UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAMILA REZENDE PIMENTEL RIBAS

Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*

Ribeirão Preto
2013

CAMILA REZENDE PIMENTEL RIBAS

Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profª. Drª. Maria Lúcia Zanetti

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ribas, Camila Rezende Pimentel

Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*. Ribeirão Preto, 2013.

98 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Maria Lúcia Zanetti

1. Diabetes. 2. Profissional de saúde. 3. Emocional.
4. Doença crônica. 5. Psicologia.

RIBAS, Camila Rezende Pimentel

Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr _____

Instituição:_____Assinatura: _____

HOMENAGEM ESPECIAL

À minha orientadora Profª. Drª. Maria Lúcia Zanetti, agradeço por ter sido minha âncora nos momentos difíceis nos quais a senhora se fez presente e muito me auxiliou com sua compreensão, força, apoio, sabedoria e discernimento.

Sinto profunda gratidão por seu irretocável caráter, pela fortaleza de sua dignidade, respeito por sua genialidade científica, e amor incondicional à senhora.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A DEUS, por toda proteção e direcionamento em minha vida...

Ao meu amado pai Luiz Augusto *(in memorian)* e à minha amada mãe Helena, os quais sempre, com muito amor, abdicaram de suas vidas em pró do melhor para a minha formação e à do **meu irmão Guto,** o qual é um Ser Humano iluminado.

Ao meu esposo Marcus Fabio, que a todo o momento esteve ao meu lado com tanto amor e dedicação... Que a cada respiração minha você sinta soar: “eu te amo, Marcus”.

A todos familiares, especialmente: madrinha Cristie, tia Vera, tia Bia, tio Toninho, tio Tanga, padrinho Dadinho, padrinho José Maria Barra, madrinha Nilda e primas/irmãs: Priscila, Marcela e Paula, pela presença amorosa em minha vida.

À querida família de meu esposo, a qual também é minha família, minha sogra: Jurema, meu sogro: Euclides, minha cunhada/irmã: Rossana, meu cunhado: Randal, tia Sara *(in memorian)* e meus amados sobrinhos: Anandha e Yuri, agradeço pelo carinho com que me apoiaram na minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por sua generosidade em compartilhar comigo sua expressiva sapiência... Obrigada pelo aprendizado que me proporcionou e por todo suporte dado ao longo desses anos de convívio.

À Profª. Drª. Carla Regina de Souza Teixeira, por sua amizade e apoio irrestritos nos momentos necessários da minha trajetória acadêmica, e sempre com muito carinho.

Ao Prof. Dr. José Aparecido da Silva, por me introduzir na pesquisa científica.

Ao Prof. Dr. André Jacquemin, por sua importância na minha vida acadêmica.

À Profª. Drª. Nájela Hassan Saloum de Andrade, muito obrigada por ser minha admirada companheira nessa jornada profissional... Tenho muito orgulho de você.

À Drª. Adriana Serafim Bispo e Silva, agradeço sua atenção carinhosa...

Ao Dr. Thiago Antônio Moretti de Andrade, por compartilhar comigo seus vastos conhecimentos científicos.

À Suzana Lúcia, por ser “luz” e sabedoria em minha trajetória, com seu amor infinito...

Ao Dr. Levi Ceregato, pelos estímulos constantes na minha vida acadêmica.

À Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues, por seu apoio generoso...

À Giselda, Paulo, Arayssa e Alícia, os quais estão sempre inseridos em minha vida como minha família.

Aos amigos do Lar da Luz, pelo exercício do altruísmo e da sincera amizade...

À Drª. Maria da Graça de Melo, por me dedicar saúde e vida, além de me propiciar seu afeto.

À Roseli Cristina Gamba, por sua amizade eterna...

À bibliotecária Maria Cristina M. Ferreira (Biblioteca Central – USP), agradeço por sua importante revisão das referências e citações.

A todos os docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela contribuição à minha vida acadêmica.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem fundamental, pela honra em me inserir em tão bem conceituado Programa de Pós-Graduação do Campus da USP, e pela oportunidade em concretizar o curso de Doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pela concessão da bolsa de Doutorado e pelo apoio financeiro à execução dessa pesquisa.

...Que sei eu do que serei, eu que não sei o que sou?

Ser o que penso? Mas penso ser tanta coisa!

E há tantos que pensam ser a mesma coisa que não pode haver tantos! [...]

Eu, que não tenho nenhuma certeza, sou mais certo ou menos certo? [...]

Quantas aspirações altas e nobres e lúcidas [...]

E quem sabe se realizáveis [...]

O mundo é para quem nasce para o conquistar

E não para quem sonha que pode conquistá-lo, ainda que tenha razão…

(Fernando Pessoa, 1928)

RESUMO

RIBAS, C. R. P. **Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*.** 2013. 98 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudo teve como objetivo identificar as representações sociais de profissionais de saúde da área de diabetes *mellitus* sobre aspectos emocionais de pacientes adultos com diabetes *mellitus*. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, cujo referencial teórico adotado foi a teoria das representações sociais. Participaram do estudo 11 profissionais de saúde, de nível superior, sendo cinco enfermeiras, três psicólogos, uma médica, um educador físico e uma nutricionista, oriundos de instituições públicas e consultórios particulares. A coleta de dados ocorreu no período de março de 2012 a maio de 2012. Para tanto, utilizaram-se um formulário: contendo os dados sociodemográficos dos profissionais de saúde e um roteiro de entrevista semiestruturada, com a seguinte questão norteadora: *Quais os significados que você, como profissional de saúde, atribui aos aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus?* Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, utilizando-se o *software* ATLAS.ti - versão 6.2.27, que possibilitou identificar seis categorias: O paciente deve ser considerado em seus aspectos emocionais e comportamentais; Os aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento; A contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença; O profissional não dá conta de lidar com os aspectos emocionais do paciente mobilizados pelo tratamento; O profissional reconhece a importância de compreender os aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento, vislumbrando potencialidades do paciente para incorporar as mudanças; Os aspectos emocionais do paciente, relacionados ao tratamento, têm altos e baixos, avanços e recuos. Os resultados mostraram que, nas representações que os profissionais elaboram sobre os aspectos emocionais, os pacientes com diabetes são representados como revoltados, rebeldes e relutantes, aqueles que "dão rasteira" nos profissionais e cumprem apenas parte do tratamento. Os depoimentos sugerem que os profissionais de saúde ainda estão pouco capacitados para o cuidado com o paciente com diabetes quanto aos aspectos emocionais mobilizados pelo tratamento. Apesar de o "caminho do medo" ser visto como complicado, também é considerado como aquele que leva à obtenção da mudança de hábitos que podem favorecer o bom controle metabólico. As representações dos profissionais também levam em consideração a possibilidade de desenvolver o potencial do paciente para incorporar possíveis mudanças de comportamento em seus aspectos emocionais, o que pode gerar benefícios para o controle da doença. Por fim, os depoimentos configuram uma representação social dos pacientes com diabetes como apresentando altos e baixos, recuos e avanços, no decorrer do tratamento. Conclui-se que as representações sociais dos profissionais de saúde não se limitam a apontar os aspectos emocionais intrínsecos ao paciente que constituem barreiras ao seguimento do plano terapêutico, mas também remetem à importância da relação estabelecida entre profissional de saúde e paciente. Salientam a dificuldade do profissional em entrar em contato com os aspectos emocionais do paciente, em decorrência das repercussões afetivas que estes mobilizam no próprio profissional. Isso mostra a necessidade de investir na qualificação dos profissionais na atenção em diabetes.

Palavras-chave: Diabetes. Profissional de saúde. Emocional. Doença crônica. Psicologia.

ABSTRACT

RIBAS, C. R. P. **Social representation of health professionals about emotional aspects related to diabetes *mellitus*.** 2013. 98 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

This study was aimed at identifying the social representations of health professionals working with diabetes *mellitus* about emotional aspects of adult diabetes *mellitus* patients. A descriptive and exploratory study was undertaken with a qualitative approach. Social Representations theory was adopted as the theoretical framework. The study participants were 11 health professionals with a higher education degree, including five nurses, three psychologists, one physician, one physical educator and one nutritionist, working at public institutions and private clinics. Data were collected between March and May 2012. Therefore, a form was used with the health professionals' sociodemographic data, as well as a semistructured interview script, based on the following guiding questions: *What meanings do you, as a health professional, attribute to the emotional aspects related to diabetes mellitus?* The data were processed with the help of the content analysis technique, using the software ATLAS.ti - version 6.2.27, which permitted the identification of six categories: Patients should be considered in their emotional and behavioral aspects; Patients' emotional aspects arouse a refractory attitude towards treatment; Patients' containment of emotional impulses favors disease control: Professionals are unable to cope with the patients' emotional aspects mobilized by the treatment; Professionals acknowledge the importance of understanding patients' emotional aspects with regard to the treatment, envisaging their potential to incorporate changes; Patients' emotional aspects related to the treatment come with ups and downs, advances and relapses. The results showed that, in the representations the professionals elaborate about the emotional aspects, diabetes patients are represented as revolted, rebellious and reluctant, patients who attempt to deceive the professionals and only comply with part of the treatment. The testimonies suggest that the health professionals still lack training for care delivery to diabetes patients regarding the emotional aspects the treatment mobilizes. Although the "route of fear" is considered complicated, it is also considered as the course that leads to the achievement of changed habits that can favor good metabolic control. The professionals' representations also take into account the possibility of developing the patients' potential to incorporate possible behavioral changes in their emotional aspects, which can entail benefits to control the disease. Finally, the testimonies reveal a social representation of diabetes patients as experiencing ups and downs, relapses and advances during the treatment. It is concluded that the health professionals' social representations are not limited to the indication of intrinsic emotional aspects that represent barriers for compliance with the therapeutic plan, but also relate to the importance of the relation established between health professionals and patients. They highlight the professionals' difficulty to get in touch with the patients' emotional aspects, due to the affective repercussions these cause in the former. This reveals the need to invest in health professionals' qualification for diabetes care.

Key words: Diabetes. Health professional. Emotional. Chronic illness. Psychology.

RESUMEN

RIBAS, C. R. P. **Representación social de profesionales de salud sobre aspectos emocionales relacionados a la diabetes *mellitus*.** 2013. 98 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La finalidad de este estudio fue identificar las representaciones sociales de profesionales de salud del área de diabetes *mellitus* sobre aspectos emocionales de pacientes adultos con diabetes *mellitus*. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de aproximación cualitativa. El referencial teórico adoptado fue la teoría de las representaciones sociales. Participaron del estudio 11 profesionales de salud, de nivel superior, siendo cinco enfermeras, tres psicólogos, una médica, un educador físico y una nutricionista, oriundos de instituciones públicas y consultorios particulares. Los datos fueron recolectados entre marzo y mayo del 2012. Para eso, fue utilizado un formulario con los datos sociodemográficos de los profesionales de salud y un guión de entrevista semi-estructurada con la siguiente pregunta orientadora: *¿Cuáles los significados que Ud., como profesional de salud, atribuye a los aspectos emocionales relacionados a la diabetes mellitus?* Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido, mediante el *software* ATLAS.ti - versión 6.2.27, que posibilitó identificar seis categorías: El paciente debe ser considerado en sus aspectos emocionales y de comportamiento; Los aspectos emocionales del paciente suscitan una actitud refractaria al tratamiento; La contención de los impulsos emocionales de parte del paciente favorece el control de la enfermedad; El profesional no logra lidiar con los aspectos emocionales del paciente movilizados por el tratamiento; El profesional admite la importancia de comprender los aspectos emocionales del paciente respecto al tratamiento, vislumbrando potencialidades del paciente para incorporar los cambios; Los aspectos emocionales del paciente, relacionados al tratamiento, pasan por altibajos, avances y reculos; Los resultados mostraron que, en las representaciones que los profesionales elaboran sobre los aspectos emocionales, los pacientes con diabetes son representados como revoltosos, rebeldes y reluctantes, aquellos que les “ponen la zancadilla” a los profesionales y cumplen solamente con parte del tratamiento. Los testimonios sugieren que los profesionales de salud todavía están poco capacitados para el cuidado al paciente con diabetes y también para los aspectos emocionales movilizados por el tratamiento. Aunque el “camino del miedo” es considerado como complicado, también es considerado como aquel que lleva al alcance de cambios de hábitos que pueden favorecer el buen control metabólico. Las representaciones de los profesionales incluso consideran la posibilidad de desarrollar el potencial del paciente para incorporar posibles cambios de comportamiento en sus aspectos emocionales, lo que puede generar beneficios para el control de la enfermedad. Finalmente, los testimonios configuran una representación social de los pacientes con diabetes como sintiendo altibajos, reculos y avances durante el tratamiento. Se concluye que las representaciones sociales de los profesionales de salud no se limitan a indicar los aspectos emocionales intrínsecos al paciente que constituyen barreras al seguimiento del plan terapéutico, pero también remiten a la importancia de la relación establecida entre profesional de salud y paciente. Destacan la dificultad del profesional en tener contacto con los aspectos emocionales del paciente, debido a las repercusiones afectivas que estos movilizan en el propio profesional. Eso muestra la necesidad de invertir en la calificación de los profesionales en la atención en el área de la diabetes.

Palabras-clave: Diabetes. Personal de salud. Emocional. Enfermedad crónica. Psicología.

LISTA DE FIGURA E QUADROS

Figura 1. Concepção estrutural de formação nos processos de objetivação e ancoragem (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998) 35

Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2012..... 52

Quadro 2. Apresentação das categorias de análise e suas respectivas subcategorias. Ribeirão Preto-SP, 2012 54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA 16
1.1 Introdução 16
1.2 Revisão da literatura 17

2 REFERENCIAL TEÓRICO 31

3 OBJETIVO 38

4 MÉTODO 40
4.1 Tipo de estudo 40
4.2 Campo de investigação 41
4.3 Período de coleta de dados 42
4.4 Participantes 42
4.5 Material 43
4.6 Instrumentos de coleta de dados 43
4.6.1 Formulário de dados sociodemográficos 43
4.6.2 Roteiro de entrevista 44
4.6.3 Pré-teste 45
4.7 Coleta de dados 45
4.8 Análise dos dados 46
4.9 Considerações éticas 49

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 51
5.1 Caracterização dos participantes 51
5.2 Interpretando as categorias e subcategorias 53
5.2.1 O paciente deve ser considerado em seus aspectos emocionais e comportamentais 54
5.2.1.1 Relutante/Rebelde/Revoltado 55
5.2.1.2 Preguiçoso 57
5.2.1.3 Entristecido 58
5.2.1.4 Misto de sentimentos 59
5.2.2 Os aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento 62
5.2.2.1 Paciente “dá rasteira” no profissional 62

5.2.2.2 Paciente faz apenas uma parte do tratamento 63

5.2.3 A contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença 64

5.2.3.1 Paciente tem dificuldade de cumprir as regras do tratamento 64

5.2.4 O profissional não dá conta de lidar com as demandas emocionais do paciente mobilizadas pelo tratamento 66

5.2.4.1 O profissional não dá conta de lidar com todos os sentimentos que os pacientes têm dentro de si 67

5.2.4.2 Induzir medo no paciente é um caminho complicado, mas ideal para obtenção da mudança de comportamento 68

5.2.4.3 O profissional tem medo de ouvir os aspectos emocionais do paciente com diabetes *mellitus* 69

5.2.5 O profissional reconhece a importância de compreender os aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento, vislumbrando potencialidades do paciente para incorporar as mudanças 70

5.2.5.1 Construção dos aspectos emocionais a partir da vivência e da história do sujeito..... 71

5.2.5.2 Potencialidade do grupo como estratégia educativa para o fortalecimento dos aspectos emocionais 72

5.2.5.3 Reconhecimento da possibilidade de mudança no pensar e no agir do paciente 74

5.2.5.4 Percepção da pessoa com diabetes *mellitus* e não apenas da doença 75

5.2.5.5 Crença do paciente em um poder superior para lidar com seus aspectos emocionais.. 76

5.2.6 Os aspectos emocionais do paciente, relacionados ao tratamento, têm altos e baixos, avanços e recuos 77

5.2.6.1 As fases, vivenciadas pelo paciente, podem ir e vir... Os sentimentos de aceitação e negação da doença são cíclicos 77

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 80

REFERÊNCIAS 83

APÊNDICES 94

ANEXO 98

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Introdução

O diabetes *mellitus* é uma doença multifatorial decorrente de vários fatores relacionados às causas internas e externas (DEBRAY, 1995). A compreensão em diabetes deve transcender os processos cognitivos e a totalidade biopsicossocial por meio do oferecimento de um espaço para que o indivíduo possa elaborar seus aspectos emocionais frente à doença. A abordagem psicológica é fundamental, pois a integridade biopsicossocial do indivíduo é condição decisiva ao favorecimento dos cuidados em saúde (FERRAZ et al., 2000; GERBASI; SANTOS, 2006).

Estudo que investigou as representações sociais sobre os alimentos mostrou que o conviver com o diabetes *mellitus* pode ser complexo e envolver uma perspectiva negativa, mas também pode incitar um movimento de empenho em viver de modo saudável. Desse modo, o acompanhamento psicológico pode viabilizar a elaboração dos aspectos emocionais relacionados à doença e, assim, minimizar os seus efeitos sobre o controle metabólico (RIBAS, 2009; RIBAS; SANTOS; ZANETTI, 2011).

Os sentimentos desencadeados pela doença são fundamentais à condução adequada do tratamento, dado que os aspectos emocionais do indivíduo podem interferir no controle metabólico (ANDERSON; RUBIN, 2002; PEYROT; RUBIN, 1999; SANTOS et al., 2005). Os sentimentos de conotação negativa ocorrem com frequência e estão vinculados ao complexo tratamento do diabetes *mellitus* (ANDERSON; RUBIN, 2002; PEYROT; RUBIN, 1999).

O convívio com uma doença como o diabetes *mellitus* exige mudanças do indivíduo, em relação ao desenvolvimento de suas atividades diárias. Essas mudanças, ao serem incorporadas no cotidiano, suscitam vivências de intensos sentimentos potencializadores de sofrimento. O modo como o indivíduo reagirá diante da situação de doença, ou seja, se vai lidar melhor ou pior com suas consequências, dependerá de sua estrutura psíquica e de seus recursos internos (GRAÇA; BURD; MELLO FILHO, 2000).

Ao considerar a prevalência do diabetes *mellitus* em Ribeirão Preto-SP, Brasil, de 15,02% (MORAES et al., 2010) e a escassez de estudos acerca da percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos emocionais, imprime-se a necessidade de avançar na pesquisa;

pois o fator emocional é um dos fundamentos do tratamento dos indivíduos com diabetes *mellitus* para o alcance do controle metabólico (ANDERSON et al., 1997).

Nessa vertente, identificar os aspectos emocionais, na perspectiva dos profissionais de saúde, poderá oferecer subsídios para entender as práticas e comportamentos em relação ao paciente com diabetes *mellitus*; e investigar o que profissionais de saúde pensam a respeito dos aspectos emocionais de pacientes com diabetes *mellitus* poderá contribuir para o avanço do conhecimento no âmbito da atenção em diabetes.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objeto de investigação: as representações sociais, de profissionais de saúde da área de diabetes *mellitus*, sobre aspectos emocionais de pacientes adultos com diabetes *mellitus*. Nessa direção, a pergunta de pesquisa é: **"Quais os significados que os profissionais de saúde atribuem aos aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*?"**

Esse estudo poderá viabilizar tanto o incremento da prática clínica na atenção em diabetes, quanto repensar a educação em diabetes. Além da necessidade dos profissionais de saúde em conhecer, com maior afinco, aspectos emocionais no contexto dos indivíduos com diabetes *mellitus*.

1.2 Revisão da literatura

As doenças crônicas não transmissíveis constituem prioridade na área da saúde no Brasil, ações estão sendo implementadas para sua prevenção e controle. No entanto, a avaliação da tecnologia em saúde necessita ser expandida para fornecer uma base sólida para a seleção apropriada de programas e ações inovadoras em saúde pública, testes diagnósticos e dispositivos (SCHMIDT et al., 2011).

O diabetes *mellitus*, em particular, em virtude de suas complicações limitantes modifica as atividades diárias dos indivíduos afetando a sua qualidade de vida. Nessa direção, estratégias educacionais e comportamentais exercem importante influência quanto aos cuidados em saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; CHEN et al., 2012).

Em relação aos fatores emocionais e comportamentais, compreende-se que estes são determinantes ao sucesso da terapêutica em diabetes *mellitus*, além de estarem vinculados à qualidade de vida dos indivíduos com a doença (GROSSI, 2001; RUBIN, 1998). A aceitação e o manejo da doença são insuficientes para assegurar o sucesso do tratamento, pois a doença

física também é desencadeada e/ou influenciada por aspectos emocionais dos indivíduos; desse modo, ultrapassa os aspectos físicos. A saúde, a doença e o tratamento médico influenciam a percepção do indivíduo sobre seu funcionamento global e bem-estar, contribuindo para moldar sua qualidade de vida relacionada à saúde (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

Os indivíduos com diabetes *mellitus*, frequentemente, expressam experiências emocionais intensas, que podem corresponder a manifestações de dificuldades com a doença. Nesse sentido, quando eles se encontram em atividades educativas em grupo, esse pode tornar-se depositário fiel das experiências emocionalmente densas e potencialmente fragmentadas em relação ao processo saúde-doença (RIBAS et al., 2009).

Os aspectos emocionais são constituídos por processos internos e inconscientes, de maior profundidade, os quais podem dificultar o controle do diabetes *mellitus*, quando os sentimentos atribuídos à doença não são elaborados. Acredita-se que a doença é enfrentada de forma particular por cada indivíduo, uma vez que nesse processo está envolvida a estrutura psíquica ou a organização mental de cada um (DEBRAY, 1995).

Estudos mostram que um dos problemas de maior prevalência em indivíduos com diabetes *mellitus* é a depressão (MOREIRA et al., 2003; RICCO et al., 2000). Em estudo com 59 indivíduos com diabetes *mellitus*, 68,12% deles apresentavam sintomas de depressão acima do escore de corte estabelecido pelo Inventário de Depressão de Beck. Esse estudo ainda apontou que os sintomas de depressão estavam relacionados à idade avançada ($p<0,001$), a menor escolaridade ($p=0,024$) e ao sexo feminino ($p=0,002$) (RICCO et al., 2000).

Uma revisão sistemática, abrangendo o período de 1990 a 2001, evidenciou a relação de sintomas de depressão com mau controle glicêmico, maior gravidade da doença e aumento de complicações advindas do diabetes *mellitus*, ocasionando impacto no cotidiano do indivíduo com a doença. De acordo com os estudos clínicos, a influência da associação entre a depressão e o diabetes *mellitus*, abarca desde o impacto direto no controle metabólico até aspectos socioeconômicos, adaptativos e educacionais. No entanto, não permite estabelecer uma relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do diabetes *mellitus*. É possível afirmar que há uma relação cíclica, em que o agravamento de um promove efeitos diretos, e também indiretos, em relação ao outro (MOREIRA et al., 2003).

O convívio com a doença se reveste de vários significados como: anseio de ampliar os conhecimentos sobre a doença, de viver com mais saúde e bem-estar pessoal, de buscar maior domínio sobre o tratamento, entre outros (RIBAS et al., 2009). Para minimizar a influência

dos aspectos emocionais sobre o controle da doença, estudos ressaltam a importância da educação em diabetes em relação aos indivíduos acometidos (FRANCIOSI et al., 2001; FUNNELL; ANDERSON, 2004).

Por se constituir em fomento quanto à preparação do indivíduo às suas novas demandas, a educação em diabetes é necessária, requerendo além das ações instrumentais, também as afetivas, que devem ser acionadas como estratégias aos indivíduos no alcance da saúde (RIBAS, 2009). A escuta das expectativas das pessoas com diabetes *mellitus*, em relação ao seu tratamento, deve valorizar o conhecimento popular e as representações construídas coletivamente sobre as estratégias de intervenção adotadas, para o estabelecimento do vínculo profissional-paciente, fomento da aliança terapêutica, a qual tem sido avaliada como uma variável crítica e decisiva para obtenção da adesão ao tratamento em diabetes (RIBAS et al., 2009).

Reconhece-se que a intervenção educativa exerce efeito benéfico sobre o controle da glicemia referente ao diabetes *mellitus* (LOOK AHEAD RESEARCH GROUP, 2007; SARRAFZADEGAN et al., 2009). Embora as recomendações de intervenções educativas para o alcance da adesão no controle da doença têm sido implementadas, o desafio de proporcionar o cuidado efetivo em diabetes ainda tem instigado a equipe multidisciplinar de saúde. Um dos principais desafios remete-se ao sistema de saúde, pela atenção fragmentada, falta de capacitação dos profissionais, entre outros (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

No decorrer das últimas décadas, diversas estratégias educativas destinadas a promover o automonitoramento foram desenvolvidos e testados em uma ampla gama de grupos de pacientes.Tanto os pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 como os pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 necessitam desenvolver habilidades quanto ao automonitoramento para gerir a sua condição de sucesso (SNOEK, 2012).

No entanto, grande parte dos pesquisadores encontra dificuldades para o desenvolvimento de estudos de intervenção educativa em diabetes em relação ao delineamento do estudo com foco na manutenção do efeito da intervenção, na mudança quanto ao comportamento e aspectos da doença (POVEY; CLARK-CARTER, 2007). Por outro lado, estudos de intervenção educativa mostram o seu impacto para o alcance do controle metabólico dos indivíduos com diabetes *mellitus* (ARÁUZ et al., 2001; DOMENECH et al., 1995; GAGLIARDINO; ETCHEGOYEN, 2001).

Estudo de intervenção educativa, na Argentina, com indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2 que não fazem uso de insulina, apontou que a porcentagem de abandono no grupo de

intervenção foi significativamente menor do que no grupo controle. Ao final de 12 meses de acompanhamento, constataram-se diferenças médias, no grupo de intervenção e no grupo controle, relacionadas à redução no peso corporal, à hemoglobina glicada e ao número de comprimidos ingeridos diariamente (DOMENECH et al., 1995).

Outro estudo de intervenção educativa, conduzido na Costa Rica, com pessoas com diabetes *mellitus*, familiares e profissionais de saúde, apontou redução dos valores de glicemia, da hemoglobina glicada e triglicérides. Porém, não encontrou diferença significativa em relação ao peso corporal e níveis de colesterol total (ARÁUZ et al., 2001).

Estudo de intervenção educativa implementado em 10 países latino-americanos, durante 12 meses, com indivíduos com diabetes *mellitus*, mostrou no primeiro mês, após a intervenção educativa, que houve redução significativa da glicemia de jejum, pressão arterial sistólica e diastólica e redução do peso corporal. No quarto mês, houve redução dos níveis de colesterol e de triglicérides. Todas as reduções mantiveram-se até o final dos 12 meses. Houve redução da glicemia de jejum em 53% dos indivíduos, hemoglobina glicada (60%), peso corporal (65%), colesterol (68%) e triglicérides (56%). Houve redução significativa da frequência de indivíduos, que usavam hipoglicemiante oral de 76% para 48%, medicamentos antihipertensivos de 47% para 8% e dos redutores de colesterol em 10%, aos 12 meses. A redução no uso de medicamentos correspondeu a uma expressiva redução no custo anual de tratamento farmacológico, com redução de 62% (GAGLIARDINO; ETCHEGOYEN, 2001).

No contexto nacional, vários estudos sobre intervenção educativa têm sido desenvolvidos, por implementação de programa educativo para indivíduos com diabetes *mellitus* (RÊGO, 2008; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003; ZANETTI et al., 2008).

Em Belo Horizonte-MG, em 2001, estudo com indivíduos com diabetes *mellitus*, realizado há mais de dez anos, evidenciou que os participantes inseridos no programa educativo ampliaram o conhecimento e a troca de experiências. Esse estudo valorizou a abordagem multiprofissional e a conseqüente concepção holística advinda dessa abordagem, intrínsecas ao paciente. O estudo apontou a complexidade do sistema somático e psíquico do paciente, pressupondo a importância da consideração dos aspectos emocionais (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Estudo de abordagem qualitativa utilizando os pressupostos teóricos de Paulo Freire e metodológicos de Maguerez, realizado em Goiás, analisou o processo educativo para a saúde aos indivíduos com diabetes *mellitus*. Esse estudo apontou que houve diferença estatisticamente significativa em relação à hemoglobina glicada, e redução dos níveis plasmáticos. A implementação do plano educativo propiciou aos indivíduos com diabetes

mellitus o desenvolvimento crítico, reflexivo e criativo sobre o manejo da doença, evidenciando-se que a estratégia de intervenção educativa leva ao autogerenciamento e à autonomia desses indivíduos (RÊGO, 2008).

Estudo realizado em 2007, em uma cidade do interior paulista, que investigou as repercussões na família da assistência oferecida aos pacientes com diabetes *mellitus*, após a implementação de um programa educativo em diabetes, apontou que o programa educativo refletiu positivamente na família, a qual passou a exercer mais adequadamente sua função de cuidadora, estendendo seu repertório de conhecimentos sobre o tratamento e controle da doença. Esse estudo ainda mostrou que o apoio do núcleo familiar é fundamental para incrementar a adesão ao tratamento. Em relação ao diagnóstico de diabetes, constatou-se impacto profundo no paciente, dificuldade de manter o tratamento contínuo e complicações desencadeadas por um controle metabólico insatisfatório. Essas adversidades geram nos pacientes sentimentos desagradáveis de revolta e impotência. Foram valorizados o suporte, o apoio psicológico e os esclarecimentos proporcionados pelos profissionais da equipe, como contribuições que fomentam estratégias de enfrentamento a partir da apresentação do diagnóstico do paciente (ZANETTI et al., 2008).

Nessa vertente, estudo mostrou que houve melhora importante no âmbito emocional e dos níveis glicêmicos após a implementação de diferentes tipos de intervenções educativas (WELCH et al., 2003).

Em revisão da literatura, realizada nas bases eletrônicas: MedLine, PsycINFO, SciELO e LILACS, foram identificados estudos sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes. Foram selecionados artigos na íntegra, publicados no período de 2002 a 2012, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): diabetes, aspectos emocionais, depressão e ansiedade.

Dentre os estudos, foram selecionados e revisados 16, elencados a seguir: Amorim e Coelho (2008), Balhara e Sagar (2011), Ballas, Alves e Duarte (2006); Clavijo et al. (2006), Fráguas, Soares e Bronstein (2009), Maia e Araújo (2004), Marcelino e Carvalho (2005, 2008), Martins et al. (2002), Naranjo et al. (2011), Penckofer et al. (2012), Péres et al. (2008), Santos Filho, Rodrigues e Santos (2008), Sass et al. (2012), Wagner, Tennen e Osborn (2010) e Zúñiga H. et al. (2009).

Estudo realizado no sul do país teve como objetivo verificar a ocorrência de depressão em mulheres com diabetes *mellitus* e na pós-menopausa, e suas correlações com o controle metabólico, comparando-as com um grupo de mulheres que não tinham diabetes *mellitus* e também estavam na pós-menopausa. Desse modo, 80 mulheres com diabetes *mellitus* e na

pós-menopausa e 45 mulheres sem diabetes e na pós-menopausa foram estudadas quanto à prevalência de depressão e suas correlações com o controle metabólico, sendo que para o diagnóstico de depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck. Os resultados apontaram que a prevalência de depressão foi significativamente maior no grupo das mulheres com diabetes e na pós-menopausa do que no grupo das mulheres que não apresentavam diabetes e que também estavam na pós-menopausa. A média de idade e de pontos do questionário de depressão de Beck foram superiores nas mulheres sem diabetes em comparação às que tinham diabetes. Importa ressaltar que entre as mulheres com diabetes e com depressão, emergiram valores significativamente elevados de hemoglobina glicosilada e glicemia, o que indica que as mulheres com diabetes e depressão mostraram pior controle metabólico em comparação com as que não apresentavam depressão. Dentre as mulheres com diabetes *mellitus* e depressão, o estudo mostra que a depressão não se correlacionou com o tempo de diagnóstico da doença, mas se correlacionou positivamente com a idade. Os autores do estudo apontaram que mesmo que o questionário de depressão de Beck seja passível de falhas quanto à sua aplicação e interpretação, ele serviu como um parâmetro satisfatório nesse estudo que efetuaram (MARTINS et al., 2002).

Estudo realizado por intermédio de análise retrospectiva do cadastro dos participantes do projeto *Diabetes Weekend*, que é uma colônia de final de semana para diabetes *mellitus*, em Minas Gerais, com 150 indivíduos com diabetes *mellitus*. Esse estudo objetivou avaliar alguns aspectos psicológicos referentes ao diabetes e determinar a influência desses fatores sobre o controle glicêmico dos indivíduos com a doença. O estudo mostrou a influência do perfil psicológico (emocional) em relação aos níveis glicêmicos. Os resultados apontaram que os aspectos emocionais estão relacionados diretamente com o controle metabólico do indivíduo com diabetes *mellitus*, e que a monitorização glicêmica sistemática expressou associação positiva entre as dificuldades de lidar com a doença (aspectos emocionais) e pior controle glicêmico. Esse estudo recomendou que os profissionais de saúde, durante o atendimento, investiguem os fatores emocionais para a identificação do grupo de risco, ou seja, aqueles com baixa aceitação do diabetes *mellitus*. Nessa direção, há necessidade de medidas terapêuticas e preventivas, no intuito de reduzir tanto a mortalidade quanto a morbidade na população com diabetes *mellitus*. Ressaltou-se ainda, a abordagem psicológica e multidisciplinar ao indivíduo com diabetes *mellitus*, para um melhor controle metabólico, apreciação da qualidade de vida e prevenção de complicações agudas e crônicas (MAIA; ARAÚJO, 2004).

Estudo de abordagem qualitativa, de revisão de literatura sobre aspectos emocionais vivenciados por pacientes com diabetes *mellitus* evidenciou que o aspecto emocional exerce influência na etiologia da doença e no comportamento emocional do paciente. Essa situação ocorre devido aos constantes cuidados para controle da doença, temor das possíveis complicações, crença de ser "diferente", entre outros. Nessa vertente, torna-se importante um acompanhamento do paciente por outros profissionais da saúde, entre eles: o psicólogo, no intuito de auxiliar na elaboração dos fatores vinculados à doença e suas repercussões emocionais (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Estudo realizado em Osasco-SP, com 62 pacientes, metade com diabetes *mellitus* e a outra metade sadios, teve como objetivo investigar a presença de ansiedade, por meio do Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE), partindo da hipótese de que pacientes com diabetes *mellitus* apresentariam níveis mais altos de ansiedade, quando comparados aos pacientes sadios. Os resultados apontaram que, de acordo com o IDATE, os pacientes com diabetes mostram tendência à depressão. Em relação à ansiedade, os resultados do grupo experimental, ou seja, dos que tinham diabetes, não foram significativamente diferentes do grupo sadio, quando comparados por intermédio do IDATE, o que contradiz alguns dados da literatura que relatam mais problemas emocionais nos indivíduos com diabetes *mellitus*. Conforme esse estudo, para melhor averiguação desse fato, uma possibilidade seria a ampliação dessa pesquisa para um número maior de sujeitos, e dessa forma, as diferenças que apareceram nos itens com um nível de significância de 10% poderiam tornar-se maiores, ou, pelo contrário, poderia não existir diferenças entre os dois grupos estudados, em relação à ansiedade (BALLAS; ALVES; DUARTE, 2006).

Estudo de corte transversal com grupo de comparação, desenvolvido na cidade de Rio Branco, Acre, teve como objetivo descrever as características sóciodemográficas e comparar a frequência de quadros psicopatológicos nos indivíduos com diabetes *mellitus* e nos indivíduos sem diabetes. Foram comparados 84 indivíduos com diabetes *mellitus* com o mesmo número de indivíduos sem diabetes, quanto à idade, à residência e ao gênero. Foi aplicado questionário padrão e, por intermédio do *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, foi realizada a avaliação psiquiátrica. Em relação aos resultados, tanto entre os indivíduos com diabetes *mellitus* como entre os indivíduos sem diabetes o transtorno de ansiedade generalizada foi frequente. Transtornos de humor predominaram mais nos indivíduos com diabetes *mellitus* do que nos indivíduos sem diabetes; no entanto, apenas as categorias risco de suicídio e episódio hipomaníaco passado foram as que apontaram significância estatística para os indivíduos com diabetes *mellitus.* Concluiu-se que os transtornos de ansiedade e de

humor foram os mais encontrados, predominando entre os indivíduos com diabetes *mellitus*. De acordo com o próprio estudo, há necessidade de se avaliar, com maior afinco e mais detalhadamente, a associação do diabetes *mellitus* e outras doenças crônicas com transtornos mentais (CLAVIJO et al., 2006).

Estudo realizado em Lisboa, Portugal, propôs avaliar a presença da ansiedade e depressão em 304 indivíduos com diabetes *mellitus*, de ambos os sexos, determinando quais variáveis discriminam os que apresentam sintomas psicopatológicos dos que não apresentam. Os resultados mostraram presença de elevada ansiedade e, principalmente, de depressão entre os indivíduos com diabetes *mellitus*. No que se refere à ansiedade, obteve-se uma discriminação entre os grupos com e sem sintomas, baseada em quatro variáveis responsáveis, sendo que houve uma maior utilização da variável *coping* de Fuga/Evitamento característico dos indivíduos com sintomas de ansiedade. Em relação à depressão identificaram-se quatro variáveis na distinção dos grupos, indivíduos com sintomas de depressão faziam maior uso da estratégia da variável Fuga/Evitamento, além de apresentar, mais elevada, a variável: Índice de Massa Corporal (IMC). Os indivíduos que não mostraram sintomas apresentaram elevadas as variáveis: Apoio Emocional e Apoio Instrumental. Importa ressaltar que as associações entre os sintomas de ansiedade e/ou sintomas de depressão com diabetes não caracterizam causalidade, esses sintomas ocorrem com frequência em conjunto e podem afetar um ao outro. O estudo enfatiza a importância dos aspectos psicossociais referente ao atendimento do indivíduo com diabetes *mellitus* (AMORIM; COELHO, 2008).

Estudo realizado em Maringá, com seis pacientes com diabetes *mellitus* atendidas pelo Projeto: Diabetes Objetivando Controle e Educação (DOCE), teve como objetivo avaliar os aspectos emocionais desses pacientes por meio do teste HTP e técnicas projetivas. Os resultados apontaram que os pacientes projetaram diversos sentimentos de medo, preocupação e dor, advindos do diabetes. Nos contatos sociais, todas as crianças apresentaram desajuste e inadequação, que pode estar ocorrendo devido a um sentimento de inferioridade por se sentirem diferentes de outros pacientes que comem doces à vontade, se alimentam à vontade, sem se preocuparem com a glicemia. Em relação às diversas técnicas, os pacientes projetaram o medo de morrerem e o forte desejo de viverem. Esses sentimentos podem estar relacionados ao diabetes. Os pacientes também expressaram as mudanças que o diabetes provocou em suas vidas e na vida de seus familiares, além da dificuldade de enfrentar a doença. Por intermédio do trabalho realizado pela psicóloga no Projeto DOCE, possibilitou-se que o paciente projetasse seus sentimentos em relação ao diabetes *mellitus* e os elaborasse, de modo a minimizar o sofrimento. Nessa vertente, concluiu-se que o acompanhamento psicológico em

grupo contribuiu com a elaboração dos sentimentos negativos, como: preocupação, medo, angústia, entre outros (MARCELINO; CARVALHO, 2008).

Outro estudo qualitativo, que utilizou o referencial teórico da teoria das representações sociais como o objetivo de identificar as representações sociais de mulheres com diabetes *mellitus* das camadas populares em relação ao processo saúde-doença, mostrou que o diabetes está relacionado a sentimentos de conotação negativa, tais como: tristeza, choque e revolta. As mulheres vivenciaram afetos negativos diante das limitações, proibições e possíveis complicações referentes ao diabetes *mellitus.* Nesse sentido, os depoimentos mostraram a influência das emoções pertinentes às mulheres, tanto no seguimento do tratamento quanto no controle da doença. Esse estudo conclui que em relação ao tratamento do diabetes, as decisões afetam e são afetadas por valores, sentimentos, pensamentos, e demais aspectos de ordem psicossocial vinculados ao diabetes (PÉRES et al., 2008).

Estudo realizado por meio de identificação das reações emocionais frequentes e comuns nos indivíduos com diabetes, de modo a dificultar o desempenho dos papéis de autocuidado. Os objetivos do estudo consistiram em: apresentar as reações emocionais identificadas nos indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 1 e 2, e discutir as interferências das reações emocionais para desempenho dos papéis de autocuidado. Em relação aos resultados, surgiram as categorias de reações emocionais: medo, raiva/revolta, tristeza, depressão e estresse/ansiedade. Concluiu-se que o diabetes *mellitus* consiste em uma doença que causa um impacto negativo biopsicossocial, independente da faixa etária e do tipo, demandando uma atenção urgente cada vez mais ampla, por parte do enfermeiro, no que se refere à relação entre as reações emocionais e as ações dos papéis de autocuidado dos indivíduos com diabetes *mellitus*. Essas reações ocasionam: isolamento social, depreciação da autoimagem, desestruturação da célula familiar e, assim, como consequência: o não-cumprimento das ações de autocuidado, necessitando que o enfermeiro busque estratégias de intervenções no intuito de promover e facilitar as ações relativas aos papéis de autocuidado (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

De acordo com estudo de revisão de literatura (FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009), cerca de 20% a 30% dos indivíduos com diabetes *mellitus* apresentam depressão, que pode interferir no autocuidado e ocasionar piora nos sintomas do diabetes. Também, pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento do diabetes *mellitus*. A depressão nesses indivíduos possui tendência a evoluir com alta taxa de recorrência, a partir do momento que não é tratada de maneira adequada. Conforme o estudo, na literatura consta o benefício da psicoterapia, seja ela cognitiva ou cognitivo-comportamental, no intuito de melhorar os

sintomas depressivos, no entanto, sem evidência de melhora no controle glicêmico. Os antidepressivos tricíclicos, principalmente os com maior ação noradrenérgica, e os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) têm a tendência em elevarem os níveis glicêmicos. Em relação ao tratamento farmacológico, a seguir, há boas alternativas: a bupropiona não interfere na glicemia e há evidências de que os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS) beneficiam os níveis glicêmicos e podem diminuir a taxa de recaídas. A eletroconvulsoterapia também é uma estratégia importante para esses indivíduos, recomendando-se, contudo, monitorização da glicemia. Em relação aos demais antidepressivos disponíveis para comercialização, não foram encontrados estudos significativos (FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009).

Estudo realizado no Chile, com o objetivo de revisar os efeitos psicológicos do diabetes *mellitus* em pacientes e analisar um caso clínico; por intermédio de uma pesquisa bibliográfica no Sistema Eletrônico de Bibliotecas da Pontificia Universidad Católica de Chile (SIBUC). Em relação ao caso clínico, refere-se a um paciente com diagnóstico de diabetes *mellitus*, com má adesão ao tratamento e poucos relacionamentos sociais, com transtorno de ansiedade. Parcialmente tratado com medicamentos e psicoterapia. Atualmente ansioso, sem esperança com relação à evolução da doença. Tratado com sertralina e psicoterapia, apresentou alterações nos aspectos emocionais, comportamentais e na autonomia. Nesse estudo, a relação, entre o diabetes *mellitus* e os aspectos emocionais, é revisada, incluindo algumas hipóteses, questões como relação com o próprio corpo, relação de apego e processo de separação-individuação. Equipes de tratamento sugerem monitoramento sistemático desses indivíduos, com diabetes *mellitus*, para prevenção e tratamento das complicações psicológicas da doença. Esse estudo concluiu que o diabetes *mellitus* está associado a uma significativa psicopatologia (ZÚÑIGA H. et al., 2009).

Estudo realizado nos EUA teve como objetivo examinar a associação entre Transtorno Depressivo Maior (TDM) e autogestão em diabetes *mellitus*, em mulheres acometidas que não estavam depressivas no momento em que o TDM foi avaliado por entrevista psiquiátrica estruturada. Pouco se sabe sobre associação entre a história de vida do TDM e autogestão em diabetes, particularmente quando a depressão está em remissão. As participantes preencheram a lápis medidas relacionadas a dados demográficos, angústia/sofrimento relacionados ao diabetes, comportamento de autocuidado, o uso de atenção à saúde, e autoeficácia, relacionados ao diabetes. Participaram do estudo 153 mulheres; 41% tinham TDM. Quando comparadas às mulheres que não tinham depressão, as mulheres que sofriam de TDM tinham mais angústia relacionada ao diabetes, apresentavam menores taxas globais de

automonitorização da glicemia e uma tendência maior de não realizar tal monitoramento, tinham adesão mais baixa à dieta e menos probabilidade de ter consultado um clínico geral no ano anterior. Autoeficácia em diabetes *mellitus* mediou o relacionamento entre TDM e autogestão (WAGNER; TENNEN; OSBORN, 2010).

Estudo realizado na Índia objetivou avaliar a prevalência de ansiedade/depressão entre indivíduos com diabetes *mellitus*, ambulatoriais, recebendo tratamento para a doença. O estudo foi conduzido na clínica endocrinológica de um centro urbano de cuidado terciário. De acordo com o estudo, pesquisas têm estabelecido que existe uma relação entre diabetes e depressão; tanto diabetes como ansiedade e depressão são independentemente associadas com uma maior incidência de morbidade e mortalidade. Para esse estudo, foram utilizados como instrumentos: um questionário semiestruturado, níveis de HbA1c, glicemia de jejum e glicemia pós-prandial, questionário *Brief Patient Health* e *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).* O monitoramento de parâmetros bioquímicos, como os níveis de HbA1c e glicemia pós-brandial, e do Índice de Massa Muscular (IMM), podem indicar o desenvolvimento de ansiedade nesses indivíduos. Além disso, exercícios físicos parecem ter um efeito protetor quanto à ansiedade de indivíduos com diabetes *mellitus*. Tendo em vista que o diabetes consiste em uma condição crônica com tendência a evoluir progressivamente ao longo dos anos, a prevalência de ansiedade e depressão tende a ser maior nesse grupo populacional, aumentando o custo, morbidade e mortalidade. A associação de ansiedade e depressão com diabetes pode ser prejudicial para o cuidado de qualquer uma dessas condições e piorar o prognóstico (BALHARA; SAGAR, 2011).

Estudo americano teve como objetivo identificar os fatores de risco associados com o desenvolvimento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) entre indivíduos com diabetes *mellitus* ao longo do tempo. Em um estudo sem intervenções, 338 pacientes adultos com diabetes *mellitus* e sem diagnóstico de TDM, no início do estudo, foram avaliados em três momentos durante 18 meses (nove meses de intervalo) para determinar os preditores de TDM. Foi testado um modelo incorporando variáveis comportamentais, pessoais, biológicas e psicossociais para identificar os preditores de TDM. Análises exploratórias testaram se emoção negativa atual mediava a relação entre os preditores e TDM no futuro. Também, foi conduzida análise estratificada de emoção negativa moderada versus emoção negativa alta para explorar se emoção negativa, no começo do estudo, mediava a relação entre TDM e preditores específicos. TDM anterior e emoção negativa foram preditores do desenvolvimento de TDM. Em subpopulações estratificadas por emoção negativa moderada, eventos de vida negativos, alto Índice de Massa Corporal (IMC), TDM anterior, e baixo controle de

hemoglobina glicada, foram cada um deles preditores de TDM. Em subpopulações estratificadas por emoção negativa alta, eventos de vida negativos, e baixo controle de hemoglobina glicada foram preditores de TDM. Emoção de conotação negativa mediou parcialmente a relação entre TDM anterior e TDM subsequente, assim como a relação entre eventos de vida negativos e TDM subseqüente. Embora emoção negativa no começo do estudo tenha sido o principal preditor de TDM no futuro, quando estratificados por emoção negativa, eventos negativos de vida, IMC, e baixo controle de hemoglobina glicada também previram TDM. Portanto, estresse e preocupações relacionadas à doença são importantes para entender o que pode determinar TDM no futuro. Abordar sintomas depressivos e questões mais amplas no contexto de vida dos indivíduos amplia o alcance de uma potencial intervenção para reduzir o risco de desenvolvimento de TDM em pessoas com diabetes *mellitus* (NARANJO et al., 2011).

De acordo com outro estudo americano, de metodologia descritiva exploratória, o diabetes é uma condição crônica que afeta significativamente a qualidade de vida; e o controle glicêmico associa-se com complicações do diabetes, depressão e pior qualidade de vida. Nesse estudo, 23 mulheres com diabetes tipo 2 utilizaram um sistema de monitoramento contínuo de glicose por 72 horas, além de completarem uma série de questionários. As medidas inclusas foram: (1) controle glicêmico mostrado pela hemoglobina glicosilada e 24 horas de deconcentração média de glicose; (2) variabilidade glicêmica mostrado por 24 horas das leituras de glicose, a ação contínua glicêmica líquida global (CONGA), e para gerar modelos estatísticos de Fourier, manteve o alisamento de curvas para avaliar taxa de variação definida como energia e (3) a qualidade do humor (depressão, ansiedade, raiva) e de vida por meio de questionários. Conforme os resultados, mulheres com diabetes e depressão como comorbidade apresentaram maior ansiedade, maior raiva, e menor qualidade de vida do que aquelas sem depressão. Determinadas medidas de variabilidade glicêmica foram associadas com o humor e qualidade de vida. As 24 horas das leituras de glicose e as medidas CONGA foram significativamente associadas com a qualidade de saúde de vida associada após ajuste para idade e peso. Modelos de Fourier mostraram que determinados componentes de energia foram significativamente relacionados com a depressão, traços de ansiedade e qualidade de vida global. Portanto, os dados sugerem que a maior variabilidade da glicemia pode estar relacionada a menor qualidade de vida e estados emocionais de conotação negativa (PENCKOFER et al., 2012).

Estudo de delineamento descritivo transversal, realizado nas unidades básicas de saúde do Paraná, com 100 idosos cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão Arterial e

Diabetes *mellitus* (Hiperdia), teve como objetivo identificar a presença de sintomas depressivos nesses idosos. Foi aplicada a seção de saúde mental do questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS). Os testes Mann-Whitney e Qui-quadrado foram utilizados para analisar a associação entre sintomas de depressão e características sociodemográficas e estado nutricional. Como resultado obteve-se que: a maioria dos idosos era do sexo feminino (82%). A prevalência de sintomas depressivos foi de 30%, dos quais 20% foram classificados como depressão maior. Os sintomas depressivos foram mais frequentes nas mulheres (31,7%); em idosos com 80 anos e mais (33,3%); sem nenhuma escolaridade (39,1%), que moravam só (43,7%) e que apresentavam peso baixo (33,3%) ou obesidade (32,5%). Desse modo, observou-se que a alta prevalência de sintomas depressivos em idosos mostrou a necessidade de uma investigação mais ampla, devido ao fato dos mesmos apresentarem características próprias. Além disso, também se observou que a depressão não tratada em pacientes com doenças preexistentes, como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, tende a ter um curso mais prolongado ou recorrente, carecendo de uma intervenção com uma equipe multidisciplinar e mais específica ao problema. Na atenção básica, a equipe de saúde deve estar atenta para a sintomatologia precoce dos sintomas depressivos. Nesse sentido, os grupos de convivência já existentes podem constituir importante estratégia para a identificação e rastreamento de possíveis sintomas na população em geral, demandando uma atuação mais individualizada e direcionada a um melhor contexto de saúde da camada populacional idosa (SASS et al., 2012).

Deve-se enfatizar a importância da realização de estudos de natureza psicológica, focados na identificação dos aspectos emocionais, pois esses podem constituir uma ferramenta útil na avaliação das variáveis de natureza emocional dos pacientes com diabetes *mellitus* (GROSS, 2004). Nessa direção, o presente estudo poderá fornecer subsídios tanto para o incremento da prática clínica na atenção em diabetes, quanto para repensar a educação em diabetes. Além disso, pode proporcionar subsídios para que se possam compreender as ações e práticas implementadas na atenção ao paciente adulto com diabetes, frente à necessidade dos profissionais em saúde de conhecer, com maior afinco, aspectos emocionais no contexto dos indivíduos com diabetes *mellitus*.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os pesquisadores da área da saúde têm enfatizado a importância da teoria das representações sociais devido à sua contribuição para explorar distintos aspectos psicossociais associados às doenças, sujeitos a diversas interpretações (MOREIRA, 1998).

Em relação ao diabetes *mellitus*, o estudo das representações sociais pode contribuir para a compreensão dos aspectos psicossociais que estão envolvidos na manifestação da doença, possibilitando reflexão sobre a necessidade de reconhecer o indivíduo como um ser biopsicossocial.

Nessa direção, o presente estudo será fundamentado na psicologia social, na vertente da Escola Francesa criada por Serge Moscovici. Em 1961, Moscovici desenvolveu a teoria das representações sociais, e publicou o delineamento da teoria no livro *A psicanálise, sua imagem e seu público* (MOSCOVICI, 1961).

Já na publicação *A Representação Social da psicanálise*, mostrou como o conhecimento científico é modificado em um saber do senso comum; ou seja, em um saber socialmente elaborado e partilhado (MOSCOVICI, 1978).

Em relação às representações sociais, destacam-se os fenômenos psicológicos da vida cultural e social, e a reciprocidade das mesmas à relação entre as duas áreas de conhecimento: a do senso comum e a científica (MOSCOVICI, 1994). A teoria das representações sociais foi negligenciada pela comunidade científica por longo tempo, mas atualmente consiste em importante referência, não apenas na psicologia social, mas também em um vasto campo da ciência; o que confirma sua importância na análise dos fenômenos sociais (ABRIC, 1994).

Denominada por Moscovici de psicossociologia, a teoria das representações sociais busca entender o caráter social pertinente às questões do indivíduo, considera indissociável a relação indivíduo/sociedade, além de ter como foco os fenômenos cognitivos e linguísticos.

Em sua teoria, Moscovici (1961) apoiou-se no conceito sociológico de Representação Coletiva de Durkheim. O sociólogo francês Émile Durkheim, com base em sua investigação acerca das práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas, desenvolveu a tese de que a natureza fundamental do homem consiste na religião, propondo que essa prática social evidencia as representações coletivas enquanto fenômenos que asseguram os laços entre os membros de uma sociedade, de modo a mantê-los por meio das gerações (DURKHEIM, 1994).

Ao publicar, em 1912, as formas elementares da vida religiosa, Durkheim elabora o conceito das representações coletivas, postulando que as representações são coletivas à medida que exercem uma coerção em cada indivíduo e que levam os homens a pensar e a agir de maneira homogênea. Desse modo, considera que esse saber reproduzido e partilhado coletivamente transcende o individual, o que propicia às representações coletivas o *status* de objetividade, além de autorizar as representações coletivas a adentrarem na consciência individual (DURKHEIM, 1994).

Para Moscovici, o conceito de representação coletiva agrega várias limitações, como: a abrangência de uma gama ampla e heterogênea em relação às formas de conhecimento e uma concepção estática acerca dos fenômenos; sendo assim, Moscovici adaptou sua teoria às sociedades modernas (FARR, 1994). A teoria das representações sociais é essencialmente dinâmica e, portanto, suscetível à transformação, possibilitando a compreensão da sociedade de forma menos totalitária (MARKOVÁ, 2006; QUEIROZ, 2003).

As representações sociais desenvolvem-se como construções mentais da realidade, permitindo desenvolver a teoria e a criatividade dos pesquisadores, na medida em que o principal interesse é a descoberta e não a verificação, nem a comprovação (MOSCOVICI, 1978). Denise Jodelet aprofundou a teoria de Moscovici, o que serviu de ferramenta para outros campos, tais como o da saúde (ARRUDA, 2002).

O presente estudo propõe-se identificar as representações sociais sobre aspectos emocionais de pacientes adultos com diabetes *mellitus* na perspectiva de profissionais de saúde que atuam na atenção em diabetes, tendo como referência a teoria das representações sociais proposta por Moscovici (1961) e ampliada por Denise Jodelet (1984).

Uma das definições clássicas das representações sociais consiste em considerá-las como modalidades de conhecimento prático, direcionadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo do cotidiano. As representações sociais são traduzidas como formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias; mas que nunca se reduzem aos componentes cognitivos. Portanto, as representações sociais são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum e possibilitando, assim, a comunicação (JODELET, 2002).

As representações sociais envolvem, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser compreendidos a partir do seu contexto de produção; ou seja, a partir das funções ideológicas e simbólicas a que servem e

das formas de comunicação onde circulam. Desse modo, o pensamento dito ingênuo veicula significado e merece atenção do pesquisador (JODELET, 2002).

Três perguntas são fundamentais em relação ao conjunto de componentes e relações contidos na representação social: Quem sabe, e a partir de onde sabe? O que e como se sabe? Sobre o que se sabe, e com que efeito? (JODELET, 2002).

O campo da representação social inclui significações, saberes e informações, ou seja, abarca a totalidade de ideias, expressões, imagens e valores presentes no discurso sobre o objeto. A abordagem das representações sociais envolve os aspectos constituintes da representação: valores, imagens, informações, crenças, elementos ideológicos, culturais, opiniões, entre outros (JODELET, 2002).

A coleta do *corpus*, que é o material empírico na abordagem qualitativa, utilizando como referencial teórico a representação social, é realizada com metodologias múltiplas, por meio de entrevistas, questionários, pesquisa documental, observações, e tratamento de textos imagéticos ou escritos (JODELET, 2002).

Uma maneira específica de observação do fenômeno, do fato, do assunto ou da pessoa, é propiciada pela teoria das representações sociais. Como estratégia e dimensão metodológica, admite reflexões críticas acerca do espaço dos indivíduos, incluindo sua inserção e prática social, de modo a atribuir valor ao saber do senso comum e da ciência (MIRANDA; FUREGATO, 2002).

Os produtos do conhecimento de senso comum estão presentes em toda parte: nas atividades humanas, nos discursos, na linguagem, entre outros. Tais produtos são embasados e desenvolvidos de acordo com uma racionalidade dialógica. O conhecimento do senso comum jamais se ocupa do conhecimento de fenômenos e objetos isolados, e sim de fenômenos e objetos que se relacionam entre si (MARKOVÁ, 2006).

A teoria das representações sociais propicia a percepção da maneira como os indivíduos apreendem sua estrutura social, ao integrar suas experiências, ideias, preconceitos, sentimentos, valores. Refere-se à relação estabelecida entre o homem e seu meio. Nesse sentido, as explicações que o indivíduo remete à sua realidade estão de acordo com o que assimila no seu cotidiano, conseqüentemente, o pensamento do dia-a-dia constitui-se no fundamento de suas representações sociais (SALLES, 1991).

As representações sociais estruturam-se fundamentadas em três dimensões: informação, atitude e imagem (RODRIGUES; ANDRADE; MARQUES, 2001). As representações envolvem um conjunto de imagens, percepções e conceitos advindos da prática cotidiana (SPINK, 1993). A construção das representações sociais desenvolve-se por

meio da ação e comunicação, e abarca a linguagem, a cultura, e a inserção nos aspectos educacional, sócio-econômico, ideológico e institucional (ARRUDA, 2002).

Por intermédio de uma produção simbólica, a representação social encadeia ação, linguagem e pensamento em suas funções primordiais de tornar o não familiar conhecido, facilitar a comunicação e controlar o meio em que se vive, além de compreender o mundo e as relações em que nele são estabelecidas (ARRUDA, 2002). O estudo das representações sociais possibilita também perceber o homem na totalidade pensar-agir, o que evidencia o sentido que as pessoas dão às suas ações (TAVARES; TEIXEIRA, 1998).

A concepção das representações sociais abarca as formas de conhecimento, ou seja, do que os grupos ou indivíduos desenvolvem e utilizam para agir; ou para tomar posição na apreensão das dinâmicas interacionais e no esclarecimento dos determinantes das práticas sociais. A representação social implica em um sistema de interpretação da realidade, que governa as relações dos indivíduos em relação ao seu âmbito social e físico, determinando suas práticas ou seus comportamentos (BARBOSA; FREITAS, 2005).

A construção das representações sociais ocorre de acordo com dois processos sóciocognitivos: a objetivação e a ancoragem (MOSCOVICI, 1978). Esses processos descrevem a generalização e funcionamento das representações sociais, e são analisados mediante a condição social, considerando o contexto onde ocorrem. Por intermédio de uma relação dialética, em que interagem entre si, buscam apreender a realidade, resultando em um conhecimento prático e funcional (WAGNER; ELEJABARRIETA, 1994). A objetivação e ancoragem estão intrinsecamente relacionadas, não seqüenciais. A ancoragem precede a objetivação, situando-se, ao mesmo tempo, na sequência da objetivação (VALA, 1993).

A concepção estrutural da formação dos referidos processos presentes na formação das representações sociais permite a transformação da teoria científica em teoria do senso comum (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998).

A formação desses dois processos – objetivação e ancoragem, é representada graficamente na Figura 1.

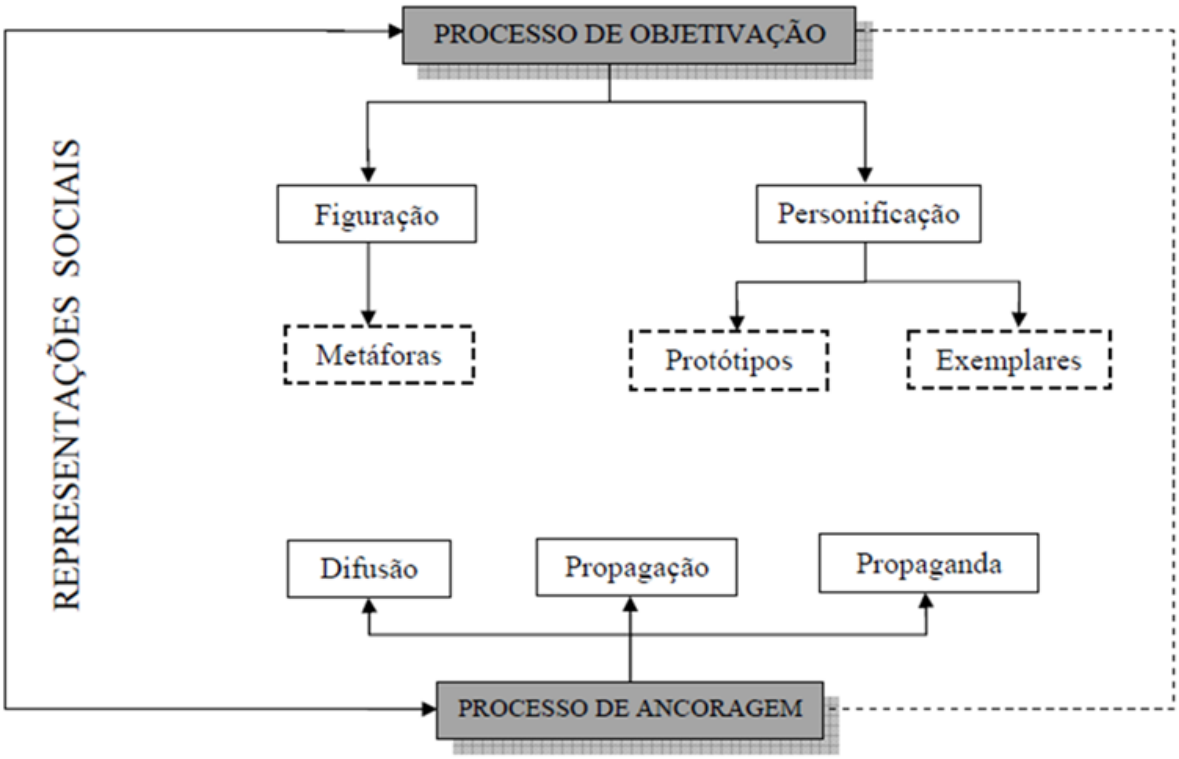

Figura 1. Concepção estrutural de formação nos processos de objetivação e ancoragem (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998).

A objetivação modifica um conceito em uma imagem ou em um núcleo figurativo, e torna concreto o que é abstrato. Como um processo de saturação de um conceito não familiar com a realidade, a objetivação transforma o desconhecido em conhecido (DOISE, 1986).

Por meio da Figura 1 observa-se que a objetivação desenvolve-se por intermédio de duas modalidades: pela figuração (imagens) e pela personificação (categorias sociais e categorias de grupos sociais). A figuração se concretiza por intermédio do processo de metaforização e a personificação desenvolve-se por meio da categorização, por protótipos e exemplares. Um protótipo é definido como um conjunto de atributos típicos de uma categoria. Reconstruir esse conjunto de características consiste em inventariar os significados de um objeto ou fenômeno. Na categorização por exemplares, a informação é apreendida tal como se apresenta, assim, uma categoria corresponde ao conjunto de exemplares. A objetivação resulta da descontextualização (de conceitos, objetos e ideias) das suas origens, elaborada por meio de metáforas. Esse processo envolve o mecanismo no qual o conhecimento é socialmente representado de forma específica. A objetivação envolve a formação e estruturação das imagens que permitirão a realidade do indivíduo e a comunicação, ou seja, a constituição do conhecimento formal (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998).

Em relação à ancoragem, esta permite incorporar qualquer coisa que não nos é familiar e que nos cria problemas na rede de categorias que nos são próprias. Esquematiza algo estranho que intriga, no sistema particular de categorias, por intermédio da categorização de pensamentos ou classificação, denominando-os e atribuindo-lhes um nome, sendo essa atribuição de nome destinada ao que tem sido classificado. Ou seja, a ancoragem direciona-se a um modo de interpretar os comportamentos, de classificar as coisas e as pessoas, nomeando-as; e por mecanismos de assimilação, acentuação e categorização, há a inclusão de novos elementos do saber em um reservatório de categorias mais familiares (DOISE, 1986).

Estão envolvidos três aspectos nesse processo: a difusão, a propagação e a propaganda. A difusão é pertinente a um grupo social, no qual a mensagem se apresenta sob forma de opinião, sendo ressaltada a imposição dos valores a partir do grupo social, o que demanda uma necessidade de decodificação dos modelos veiculados por intermédio da sociedade. O segundo aspecto, a propagação, abarca a comunicação. Esse aspecto relaciona-se à instrumentalização do saber, envolvendo as formas expressas pelas relações sociais e pela contribuição dessas relações na constituição das representações sociais. Já a propaganda, está relacionada ao processo de integração da novidade e ao seu enraizamento no saber oficial (a ciência) ou em outras representações (MOREIRA, 1998).

Importa enfatizar que o referencial teórico das representações sociais, adotado nesse estudo, poderá expandir a apreensão do fenômeno investigado, buscando-se uma maior familiaridade com o depoimento dos profissionais de saúde em torno dos aspectos emocionais de pacientes adultos com diabetes *mellitus*, valorizando seus saberes e visando a integralidade da atenção em saúde.

OBJETIVO

3 OBJETIVO

Identificar as representações sociais de profissionais de saúde da área de diabetes *mellitus* sobre aspectos emocionais de pacientes adultos com diabetes *mellitus*.

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

O tipo de estudo foi descritivo e exploratório, uma vez que se almeja ampliar o conhecimento científico das representações sociais sobre os aspectos emocionais de pacientes com diabetes *mellitus*, na perspectiva de profissionais de saúde que atuam em diabetes, buscando-se novas diretrizes e práticas para repensar a educação em diabetes. Em relação à validade científica da pesquisa descritiva, para que se tenha certo grau de validade científica exige-se que a pesquisa descritiva tenha uma precisa delimitação de métodos, modelos, teorias e técnicas que oriente a coleta e interpretação dos dados (TRIVIÑOS, 2006). A pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever características de determinada população ou fenômeno, e também a presença de relações entre variáveis (GIL, 1994).

O estudo exploratório permite ao investigador a ampliação de sua experiência em relação a um dado problema. No desenvolvimento de um estudo exploratório podem ser empregados questionários, revisões da literatura, entrevistas, entre outros, com o rigor pertinente ao trabalho científico (TRIVIÑOS, 2006).

Optou-se pela abordagem qualitativa, com referencial teórico da teoria das representações sociais, por ser a estratégia metodológica que melhor permite estabelecer uma articulação entre o objeto de estudo (aspectos emocionais), referencial teórico (representações sociais) e o método (qualitativo), aprofundando-se na compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde aos aspectos emocionais de pacientes com diabetes *mellitus*.

Esse tipo de metodologia investiga questões difíceis de quantificar, tais como crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos, motivações individuais, e suas significações adquiridas nas vivências dos participantes (GOLDENBERG, 2005), além de possibilitar trabalhar definições, conceitos, metáforas, descrições, símbolos e características do objeto de estudo (BERG, 2003). A partir das significações que emergem dos participantes da pesquisa, os pesquisadores de abordagem qualitativa empenham-se em interpretar fenômenos ou destacar sentidos (DENZIN; LINCOLN, 2005).

Apesar do contexto da pesquisa qualitativa abrigar tensões entre referenciais interpretativos, as diversas perspectivas na denominação qualitativa são permitidas devido à partilha de alguns elementos epistêmicos; sendo que uma questão em comum consiste no *status* central atribuído à interpretação do significado das ações sociais (DESLANDES; GOMES, 2004).

A vertente metodológica qualitativa despertou interesse devido à prioridade em apreender o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, assim como perceber os distintos significados da experiência vivida, o que permite a compreensão entre o indivíduo e seu contexto (BIASOLI-ALVES, 1993). Na pesquisa qualitativa, o significado é considerado o alicerce que fundamenta essa abordagem. Por ser dinâmico, o processo da pesquisa qualitativa não permite visões estanques, isoladas, desenvolvendo-se por meio de uma interação dinâmica e contextualizada (TRIVIÑOS, 2006).

4.2 Campo de investigação

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto-SP. O município é um dos mais ricos do Estado de São Paulo, apresenta indicadores sociais favoráveis, como: educação, saúde e saneamento, além de alto padrão de renda, longevidade e consumo. Com base nesses determinantes sociais, é possível ratificar o impacto que exercem em relação às condições de saúde da população (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE), 2013.

Ribeirão Preto-SP foi organizado e subdividido em cinco Distritos de Saúde, para orientar a organização dos serviços de saúde, no intuito de atender às particularidades e necessidades dos usuários de dada área (RIBEIRÃO PRETO, 2005; BRASIL, 2006).

Tais Distritos de Saúde consistem em regiões subdivididas de acordo com questões de extensão populacional e territorial, sociais, econômicos e geográficos que reúnam Unidades Básicas de Saúde, Unidades Distritais de Saúde e Centros de Referência em Saúde, entre outros (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

4.3 Período de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2012 a maio de 2012.

4.4 Participantes

Participaram do estudo 11 profissionais de saúde, de nível superior, sendo cinco enfermeiras, três psicólogos, uma nutricionista, uma médica e um educador físico, oriundos de instituições públicas e consultórios particulares, que atendem pacientes com diabetes *mellitus*. Esses participantes integravam o banco de dados do Laboratório de Diabetes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: adultos, de ambos os sexos, com experiência de, no mínimo, 12 meses com grupos de educação em diabetes com pacientes adultos. Importa ressaltar que a população adulta é delimitada de acordo com os aspectos psicológicos, biológicos e sociais (HENRIQUES, 2009).

Na abordagem qualitativa, a quantidade é substituída pela profundidade, conseguindo-se graus de compreensão que não podem ser alcançados por pesquisas quantitativas (GOLDENBERG, 2005). Na lógica da pesquisa qualitativa, o número de sujeitos deve ser significativo e suficiente para o alcance dos elementos necessários para melhor compreensão da sua problemática (MARTINS; BICUDO, 1989). Portanto, utilizou-se o critério de saturação dos dados para a finalização das entrevistas, a partir do qual se determinou o tamanho da amostra. Desse modo, o número de participantes não foi definido previamente. As entrevistas foram encerradas quando ocorreu uma repetição das informações nos dados obtidos, ou seja, a partir do momento em que se verificou a invariância do fenômeno (MARTINS; BICUDO, 1989).

É importante enfatizar que o critério da saturação dos dados se apóia no estudo de Lüdke e André (1986), que por sua vez se remete ao estudo de Guba (1978), que menciona que uma sinalização adequada para a interrupção da coleta de dados é quando a exploração de fontes novas direciona à redundância de informação ou a um acréscimo pouco expressivo, e também quando se detecta um sentido de integração na informação que já foi alcançada.

4.5 Material

Para o desenvolvimento do estudo foram utilizados: um formulário de dados sociodemográficos, um roteiro de entrevista semiestruturada, gravador digital, papel sulfite, lápis e borracha. A opção por um gravador digital remeteu-se à preocupação da pesquisadora em garantir uma qualidade audível mais aperfeiçoada, imprescindível a uma transcrição fiel às verbalizações dos entrevistados, o que é de extrema importância na pesquisa qualitativa.

4.6 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumentos: um formulário (APÊNDICE A), contendo os dados sociodemográficos dos profissionais de saúde, e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B).

4.6.1 Formulário de dados sociodemográficos

O formulário, contendo os dados sociodemográficos dos profissionais de saúde, permite situar cada participante em sua posição social (FARIA; ZANETTI; HAAS, 2009).

A entrevista de formato estruturado envolve conteúdos e procedimentos organizados com antecedência, ou seja, é desenvolvida a partir de um conjunto fixo e estruturado de perguntas precisas, cuja ordem e redação permanecem as mesmas para todos os participantes. Pode ser utilizada quando é necessário obter uma informação específica sobre um tópico estabelecido. Esse tipo de entrevista permite manter o foco em um determinado assunto, fornecer informações detalhadas e relações estruturadas entre os conceitos (DURKIN, 1994).

4.6.2 Roteiro de entrevista

Além do formulário, com dados sociodemográficos dos profissionais de saúde, também foi utilizado, para a coleta de dados, um roteiro de entrevista semiestruturada construído a partir da revisão da literatura (BIASOLI-ALVES, 1993; GERBASI; SANTOS, 2006). Esse roteiro iniciava-se com a seguinte questão norteadora: *"Quais os significados que você, como profissional de saúde, atribui aos aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus?"*, seguida de questões (tópicos) de aprofundamento.

O roteiro de entrevista semiestruturada foi definido após a realização do pré-teste visando avaliar a adequação da questão norteadora da pesquisa ao objetivo do estudo, a partir do aperfeiçoamento da técnica de entrevista.

A entrevista possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre pesquisador-pesquisado, criando um campo interacional que fomenta o surgimento de novos dados, além de propiciar uma maior profundidade e revelação de informações sobre assuntos complexos, como os aspectos emocionais no diabetes *mellitus*. A entrevista é um instrumento para alcançar respostas que o pesquisador não conseguiria obter com outros instrumentos. O pesquisador deve se colocar o mais neutro possível durante a entrevista e não induzir as respostas (GOLDENBERG, 2005).

Na entrevista de formato semiestruturado, o entrevistador, ao mesmo tempo em que direciona para as informações que deseja obter, alcança maior flexibilidade, devido ao modo mais livre com que o participante pode se colocar. Essa entrevista envolve um roteiro composto por questões abertas que, necessariamente, não precisam obedecer a uma sequência rígida (BIASOLI-ALVES, 1998).

Com o propósito de guiar e nortear a entrevista, o roteiro de entrevista semiestruturada é construído (BIASOLI-ALVES, 1993). As questões possibilitam contemplar a abrangência das informações desejadas e auxiliar na lembrança de informações consideradas relevantes para o esclarecimento do objeto de investigação. As indagações que o pesquisador faz utilizando as questões de aprofundamento favorecem a exploração dos relatos, que contêm os significados que envolvem os aspectos emocionais.

Na modalidade da entrevista semiestruturada, é importante que o roteiro desdobre os vários indicadores, considerados suficientes e fundamentais, em tópicos que contemplem a abrangência das informações aguardadas. Com esse intuito, foram elaborados diversos tópicos que funcionaram como lembretes (MINAYO, 2006), sendo memorizados pela pesquisadora.

4.6.3 Pré-teste

O pré-teste foi realizado para avaliar a adequação da questão norteadora e dos tópicos de aprofundamento ao objetivo do estudo e, além do aperfeiçoamento da experiência e maturidade do pesquisador no manejo da técnica de entrevista. Para tanto, foram selecionados dois profissionais de saúde que trabalham com pacientes adultos com diabetes *mellitus*, de ambos os sexos. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e de forma literal, com o consentimento dos profissionais de saúde. Após a obtenção do material empírico foi realizada a análise dos dados. A questão norteadora e os tópicos de aprofundamento mostraram-se adequados ao objetivo do estudo.

4.7 Coleta de dados

Após o pré-teste, foram contatados os profissionais de saúde com atuação em diabetes elegíveis para o presente estudo, ou seja, aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão definidos anteriormente. A pesquisadora entrou em contato com os profissionais de saúde por meio de ligação telefônica, explicitando os propósitos da pesquisa e solicitando local, data e horário para agendamento.

Após agendamento, cinco profissionais de saúde foram entrevistados no domicílio e seis profissionais de saúde foram entrevistados em seu local de trabalho, conforme sua disponibilidade. No início da entrevista, foi exposto novamente o objetivo da pesquisa e requerida a colaboração do participante. Mediante a aceitação em participar do estudo, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Em seguida, procedeu-se ao início da entrevista, tendo em vista o objetivo da pesquisa, com tópicos de aprofundamento, estimulando o entrevistado a relatar significados que atribuem aos aspectos emocionais de pacientes com diabetes *mellitus*. Utilizou-se, primeiramente, o formulário de entrevista para obtenção dos dados sociodemográficos e, em seguida, o roteiro de entrevista semiestruturada para obtenção dos dados. As entrevistas tiveram duração aproximada de 50 minutos. Todas as entrevistas foram audiogravadas, após consentimento prévio dos participantes do estudo, e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, de modo literal.

4.8 Análise dos dados

Para analisar os dados obtidos utilizou-se o método de análise de conteúdo. Esse método implica em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que almeja alcançar, via processos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, que podem ser quantitativos ou não, os quais possam viabilizar a inferência de conhecimentos pertinentes às condições de recepção e produção das mensagens. A análise de conteúdo possibilita a ultrapassagem da incerteza, ou seja, que a leitura seja atenta, generalizável, válida e compartilhada por outros, de modo a propiciar o aumento da pertinência e da produtividade (BARDIN, 2006).

Cabe ao pesquisador entender o sentido da comunicação, contudo, também é importante direcionar-se à outra significação, outra mensagem, outra entrevista, por intermédio, ou ao lado da primeira. O pesquisador deve realizar uma leitura que enfatize e revele os significados de natureza política, histórica, psicológica, sociológica, entre outros (BARDIN, 2006).

Duas fases compuseram o método de análise de conteúdo: a pré-análise e a exploração do material, a qual inclui tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise consistiu na fase de organização do material empírico e almejou sistematizar e tornar operacionais as ideias iniciais, de modo que conduzissem a um esquema que tenha precisão quanto ao desenvolvimento das operações sucessivas em relação a um plano de análise. Essa fase foi composta pela leitura flutuante; escolha dos documentos; formulação de hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores, além da preparação do material. Desse modo, foi realizada somente a leitura flutuante das entrevistas, almejando-se a compreensão do discurso de cada participante, mantendo-se suscetível às orientações e impressões advindas do material (BARDIN, 2006).

A fase denominada exploração do material consistiu em uma operação classificatória, na qual se buscou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Foram formadas categorias, as quais consistem em expressões ou palavras significativas, em função do conteúdo da fala que foi organizado. Após essa fase ocorreram a classificação e a agregação dos dados, sendo atribuídas as categorias teóricas ou empíricas (BARDIN, 2006).

O estudo utilizou o *software* Atlas.ti – versão 6.2.27 como ferramenta para a análise, o qual possibilitou a criação de vários bancos de dados. Esse *software* caracteriza-se como um

dos programas denominados CAQDAS-*Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software*, ou análise de dados qualitativos assistida pelo computador (BANDEIRA-DE-MELLO, 2010). O *software* Atlas.ti consiste em uma ferramenta tecnológica para a análise de dados qualitativos que pode facilitar o gerenciamento e a interpretação dos mesmos. Por intermédio do *software* Atlas.ti, é possível analisar e gerenciar diferentes tipos de documentos, como textos, áudios, imagens e vídeos (ATLAS.TI, 2012).

O *software* Atlas.ti desenvolveu-se no âmbito de um projeto multidisciplinar (1989-1992) na Universidade Técnica de Berlim. Por meio do projeto, houve interações entre psicólogos, lingüistas, profissionais das ciências da computação e futuros usuários (BANDEIRA-DE-MELLO, 2010). O objetivo implicava no desenvolvimento de uma ferramenta que pudesse propiciar apoio ao "interpretador humano" quanto à atribuição de significado ao texto, de modo a não automatizar o processamento (MUHR, 1991).

A sigla ATLAS refere-se à *Archiv fuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache* (arquivo para tecnologia, o mundo e a linguagem cotidiana) e a sigla "ti" advém de *text interpretation*, ou seja, interpretação de texto. Ocorreram várias atualizações até a versão atual do *software* Atlas.ti. O lançamento da primeira versão foi em 1993; norteado por quatro princípios que direcionam os procedimentos de análise pelo pesquisador (BANDEIRA-DE-MELLO, 2010).

O primeiro princípio consiste na visualização, o qual permite gerenciar a complexidade do processo de análise, de modo a manter o contato do usuário com os dados. O segundo princípio implica na integração, o qual se fundamenta no princípio de que a base de dados e todos os elementos construídos na análise são integrados em um único projeto: a Unidade Hermenêutica (HU). O terceiro princípio consiste na casualidade, o qual gera os *insights* e a descoberta casualmente, ou seja, sem a busca deliberada daquilo que foi encontrado. O quarto e último princípio consiste na exploração, o qual se baseia no princípio de que a interação entre os diversos elementos constitutivos do programa gera *insights* e descoberta (BANDEIRA-DE-MELLO, 2010).

O conjunto de entrevistas foi agrupado em uma Unidade Hermenêutica (HU), o qual armazena, conjuntamente, todos os dados e demais elementos, de maneira a possibilitar a exploração e interpretação das informações. Por meio da utilização do *software* codificaram-se trechos das transcrições denominadas como *Primary Documents* (PD). Foram definidas as categorias identificadas no *software* como *codes*. Na leitura das falas dos participantes da pesquisa, fruto das entrevistas realizadas, cada documento foi agrupado em citações denominadas no *software* como *quotations*, os quais foram

relacionados por intermédio da codificação com as categorias de análise, conceituais, com base nos referenciais empíricos do conteúdo do material e também baseadas no referencial teórico.

Cada trecho de fala selecionado foi sublinhado, sendo atribuído um código a cada trecho do depoimento selecionado. Após a codificação, foram gerados relatórios, nos quais estavam presentes os trechos de fala selecionados a partir das transcrições das entrevistas. No decorrer da cuidadosa leitura foram realizadas as codificações do material empírico, de acordo com o objetivo do estudo. Foram criados 16 códigos: *Relutante/Rebelde/Revoltado; *Preguiçoso; *Entristecido; *Misto de sentimentos; *Paciente dá rasteira no profissional; *Paciente faz apenas uma parte do tratamento; *Cumprimento de regras; *O profissional não dá conta de lidar com todos os sentimentos que os pacientes têm dentro de si; *O caminho do medo é complicado, mas ideal para obtenção da mudança de comportamento; *O profissional tem medo de ouvir os aspectos emocionais do paciente com diabetes *mellitus*; *Construção dos aspectos emocionais a partir da vivência e história do paciente; *Potencialidade do grupo como estratégia educativa para o fortalecimento dos aspectos emocionais; *Reconhecimento da possibilidade de mudança no pensar e no agir do paciente; *Percepção da pessoa com diabetes *mellitus* e não da doença; *Crença do paciente em um poder superior para lidar com os aspectos emocionais; *As fases podem ir e vir... Os sentimentos são cíclicos.

Na interpretação das informações, foi utilizada a técnica de análise categorial, a qual promove a consideração da totalidade de um texto, dispondo-o pelo crivo do recenseamento e da classificação, conforme a freqüência da presença ou ausência de itens de sentido. Essa técnica é concebida como o método das categorias, que possibilitam a classificação dos elementos constitutivos da mensagem (BARDIN, 2006).

Portanto, nessa etapa, foram envolvidas operações de desmembramentos do texto em categorias conforme reagrupamentos analógicos; ou seja, no decorrer da leitura flutuante, foi possível identificar palavras e termos que se referiram a categorias consistentes com o referencial teórico e que possibilitaram responder ao objetivo proposto e à pergunta de pesquisa. Desse processo de análise emergiram seis categorias, com suas respectivas subcategorias.

4.9 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 22 de março de 2012, protocolo CAAE: 00610312.4.0000.5393; atendendo à Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO).

Nesse estudo foi preservado o anonimato dos participantes, que foram identificados por meio de nomes fictícios. As entrevistas, bem como sua gravação em áudio, foram realizadas após esclarecimentos do objetivo e natureza da investigação, e a anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Dos 11 profissionais de saúde participantes deste estudo, três eram homens e oito mulheres. A idade variou de 28 a 56 anos. Em relação ao estado civil, nove eram casados, um solteiro e uma divorciada. Quanto ao nível de escolaridade, todos tinham nível superior completo, sendo sete com mestrado concluído, duas com doutorado concluído e uma com pós-doutorado e livre-docência. Grande parte dos participantes é natural de Ribeirão Preto-SP, três de outras cidades do Estado de São Paulo, um da cidade de São Paulo, dois de municípios do Estado de Minas Gerais e uma do Estado do Ceará.

Quanto à profissão, cinco eram enfermeiras (sendo uma delas docente de uma instituição pública de ensino superior), três psicólogos, uma médica, um educador físico e uma nutricionista. Em relação ao tempo de formação, houve variação de cinco anos a 34 anos. O tempo de atuação em grupo de educação em diabetes variou de quatro a 23 anos de experiência. A faixa etária dos pacientes atendidos pelos profissionais de saúde compreendeu desde uma idade mínima de 40 anos até uma idade máxima de 80 anos, sendo que a maioria referiu 50 anos ou mais.

O Quadro 1 mostra a caracterização dos 11 participantes segundo as variáveis sociodemográficas.

Quadro 1. Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2012.

Caracterização	**Leôncio**	**Úrsula**	**Wirna**	**Aílton**	**Sâmia**	**Morgana**	**Bianca**	**Dalton**	**Núbia**	**Gerusa**	**Felícia**
Idade (anos)	32	28	30	46	41	34	55	56	50	38	37
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Estado civil	Casado	Casada	Casada	Solteiro	Casada	Casada	Divorciada	Casado	Casada	Casada	Casada
Escolaridade	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino superior completo
Nacionalidade	Brasileiro	Brasileira	Brasileira	Brasileiro	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileiro	Brasileira	Brasileira	Brasileira
Naturalidade	São Paulo-SP	Presidente Venceslau-SP	Fortaleza-CE	Ribeirão Preto-SP	Araraquara-SP	Guaxupé-MG	Ribeirão Preto-SP	Santa Rita do Passa Quatro-SP	Ribeirão Preto-SP	Machado-MG	Ribeirão Preto-SP
Profissão	Educador físico	Enfermeira	Enfermeira	Psicólogo	Nutricionista	Enfermeira	Enfermeira (docente)	Psicólogo	Médica	Psicóloga	Enfermeira
Tempo de profissão (anos)	8	5	5	11	6	10	34	12	27	12	12
Pós-graduação	Mestrado concluído	Mestrado concluído	Mestrado concluído	Mestrado concluído	Mestrado concluído	Mestrado concluído	Pós-doutorado e Livre-docência		Doutorado concluído	Mestrado concluído	Doutorado concluído
Tempo de atuação em grupo de educação em diabetes (anos)	7	5	5	4	6	8	15	6	23	6	7
Faixa etária dos pacientes atendidos (anos)	Maioria acima de 65	40 a 55	40 a 80	Maioria acima de 50	Maioria acima de 50	50 a 60	Média de 50	Média de 50	Maioria acima de 40	Maioria de 50 a 70	60 a 75

5.2 Interpretando as categorias e subcategorias

A técnica de análise categorial do material empírico permitiu a elaboração de seis categorias, elencadas a seguir: -O paciente deve ser considerado em seus aspectos emocionais e comportamentais; -Os aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento; -A contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença; -O profissional não dá conta de lidar com as demandas emocionais do paciente mobilizadas pelo tratamento; -O profissional reconhece a importância de compreender os aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento, vislumbrando potencialidades do paciente para incorporar as mudanças; -Os aspectos emocionais do paciente, relacionados ao tratamento, têm altos e baixos, avanços e recuos.

Com o propósito de depurar a análise para a compreensão dos elementos pertinentes à representação social, as categorias foram subdivididas em subcategorias.

O Quadro 2 apresenta as categorias e subcategorias que emergiram das falas.

Quadro 2. Apresentação das categorias de análise e suas respectivas subcategorias. Ribeirão Preto-SP, 2012.

CATEGORIAS	*SUBCATEGORIAS*
1. O paciente deve ser considerado em seus aspectos emocionais e comportamentais	**Relutante/Rebelde/Revoltado* **Preguiçoso* **Entristecido* **Misto de sentimentos*
2. Os aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento	**Paciente "dá rasteira" no profissional* **Paciente faz apenas uma parte do tratamento*
3. A contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença	**Paciente tem dificuldade de cumprir as regras do tratamento*
4. O profissional não dá conta de lidar com as demandas emocionais do paciente mobilizadas pelo tratamento	**O profissional não dá conta de lidar com todos os sentimentos que os pacientes têm dentro de si* **Induzir medo no paciente é um caminho complicado, mas ideal para obtenção da mudança de comportamento* **O profissional tem medo de ouvir os aspectos emocionais do paciente com diabetes mellitus*
5. O profissional reconhece a importância de compreender os aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento, vislumbrando potencialidades do paciente para incorporar as mudanças	**Construção dos aspectos emocionais a partir da vivência e da história do sujeito* **Potencialidade do grupo como estratégia educativa para o fortalecimento dos aspectos emocionais* **Reconhecimento da possibilidade de mudança no pensar e no agir do paciente* **Percepção da pessoa com diabetes mellitus e não apenas da doença* **Crença do paciente em um poder superior para lidar com seus aspectos emocionais*
6. Os aspectos emocionais do paciente, relacionados ao tratamento, têm altos e baixos, avanços e recuos	**As fases, vivenciadas pelo paciente, podem ir e vir... Os sentimentos de aceitação e negação da doença são cíclicos*

5.2.1 O paciente deve ser considerado em seus aspectos emocionais e comportamentais

Nessa categoria, os relatos expressaram que a representação dos profissionais de saúde está vinculada à ideia de que o paciente tem aspectos emocionais e comportamentais que interferem no

tratamento. A seguir, apresentam-se as subcategorias: **Relutante/Rebelde/Revoltado; *Preguiçoso; *Entristecido; *Misto de sentimentos.*

5.2.1.1 Relutante/Rebelde/Revoltado

A representação: paciente com diabetes revoltado, relutante e rebelde emerge nos depoimentos dos profissionais ao se referir ao início do tratamento, quando não há, por parte do paciente, uma compreensão plena da progressão da doença e das implicações do não seguimento da terapêutica instituída. Pode emergir também em uma etapa tardia, quando o paciente não manifesta aceitação da doença. Nessa situação, o paciente comporta-se como se não tivesse diabetes, mostrando um descuido para consigo mesmo e, em particular, no que se refere ao seguimento do plano alimentar (LOPES, 2011).

Os depoimentos dos profissionais de saúde, abaixo relacionados, evidenciam a presença dos sentimentos de relutância, rebeldia e revolta:

> *"Os pacientes são... relutantes, negam e veem a doença como algo... somente negativo... Porque o... o caminhar da vida do diabético depois da doença, na verdade, é uma busca por uma vida saudável, é isso que a gente tem que frisar bem pro paciente, né? E que isso vai ser bom pra ele, de certa forma. É... esses pacientes que não conseguem transformar algo inicialmente negativo, que é o diagnóstico de uma doença, em sentimentos que levem ele a ser pró-ativo."* (Úrsula)

> *"Eu acho que a rebeldia, eu acho que é maior daqueles que não aderem ou não querem aderir e naqueles com complicações. Eu acho que os com complicações são mais rebeldes porque já tem uma complicação instalada e, às vezes, a pessoa até fez o tratamento certo e mesmo assim apareceu uma complicação. Então, a pessoa... eu acho que fica rebelde porque perdeu alguma coisa importante para ele, né? Perdeu um pé, perdeu um rim, teve que fazer hemodiálise, não está sentindo a sensibilidade nos pés, perde a sensibilidade. Então, tem que andar de sapato fechado, porque se cortar corre um risco maior de ocorrer uma amputação. Eu acho que a rebeldia é maior por parte daqueles que não querem aderir ao tratamento e daqueles com complicações."* (Leôncio)

> *"A gente percebe que, no fundo... no fundo, existe um pouco de revolta também, né? Então, assim: ´a partir do momento que eu não tenho adesão, não faço... Eu tô me libertando, né?` Eu penso... eu penso que é isso que eles se sentem, assim que eles pensam, né? Então, assim, é uma forma de... é um desafio, né?´Eu tô desafiando a doença, né? Quer dizer, não é a doença que manda em mim, eu que mando na doença, né? Hoje, eu não vou tomar medicamentos porque eu não tô a fim, né? Eu é que mando na doença, não é a doença que manda em mim.` Então, eu acho que é uma*

> *forma de eles desafiarem, de eles se libertarem. Então, assim, e aí! É claro! Eu acho que embutido nisso tá a revolta."* (Morgana)
>
> *"Em alguns casos uma certa revolta no início de um diagnóstico."* (Dalton)
>
> *"Uma certa revolta também, né? Por estar com esses... essas complicações, né?"* (Felícia)
>
> *"Eu acho que isso é bem marcante nos pacientes com diabetes mellitus, eu acho que doenças crônicas em geral, por não ter o vislumbre da cura, chega um momento em que o paciente... tem esses altos e baixos da rebeldia."* (Úrsula)
>
> *"Outro que aparece, às vezes, é... revolta. ´Por que comigo?` Isso, às vezes, aparece também, né?"* (Núbia)

De acordo com a representação elaborada pelos profissionais, os sentimentos de revolta, rebeldia, recusa ao tratamento, irritabilidade, entre outros, são perceptíveis muitas vezes desde a confirmação do diagnóstico. Este pode suscitar no indivíduo acometido, bem como em seus familiares, desespero ao deparar com uma doença que não tem cura. Isso pode evocar questionamentos como: "por que comigo?" ou "o que fiz para merecer isso?". Nas representações sociais dos profissionais de saúde, os pacientes tendem a vivenciar sentimento de culpa, percebendo o diabetes como punição. Nesse contexto, os pacientes podem se sentir fragilizados, mantendo-se centrados nos seus problemas como se fossem os únicos a sofrerem pelo acometimento da doença. Tal situação, na perspectiva dos profissionais, expressa a dificuldade do paciente de se aceitar e de se assumir, frente ao outro, como alguém que tem diabetes. Reflete, também, a dificuldade de ter prontidão para o autocuidado e de reconhecer seus limites e suas possibilidades. Esses sentimentos podem promover atitudes e comportamentos que podem ser interpretados pelos profissionais de saúde como rebeldia e boicote ao tratamento e às orientações recebidas para o controle da doença (BRICARELLO; BRICARELLO, 2000).

A concepção de que os pacientes com diabetes são relutantes/revoltados/rebeldes é utilizada pelos profissionais de saúde para explicar a dificuldade de adesão ao tratamento. A falta de adesão, por sua vez, pode exacerbar as representações de relutância, revolta e rebeldia, em uma dinâmica cíclica. Desse modo, parece que os sentimentos de revolta e rebeldia do paciente, presentes nas representações sociais, podem se constituir em variáveis importantes para a compreensão que o profissional elabora sobre os motivos que levaria a não adesão ao tratamento. Também se observa que, na perspectiva do profissional, ao defrontar com o diagnóstico de uma doença que não tem cura, pode-se gerar no paciente uma

predisposição a construções mentais de rebeldia, que o fazem relutar a engajar-se no tratamento proposto.

Segundo as representações dos profissionais, esses sentimentos mobilizam mudanças na vida do paciente com diabetes e estão ancorados no medo do novo, no enfrentamento do desconhecido e na dificuldade de sair da zona de conforto, tão presente em nossa cultura. O tratamento para o controle da doença envolve modificação no padrão alimentar e prática regular de atividade física, além do uso de medicamentos ao longo da vida. Na concepção dos profissionais de saúde, os pacientes parecem não perceber o plano terapêutico proposto como ferramenta para obtenção de um melhor controle da doença, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para evitar as complicações decorrentes da doença.

Os profissionais necessitam compreender que os sentimentos de revolta, rebeldia e relutância, consistem em uma etapa esperada no curso do tratamento. Estratégias educativas devem ser utilizadas para abreviar essa etapa, auxiliando o paciente a superar esses sentimentos negativos, que levam o paciente a postergar o início do tratamento, deixando de obter os benefícios decorrentes do seguimento do plano terapêutico.

5.2.1.2 Preguiçoso

No depoimento transcrito, a seguir, o profissional de saúde oferece elementos vinculados à ideia de que a preguiça seria um empecilho para o paciente conduzir bem seu tratamento do diabetes, de modo que consiga manter os níveis glicêmicos dentro dos parâmetros de normalidade:

> *“Às vezes, um pouco de preguiça também de fazer... Porque: ´Ah! Eu tenho que tomar remédio três vezes por dia e tomar insulina duas vezes por dia.` É o que dizem.”* (Leôncio)

Por meio do pensamento dos profissionais de saúde de que os pacientes com diabetes são preguiçosos, podem estar camuflados sentimentos de baixa autoestima por parte do paciente com diabetes.

As concepções dos profissionais de saúde sobre os aspectos emocionais podem ser compreendidas como comportamentos de preguiça face às orientações prescritas para o controle da doença. Essas concepções revelam aquilo que está presente no pensamento

coletivo, ou seja, seguir o plano alimentar, iniciar um programa de atividade física e utilizar medicamentos ao longo da vida demanda disciplina, perseverança e trabalho. E trabalho se opõe à preguiça, pois no pensamento coletivo dos profissionais de saúde, trabalho envolve ação, disciplina, regularidade, entre outros.

Essa representação dos profissionais tem correspondência com os resultados de um estudo transversal de 225 pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 e 2, atendidos no Ambulatório de Diabetes do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que comparou nível de atividade física e cuidados relacionados ao exercício físico e mostrou que os pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 não praticavam exercício físico devido à preguiça, entre outros motivos (DUARTE et al., 2012).

5.2.1.3 Entristecido

Nos depoimentos, os participantes referiram que outros aspectos emocionais do paciente com diabetes *mellitus* são revelados, como tristeza, depressão, falta de ânimo, descrevendo posturas e sentimentos que traduzem um quadro emocional entristecido, conforme se seguem:

> *"Então, a gente percebe que é um paciente entristecido, um paciente deprimido, um paciente sem ânimo, vencido. É... Negativo, um paciente... que não se dá valor, se inferioriza. Tem uma postura... é... Olhar baixo, fala baixa, introspectivo, pouco participativo, é... só sabe falar em tom negativo, né? Só sabe falar do que aconteceu de ruim com ele e não vê as coisas boas que aconteceram. É... reclama de tudo, nada tá bom, não sei como definir isso, essa... esse comportamento mais... muito assim... tudo vê defeito, vê defeito em tudo, nada tá bom."* (Úrsula)

> *"Eu acho que ele... ele tem o aspecto de tristeza. É o paciente que em algum momento ele vai ter um sentimento de tristeza. Um sentimento de ser diferente, né? De ser inferiorizado porque ele, por exemplo, ele vai em uma festa e ele pode não comer. Então, ele se sente indiferente, né? Diferente dos outros quanto aquilo. Então, ele se sente inferiorizado, tá? Da experiência que eu tenho com os pacientes com diabetes e que eu percebo, eu acho que o sentimento é de exclusão, de tristeza, de desamparo, né?"* (Felícia)

> *"Eu volto a... não sei se insistir ou a frisar, mas esse estado de uma depressão, um estado depressivo, porque em qualquer, né? Saída, em qualquer aventura que ele faça fora daquele... daquele rigor do cuidado com a doença ele vai sentir na carne, né? Ele vai sentir no seu mal-estar. Então, eu estou chamando de um... de um quadro depressivo... De uma... não sei se um quadro, mas um momento depressivo."* (Dalton)

O diabetes *mellitus* está relacionado à depressão. Há evidências de que a depressão consiste em um fator de risco para desenvolvimento de diabetes e que os pacientes com diabetes apresentam maior incidência de depressão. Importa considerar que os pacientes com diabetes, com depressão, apresentam mais sintomas da doença do que os sem depressão (FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009).

O diabetes *mellitus* está relacionado a uma elevação de sintomas depressivos e de depressão clínica. Essa relação envolve desde o impacto direto no controle metabólico até aspectos socioeconômicos, adaptativos e educacionais. Contudo, não se pode estabelecer uma relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do diabetes *mellitus*. A literatura sugere que pode ocorrer uma relação cíclica, na qual o agravamento de um tem efeitos diretos e indiretos, em relação ao outro (MOREIRA et al., 2003).

O pensamento dos profissionais de saúde de que os pacientes com diabetes apresentam tristeza pode ser traduzido como desânimo em enfrentar um tratamento que o acompanhará ao longo da vida.

5.2.1.4 Misto de sentimentos

Os excertos de depoimentos destacados, a seguir, expressam a representação dos profissionais de saúde de que os pacientes apresentam uma amplitude de sentimentos, alguns até mesmo contraditórios, que se manifestam concomitantemente.

> *"Essa doença crônica vai despertar na pessoa, vai envolver nela... inúmeros sentimentos, né? Que esses sentimentos, aquilo que eu falei, são inúmeros. Vai desde a negação até a aceitação, né?* [...] *Eu acho que é um misto, é um misto de sentimentos, é isso que eu entendo como... É esse o significado que eu dou aos aspectos emocionais: um misto de sentimentos. Isso que eu diria."* (Sâmia)

> *"Olha, a gente falar de aspectos emocionais é uma coisa muito... muito ampla, né? Eu acho que os aspectos emocionais envolvem estresse, envolvem... medos... falar de emoções, né? As emoções que desenvolvem no... na pessoa com diabetes eu vejo que são... medos, estresse, são... insatisfações, são... melancolia, depressão. Também, podem gerar ansiedade, tristeza, né? São sentimentos que são envolvidos na emoção desses aspectos que ele tem. Os aspectos que eles sentem, né? Que envolvem. Então, eu acho que geram grandes sentimentos. Os aspectos emocionais... muito grandes, que geram todos esses sentimentos que estão envolvidos dentro deles enquanto seres, né?"* (Aílton)

"Olha, acredito que a pessoa que possui diabetes passa por várias fases aí, várias reações emocionais. No diagnóstico, é um período bem difícil, é... Então, assim, do que eu lembro, assim, grande parte dos pacientes relatava tristeza, raiva, revolta, medo... Relataram terem levado um susto, choque... e, também, a negação. Eu acho que é algo muito presente nesse início, logo que o paciente recebe o diagnóstico... Então, eles começam a falar: ´Os exames estão errados, os médicos, né? Deve ter alguma coisa errada, e... eu não devo estar com diabetes.` É assim que eles dizem." (Gerusa)

"Eu acho que no momento do diagnóstico haveria, primeiro, confusão, pelo relato que eles falam, e depois o sentimento de perda, porque perderam a saúde, dizem que irão ficar doentes para a vida inteira. Traz o sentimento de morte, também, porque acha que já vai morrer, porque descobriu que tem diabetes e sempre conhece alguém que teve complicação por causa do diabetes, que morreu por causa do diabetes. Então, o sentimento deles eu acho que é mais de perda, mais de luto mesmo, um sentimento não bom, muito ruim. Eu acho que para os pacientes é ruim." (Leôncio)

"Pensando no paciente que foi recém-diagnosticado, é uma sensação de... fracasso, de tristeza: ´O que eu fiz, eu mereci, eu tô sendo punida por algo, é... Porque que ninguém é diabético na minha família.` Existem isso... muitos mitos e fantasias que os pacientes se culpam por algo que é fisiológico, e que pode acontecer com qualquer um, não é verdade? É claro que eles depois adentrando no mundo do diabetes vão perceber... Se eu tivesse praticado atividade física e tal e tivesse esse controle da doença... Mas, a sensação é de... culpa, de tristeza, de dor, sofrimento, é isso que a gente vê assim, no paciente recém-diagnosticado." (Úrsula)

"Então, no diagnóstico eu pontuaria, assim, três aspectos, que seriam a negação, a tristeza e a raiva, tá? Que eu acho que isso fica bem evidente no diagnóstico, pensando que esse diagnóstico... é... a gente pode pensar assim: tem pessoas... pacientes que ficam uma semana, duas semanas, um mês apresentando essas reações e depois começam a aderir ao tratamento, começam a aceitar um pouco mais, a enxergar de uma outra forma. Mas, depois eu lembro, assim, de pacientes relatando: ´Nossa, eu aprendi a viver depois que eu vim a ter diabetes, e hoje a minha vida é muito melhor do que antes.` Eu via que depois de um tempo, né? Que o diabetes fez elas olharem pra elas, né? Mudarem a vida, o estilo de vida. Então, muitas começavam a frequentar exercício físico e ali começarem a fazer novas amizades, começarem a fazer os grupos, a ir passear, começarem a se alimentar melhor, emagrecerem, ficarem mais bonitas, se sentirem mais bonitas, né? É... então, eu lembro delas relatarem isso, né? Que aprenderam a viver, aprenderam a cuidar delas, né? Depois do diabetes." (Felícia)

"Os sentimentos seriam aqueles referentes à negação, né? De receber o diagnóstico... não aceitar ter a doença. Sentimento de... de barganha, de aceitação, né? Depois que ele se vê com aquela condição, ele passa a aceitar a doença e querer se cuidar mais. Querer se cuidar pra ter um bom controle." (Wirna)

"Pode-se também ter já a questão da aceitação, se ele já tem uma convivência, né? Com pai, com mãe, com diabetes, se ele já... é... já percebe que... como é que eu posso dizer? Que... ele já é um forte candidato a desenvolver diabetes e se ele recebe o diagnóstico talvez ele já aceite logo. Acredito que pode também ter pessoas que

> *encarem... de forma mais tranquila, de... de aceitar, encara: ´Pronto, eu tô com diabetes, então, agora eu vou querer me cuidar mais, vou manter a glicemia nos níveis de normalidade.` Acredito que seja isso."* (Sâmia)

> *"Eu penso que pra eles... é um... deve ser um despertar sentimentos assim... diversos, né? Eu penso que deve gerar inúmeros sentimentos... emocionais* [...] *Então, eu acho que eu entendo como uma... uma diversidade de sentimentos, de emoções, enorme, enorme dentro deles."* (Aílton)

A literatura reconhece que há relação entre prejuízos no estado emocional e diabetes *mellitus* (PÉRES et al., 2008; RIBAS et al., 2009; RIBAS; SANTOS; ZANETTI, 2011; SANTOS et al., 2011). Para alguns autores, o diabetes consiste em uma doença psicossomática, já que pressupõe que a relação entre a organização emocional do indivíduo e o controle dos níveis glicêmicos está presente antes mesmo da manifestação clínica da doença, tendo como um dos fatores desencadeantes os aspectos emocionais (MARCELINO; CARVALHO, 2005, 2008; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008; SANTOS et al., 2005).

Os comportamentos evocados pelo diagnóstico do diabetes estão relacionados a uma série de sentimentos e reações emocionais que demandam escuta e compreensão empática por parte da equipe multidisciplinar responsável pela atenção em diabetes. Os profissionais de saúde necessitam compreender que o diagnóstico ocasiona amplas respostas emocionais, que demandam capacidade de acolhimento, de modo a auxiliar os pacientes com diabetes a lidarem adequadamente com os aspectos subjetivos da doença, buscando, assim, promover condições para uma maior eficácia adaptativa. Não é suficiente proporcionar apenas informações, já que o comportamento humano é complexo e transcende os aspectos cognitivos, alicerçando-se também nos aspectos emocionais e na prontidão para o autocuidado (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Os depoimentos dos profissionais de saúde evidenciam que os sentimentos advindos a partir do diagnóstico do diabetes *mellitus*, o modo como ocorre a convivência com a doença no cotidiano, os aspectos envolvidos no processo de mudança de hábitos, a presença de outras demandas de saúde, além do manejo da doença, necessitam de um novo olhar para que se possa detectar a maneira singular do modo como os pacientes lidam com os novos desafios enfrentados na busca de apoio, no contexto familiar e nos serviços de saúde. Com isso, espera-se que o conhecimento das representações sociais dos aspectos emocionais dos pacientes, na perspectiva dos profissionais de saúde, possa oferecer subsídios para o planejamento de intervenções, considerando os princípios da integralidade na atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

Os depoimentos dos profissionais de saúde sobre os aspectos emocionais expressam que os pacientes com diabetes *mellitus* oscilam entre tranquilidade, ânimo, raiva, desânimo e revolta despertados pelo convívio diário com a doença, vivenciando, desse modo, um misto de sentimentos.

5.2.2 Os aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento

Na categoria relacionada aos aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento, os depoimentos traduziram a representação dos profissionais de saúde referentes aos aspectos emocionais do paciente que dificultam o cumprimento do tratamento. A seguir, apresentam-se as subcategorias: **Paciente "dá rasteira" no profissional; *Paciente faz apenas uma parte do tratamento.*

5.2.2.1 Paciente "dá rasteira" no profissional

Na perspectiva dos profissionais de saúde, há casos em que o paciente tem consciência da importância de um bom controle acerca da doença, das consequências de um mau controle metabólico, contudo, não coopera e não cumpre o tratamento corretamente, ou seja, burla as recomendações. Nos excertos de fala, a seguir, encontram-se depoimentos que expressam essa subcategoria:

> *"Os pacientes com complicações, né? Em que a comorbidade se instala, são pacientes com... é... muita dificuldade de acesso, né? E até se apresentam em um primeiro momento muito disponível, mas em bastidor é aquele que tá sempre dando rasteira no profissional, mas ele nem se dá conta que ele está se enganando."* (Dalton)

A dificuldade de transformar a informação recebida em ação para o autocuidado mostra que não é suficiente ter consciência acerca do diabetes e de suas possíveis repercussões, já que a doença está intimamente entrelaçada aos aspectos emocionais, que não são determinados somente por aspectos conscientes. A organização emocional é composta por aspectos mais profundos, internos e inconscientes, que podem dificultar o controle da doença, se a condição não for aceita internamente (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

5.2.2.2 Paciente faz apenas uma parte do tratamento

A representação dos profissionais de saúde de que os pacientes com diabetes cumprem apenas parte do tratamento prescrito aponta novamente para dificuldades dos pacientes em cumprirem o tratamento prescrito na sua totalidade. Essas dificuldades seriam decorrentes da negação da doença, que podem ser interpretadas pelos profissionais de saúde como desorganização pessoal, negligência, falta de apoio familiar, entre outros, conforme se segue:

> *"De uma maneira geral, o que eu perceberia assim mais evidente, é... Assim, que me chamaria mais atenção, seria a negação, assim, de... De partes do tratamento, é... É uma negação, assim, não total, porque eu vejo, assim, que no decorrer do tempo os pacientes entendem que eles têm diabetes, que eles têm uma doença crônica, né? Dificilmente, você pega um paciente com anos de... De doença e que eles acreditam que eles não têm. Normalmente, eles verbalizam: ´Eu tenho diabetes, né?` É... Mas eu vejo, assim, uma negação de partes do tratamento. Então, por exemplo, como se de repente os medicamentos não fossem importantes, né? Então, eu vi vários pacientes relatando que ficaram três, quatro, cinco dias sem tomar... os remédios."* (Gerusa)

Ao considerar as duas subcategorias expostas, pode-se perceber que, nos depoimentos dos profissionais de saúde, os pacientes são representados como aqueles que, habitualmente, "dão rasteira" no profissional e que cumprem apenas parte do tratamento, comprometendo sua eficácia terapêutica. Nesse contexto, nota-se que os profissionais de saúde reconhecem as dificuldades do paciente frente à complexidade do tratamento e que os subterfúgios de que ele utiliza para não aderir ao tratamento, em última instância, consistem em um autoengano.

Por outro modo, alguns profissionais vão além dos aspectos emocionais pessoais, ao assumirem que a fragilidade do vínculo estabelecido com os pacientes poderia levar ao fracasso da terapêutica instituída. Desse modo, compartilham que o sucesso e o fracasso estão entrelaçados com a aliança terapêutica estabelecida e empoderamento dos pacientes, por meio do fortalecimento dos aspectos emocionais relacionados à doença. Assim, consideram a importância dos aspectos interpessoais como uma dimensão que afeta a adesão ao tratamento, tanto quanto os fatores biológicos e comportamentais relativos aos pacientes.

Por outro lado, "dar rasteira" no profissional e fazer apenas parte do tratamento são táticas utilizadas para "burlar" o tratamento. Em nossa cultura, a "esperteza", "dar um jeitinho", "passar o outro para trás", constituem comportamentos que justificam muitas vezes a falta de compromisso, determinação, perseverança, bem como a fragilidade do vínculo estabelecido com o conjunto de atividades a serem desempenhadas. Desse modo, o

comportamento de burlar algo, que é sentido como muito difícil, oneroso ou desafiador, também está impregnado no pensamento coletivo dos profissionais de saúde.

5.2.3 A contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença

Na categoria alusiva à representação de que a contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença, nota-se que o pensamento dos profissionais de saúde está alicerçado na ideia de que os aspectos emocionais influenciam no cumprimento de regras fundamentais para o seguimento do tratamento, interferindo, assim, no bom controle metabólico. A seguir, apresenta-se a subcategoria: **Paciente tem dificuldade de cumprir as regras do tratamento.*

5.2.3.1 Paciente tem dificuldade de cumprir as regras do tratamento

Os repertórios comportamentais trabalhados na educação em saúde traduzem a necessidade dos profissionais em adotarem estratégias efetivas para a instalação de comportamentos de autocontrole dos pacientes. Desse modo, frequentemente é necessário que o indivíduo com diabetes aprenda que o autocontrole é fundamental para a manutenção dos comportamentos de adesão ao tratamento. Os reforçadores imediatos podem ser constituídos a partir da emissão de comportamentos prejudiciais à saúde, como o comportamento de comer alimentos não prescritos ao plano alimentar. Esse comportamento pode produzir diversas consequências negativas em longo prazo, tais como: consequências reforçadoras que repercutem no fortalecimento do comportamento de comer alimentos inadequados, e aumento do peso corporal, o que pode prejudicar a obtenção do controle da doença (COELHO; AMARAL, 2008).

Os profissionais de saúde relacionaram o não cumprimento das regras do tratamento por parte dos pacientes com uma característica que seria intrínseca aos pacientes com diabetes: a incapacidade de seguir regras. A representação do paciente com diabetes é de

alguém "que não é uma pessoa regrada" e que, de repente, se vê forçada "a aprender a se regrar", como mostra o depoimento a seguir:

> *"Geralmente, a pessoa que tem diabetes, ela não é uma pessoa regrada, nunca foi uma pessoa regrada na vida, e ela tem que aprender a se regrar. Então, eu acho que esse é o maior problema, porque a pessoa nunca foi regrada e tem que aprender a se regrar pelo resto da vida dela, se ela quiser ter saúde ou ter risco de vida o menos possível. É difícil seguir regras, né? Na sociedade que nós temos, hoje em dia, seguir regras é difícil. Então, eu acho que o mais complicado, eu acho que é esse seguir a regra e sentir a culpa porque saiu da regra. E muitos sentem culpa porque saem da regra."* (Leôncio)

Ter que se enquadrar a regras ou normas que façam parte da disciplina rigorosa que o tratamento do diabetes impõe pode funcionar como facilitador da expressão de aspectos emocionais de conotação negativa, desencadeados pela frustração que o paciente sente por ter perdido parte de sua autonomia e o controle sobre a própria vida.

Os depoimentos, a seguir, exemplificam essa questão:

> *"A complexidade da doença, a complexidade do tratamento, né? As mudanças que eles têm que fazer na vida diária pra poder é... cumprir as exigências do tratamento, e... e aí vêm aqueles sentimentos, né?"* (Morgana)

> *"Você está preso a umas regras que você nunca teve na vida, a perda... porque você perdeu o alimento que você tanto adorava."* (Leôncio)

> *"Eu acho que o fato de, às vezes, a pessoa, né? Todos os dias ter que tomar medicamento no horário certinho, ter aquela rotina muito, assim, regradinha, faz com que ele se sinta doente, e ele não quer se sentir doente, entendeu? Ele quer ter controle sobre a vida dele."* (Morgana)

Por outro lado, o profissional de saúde reconhece que sua conduta também pode afetar as atitudes e comportamentos dos pacientes. Ao querer impor uma série de regras como parte intrínseca ao tratamento do diabetes, acaba por exigir uma resposta que o paciente não está preparado para oferecer, como ilustra o excerto de fala a seguir:

> *"Então, o que a gente aprende aí, ao longo... Logo que a gente começa a tratar um diabético, a gente vem com um monte de regras e tem uma postura mais... autoritária, não sei se é isso, mas você vê quando era recém-formada, né? Você ficava angustiada, e aí colocava para os pacientes... Quer jogar muita informação de uma vez só, quer mostrar as complicações, e aí você acaba até... atrapalhando, né?"* (Núbia)

O estabelecimento de regras ou aprazamento são estratégias valiosas quando se referem ao contexto em que as contingências naturais operam em longo prazo ou são fracas. O

comportamento relacionado ao seguimento do tratamento tem consequências naturais imediatas muito fracas, sendo primeiramente iniciado a partir das regras, para apenas depois ser mantido por intermédio de suas consequências naturais em longo prazo (COELHO; AMARAL, 2008).

De acordo com o contexto social no qual o indivíduo está inserido, as regras podem auxiliá-lo a lidar de maneira mais eficaz com a doença, quando elas descrevem contingências, ou seja, quando os profissionais de saúde compreendem a relação entre o que o paciente faz, o comportamento emitido e os desdobramentos deste comportamento. Nessa direção, a atuação do profissional de saúde é determinante para o aumento ou diminuição do comportamento emitido, dependendo de como ele faz e age com o paciente. Portanto, quando as regras não descrevem essa relação, isto é, as contingências reais em operação, os efeitos não são os mesmos. Desse modo, o seguimento rígido das regras fornecidas pelos profissionais de saúde pode, com frequência, propiciar riscos para o próprio indivíduo (COELHO; AMARAL, 2008). Tais como, por exemplo, quando a pessoa com diabetes não desenvolve habilidades para discriminar os eventos internos, como sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia.

Por outro lado, a representação elaborada pelos profissionais de saúde denota a estrutura rígida de pensamento cristalizada pela formação acadêmica tradicional, que os faz acreditar que suas recomendações prescritas são a única opção válida para o tratamento do diabetes.

Os depoimentos dos profissionais de saúde revelam que os pacientes conseguem obter melhor controle da doença por meio da contenção de impulsos emocionais. Desse modo, percebem que as regras impostas no tratamento ajudam a operacionalização das contingências (o que deve ser feito, o que faz e para que faz) no curso do tratamento. Portanto, permitir a ventilação dos impulsos emocionais dos pacientes pode constituir uma estratégia efetiva (via reforço) para a obtenção de um bom controle metabólico.

5.2.4 O profissional não dá conta de lidar com as demandas emocionais do paciente mobilizadas pelo tratamento

Nessa categoria, os depoimentos sugerem que os profissionais de saúde ainda estão pouco capacitados para o cuidado com o paciente com diabetes quanto aos aspectos emocionais mobilizados pelo tratamento do diabetes. Uma parte dos relatos expressou que o profissional de saúde tem medo de se deparar com os problemas emocionais do paciente com

diabetes. Outra parte revelou que, apesar do "caminho do medo" ser visto como complicado, pode ser considerado como a via ideal para a obtenção da desejável mudança de comportamento. Por "caminho do medo" entendem-se aquelas estratégias baseadas predominantemente na enunciação das consequências aversivas em decorrência das complicações advindas do mau controle metabólico em longo prazo, tais como: cegueira, amputação de membros inferiores, problemas renais, entre outras.

Portanto, nessa quarta categoria pode-se deduzir que há questões intrínsecas à comunicação estabelecida entre profissional de saúde e paciente. Pode-se presumir dificuldade do profissional em entrar em contato com os aspectos emocionais do paciente, devido às repercussões que esses desencadeiam no próprio profissional.

A seguir, apresentam-se as subcategorias: **O profissional não dá conta de lidar com todos os sentimentos que os pacientes têm dentro de si; *Induzir medo no paciente é um caminho complicado, mas ideal para obtenção da mudança de comportamento; *O profissional tem medo de ouvir os aspectos emocionais do paciente com diabetes mellitus.*

5.2.4.1 O profissional não dá conta de lidar com todos os sentimentos que os pacientes têm dentro de si

Nessa subcategoria, os depoimentos evidenciam que alguns profissionais de saúde não se encontram capacitados para auxiliar o paciente quanto aos seus aspectos emocionais mobilizados pelo tratamento do diabetes, conforme mostram os depoimentos a seguir:

> *"Eu reconheço que muitas vezes eu não dou conta dessas barreiras psicológicas que os pacientes apresentam. Eu preciso do auxílio de um outro profissional, que é o psicólogo."* (Úrsula)

> *"Aspectos emocionais é aquilo que eu falei, eu entendo como é... o que a pessoa desenvolve dentro dela, né? Os sentimentos que ela tem dentro dela. Eu vejo... eu entendo isso. Porque... é... falar de emoção, emocional, é muito complexo dizer isso, porque envolve tudo o que a pessoa tem dentro dela, todos os sentimentos que ela tem dentro dela, né?"* (Leôncio)

No estudo, em questão, os profissionais de saúde não se sentem capacitados para enfrentarem a complexidade envolvida na expressão de sentimentos por parte dos pacientes com diabetes. Essa situação remete à necessidade de compreenderem o paciente tanto no

âmbito físico quanto emocional. No contexto da atenção em diabetes, faz-se importante que o profissional detenha a apreensão integral das necessidades do paciente, que percorrem desde aspectos fisiológicos até os emocionais. A partir dessa visão integral, a comunicação entre paciente e profissional de saúde pode se tornar mais efetiva, com consequente benefício para a adesão ao tratamento.

Já a dificuldade de comunicação em relação aos aspectos emocionais pode influenciar negativamente o estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes, comprometendo a adesão ao tratamento. Dessa maneira, o tipo de linguagem empregada, bem como as orientações oferecidas durante o processo terapêutico, podem dificultar o reconhecimento, por parte do paciente, dos comportamentos emitidos que favorecem o controle da doença (COELHO; WECHSLER; AMARAL, 2008).

Na representação dos profissionais de saúde, a prescrição do tratamento é a única opção válida. Assim, o modo como orientam os pacientes, sobre o que podem ou não fazer ou como devem lidar com seus problemas de saúde, aparece como o único caminho adequado para o tratamento. Essa representação pode promover o distanciamento físico e emocional, constituindo-se assim em barreira para o alcance dos objetivos estabelecidos no plano terapêutico (SILVA et al., 2006).

5.2.4.2 Induzir medo no paciente é um caminho complicado, mas ideal para obtenção da mudança de comportamento

Essa subcategoria expressa as representações dos profissionais de saúde de que, embora o medo seja uma estratégia complicada, é a ideal para a obtenção da mudança de comportamento e prevenção de aspectos emocionais de conotação negativa que podem eclodir nos pacientes, conforme ilustra o depoimento a seguir:

> *"O paciente que começa a... a ter que fazer tratamento com laser e diz: ´Tenho medo de... de perder a visão.` O paciente que começa a sinalizar que o rim precisa ser protegido: ´Tenho medo de hemodiálise, né?` E aí, dependendo de como a pessoa lida com esse medo, o medo pode jogar ela pra frente ou... melhorar a adesão. O excesso de medo também não é bom, né? A pessoa fica, às vezes, muito obsessiva. Muito obsessivo, às vezes, até paciente que usa insulina, quer deixar tão bem controlado que acaba provocando hipoglicemias frequentes, numa obsessão pelo bom controle. Então é... O caminho do medo é sempre complicado, mas é o ideal. O medo das complicações pode levar o paciente a um momento de reavaliação de seu estilo de*

> *vida. O que ele pode fazer para que essas complicações não se agravem, ou que não... venham a acontecer outras, né?"* (Núbia)

A representação do profissional de saúde é de que o medo pode ser uma estratégia efetiva para obtenção das mudanças desejáveis no comportamento dos pacientes com diabetes. No entanto, essa estratégia pode vir a comprometer os aspectos emocionais que asseguram a segurança interna do paciente em relação ao modo como conduz o seu tratamento.

Quando os profissionais de saúde dispensam atenção demasiada ao medo e focam suas recomendações para o controle da doença nas proibições e restrições, eles imprimem uma percepção negativa do diabetes. Essa percepção imprime um aspecto ameaçador em relação ao convívio com a doença, parecendo retirar o prazer de viver, embora alguns profissionais de saúde considerem que a imposição do medo é a via ideal para obtenção da mudança positiva dos hábitos dos pacientes com diabetes. Intervenções que valorizem a possibilidade de conservar o prazer da vida podem ser mais eficientes para a mudança de comportamento, pois levam o paciente a refletir sobre condutas eficazes para o controle da doença (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Ao considerar que o medo, quando bem dosado, pode ser uma estratégia para a adesão ao tratamento, os profissionais de saúde consideram essa estratégia ideal para assegurar a mudança de comportamento. Essa situação provavelmente reflete o pensamento coletivo dos profissionais em relação às situações adversas vivenciadas no seu cotidiano desde a infância, nas quais o reforço para a aquisição dos comportamentos adequados advém de contingências baseadas na imposição do medo das consequências desagradáveis.

5.2.4.3 O profissional tem medo de ouvir os aspectos emocionais do paciente com diabetes *mellitus*

A subcategoria em questão aponta para a representação de que o profissional de saúde não se sente capacitado para lidar com os aspectos emocionais dos pacientes com diabetes, parecendo ter medo de ouvir os aspectos emocionais advindos desses pacientes.

> *"Profissional também tem medo... de ouvir, porque acha que vai estar autorizando a burla das regras do tratamento, acha que vai estar sendo conivente com aquilo. Então, se... se nesse sentido o profissional puder separar, não é que ele vai é... ser... Não é... cúmplice do paciente, o objetivo não é esse, o objetivo é fazer com que o paciente é... tenha um discernimento, mas que não é simples, entende?* [...] *Nós*

> *sabemos que não é simples mesmo. Mas o que eu sinto muitas vezes é que isso... a revolta do profissional, quando o paciente fala de... de algumas questões que ele sente e tem clareza daquilo que ele precisa. Mas ele precisa também, às vezes, desculpa a palavra: vomitar."* (Dalton)

Ao sugerir que o profissional de saúde teme ouvir os aspectos emocionais do paciente com diabetes, o depoimento revela a resistência de alguns profissionais de saúde à escuta dos aspectos emocionais advindos do paciente. Essa resistência pode ser fruto de dificuldades de cunho pessoal do profissional e pode estar relacionada ao desenvolvimento incipiente de recursos internos para lidar com os aspectos emocionais. Desse modo, os profissionais encontram dificuldades para discriminar sentimentos de ações concretas na atenção em diabetes (ARAUJO; SILVA, 2012). Nesse contexto, o profissional necessita desenvolver habilidades em termos de comunicação e relacionamento, no intuito de oferecer apoio sob a forma de ações que minimizem os aspectos emocionais negativos dos pacientes.

Por outro lado, sabe-se que há falta de capacitação das equipes multiprofissionais em relação à educação em saúde. As dificuldades estão relacionadas à formação acadêmica, traduzida por saberes tradicionais, caracterizando as práticas de saúde por meio de conhecimentos transmitidos (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

A representação de que os profissionais de saúde sentem "medo" de oferecer escuta aos aspectos emocionais que emergem dos pacientes com diabetes pode revelar uma dificuldade que a sociedade, de um modo geral, tem de lidar com problemas de ordem psicológica. No pensamento coletivo, problemas psicológicos remetem ao contato com a loucura e ao desvario. Por outro lado, ao disponibilizar sua escuta, o profissional pode temer a mobilização dos seus próprios medos, angústias e outros sentimentos disfóricos.

5.2.5 O profissional reconhece a importância de compreender os aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento, vislumbrando potencialidades do paciente para incorporar as mudanças

Nessa categoria, a representação implícita nos depoimentos dos profissionais de saúde mostrou a valorização da compreensão dos aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento. Desenvolver o potencial para incorporar possíveis mudanças de comportamento em relação aos aspectos emocionais pode gerar benefícios para o controle da doença.

A seguir, apresentam-se as subcategorias: **Construção dos aspectos emocionais a partir da vivência e da história do sujeito; *Potencialidade do grupo como estratégia educativa para o fortalecimento dos aspectos emocionais; *Reconhecimento da possibilidade de mudança no pensar e no agir do paciente; *Percepção da pessoa com diabetes mellitus e não apenas da doença; *Crença do paciente em um poder superior para lidar com seus aspectos emocionais.*

5.2.5.1 Construção dos aspectos emocionais a partir da vivência e da história do sujeito

Nessa subcategoria, o depoimento de uma profissional de saúde destaca que o comportamento que o paciente apresenta em relação à doença e ao tratamento é fruto de uma construção que se processou ao longo de sua história de vida. Ou seja, o paciente com diabetes constrói uma história a partir de suas vivências emocionais. Nesse sentido, há o entendimento de que sua organização emocional é fruto de um processo gradual e singular de construção da personalidade, como mostra o depoimento a seguir:

> *"Eu acredito que cada um tem uma... uma vivência, né? Tem uma história... E que esses aspectos emocionais vão sendo construídos, né? É... mediante tudo o que a pessoa já passou, né? Se ela tem uma atitude mais derrotada, ou uma atitude mais de enfrentamento, né? Ou de mais medo, isso é uma consequência de tudo o que ela já viveu até aquele momento em que ela recebe o diagnóstico e começa a fazer o tratamento."* (Sâmia).

A representação social do profissional de saúde de valorizar a história e a vivência do paciente com diabetes denota o respeito em relação à individualidade do paciente. Reconhece-se que cada paciente tem recursos próprios diferenciados para o enfrentamento do diabetes: uns estariam mais predispostos à expressão dos aspectos emocionais, enquanto outros denotariam menor facilidade para a expressão dessa dimensão da personalidade. A consideração da relevância de se permitir a expressão dos aspectos emocionais pode favorecer o processo terapêutico.

Na educação em saúde, a relação de respeito aos aspectos culturais, sociais e emocionais, bem como às experiências vividas e ao conhecimento trazido pelo paciente, permeiam o processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, a valorização das vivências e da história do paciente possibilita o fortalecimento da autonomia, por meio da educação em

diabetes. Assim, o processo comunicativo efetivo entre pacientes com diabetes e profissionais de saúde, durante o seguimento, pode favorecer o acolhimento dos aspectos emocionais intrínsecos ao tratamento (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

5.2.5.2 Potencialidade do grupo como estratégia educativa para o fortalecimento dos aspectos emocionais

Nessa subcategoria, a representação dos profissionais evidencia a importância conferida ao grupo educativo, oferecido pelos profissionais de saúde com vistas ao fortalecimento dos aspectos emocionais e à mudança de comportamento, conforme se seguem os depoimentos:

> *"Positivo, assim, que eu vejo agora nos grupos, é o interesse dessas pessoas em aprender, a se envolver, é... Às vezes, elas ficam interessadas, mostram... um desejo de melhorar um pouco o tratamento, as condições delas."* (Bianca)

> *"Chegam pra equipe é... contando, são falantes, são... sorridentes. É... como que eu posso dizer? Essa palavra acolhedora mesmo. São carinhosas, são amáveis, gostam de estar ali, então, de compartilhar aquelas dificuldades, são... muito acolhedoras no sentido não só da equipe, mas do outro, tentar ajudar o outro, são... parceiras, são... são amigas, assim, buscam sempre o melhor de si e ajudar o outro também, tirar o outro daquela situação."* (Úrsula)

> *"Eu acho que a equipe é muito importante, quem tá lidando com esse paciente tem que reconhecer, né? Que essa situação é uma situação é... que exige é... uma motivação muito grande por parte de todas as pessoas que estão lidando com esses sentimentos, com esse medo, com essa doença, que essa motivação precisa de conhecimentos, é... técnicos e corretos, né? Sobre a doença pra que essas informações sejam passadas de maneira bastante esclarecida, pra que esse paciente não seja perdido... Não fique buscando curas e operações milagrosas aí pra resolver e que ele seja motivado a participar desse tratamento, a ser ativo, e eu acredito que a gente consegue é... estimular essas pessoas a participarem desse cuidado, desse tratamento, é... de acordo com o grau aí, né? Ou com a característica de cada um deles, alguns a gente percebe que realmente acabam não conseguindo caminhar juntos, a gente tem essa vontade de que todos fossem, né? Mas, não vai, às vezes você não consegue mesmo motivar, mas, eu acho que... meu sentimento é que a gente vai tentar sempre... A equipe deve motivar o paciente, estimular ele a participar desse tratamento de uma maneira bastante ativa, bastante esclarecedora pra ele. Eu acho que é assim que a gente consegue ajudá-lo."* (Sâmia)

O profissional sente-se gratificado ao constatar as manifestações de crescimento emocional do paciente, expresso na atitude de reconhecimento pela oportunidade recebida.

> *"Eu acho que sempre há um sentimento assim de... de gratidão, de... eu acho que de gratidão, é isso que a gente mais vê, aquele paciente que adere ao tratamento, que vê os resultados, normalmente ele é muito agradecido, assim, por ter tido a oportunidade de mudar o quadro, de melhorar, de ter tido a oportunidade de se orientar e de se tratar, né? E de ter tido acesso a uma educação em diabetes, por ter tido acesso a um grupo de... de educação ou ao tratamento individual, eu acho que é quando eles estão bem, que eles aderiram ao tratamento, que o resultado legal vem, é um sentimento de gratidão."* (Dalton)

O espaço de tratamento é significado pelos profissionais como contexto de desenvolvimento de potencialidades e como lugar para os pacientes veicularem suas emoções:

> *"Enquanto, assim... os pacientes vão se desenvolvendo dentro do grupo, eu pude ver inúmeros sentimentos, inúmeras emoções, surgindo deles."* (Aílton)

> *"É extremamente relevante a emoção no tratamento do paciente diabético, é muito importante, ele tem que ser levado em conta por toda equipe de saúde."* (Morgana)

A representação social dos profissionais de saúde aponta que os pacientes com diabetes, quando inseridos em um grupo educativo, podem expressar e organizar suas emoções, de modo a lidarem com os aspectos disruptivos despertados pela doença. Podem, também, desenvolver suas potencialidades com vistas à mudança do estilo de vida, que por sua vez favorece o fortalecimento dos aspectos emocionais. Ou seja, ao aprenderem a lidar com as emoções negativas, os pacientes sentem-se motivados e preparados para expressar os aspectos emocionais de conotação positiva.

O trabalho em grupo apresenta duas facetas: uma terapêutica, caracterizada pela existência de abertura, no grupo, para o relato de sentimentos, ansiedades e temores em relação ao que as pessoas pensam a respeito de determinada questão e a forma como agem em relação à mesma; e outra faceta, pedagógica, desenvolvida na articulação das informações oferecidas pelo coordenador do grupo, e nas experiências narradas e compartilhadas pelos demais pacientes em relação a um determinado tema (ALMEIDA; SOARES, 2010). Para os pacientes com diabetes, a realização da atividade de grupo propicia compartilhar a experiência de ter diabetes com os outros pacientes, que também vivenciam necessidades, angústias e dificuldades semelhantes.

Desse modo, o grupo funciona como uma matriz que auxilia o paciente a organizar os aspectos emocionais, caracterizando-se como um espaço mobilizador de processos de

interação e apoio mútuo. Esse processo favorece a aprendizagem, por meio da criação de maior interação entre os pacientes do grupo. As situações desafiadoras para o enfrentamento cotidiano do diabetes também são abordadas e o paciente é dotado de conhecimentos amplos e incentivado a assumir uma postura ativa e autônoma para o cuidado. O diálogo é estimulado, reforçando a aprendizagem por meio do contato com o outro (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Em suas representações, os profissionais de saúde reconhecem o grupo como um espaço permissivo onde os pacientes podem expressar os aspectos emocionais envolvidos no tratamento, em contraposição ao medo de ouvir os pacientes verbalizarem sobre as dificuldades de lidar com as emoções suscitadas pelo tratamento.

5.2.5.3 Reconhecimento da possibilidade de mudança no pensar e no agir do paciente

Essa subcategoria abarca as representações dos profissionais sobre a crença na possibilidade de implementar mudanças positivas no pensar e no agir dos pacientes com diabetes, o que pode favorecê-los a lidar com seus aspectos emocionais, conforme, a seguir, os depoimentos:

> *"O paciente diz: ´Nossa! Eu tô comendo muito melhor agora, eu tô muito... Nossa! Emagreci! Que legal! Tô fazendo atividade física! Parei de fumar!` Então, ele consegue se amar, falar assim: ´Nossa! Como eu mudei! Como eu sou capaz! Eu tenho capacidade!` Então, a adesão ao tratamento acontece quando há essa... essa quebra, essa mudança na forma de pensar e de agir."* (Úrsula)

> *"Se o paciente consegue... ter... aspectos emocionais relacionados ao diabetes... aspectos positivos, emoções positivas que o levem a... esses aspectos positivos. Então, eu acredito, consequentemente, que esse paciente vai ter um sucesso superior comparado com aqueles que têm sentimentos negativos, com relação a si e à doença. Então, eles vão, com certeza, controlar muito melhor sua glicemia e ter muitos anos de vida, provavelmente com complicações crônicas muito mais tardias quando comparados aos pacientes que têm aspectos emocionais negativos, tristeza, depressão."* (Núbia)

Os profissionais de saúde reconhecem que as alterações no pensamento e nas ações dos pacientes com diabetes podem desencadear mudança e melhoria de sua qualidade de vida.

A elaboração dos sentimentos, ansiedades e significados das relações estabelecidas entre os pacientes pode promover a modificação no modo de pensar e agir (ALMEIDA;

SOARES, 2010). Isso pode ter desdobramentos para a mudança de comportamento em relação aos aspectos emocionais envolvidos no seguimento do plano alimentar, no incremento da prática da atividade física e na adesão aos medicamentos.

5.2.5.4 Percepção da pessoa com diabetes *mellitus* e não apenas da doença

A representação do profissional de saúde aponta para uma mudança profunda de paradigma em relação ao processo saúde-doença, uma vez que defende que o profissional de saúde deve perceber o paciente com a doença e não a doença isoladamente, evidenciando avanços na consolidação dos princípios do SUS, conforme o depoimento reproduzido a seguir:

> *"São sentimentos de... de... se sentir com uma doença, mas não ser doente, né? Eu acho que são sentimentos, assim, de se sentirem pessoas... com uma doença, mas, não uma pessoa que se entrega à doença... Não se deixar tomar pela doença."* (Aílton)

Essa mudança paradigmática possibilita um olhar ampliado, que transcende o modelo médico. Nesse novo olhar, o profissional de saúde percebe o paciente com diabetes e não a doença fora do contexto em que ela é produzida. Isso revela a mudança do pensamento em relação ao ponto de vista biomédico, que é centrado na doença, para um foco mais humanitário e centrado nas necessidades integrais da pessoa.

Os profissionais de saúde, devido à alta demanda de usuários nos serviços de saúde, geralmente desenvolvem práticas prescritivas que desvinculam os indivíduos de seu contexto de vida, identificando-os como meros receptáculos da doença. Desse modo, a mudança de paradigma em saúde do atendimento centrado na doença para o centrado na pessoa passa também pela transformação do processo de trabalho em saúde (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

A representação dos profissionais de saúde, ao colocar o foco na pessoa e não na doença, possibilita a qualificação da atenção em diabetes, de acordo com os princípios norteadores do SUS, em particular a humanização em saúde, valorizando os aspectos emocionais envolvidos na doença.

5.2.5.5 Crença do paciente em um poder superior para lidar com seus aspectos emocionais

De acordo com a representação elaborada por alguns profissionais de saúde, a religiosidade pode propiciar um contexto facilitador para que os pacientes com diabetes lidem com seus aspectos emocionais:

> *"A pessoa tem que ter algo... Assim, tem que ter essa força, tem que pensar... A religião é algo muito importante. Então, a religiosidade, acreditar em algo, também, que está acima dele, que vai ajudá-lo, principalmente os pacientes mais idosos, que são muito voltados a isso. E então, há essa... Naturalmente, esse paciente consegue passar por essa fase de... de tristeza, de perda e luto, e consegue ver algo positivo, de mudança."* (Úrsula)

O profissional de saúde reconhece que a crença em uma força superior pode contribuir para amenizar a dor e a tristeza advindas de se ter uma doença, como o diabetes, por toda a vida. Também, ratifica que tal crença beneficia o alívio da ansiedade, da preocupação demasiada e de outros sentimentos de conotação negativa.

Estudo realizado com 534 indivíduos com diabetes, no leste da Carolina do Norte, que explorou os pensamentos e sentimentos de pacientes com diabetes, revelou que as estratégias utilizadas mais frequentemente para enfrentar a doença foram relacionadas à: espiritualidade (recorrer à oração), apoio, metáforas e valorização/gratidão, entre outras (HARRIS; POKORNY, 2012).

A espiritualidade pode constituir-se em estratégia de enfrentamento do paciente ante a doença, uma vez que o próprio paciente poderá personalizar seu processo saúde-doença, em busca da sobrevivência e com apego à fé, para tornar mínimo seu sofrimento ou conseguir maximizar sua esperança de cura ao longo do tratamento. Desse modo, o reconhecimento da espiritualidade como estratégia de enfrentamento e a identificação das carências espirituais do paciente possibilitam o planejamento da atenção integral (GUERRERO et al., 2011). No caso do paciente com diabetes, a espiritualidade pode ser um recurso valioso para manter a autoconfiança e a esperança no seguimento de um tratamento que irá perdurar pela vida inteira.

5.2.6 Os aspectos emocionais do paciente, relacionados ao tratamento, têm altos e baixos, avanços e recuos

Nessa categoria, os depoimentos configuram uma representação social dos profissionais de saúde que situa os pacientes com diabetes como aqueles que apresentam altos e baixos, recuos e avanços, no decorrer do tratamento. A seguir, apresenta-se a subcategoria: **As fases, vivenciadas pelo paciente, podem ir e vir... Os sentimentos de aceitação e negação da doença são cíclicos.*

5.2.6.1 As fases, vivenciadas pelo paciente, podem ir e vir... Os sentimentos de aceitação e negação da doença são cíclicos

Para os profissionais de saúde, os sentimentos dos pacientes com diabetes oscilam, podendo ir e vir de acordo com uma dinâmica cíclica. Os depoimentos dos profissionais de saúde, a seguir, expressam essa idéia:

> *"As fases podem ir e vir, né? A pessoa de repente está tranquila, assumindo... que é diabético, que precisa cuidar bem de si. De repente, "tira férias" da monitorização, do tratamento... Esquece que é diabético. Vem a negação de novo. Então, as fases podem ir e vir, né? E, dependendo do que ela passa também, né? Se ela está vivendo alguma complicação ou não... Mas, sempre os mais frequentes... eu acho que são essas... a negação, o medo e, às vezes, a revolta. Mas isso, com o tempo vai passando."* (Núbia)

> *"Minhas crenças seriam... a respeito de que os sentimentos... eles sempre passam, né? É meio cíclico, né? A questão do... desses sentimentos que envolvem o diabetes. E o que eu acredito é que eles sempre estão passando pela aceitação, pela negação, pela barganha... pela aceitação, daqui a pouco nega de novo... Isso vai é... mudando à medida que... vai mudando mesmo alguma coisa dentro do tratamento, que vão mudando... situações na vida dele."* (Wirna)

> *"Alguns... devem ficar perplexos, alguns devem ficar com muita raiva, do mundo, da doença, alguns devem ficar muito... Alguns devem ficar é... extasiados, alguns devem ficar muito... deprimidos. Alguns vão ter um processo de enfrentamento muito bom."* (Aílton)

Os profissionais de saúde revelaram que os aspectos emocionais dos pacientes com diabetes oscilam, podendo ter um caráter cíclico de “idas e vindas”, e uma natureza instável, ou seja, ao mesmo tempo em que estão tranquilos, podem apresentar sentimentos de fragilidade, ansiedade, entre outros.

Os sentimentos vivenciados parecem dotados de ambiguidade, contradições e oscilações cíclicas. Ao mesmo tempo em que se observa a determinação e vontade em relação ao conviver com o diabetes, não o colocando como problema insuperável em suas vidas, podem-se observar, também, atitudes que mostram uma vivência ansiosa, triste, desanimada, permeada pelo medo das complicações que podem advir da doença (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Os profissionais de saúde, ao lidarem com o diabetes *mellitus* e com a complexidade envolvida em seu manejo, reconhecem as recaídas dos pacientes como inerentes ao processo de convivência com uma condição crônica. Essa representação mostra que alguns profissionais já estão capacitados para o acolhimento das demandas emocionais no processo saúde-doença. Sabem que no controle da doença estão envolvidos fatores intrínsecos e extrínsecos inerentes ao indivíduo e ao seu ambiente social e familiar. Nessa direção, ao considerar que o indivíduo com diabetes inevitavelmente vivencia altos e baixos, as expectativas dos profissionais e pacientes também são componentes a serem considerados no processo terapêutico, de modo a reduzir a frustração com resultados inesperados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, as representações sociais dos profissionais de saúde sobre os aspectos emocionais dos pacientes com diabetes foram configuradas nas seguintes categorias:

Na primeira categoria: **O paciente deve ser considerado em seus aspectos emocionais e comportamentais**, as representações sociais dos profissionais de saúde mostraram que os pacientes com diabetes "são" revoltados, rebeldes e relutantes, entre outras, em relação ao cumprimento do plano terapêutico.

Na segunda categoria: **Os aspectos emocionais do paciente suscitam uma atitude refratária ao tratamento**, os depoimentos traduziram a representação dos profissionais de saúde de que os pacientes "dão rasteira" nos profissionais e cumprem apenas parte do tratamento. Essas táticas utilizadas para "burlar" o tratamento são esquemas ("jeitinhos") culturalmente aprendidos e tolerados em nossa cultura sempre que o indivíduo se vê diante de desafios percebidos como intransponíveis.

Na terceira categoria: **A contenção dos impulsos emocionais por parte do paciente favorece o controle da doença,** a representação social dos profissionais de saúde está alicerçada na ideia de que os aspectos emocionais influenciam no cumprimento de regras fundamentais para o seguimento do tratamento, interferindo, assim, no bom controle metabólico.

Na quarta categoria: **O profissional não dá conta de lidar com as demandas emocionais do paciente mobilizadas pelo tratamento,** os depoimentos obtidos sugerem uma representação social de que os profissionais de saúde ainda estão pouco capacitados para o cuidado com o paciente com diabetes quanto aos aspectos emocionais mobilizados pelo tratamento do diabetes. O profissional de saúde tem medo de se deparar com os aspectos emocionais do paciente com diabetes. A despeito do "caminho do medo" ser visto como complicado, também é considerado como aquele que leva à obtenção da mudança de hábitos que podem favorecer o bom controle metabólico.

Na quinta categoria: **O profissional reconhece a importância de compreender os aspectos emocionais do paciente em relação ao tratamento, vislumbrando potencialidades do paciente para incorporar as mudanças,** as representações levam em consideração a possibilidade de desenvolver o potencial do paciente para incorporar possíveis mudanças de comportamento em seus aspectos emocionais, o que pode gerar benefícios para o controle da doença. Destaca-se o grupo educativo como estratégia de educação em saúde

capaz de oferecer um espaço para a ventilação dos aspectos emocionais, e a mudança de foco da percepção da doença para a percepção da pessoa com diabetes.

Na sexta categoria: **Os aspectos emocionais do paciente, relacionados ao tratamento, têm altos e baixos, avanços e recuos,** os depoimentos configuram uma representação social dos pacientes com diabetes como apresentando altos e baixos, recuos e avanços, no decorrer do tratamento.

No presente estudo, as representações sociais são concebidas como construções mentais dos profissionais de saúde em torno da realidade pertinente aos aspectos emocionais de pacientes com diabetes. Nesse sentido, foi importante compreender os contextos sociais, ideativos e materiais em que os profissionais de saúde estão inseridos, para que pudessem ser apreendidos os conceitos, valores, crenças e ideias presentes nos depoimentos dos profissionais de saúde em relação ao objeto da pesquisa, que foram as representações sociais sobre os aspectos emocionais de pacientes com diabetes.

As representações sociais não se limitam a apontar os aspectos emocionais intrínsecos ao paciente que constituem barreiras ao seguimento do plano terapêutico, mas também remetem à relação estabelecida entre profissional de saúde e paciente. Salientam a dificuldade do profissional em entrar em contato com os aspectos emocionais do paciente, em decorrência das repercussões afetivas que esses mobilizam no próprio profissional. Isso mostra a necessidade de investir na qualificação dos profissionais na atenção em diabetes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, p. 1123-1132, jun. 2010. Suplemento 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2009. **Diabetes Care**, New York, v. 32, p. S13-S61, Jan. 2009. Supplement 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standard of medical care in diabetes-2011 (Position Statement). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, p. S62-S69, Jan. 2011. Supplement 1.

AMORIM, I. L.; COELHO, R. Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. **Psicologia, Saúde & Doenças,** Lisboa, v. 9, n. 2, p. 319-333, 2008.

ANDERSON, B. J.; RUBIN, R. R. Understanding psychological issues that affect self-care. In: _____. **Practical psychology for diabetes clinicians**: effective techniques for key behavioral issues. 2nd ed. New York: American Diabetes Association, 2002. p. 209-239.

ANDERSON, R. M.; FITZGERALD, J. T.; WISDOM, K.; DAVIS, W. K.; HISS, R. G. A comparison of global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. **Diabetes Care**, New York, v. 20, n. 3, p. 299-305, Mar.1997.

ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 121-129, jan./mar. 2012.

ARÁUZ, A. G.; SÁNCHEZ, G.; PADILLA, G.; FERNÁNDEZ, M.; ROSELLÓ, M.; GUZMÁN, S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 9, n. 3, p. 145-153, Mar. 2001.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti**: Qualitative data analysis. Disponível em:< http://www.atlasti.com>. Acesso em: 14 maio 2012.

BALHARA, Y. P. S.; SAGAR, R. Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, Mumbai, v. 15, p. S50-S54, Jul. 2011. Supplement 1.

BALLAS, Y. G.; ALVES, I. C. B.; DUARTE, W. F. Ansiedade em adolescentes portadores de diabetes mellitus. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 124, p. 111-125, jun. 2006.

BANDEIRA-DE-MELLO, R. Softwares em pesquisa qualitativa. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 429-460.

BARBOSA, J. A. G.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 235-242, mar./abr. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BERG, B. L. **Qualitative research methods for the social sciences**. New York: Allyn & Bacon, 2003.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Entrevistas**: formatos, modelos e análises. Ribeirão Preto, 1993. Mimeografado.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. v. 1, p. 135-157.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência.** 2. ed. Brasília, 2006.

BRICARELLO, S.; BRICARELLO, L. Diabetes e emoção. **Jornal do Centro BD de Educação em Diabetes**, São Paulo, ano 15, n. 57, fev./mar./abr. 2000.

CHEN, S. M.; CREEDY, D.; LIN, H. S.; WOLLIN, J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, New York, v. 49, n. 6, p. 637-644, 2012.

CLAVIJO, M.; CARVALHO, J. J.; RIOS, M.; OLIVEIRA, I. R. Transtornos psiquiátricos em pacientes diabéticos tipo 2 em distrito docente assistencial de Rio Branco – Acre. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria,** São Paulo, v. 64, n. 3b, p. 807-813, set. 2006.

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. **Psico-USF**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 243-251, jul./dez. 2008.

COELHO, C. R.; WECHSLER, A.; AMARAL, V. L. A. R. Dizer e fazer: a prática de exercícios físicos em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 29-38, jun. 2008.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes Mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 65-71, mar. 2009.

DEBRAY, R. **O equilíbrio psicossomático:** e um estudo sobre diabéticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage, 2005.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

DOISE, W. Les representations sociales: définition d'un concept. In: DOISE, W. ; PALMONARI, A. (Orgs.). **L'étude des représentations sociales**. Paris: Delachaux & Niestlé, 1986. p. 81-94.

DOMENECH, M. I.; ASSAD, D.; MAZZEI, M. E.; KRONSBEIN, P.; GAGLIARDINO, J. J. Evaluation of the effectiveness of an ambulatory teaching/treatment programme for non-insulin dependent (type 2) diabetic patients. **Acta Diabetologica**, Berlin, v. 32, n. 3, p. 143-147, Sep. 1995.

DUARTE, C. K.; ALMEIDA, J. C.; MERKER, A. J. S.; BRAUER, F. O.; RODRIGUES, T. C. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 215-221, mar./abr. 2012.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. São Paulo: Ícone, 1994.

DURKIN, J. **Expert system**: design and development. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1994.

FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 46-51, jan./fev. 2009.

FARR, R. Representações sociais: teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-59.

FERRAZ, A. E. P.; ZANETTI, M. L.; BRANDÃO, E. C. M.; ROMEU, L. C.; FOSS, M. C.; PACCOLA, G. M. G. F.; PAULA, F. J. A.; GOUVEIA, L. M. F. B.; MONTENEGRO JUNIOR, R. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no Ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 170-175, abr./jun. 2000.

FRÁGUAS, R.; SOARES, S. M. S. R.; BRONSTEIN, M. D. Depressão e diabetes mellitus. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, p. 93-99, 2009. Suplemento 3.

FRANCIOSI, M.; PELLEGRINI, F.; DE BERARDIS, G.; BELFIGLIO, M.; CAVALIERE D.; DI NARDO, B.; GREENFIELD, S.; KAPLAN, S. H.; SACCO, M.; TOGNONI, G.; VALENTINI, M.; NICOLUCCI, A. The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients: an urgent need for better educational strategies. **Diabetes Care**, New York, v. 24, n. 11, p. 1870-1877, Nov. 2001.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil municipal de Ribeirão Preto.** 2011. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php. Acesso em: 16 mar. 2013.

FUNNELL, M. M.; ANDERSON, R. M. Empowerment and self-management of diabetes**. Clinical Diabetes,** New York, v. 22, n. 3, p. 123-127, Jul. 2004.

GAGLIARDINO, J. J.; ETCHEGOYEN, G. A model educational program for people with type 2 diabetes: a cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). **Diabetes Care**, New York, v. 24, n. 6, p. 1001-1007, Jun. 2001.

GERBASI, L. P.; SANTOS, M. A. **Representações sociais do processo saúde-doença em portadores de diabetes mellitus tipo 2**. 2006. 79 f. Monografia (Conclusão de Curso) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GRAÇA, L. A. C.; BURD, M.; MELLO FILHO, J. Grupos com diabéticos. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Grupo e corpo:** psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 213-232.

GROSS, C. C. **Versão brasileira da Escala PAID (Problem Areas in Diabetes):** Avaliação do impacto do Diabetes na qualidade de vida. 2004. 60 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

GROSSI, S. A. A. Educação para o controle do diabetes mellitus. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 155-167. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2011.

GUBA, E. **Toward a methodology of naturalistic inquiry in educational evaluation**. Los Angeles: Center for the Study of Evaluation, 1978. (Monograph Series, 8).

GUYATT, G.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine,** Philadelphia, v. 118, n. 8, p. 622-629, Apr. 1993.

GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, jan./fev. 2011.

HARRIS, S. T.; POKORNY, M. E. Living with diabetes: what patients are saying. **Care Management Journals,** New York, v. 13, n. 2, p. 46-50, 2012.

HENRIQUES, F. A. O aprendizado após a juventude: discutindo o conceito de “adulto” e as tendências pedagógicas modernas. **Revista FACEVV**, Vila Velha, n. 2, p. 16-21, 2009.

JODELET, D. Les representations sociales: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p. 357-378.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In:_____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.

LOOK AHEAD RESEARCH GROUP. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the Look AHEAD trial. **Diabetes Care**, New York, v. 30, n. 6, p. 1374-1383, Jun. 2007.

LOPES, A. A. F. O gênero do cuidado de si: as implicações da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. **Cadernos Pagu,** Campinas, n. 36, p. 345-374, jan./jun. 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia,** São Paulo, v. 48, n. 2, p. 261-266, abr. 2004.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-77, jan./abr. 2005.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Aspectos emocionais de crianças diabéticas: experiência de atendimento em grupo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 345-350, abr./jun. 2008.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, 2006.

MARTINS, G. L.; TANAKA, R. M.; CAMPOS, N. B.; DALBOSCO, I. S. Prevalência de depressão em mulheres com diabetes mellitus tipo 2 na pós-menopausa. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia,** São Paulo, v. 46, n. 6, p. 674-678, dez. 2002.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p.207-213, mar./abr. 2002.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, maio 2010.

MOREIRA, A. S. P. **A epilepsia e a Aids na concepção do conhecimento cotidiano**. 1998. 228 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MOREIRA, R. O.; PAPELBAUM, M.; APPOLINÁRIO, J. C.; MATOS, A. G.; COUTINHO, W. F.; MEIRELLES, R. M. R.; ELLINGER, V. C. M.; ZAGURY, L. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia,** São Paulo, v. 47, n. 1, p. 19-29, fev. 2003.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image, son public**. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 7-16.

MUHR, T. Atlas/Ti: a ptototype for the support of text interpretation. **Qualitative Sociology,** New York, v. 14, n. 4, p. 349-371, Dec. 1991.

NARANJO, D. M.; FISHER, L.; AREÁN, P. A.; HESSLER, D.; MULLAN, J. Patients with type 2 diabetes at risk for major depressive disorder over time. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 9, n. 2, p. 115-120, Mar./Apr. 2011.

OLIVEIRA, N. F.; SOUZA, M. C. B. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 301-307, mar./abr. 2011.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 101-108, jan./fev. 2008.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 389-395, maio/jun. 2008.

PEYROT, M.; RUBIN, R. R. Persistence of depression in diabetic adults. **Diabetes Care**, New York, v. 22, n. 3, p. 448-452, Mar. 1999.

PENCKOFER, S.; QUINN, L.; BYRN, M.; FERRANS, C.; MILLER, M.; STRANGE, P.Does glycemic variability impact mood and quality of life? **Diabetes Technology & Therapeutics,** Larchmont, v. 14, n. 4, p. 303-310, Apr. 2012.

POVEY, R. C.; CLARK-CARTER, D. Diabetes and healthy eating: a systematic review of the literature. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 33, n. 6, p. 931-959, Nov./Dec. 2007.

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In:_____. **Saúde e doença**: um enfoque antropológico. Bauru: Edusc, 2003. cap. 1, p. 25-47.

RÊGO, M. A. B. Educação para saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 263-265, 2008.

RIBAS, C. R. P. **Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Interamerican Journal of Psychology**, Gainesville, v. 45, n. 2, p. 255-262, 2011.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um Programa de Educação em Saúde. **Revista Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 203-208, abr./jun. 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Saúde Ribeirão Preto:** 2005-2008. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

RICCO, R. C.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; SILVA, R. C. M. A.; GÓNGORA, D. V. N.; PEROZIM, L. M.; CORDEIRO, J. A. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais. **HB Científica,** São José do Rio Preto, v. 7, n. 3, p. 156-160, 2000.

RODRIGUES, R. A. P.; ANDRADE, O. G.; MARQUES, S. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 7-12, jan. 2001.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, jun. 2010.

RUBIN, R. R. Psychosocial assessment. In: AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. **A core curriculum for diabetes education**. 3rd ed. Chicago: American Association of Diabetes Educators, 1998. p. 87-118.

SALLES, L. M. F. Representação social e cotidiano. **Revista Didática**, Assis, v. 26/27, p. 11-20, 1991.

SANTOS, E. C. B.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; SANTOS, M. A. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 397-406, maio/jun. 2005.

SANTOS, M. A.; ALVES, R. C. P.; OLIVEIRA, V. A.; RIBAS, C. R. P.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 651-658, 2011.

SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 125-129, mar. 2008.

SARRAFZADEGAN, N.; KELISHADI, R.; ESMAILLZADEH, A.; MOHAMMADIFARD, N.; RABIEI, K.; ROOHAFZA, H.; AZADBAKHT, L.; BAHONAR, A.; SADRI, G.; AMANI, A.; HEIDARI, S.; MALEKAFZALI, H. Do lifestyle interventions work in developing countries? Findings from the Isfahan Healthy Heart Program in the Islamic Republic of Iran. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 87, n. 1, p. 39-50, Jan. 2009.

SASS, A; GRAVENA, A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON. S. S. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext>. Acesso em: 18 maio 2011.

SILVA, D. G. V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; MATTOSINHO, M. M. S.; COELHO, M. S.; SANDOVAL, R. C. B.; CUNHA, M. A.; FERREIRA, N. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 297-302, maio/jun. 2006.

SNOEK, F. J. Self management education and good professional consultation skills for patients with diabetes. **British Medical Journal,** London, v. 344, p. 2673, 2012.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

TAVARES, C. M. M.; TEIXEIRA, E. R. Trabalhando com Representações Sociais na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. (Org.). **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 4, p. 51-59.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1039-1047, jul./ago. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

VALA, J. Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia social**. 5. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.

WAGNER, J. A.; TENNEN, H.; OSBORN, C. Y. Lifetime depression and diabetes self-management in women with Type 2 diabetes: a case-control study. **Diabetic Medicine**, Chichester, v. 27, n. 6, p. 713-717, Jun. 2010.

WAGNER, W.; ELEJABARRIETA, F. Representaciones sociales. In: MORALES, J. F. (Org.). **Psicología social**. Madrid: McGraw-Hill, 1994. p. 815-842.

WELCH, G. W.; WEINGER, K.; ANDERSON, B.; POLONSKY W. H. Responsiveness of the Problem Areas in Diabetes (PAID) questionnaire. **Diabetic Medicine**, Chichester, v. 20, n. 1, p. 69-72, Jan. 2003.

ZANETTI, M. L.; BIAGG, M. V.; SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; TEIXEIRA, C. R. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-192, mar./abr. 2008.

ZÚÑIGA H., F.; INZUNZA C., C.; OVALLE G., C.; VENTURA W., T. Diabetes mellitus tipo 1 y psiquiatría infanto-juvenil. **Revista Chilena de Pediatria,** Santiago, v. 80, n. 5, p. 467-474, Oct. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Projeto de Pesquisa: Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*

Pesquisadora: Camila Rezende Pimentel Ribas - Pesquisadora Responsável

1) DADOS PESSOAIS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____

Data de nascimento:_____

Sexo:_____

Estado Civil:_____

Escolaridade: _____

Nacionalidade:_____

Naturalidade: _____

Formação: _____

Tempo de formação: _____

Especialização: _____

Pós-graduação (área): _____

Profissão: _____

Tempo de atuação em grupo de educação em diabetes: _____

Faixa etária dos pacientes atendidos: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questão norteadora: *"Quais os significados que você, como profissional de saúde, atribui aos aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus?"*

TÓPICOS ABORDADOS:

•Conhecimentos relativos aos aspectos emocionais

•Pensamentos em relação aos aspectos emocionais de pacientes com diabetes no diagnóstico

•Pensamentos em relação aos aspectos emocionais de pacientes com diabetes que estão em tratamento

•Comportamentos perante os aspectos emocionais de pacientes com diabetes e com complicações crônicas

•Comportamentos perante os aspectos emocionais de pacientes com diabetes e sem complicações crônicas

•Sentimentos em relação aos aspectos emocionais de pacientes com adesão ao tratamento de diabetes

•Sentimentos em relação aos aspectos emocionais de pacientes sem adesão ao tratamento de diabetes

•Crenças referentes aos aspectos emocionais de pacientes com diabetes no cotidiano

•Conte-me uma experiência profissional com pacientes adultos com diabetes *mellitus*, que tenha sido marcante em sua vida, na qual aspectos emocionais estiveram presentes.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Camila Rezende Pimentel Ribas, psicóloga, doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP, estou desenvolvendo o seguinte estudo: *Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus*; com o objetivo de identificar o que profissionais de saúde pensam a respeito dos aspectos emocionais de pacientes adultos com diabetes *mellitus*.

Desse modo, venho convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa. A sua participação consistirá em responder a seguinte pergunta: "Quais os significados que os profissionais de saúde atribuem aos aspectos emocionais relacionados ao diabetes *mellitus*?". Para seu conforto, a entrevista será realizada no domicílio de cada profissional de saúde, no dia e horário estipulados pelo(a) senhor(a) e terá duração aproximada de uma hora.

Vale esclarecer que não há respostas erradas ou certas, o importante é conhecer sua opinião. A sua colaboração poderá fornecer informações importantes e úteis para o planejamento de grupos de educação em diabetes, por profissionais de saúde.

Se concordar, gostaria de gravar nossa entrevista com a finalidade de obter as respostas exatamente como o(a) senhor(a) respondeu. Informo ainda, que manterei o **sigilo** das informações obtidas e que essas informações ficarão sob minha responsabilidade. Dessa forma, gostaria de enfatizar que se aceitar participar desta pesquisa, não será prejudicado(a) e **seu nome não será divulgado**, mantendo-se no **anonimato**.

É importante comentar que **não será recebido qualquer incentivo direto e/ou remuneração por meio da participação na pesquisa, sendo a participação voluntária.**

Solicito consentimento para divulgar a pesquisa em eventos científicos e publicar os dados em revistas especializadas.

O senhor(a) poderá retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar desse estudo, sem nenhum prejuízo ou punição.

O(a) senhor(a) poderá recusar a responder as perguntas ou interromper no momento que desejar.

Informo que o(a) senhor(a) receberá uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada por mim (pesquisadora responsável).

O(a) senhor(a) poderá entrar em contato comigo por meio do meu telefone residencial: (16) 3877-5468, ou pelo celular (16) 9182-2001, ou pelo meu e-mail: camilar.p.ribas@usp.br, ou ainda se preferir pelo meu endereço residencial: Rua Garibaldi, nº. 715, apto. 71, para esclarecimentos de quaisquer dúvidas que possam surgir em relação a esse estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

_____

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

_____

Camila Rezende Pimentel Ribas - Pesquisadora Responsável

ANEXO

ANEXO

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 142/2012

Ribeirão Preto, 22 de março de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de março de 2012.

Protocolo CAAE: 00610312.4.0000.5393

Projeto: Representação social de profissionais de saúde sobre aspectos emocionais relacionados ao diabetes mellitus.

Pesquisadores: Maria Lucia Zanetti
Camila Rezende Pimentel Ribas

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Maria Lucia Zanetti
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP