

# Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica

*Social representations of the diabetes of people who live with this chronic condition*

*Representaciones sociales de diabetes en personas que viven con esa condición crônica*

Giovana Delvan Stuhler<sup>1</sup>

Brigido Vizeu Camargo<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo investigar as representações sociais (RS) do diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) e do tratamento de pessoas que vivem com essa condição crônica. Para tanto, 40 usuários dos serviços de saúde de um município do litoral catarinense, sendo vinte homens e vinte mulheres, participaram da pesquisa. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas submetidas à análise textual por meio do software Alceste. Os participantes apresentaram o seguinte perfil: média de idade 62 anos, a maioria (37 pessoas) com escolaridade Ensino Fundamental, aposentados por invalidez ou por tempo de serviço, a maioria casada e algumas viúvas e a média do tempo de tratamento do diabetes foi 12 anos. A análise do material textual, dividido em dois *corpus*: Diabetes e Tratamento do DM, revelou o diabetes como doença que exige cuidados, mas

também como doença que proíbe a ingestão de alimentos que fizeram parte da dieta alimentar de toda uma vida. Para os entrevistados, tratar o diabetes traz vantagens, porém consideram a medicação como a principal medida para o controle. O diabetes é uma doença que passa a ser conhecida somente quando ocorre o agravamento dos sintomas ou surgem complicações. Isso acarreta a prescrição de um tratamento muito mais restritivo em termos de dieta alimentar e aumento da quantidade de medicamentos a serem ingeridos diariamente.

**Palavras-chave:** representações sociais; diabetes mellitus; tratamento.

## ABSTRACT:

This study had as an objective to investigate the social representation (RS) of the diabetes mellitus type 2 (DM 2) and its treatment of people who live with this chronic condition. Therefore, 40 clients of a coast city health care center, being that 20 men and 20 women, were investigated in this research. Semi-structured interviews were submitted to text analysis by the Alceste software. The participants had the

<sup>1</sup> Doutoranda em Psicologia pelo PPGP - UFSC. giovanads\_sc@hotmail.com

<sup>2</sup> Professor da Universidade Federal de Santa Catarina; Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS. brigido.camargo@yahoo.com.br

following profile: average age of 62 years, most (37 people) with 8 years of education, retired for invalidity or for period of service, most of them married and some widows and average time of diabetes treatment of 12 years. The analysis of the textual material, divided in two corpus, Diabetes and Treatment of DM, revealed the diabetes as a disease that demands care, but also as a disease that prohibits the intake of foods that were part of the diet of a lifetime. For those interviewed, treating the diabetes brings advantages, though they consider the drugs as the main way of control. The diabetes is a disease that one realizes only when the aggravating of the symptoms occur or there are complications. This ignates the prescription of a much more restricted treatment in terms of dietary and the increase of the number of drugs to be taken daily.

**Keywords:** social representations, diabetes mellitus, treatment

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo investigar las representaciones sociales (RS) de la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y del tratamiento de personas que viven con esa condición crónica. Para tal, 40 usuarios de los servicios de salud de una ciudad del litoral catarinense, los cuales veinte hombres y veinte mujeres, participan de la investigación. Fueron utilizadas entrevistas semi estructuradas sometidas a análisis textual por medio de software Alceste. Los participantes presentaron el siguiente perfil: media de edad 62 años, la mayoría (37 personas) con escolaridad de educación básica,

jubilados por invalidez o por tiempo de servicio, la mayoría casada y algunas viudas y la media del tiempo de tratamiento de la diabetes fue 12 años. El análisis del material textual, dividido en dos corpus, Diabetes y Tratamiento del DM, revelo la diabetes como enfermedad que exige cuidados, mas también como enfermedad que prohíbe ingerir alimentos que hicieron parte de la dieta alimentar de toda una vida. Para los entrevistados, tratar la diabetes trae ventajas, mas consideran los remedios como la principal medida para el control. La diabetes es una enfermedad que pasa a ser conocida solamente cuando ocurre la gravedad de los síntomas o surgen complicaciones. Eso lleva a la realización de un tratamiento mucho mas estricto en términos de dieta alimentar y aumento de la cantidad de remedios a ser ingeridos diariamente.

**Palabras-clave:** representaciones sociales; diabetes mellitus; tratamiento.

## INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas descritas pela medicina destaca-se o diabetes, considerado problema de saúde pública principalmente em países em desenvolvimento, em virtude dos números preocupantes em relação à prevalência e a incidência como a baixa adesão ao tratamento, apontam para números preocupantes. Os números mais recentes da Federação Internacional de Diabetes, mostram que, atualmente 366 milhões de pessoas no mundo têm diabetes e 4,6 milhões de mortes são devido ao diabetes. Além disso, outros 280 milhões de pessoas apresentam risco de desenvolver a doença<sup>1</sup>. Cerca de 80% das

populações com diabetes vivem em países com baixa e média renda, e a média de idade varia entre 45 a 64 anos<sup>2</sup>. No Brasil, estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos tenham diabetes, o que representa cerca de cinco milhões e meio de pessoas<sup>3</sup>.

O diabetes compreende um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, sendo estas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. No presente estudo, optou-se por investigar o DM 2, considerado o tipo de diabetes mais prevalente, em torno de 90% dos casos. As crescentes incidência e prevalência do DM 2 têm sido atribuídas ao envelhecimento populacional, ao estilo de vida atual em que predomina a inatividade física, a hábitos alimentares ruins e aos avanços terapêuticos no tratamento da doença<sup>3-5</sup>. A maioria das pessoas com DM 2 apresenta excesso de peso ou acúmulo central de gordura.

Acredita-se que 50% da população com DM 2 não sabe que são portadores da doença e só descobrem quando as complicações decorrentes do diabetes aparecem. Alguns fatores são indicativos de maior risco: idade acima de 45 anos; sobrepeso (índice de massa corpórea maior que 25); obesidade central (cintura abdominal maior que 102 para homens e maior que 88 para mulheres); antecedente familiar; hipertensão arterial (maior que 140/90 mmHg); colesterol HDLd —35 mg/dL e/ou triglicerídeos e —150 mg/dL; e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida<sup>3,6</sup>.

Se não tratado, o DM 2 pode produzir complicações agudas (cetoacidose, síndrome hiperosmolar) e complicações crônicas classificadas como macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cérebro vascular e vascular periférica), complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia) e neuropatias<sup>3</sup>. Todas são responsáveis por uma importante morbimortalidade com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função<sup>3,7-10</sup>.

Um dos objetivos do tratamento do DM 2 é baixar o nível da glicemia até o mais próximo do normal e para isso o plano terapêutico deve incluir mudança de estilo de vida e farmacoterapia. No Brasil, o portador do diabetes tem garantido por lei a gratuidade dos medicamentos, o acesso aos serviços especializados, porém, a não adesão ao tratamento intriga os profissionais de saúde e as autoridades. Distribuir medicamento a esta população, como também incentivar uma alimentação saudável e a realização de uma atividade física, não estão proporcionando por si só uma taxa de adesão alta. Isso aponta para a necessidade de estudos que investiguem o conhecimento do senso comum e as crenças das pessoas que possuem DM 2 acerca dessa doença e do seu tratamento. Essas informações, por sua vez, podem subsidiar o desenvolvimento de estratégias que ampliem os indicadores de adesão ao tratamento, o que por sua vez pode resultar em melhoria da qualidade de vida dessa população.

### **Representações sociais, saúde/doença e diabetes**

A teoria das representações sociais se

ocupa do pensamento social em sua dinâmica e diversidade<sup>11</sup> e parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar na nossa sociedade. Essas formas são móveis e cada uma gera seu próprio universo, como: o consensual e o científico<sup>12</sup>. O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, onde a sociedade se vê como um grupo formado por indivíduos que são de igual valor. Neste caso, o indivíduo é livre para se comportar como um amador e um observador curioso. O universo reificado, por sua vez, se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna, sendo que a sociedade se concebe como um sistema com diferentes papéis e categorias. As representações sociais são o modo de conhecimento que pertence ao universo consensual, e a ciência o modo de conhecimento pertencente ao universo reificado<sup>12-13</sup>.

A representação social é vista como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social<sup>14</sup>. E também como o produto e o processo de uma atividade mental, um guia para a ação<sup>15</sup>.

As representações sociais possuem um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, permitindo ao indivíduo ou ao grupo dar sentido e compreender a realidade através de seu próprio sistema referencial<sup>14-15</sup>. Apresentam-se como um conjunto de proposições, reações e avaliações<sup>16</sup>. Uma vez que as representações e práticas estão estritamente ligadas, determinando não só

comportamentos distintos, como também, atitudes específicas diante do problema de saúde, os significados que o indivíduo atribui a sua condição crônica bem como ao discurso médico sobre a mesma podem ter relação com a adesão ao tratamento. Portanto, pensa-se que estudar o fenômeno das representações sociais pode auxiliar na compreensão das estratégias de ação frente à doença e mais especificamente frente ao tratamento de uma condição crônica.

As representações sociais definidas como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter-individuais<sup>12,17</sup> possibilitam a apreensão de processos e mecanismos pelos quais indivíduos participam da construção de conhecimento da doença em seu cotidiano, e também auxiliam na compreensão das estratégias adotadas frente à condição crônica. É necessário compreender a experiência da doença a partir do seu contexto de produção material e simbólico, analisando as relações entre os pólos representacional e vivencial do processo de adoecimento, observando a complementaridade existente entre eles<sup>18</sup>.

O estudo das representações sociais em saúde mostra que o processo saúde/doença é permeado de elementos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, e econômicos; sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam a partir de suas realidades cotidianas. Nesse sentido, “ao considerar que as representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, pode-se inferir que as representações de saúde e doença interagem para determinar concepções específicas

de necessidades humanas e de saúde<sup>19:602</sup>. Em outro estudo, também é salientado a importância da teoria das representações sociais para o estudo das questões relativas à saúde em função da mudança no sentido da saúde, que se transforma também em um fato cultural<sup>20</sup>.

Os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas envolvidos no tratamento do diabetes de 28 pessoas com DM tipo 2 analisados, constataram que nas representações sociais sobre o diabetes, a alimentação figura como fator provocante além de ser elemento explicativo para seu controle e seu descontrole<sup>21</sup>. A alimentação prescrita e restritiva é avaliada como “insuficiente” e “inadequada”, permeando a representação do tipo de dieta recomendada pelos profissionais de saúde por ser “fraca” e incapaz de saciar a fome. Seguir ou não a dieta como forma de controlar o diabetes envolve aspectos relacionados às condições objetivas de vida, às dimensões socioculturais, valorativas e ideativas, que permeiam as representações e as experiências dos diabéticos.

Outro estudo sobre as representações sociais de pacientes diabéticos sobre o seu corpo revela que, após a amputação de um membro em virtude de complicações causadas pelo diabetes, as pessoas se percebem como incapazes, inúteis, deixando de pertencerem ao universo social imaginado por eles, ou seja, não são mais produtivos como antes. No cuidado de si as pessoas não se importam com o corpo quando o corpo funciona perfeitamente saudável. Porém, após uma amputação decorrente de complicações do diabetes, as pessoas passam a valorizar mais a saúde e

tentam manter o corpo como está para evitarem novas amputações<sup>22</sup>.

O objetivo deste estudo é investigar as representações sociais do DM 2 e do tratamento em pessoas que vivem com essa condição crônica, com a intenção de fornecer subsídios para uma melhor compreensão do problema da adesão ao tratamento desta doença.

## **MÉTODO**

Participaram do estudo 40 usuários dos serviços de saúde de um município do litoral catarinense, sendo dez homens e dez mulheres aderentes à medicação e dez homens e dez mulheres não aderentes. Todos os participantes possuíam diagnóstico de DM 2 e tinham idade igual ou superior a 40 anos; não foram excluídos aqueles indivíduos que, no decorrer do tratamento tiveram prescrição de insulina. Os participantes considerados aderentes à medicação freqüentaram no mínimo duas consultas no período do último ano; tiveram a última consulta a no máximo seis meses do início da coleta de dados; não se esqueciam de tomar a medicação e não eram descuidados quanto a hora de tomar os remédios. Já os participantes considerados não aderentes a medicação encontravam-se há mais de seis meses sem freqüentarem consultas médicas e não compareciam na Unidade Básica de Saúde; bem como às vezes esqueciam-se de tomar os remédios ou eram descuidados quanto a hora de tomar.

### ***Procedimento de coleta de dados***

O procedimento de coleta de dados foi o seguinte: a) aprovação da pesquisa pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 226/09); b) contato com a Secretaria Municipal de Saúde e coordenadores das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF); c) sorteio dos prontuários com pacientes diabéticos; d) levantamento de dados sócio-demográficos, dados clínicos e dados sobre o tratamento de pacientes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde, obtidos a partir da leitura das fichas de acompanhamento/prontuários, a fim de formar os dois grupos; e) contato com as pessoas que vivem com diabetes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e) realização de entrevistas semi estruturadas nas residências dos participantes, após agendamento prévio; sendo estas gravadas, e posteriormente transcritas.

### ***Procedimento de análise de dados***

Para análise dos dados considerou-se as variáveis: idade, sexo, escolaridade, tempo de diabetes, adesão ou não adesão ao medicamento. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão), com o uso do pacote estatístico SPSS 16.0. O material textual obtido a partir da transcrição das entrevistas foi analisado por meio de uma análise lexical e uma classificação hierárquica descendente de segmentos de texto, com auxílio do software ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*<sup>23</sup>. A análise lexical das 40 entrevistas foi dividida em dois *corpus*: *corpus* diabetes e *corpus* tratamento. Os critérios para análise descritiva do vocabulário (critério lexicográfico) de cada classe foram palavras com frequência superior a frequência média do *corpus*, ou seja, 11 para o

*corpus* diabetes e 13 para o *corpus* tratamento, qui-quadrado significativo ( $\chi^2 > 3,84$ ,  $gl = 1$ )<sup>23</sup>.

## **RESULTADOS**

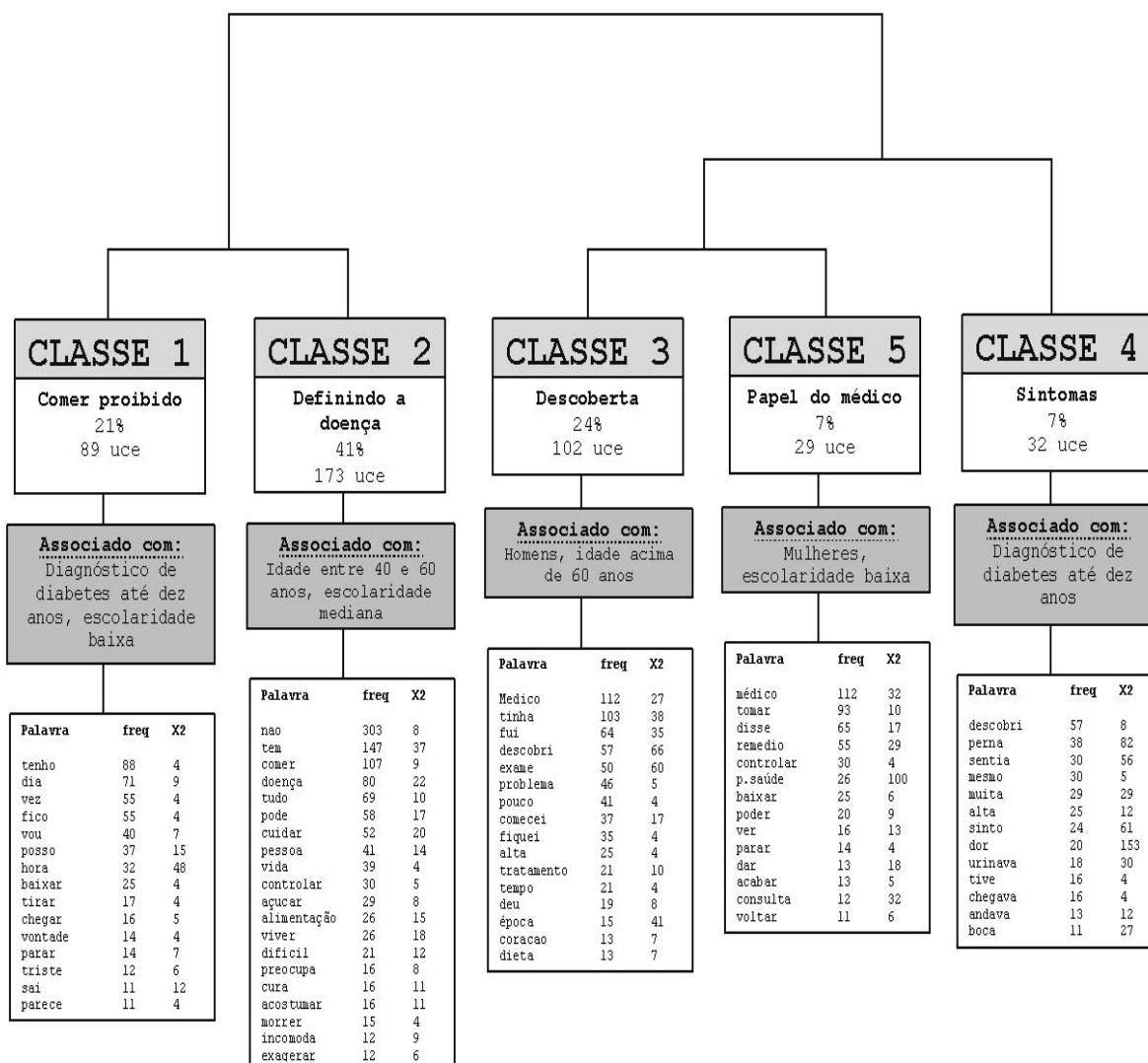
No que se refere às características sócio demográficas, constatou-se que a média de idade dos participantes foi 62 anos, variando de 46 a 78 anos. A maioria dos participantes (37) apresentou nível de escolaridade baixo, ou seja, equivalente ao ensino fundamental incompleto. A média do tempo de tratamento do diabetes foi 12 anos, sendo que 20 participantes já se tratam há mais de dez anos.

Seguindo os critérios estabelecidos para análise lexical, as palavras destacadas nos contextos classificados pelo software ALCESTE foram consideradas e comparadas, a fim de definir o conteúdo das representações sociais do diabetes e do tratamento. A análise do primeiro *corpus* (diabetes) encontrou 431 palavras analisáveis. O referido *corpus* foi dividido em 577 unidades de contexto elementar (UCE) das quais 425, ou seja, 73,66% do total foram consideradas na classificação hierárquica descendente (CHD).

Numa primeira partição o *corpus* diabetes foi dividido em dois sub *corpus*, de um lado as classes 1 e 2 e o outro as classes 3, 4 e 5. Uma segunda partição separou a classe 4 das classes 3 e 5. O resultado foi a obtenção de 5 classes conforme a Figura 1.

A partir dos conteúdos das classes pode se observar que o diabetes é visto como uma doença crônica, que exige cuidados, que é difícil e que a pessoa precisa se acostumar a

**Figura 1:** Dendograma da CHD do *corpus* diabetes.



ela. A classe 2 responsável por 41% das UCEs traz elementos ligados a definição da doença. O diabetes é definido como a doença do não. O não se refere a dieta alimentar que fica restrita a alimentos nem sempre apreciados por essas pessoas. O controle, o cuidado passam a fazer parte da vida do diabético e, por isso, o diabetes também é visto como a doença que incomoda, que preocupa. Essa classe está caracterizada por pessoas com idade entre 40 e 60 anos e escolaridade mediana.

*Eu não sei explicar o que é o diabetes, mas não pode comer sal, não pode comer açúcar, mas eu não sei, sei lá. Deve ser uma*

*doença terrível, para mim é uma doença terrível, porque toda pessoa que tem diabetes é preocupada. (homem, 59 anos)*

A classe 1 complementa a definição do diabetes como a doença do não e traz elementos ligados a proibição. O diabetes proíbe a pessoa de ingerir alimentos apreciados por ela, alimentos que sempre fizeram parte do seu hábito alimentar, como por exemplo, doces, bolos. Dessa forma, o diabetes acaba gerando o sentimento de tristeza, pois mesmo com vontade, a pessoa que vive com o DM tem que abrir mão do que gosta para mantê-lo controlado.

*Porque não pode usar tal coisa, se você vê na mesa, não pode por na boca. Antigamente eu comia de tudo e hoje eu não posso mais. Eu vejo o pessoal tomando um suco, não posso mais por na boca, tudo não pode. Chega em um restaurante para almoçar, come um pouquinho de nada, quando é duas horas, eu almocei e já estou tremendo de fome.(homem, 50 anos)*

A classe 4 com somente 7% das UCEs do corpus foi produzida predominantemente por pessoas com um tempo de diagnóstico inferior a dez anos. Nessa classe encontramos elementos ligados aos sintomas. O diabetes é uma doença silenciosa, porém, alguns sintomas são identificados por essas pessoas, como por exemplo: dores nas pernas, urinar várias vezes ao dia, boca seca e muita sede. Porém, mesmo que esses sintomas já estivessem presentes, as pessoas não se dão conta de que são sintomas do diabetes.

*O diabetes eu descobri porque eu sentia muito calorão, muita sede, secava muito minha garganta e minha boca, eu suava muito e urinava muito. Era fora do comum. Procurei a médica, falei os sintomas que eu estava passando, a médica me mandou fazer o exame que constou que eu tinha diabetes. Eu não sabia. (mulher, 53 anos)*

A classe 3 com 24 % das UCEs do corpus, traz os elementos reveladores da descoberta do diabetes. Essa classe foi produzida por homens com idade superior a 60 anos e a descoberta se deu de forma indireta. Ou seja, a busca por outro tratamento ou diagnóstico, acabou por revelar a presença do DM na pessoa. A ida ao médico se deu por outro motivo e o diabetes surge como uma doença a mais. As pessoas não desconfiavam que os sintomas pudessem

ser do diabetes.

*Quando eu fiz a cirurgia do coração, eu descobri que eu tinha diabetes porque foi feito todos os exames para fazer a cirurgia. E foi constatado que eu estava com diabetes. (homem, 63 anos)*

*Eu descobri o diabetes porque quando eu trabalhava, a gente fazia exames lá no serviço, e foi quando acharam que eu tinha diabetes. Acharam não porque provou com os exames que eu tinha diabetes. Fiz o exame e para provar de novo, para garantir que tinha, fizeram esse exame comigo. (homem, 60 anos)*

A classe 5 com 7% das UCEs traz o papel do médico, no sentido de prescrever a medicação que controla o diabetes e complementa a classe 3. Observam-se elementos que explicam a escolha pelo remédio como forma de controlar o DM e o médico como aquele que prescreve.

*O médico pegou e não falou nada, só disse que estava tudo bem e que eu podia ir embora. Ele me aposentou e de lá para cá eu estou com diabetes mesmo, e fiquei tomando remédio, consultando no posto de saúde. (mulher, 72 anos)*

*Mas depois que eu comecei a tomar insulina, às vezes eu tenho hipoglicemia, antes disso não. Com remédio o meu diabetes andava muito alto, não baixava. A médica recomendou a insulina, foi bem melhor com a insulina, controla melhor. (mulher, 75 anos)*

A análise do segundo corpus, Tratamento, encontrou 483 palavras analisáveis. O referido corpus foi dividido em 715 unidades de contexto elementar (UCE) das quais 560, ou



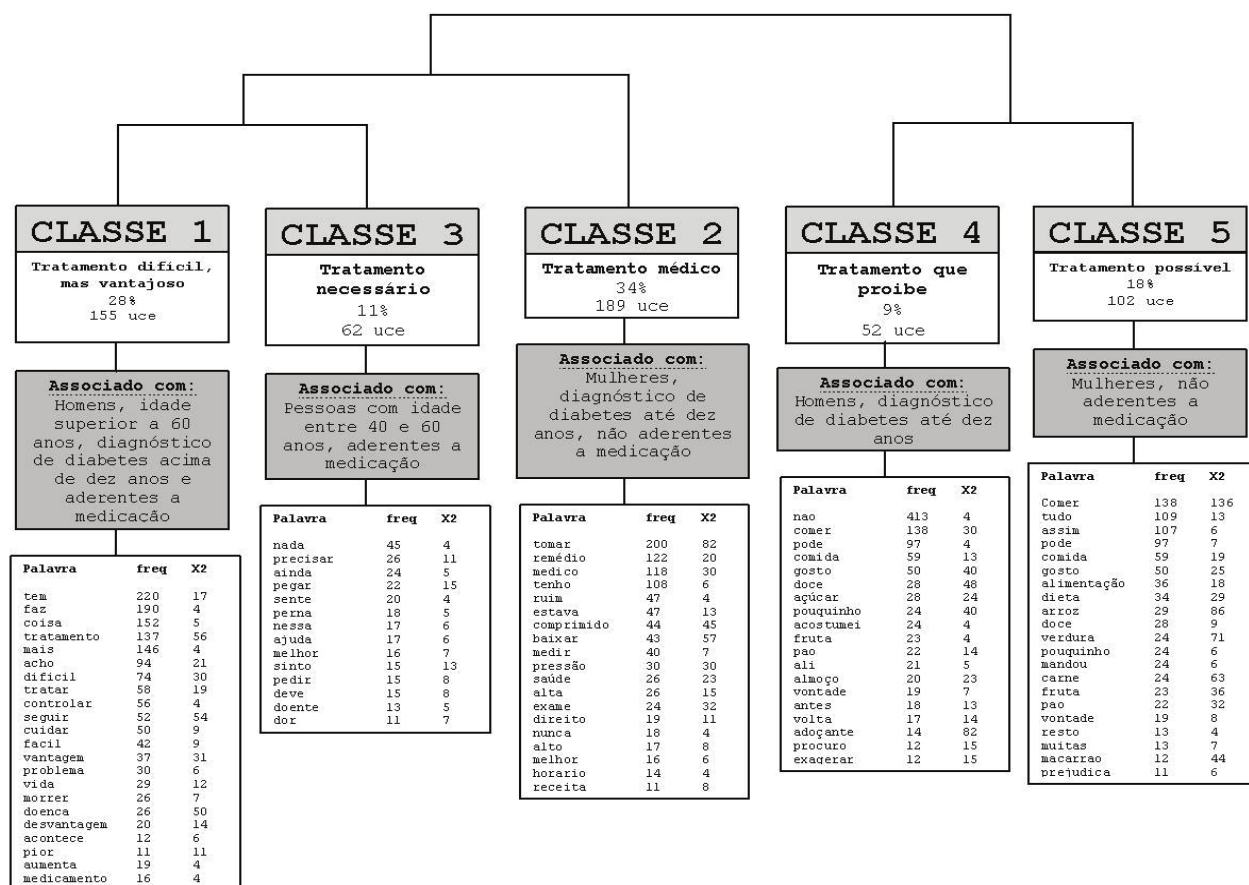
seja, 78,32% do total foram considerados na classificação hierárquica descendente (CHD).

Numa primeira partição o *corpus* tratamento foi dividido em dois sub corpus, de um lado as classes 1, 2 e 3, e o outro as classes 4 e 5. Uma segunda partição separou a classe 2 das classes

1 e 3. O resultado foi a obtenção de 5 classes conforme a Figura 2.

A classe 1 representa 28% das UCE e foi produzida por homens com mais de dez anos de diabetes, aderentes a medicação e acima de 60 anos. Essa classe revela elementos

**Figura 2:** Dendograma da CHD do *corpus* tratamento



que apontam o seguimento do tratamento do diabetes como difícil, porém vantajoso. Ao seguir o tratamento a pessoa continua viva e evita o desenvolvimento das complicações causadas pela doença.

A desvantagem em seguir o tratamento se dá quando a taxa do diabetes continua alta, mesmo fazendo aquilo que os profissionais de saúde indicam. Se é difícil seguir o tratamento

do diabetes, confirmando assim o que a literatura aponta em relação a adesão, pior é não seguí-lo.

*Eu não acho que é difícil seguir o tratamento. Quando a pessoa leva no capricho, se a pessoa é caprichosa, bom eu não vou dizer aqui que eu vou cortar o dedo, vai custar a sarar porque eu sou diabético. Então eu evito essas coisas, mas no resto, como diz o ditado, para mim tudo*

*é resto. (homem, 69 anos)*

*Isso é uma coisa que eu tenho que ter consciência, que é para o resto da minha vida. Como a gente sabe, não tem cura. Então se eu não fizer o tratamento certinho e o meu exercício físico, eu terei problema. (homem, 57 anos)*

A classe 3, responsável por 11% das UCEs foi caracterizada por pessoas com idade entre 40 e 60 anos e aderentes a medicação. Essa classe complementa a importância e as vantagens do tratamento destacando o que foi necessário fazer para conseguir controlar o DM. Mesmo entendendo o diabetes como uma doença difícil, alguns participantes destacam a importância dada para a mudança de alguns hábitos.

*Caminhar, sair para andar, me distrair, às vezes quando eu estou bem da minha perna eu faço. Duas ou três vezes por semana, quando não ataca os pés. (homem, 50 anos)*

*Aquela dor que eu sentia já não sinto mais, é uma coisa que melhora bastante o espírito de luta da gente, vale a pena lutar. Nunca vale a pena abandonar, a gente não pode se dar por vencido. (homem, 59 anos)*

A classe 2, a maior do *corpus*, com 34% das UCEs refere-se a prioridade do tratamento. Os elementos constituintes dessa classe revelam a medicação como a principal responsável pelo controle da doença. Mesmo sendo caracterizada por mulheres, pessoas não aderentes a medicação e um tempo de diabetes inferior a dez anos, essa classe indica que a consulta ao médico, o exame que mede a taxa glicêmica, a ida a UBS tem um objetivo: conseguir a

receita dos remédios que deverão ser tomados diariamente. Nessa classe 2 palavras como *tomar, remédio, dia, médico*, são destaques e indicam que o uso da medicação pode ser a forma mais fácil de tentar controlar o DM. Alguns seguimentos textuais apontam para isso.

*Sou obrigada a tomar esses quatro comprimidos por dia. Eu tenho que tomar. O dia que eu não tomo a insulina bem certa, ou esqueço-me de tomar um comprimido, começa a me dar ferradas no corpo. (mulher, 58 anos)*

*Tomo meu comprimido, meu marido aplica a insulina, tomo outro comprimido, tomo outro remédio para pressão, outro remédio que eu tomo para o colesterol. Não é complicado, complicado para mim é aplicar insulina. Eu quase não enxergo e antes eu mesma aplicava, mas agora que eu não enxergo para colocar na agulha. (mulher, 61 anos)*

Contraopondo-se a classe 2, a classe 4 traz elementos que revelam a dieta alimentar como forma de auxiliar no controle do diabetes, porém, destaca a proibição de ingerir açúcar e comer alimentos que não fazem parte do hábito alimentar pessoal. Se todo o alimento que faz parte do hábito alimentar passa a ser proibido para a pessoa que vive com diabetes, a adesão a dieta torna-se difícil e muitas vezes interpretada como castigo. A palavra *não* aparece como o grande destaque dessa classe. Tratar o diabetes significa *não* poder comer o que se gosta ou o que sempre se comeu, o que pode levar ao não seguimento da dieta alimentar.

*No pão eu gosto de passar um doce, não posso, mas eu como. Eu trabalhei quarenta anos na pesca, eu como de tudo ate hoje.*

*Faz quinze anos que estou só em casa com a mulher. Então é como eu disse, os remédios eu procuro tomar, e a comida eu como de tudo. (homem, 74 anos)*

*Eu fui ao supermercado cheguei naquela banca de doce e eu passei longe, me deu uma tristeza. Eu disse meu deus porque que agora que eu tenho dinheiro para comprar eu não posso comer. (homem, 76 anos)*

A classe 5, representada por 18% das UCEs, traz elementos que revelam a adoção de hábito alimentar saudável. É possível comer de tudo e a alimentação passa a ser de responsabilidade do diabético. Essa classe está caracterizada por mulheres e por pessoas que não aderem a medicação. Quando a pessoa que vive com diabetes se dá conta de que a comida não está proibida, mas sim a quantidade que ingere, ela passa a estabelecer um novo hábito alimentar que contribui para o controle do seu diabetes. As palavras que mais representam essa classe são *comer, tudo, pode, comida, pouquinho*.

*Eu já tinha comido o meu pouquinho, uma colher de arroz, uma colher de feijão, eu era assim, mas sempre colocava mais um pouquinho. A dieta que a médica me deu, podia abusar da verdura. Eu gosto de verdura e abusava de verdura, enchia o estomago com a verdura. (mulher, 80 anos)*

*Então como um pouco, a metade. Isso eu faço. Eu faço um bolo hoje, por exemplo, eu como hoje, mas amanhã já não como mais. É só ali aquele pedaço e deu. Faço uma dieta mais ou menos como a médica falou. (mulher, 50 anos)*

## DISCUSSÃO

O diabetes é uma doença crônica e seu controle passa por pontos chave como o uso correto da medicação, a dieta alimentar e a prática de exercícios físicos<sup>22-28</sup>. No presente estudo os resultados revelaram o conhecimento, os sentimentos e as relações das pessoas que vivem com o diabetes com a doença e seu tratamento.

O diabetes é definido como a doença do não. A partir dessa proibição verificam-se sentimentos de preocupação, incômodo e tristeza, pois quando a pessoa descobre que tem diabetes, vê-se obrigada a modificar hábitos pessoais de toda uma vida. Muitos reconhecem a necessidade do cuidado com a alimentação, porém, as recomendações feitas pelos profissionais de saúde e as crenças pessoais sobre alimentação constituem-se em obstáculos para a mudança na dieta<sup>29</sup>. A dieta alimentar está ligada aos costumes, cultura, elementos internos e externos as pessoas que vivem com diabetes e nem sempre estão de acordo com a exigência ou verdade promulgada pelo conhecimento científico<sup>21</sup>.

Na descoberta do diabetes o que se constata é o desconhecimento sobre os principais sintomas presentes para a definição do DM. A pessoa só reconhece que, o que sentia era indicativo do DM, depois que recebe o diagnóstico. O diabetes é uma doença silenciosa que se mantém durante anos sem aparentemente incomodar, porém, ela vai aos poucos desencadeando outras doenças, as chamadas complicações causadas pelo diabetes<sup>3,7-10</sup>. No presente estudo, a descoberta do diabetes acaba acontecendo quando outras doenças já fazem parte da vida dessa pessoa, o

que impõe um tratamento mais exigente no que se refere ao uso contínuo e diário de medicação e restritivo em termos de dieta alimentar. Acredita-se que 50% da população com DM 2 não sabe que são portadores da doença e só descobrem quando as complicações decorrentes do diabetes aparecem, ainda que familiares já tenham desenvolvido a doença ou até mesmo tenham morrido por conta das complicações<sup>30</sup>.

Mesmo reconhecendo as vantagens em seguir o tratamento, a pessoa que vive com diabetes passa a se relacionar com a doença de forma antagonista. Para manter a taxa glicêmica dentro do permitido para um diabético, é necessário “fechar a boca” para alimentos considerados importantes e indispensáveis segundo os seus costumes, sua cultura. Daí a dificuldade em seguir de forma completa a dieta. Nesse sentido, o comprimido passa a ser encarado como o sinônimo de adesão ao tratamento, embora ele seja um dos três aspectos considerados no tratamento do DM. A figura do médico recebe um status importante, pois é ele quem prescreve essa medicação e possibilita acesso ao tratamento medicamentoso. O tratamento farmacológico prevê a prescrição de medicamentos para o controle glicêmico do diabetes e a escolha do medicamento dependerá dos valores das glicemias no jejum e pós-prandial, da hemoglobina glicada, do peso, da idade, de complicações e doenças associadas<sup>31</sup>. O médico deve observar as possíveis interações com outros medicamentos, as reações adversas, e as contra indicações deverão ser analisadas.

Manter o controle glicêmico e prevenir complicações crônicas do DM exige alguns comportamentos que devem ser integrados na rotina do diabético. Ou seja, inicialmente, este deve seguir as recomendações dadas pelos

profissionais de saúde, e depois o autocuidado deve ser incorporado, implicando uma grande participação e controle de sua parte, exigindo uma vigilância limitada dos profissionais. O desejo de continuar vivo ou de não sofrer as conseqüências impostas pelo diabetes, como por exemplo, a amputação de membros inferiores devido aos problemas circulatórios<sup>22,32-34</sup> contribui para que o seguimento do tratamento seja visto como vantajoso, porém, difícil.

## CONCLUSÕES

A pesquisa procurou identificar as RS do DM 2 e do tratamento em pessoas que vivem com essa condição crônica. O diabetes é representado como a doença que exige cuidados, que deve ser controlada evitando assim as complicações crônicas causadas por ele. Mas o controle do diabetes se dá por meio de um tratamento pautado pela proibição e, por conta disso, o seguimento do tratamento é tão difícil na medida em que impõe mudanças no estilo de vida principalmente nos hábitos alimentares. A baixa adesão ao tratamento acaba resultando em um aumento de consumo de cuidados de saúde e redução dos benefícios do tratamento.

Torna-se necessário reconhecer que, o que essas pessoas pensam, sentem e o que fazem em relação ao diabetes e ao seu tratamento, está relacionado a fatores pessoais. Por sua vez, o que essas pessoas pensam, sentem e fazem também depende do contexto grupal, societário e econômico onde vivem, e conseqüentemente da forma como os serviços de educação e saúde chegam até eles. Os dados apresentados nesse estudo podem contribuir para o conhecimento do processo de viver com diabetes, incluindo-se aí aspectos para uma melhor abordagem

dessas pessoas na medida em que as considere autônomas e responsáveis por manejar sua condição crônica. Contudo, é pertinente assinalar a importância de mais estudos que considerem a apreensão de processos e mecanismos pelos quais essas pessoas participam da construção de conhecimento da sua doença em seu cotidiano a fim de que mais estratégias possam ser adotadas frente ao controle e cuidado do diabetes.

## REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). The IDF diabetes atlas: five edition. Disponível em: <http://www.idf.org/> Acesso em: 10 out. 2011.

2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: O Ministério; 2006.

4 American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2008; 31(supl1): 55-60.

5 Ferreira SG. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. Publicado em 4 abril, 2009. Disponível: de <http://www.diabetesebook.org.br/> modulo1. Acesso em: 10 abr. 2009.

6 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da SBD. 2008. Disponível

em: <http://www.diabetesebook.org.br/attachments/diretrizes-sbd-2008-mar-12.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2009.

7 Braga JR, Santos ISO, Flato UP, Guimarães HP, Avezum A. Impacto do Diabetes Mellitus na Mortalidade em Síndromes Coronarianas Agudas. Arq Bras Endocrinol Metab 2007; 51(2): 275-280.

8 Bortolotto, LA. Modifications of structural and functional properties of large arteries in diabetes mellitus. Arq Bras Endocrinol Metab 2007; 51(2): 176-84.

9 Nery M, Oliveira SF. As complicações macrovasculares e seus fatores de risco. 2007. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo2>. Acesso em: 4 abr. 2009.

10 Price HC, Coleman RL, Stevens RJ, Holman RR. Impact of using a non-diabetes-specific risk calculator on eligibility for statin therapy in type 2 diabetes. Diabetologia 2009; 52(3): 394-97.

11 Arruda A. Teorias das Representações Sociais e Teorias de Gênero. Cadernos de Pesquisa 2002; 117: 127-47.

12 Moscovici S. On social representation. In: Forgas JP, editores. Social Cognition (pp. 181-209). London: European Association of Experimental Social Psychology/ Academic Press; 1981.

13 Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici S, organizador. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 29-109.

14 Jodelet D. Representações sociais:

um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As representações sociais*. (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44..

15 Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de Representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38

16 Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

17 Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF; 1961.

18 Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. *As representações sociais e a experiência da doença*. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(5): 1207-14.

19 Oliveira DC. *A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar*. In Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA, organizadores. *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 585-623.

20 Arruda A *Novos significados da saúde e as representações sociais*. *Cadernos de Saúde Coletiva* 2002; 10(2): 215-27.

21 Barsaglini RA, Canesqui AM. *A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes*. *Saúde Soc* 2010; 19(4): 919-32

22 Silva SED, Padilha MICS, Rodrigues ILA, Vaconcelos EV, Santos LMS, Souza RF et al. *Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos*. *Rev Bras Enferm* 2010 mai-jun; 63(3): 404-9.

23 Camargo BV. *Alceste: Um programa*

*informático de análise quantitativa de dados textuais*. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005. p. 511-539.

24 Zanetti MZ, Otero LM, Freitas MCF, Santos MA, Guimarães FPM, Couri CEL et al. *Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo staged diabetes management: relato de experiência*. *RBPS* 2006; 19 (4): 253-260.

25 Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. *Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: A importância das características demográficas e clínicas*. *Revista Referência* 2006; 2: 33-41.

26 Morales DQ, Pérez AV. *Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica*. *Univ. Psychol* 2007; 6(3): 679-88.

27 Nascimento ÓD, Loureiro I. *Adesão ao regime terapêutico da diabetes*. *Rev Portuguesa Diabetes* 2007; 2: 18-21.

28 World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.

29 Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MC. *Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática*. *Texto Contexto - Enferm* 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30.

30 Santos ICRV, Carvalho EF, Souza WV, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. *Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife, Pernambuco, Brasil*. *Rev.Bras.Saúde Matern Infantil* 2008; 8(4): 427-33.

31 Oliveira JEP, Lerario AC. Visão geral dos antidiabéticos orais tradicionais: secretagogos, inibidores da alfa-glicosidase e sensibilizadores de insulina. 2008. Disponível: <http://www.diabetesebook.org.br/> modulo4. Acesso em: 4 abr. 2009.

32 Pitta GBB, Castro AA, Soares AMMN, Maciel CJJ, Silva JDM, Muniz VMT et al. Perfil dos pacientes portadores de pé diabético atendidos no Hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando Lages. J.Vasc.Bras 2005; 4(1): 5-10.

33 Rezende KF, Nunes MAP, Melo NHM, Chacra AR, Ferraz MB. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. Arq Bras Endocrinol Metab 2008; 52(3): 523-530.

34 Lucas LPP, Barichello E, Zuffi FB, Barbosa MH. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. Rev. Eletr. Enf 2010; 12(3):535-8.

**Artigo apresentado em 01/11/2011**

**Artigo aprovado em 01/12/2012**

**Artigo publicado no sistema em 17/04/2012**