduras e frutas* fraciona a alimentação, come alimentos saudáveis regularmente e os alimentos proibidos pelo médico de forma esporádica.

Outro tipo de autocuidado que contribui na manutenção do controle glicêmico dos participantes é a terapêutica medicamentosa. Ressalta-se que todos os participantes relatam usar antidiabéticos orais (Apêndice H). Como de um modo geral as pessoas com DM2 não encontram dificuldades em tomar medicamentos (ORTIZ et al. 2010; DUNNING; MANIAS, 2005), pode-se dizer que a terapia medicamentosa contribuiu para a manutenção dos valores médios adequados da HbA1c dos participantes *normais* e para os valores médios dos demais participantes que variaram de 7,84% a 9,73 %.

Quanto à insulina, 27% dos participantes que se julgam normais, 40% dos que aceitam a doença, 38% dos que têm dificuldades e 17% dos inconformados fazem uso dessa terapia. Nota-se que os maiores percentuais de pessoas que usam insulina se encontram no grupo dos que *aceitam a doença* e dos que *têm dificuldades*, provavelmente devido ao fato desses participantes possuírem maiores tempos médios de doença, 15 e 12 anos, respectivamente, em relação aos demais grupos. Os que se julgam *normais* e *inconformados* possuem menores tempos de doença, 10 e 11 anos, respectivamente (Tabela 3). O tempo de doença é um fator que influencia no uso da insulina, pois a dificuldade de manter a HbA1c no nível desejado está relacionada principalmente ao declínio da função secretora de insulina das células beta do pâncreas que ocorre com o passar dos anos (UKPS, 1995; SBD, 2009).

²⁸ *Aceita a doença* (P4 - *desviar dos doces*, HbA1c = 5,4%; P6 - *não comer de tudo*, HbA1c = 5,3%);

²⁹ *Ter dificuldades* (P30 - *não comer de tudo*, HbA1c = 5,1%).

³⁰ *Inconformado* (P22 - *comer verduras e frutas*, HbA1c = 5,1%).

Tabela 3 – Uso insulina, prática de exercício físico, presença de hipertensão arterial, tempo de doença do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2010¹.

Variáveis	Medidas	Grupos			
		<i>Normal</i>	<i>Aceitar a Doença</i>	<i>Ter dificuldade</i>	<i>Inconformado</i>
Uso insulina	n ²	4	2	3	1
Exercício físico ³	n ²	9	0	1	1
Hipertensão arterial	n ²	10	4	5	3
Tempo doença	anos	10	15	12	11
Grupos (total)	n²	15	05	08	06

¹ Fonte de dados: Apêndice H

n² = número de participantes

³ exercício aeróbico, 150 minutos/semana

A realização de exercício físico aeróbico é outro tipo de autocuidado recomendado às pessoas com DM2 por favorecer a redução dos níveis glicêmicos (LAGUNA; SEGURA, 2005) ao aumentar a sensibilidade insulínica e melhorar a tolerância à glicose (BARCELÓ, 1997; GOMES; SIQUEIRA; SCHIERI, 2001).

Em relação ao exercício físico, 60% dos participantes *normais*, 0% dos que *aceitam a doença*, 13% dos que *têm dificuldades* e 17% dos *inconformados* realizam exercício físico regular (Tabela 3). Os participantes *normais* praticam mais exercício físico do que os demais e conseqüentemente possuem os valores da HbA1c menores em relação aos outros grupos.

O exercício físico associado à mudança do plano alimentar resultou na diminuição estatisticamente significativa de 0,98 a 4,5% da HbA1c (GLASGOW et al., 1992; ARSENEAU et al., 1994; FRANZ et al., 1995; HITCHCOCK et al., 1998).

Outro indicador importante a ser apresentado é o IMC que avalia o estado nutricional dos participantes, conforme dados apresentados na Tabela 4. Os participantes que *aceitam a doença* têm o IMC médio entre 29 a 30 kg/m² e possuem o risco de obesidade. Os participantes *normais*, os que pensam *ter dificuldade* e os *inconformados* possuem o IMC médio maior do que 30 kg/m² e são classificados como obesos. As diferenças estatísticas entre as médias não foram significativas, conforme valor de p.

Reduzir o IMC é uma recomendação para todos os participantes. Estudos indicam que a moderada perda de peso de 5 a 10% proporciona benefícios no controle metabólico das pessoas com DM2 como a redução da glicemia, da pressão arterial, dos triglicérides, do HLD e diminuição do LDL (BOSELLO et al., 1997; BROWN et al., 1998).

Tabela 4 - Valores médios do índice de massa corporal do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2010.

Grupos	n	x^a	DP	H^b	p-valor
<i>Normal</i>	15	30,51	5,78		
<i>Aceitar a doença</i>	5	28,63	4,97		
<i>Ter dificuldade</i>	8	31,05	6,82	0,876	0, 831
<i>Inconformado</i>	6	31,48	5,14		

n = número de participantes

x^a = média aritmética da variável índice de massa corporal (kg/m²)

DP = desvio padrão

H^b = estatística teste para o teste exato de Kruskal Wallis

Alguns estudos relacionam o IMC com a HbA1c. Cabrera-Pivaral et al. (2004) verificaram que a diminuição do IMC correlacionou-se positivamente com a queda da glicemia em mexicanos com DM2 submetidos a um programa educativo. No estudo conduzido por Correia et al. (2003) a gordura corporal, medida pela bioimpedância associou-se diretamente ao controle glicêmico. Na pesquisa efetuada por Heller et al. (1988) houve a redução da HbA1c nos participantes de uma intervenção educativa que teve como foco a perda de peso.

Além do IMC, os valores médios da circunferência abdominal são inadequados sendo classificados como muito elevado (valores ≥ 102 cm para os homens e ≥ 88 cm para as mulheres) para as pessoas *normais*, as que *aceitam a doença*, as que *têm dificuldade* e as *inconformadas*. As diferenças estatísticas entre as médias não foram significativas, conforme valor de p (Tabela 5).

Esses resultados revelam a presença de grandes depósitos de gordura na região central dos participantes e o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Calculou-se a média desse indicador entre os sexos, embora existam

pontos de corte diferenciados para os homens e mulheres, pois a grande maioria dos participantes possuem o valor desse indicador acima dos valores preconizados.

Tabela 5 - Valores médios da circunferência abdominal do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2010.

Grupos	n	x^a	DP	H^b	p-valor
<i>Normal</i>	15	103,60	10,35		
<i>Aceitar a doença</i>	5	102,20	8,32		
<i>Ter dificuldade</i>	8	101,88	12,73	0,873	0,832
<i>Inconformado</i>	6	107,00	11,28		

n = número de participantes

x^a = média aritmética da variável circunferência abdominal (cm)

DP = desvio padrão

H^b = estatística teste para o teste exato de Kruskal Wallis

A relação entre a obesidade e o DM2 tem sido atribuída ao aumento da resistência insulínica em indivíduos com circunferência abdominal muito elevada (PEREIRA; FRANCISCHI; LANCHETA JR, 2003).

Para diminuir o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade recomenda-se a perda de peso, pois além de diminuir a glicemia, melhora a auto-estima, reduz a depressão, a ansiedade, o LDL e aumenta o HDL (BARCELÓ, 1997; GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; ALBRIGHT et al., 2000; VERITY, 2006).

O LDL e HDL são as frações que compõem o colesterol total, um dos indicadores do perfil lipídico. Nesse estudo avaliou-se os valores médios do colesterol total. Verifica-se que esses valores são adequados (< 200 mg/dL) para todos os grupos e as diferenças estatísticas entre as médias não foram significativas, conforme valor de p (Tabela 6). Nota-se que os valores do colesterol acompanham uma tendência de aumento em relação aos valores de HbA1c nos grupos (Tabela 2) com exceção do valor médio do colesterol do grupo dos que julgam ter dificuldade. Segundo Wein et al. (1998) o mau controle glicêmico está associado à maior produção de uma das frações do colesterol, o LDL.

Ao analisar outro indicador do perfil lipídico, os triglicerídeos verificou-se que os valores preconizados (< 150) são adequados para as pessoas que se julgam *normais* e

superiores para as que *aceitam a doença, têm dificuldades e ser inconformado*. Os valores de p apontam para uma diferença não estatisticamente significativa entre as médias (Tabela 7).

Tabela 6 - Valores médios do colesterol do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2010.

Grupos	n	x^a	DP	H^b	p-valor
<i>Normal</i>	15	164,86	32,20		
<i>Aceitar a doença</i>	5	171,20	30,51		
<i>Ter dificuldade</i>	8	189,00	45,48	0,921	0,820
<i>Inconformado</i>	6	182,83	43,06		

n = número de participantes

x^a = média aritmética da variável colesterol (mg/dL)

DP = desvio padrão

H^b = estatística teste para o teste exato de Kruskal Wallis

Além dos valores alterados da HbA1c, das medidas antropométricas e do perfil lipídico há que se levar em consideração a hipertensão arterial como fator de risco para as doenças cardiovasculares. Essa patologia está presente em 67% dos participantes que se julgam *normais*, 80% dos que *aceitam a doença*, 63% do que *têm uma vida com dificuldades* e 50% dos *inconformados*. Nota-se que as pessoas que *aceitam a doença* possuem os maiores percentuais e as pessoas *inconformadas* os menores percentuais de hipertensão (Tabela 3).

Tem sido comprovado que a hipertensão arterial sistêmica acarreta um aumento da freqüência dos acidentes coronários e cerebro-vasculares nas pessoas com DM2 e nas pessoas hipertensas de um modo geral (IMBERT et al., 2004).

A redução significativa da HbA1c, do IMC, da circunferência abdominal, do colesterol e dos triglicerídeos das pessoas com DM2 pode diminuir a prevalência da hipertensão arterial sistêmica, do risco de complicações crônicas e dos custos sociais e econômicos (LEITE et al., 2001; ARAÚZ et al., 2001; SCHAAN; HARZHEIM; GUS, 2004; BATISTA et al., 2005).

Essa redução é possível pelas modificações na alimentação e na atividade física associado aos medicamentos antidiabéticos e/ou insulina com o suporte da educação em saúde.

Tabela 7 - Valores médios dos triglicerídeos do grupo de pessoas com DM2 conforme representam sua identidade. Belo Horizonte, 2012.

Grupos	n	x^a	DP	H^b	p-valor
<i>Normal</i>	15	143,20	76,12		
<i>Aceitar a doença</i>	5	182,40	97,65		
<i>Ter dificuldade</i>	8	202,38	153,55	3,818	0,282
<i>Inconformado</i>	6	266,33	165,67		

n = número de participantes

x^a = média aritmética da variável triglicerídeos (mg/dL)

DP = desvio padrão

H^b = estatística teste para o teste exato de Kruskal Wallis

Ações e condutas em educação em saúde são propostas pelo MS com o objetivo de garantir a efetividade do cuidado, a adesão ao tratamento, o empoderamento e a autonomia da pessoa com DM2. Nas práticas que permeiam o cuidado integral centrado na pessoa devem-se considerar os seus aspectos culturais, psicológicos, familiares, econômicos, sociais, levando em consideração a carga de ser portador de uma doença crônica, respeitando crenças, atitudes, sensação de bem estar e desejos pessoais (BRASIL, 2006 a).

Em consonância com a proposta do MS, uma variedade de estratégias educativas podem ser usadas nas consultas individuais dos profissionais de saúde, como a abordagem baseada nas competências individuais de cuidado. Essa estratégia ajuda as pessoas com DM 2 a lidar com a doença quando diagnosticada pela primeira vez, mantendo uma autogestão eficaz para enfrentar novos desafios de maneira a otimizar o controle metabólico, prevenir e controlar as complicações e maximizar a qualidade de vida (SHOJANIA et al., 2006; MOTTA, 2009; ADA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo como os participantes com DM2 entendem sua enfermidade e atuam no seu autocuidado define-se a partir das representações que constroem acerca dos objetos sociais que os incomodam e que envolvem seu entorno, como a identidade e a alimentação.

Na coleta dos pensamentos sobre a identidade e a alimentação dos participantes, a técnica da associação livre de palavras propiciou colocar em evidência o primeiro pensamento face à pergunta evocadora e as motivações deste pensamento, desvelando um universo comum de expressões que foram analisadas explorando o modo singular como os sujeitos estruturam e fornecem significados a si mesmos e aos outros.

Os participantes retiraram da sua realidade social elementos capazes de dar corpo e consistência a suas representações identitárias e representações sociais da alimentação. A análise das representações identitárias como um processo dinâmico e construído nas interações sociais, mediado pelos processos identitários – categorização social, comparação social e atribuição social foi possível pelo uso do referencial teórico das representações identitárias e dos processos identitários.

O referencial da teoria das representações sociais na abordagem moscoviciana proporcionou a compreensão dos processos cognitivos essenciais – ancoragem e objetivação, formadores das representações identitárias e das representações sociais da alimentação dos participantes. A objetivação mostra como os elementos representados pelos participantes se interagem a uma determinada realidade social. Na ancoragem, os participantes inseridos em um grupo tomam o objeto social como um instrumento do qual podem dispor, colocando-o em uma escala de preferência nas relações sociais.

As dimensões da representação social – informação e imagem - facilitaram o entendimento em relação ao gerenciamento das informações sobre a identidade e a alimentação dos participantes. Essas informações disponíveis conforme seus níveis de conhecimento e por meio de símbolos ou imagens são utilizadas pelos participantes com a finalidade de entender sua realidade social, sentir-se em um mundo comum e se reconhecer como sujeito na construção de sua própria realidade.

A outra dimensão da representação social, a atitude face à enfermidade, foi ressaltada nos discursos dos participantes explicitando a orientação global em relação aos objetos de representação, a identidade e a alimentação. As pessoas se informam e representam unicamente depois de ter tomado uma posição ou atitude sobre o determinado objeto e agem em função desse posicionamento.

Como as atitudes são predisposições à adoção de ações de autocuidado, a alimentação também emergiu dos discursos da identidade dos participantes como uma dificuldade ao ser colocada em prática.

Analisar as representações sociais da alimentação conforme os participantes representam sua identidade permitiu a articulação de dois objetos sociais, a alimentação e a identidade, com a finalidade de explicar o cuidado em relação à saúde das pessoas com DM2 por meio de um indicador de saúde, o controle glicêmico.

Concluiu-se da articulação desses objetos que as representações identitárias das pessoas com DM2 e as suas representações da alimentação, representação aqui entendida como o complexo representação-prática, influenciam no autocuidado e controle glicêmico que essas pessoas realizam no seu cotidiano.

Constatou-se que a representação social *ser normal* ou *ser doente* dos participantes deste estudo foram por eles convertidas em potencialidades ou limitações para o desenvolvimento de um modo de vida sadio ou não.

Neste sentido, a representação social configura-se como elemento essencial a ser considerado no trabalho de prevenção e promoção da saúde de pessoas com DM2. Admitir esta relação entre a representação social, o autocuidado e o controle glicêmico implica pensar, portanto, na educação. Essa é a grande contribuição que o presente estudo traz para a discussão da educação em saúde na atualidade. Pode-se a partir desta investigação concluir que a educação em saúde para as pessoas com DM2 não pode restringir-se à dimensão da transmissão do saber, devendo se estabelecer como um dispositivo de mudança subjetiva.

Para viabilizar este pressuposto, a educação em saúde deve oferecer oportunidades para que os discursos construídos pelos seus participantes possam ser reelaborados, assumindo novos sentidos, o que acontece quando eles conseguem pensar o que ainda não haviam pensado, atribuindo novos significados às representações elaboradas sobre si e sobre o entorno social.

Assim, os profissionais de saúde da ESF e do NASF devem ouvir as pessoas com DM2 para conhecer a forma como entendem a alimentação e conseqüentemente

o cuidado que desenvolvem. Neste caso específico, o estudo em questão é emblemático ao mostrar que os participantes quando dizem comer normal atribuem a ele diferentes sentidos – comer como antigamente, comer sem exagero e comer poucas refeições durante o dia. De modo semelhante, o não comer muito significa para os participantes não comer de forma rigorosa e não comer muitas refeições. Penetrar nestes significados atribuídos pelos sujeitos à alimentação, à doença e a si próprios é imprescindível para que uma ação de educação produza impacto em termos da adoção de práticas de autocuidado.

Ainda neste âmbito, há as orientações sobre a prática alimentar pautadas no “não” que devem ser repensadas no sentido de apontar orientações mais afirmativas, pois tem-se o conhecimento de que o aspecto emocional que os participantes associam à percepção afetiva tem profundas implicações na forma como se cuidam e asseguram o autocontrole.

Estas considerações, no seu conjunto, apontam para a necessidade de mudança das práticas educativas destinadas aos grupos de pessoas com DM2 que são hegemônicas na atualidade. Embora, hoje, já seja possível observar novas orientações na educação em saúde marcadoras de mudanças, cabe destacar que o modelo tradicional de educação ainda é o que prevalece.

O modelo tradicional de educação em saúde apóia-se num entendimento de saúde como ausência de doença e na proposição de estratégias educativas orientadas por pressupostos biomédicos. Nesse contexto, as ações de educação em saúde têm caráter persuasivo, pois buscam prescrever determinados comportamentos considerados ideais para a prevenção de doenças. A abordagem tradicional de educação em saúde caracteriza-se, ainda, pela identificação dos profissionais da saúde como executores legítimos ou agentes definidores de ações educativas em saúde.

Segundo essa visão, como os profissionais da saúde são aqueles que conhecem as escolhas mais saudáveis, estão autorizados a convencer as pessoas a adotar um estilo de vida compatível com estas escolhas. A possibilidade de alguém optar de forma autônoma por atitudes consideradas não saudáveis, após ter participado de algum tipo de atividade educativa em saúde, é interpretada pelos profissionais como uma falha na condução destas ações. Além disso, na educação em saúde tradicional, as escolhas consideradas saudáveis pelos profissionais da saúde são propostas como as únicas opções possíveis e disponíveis para as pessoas,

desconsiderando-se os valores e significados nos quais se apoiam essas pessoas para guiar suas vidas.

Entretanto, sabe-se que o homem exerce o arbítrio na escolha entre o que, quanto e quando comer. O processo de perceber, pensar e expressar os significados em “alimentos que se pode comer” ou “alimentos que não se pode comer”, “comer pouco” ou “comer muito”, “comer de tudo” ou “não comer de tudo”, “seguir a dieta” ou “não seguir a dieta” tem seu ponto inicial na capacidade do ser humano de fazer distinções e direciona a prática alimentar das pessoas há muitos anos.

Em contrapartida, observa-se que a necessidade de uma aproximação com referenciais ampliados tem resultado hoje em ações educativas em saúde que levam em consideração a complexidade do fenômeno saúde e a complexidade do sujeito que busca esta saúde. O que falta ainda nestas abordagens é a criação de dispositivos pedagógicos que incidam não apenas na dimensão cognitiva e intelectual da aprendizagem, mas também na sua dimensão afetiva, responsável pela produção de novos modos de subjetivação.

Importante ressaltar que admite-se que atender a tais princípios é um desafio para os profissionais de saúde, considerando que as declarações das pessoas que participam da educação em saúde, tais como as pessoas do presente estudo não são lineares, não são respostas que levam de forma direta à identificação dos sentidos subjetivos que estão na base dessas declarações. Na compreensão da subjetividade em que se situam essas pessoas, a configuração subjetiva representa um sistema de sentidos subjetivos muito complexo que pode resultar em pensamentos e ações muito diversas e até mesmo ambíguas e contraditórias.

Frente a este desafio, importante ressaltar que mesmo que se admita hoje mudanças no cenário da educação em saúde, sobretudo no campo epistemológico, essas mudanças não tem se traduzido em práticas que utilizem-se das representações sociais das pessoas portadoras de alguma enfermidade como orientação teórica.

Empregando o referencial da teoria das representações sociais e das representações identitárias este estudo cumpriu o objeto proposto – analisar a relação entre as representações identitárias, as representações sociais da alimentação das pessoas com DM2 e o controle glicêmico. Porém não foi possível identificar, com os recursos teóricos e metodológicos empregados, quais são as representações, identitárias ou da alimentação que mais se relacionam com o controle glicêmico.

Como desdobramento deste estudo sugere-se avaliar essa questão, delineando um estudo com emprego da teoria do núcleo central das representações sociais. Nessa teoria as representações sociais são conjuntos sociocognitivos organizados e estruturados. Utilizando essa abordagem estrutural o núcleo central das representações identitárias e das representações sociais da alimentação serão identificados. Como essa abordagem exige uma quantidade maior de pessoas, no mínimo cem, para o tratamento dos dados, correlações das variáveis das representações poderão ser feitas para verificar as possíveis associações com o indicador glicêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDOLI, S.; ASHKTORAB, T.; AHMADI, F.; PARVIZI, S.; DUNNING, T. The empowerment process in people with diabetes: an Iranian perspective. **Int. Nurs. Rev.**, v. 55, n. 4, p. 447-53, 2008.

ABRIC, J-C. Coopération, compétition et représentations sociales. Cousset-Fribourg Del Val, 1987. p. 64.

ABRIC. J-C. A. abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 1998. p. 27-38.

ABRIC, J-C. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J-C (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France. 1994. p. 11-37.

ABRIC, J-C. Metodologia de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, J-C. (Org.). **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. cap. 3, p. 53-74.

ADA (American Diabetes Association). Standarts of medical care in diabetes – 2010. **Diabetes Care**, v. 33, suplement. 1, p. 11-61, 2010.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980. 278 p.

ALBRIGHT, A.; FRANZ, M.; HORNSBY, G.; KRISKA, A.; MARRERO, D.; ULLRICH, I.; VERITY, L.S. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and type 2 diabetes. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 32, p. 1345-1360, 2000.

ALVAREZ, J.F.L.; NORIEGA, J.A.V. Bienestar subjetivo y su relación con locus de control y el enfrentamiento. **La Psicología Social en México**, n. 8, v. 3, p. 192-199, 2000.

ALVES, P.C.; RABELO, M.C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P.C.; RABELO, M.C. (Orgs.), **Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, 1998. p. 107-121.

AMORIM, I.L.; COELHO, R. Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 9, n. 2, p. 319-333, 2008.

AMOS, A.F.; MCCARTY, D.J.; ZIMME, T.P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. **Diabet Med.**, v. 14, suppl 5, p. S1-S5, 1997.

ANDERSON, R.J.; FREEDLAND, K.E.; CLOUSE, R.E.; LUSTAMAN, P.J. The prevalence of comorbidity depression in adults with diabetes: a meta analysis. **Diabetes Care**, v. 24, n. 6, p. 1069-1078, 2001.

ANDERSON, R.M.; FUNNEL, M.M.; BARR, P.A.; DEDRICK R.F.; DAVIS, W.K. Learning to empower patients: results of a professional education program for diabetes educators. **Diabetes Care**, v. 14, n. 7, p. 584-590, 1991.

ANDERSON, R.M.; GODDARD, C.E.; GARCIA, R.; GUZMAN, J.R.; VASQUEZ, F. Using focus groups to identify diabetes care and education issues for Latinos with diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 24, n. 50, p. 616-625, 1998.

ARAÚJO, R.B.; SANTOS, I.; CAVALETI, M.A.; COSTA, J.S.D.; BÉRIA, J.U. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.

ARAÚZ, A.G.; SANCHEZ, G.; PADILLA, G.; FERNÁNDEZ, M.; ROSELLO, M.; GUSMÁN, S. Intervención educativa comunitaria sobre el diabetes en el ámbito de la atención primaria. **Rev. Panam. Salude Pública**, v. 9, n. 3, p.145-153, 2001.

ARSENEAU, D.; MASON, A.; BENNETT WOOD, O.; SCHAWAB, E.; GREEN, D. A comparison of learning activity packages and classroom instruction for diet management of patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. **Diabetes Educator**, v. 20, n. 6, p. 509-514, 1994.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Avaliação do processo de atenção médica: adequação do tratamento a pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 205-211, 2002.

BABWAH, F.; BAKSH, S.; BLAKE, L.; CUPID-THUESDAY, J.; HOSEIN, I.; SOOKHAI, A.; POON-KING, C.; HUTCHINSON, C. The rol of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 2, p 79-84. 2006.

BANCHS, M.A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. In: **Conferência Internacional sobre Representações Sociais**. México, 1998. p. 25-28.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2006. 223 p.

BARCELÓ, A. No non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM). Monograph Series on aging-related diseases: VIII. **Chronic Di. Can.**, v. 17, n. 1, p. 10-29, 1997.

BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G., CARANDINA, L.T.G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BARSAGLINI, R.A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes**: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 246 p.

BATISTA, M.C.R.; PRIORE, S.E.; ROSADO, L.E.F.P.L.; TINÔCO, A.L.A.; FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissionais sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 2, p. 219-228, 2005.

BELLOC, N.B.; BRESLOW, L. Relationship of physical health status and health practices. **Preventive Medicine**, v. 1, n. 3, p. 409-421, 1972.

BERGENSTAL, R. M.; GAVIN, J.R. The role of self-monitoring of blood glucose in the care of people with diabetes: report of a global consensus conference. **The American Journal of Medicine**. v. 118, n. 9 A, p. 1S-6S, 2005.

BERGER, P.L; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. 247 p.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. In: BORDIEU, P. (Org.) A gênese dos conceitos de habitus e campo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 59-74.

BOSELLO, O.; ARMELLINI, F.; ZAMBONI, M.; FITCHET, M. The benefits of modest weight loss in type II diabetes. **Int. F. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v. 21, (Suppl. 1), p. S10-13, 1997.

BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2000**: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Brasília: IBGE, 2000 a.

BRASIL. PSF (Programa de Saúde da Família). Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Informes técnicos institucionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2000 b.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 596, de 8 de abril de 2004. Instituir grupo técnico assessor com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, da OMS e, em caráter consultivo fornecer subsídios e recomendar ao Ministério da Saúde posição a ser adotada frente ao tema. **Diário da União**, Brasília, n. 69, p. 25, seção 2, abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n.16). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. Promovendo a alimentação saudável. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. 210 p.

BRASIL. Lei no 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitorização da glicemia capilar aos portadores de diabetes inseridos em programas de educação. **Diário Oficial da União**, n. 187, 2006 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em diabetes mellitus**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2009 a. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.

BRITO, A.M.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283-303, 2011.

BROWN, S.L; POPE, J.F.; HUNT, A.E.; TOLMAN, N.M. Motivational strategies uses by dietiticians to counsel individuals with diabetes. **Diabetes Educ.**, v. 24, p. 313-318, 1998.

BROWN, J. B.; WESTON, W.W; STEWART, M. O primeiro componente: explorando a doença e a experiência da doença. In: STEWART, M., BROWN, J.B., WESTON, W.W., McWHINNEY, I.R., McWILLIAM. **Medicina centrada na pessoa**, 2. ed. 2010. p. 53-70.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-82, 1982.

CABRERA-PIVARAL, C.E.; GONZÁLEZ-PÉREZ, G.; VEGA-LÓPEZ, M.G.; ARIAS-MERINO, E.D. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 275-281, 2004.

CAMPOS, P.H.F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. (Eds.) **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 22-36.

CANGUILHEM, G. C. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006. 293 p.

CARAPINHEIRO, G. Cenários de estratégias médicas no hospital. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 23, p. 141-156, 1987.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVER, C.S.; SCHEINER, M.F. Optimism. In: SNYDER, C.R.; LOPEZ, S.J. (Eds.). **Handbook of positive psychology**, USA: Oxford University Press, 2002, p. 231-243.

CHARMAZ, K. Experiencing chronic illness. In: ALBRECHT, G.; FITZPATRICK, R.; SCRIMSHAMW, S. (Eds.) **The handbook of social sciences studies in health and medicine**. London: Sage, 2000, p. 275-292.

CHAVES, N. O que é nutrição. In: CHAVES, N. **Nutrição básica e aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978. p. 3-7.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991, 164 p.

CIECHANOWSKI, P.S.; KATON, W.J.; RUSSO, J.O. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 21, p. 3278-3285, 2000.

COLLIÈRE, M-F. **Promover a vida**. 3. ed. Lisboa: Lidel, 1999. 383 p.

CONNER, M.; ARMITAGE, C.J. **The social psychology of food**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002. 175 p.

CORREA, F.H.S.; TABOADA, G.F.; JUNIOR, C.R.M.A.; ANDRÉ A.M.; CLEMENTE, E.L.S.; FUKS, A.G.; GOMES, M.B. Influência da gordura corporal no controle clínico e metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 1, n. 47, p. 62-8, 2003.

CORREIA, C.S.L. **Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos**. Dissertação de Mestrado em Comunicações em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa, 2007. 204 p.

COUTINHO, A.P. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT): Monitorização da Exposição aos Fatores de Risco para um Subgrupo de Doenças no Município de São Paulo. **Boletim Epidemiológico de São Paulo**. n. 9, 2004. 18 p. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/pesq_cronica.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2012.

CYRINO, A.P.P; TEIXEIRA, R.R.A Educação para o autocuidado no diabetes *mellitus* tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 93-106, 2009.

CYRINO A.P. **Entre a ciência e a experiência** – uma cartografia do autocuidado em diabetes. São Paulo: Editora UNESP, 2009. 230 p.

DEEDWANIA, P.C.; FONSECA, V.A. Diabetes, prediabetes and cardiovascular risk: shifting the paradigm. **AM. J. Med.**, v. 118, n. 9, p. 939-947, 2005.

DESCHAMPS, J-C; MOLINER, P. **A identidade em psicologia social** – dos processos identitários às representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2009. 198 p.

DIAS, M.R. A doente veterana: saberes esquecidos nos sistemas de saúde. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 17, p. 499-512, 1999.

DIETRICH, V.C. Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: a qualitative study. **Patient Education and Counseling**, v. 29, n. 10, p. 13-23, 1996.

DOISE, W. Les représentations sociales. In: GHIGLIONE, R.; BONNET, C.; RICHARD, J.-F. (Orgs.). In: **Traité de psychologie cognitive**. Cognition, représentation, communication. Paris: Dunod, v. 3, p. 111-174, 1990.

DONAHUE, R.P.; ORCHARD, T. J. Diabetes mellitus and macrovascular complications; an epidemiological perspective. **Diabetes Care**, v. 15, n. 9, p. 1141-1155, 1992.

DREWNOWSKI, A. **Palatabilidade e saciedade**: modelos e medidas. Sabor e saciedade. Anais Nestlé, v. 57, p.35-46, 1999.

DRUMMOND, S.E; CROMBIE, N.E; CURSITER, M.C. ; KIRK, TR. Evidence that eating frequency is inversely related to body weight status in male, but not female, non-obese adults reporting valid dietary intakes. **International Journal of Obesity**. v. 22, n. 2, p. 105-112, 1998.

DUKSTRA, A.; BUUNK, A.P.; TÓTH, G., JAGER, N. Psychological adjustment to chronic illness: the role of prototype evaluation in acceptance on illness. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 12, n. 3-4, p.119-140, 2008.

DUNNING, T.; MANIAS, E. Knowledge and self-management by people with 2 diabetes. **Aust. J. Adv. Nurs.**, v. 23, n. 1, p. 7-14, 2005.

ECCLES, J.S.; WIGFIELD, A.; SCHIEFELE, A. Motivation to succeed. In: DAMON, W.; EISENBERG, N. (Org.). **Handbook of child psychology, social, emotional, and personality development.**, n. 5, v. 3, Nova York: John Wiley & Sons, 1998. p. 237-309.

EDELSTEIN, S.L.; BARRETT-CONNOR, E.L.; WINGARD, D.L.; COHN, B.A. Increased meal frequency associated with decreased cholesterol concentrations. **Am. J. Clin. Nutr.** v. 55, n. 3, p.664-669, 1992.

ELLISON, G.C.; RAYMAN, K.M. Exemplars`experiences of self-managing type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 24, n. 3, p. 325-330, 1998.

ENSP/FIOCRUZ (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz). **Relatório final do Projeto Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais**, 2005. Núcleo de Pesquisas em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global da Doença. ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida, 2011. p. 39.

ESCUADERO, P. **Las leyes fundamentales de la alimentación**. Inst. Nac. Nutr., v. 50 [s.p.], 1935.

ESTUPINÁN, F.V.; ANDERSON, R.M. Activación y motivación del paciente diabético. In: ANDRADE, S. I. GUINZBERG, L. A. (Orgs.). **Diabetes mellitus**. 2. ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999. p. 438-444.

FARSHCHI, H; TAYLOR, M; MACDONALD, I. Regular meal frequency creates more appropriate insulin sensitivity and lipid profiles compared with irregular meal frequency in healthy lean women. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 58, n. 7, p. 1071–1077, 2004.

FESTINGER, L. Théorie des processus de comparaison sociale. In: FAUCHEUX, C.; MOSCOVICI, S. (Orgs.). **Psychologie sociale théorique et expérimentale**. Paris: Mouton, 1971. p. 77-104.

FIELD, A. **Descobrimos estatística utilizando SPSS**. 2. ed. Rio de Janeiro: ArtMed, 2009. 687 p.

FISCHLER, C. Food, self and identity. **Social Science Information**, v. 27, n. 2, p. 275-292, 1988.

FISBERG, R.M.; MARTINI, L.A.; SLATER, B. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, R.M.; MARTINI, L.A.; SLATER, B. (Eds.). **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. São Paulo: Manole, 2005, p. 1-31.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; COLLUCCI, A.C.A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 5, p. 617- 624, 2009.

FLICK, U. Entrevista episódica. In: BAUER, M.W.; GASKEL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com textos, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 114-126.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.M.G. O processo de aceitação em viver com diabetes mellitus: considerações sobre a influência do meio ambiente. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 36-43, 2002.

FRANZ, M.J. Terapia clínica nutricional no diabetes melito e hipoglicemia de origem não diabética. In: MAHAN, L.K; ESCOTT-STUMP, S (Eds.). **Krause alimentos, nutrição & dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 718-755.

FRANZ, M.; MONK, A.; BARRY, B.; McCLAIN, K.; WEAVER, T.; COOPER, N.; UPHAM, P.; BERGENSTAL, R.; MAZZE, R. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin dependent diabetes mellitus: a randomized controlled clinical trial. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 95, n. 9, p. 1009-1017, 1995.

FREITAS, S.M.L. **Alimentos com alegação diet ou light** – definições, legislação e orientações para consumo. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. 138 p.

GAEDE, P.; LUN-ANDERSEN, H; PARVING, H.; PEDERSEN, O. Effect a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. **N. England J. Med.**, v. 358, n. 6, p. 580-591, 2008.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Rev. Cad. Debate**, v. 2, p. 12-24, 1994.

GIAMI, A. Problemática e construção do objeto. In: GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras frente à Aids** – representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: Ed. ULBRA, 1997. 333 p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.

GLASGOW, R.; TOOBERT, D.; HAMPSON, S.; BROWN, J.; LEWINSOHN, P.; DONNELLY, J. Improving self-care among older patients with type II diabetes: the “Sixty Something....” Study. **Patient Educ. Counsel.**, v. 19, n. 1, p. 61-74, 1992.

GOIS, C. Adaptação psicológica e controlo metabólico. **Arquivos de Medicina**, v. 18, suplemento 1, p. 54-55, 2004.

GOMES, F.S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Rev. Nutr.**, v. 20, n. 6, p. 669-680, 2007.

GOMES, V.B.; SIQUEIRA, K.S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 969-976, 2001.

GOTTLIEB, S.H. Lost in darkness: depression, diabetes and heart disease. **Diabetes Forecast**, v. 56, n. 5, p. 44-46, 2003.

GRILLO, M.F.F.; GORINI, M.I.P.C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

HALKIER, B. Risk and food environmental concerns and consumer practices. **Int J Food Sci. Tech.**, v. 36, n. 5, p. 801-812, 2001.

HAMILTON, J.; McILVEEN, H.; STRUGNELL, C. Educating young consumers – a food choice model. **Journal of Consumer Studies & Home Economics**, v. 24, n. 2, p. 113-123, 2000.

HEIDER, F. **The psychology of interpersonal relations**. New York: John Wiley & Sons; 1958. 322 p.

HELLER, S.; CLARKE, P.; DALY, H.; DAVIS, I.; MCCULLOCH, D.; ALLISON, S.; TATTERSAL, R. Group education for these patients with type 2 diabetes greater success at less cost. **Diabet Med.**, v. 5, n. 6, p. 552-556, 1988.

HERNANDEZ, C.A. The experience of living with insulin-dependent diabetes lessons for the diabetes educator. **Diabetes Educator**, v. 21, n. 1, p. 33-37, 1995.

HERZLICH, C.A. problemática da representação social e sua utilidade no campo da saúde. **Physis**, v. 15 (Suppl 0), p. 57-70, 2005.

HITCHCOCK, P.N.; LAEME, A.; MEYER, J.; MARCH, G.; CORREA, A.; PUGH, J. Patient choice in diabetes education curriculum: nutritional versus standard content for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 21, n. 6, p. 896-901, 1998.

HOLMAN, R.R.; PAUL, S.K.; BETHEL, M.A.; MATTHEWS, D.R.; NEIL, H.A.W. 10-year follow-up of type 2 diabetes. **N. Eng. Med.**, v. 359, n. 15, p. 1577-1589, 2008.

HÖRNSTEN, A. **Experiences of diabetes care – patients`and nurses perspectives**. Umea: Solfädem Offset AB, 2004. 59 p.

HUNT, L.; JORDAN, B.; IRWIN, S. Views of what`s wrong: diagnosis and patients`concepts of illness. **Soc. Sc. Med.**, v. 28, n. 9, p. 945-956, 1989.

IMBERT, W.M.G.; DIAZ, Y.P.; LLORENTE, M.S.; LIMA, I.L. Comportamiento de la educación diabetológica en el Hospital Militar Doctor Mario Muñoz Monroy del municipio Matanzas. **Rev. Cienc. Méd. Cuba.**, v. 216, n. 1, p. 56-62, 2004.

JELLIFE, D.B. **Evaluation del estado nutricional de la comunidad**. Geneva: OMS, 1968, 291 p. Série de Monografias, n. 53.

JENKINS, D.J.; OCANA, A.; JENKINS, A.L.; WOLEVER, T.M.; VUKSAN, V.; KATZMAN, L.; HOLLANDS, M.; GREENBERG, G.; COREY, P.; PATTEN, R. Metabolic advantages of spreading the nutrient load: effects of increased meal frequency in non-insulin-dependent diabetes. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 55, n. 2, p.461-467, 1992.

JODELET, D. Fou et folie dans un milieu rural française: une approche monographique. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Orgs.). **L'Etude des Représentations Sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986. p. 171-192.

JODELET, D. **Folies et Représentations Sociales**. Paris: PUF, 1989. 398 p.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.

KAMIMURA, M.A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R.; CUPPARI, L. Avaliação nutricional. In: **Nutrição clínica do adulto**. 2. ed. Baurueri, SP: Manole, 2005. p. 89-115.

KELLEHER, D. **Diabetes**. London: Routledge, 1988. 99 p.

KORO, C.; BOWLIN, S.J.; BOURGEOIS, N.; FEDDER, D.O. Glycemic control from 1988 to 2000 among U.S. adults diagnosed with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 1, p. 17-20, 2004.

KRUSE, J.; SCHMITZ, N.; THEFELD, W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample: results from the German National Health Interview and Examination Survey. **Diabetes Care**, v. 26, n. 6, p.1841-1846, 2003.

LAGUNA, I.S.; SEGURA, O.S. Comportamiento clínico epidemiológico de la diabetes *mellitus* en el municipio Jobabo. Hospital "14 de Junio". **Corr. Med. Cient. Hog.**, v. 9, n. 1, p. 11-16, 2005.

LAJOLO, F.M.; MENEZES, E.W. **Carboidratos em alimentos regionales iberoamericanos**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006. 648 p.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.

LAWTON, J.; PEEL, E.; PARRY, O.; ARAOZ, G.; DOUGLAS, M. Lay perceptions of type diabetes in Scotland: bringing health services back in. **Soc. Sci. Med.**, v. 60, p. 1423-1435, 2005.

LEITE, S.A.O.; COSTA, P.A.B.; GUSE, C.; DOROCIANKI, J.C.; SILVEIRA, M.C.; TEODOROVICZ, R.; MARTINATTO, J.S.; NICLEWITZ, E.A. Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: avaliação do impacto do “Staged Diabetes Management” em um sistema de saúde privado. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 45, n. 5, p.481-486, 2001.

LEMAINE, G. Différenciation sociale et originalité sociale. In: DOISE, W. (Org.) **Expériences entre groupes**. Paris: Mouton; 1979. p. 185-219.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998. 284 p.

LINDSTROM, J.; LOUHERANTA, A.; MANNELIN, M.; RASTAS, M.; SALMINEN, V.; ERIKSSON, J.; ERIKSSON, J.; UUSITUPA, M.; TUOMILEHTO, J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. **Diabetes Care**, v. 26, n. 12, p. 3220-3236. 2003.

LOTUFO, P. A., Premature mortality from heart diseases in Brazil. A comparison with other countries. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 70, n. 5, p. 321-325. 1998.

LUBKLIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic Illness: impact and interventions**. 6 ed. Boston: Jones and Bartlett, 2006. 680 p.

MACLEAN, H.M. Patterns of diet related self care in diabetes. **Soc. Sci Med**, v. 32, n. 6, p. 689-696, 1991.

MARCHIONI, D.M.L.; SLATER, B.; FISBERG, R.M. O estudo da dieta: considerações metodológicas. **Cadernos de Debate**, v. 3, p. 62-76, 2003.

MARCHIONI, D.M.L.; SLATER, B.; FISBERG, R.M. Aplicação dos Dietary Reference Intakes na avaliação de ingestão de nutrientes para indivíduos. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 2, p. 207-216, 2004.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais** – as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes; 2006. 309 p.

MARQUES, M.M.S.; CASTEL-BRANCO, N. Diabetes e saúde pública. **Revista Portuguesa de Clínica e Terapêutica**, Lisboa, 1976, 126 p.

MARZANO-PARISIOLI, M.M. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004. 240 p.

MATOS, A.P. Estudo de alguns aspectos emocionais e cognitivos na Diabetes. **Psiquiatria Clínica**, v. 21, n. 3, p. 173-182, 2000.

McCULLOCH, D.; MÜCHELL, R.; AMBLER, J.; TATTERSALL, R. Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin-dependent diabetes. **BMJ**, v. 287, n. 6408, p. 1858-1861, 1983.

McDAVID, J.W.; HARARI, H. **Psicologia e comportamento social**. Rio de Janeiro, 1980. 446 p.

MAY, C. Chronic illness and intractability: professional-patient interactions in primary care. **Chronic Illness**, v. 1, n.1, p. 15-20, 2005.

MEAD, G. H. **Espírito, persona y sociedad**. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1953. 393 p.

MENDES, A.B.; FITTIPALDI, J.A.; NEVES, R.C.; CHACRA, A.R.; MOREIRA, E.D. Jr. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with Diabetes in Brazil. **Acta Diabetology**, v. 47, n. 2, p. 137-145, 2009.

METZNER, H.L.; LAMPHEAR, D.E.; WHEELER, N.C.; LARKIN, F.A. The relationship between frequency of eating and adiposity in adult men and women in the Tecumseh Community Health Study. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 30, n. 5, p. 712-715, 1997.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINTZ, S.W. Comida e antropologia – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.

MINTZ, S.W. Comida, cultura e energia. **Clio. Série Revista de Pesquisa Histórica**, v. 2, n. 26, p. 13-35, 2008.

MIRANDA-JUNIOR, D.J.; SANT'ANNA, E.M.C; MIRANDA, M.L., STARLING, R.M. **O eu-cuidado – um ser em construção**. São Paulo: Paulinas; 2005. 149 p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais – investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 404 p.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2012. 456 p.

MOTTA, D.G. Subsídios para educação em diabetes: representações de mulheres sobre sua doença e tratamento. **Saúde em Revista**. v. 2, n.4, p. 7-14, 2001.

MOTTA, D.G. **Educação nutricional & diabetes tipo 2** – compartilhando saberes, sabores e sentimentos. Piracicaba: Jacinta Editores, 2009. 287 p.

MURPHY, E.; KINMONTH, A.L. No symptoms, no problem? Patients' understandings of non-insulin dependent diabetes. **Family Pract.**, v. 12, p. 184-192, 1995.

NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 8, n. 3, p. 287-299, 2000.

NATHAN, D.M.; BUSE, J.B.; DAVIDSON, M.B.; HEINE, R.J.; HOLMAN, R.P.; SHERWIN, R.; ZINNAM, B. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. **Diabetes Care**, v. 29, n. 8, p. 1963-1972, 2006.

NICHOLS, G.N.; BROWN, J.B. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 3, p. 744-749, 2003.

OCKLEFORD, E.; SHAW, R.L.; WILLARS, J.; DIXON-WOODS, M. Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. **Chronic Illness**, v. 4, n. 1, p. 28-37, 2008.

OGDEN, J. Psicologia da saúde. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2004. 456 p.

OLIVEIRA, J.E.P.; MONTEIRO, J.B.R.; ARAÚJO, C.G.S. **Diabetes melito tipo 2: terapêutica clínica prática**. Rio de Janeiro: MedLine, 2003. 138 p.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimentos e atitudes de pacientes com diabetes mellitus na atenção primária à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n 4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, R.A.; PAIXÃO, R. O conceito de locus de controle no processo de reabilitação de pacientes com deficiência física: estudo das qualidades psicométricas da versão português da RLOC. **Psiquiatria Clínica**, v. 19, n .2, p.139-146, 1998.

OLIVEIRA, Y.C. Identidade, subjetividade e sintoma na era contemporânea. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 1-2, p. 49-53, 2003.

OLIVER, M. Theories in health care and research: Theories of disability in health practice and research. **BMJ**, v. 317, n. 7170, p. 1446-1449. 1998.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **El estado físico: uso e interpretación de La antropometria**. Ginebra, 1995. 521 p.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Ginebra, 1997.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas**: experiência da rede hiperdia de Minas Gerais. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 22 p.

OREM, D.E. **Nursing**: concepts and practice. New York: McGraw-Hill, 1985. p.84.

ORTIZ, L.G.C.; CABRIALES, E.C.G.; GONZÁLES, J.G.G.; MEZA, M.V.G. Condutas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. Latino-Am., Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 675-680, 2010.

PARSONS, T. Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne. In: HERZLICH, C. **Medicine, Maladie et Société**. Paris: Mouton, 1955.

PATERSON, B.; SLOAN, J.A. A phenomenological study of the decision-making of individuals with long-standing diabetes. **The Canadian Journal of Diabetes Care**, v. 18, n.4, p. 10-19, 1994.

PATERSON, B.L.; THORNE, S.; CRAWFORD, J.; TARKO, M. Living with diabetes as a transformational experience. **Qual. Health Res.**, v. 9, n. 6, p. 786-802, 1999.

PAÚL, C; FONSECA, A. **Psicossociologia da Saúde**. Lisboa: CLIMEPSI, 2001. 202 p.

PEREIRA, L.O.; FRANCISCHI, R.P.; LANCHETA JR, A.H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 7, n. 2, p. 111-127, 2003.

PEREIRA, M.A.; LUDWIG, D.S. Dietary fiber and body-weight regulation observations and mechanisms. **Pediatrics Clinics of North America**, v. 48, n. 4, p. 969-980, 2001.

PÉRES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p.310-317, 2006.

PÉRES, D.S.; SANTOS, M.A.; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos no controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, 2007.

PÉRES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A. Representações de saúde em mulheres com diabetes tipo 2. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 295-303, 2008.

PÉRES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A.; ZANETTI, M.L. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 389-395, 2008.

PEREZ, G.H.; ROMANO, B.W. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 14, n. 4, p. 544-550, 2004.

PHILIPPI, S.T.; LATTERZA, A.R.; CRUZ, A.T.R.; RIBEIRO, L.C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.

PHILIPPI, S.T. **Nutrição e técnica dietética**. Barueri: Manole, 2003. 390 p.

PIMAZONI NETTO, A.; LERARIO, A.C., MINICUCCI, W.; TURATTI, L.A. Automonitorização glicêmica e monitorização contínua da glicose. Posicionamento oficial SBD no 1. **Revista Brasileira de Medicina**, suplemento especial n. 1, 2006.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

POULAIN, J. **Sociologias da alimentação** – os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. UFSC, 2004. 310 p.

RAMOS, M.; STEIN, L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, S. 3, p. 229-237, 2000.

RAMOS, N. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. 367 p.

RAYMAN, K.M; ELLISON, G.C. Home alone: the experience of women with type 2 diabetes. Who are new to intensive control. **Health Care Women Int.**, v. 25, n. 10, p. 900-915, 2004.

REIVICH, K.; GUILHAM, J. Learned optimism the measurement of explanation style. In: LOPEZ, S.J.; SNYDER, C.R. (Eds.). **Positive psychology assessment**. A handbook of models and measures, USA: American Psychological Association, 2003. p. 57-74.

REY, F.L.G. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 2, p. 69-85, 2006.

REY, F.L.G. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psicol. Educ.**, n. 24, n. 1, p. 155-179, 2007.

REY, F.L.R. **O social na psicologia e a psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 182 p.

RIBAS, C.R.P. **Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009. 129 p.

RIBEIRO, J.L.P. **Psicologia e Saúde**. Lisboa: CLIMEPSI, 1998. 358 p.

ROBINSON, D. **The process of becoming ill**. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1971. 132 p.

RODRIGUES, A. **Psicologia social**. 17. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1998. 220 p.

ROTER, D.L.; STASHEFSKY-MARGALIT, R.; RUDD, R. Current perspectives on patient education in the US. **Patient Educ. Couns.** v. 44, n. 1, p. 79-86, 2001.

ROTTER, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs**, v. 80, p. 1-28, 1966.

ROUQUETTE, M.L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A.S.P; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 110 p.

SALES, Z.N.; DAMASCENO, M.; PAIVA, M.S. Organização estrutural das representações sociais do cuidado. **Rev. Saúde Com.**, v. 3, n. 1, p. 28-26, 2007.

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 70.

SANTOS, A.F.L.; ARAÚJO, J.W.G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 255-263, 2011.

SANTOS, M.A.; ALVES, R.C.P.; OLIVEIRA, V.A.; RIBAS, C.R.P.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n.3, p. 651-658, 2011.

SANTOS, W.B.; NEVES, E.M. Ser diabético. Estudo sobre a construção de identidade na Associação de João Pessoa – ADJP. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 18, p. 32-41, 2011.

SARRAFZADEGAN, N.; KELISHADI, R.; ESMAILZADEH, AB.; MOHAMMADIFARD, N.; RABIEL, K.; ROOHAFZA, H.; AZADBAKHT, L.; BAHONAR, A.; SADRI, G.; AMANI, A.; HEIDARI, S.; MALEKAFZALI, H. Do lifesyle interventions work in developing countries? Findings from the Isfahan Health Heart Program in the Islamic Republic of Iran. **Bulletin of the Word Health Organization**, v. 87, n. 1, p. 39-50, 2009.

SARTORELLI, D.S; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 7-18, 2006.

SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400 p.

SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). **Revisão sobre análogos de insulina: indicações e recomendações para a disponibilização pelos serviços públicos de saúde**. Posicionamento oficial SBD no 01/2011. Fevereiro de 2011. 2011 a. 24 p.

SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). **Algoritmo para o tratamento do Diabetes Tipo 2**. Atualização 2011. Posicionamento oficial SBD no 3/2011. Julho de 2011. 2011 b. 32 p.

SCHAAN, B.D.; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no *diabetes mellitus* e na glicemia de jejum alterada. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 529-36, 2004.

SCHMIDT, M.I.; Diabetes melito: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, E.R.J. (Org.) **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 669-676.

SERRA, M.N. **Aprender a ser doente** – processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar. Loures: Lusociência, 2005. 169 p.

SHADAM, S. Obesity: fat choice. **Nature**, v. 457, n. 7233, p. 1095. 2009.

SHERWIN, R. S. Diabete melito. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C. **Cecil Tratato de Medicina Interna**, 21. ed., v. 2, 2001.

SHOJANIA, K. G.; RANJI, S. R.; MCDONALD, K. M.; GRIMSHAW, J. M.; SUNDARAM, V.; RUSHAKOFF, R. J.; OWENS, D. K. The effectiveness of quality improvement strategies: finding from a recent review of Diabetes Care. **Jama**, v. 296, n. 4, p. 427-440, 2006.

SHULZE, C.M. O núcleo figurativo das representações sociais e doenças. **Temas Psilog.**, v. 2, n. 2, p. 213-219, 1994.

SIGAL, R.J.; KENNY, G.P.; WASSERMAN, D.H.; CASTANEDA-SCEPPA, C.; WHITE, D.H. Physical activity/exercise and type 2 diabetes – A consensus statement from the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v. 29, n. 6, p. 1433-1439, 2006.

SIGH, R.; PRESS, M. Clinical care and delivery can we predict future improvement in glycaemic control? **Diabetic Med.** v. 25, p.170-173, 2008.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 22, p. 597-605, 2004.

SILVA, L.S. **Saber prático de saúde** – as lógicas do saudável no cotidiano. Porto: Edições Afrontamento. 2008 a. 203 p.

SILVA, N.C. **Significados do tratamento nutricional por pacientes diabéticos na Santa Casa de Misericórdia do Município de Serrinha, Bahia**. Programa de Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde. Universidade Federal da Bahia, 2008 b, 144 p.

SILVA, S.E.D.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M.I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas de Enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

SNYDER, C.R. Hypothesis there is hope. In: SNYDER, C.R. (Ed.). **Handbook of hope: theory, measures and applications**, USA: Academic Press, 2000. p. 3-21.

SNYDER, C.R.; RAND, K.L; SIGMON, D.R. Hope theory. In: SNYDER, C.R.; LOPEZ, S.J. (Eds.). **Handbook of positive psychology**, USA: Oxford University Press, 2002. p. 3-9.

SOLÁ, J. E. **Manual de dietoterapia do adulto**. São Paulo: Atheneu, 1988, p. 5.

SOUSA, V.D.; ZAUSZNIEWSKI, J.A., MUSIL, C.M.; PRICE, P.J.; DAVIS, S.A. Relationship among self-care agency, self-efficacy, self-care and glycemic control. **Res. Theory Nurs. Pract.**, v. 19, n. 3, p. 217-230, 2005.

STEED, L.; COOKE, D.; NEWMAN, S. A systematic review of psychology outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. **Patient Educ. Couns.**, v. 51, n. 1, p. 5-15, 2003.

TAJFEL, H. La catégorisation sociale. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Introduction à la psychologie sociale**, v. 1. Paris: Larousse; 1972.

TAJFEL, H. **Grupos humanos e categorias sociais II** – estudos em psicologia social. v. 2, Lisboa: Livros Horizonte Ltda, 1983. 418 p

TAYLOR, S. E. **Health psychology**. The science and the field. *American Psychology*, v. 45, n. 1, p. 149-157. 1990.

TECHIO, E.M. Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. In: TECHIO, E.M. (Org.) **Cultura e produção de diferenças: estereótipos e preconceitos no Brasil, Espanha e Portugal**. Brasília: Technopolitik Editora, 2011. p. 21- 42.

THEME-FILHA, M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JUNIOR, P.R.B. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, supl. 1, p. 43-53, 2005.

TOLJAMO, M.; HENTINEN, M. Adherence to self-care and social support. **J. Clin. Nurs.**, v. 10, n. 5, p. 618-627, 2001.

TORRES, H.C.; AMARAL, M.A.; AMORIM, M.M.A.; CYRINO, A.P.; BODSTEIN, R. Capacitação de profissionais na atenção primária à saúde para a educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 751-756, 2010.

TORRES, H.C.; PEREIRA, F.R.L; ALEXANDRE, L.R. Avaliação das práticas educativas na promoção do autocuidado em diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enfermagem USP**. v. 45, n. 5, p. 1077-1082., 2011.

TORRES-LÓPEZ, T.M.; SANDOVAL-DIAZ, M.; PANDO-MORINEO, M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 101-110, 2005.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006. 175 p.

TUOMILEHTO, J.; LINDSTROM, J.; ERIKSSON, J.C.; VALLE, T.T.; HAMALAINEN, H.; IIANNE-PARIKKA, P.; KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S; LAAKSO, M., LOUHERANTA, A, RASTAS, M, SALMINEN, V, UUSITUPA, M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **N. Engl. Med.**, v. 344, n. 18, p. 1343-1350, 2001.

TURNER, J.C. Social Identification and psychological group formations. In: TAJFEL, H. (Ed.) **The social dimension: European developments in social psychology**. Cambridge University Press e Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1984, p. 518-536

UKDPS (Prospective Diabetes Study Group). UK prospective diabetes study 16. Overview of 6 year's therapy of type II diabetes: a progressive disease. **Diabetes**, v. 44, n. 11, p. 1249-1258, 1995.

UKDPS (Prospective Diabetes Study Group). UK prospective diabetes study 38. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. **BMJ**, v. 317, n. 7160, p. 317-703, 1998.

VALA, J. As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. **Análise social**, v. 23, n. 123-124, p. 887-919, 1993.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M.B. **Psicologia social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. p. 457-502.

VERITY, L.S. Diabetes mellitus and exercise. In: KAMINSKY, L.A. **ACMS's: Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. Baltimore: Am. Coll. Sports Med./Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 470-479.

ZANETTI, M.L; TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A. Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 27, n. 2, p. 246-262, 1993.

ZANETTI, M.L; OTERO, L.M.; FREITAS, M.C.F.; SANTOS, M.A.; GUIMARÃES, F.P.M.; COURI, C.E.B.; PÉRES, S.S.; FERRONATO, A.A.; DAL SASSO, K.; BARBIERI, A.S. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **RBPS**, v. 19, n. 4, p. 253-260, 2006.

ZIMMET, P.; ALBERTI, K.; GEORGE, M.M.; SHAW, J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. **Nature**, v. 414, n. 6865, p. 782-787, 2001.

WACHELKE, J.F.R.; CAMARGO, B.V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Rev. Interamericana de Psicologia**, v. 41, n. 3. p. 379-390, 2007.

WAGNER, E.H. Chronic disease management what will it take to improve care for chronic illness? **Eff. Clin. Pract.**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa de representações sociais. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Eds.) **Textos em representações sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 149-186.

WARD-SCHOFIELD, J. Increasing the generalisability of qualitative research. In: HAMMERSLEY, M. (Orgs.). **Social research: philosophy, politics & practice**. Londres: Sage, 1993. p. 200-225.

WEIN, M.; GASKILL, S.P.; HAFFNER, S.M.; STERN, M.P. Effects of diabetes and level of glycemia on all-cause and cardio-vascular mortality – The San Antonio heart study. **Diabetes Care**, v. 21, n. 7, p. 1167-1172, 1998.

WEN, L.K.; PARCHMAN, M.L.; SHEPHERD, M.D. Family support, diet and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. **Diabetes Educ.**, v. 30, n. 6, p. 980-93, 2004.

WILLIAMS, S.J. Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. **Sociology of Health & Illness**, v. 22, n. 1, p. 40-67, 2000.

WHO (World Health Organization). **Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento en America Latina y el Caribe**, Anales da 36a Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Washington (DC): Word Health Organization, 2001.

WHO (World Health Organization). Food and Agriculture Orzanization. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases**. (WHO Technical Report Series, 916, Geneve: WHO/FAO, 2003. 149 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Autocuidado nutricional e representações em diabetes tipo 2: estratégia de intervenção educativa”

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Autocuidado nutricional e representações em diabetes tipo 2: estratégia de intervenção educativa. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Você foi selecionado por ser portador de diabetes tipo 2 e se tratar neste centro de saúde. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Centro de Saúde. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da intervenção educativa individual sobre o autocuidado nutricional dos diabéticos tipo 2 atendidos na Unidade Básica de Saúde Boa Vista de Belo Horizonte/MG.

Se concordar em participar deste estudo a sua contribuição será em responder as perguntas feitas pela pesquisadora. Caso você concorde sua entrevista será gravada. Após a análise todas as fitas serão destruídas. O seu peso, altura, circunferência abdominal serão coletadas, bem como o relatório de suas atividades físicas diárias. O seu sangue será coletado pelos funcionários treinados da Unidade Básica para dosagem da hemoglobina glicada para monitoramento da sua glicemia e também o colesterol total, colesterol fracionado e triglicérides. Também será necessária sua participação nas consultas individuais com a nutricionista que terá o objetivo de melhorar o seu controle glicêmico. Todas as informações que você fornecer serão mantidas em sigilo total e você não será identificado.

Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra, você pode pedir à pesquisadora e a entrevista será encerrada se desejar.

O conhecimento adquirido a partir da sua participação na pesquisa ajudará as pesquisadoras a formularem melhores intervenções educativas e isto irá beneficiá-lo de forma direta ou indireta.

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pela sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone dos pesquisadores, e do comitê de ética em pesquisa podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos e técnicas desta pesquisa.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar como informante deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal e data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

.....
 Nome e assinatura do pesquisador
 MARIA MARTA AMANCIO AMORIM

Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais,

Av. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, 31270-901, Belo Horizonte, telefone 3409-4592, e-mail coep@prpq.ufmg. br,

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte,

Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar, 30130.007, Belo Horizonte, telefone 3277-5309, coep@pbh.gov.br

Pesquisadoras: Professora Dra. Maria Flávia Gazzinelli (3409-9181), Maria Marta Amancio Amorim (3225-6733, 9957-6733)

Belo Horizonte, de..... de 2010

APÊNDICE B – IMPRESSO PARA COLETA DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Participantes	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Renda familiar (SM) ¹	Ocupação profissional
Sexo feminino					
P1					
P2					
P3					
P4					
P5					
P6					
P7					
P8					
P9					
P10					
P11					
P12					
P13					
P14					
P15					
P16					
P17					
P18					
P19					
P20					
P21					
P22					
P23					
Sexo masculino					
P24					
P25					
P26					
P27					
P28					
P29					
P30					
P31					
P32					
P33					
P34					

¹ SM = salário mínimo

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome usuário:

1. Fale cinco palavras para quando você pensa “eu sou diabético”. O que vem à sua mente?

-
-
-
-
-

Marque a palavra mais importante. Porque você marcou essa palavra (xxx) como a mais importante?

2. Fale cinco palavras para quando você pensa “alimentação do diabético”. O que vem à sua mente?

-
-
-
-
-

Marque a palavra mais importante. Porque você marcou essa palavra (xxx) como a mais importante?

3. Como você se sente em relação à sua alimentação?

APÊNDICE D – IMPRESSO PARA COLETA DOS DADOS BIOQUÍMICOS E ANTROPOMÉTRICOS

Participantes	Indicadores bioquímicos			Medidas antropométricas		
	Hemoglobina glicada (%)	Triglicérides (mg/dL)	Colesterol Total (mg/dL)	Peso (kg)	Altura (m)	Circunferência abdominal (cm)
Sexo feminino						
P1						
P2						
P3						
P4						
P5						
P6						
P7						
P8						
P9						
P10						
P11						
P12						
P13						
P14						
P15						
P16						
P17						
P18						
P19						
P20						
P21						
P22						
P23						
Sexo masculino						
P24						
P25						
P26						
P27						
P28						
P29						
P30						
P31						
P32						
P33						
P34						

APÊNDICE E – IMPRESSO PARA COLETA DOS DADOS CLÍNICOS

Participantes	Indicadores clínicos			
	Tempo doença (anos)	Enfermidades referidas	Uso medicamento	Exercício físico ¹
Sexo feminino				
P1				
P2				
P3				
P4				
P5				
P6				
P7				
P8				
P9				
P10				
P11				
P12				
P13				
P14				
P15				
P16				
P17				
P18				
P19				
P20				
P21				
P22				
P23				
Sexo masculino				
P24				
P25				
P26				
P27				
P28				
P29				
P30				
P31				
P32				
P33				
P34				

¹ Prática de exercício físico 3 vezes por semana : sim ou não

APÊNDICE F – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 DISTRIBUÍDOS POR SEXO

Tabela 8 – Dados sócio-demográficos das pessoas com DM2 do sexo feminino. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda familiar (SM) ¹	Ocupação
P1	63	Casada	Fundamental incompleto	3	Doméstica
P2	60	Casada	Fundamental completo	3	Doméstica
P3	65	Casada	Fundamental incompleto	2	Doméstica
P4	80	Viúva	Fundamental incompleto	2	Aposentada
P5	62	Casada	Fundamental incompleto	3	Doméstica
P6	60	Casada	Fundamental incompleto	3	Salgadeira
P7	71	Casada	Fundamental incompleto	1	Aposentada
P8	71	Casada	Analfabeto	3	Doméstica
P9	75	Viúva	Fundamental incompleto	1	Aposentada
P10	76	Casada	Analfabeto	2	Doméstica
P11	61	Viúva	Analfabeto	1	Aposentada
P12	69	Casada	Fundamental incompleto	1	Doméstica
P13	55	Casada	Fundamental incompleto	2	Costureira
P14	56	Casada	Fundamental incompleto	3	Doméstica
P14	68	Casada	Fundamental incompleto	5	Aposentada
P16	67	Viúva	Fundamental incompleto	3	Doméstica
P17	66	Casada	Fundamental incompleto	2	Aposentada
P18	59	Casada	Fundamental incompleto	5	Balconista
P19	53	Viúva	Fundamental incompleto	2	Aposentada
P20	75	Divorciada	Fundamental incompleto	1	Aposentada
P21	58	Casada	Fundamental incompleto	5	Doméstica
P22	57	Casada	Fundamental incompleto	1	Doméstica
P23	74	Divorciada	Fundamental incompleto	2	Doméstica

¹ SM= salário mínimo

Tabela 9 – Dados sócio-demográficos das pessoas com DM 2 do sexo masculino. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda familiar (SM)¹	Ocupação profissional
P24	56	Casado	Fundamental ncompleto	5	Motorista
P25	76	Casado	fundamental incompleto	4	Aposentado
P26	54	Casado	Médio completo	6	Comerciante
P27	73	Casado	Fundamental incompleto	2	Serralheiro
P28	67	Casado	Fundamental incompleto	3	Aposentado
P29	71	Casado	Fundamental incompleto	1	Aposentado
P30	52	Solteiro	Médio completo	4	Motorista
P31	57	Casado	Fundamental incompleto.	2	Mestre obras
P32	59	Casado	Médio incompleto	2	Motorista
P33	71	Casado	Fundamental incompleto	3	Soldador
P34	40	Casado	Fundamental incompleto	2	Capoteiro

¹ SM= salário mínimo

APÊNDICE G – DADOS BIOQUÍMICOS E ANTROPOMÉTRICOS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONFORME REPRESENTAM A IDENTIDADE

Tabela 10 - Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas *normais*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Exames bioquímicos			Medidas antropométricas			
	HbA1c ¹ (%)	Colesterol (mg/dL)	TGC ² (mg/dL)	Peso (kg)	Altura (m)	IMC ³ (kg/m ²)	Cir. ab. ⁴ (cm)
P24	5,2	165	285	95,00	1,74	31,38	106,5
P2	7,0	164	167	87,50	1,59	34,61	104
P25	6,6	177	127	74,70	1,63	28,12	95,0
P7	7,0	133	47	74,40	1,72	25,15	103
P8	5,4	169	127	75,50	1,69	26,43	104
P28	5,1	157	78	78,20	1,73	26,13	94,5
P29	5,7	156	94	70,50	1,60	27,54	97,0
P10	7,0	155	128	78,80	1,49	35,50	112
P15	6,6	141	113	60,80	1,54	25,64	82
P16	7,0	233	294	70,50	1,55	29,53	95
P19	6,1	177	68	106,00	1,50	47,11	125
P20	7,0	205	141	84,00	1,53	35,88	116
P21	7,0	201	236	79,20	1,67	28,40	107
P34	6,8	99	171	95,06	1,82	28,72	111,0
P23	5,5	141	72	67,70	1,57	27,47	102

1 – hemoglobina glicada; 2 – triglicerídeos; 3 – índice de massa corporal; 4 – circunferência abdominal

Tabela 11 - Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas que *aceitam a doença*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Exames bioquímicos			Medidas antropométricas			
	Hb A1c ¹ (%)	Colesterol (mg/dL)	TGC ² (mg/dL)	Peso (kg)	Altura (m)	MC ³ (kg/m ²)	Cir. ab. (cm)
P4	5,4	194	166	50,00	1,55	20,61	93
P6	5,3	141	141	79,40	1,61	30,63	99
P17	8,2	178	176	88,00	1,64	32,72	115
P32	8,2	205	345	83,20	1,75	27,17	99
P33	12,1	138	84	81,00	1,59	32,04	105

1 – hemoglobina glicada; 2 – triglicerídeos; 3 – índice de massa corporal; 4 – circunferência abdominal

Tabela 12 - Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas que *tem uma vida com dificuldades* Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Exames bioquímicos			Medidas antropométricas			
	Hb A1c ¹ (%)	Colesterol (mg/dL)	TGC ² (mg/dL)	Peso (kg)	Altura (m)	IMC ³ (kg/m ²)	Cir. Ab. ⁴ (cm)
P1	8,2	236	160	70,50	1,56	38,00	113
P5	10,1	199	63	87,90	1,55	43,04	121
P26	7,9	183	335	74,00	1,71	25,31	93
P27	13,1	123	201	87,50	1,71	29,92	112
P30	5,1	157	55	75,20	1,77	24,00	88
P11	8,5	228	200	61,00	1,58	24,44	88
P12	8,1	244	508	62,30	1,43	30,37	94
P13	7,9	142	97	72,00	1,47	33,32	106

1 – hemoglobina glicada; 2 – triglicerídeos; 3 – índice de massa corporal; 4 – circunferência abdominal

Tabela 13 - Exames bioquímicos e medidas antropométricas do grupo de pessoas *inconformadas*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Exames bioquímicos			Medidas antropométricas			
	Hb A1c ¹ (%)	Colesterol (mg/dL)	TGC ² (mg/dL)	Peso (kg)	Altura (m)	IMC ³ (kg/m ²)	Cir. ab. ⁴ (cm)
P3	10,7	244	508	62,30	1,43	30,37	94
P9	10,1	198	282	51,00	1,50	22,66	92
P31	8,3	161	114	89,00	1,68	31,53	116
P14	10,9	124	411	83,00	1,63	31,24	113
P18	13,3	211	182	90,00	1,55	37,46	118
P22	5,1	159	101	79,10	1,49	35,63	109

1 – hemoglobina glicada; 2 – triglicerídeos; 3 – índice de massa corporal; 4 – circunferência abdominal

APÊNDICE H – DADOS CLÍNICOS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONFORME REPRESENTAM A IDENTIDADE

Tabela 14 – Dados clínicos – tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas *normais*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Tempo doença (anos)	Enfermidades referidas	Uso medicamento	Exercício físico
P24	14	Hipertensão	Antidiabético	Sim
P2	05	Hipertensão	Antidiabético	Sim
P25	06	Hipertensão	Antidiabético	Sim
P7	03	-	Antidiabético	Não
P8	05	Labirintite	Antidiabético	Sim
P28	17	Hipertensão	Insulina + Antidiabético	Sim
P29	06	Hipertensão	Antidiabético	Não
P10	20	Hipertensão	Insulina + Antidiabético	Não
P15	07	Hipertensão	Antidiabético	Sim
P16	05	Problemas cardíacos	Antidiabético	Sim
P19	03	Hipertensão	Antidiabético	Não
P20	35	Hipertensão Tireóide	Antidiabético	Sim
P21	05	Hipertensão	Antidiabético	Sim
P34	06	-	Insulina + Antidiabético	Não
P23	16	-	Insulina + Antidiabético	Não

Tabela 15 – Dados clínicos – tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas que *aceitam a doença*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Tempo doença (anos)	Enfermidades referidas	Uso medicamento	Exercício físico
P4	30	Catarata	Antidiabético	Não
P6	09	Hipertensão	Antidiabético	Não
P17	12	Hipertensão Angina	Antidiabético	Não
P32	10	Hipertensão	Insulina + Antidiabético	Não
P33	15	Hipertensão	Insulina + Antidiabético	Não

Tabela 16 – Dados clínicos – tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas que *tem uma vida com dificuldades*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Tempo doença (anos)	Enfermidades referidas	Uso medicamento	Exercício físico
P1	10	Hipertensão	Antidiabético	Não
P5	10	Depressão	Insulina + Antidiabético	Não
P26	15	-	Antidiabético	Não
P27	17	Hipertensão	Antidiabético	Não
P30	04	Silicose	Antidiabético	Não
P11	17	Hipertensão	Insulina + Antidiabético	Não
P12	07	Hipertensão	Antidiabético	Não
P13	15	hipertensão	Insulina + Antidiabético	Sim

Tabela 17 – Dados clínicos – tempo de diagnóstico, enfermidades referidas, uso de medicamentos, prática de exercício físico do grupo de pessoas *inconformadas*. Belo Horizonte, 2010.

Participantes	Tempo doença (anos)	Enfermidades referidas	Uso medicamento	Exercício físico
P3	05	Hipertensão Dislipidemia	antidiabético	Não
P9	16	Catarata	Antidiabético	Não
P31	12	Hipertensão Angina	Antidiabético	Não
P14	08	Hipertensão	Insulina + antidiabético	Não
P18	25	-	antidiabético	Sim
P22	02	Coração	Antidiabético	Não

ANEXOS
ANEXO A – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 061.0.410.203/09

Interessado(a): Profa. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de setembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado **"Autocuidado e representações sociais em diabéticos tipo 2: estratégia para intervenção educativa"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

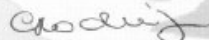
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0061.0.410.203-09A

Pesquisadora responsável: Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 03 de fevereiro de 2010, após solução de pendências o projeto de pesquisa intitulado “AUTOCUIDADO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DIABÉTICOS TIPO 2: ESTRATÉGIA PARA INTERVENÇÃO EDUCATIVA”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH