**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Camila Rezende Pimentel Ribas

**Representações sociais dos alimentos para pessoas
com diabetes mellitus tipo 2**

RIBEIRÃO PRETO

2009

Camila Rezende Pimentel Ribas

**Representações sociais dos alimentos para pessoas
com diabetes mellitus tipo 2**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

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

Orientadora: Profª Drª Maria Lúcia Zanetti

RIBEIRÃO PRETO

2009

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ribas, Camila Rezende Pimentel

Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Ribeirão Preto, 2009.

129 p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Zanetti, Maria Lúcia.

1. Diabetes Mellitus. 2. Doença crônica. 3. Alimentos. 4. Representação. 5. Psicologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: RIBAS, Camila Rezende Pimentel

Título: Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos participantes desta pesquisa, que com sua luta nos ensinam a perseverar...

Com toda minha verdade, anseio poder contribuir com este estudo para a ampliação de estratégias educativas, pertinentes à elaboração de programas de educação em diabetes, nas instituições de saúde.

Esta será, com certeza, a lição mais difícil de minha vida...

HOMENAGEM ESPECIAL

À minha orientadora querida Prof^a Dr^a Maria Lúcia Zanetti, com quem aprendi muito mais que seus primorosos e minuciosos ensinamentos acadêmicos, fundamentais ao meu crescimento intelectual e científico... Aprendi com seu caráter, dignidade, generosidade, autenticidade, honestidade, solidariedade, humildade e sabedoria, intrínsecos somente aos verdadeiros mestres. A oportunidade em ser sua orientanda plantou sementes indeléveis em minha vida. “Obrigada por ser exemplo de excelência na docência e na vida pessoal; e por personificar a união da competência com a doçura”.

Minha gratidão é eterna...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **DEUS**, por me presentear a cada dia com minha saúde física e mental, ofertando-me “olhos” hábeis para poder enxergar, por dentro e por fora, cada pessoa que estiver ao meu redor. “Obrigada, Senhor, por me desvelar que as palavras devem ser a embalagem dos pensamentos, já que um olhar diz muito mais que um jorro de palavras”.

Ao meu pai Luiz Augusto (*in memoriam*), pelo seu irretocável exemplo moral que me fez valorizar os verdadeiros valores na vida e apreender que o essencial é invisível aos olhos... “Pai, sua existência não passou despercebida... Você viveu e modificou vidas com seu altruísmo e benevolência. Sua missão na Terra cumpriu-se com louvor, e você agora é missionário de LUZ e AMOR”.

À minha mãe Helena, linda sob todos os âmbitos, agradeço por sua intensa dedicação e amor, imprescindíveis à minha formação; colocando-se sempre em segundo plano por priorizar meu bem-estar, minha qualidade de vida e meu futuro profissional.

Ao meu esposo Marcus Fabio, do qual muito me orgulho pela nobreza de seu caráter e por sua índole que beira à perfeição... Agradeço sua tolerante compreensão acerca das minhas ausências na madrugada quando a estudar... E por seu infinito amor dedicado a mim ao longo de muitos anos... Precisamente, desde minha infância. Sou eternamente grata ao seu incansável carinho e apoio quanto à elaboração deste trabalho.

Ao meu irmão Guto, que me lembra a cada dia como é sublime a pureza e a riqueza de um ser humano; e com o qual aprendi o que é AMAR incondicionalmente: amar sem pedir, amar em silêncio, amar sem palavras, amar nos gestos, amar por amar...

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

À estimada família de meu esposo, minha sogra: Jurema, meu sogro: Euclides, minha cunhada: Rossana, meu cunhado: Randal, tia Sara e meus sobrinhos: Anandha e Yuri, os quais também são minha família, agradeço pelo carinho com que me apoiaram neste meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Carla Regina de Souza Teixeira, por sua amizade, disponibilidade e extrema dedicação importantes à minha formação acadêmica. Agradeço por compartilhar comigo seus valiosos conhecimentos para o aperfeiçoamento deste estudo. Por ser referência de qualificada docente e exemplar profissional de saúde, faz-me sempre admirá-la.

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por ter a honra em ser sua aprendiz desde a graduação. Agradeço suas brilhantes supervisões peculiares à magnanimidade de sua mente. Também, sou grata por suas importantes contribuições a este trabalho e freqüente incentivo ao meu crescimento profissional.

Ao Prof. Dr. José Aparecido da Silva, responsável por me introduzir, com competência, à pesquisa científica enquanto graduanda.

Ao Prof. Dr. André Jacquemin, por sua importância na construção do alicerce da minha vida profissional e acadêmica.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida, por me inspirar e incentivar ao ingresso à pós-graduação. Agradeço por propiciar amadurecimento, através de sua sensibilidade e sabedoria.

À equipe multiprofissional do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária: Valmir, Anelise, Karina, Tatiane, Heloísa, Ellen, Camila, Vivian, Flávia, Josana, Bel, Jefferson, Rosana, Nunila, Keily, Mirela, Nájela, Laiza, Yara, Débora, Isabela, Karla, Fernanda, Cláudia e Thais, pelo apoio e participação em minha trajetória acadêmica.

À Suzana Lúcia, pelo amor ilimitado de mãe, com que me acompanha e cuida desde minha adolescência; estando presente, afetuosamente, tanto nos meus alegres momentos, como nos difíceis. Agradeço por ser manancial de luz e paz em minha vida, incitando-me na busca à ascensão espiritual.

Ao Dr. Levi Ceregato, por seu constante estímulo ao meu desenvolvimento intelectual. Agradeço pelo privilégio em poder adentrar em seu mundo ideativo.

Aos amigos do Lar da Luz, por elucidarem o valor em sermos todos irmãos e compormos, juntos, uma mesma família... Uma família universal.

À amiga Roseli Cristina Gamba, por oferecer sua sincera amizade nos momentos em que mais precisei, e sempre com muito amor.

À Regina Carvalho, por seu carinho e pela convergência de sentimentos que há entre nós, lisonjeando-me ao conceber-me como sua filha.

À Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano, por suas contribuições importantes no aprofundamento da idéia suscitadora deste trabalho.

À Profª Drª Maria Helena Larcher Caliri, a quem muito devo por suas carinhosas contribuições durante minha jornada acadêmica. Com muito respeito, tenho orgulho de poder chamar-lhe: minha amiga.

À Profª Drª Rosana Aparecida Spadoti Dantas, por seus ensinamentos, que com sua serenidade e doçura, transformaram minha concepção científica em torno do que vem a ser qualidade de vida.

À Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi, por sua importante ajuda à condução da minha representação discente no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino-PAE da EERP/USP. Sua conduta exemplar e sua seriedade motivaram-me a reassumir o cargo por mais um mandato.

À Profª Drª Cristina Maria Galvão, por seus esclarecimentos, sempre prestativa.

À Maria Bernadete Malerbo, querida amiga, por sua delicadeza de alma...

À Anelise Faloni Siman Barbieri, por sua ternura e solidariedade em compartilhar comigo meus obstinados anseios...

Às funcionárias: Kethleen Caroline Ferraz, Flávia Danielly de Oliveira Martins e Carla Aparecida Arantes Tomasauskas, pelo valioso apoio que se estendeu durante toda a minha vivência como pós-graduanda.

Ao Carlos Alberto Seixas, por sua amizade e disponibilidade em ajudar.

À funcionária Edilaine Castania Amadio Domingues, por seu constante auxílio e por me proporcionar subsídios à adequada formatação da estrutura desta dissertação de mestrado.

À funcionária Eliana Aparecida Placco Simões Braga, por seu apoio freqüente no decorrer da minha pós-graduação.

À bibliotecária Márcia Regina da Silva (Biblioteca Central - USP), agradeço por sua importante revisão das referências.

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 mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro à execução desta pesquisa.

Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que máquinas, precisamos de humanidade; mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura! Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo estará perdido.

(CHARLES CHAPLIN, 1940)

Cada ser humano é um cosmos, cada indivíduo é uma efervescência de personalidades virtuais, cada psiquismo secreto uma proliferação de fantasmas, sonhos, idéias. Cada um vive, do nascimento à morte uma tragédia insondável marcada por gritos de sofrimento, de prazer, por risos, lágrimas, desânimos, de grandeza e de miséria. Cada um traz em si tesouros, carências, falhas, abismos. Cada um traz em si a possibilidade do amor e da devoção, do ódio e do ressentimento, da vingança e do perdão. Reconhecer isso é reconhecer também a identidade humana. O princípio de identidade humana é *unitas multiplex*, a unidade múltipla, tanto do ponto de vista biológico quanto cultural e individual.

(EDGAR MORIN, 1995)

RESUMO

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.

Este estudo teve como objetivo identificar as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, cujo referencial teórico adotado foi a teoria das representações sociais. Optou-se por esse referencial teórico, em virtude de ser o mais adequado para investigar como as representações sociais dos alimentos são percebidas pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2. O enfoque teórico fundamenta-se na psicologia social, na vertente de Moscovici, aprofundada por Denise Jodelet. Os participantes foram selecionados a partir da lista de espera do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, em 2008. A amostra foi constituída por 14 participantes com diabetes mellitus tipo 2, de ambos os sexos, cuja idade variou de 43 a 83 anos, sendo atendidos os critérios de seleção. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista estruturada e um roteiro de entrevista semi-estruturada construído a partir da literatura, com a seguinte questão norteadora: “Gostaria que falasse a respeito do que os alimentos significam para o(a) Sr(a) em seu dia-a-dia”. Para a finalização das entrevistas, utilizou-se o critério de saturação dos dados. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, o que possibilitou identificar sete categorias temáticas: -Alimentos para diabetes não sustentam; -Sentimentos em relação aos alimentos; -Descrença na orientação dos profissionais de saúde; -Custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes; -Prazer regendo a busca pelo alimento; -Diabetes como o diabo; -Alimento como vício. Os resultados mostraram contradições nos depoimentos dos participantes; ora o consumo dos alimentos é regido pela idéia de que os alimentos recomendados pelos profissionais de saúde não sustentam, ora pelo prazer, ora por sentimentos de depressão, inferioridade, ansiedade, entre outros; além de estabelecerem relação entre alimento e vício, e entre o diabetes mellitus tipo 2 e o diabo. Para os participantes, os alimentos constituem algo que desejam e repudiam ao mesmo tempo, conduzindo-os a um sofrimento psíquico, que dificulta o alcance do controle metabólico. Por outro lado, ao desempenhar funções de reativação da memória, além de conforto, segurança, os alimentos podem propiciar interações entre as pessoas. Concluiu-se que os resultados obtidos neste estudo são importantes ao redirecionamento dos programas em educação em diabetes, em particular ao atendimento às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que necessitam de suporte ao seguimento do plano alimentar. Nesse sentido, faz-se necessário o reconhecimento, por parte da equipe multiprofissional de saúde, acerca da subjetividade e dos aspectos simbólicos e culturais que abrangem o planejamento alimentar da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. A identificação e valorização desses aspectos permitirão maior vínculo dos profissionais de saúde com as pessoas, e conseqüentemente, o oferecimento da atenção em diabetes, considerando as suas reais necessidades e expectativas. Através da identificação das representações sociais dos alimentos, a partir das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, espera-se que um novo olhar dos profissionais de saúde possa emergir em relação à compreensão da atenção em diabetes mellitus tipo 2.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Doença crônica. Alimentos. Representação. Psicologia.

ABSTRACT

RIBAS, C. R. P. **Social representations of food for type 2 diabetes mellitus patients.** 2009. 129 p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

This study aimed to identify social representations of food from the perspective of type 2 diabetes mellitus patients. This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach, in the theoretical framework of social representations theory. This framework was chosen because it is the most adequate to investigate how type 2 diabetes mellitus patients perceive social representations of foods. The theoretical focus is based on Moscovici's social psychology, deepened by Denise Jodelet. Participants were selected based on the waiting list at the Research and University Service Center in the interior of São Paulo, Brazil in 2008. The sample consisted of 14 male and female participants with type 2 diabetes mellitus, whose age ranged from 43 to 83 years, in compliance with selection criteria. For data collection, a structured interview script and a semistructured interview script based on literature were used, with the following guiding question: "I would like you to talk about what food means to you in your daily life". The data saturation criterion was used to finish the interviews. Data were submitted to thematic content analysis, which permitted the identification of seven theme categories: -Food for diabetes does not sustain; -Feelings about food; -Disbelief in health professionals' orientation; -High cost of food recommended for diabetes; -Pleasure ruling the search for food; -Diabetes as the devil; -Food as an addiction. The results showed contradictions in the participants' testimonies; food consumption is sometimes ruled by the Idea that foods recommended by health professionals do not sustain, sometimes by pleasure, sometimes by feelings of depression, inferiority, anxiety, among others; participants also link food with addiction, and type 2 diabetes mellitus with the devil. According to the participants, food represents something they want and reject at the same time, leading to mental suffering, which makes it more difficult to achieve metabolic control. On the other hand, in performing memory reactivation functions, besides comfort and security, food can favor interactions between people. The results obtained in this research are important to redirect diabetes education programs, particularly for care delivery to type 2 diabetes mellitus patients who need support to follow the food plan. In this sense, the multiprofessional health team needs to acknowledge the subjectivity and symbolic and cultural aspects involved in food planning for type 2 diabetes mellitus patients. Identifying and valuing these aspects will permit greater bonding between health professionals and these patients and, consequently, diabetes care delivery that considers their true needs and expectations. By identifying type 2 diabetes patients' social representations of food, it is hoped that health professionals can acquire a new look with a view to understanding type 2 diabetes mellitus care.

Key words: Diabetes Mellitus. Chronic disease. Food. Representation. Psychology.

RESUMEN

RIBAS, C. R. P. **Representaciones sociales de los alimentos para personas con diabetes mellitus tipo 2.** 2009. 129 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

La finalidad de este estudio fue identificar las representaciones sociales de los alimentos bajo la óptica de personas con diabetes mellitus tipo 2. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, con aproximación cualitativa, cuyo referencial teórico adoptado fue la teoría de las representaciones sociales. Ese referencial teórico fue elegido por ser el más adecuado para investigar como las representaciones sociales de los alimentos son percibidas por las personas con diabetes mellitus tipo 2. El enfoque teórico se basa en la psicología social, en la vertiente de Moscovici, profundizada por Denise Jodelet. Los participantes fueron seleccionados a partir de la lista de espera del Centro de Investigación y Extensión Universitaria del interior del estado de São Paulo, Brasil en 2008. La muestra fue constituida por 14 participantes con diabetes mellitus tipo 2, de ambos sexos, cuya edad varió de 43 a 83 años, siendo atendidos los criterios de selección. Para la recolecta de datos, se utilizó un guión de entrevista estructurada y un guión de entrevista semi-estructurada construido a partir de la literatura, con la siguiente cuestión orientadora: “Por favor, habla respecto a lo que los alimentos significan para Ud. en su día a día”. Para la finalización de las entrevistas, se utilizó el criterio de saturación de los datos. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido, en la modalidad de análisis temático, lo que permitió identificar siete categorías temáticas: -Alimentos para diabetes no sustentan; -Sentimientos con relación a los alimentos; -Incredulidad en la orientación de los profesionales de salud; -Costo oneroso de los alimentos recomendados para la diabetes; -Placer rigiendo la búsqueda por el alimento; -Diabetes como el diablo; -Alimento como vicio. Los resultados mostraron contradicciones en los testimonios de los participantes; ora el consumo de los alimentos es regido por la idea de que los alimentos recomendados por los profesionales de salud no sustentan, ora por el placer, ora por sentimientos de depresión, inferioridad, ansiedad, entre otros. Además, establecen relación entre alimento y vicio, y entre la diabetes mellitus tipo 2 y el diablo. Para los participantes, los alimentos constituyen algo que desean y repudian al mismo tiempo, conduciéndolos a un sufrimiento psíquico, que dificulta el alcance del control metabólico. Por otro lado, cuando desempeñan funciones de reactivación de la memoria, además de confort, seguridad, los alimentos pueden propiciar interacciones entre las personas. Se concluyó que los resultados obtenidos en este estudio son importantes para redireccionar los programas en educación en diabetes, y particularmente para atender a las personas con diabetes mellitus tipo 2 que necesitan de soporte al seguimiento del plan alimentario. Así, es necesario que el equipo multiprofesional de salud reconozca la subjetividad y los aspectos simbólicos y culturales que abarcan la planificación alimentaria de la persona con diabetes mellitus tipo 2. La identificación y valorización de esos aspectos permitirán mayor vínculo de los profesionales de salud con las personas y consecuentemente, el ofrecimiento de la atención en diabetes, considerando sus verdaderas necesidades y expectativas. A través de la identificación de las representaciones sociales de los alimentos, a partir de las personas con diabetes mellitus tipo 2, se espera que una nueva mirada de los profesionales de salud pueda surgir con relación a la comprensión de la atención en diabetes mellitus tipo 2.

Palabras-clave: Diabetes Mellitus. Enfermedad crónica. Alimentos. Representación. Psicología.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Concepção estrutural de formação nos processos de objetivação e ancoragem (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998)	44
Figura 2. Concepção estrutural do plano de análise dos dados (Adaptado de MOREIRA, 1998).....	62
Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2009	66
Quadro 2. Apresentação das sete categorias temáticas e suas respectivas subcategorias. Ribeirão Preto-SP, 2009	68

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	19
1.2 DIABETES MELLITUS: UMA CONDIÇÃO CRÔNICA.....	22
1.3 TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 X ALIMENTOS	26
2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	36
3 REFERENCIAL TEÓRICO	39
4 OBJETIVO	46
5 METODOLOGIA.....	48
5.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	52
5.2 PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	53
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
5.4 MATERIAL	54
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	55
5.5.1 Roteiros de Entrevista	55
5.5.2 Pré-Teste.....	57
5.6 COLETA DE DADOS	58
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	59
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	65
6.2 INTERPRETANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	67
6.2.1 Alimentos para diabetes não sustentam	69
6.2.2 Sentimentos em relação aos alimentos.....	78
6.2.3 Descrença na orientação dos profissionais de saúde	86

6.2.4 Custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes	91
6.2.5 Prazer regendo a busca pelo alimento	93
6.2.6 Diabetes como o diabo	95
6.2.7 Alimento como vício	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	124
ANEXO	128

APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Psicologia no ano de 1994, através da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-FFCLRP da Universidade de São Paulo-USP. Fui bolsista de Iniciação Científica do CNPq nos anos de 1992, 1993 e 1994, onde desenvolvi atividades na área de Psicologia Experimental; sob supervisão de um docente do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP. Essa atividade possibilitou o desenvolvimento do projeto de iniciação científica intitulado: Estudo da equivalência funcional entre julgamentos perceptuais e julgamentos mnemônicos de área e distância.

Após a conclusão do curso de graduação em Psicologia, desenvolvi atividades como bolsista - nível de Aperfeiçoamento do CNPq no período de 1995 a 1997, e no período de 1997 a 1998 como bolsista de Apoio Técnico do CNPq; sob supervisão de outro docente do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP. Nesse período, contribuí para a adaptação do instrumento: Berufsbilder-Test (BBT) de Martin Achtnich para o contexto cultural brasileiro.

Em 1999, 2000 e início de 2001, desenvolvi atividades profissionais como psicóloga na Instituição: Fraternidade Solidária São Francisco de Assis, e no Centro de Atividades Educacionais Especializadas de Ribeirão Preto-CAEERP, em 2000 e 2001.

No período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006, atuei em atividades relacionadas à psicoterapia individual e grupal com crianças e adolescentes obesos, bem como aos seus pais, como Psicóloga, na Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP: no Ambulatório Infanto-Juvenil do Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional (CIAN) e no Centro de Estudos em Saúde e Nutrição Infanto-Juvenil (CESNI).

Importa ressaltar que a partir de fevereiro de 2006, quando iniciei minhas atividades como membro efetivo da equipe multiprofissional de saúde do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária - Grupo de Educação em Diabetes-GED do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da USP, sob a coordenação de uma docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP, emergiu interesse em cursar a pós-graduação.

Nesse referido Centro, é oferecido aporte educativo às pessoas com diabetes mellitus em atendimentos grupais por equipe multiprofissional constituída por enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e educadores físicos. Nessa vertente, coordeno grupos de apoio psicológico, oferecendo suporte às pessoas com diabetes mellitus para o processo de enfrentamento das vicissitudes no tratamento da doença. A finalidade do grupo de apoio psicológico consiste em promover uma maior aceitação das pessoas com diabetes mellitus em

relação à doença e, conseqüentemente, uma atitude de maior aproveitamento dos aportes educativos fornecidos pelas intervenções de enfermagem, nutrição e educação física.

Essa equipe multiprofissional realiza reuniões clínicas, antes do atendimento aos indivíduos com diabetes mellitus. Nessa direção, o grupo de apoio psicológico também propicia apoio à equipe multidisciplinar de saúde quanto à dinâmica do trabalho em equipe e em relação ao enfrentamento das dificuldades intrínsecas ao componente emocional, por parte das pessoas com diabetes mellitus atendidas no referido Centro.

A motivação em cursar a pós-graduação eclodiu da observação empírica, por dois anos consecutivos, das dificuldades apresentadas pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em relação aos alimentos.

Durante esse período, emergiram questionamentos e reflexões acerca dos significados que envolvem os alimentos e suas representações sociais para os que convivem com o diabetes mellitus tipo 2. Esses questionamentos e reflexões possibilitaram observar que os participantes do supracitado grupo deparavam-se com problemas ao seguimento do plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde. Desse modo, apresentavam dificuldades em atingir os níveis glicêmicos desejáveis, embora se apropriassem de informações acerca da alimentação prescrita para o controle da doença.

A observação empírica dessa questão levou-me a buscar na literatura subsídios para melhor compreensão das dificuldades intrínsecas às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em relação aos alimentos. Nessa direção, almejei na pós-graduação o aprofundamento dessa temática, impulsionando-me a configurar o tema **Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2** como objeto de pesquisa.

Portanto, como fruto das reflexões e inquietações impostas por minha prática cotidiana e contato com a literatura acerca do diabetes mellitus, evidenciou-se o presente objeto de estudo.

Acredito que a pós-graduação proporcionou-me subsídios teóricos, para o aprofundamento do objeto de investigação, e desenvolvimento de conhecimento científico em relação às representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O civilizado, segundo Josué de Castro, apenas sente apetite, mas uma espécie de apetite artificial, não diretamente orientado por suas necessidades específicas. O apetite do homem civilizado, continua o autor de *A geopolítica da fome*, é mais de ordem psíquica e visa mais à satisfação do prazer de comer do que à satisfação de suas necessidades de nutrição.

(CASTRO, 1946 apud QUEIROZ, 1988, p.7).

As doenças crônicas não-transmissíveis, também denominadas crônico-degenerativas, constituem um grupo de patologias, que têm em comum ausência de microorganismos, no modelo epidemiológico, devido à não-transmissibilidade, longo curso clínico e irreversibilidade (LESSA, 1998).

A doença crônica, sendo irreversível, altera todos os aspectos que envolvem a vida do indivíduo, além de afetar o ser humano em sua totalidade, através da necessidade da manutenção das funções do organismo, da prevenção de incapacidades futuras, e do autocuidado e suporte (LUBKIN; LARSEN, 2006).

As doenças crônicas, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus correspondem à principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% de todas as mortes. Essas doenças constituem causa não valorizada da pobreza e dificultam o desenvolvimento econômico de muitos países; sendo que 80% das mortes por doenças crônicas ocorrem em países em desenvolvimento (DAAR et al., 2007).

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis representam 43% da carga global de doenças e a expectativa é que serão responsáveis por 60% das doenças e 73% das mortes no mundo até 2020. A maior parte desse aumento irá refletir em epidemias não-transmissíveis nos países em desenvolvimento resultantes da transição epidemiológica, das mudanças recentes na dieta e ambiente social, bem como da adoção de estilos de vida semelhantes aos das sociedades desenvolvidas (SARRAFZADEGAN et al., 2009).

Assim, as doenças crônicas estão em franca ascensão nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e o impacto provocado por elas evidencia o comprometimento da qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, custos elevados devido às complicações crônicas advindas da doença, além de consequências econômicas e sociais, promovendo um desafio à eficiência dos sistemas de saúde (ZIMMET; ALBERTI; SHAW, 2001; AMERICAN ASSOCIATION

OF DIABETES EDUCATORS, 2002; DUNCAN et al., 2003; MOKDAD et al., 2004; JACOBS-VAN DER BRUGGEN et al., 2007; CISSE; MUCKE, 2009; SHADAN, 2009).

Nessa vertente, as doenças crônicas não-transmissíveis convergem a um grande fardo de enfermidade e invalidez em quase todos os países do mundo. Portanto, devem receber urgentemente mais recursos, pesquisa e assistência. A escassez de recursos aliada à falta de organização da atenção em diabetes mellitus têm levado a milhões de mortes prematuras em todo o mundo (DAAR et al., 2007).

Acresça-se a isso a importância da modificação no estilo de vida, há muito considerada a pedra angular das intervenções, é extremamente importante na redução da carga de doenças crônicas (SARRAFZADEGAN et al., 2009).

Na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis são denominadas condições crônicas, ou seja, problemas de saúde que ocorrem com extenso período de observação, cuidado e supervisão, hospitalização de trinta dias ou mais, supervisão médica e reabilitação de três ou mais meses em um ano, requerimento de reabilitação, ou ainda, caráter permanente ou de longa duração (LUBKIN; LARSEN, 2006). Também, referem-se aos problemas de saúde para os quais não se conhecem os agentes causais transmitidos de um indivíduo afetado para outro (DAAR et al., 2007).

As condições crônicas podem causar dificuldade tanto de retorno quanto de entrada do indivíduo no mercado de trabalho, ocasionar problemas financeiros devido aos custos do tratamento, diminuir o prazer obtido em diferentes atividades, além de dificultar a relação da pessoa com seu cônjuge, filhos e familiares, de modo geral (GUIMARÃES, 1999).

Assim, a definição de doença crônica tem se constituída em uma árdua e complexa tarefa. Nessa direção, é necessário definir doença e estar doente. Doença refere-se aos problemas de saúde na visão do modelo biomédico, relacionados à estrutura e função do organismo. Por outro lado, estar doente é a experiência humana dos sintomas e sofrimento; e implica em como a doença é percebida, vivida pelos indivíduos e familiares (LUBKIN; LARSEN, 2002).

Na perspectiva social, a experiência da doença crônica deve ser vista em sua ampla diversidade devido às distinções que há entre os problemas crônicos (ADAM; HERZLICH, 2001).

Na perspectiva da representação social, mais que qualquer outra prática, a alimentação tem sido apontada como um dos fatores principais para o surgimento das doenças crônico-degenerativas típicas do mundo ocidental, bem como os outros componentes da vida moderna que interferem no estado de saúde. O estilo de vida está entre as principais causas das doenças

crônicas do mundo ocidental, tendo como produtos do modo de vida ou meio social: a alimentação, sedentarismo, obesidade, poluição atmosférica, ruídos, tabagismo e as condições de vida; os quais constituem-se parte da etiologia dessas doenças (LAPLANTINE, 2004; DAAR et al., 2007).

Os elementos da vida social veiculam frequentemente na alimentação e a sabedoria em matéria alimentar pode ser percebida como experiência do gosto da vida social e não apenas como fruto dos alimentos (CAMPOS, 1982).

A ingestão alimentar consiste em um comportamento complexo que envolve aspectos biopsicossociais, sendo uma das bases do desenvolvimento das representações psíquicas. Tais representações são elementos constituintes do pensamento, do mundo simbólico, possibilitando o alívio das tensões psíquicas e a percepção da realidade. A ingestão alimentar não está necessariamente relacionada à fome, sendo possível comer sem ter fome e beber sem ter sede. Tal comportamento é característico do ser humano, o qual tem uma vida psíquica simbólica, cumprindo duas funções essenciais para o equilíbrio geral do ser humano: fonte de energia e prazer, funções tanto biológicas como psicológicas (PEREZ; ROMANO, 2004).

A alimentação remete para além da ingestão de alimentos, e a tendência do ato de se alimentar está se transformando, progressivamente, em um processo mecânico em que inquietações referentes à saúde acompanham os prazeres da mesa (CAMPOS, 1982).

Nesse sentido, o ato de comer, ação praticada pelo homem diariamente, não pode resumir-se unicamente à alimentação de células. Comer percorre a existência do homem e coexiste com valores impregnados em nossa cultura, com significados tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Desse modo, torna-se complexo desmembrar o ser biológico do ser psíquico e social, dado que nossas experiências são organizadas em um sistema de valores culturalmente determinados. Nessa direção, entrar no universo das representações dos alimentos é passar à compreensão dos seus significados, pois o que existe dos alimentos é o significante deles, isto é, o que eles representam (GARCIA, 2004).

Diante disso, o alimento envolve dimensões técnicas e objetivas (onde, o quê e o quanto comemos) e também as dimensões psicológicas e socioculturais (GARCIA, 1992).

Ao considerar a pessoa com uma condição crônica de saúde, tal como o diabetes mellitus tipo 2, é importante transcender os processos cognitivos e sua totalidade biopsicossocial e espiritual (GERBASI; SANTOS, 2006).

Um dos motores do funcionamento psíquico e do comportamento humano é a obtenção de prazer, que é complexa por envolver a simbolização e o significado que a experiência tem para a pessoa (PEREZ; ROMANO, 2004).

Assim, a partir do pressuposto de que indivíduos são seres biopsicossociais com necessidades nutricionais, há necessidade de preservação do indivíduo por meio dos alimentos. Nessa vertente, os alimentos caracterizam-se por uma natureza complexa, envolvendo uma infinidade de sentimentos, valores culturais específicos e emoções.

A complexidade que envolve os alimentos, de acordo com cada função somática, principalmente as relacionadas aos comportamentos que garantem a sobrevivência (como a alimentação) do ser humano, é articulada à rede simbólica; evidenciando a articulação de um *self* integrado e reconhecido. Frequentemente, ingerem-se, simbolicamente, ansiedades, medos, tristezas e frustrações da realidade do dia-a-dia (WINNICOTT, 2000).

Diante do exposto, o desenvolvimento do presente estudo propõe-se à aproximação do universo das representações, e por conseqüência, à compreensão dos significados que abrangem os pensamentos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em relação aos alimentos. Nesse sentido, interessa investigar as representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2, considerando a sua trajetória de pessoa com condição crônica de saúde.

1.2 DIABETES MELLITUS: UMA CONDIÇÃO CRÔNICA

...a doença, e em particular a doença física, é sempre a expressão psicológica ou, melhor ainda, a simbolização do que desejamos secretamente. Infligimos principalmente a nós mesmos um certo número de punições em reação à transgressão de uma proibição totalmente interiorizada (...) a doença tem sua origem no indivíduo, é o próprio ser humano o gerador do que lhe acontece...

(LAPLANTINE, 2004, p. 82).

Em 2006, constatou-se que o diabetes afetava 246 milhões de pessoas em âmbito mundial, sendo que 46% de todos aqueles afetados encontravam-se inseridos na faixa etária entre 40 e 59 anos. Cabe destacar que sete dentre os dez países com maior prevalência de diabetes mellitus são países em desenvolvimento. Os novos dados prevêem que o número total de pessoas com diabetes chegará a um alarmante número de 380 milhões dentro de vinte anos, caso nada seja feito (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

A prevalência do diabetes mellitus tipo 2 tem aumentado muito nos últimos anos. Nos países em desenvolvimento, há uma tendência de maior prevalência em todas as faixas etárias,

especialmente nas mais jovens, acarretando impacto negativo na qualidade de vida e uma sobrecarga da doença aos sistemas de saúde (KING; AUBERT; HERMAN, 1998).

O diabetes mellitus tipo 2 é uma epidemia. Suas conseqüências, em longo prazo, traduzem-se em sofrimento humano e custos econômicos. No entanto, grande parte da morbidade aliada às complicações microvasculares e neuropáticas, em longo prazo, podem ser substancialmente reduzidas através de intervenções que viabilizem o alcance de níveis de glicose com proximidade aos padrões não diabéticos. Apesar das novas classes de medicamentos e diversas combinações demonstrarem redução da glicemia, ainda é difícil atingir e manter os níveis glicêmicos mais prováveis de proporcionar o bom estado de saúde às pessoas com diabetes mellitus (NATHAN et al., 2009).

Nessa direção, o diabetes mellitus, rapidamente, está tornando-se uma das maiores catástrofes em saúde no mundo; e a epidemia de diabetes mellitus poderá sobrepujar os recursos de saúde disponíveis na atualidade (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

Nos Estados Unidos, 7% da população apresenta o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 e 90 a 95% o tipo 2 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006; TOLMAN et al., 2007).

Na perspectiva nacional, o diabetes mellitus consiste em um problema de saúde pública, com destaque para o diabetes mellitus tipo 2. Há aproximadamente dez milhões de pessoas com diabetes mellitus no Brasil e, em concordância com a população americana, cerca de 90% dessas pessoas apresentam diabetes mellitus tipo 2 (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

De acordo com um estudo multicêntrico de prevalência de diabetes mellitus no Brasil, realizado em nove capitais no período de 1986 a 1988, a prevalência do diabetes mellitus e a tolerância à glicose diminuída em população urbana, de 30 a 69 anos de idade, é de 7,6% e 7,8%, respectivamente. Dentre os casos existentes, 46% desconheciam o diagnóstico, o qual, possivelmente, seria identificado por ocasião de manifestação de alguma complicação crônica do diabetes mellitus. As cidades provenientes das regiões sul e sudeste, percebidas como de maior desenvolvimento econômico do país, apresentaram maiores prevalências de diabetes mellitus e de tolerância à glicose diminuída. A obesidade, o envelhecimento populacional e a história familiar de diabetes foram identificados como os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes mellitus no Brasil (MALERBI; FRANCO, 1992).

Em Ribeirão Preto-SP, a prevalência de diabetes mellitus, na população de 30 a 69 anos, em 2003 é de 12,1%. Nesse estudo, identificou-se que a prevalência de diabetes mellitus

e intolerância à glicose variaram de 3,3% e 2,6% no grupo de 30-39 anos, e de 21,7% e 11,3% no grupo de 60-69 anos, respectivamente. Indivíduos obesos e sujeitos com história familiar de diabetes mellitus de primeiro grau apresentaram prevalência maior de diabetes: 22,6% e 19,7%, respectivamente. As prevalências de diabetes e de intolerância à glicose eram de 12,1% e de 7,7%, respectivamente; sendo que homens e mulheres apresentaram frequências semelhantes de diabetes mellitus e intolerância à glicose. A diferença entre brancos e não-brancos referente ao diabetes mellitus não foi estatisticamente significativa, enquanto a intolerância à glicose foi mais prevalente em brancos (TORQUATO et al., 2003).

Esse estudo mostrou que a prevalência do diabetes mellitus em Ribeirão Preto-SP é semelhante à observada em países desenvolvidos. Ao comparar os dados do estudo de prevalência em Ribeirão Preto aos do estudo multicêntrico brasileiro (MALERBI; FRANCO, 1992) detectou-se maior prevalência do diabetes mellitus em Ribeirão Preto-SP, mas a prevalência para a intolerância à glicose foi semelhante.

Os resultados obtidos em Ribeirão Preto-SP em relação à prevalência do diabetes mellitus podem refletir o impacto dos fatores ambientais e de estilo de vida na população, primordialmente nas taxas crescentes de obesidade e sedentarismo (TORQUATO et al., 2003).

O estudo de prevalência de diabetes mellitus realizado no Brasil e em Ribeirão Preto-SP confirmam a magnitude do problema e a necessidade em buscar medidas de prevenção e promoção da saúde, bem como de reabilitação para àquelas que já apresentam alguma complicação crônica da doença. Essa necessidade fundamenta-se na ameaça que as condições crônicas podem constituir em relação ao impacto social e econômico no Brasil.

Nessa vertente, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus traçou diretrizes para a execução de ações do Ministério da saúde, em parceria com estados, municípios e sociedade, com a finalidade de apoiar a reorganização da rede básica de saúde, com vistas à melhora da atenção aos indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

O diabetes mellitus tipo 2 se expressa como uma doença associada à obesidade, vida sedentária e hábitos alimentares não saudáveis, com aumento progressivo nos países ocidentais (BRUE, 2006). As intervenções que revertem ou melhoram esses fatores têm demonstrado um efeito benéfico sobre o controle da glicemia no diabetes mellitus tipo 2. Estudo mostra que a perda do peso corporal reduz eficazmente a glicemia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que foram submetidas à cirurgia bariátrica (NATHAN et al., 2009).

Nessa direção, a relação entre o ganho de peso, obesidade abdominal, sedentarismo e o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 é relevante; sendo o consumo alimentar habitual, considerado um dos principais fatores passíveis de modificação, relacionado ao surgimento do diabetes mellitus tipo 2 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O diabetes mellitus tipo 2 caracteriza-se por defeitos na ação e/ou secreção da insulina e atinge 90%-95% dos casos de diabetes mellitus. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Embora não sejam dependentes de insulina exógena para sobrevivência, podem vir a necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Para o tratamento do diabetes mellitus preconiza-se o controle da glicemia, da obesidade e da hipertensão, além de uma alimentação saudável, atividade física e a ausência do tabagismo, com vistas à prevenção das complicações crônicas advindas da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006; RESNICK et al., 2006; LI et al., 2007).

Há evidências científicas que demonstram que, quando o diagnóstico é realizado precocemente e o tratamento é adequado, há possibilidades de prevenir e/ou protelar as complicações crônicas do diabetes mellitus tipo 2 (OLIVEIRA; MILECH, 2004).

As intervenções no estilo de vida parecem ser tão eficazes quanto os medicamentos (GILLIES et al., 2007). Programas de intervenção no estilo de vida demonstram redução de 58% na incidência de diabetes mellitus em indivíduos com intolerância à glicose (SARRAFZADEGAN et al., 2009).

Importa ressaltar o caráter assintomático do diabetes mellitus. Motivar os indivíduos que apresentam a doença com níveis glicêmicos alterados, quando eles não têm ainda nenhum sinal ou sintoma da doença, consiste em um dos desafios que o profissional de saúde tem que enfrentar no cuidado com essa clientela. Com isso, são necessárias estratégias educacionais que atendam aos aspectos emocionais, sociais, de crenças e valores dessas pessoas com diabetes mellitus em relação à própria saúde (ZANETTI, 2002).

Assim, as orientações ao tratamento devem sempre visar às necessidades individuais de cada um. Circunstâncias individuais também devem ser consideradas, tais como comorbidades, doenças coexistentes e, acima de tudo, os valores e preferências das pessoas com diabetes mellitus; podendo conduzir a diferentes metas e estratégias no tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

1.3 TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 X ALIMENTOS

O desenvolvimento de programas eficazes e viáveis nas instituições de saúde, para a prevenção primária de diabetes mellitus tipo 2 em população de risco, é necessário tanto para a redução da incidência de diabetes mellitus tipo 2 como também para a prevenção secundária das complicações crônicas (DONAHUE; ORCHARD, 1992; ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002).

Nessa direção, os programas que envolvem os indivíduos com fatores de risco têm como objetivo modificar o estilo de vida, associado às alterações ambientais, de modo a favorecer as escolhas individuais na adoção e manutenção do estilo de vida saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Estudos de baixo custo, adequados às condições das instituições de saúde, que investigam a manutenção do peso corporal e a prática de atividade física, após a interrupção do tratamento, são fundamentais para a avaliação da real eficácia de programas de prevenção primária de diabetes mellitus tipo 2 direcionados à comunidade (AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS, 2002).

Os possíveis fatores envolvidos nas elevadas taxas de diabetes mellitus tipo 2 observadas no Brasil, como o estilo de vida sedentário, as modificações no consumo alimentar e o conseqüente aumento da frequência do excesso de peso associado ao envelhecimento populacional, evidenciam a relevância de programas de prevenção primária de diabetes mellitus tipo 2 nas instituições de saúde (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Ensaios clínicos aleatórios controlados apontam para a relevância do impacto da intervenção nutricional na redução do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em indivíduos com fatores de risco, na prevenção primária (PAN et al., 1997; WING et al., 1998; WEIN et al., 1999; TUOMILEHTO et al., 2001; DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP, 2002; McAULEY et al., 2002; WATANABE et al., 2003; SARTORELLI et al., 2004).

Ensaio clínico aleatório controlado de intervenção nutricional, conduzido na China, avaliou o impacto da intervenção nutricional em relação ao diabetes mellitus tipo 2 em 577 adultos com excesso de peso corporal e com tolerância à glicose diminuída, aleatoriamente alocados nas seguintes clínicas de tratamento intituladas: exercícios, dieta, dieta e exercícios, além do grupo controle. Os principais resultados demonstraram que a incidência do diabetes mellitus tipo 2 foi estatisticamente diferente quando comparada ao grupo controle, após

período de seis anos de seguimento. Esse estudo evidenciou a redução da incidência de diabetes mellitus, utilizando programas de baixo custo para a modificação do estilo de vida (PAN et al., 1997).

Um ensaio clínico aleatório, realizado nos Estados Unidos, avaliou o impacto da intervenção no estilo de vida quanto à incidência do diabetes mellitus tipo 2. Foram aleatoriamente distribuídos entre os grupos: controle, dieta, dieta e exercícios ou exercícios físicos, 154 adultos obesos e com história familiar de diabetes mellitus tipo 2. Em relação ao programa de intervenção, foram realizadas orientações em grupo, com frequência semanal, durante os seis primeiros meses e reuniões quinzenais nos dois anos de seguimento; sendo que as consultas semanais dos indivíduos pertencentes ao grupo: exercícios consistiram em prática supervisionada de caminhadas. Todos os participantes submeteram-se à avaliação clínica, bioquímica, antropométrica e de estilo de vida no início do estudo e após 6, 12 e 24 meses. Os resultados mostraram que não houve redução estatisticamente significativa na ocorrência da doença. O tamanho amostral de participantes (n=154) constituiu em limitação para avaliar as alterações da incidência do desfecho avaliado. Não houve diferença estatisticamente significativa para os valores de glicemia e incidência de diabetes mellitus tipo 2 nos grupos (WING et al., 1998).

O ensaio clínico aleatorizado controlado, conduzido na Austrália, com 200 mulheres adultas de origem multiétnica com tolerância à glicose diminuída e história pregressa de diabetes mellitus tipo 2 gestacional, avaliou o impacto de orientações gerais acerca da alimentação saudável, fornecidas por telefone, com relação à incidência do diabetes mellitus tipo 2. Após quatro anos de seguimento dessas mulheres, não houve diferença na incidência anual do diabetes mellitus tipo 2 entre os grupos intervenção e controle para o consumo alimentar habitual e prática de atividades físicas. Constatou-se um incremento estatisticamente significativo para os valores do índice de massa corporal (IMC) em ambos os grupos. Também, o tamanho da amostra dificultou a avaliação de alterações na incidência do desfecho avaliado (WEIN et al., 1999).

Ensaio clínico aleatorizado controlado foi conduzido na Finlândia para a prevenção primária de diabetes mellitus tipo 2. Esse estudo avaliou o impacto da orientação para modificação do estilo de vida por um período médio de 3,2 anos em 522 adultos, com excesso de peso e tolerância à glicose diminuída, recrutados através da divulgação da mídia e estratégias de rastreamento de portadores de fatores de risco. Aleatoriamente, essa população do estudo foi alocada entre os grupos: controle e estilo de vida. O programa de intervenção consistiu de sete consultas individualizadas com nutricionista no primeiro ano e consultas

trimestrais a partir do segundo ano do estudo. Também, os integrantes do grupo de intervenção participaram de um programa individualizado de práticas de atividades físicas com professor de educação física ao longo do estudo, e aulas de culinária, sessões de estudo em grupo e visitas ao supermercado para orientação quanto à compra de alimentos. Após três anos de seguimento, os resultados evidenciaram que a incidência de diabetes mellitus tipo 2 no grupo intervenção foi menor em relação ao observado no grupo controle. Esse estudo demonstrou a eficácia da adoção de um estilo de vida saudável na redução da incidência do diabetes mellitus tipo 2 para os indivíduos com perfil elevado de risco (TUOMILEHTO et al., 2001).

Outro ensaio clínico aleatorizado controlado, conduzido nos Estados Unidos, objetivou avaliar o impacto da intervenção para modificação do estilo de vida e tratamento medicamentoso, com 3.234 adultos de origem multiétnica com tolerância à glicose diminuída e excesso de peso. A população do estudo foi alocada, aleatoriamente, nos grupos: estilo de vida, metformina ou placebo/controle. Nos seis primeiros meses, o programa de intervenção no estilo de vida consistiu de 16 consultas individualizadas com nutricionista e consultas mensais até o terceiro ano de seguimento do estudo, com sessões de atividades físicas supervisionadas semanais. Os resultados evidenciaram uma perda de peso moderada e redução da incidência dos casos de diabetes mellitus tipo 2 no grupo de intervenção para modificação do estilo de vida, em relação ao grupo controle. Sendo essa intervenção significativamente mais efetiva na prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2 do que no grupo em uso de metformina. Nesse estudo, não houve referência quanto ao consumo alimentar dos participantes (DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP, 2002).

O ensaio clínico aleatorizado controlado, conduzido na Nova Zelândia com 79 adultos normoglicêmicos com resistência à insulina e excesso de peso, avaliou o impacto da intervenção nutricional intensiva ou moderada na melhoria da sensibilidade à insulina. A população desse estudo foi aleatoriamente distribuída entre os grupos de intervenção de estilo de vida intenso ou moderado e grupo controle; com avaliação clínica, antropométrica, bioquímica e de estilo de vida, no início do estudo e após quatro meses. Os resultados mostraram aumento de 23% na sensibilidade à insulina, ou seja, estatisticamente significativa no grupo de intervenção intensiva de estilo de vida. Não houve alteração nos valores de lipídios séricos e glicemia de jejum, após quatro meses de seguimento. Uma redução do consumo de fibras da dieta foi estatisticamente significativa apenas no grupo de intervenção (McAULEY et al., 2002).

No Japão, foi conduzido um ensaio clínico aleatorizado controlado, com 173 homens adultos com tolerância à glicose diminuída, para avaliar o impacto de um programa educacional de modificação de estilo de vida na redução de glicemia plasmática, após um ano de seguimento. A população do estudo foi aleatoriamente alocada entre os grupos intervenção e controle. O programa de intervenção consistiu de uma consulta individualizada com nutricionista, e orientações por escrito encaminhadas via correio; com avaliação clínica, antropométrica, bioquímica e de estilo de vida, no início do estudo e após um ano. Os resultados indicaram que houve redução percentual maior na média da glicemia nos indivíduos do grupo de intervenção do que em relação ao grupo controle, após um ano de seguimento. Também, não houve referência às alterações do peso corporal ou perfil lipídico, após o período de intervenção (WATANABE et al., 2003).

No Brasil, um ensaio clínico aleatorizado controlado foi conduzido em adultos com o objetivo de avaliar o impacto da intervenção nutricional no controle de fatores de risco para o diabetes mellitus tipo 2. Os indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 foram alocados em grupo controle e intervenção nutricional. Nesse estudo, desenvolveu-se um programa de intervenção nutricional, onde a intervenção constituiu-se na realização de três consultas individualizadas com a nutricionista durante os seis primeiros meses de seguimento. Constatou-se perda do peso corporal estatisticamente significativo no grupo intervenção, em relação ao grupo controle. Após um ano de seguimento, os participantes foram reavaliados e foi observada a manutenção da redução: do peso corporal, dos níveis séricos de LDL-c e colesterol dos indivíduos no grupo de intervenção. Em função da amostra reduzida (n=104) não se observaram diferenças na glicemia de jejum e pós-prandial (SARTORELLI et al., 2004).

Cabe destacar que a população alvo da maioria dos ensaios clínicos aleatorizados controlados de intervenção nutricional consistiu exclusivamente de indivíduos com tolerância à glicose diminuída, o que implica na possibilidade de medidas de intervenção tardias para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2. Há ainda de se considerar que os indivíduos, com perfil metabólico comprometido, podem vir a apresentar diferentes respostas fisiológicas e de seguimento ao tratamento dietético, o que limita a extrapolação dos resultados dos estudos para a comunidade em geral (MANN, 2002).

Em consonância, a Organização Mundial da Saúde ressalta que o número de estudos prospectivos e ensaios clínicos aleatórios de intervenção nutricional são insuficientes para a prevenção de diabetes mellitus tipo 2 quanto à demonstração de sua força causal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Por outro lado, o controle metabólico dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 que já apresentam a doença em evolução, constitui-se em um dos maiores desafios dos serviços de saúde pública no mundo.

É de ordem fundamental no tratamento do diabetes mellitus tipo 2, particularmente, a ênfase no cumprimento do plano alimentar por parte dos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

A terapia nutricional é essencial para a obtenção e manutenção do equilíbrio metabólico adequado, e contribui para a melhora da sensibilidade à insulina, redução dos níveis plasmáticos de glicose e da circunferência abdominal, entre outros; favorecendo também, a prevenção das complicações tardias (VIGGIANO, 2001; KLEIN et al., 2004; SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2006).

Para o estabelecimento das necessidades nutricionais do indivíduo, o primeiro passo consiste em realizar uma avaliação nutricional detalhada, incluindo a determinação do índice de massa corporal, circunferência abdominal, bem como o perfil metabólico. O plano alimentar deve ser individualizado e proporcionar um valor calórico total compatível com a obtenção e/ou manutenção do peso corporal desejável (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008b).

Os programas estruturados em educação nutricional preconizam que a modificação do estilo de vida, que envolve redução de gorduras (menos de 30% da ingestão energética), ingestão energética, atividade física e contato sistemático com os profissionais de saúde, podem produzir perda de peso, em longo prazo, por cerca de 5%-7% do peso corporal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; KLEIN et al., 2004; SARTORELLI et al., 2004).

A terapia nutricional é importante tanto na prevenção, como no controle da doença, bem como na redução da taxa de complicações crônicas decorrentes do diabetes mellitus. Também, é um componente integrante da educação para o autogerenciamento do diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008a).

Os aportes teóricos e instrumentais aos indivíduos com diabetes mellitus para a obtenção aos benefícios das intervenções nutricionais requerem a utilização de evidências científicas disponíveis. Também, os objetivos do tratamento e as estratégias utilizadas precisam ser considerados de acordo com as mudanças que os indivíduos com diabetes mellitus estão dispostos e são capazes de fazer. O alcance das metas, referente à nutrição, exige um esforço coordenado da equipe multiprofissional de saúde, que inclui a pessoa com

diabetes mellitus como parceira no processo de tomada de decisão (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008a).

Em outra direção, a falta de informação quanto à alimentação adequada interfere na aquisição de hábitos alimentares saudáveis; cabendo à equipe multiprofissional de saúde a responsabilidade pelo fornecimento de informações corretas e seguras (SHERMAN et al., 2000).

Nessa vertente, oferecer informações é uma estratégia insuficiente para o provimento de mudanças nos hábitos alimentares que possam resultar no cumprimento do plano alimentar. Desse modo, o enfoque da abordagem educativa deve extrapolar a transmissão de conhecimentos, com enfoque nos aspectos emocionais e subjetivos, e ir além dos processos cognitivos que influenciam no seguimento ao tratamento (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

As demandas dos indivíduos com diabetes mellitus nas instituições de saúde são evidentes. Assim, os profissionais ou educadores da saúde devem ser cautelosos em relação à qualidade da atenção dispensada à pessoa com diabetes mellitus, levando em consideração os estágios emocionais da doença, idade e aspectos culturais; com vistas ao apoio e esforço da pessoa em relação ao seu tratamento. Para tanto, a comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde e o indivíduo deve ocorrer em ambiente adequado para que haja troca de conhecimento, confiança e experiência entre educador e o sujeito. Isso pode melhorar a motivação e a credibilidade das recomendações da equipe multiprofissional de saúde quanto ao tratamento proposto (WEN; SHEPHERD; PARCHMAN, 2004).

Os profissionais da equipe multiprofissional de saúde devem encontrar modos de auxiliar indivíduos na adaptação do plano alimentar recomendado para obtenção do controle metabólico desejado (POVEY; CLARK-CARTER, 2007).

É importante considerar, também, os outros atores envolvidos nas relações sociais (amigos, vizinhos), os quais possuem um papel fundamental na tomada de decisão em relação ao plano alimentar proposto pela equipe multiprofissional de saúde. As decisões estão condicionadas ao contexto cultural, econômico e social do indivíduo e da família tanto quanto à interação com os profissionais das instituições de saúde (SANTOS et al., 2005; ALBARRAN et al., 2006).

Estudos de abordagem qualitativa evidenciam a importância da realização desse tipo de estudo para a compreensão dos aspectos, inerentes à vida cotidiana dos sujeitos, que contemplam a realidade dos mesmos. Conhecer a realidade dos indivíduos pode impulsionar à transformação das ações em práticas educativas mais efetivas (GARCIA, 1997a;

ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; GARCIA, 2004; PONTIERI; BACHION, 2007; ALVES; BOOG, 2008; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008; CAVALCANTE; MINAYO, 2009).

Com o intuito de explorar a dimensão do alimento no modo de vida urbano, considerando as implicações desse modo de vida em relação aos hábitos alimentares e representações simbólicas envolvidas, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa com uma amostra de 21 funcionários administrativos, na região central da cidade de São Paulo. Utilizou-se como referencial teórico os conceitos de representação social e de *habitus* para abordar a experiência alimentar. O estudo do comportamento alimentar foi exposto em dois planos: o dos alimentos e preparações consumidos e o dos desejados. Conclui-se que devido à sua origem no universo doméstico, os aspectos simbólicos associados à alimentação abarcam uma forte matriz afetiva. O referido estudo também concluiu que as condições concretas do meio urbano relacionadas aos limites financeiros do sujeito estabelecem uma estrutura de sentimentos e valores compatíveis com suas possibilidades (GARCIA, 1997a).

No sul do Brasil, em 1999, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa com o objetivo de descrever e avaliar a estrutura, o processo e o resultado do cuidado de indivíduos com diabetes mellitus atendidos em nível primário de atenção à saúde. Foram estudados 32 postos de saúde e 61 médicos que atendem pessoas com diabetes mellitus nesses locais. Identificou-se uma amostra de 378 participantes com diabetes mellitus, os quais tiveram consulta médica nos postos. Os participantes foram entrevistados em domicílio, sendo avaliados e comparados sua glicemia capilar, pressão arterial e índice de massa corporal. Os componentes da estrutura e do processo de atendimento foram comparados a padrões recomendados ao manejo de indivíduos com diabetes mellitus. O estudo concluiu que a rede pública de saúde está deficiente, embora haja potencial de melhoria dos aspectos referentes à estrutura, processo e resultado, por meio de seguimento de normas-padrão e treinamento em serviço (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Em outro estudo de abordagem qualitativa, foram entrevistados 30 adultos com diagnóstico de hipertensão arterial, provenientes de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Esses sujeitos foram agrupados do seguinte modo: 15 indivíduos que faziam uso do serviço público de saúde em uma região com população de baixa renda consistiram no grupo 1, os outros 15 que eram tratados em serviços de saúde privados constituíram no grupo 2. A intenção desse agrupamento de entrevistados foi justamente a de ter dois grupos de sujeitos com indicadores de pertinência a distintos estratos sociais. O objetivo desse estudo remeteu-se à avaliação das práticas alimentares de pessoas submetidas a tratamento dietético devido à

hipertensão e impacto da preocupação com a saúde nestas. Foi aplicado um inquérito alimentar, no contexto de entrevista semi-estruturada, cujo objetivo foi o de conhecer os distintos aspectos de sua experiência no convívio com a hipertensão. Essas entrevistas foram realizadas no domicílio de cada entrevistado, sendo gravadas e transcritas. Através do referencial das representações sociais, os relatos de consumo alimentar foram analisados, sendo discutidas as implicações destas em inquéritos dietéticos. Dentre os resultados, apreendeu-se que as representações, situadas entre o discurso e as práticas, expressaram flutuações e contradições acerca do consumo alimentar. Essas representações foram organizadas em categorias apresentadas como: irregularidade da presença do alimento e das compras; modo de consumo conforme o tipo de alimento; variação do número de comensais; indução das respostas provocada pela busca de informações precisas por parte do entrevistador; falta de memória do entrevistado; imprecisão e contrariedade de relatos sobre consumo alimentar; uso de noções quantitativas cujos valores de referência são particulares ao sujeito e presença de terceiros testemunhando a entrevista. Observou-se que há menos precisão nas informações em relação ao consumo alimentar do que o esperado, por estas constituírem-se em representações sociais, ou seja, por serem construções mentais da realidade. Os resultados também sugeriram que a abordagem da alimentação de sujeitos submetidos à prescrição dietética, através de inquéritos alimentares, pode ser insuficiente no que se refere ao conhecimento de suas práticas alimentares. A metodologia qualitativa contribuiu, com propriedade, para mapear a representação do consumo e das práticas alimentares (GARCIA, 2004).

Um estudo de abordagem qualitativa, realizado em 2005, em uma unidade de referência para atendimento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no sistema público de saúde, teve como participantes nove indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, com o diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2, em tratamento nesta referida unidade em uma cidade do Estado de Goiás. O objetivo desse estudo consistiu em analisar as crenças desses indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão. O estudo envolveu procedimentos como coleta de sangue para dosagem de hemoglobina glicada, aplicação de questionário, entrevista semi-estruturada gravada e consulta ao prontuário. Através do modelo de categorias temáticas de Bardin, e conforme os modelos de crenças de Rosenstock e Rokeach, foi elaborada a análise das falas. Como resultado, identificou-se que todos os participantes apresentaram níveis de hemoglobina glicada acima de 7%, demonstrando dificuldade para o controle glicêmico e possível falta de adesão. Por meio da análise das falas, foram identificadas duas categorias temáticas:

Recomendações recebidas sobre alimentação e Adesão à terapia nutricional. Essas categorias evidenciaram crenças que demonstram barreiras e não foram mencionadas crenças referentes a benefícios percebidos. Pode estar ocorrendo um círculo vicioso, em que a baixa adesão desfavorece a aquisição de benefícios, que, por sua vez, desencoraja a adesão. Outro fator ressaltado consiste na percepção da terapia nutricional recomendada ser apreendida como proibitiva e muito restritiva (PONTIERI; BACHION, 2007).

Em 2006, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, na zona rural do município de uma cidade do estado de São Paulo, com 67 indivíduos. O objetivo do estudo consistiu em investigar aspectos subjetivos do consumo de legumes, frutas e verduras entre agricultores. Foram empregadas técnicas de observação participante e entrevista não estruturada focalizada. A teoria das representações sociais de Moscovici foi utilizada no tratamento dos dados. A representação central das falas analisadas foi: fruta não é comida, é trabalho, a qual tem função estruturante de outras representações referentes à fruta. Mesmo sendo cultivadas e consumidas rotineiramente, são consideradas como comida apenas quando são compradas. Verduras e legumes são classificados como alimentos de importância secundária. Os conceitos de alimentação saudável, expressos pelos participantes do estudo, evidenciaram elementos que vão além do valor nutricional dos alimentos, incluindo: celebrações, prazer, comensalidade, memória familiar e valores sócio-culturais. Concluiu-se que as representações sociais em relação às verduras, legumes e frutas colaboram com a elaboração de conceitos subjetivos de alimentação saudável, estruturando as práticas alimentares dos agricultores (ALVES; BOOG, 2008).

Com o objetivo de conhecer as representações de saúde construídas socialmente por oito mulheres com diabetes mellitus tipo 2, selecionadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, foi realizado um estudo descritivo e exploratório, na vertente qualitativa, em 2003. Os dados, analisados mediante análise temática de conteúdo, evidenciaram um predomínio de representações de saúde associadas à capacidade de trabalhar. Para as camadas populares, estar doente significou perder o único recurso que possui para sobreviver, o próprio corpo. O estudo mostrou que somente quando há sintomas que dificultam a execução das tarefas diárias é atribuída uma atenção ao corpo; caso contrário, quando os sintomas não são evidentes, não seguem o tratamento por estarem sentindo-se saudáveis. Assim, a ausência de sintomas associa-se à saúde. O referido estudo concluiu a necessidade das mulheres com diabetes mellitus tipo 2 serem assistidas em sua integralidade, contemplando os processos psicológicos e socioculturais. Enfatizou-se, também, a importância da compreensão das representações de saúde, construídas socialmente, para uma

maior efetividade das intervenções acionadas pelos profissionais de saúde e para o planejamento da educação em saúde (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

No Rio de Janeiro, um amplo estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido em 2006, apresentou uma análise acerca das relações e representações sociais de profissionais, gestores e familiares em relação aos direitos de crianças e adolescentes com deficiência e em relação às violências cometidas contra eles. O referido estudo foi realizado em três instituições que prestam serviços a esses jovens, e objetivou compreender a lógica dos familiares, das instituições e dos profissionais envolvidos nos cuidados, como parte essencial da qualidade da atenção. Esse estudo baseou-se nas narrativas dos familiares, profissionais e gestores sobre as especificidades do seu trabalho e em grupos de discussão acerca das dificuldades com que se deparam nos cuidados que oferecem, na interação entre si e com a sociedade e em relação à visão que projetam a respeito dos temas: direitos da pessoa com deficiência e manifestações de violências que sofrem. Através do referencial teórico das representações sociais, evidenciaram-se diversas visões e perspectivas acerca da pessoa com deficiência e do apoio e cuidado de que necessita. Concluiu-se a necessidade de maior atenção ao deficiente, e principalmente aos profissionais e à família, visando fortificar tanto aos programas quanto às pessoas, por meio de estratégias de prevenção, capacitação de profissionais e apoio às famílias com dinâmica de violência na área da deficiência e risco social, no intuito de superação desse obstáculo (CAVALCANTE; MINAYO, 2009).

2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

É intrigante observar que, apesar das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 reunirem informações acerca da importância do plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde, a dificuldade ao seguimento do plano alimentar ainda é grande. A observação empírica é confirmada por vários estudos que apontam dificuldade das pessoas com diabetes mellitus quanto ao seguimento do plano alimentar recomendado (DAMASCENO et al., 1995; WILLIAMSON et al., 2000; CABRERA-PIVARAL et al., 2004; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

A importância do seguimento do plano alimentar irá refletir na melhora do nível glicêmico, ou seja, da taxa de concentração de glicose na corrente sanguínea referente à pessoa com diabetes mellitus, propiciando, assim, bem-estar. O fator responsável por exercer à pessoa maior motivação ao seguimento do plano alimentar consiste na apreensão de que as complicações futuras estão vinculadas ao efetivo controle do diabetes mellitus. Contudo, poucos manifestam essa compreensão como parte do processo de aceitação de sua condição de saúde. Diversos motivos têm sido apontados para o não seguimento do plano alimentar, tais como dificuldade de aceitação da doença, obstáculos financeiros em adquirir alimentos especiais como os *diet*, falta de apoio da família, sentimentos conflitantes como o desejo de se autopunir e de punir sua família, entre outros (SILVA et al., 2006).

A dificuldade ao seguimento do plano alimentar recomendado está relacionada ao desafio que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 têm para gerenciar o plano alimentar prescrito. Esse desafio constitui-se em conciliar os horários das refeições com os medicamentos prescritos, atividade física e monitorização da glicose no sangue; visando prevenir ou minimizar as complicações relacionadas ao diabetes mellitus (CHLEBOWY; GARVIN, 2006).

Um estudo, que investigou os problemas relacionados à alimentação de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, mostrou que a transgressão alimentar é freqüente e consiste em um dos principais problemas referentes à alimentação (DAMASCENO et al., 1995).

Outro estudo, acerca da alimentação em pessoas com diabetes mellitus, divulgou a relação entre proibição, desejo e transgressão ao constatar que o desejo alimentar está sempre presente na vida do indivíduo com a doença, fazendo-o sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. A proibição surge do desejo e desse desejo insurge a transgressão, a qual parece funcionar como uma válvula de escape para as atribuições diárias (SANTANA, 2002).

Por outro lado, é preciso diferenciar a fome do apetite. A fome obedece a uma necessidade fisiológica, enquanto o apetite envolve o psíquico e é regido pela necessidade de prazer (KAHTALIAN, 1992).

Nesse contexto, os significados atribuídos à doença dependem do contexto cultural, social e econômico, da experiência e da personalidade da pessoa com diabetes mellitus. Nessa direção, uma mesma doença pode ser interpretada de maneiras diversas e os significados que as pessoas conferem ao que está lhes acontecendo influenciarão suas relações com os alimentos (HELMAN, 1994).

A convivência com pessoas que apresentam diabetes mellitus tipo 2, no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária-GED, suscitou-me questionamentos e reflexões acerca das representações sociais que envolvem os alimentos para as pessoas acometidas com a doença; constituindo o objeto de investigação.

Compreender a complexidade da rede social, cultural, biológica, psicológica, entre outras, que envolvem a alimentação, e apreender o fato da alimentação transcender a ingestão de alimentos e abarcar dimensões que remetem para além do simples conceito de ingestão de nutrientes, conduziram a pesquisadora a propor o presente estudo.

A finalidade da presente investigação perpassa pela percepção de que as representações sociais dos alimentos pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2 poderão contribuir com questões que extrapolam os aspectos fisiopatológicos da doença, com vistas à ampliação das estratégias educativas quando da elaboração de um programa de educação em diabetes nas instituições de saúde.

Diante do exposto, espera-se contribuir com subsídios para repensar as dificuldades que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 enfrentam em relação ao seguimento do plano alimentar, proposto pela equipe multiprofissional de saúde para o alcance de um controle metabólico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

...a representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem num grupo ou numa relação cotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação.

(MOSCOVICI, 1961, p. 27).

Optou-se pelo referencial teórico das representações sociais por acreditar ser o mais adequado para investigar como as representações sociais dos alimentos são percebidas pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Importa ressaltar que as representações sociais atribuídas aos alimentos podem orientar a prática, influenciando o comportamento alimentar.

Em estudos associados à área da saúde, é considerada relevante a inserção da teoria das representações sociais por explorar diferentes aspectos psicossociais relacionados às doenças, suscetíveis de diversas interpretações (MOREIRA, 1998).

O estudo das representações sociais, em relação ao diabetes mellitus tipo 2, valoriza os aspectos psicossociais referentes a essa doença, podendo propiciar reflexão acerca da necessidade de atendimentos que reconheçam a pessoa como um ser biopsicossocial.

O enfoque teórico do presente estudo fundamenta-se na psicologia social, na vertente da Escola Francesa criada por Serge Moscovici, psicólogo social romeno, naturalizado francês.

Em 1961, Moscovici desenvolveu a teoria das representações sociais, introduzindo um delineamento da teoria através da obra: *A psicanálise, sua imagem e seu público* (MOSCOVICI, 1961). Já na obra: *A Representação Social da psicanálise*, seu objeto de pesquisa consistiu na apropriação da psicanálise pelos franceses, almejando compreender como o conhecimento científico é transformado em um saber do senso comum; ou seja, em um saber socialmente partilhado e elaborado (MOSCOVICI, 1978).

É por meio da linguagem do senso comum que ocorre a compreensão das representações sociais. Mesmo interpretando um pensamento fragmentário e limitado em alguns aspectos, há uma clareza acerca da realidade. Por outro lado, é preciso atentar ao fato de que as representações sociais não expressam a realidade, não sendo possível considerá-las verdades científicas, pois seria ilusório e reduziria a realidade sob o ponto de vista dos indivíduos (MINAYO, 2006).

Em relação ao enfoque a que se prestam as representações sociais, ressaltam-se os fenômenos psicológicos da vida social e cultural, e a reciprocidade das mesmas à relação entre as duas áreas de conhecimento: a científica e a do senso comum (MOSCOVICI, 1994).

Embora negligenciada pela comunidade científica por longo tempo, a teoria das representações sociais, atualmente, consiste em importante referência, não apenas na psicologia social, mas também, em um vasto número de ciências; o que confirma sua importância na análise dos fenômenos sociais (ABRIC, 1994).

A teoria das representações sociais busca compreender o caráter social concernente às questões do indivíduo; e por tal razão é denominada por Moscovici de psicossociologia, ao considerar indissociável a relação indivíduo/sociedade, tendo como foco os fenômenos lingüísticos e cognitivos.

Moscovici, em sua teoria, apoiou-se no conceito sociológico de Representação Coletiva de Durkheim (MOSCOVICI, 1961).

Com base em sua investigação acerca das práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas, o sociólogo francês Émile Durkheim desenvolveu a tese de que a natureza fundamental do homem reside na religião, avaliando que essa prática social evidencia as representações coletivas enquanto fenômenos que asseguram os laços entre os membros de uma sociedade, mantendo-os por meio das gerações (DURKHEIM, 1994).

Em 1912, ao publicar: *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 sobre cada indivíduo, e permitem os homens a pensar e a agir de um modo homogêneo. Assim, considera esse saber reproduzido e partilhado coletivamente transcendendo o individual; o que atribui às representações coletivas o status de objetividade, autorizando as representações coletivas a penetrarem nas consciências individuais (DURKHEIM, 1994).

Moscovici adaptou sua teoria às sociedades modernas, pois em sua visão o conceito de representação coletiva detinha diversas limitações, como a abrangência de uma gama ampla e heterogênea quanto às formas de conhecimento e uma concepção estática acerca dos fenômenos (FARR, 1994).

Já a teoria das representações sociais é fundamentalmente dinâmica, suscetível à transformação, possibilitando compreender a sociedade de modo menos totalitário (QUEIROZ, 2003).

Como construções mentais da realidade, as representações sociais permitem desenvolver a teoria e a criatividade dos pesquisadores, na medida em que o interesse maior é a descoberta e não a comprovação, nem a verificação (MOSCOVICI, 1978).

A teoria de Moscovici foi aprofundada por Denise Jodelet, servindo de ferramenta para outros campos, como o da saúde (ARRUDA, 2002).

Nessa direção, propõe-se identificar as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, na perspectiva da psicologia social, proposta por Moscovici (MOSCOVICI, 1961) e ampliada por Denise Jodelet (JODELET, 1984).

Uma das definições clássicas das representações sociais implica em concebê-las como modalidades de conhecimento prático, orientadas para a comunicação e para o entendimento do contexto social, material e ideativo do cotidiano. As representações sociais são formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias; mas que, jamais se reduzem aos componentes cognitivos (JODELET, 2002).

As representações sociais são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum e possibilitando, assim, a comunicação. Com isso, 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).

O conjunto de componentes e relações contidos na representação social, vista como saber prático, abarca três perguntas fundamentais: 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 envolve significações, saberes e informações, ou seja, abrange a totalidade de expressões, imagens, idéias e valores presentes no discurso sobre o objeto. A abordagem das representações sociais abrange os aspectos constituintes da representação: imagens, informações, crenças, valores, opiniões, elementos ideológicos, culturais, entre outros (JODELET, 2002).

A coleta do material empírico na abordagem qualitativa, ou seja, coleta do *corpus*, utilizando como referencial teórico a representação social, é realizada com metodologias múltiplas, por meio de questionários, entrevistas, pesquisa documental, observações, e tratamento de textos imagéticos ou escritos. Face à abrangência da coleta do material empírico, é importante apreender os diversos momentos e movimentos da elaboração da representação social, embora dificilmente seja possível abarcar todos em uma única pesquisa (JODELET, 2002).

A teoria das representações sociais permite a percepção do modo como os indivíduos apreendem sua estrutura social, ao integrar suas idéias, preconceitos, valores, experiências, sentimentos. Enfim, refere-se à relação estabelecida entre o homem e seu meio. Nessa direção, 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 a base de suas representações sociais (SALLES, 1991).

As representações abrangem um conjunto de imagens, percepções e conceitos provenientes da prática cotidiana (SPINK, 1993). A construção das representações sociais ocorre através da ação e comunicação, e envolve a linguagem, a cultura, e a inserção nos aspectos sócio-econômico, ideológico, institucional e educacional (ARRUDA, 2002).

Os sujeitos, através das representações sociais, incorporam as informações associadas à saúde de modo a integrá-las ao seu repertório, composto por distintos tipos de valores, costumes e informações, bem como as utilizam como fundamento de suas práticas alimentares (GARCIA, 1997b).

Através de uma produção simbólica, a representação social encadeia ação, linguagem e pensamento em suas funções primordiais de tornar o não-familiar conhecido, viabilizar a comunicação e obter controle sobre o meio em que se vive, 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 e ressaltar o sentido que as pessoas dão às suas ações (TAVARES; TEIXEIRA, 1998).

A concepção das representações sociais envolve questão acerca das 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 construção das representações sociais ocorre conforme dois processos sócio-cognitivos: 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. Através de uma relação dialética, em que interagem entre si, buscam compreender a realidade, resultando em um conhecimento prático e funcional (WAGNER; ELEJABARRIETA, 1994).

Esses dois processos: objetivação e ancoragem estão intrinsecamente relacionados, não sequenciais. 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 é responsável pela transformação da teoria científica em teoria do senso comum (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998).

A formação desses dois processos, o de objetivação e o de ancoragem, é representada na figura 1, a seguir:

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

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

Pode-se observar, através dessa figura, que a objetivação ocorre através de duas modalidades: pela figuração (imagens) e pela personificação (categorias sociais e categorias de grupos sociais). A figuração se concretiza por meio do processo de metaforização e a personificação ocorre 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 implica inventariar os significados de um fenômeno ou objeto. Na categorização por exemplares, a informação é compreendida tal como se apresenta, assim, uma categoria corresponde ao conjunto de exemplares. A objetivação resulta da descontextualização (de conceitos, objetos e idéias) das suas origens, elaborada através de

metáforas. Esse processo envolve o mecanismo no qual o conhecimento é socialmente representado de forma específica. A objetivação implica na formação e estruturação das imagens que propiciarão a realidade do indivíduo e a comunicação, quer dizer, a constituição do conhecimento formal (VALA, 1997 apud MOREIRA, 1998).

A ancoragem 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, através da classificação ou categorização de pensamentos, denominando-os e atribuindo-lhes um nome, sendo essa atribuição de nome destinada ao que tem sido classificado. Ou seja, a ancoragem remete 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 incorporação de novos elementos do saber em um reservatório de categorias mais familiares. A palavra ancoragem tem uma origem gestáltica, podendo ser o equivalente à colocação de um objeto novo em um quadro de referência bem conhecido para poder interpretá-lo (DOISE, 1986).

Nesse processo estão envolvidos três aspectos: a difusão, a propagação e a propaganda. A difusão encontra-se em um grupo social, em meio do qual a mensagem se apresenta sob forma de opinião, enfatizando-se a imposição dos valores a partir do grupo social, o que demanda uma necessidade de decodificação dos modelos veiculados por meio da sociedade. O segundo aspecto, a propagação, envolve a comunicação. Esse aspecto relaciona-se à instrumentalização do saber, abarcando as formas expressas pelas relações sociais e pela contribuição dessas relações na constituição das representações sociais. Já a propaganda, diz respeito ao processo de integração da novidade e ao seu enraizamento no saber oficial (a ciência) ou em outras representações (MOREIRA, 1998).

Em relação ao objeto de estudo do presente trabalho, atenta-se ao fato de que conforme o alvo de uma dada circunstância, alguns constituintes das representações são enfocados e outros desfocados, sendo que as representações sociais sobre as práticas alimentares vão manifestar conflitivamente as oscilações do comportamento alimentar, ora construídas pela preocupação com a saúde, ora por outros valores. Essa estrutura móvel observada na análise das representações sociais suscita reflexões acerca da estabilidade das informações em relação ao consumo alimentar (GARCIA, 2004).

Portanto, o referencial teórico das representações sociais, adotado neste estudo, poderá ampliar a compreensão do fenômeno investigado, buscando-se uma maior familiaridade com o depoimento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em torno dos alimentos, valorizando seus saberes e visando a integralidade da atenção em saúde.

4 OBJETIVO

- Identificar as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

5 METODOLOGIA

A boa resposta depende da boa pergunta! O pesquisador deve estar consciente da importância da pergunta que faz e deve saber colocar as questões necessárias para o sucesso de sua pesquisa.

(GOLDENBERG, 2005, p. 71).

Buscou-se uma abordagem metodológica qualitativa que possibilita o estabelecimento de uma articulação entre o objeto de estudo, o referencial teórico e o método, para compreender as representações sociais atribuídas aos alimentos por pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

O interesse pela vertente metodológica qualitativa deve-se à prioridade em compreender o caráter multidimensional do fenômeno em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados da experiência vivida e da pessoa no seu contexto social (BIASOLI-ALVES, 1993).

Também, a abordagem qualitativa permite algo que, particularmente, é de grande valia para o presente estudo, ou seja, estudar questões difíceis de quantificar, como pensamentos, sentimentos, valores, crenças, comportamentos, motivações individuais e suas representações para os sujeitos. Além de possibilitar a trabalhar conceitos, definições, metáforas, descrições, símbolos e características do objeto de estudo (BERG, 2003; GOLDENBERG, 2005).

Cabe destacar que não há um tipo ou estilo único de fazer pesquisa com abordagem qualitativa. Os estudos qualitativos no campo da saúde, particularmente em relação aos serviços de saúde, envolvem diversificadas posturas teóricas e estas, por sua vez, implicam em determinados paradigmas. A compreensão dessa característica, como inerente ao campo, faz parte de uma boa formação e compreensão da pesquisa qualitativa (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

A importância da pesquisa e do olhar científico consiste em não se limitar a certos procedimentos metodológicos, já que a pesquisa científica demanda disciplina, criatividade e organização. Com base no movimento entre o confronto do possível e o impossível, entre a ignorância e o conhecimento, a pesquisa é evidenciada em um processo em que se torna impossível a previsão das etapas (GOLDENBERG, 2005). Em relação aos dados qualitativos, segundo Goldenberg (2005, p. 53):

...consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Estes dados não são padronizáveis como os dados quantitativos, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los. Não existindo regras precisas e passos a serem seguidos, o bom resultado da pesquisa depende da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador.

Ao elaborar uma investigação, é importante uma ordem seqüencial no tempo. No entanto, com a devida flexibilidade, evitando-se seguir uma série de fases rigidamente ordenadas. Faz-se necessário fixar o ponto de partida, denominado de fase exploratória, e o ponto de chegada, denominado divulgação dos resultados, por se saber que, no intervalo, ocorrerá uma multiplicidade de caminhos a serem escolhidos, devido às circunstâncias encontradas (THIOLLENT, 2005).

Importa ressaltar as diferentes peculiaridades da pesquisa quantitativa e qualitativa. A pesquisa quantitativa envolve fenômenos e objetos externos que podem ser compreendidos de forma objetiva. A metodologia qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às relações, aos atos e às estruturas sociais; sendo essas últimas construções humanas significativas (MINAYO, 2006).

A abordagem metodológica qualitativa proporciona um espaço mais profundo das relações na medida em que trabalha o universo de atitudes, aspirações, significados, crenças, valores e motivos (MINAYO et al., 1994).

Os dados provenientes da investigação qualitativa não são padronizáveis, exigindo do pesquisador criatividade e flexibilidade no momento da coleta e análise dos dados (MORSE et al., 1991).

Nessa direção, os pesquisadores empenham-se em apresentar sentido ou interpretar o fenômeno, a partir das significações que emergem dos participantes da pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2005).

Em estudos na abordagem qualitativa, a meta não é a produção de um conjunto unificado de resultados que outro investigador teria produzido, na mesma situação ou investigando os mesmos assuntos; o objetivo da pesquisa qualitativa consiste na descrição coerente e iluminadora de uma situação baseada no estudo consistente e detalhado de uma dada situação (WARD-SCHOFIELD, 1993).

Na pesquisa de abordagem qualitativa, o conceito de validade, com base na prática reflexiva, foi ampliado. Essa reconceituação refere-se à compreensão do investigador acerca do processo da pesquisa, ou, mais especificamente, da aproximação questionadora do depoimento dos informantes e do desenvolvimento do esquema teórico. Nesse sentido, o propósito da reflexão não consiste na produção de um relato objetivo ou não valorativo do fenômeno. Assim, os resultados não podem ser padronizados (RICHARDSON, 2007).

A abordagem qualitativa permite aos pesquisadores compartilhar compreensões e percepções de outros, explorando o modo com que os sujeitos estruturam e fornecem significados aos outros e a si mesmos (BERG, 2003).

O significado tem função fundamental na pesquisa qualitativa, sendo a preocupação essencial nessa abordagem. O foco nos pressupostos, que servem de fundamento à vida das pessoas, consiste em uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa. O processo da pesquisa qualitativa é dinâmico e não admite visões estanques, isoladas, parceladas, desenvolve-se na perspectiva de interação dinâmica, retroalimentando-se, reformulando-se de modo constante, de maneira que, por exemplo, em determinado momento a coleta de dados deixa de ser tal e é análise de dados, e esta, em seguida, é instrumento para nova busca de informações (TRIVIÑOS, 2006).

A qualidade não é apenas aquilo que não é quantidade, já que a qualidade é dimensão fundamental da realidade social e deve estar presente de alguma forma no cotidiano, na vida real (DEMO, 2005).

Importa enfatizar que a presente pesquisa classificou-se como descritiva, exploratória, uma vez que se almeja ampliar o conhecimento acerca das representações sociais dos alimentos entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2, propiciando subsídios para repensar a educação em diabetes.

Nessa vertente, a pesquisa descritiva objetiva fundamentalmente a descrição das características de determinado fenômeno ou população e também a presença de relações entre variáveis (GIL, 1994).

Ainda no âmbito da pesquisa descritiva, Triviños (2006, p. 110) menciona que:

A maioria dos estudos que se realizam no campo da educação é de natureza descritiva. O foco essencial destes estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, seus valores, os problemas do analfabetismo, a desnutrição, as reformas curriculares, os métodos de ensino, o mercado ocupacional, os problemas do adolescente etc. Os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar... O estudo descritivo pretende descrever 'com exatidão' os fatos e fenômenos de determinada realidade.

A validade científica da pesquisa descritiva pressupõe certo grau de validade científica. Na pesquisa descritiva, é importante a delimitação precisa dos métodos, técnicas, teorias e modelos para orientar a coleta e interpretação dos dados. Há necessidade de delimitação da população e amostra, bem como dos objetivos do estudo e das questões da pesquisa (TRIVIÑOS, 2006).

Com relação à opção por um estudo exploratório, Triviños (2006, p. 109) coloca que:

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema... Pensa-se que a realização de um estudo exploratório, por ser aparentemente simples, elimina o cuidadoso tratamento científico que todo investigador tem presente nos trabalhos de pesquisa. Este tipo de investigação, por exemplo, não exige a revisão da literatura, as entrevistas, o emprego de questionários etc., tudo dentro de um esquema elaborado com a severidade característica de um trabalho científico.

A pesquisa exploratória visa, essencialmente, esclarecer e modificar idéias e conceitos, focando na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 1994).

Baseando-se nas questões supracitadas, optou-se por um estudo descritivo, exploratório, de vertente qualitativa e enfoque teórico da representação social.

5.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Richardson (2007, p. 95), a representatividade do local de estudo implica que:

O investigador qualitativo está mais preocupado com a validade das informações coletadas, isto é, se os dados expressam autenticamente a visão do entrevistado, com interferência mínima do processo de pesquisa. Esse é o critério de validade (**isto é, a capacidade de ter acesso às autênticas opiniões dos entrevistados**) que orienta a escolha de um local, não a meta pouco realista da representatividade. Portanto, o processo de escolha deve ser acompanhado por uma reflexão que inclui considerações tais como: facilidade de comunicação com os entrevistados, adequação dos meios de registro das informações e, crucialmente, existência de alguma característica do local que possa influenciar negativamente as opiniões de um entrevistado, por exemplo, a proximidade do empregador ou cônjuge. À medida que o contexto da pesquisa qualitativa é muito variável, não é possível prescrever de antemão as características de um local ideal. Mais um motivo para a reflexão constante do pesquisador.

O presente estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto-SP, interior do estado de São Paulo, no domicílio de cada participante adulto (idade igual ou maior que 21 anos); com diabetes mellitus tipo 2, a partir da lista de espera do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária - Grupo de Educação em Diabetes-GED do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP da USP.

A opção em realizar as entrevistas no domicílio de cada participante, com diabetes mellitus tipo 2, teve como propósito assegurar maior proximidade entre pesquisadora e participante, propiciar maior espontaneidade às verbalizações, além de almejar uma maior aproximação da sua realidade cotidiana.

Os participantes, todos cadastrados na lista de espera do referido Centro, aguardam a chamada para ingressar no grupo de educação em diabetes, coordenado por duas docentes da EERP/USP e um docente da FFCLRP/USP. O grupo é constituído por: uma enfermeira de apoio da EERP/USP, dois psicólogos clínicos, dois nutricionistas clínicos, três enfermeiras, quatro educadores físicos e alunas do curso de enfermagem e psicologia. Esse atendimento funciona às terças-feiras, no horário das 14:00 h às 17:00 h.

5.2 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2008.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No período do estudo, foram elencadas na lista de espera do referido Centro, aproximadamente, 48 pessoas com diabetes mellitus tipo 1 e 2. Para o presente estudo, foram selecionadas as pessoas com diabetes mellitus tipo 2, considerando a alta prevalência desse tipo de diabetes na população, que preenchessem os seguintes critérios de seleção: de ambos os sexos; adultos (idade igual ou maior que 21 anos); sem participação prévia em programas de orientação/educação em diabetes; com tempo de diagnóstico superior a 12 meses; mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a participação na pesquisa.

Importa ressaltar que os participantes foram entrevistados antes de ingressarem no grupo de educação em diabetes-GED, no mencionado Centro. Essa exigência teve o intuito de se evitar influências, advindas da experiência do grupo de educação em diabetes, em relação às respostas desses participantes à entrevista.

Conforme aponta Minayo et al. (1994, p. 43):

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é ‘quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?’ A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Na abordagem qualitativa, a quantidade é substituída pela profundidade, alcançando-se graus de compreensão que não podem ser englobados na pesquisa quantitativa.

Na lógica da pesquisa qualitativa, o número de sujeitos deve ser significativo, suficiente para a obtenção dos elementos necessários para melhor compreender sua problemática (MARTINS; BICUDO, 1989).

A amostra ideal consiste naquela que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. O dimensionamento da quantidade de entrevistas deve seguir o critério de saturação, responsável por determinar o tamanho da amostra. Pressupõe a compreensão do pesquisador acerca da coletividade em estudo ou da lógica interna do grupo, possibilitando que, provisoriamente, o investigador possa prever um montante de entrevistas na medida em que atinja a homogeneidade, a diversidade e a intensidade das informações necessárias à pesquisa (MINAYO, 2006).

Portanto, para a finalização das entrevistas, utilizou-se o critério de saturação dos dados. Nessa direção, o número de sujeitos não foi determinado previamente e os dados foram encerrados quando ocorreu uma repetição das informações no material empírico coletado, ou seja, a partir do momento em que se constatou a invariância do fenômeno (MARTINS; BICUDO, 1989).

Assim, a amostra foi constituída por 14 participantes com diabetes mellitus tipo 2.

5.4 MATERIAL

Para o desenvolvimento do estudo, foram necessários os seguintes materiais: um roteiro da entrevista estruturada e roteiro da entrevista semi-estruturada, gravador digital, papel sulfite, borracha e lápis.

A opção por um gravador digital remeteu-se à preocupação da pesquisadora em assegurar uma qualidade audível mais apurada, imprescindível a uma transcrição fiel às verbalizações dos entrevistados, o que é de suma importância na pesquisa qualitativa.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.5.1 Roteiros de Entrevista

As entrevistas reúnem várias vantagens para sua utilização, como: o estabelecimento de uma relação de confiança entre pesquisador-participante, possibilitando o surgimento de outros dados, além de propiciar uma maior profundidade e maior revelação de informação sobre assuntos complexos como as emoções, entre outros (GOLDENBERG, 2005).

A entrevista ou questionário constituem-se em instrumentos às respostas que o pesquisador não conseguiria com outras ferramentas. O pesquisador deve tentar ser o mais neutro possível, sem interferir nas respostas emitidas pelos participantes.

Na perspectiva qualitativa, a entrevista apresenta três características essenciais: a intuição, a intersubjetividade e a imaginação. A entrevista é o instrumento de coleta de dados mais adequado à expressão de tudo aquilo que o entrevistado pensa, sente e vem vivenciando (LEOPARDI, 2002).

Ainda em relação à entrevista, mesmo que pareça, à primeira vista, que o pesquisador apenas extraia informações, sem que se ofereça algo em troca ao entrevistado, ele também é um mediador respectivo à apreensão do sujeito em relação à sua própria situação, a partir de outro ângulo (ROMANELLI, 1998).

Portanto, para a coleta de dados do presente estudo, utilizou-se um roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE A) para obtenção dos dados sócio-demográficos e clínicos, de modo a inserir cada sujeito na sua posição social, como: data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, nacionalidade, naturalidade, ocupação/profissão, tempo do diabetes, medicamentos para o tratamento do diabetes, outros medicamentos diários e renda mensal familiar.

Em relação à entrevista estruturada, postula-se que os conteúdos e os procedimentos sejam organizados com antecedência, a partir de um conjunto fixo e estruturado de perguntas precisas cuja ordem e redação permanecem a mesma para todos os participantes. É utilizada quando informações específicas, tal como as variáveis sócio-demográficas e clínicas, são necessárias. As vantagens, do método condizente à entrevista estruturada, consistem em manter o foco em um determinado assunto, fornecer informações detalhadas e relações estruturadas entre os conceitos. Dentre as desvantagens encontradas, ressalta-se a questão referente à possibilidade de alguns conceitos, não relatados durante a entrevista, não serem

abordados, proporcionando uma fraca compreensão das estratégias ou regras para solucionar problemas (DURKIN, 1994).

Também, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) construído a partir da literatura (BIASOLI-ALVES, 1993; GERBASI; SANTOS, 2006), com a seguinte questão norteadora do estudo: “Gostaria que falasse a respeito do que os alimentos significam para o(a) Sr(a) em seu dia-a-dia”.

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

Para essa modalidade de abordagem da entrevista semi-estruturada, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores, considerados fundamentais e suficientes, em tópicos que contemplem a abrangência das informações aguardadas. Nessa direção, foram elaborados vários tópicos que funcionaram como lembretes (MINAYO, 2006), sendo memorizados pela presente pesquisadora.

Assim, a abordagem da entrevista semi-estruturada valorizou a presença da pesquisadora, permitiu que o participante tivesse uma maior liberdade e espontaneidade, e reuniu condições necessárias para o enriquecimento da investigação.

O entrevistado participa na elaboração do conteúdo da pesquisa, espontaneamente, percorrendo a linha de seu pensamento e de suas experiências, no contexto do foco principal estabelecido pelo investigador (TRIVIÑOS, 2006).

Triviños (2006, p. 146) acrescenta que:

É útil esclarecer, para evitar qualquer erro, que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não nasceram a priori. Elas são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive, realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas.

Por outro lado, há o risco da tendência de serem analisados apenas os temas previamente estabelecidos, sem ter o cuidado de explorar as estruturas de relevância, dos entrevistados, fornecidas na entrevista (MINAYO, 2006).

Importa ressaltar que a informação, apreendida nas entrevistas, é acompanhada por um fenômeno psicoafetivo e por intercorrências, provenientes da interação entrevistador-entrevistado, sempre presentes na comunicação. Assim, apesar de muito enriquecedora, a entrevista consiste em uma técnica difícil, cujos problemas que interferem em seus resultados são diversos, principalmente por se alicerçar na palavra, considerada a mais rica, mas também a mais duvidosa fonte, onde perpassa o risco da dissimulação (MORIN, 1973).

5.5.2 Pré-Teste

...como qualquer relação pessoal, a arte de uma entrevista bem-sucedida depende fortemente da criação de uma atmosfera amistosa e de confiança.

(GOLDENBERG, 2005, p. 90).

O pré-teste alude à aplicação prévia de um questionário a um grupo que apresente as mesmas características da população incluída na pesquisa, com o objetivo de direcionar e revisar os aspectos da investigação. Não deve ser compreendido somente como uma revisão do instrumento, mas sim como um teste no processo de coleta e tratamento dos dados, atuando no treino e análise dos problemas apresentados pelos entrevistadores, além de ser um importante meio para se conseguir informações acerca do assunto estudado. Antes da coleta de dados, é recomendada sua utilização com questões abertas, as quais contribuirão ao pesquisador no aprofundamento do conhecimento em relação ao tema a ser pesquisado (RICHARDSON, 2007).

Nesse sentido, foi realizado um pré-teste, ou seja, um estudo piloto no presente estudo, o qual auxiliou na definição dos tópicos pertinentes ao roteiro da entrevista semi-estruturada, com a finalidade de avaliar a adequação do roteiro aos objetivos da pesquisa, a partir de um aperfeiçoamento da técnica de entrevista e do próprio roteiro em questão, propiciando à pesquisadora experiência e certa maturidade no manejo do instrumento em questão. Desse modo, tanto o pesquisador quanto o entrevistado vivenciam um processo de aprendizagem (RICHARDSON, 2007).

Em relação a esse pré-teste, foram selecionadas duas pessoas com diabetes mellitus tipo 2, sendo uma do sexo feminino e outro do sexo masculino, oriundos da lista de espera do

referido Centro de Pesquisa e Extensão Universitária – Grupo de Educação em Diabetes-GED.

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos sujeitos, através de sua assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo entrevistado (APÊNDICE C), transcritas na íntegra, de forma literal e na seqüência, com o objetivo de garantir as particularidades fundamentais à análise dos dados.

Após cada entrevista, realizou-se uma análise do material elaborando-se algumas reformulações dos tópicos pertinentes ao roteiro da entrevista semi-estruturada, responsáveis por guiar e nortear as entrevistas. Questões foram acrescentadas, com a finalidade de direcionar e reformular as próximas entrevistas, devido à percepção de contribuir, com maior afinco, aos objetivos da pesquisa.

Assim, através da experiência suscitada por esse pré-teste, a pesquisadora constatou a relevância da questão norteadora da entrevista, a qual mostrou-se apropriada em compreender o objeto de investigação da presente pesquisa; além de atingir aos objetivos propostos no referido estudo.

5.6 COLETA DE DADOS

Com a conclusão do pré-teste, foram contatados os participantes com diabetes mellitus tipo 2, oriundos da lista de espera do referido Centro, elegíveis ao presente estudo; ou seja, os quais enquadravam-se aos critérios de inclusão definidos anteriormente. A pesquisadora contatou os participantes através de ligação telefônica, explicitando os propósitos da pesquisa e solicitando data e horário para agendamento à entrevista, no domicílio de cada participante.

Após agendamento, estando no domicílio do participante, novamente foram expostos os objetivos da pesquisa, requerendo a sua colaboração. Mediante a aceitação, solicitou-se sua assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo entrevistado (APÊNDICE C).

Desse modo, em seguida, prosseguiu-se ao início da entrevista, tendo em vista os objetivos da pesquisa, com tópicos orientadores, estimulando-se o entrevistado a relatar significados que envolvem os alimentos.

Utilizou-se, consecutivamente, os dois roteiros de entrevista (estruturada e semi-estruturada).

Todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento prévio dos participantes do estudo, e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, de modo literal.

Concluída a realização da entrevista, a pesquisadora convidou cada entrevistado a participar do Grupo de Educação em Diabetes-GED, realizado todas as terças-feiras, das 14:00h às 17:00h, no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, localizado no Campus da USP.

Todas as entrevistas ocorreram em um único encontro, com média de duração de 60 minutos. Em todos os agendamentos, os participantes estavam, pontualmente, aptos a receberem a pesquisadora, a qual também respeitou a pontualidade quanto à data e horário estabelecidos à entrevista. Importa ressaltar a boa receptividade à pesquisadora em todas as entrevistas realizadas.

Os locais de gravação das entrevistas diversificaram-se entre a sala e cozinha, mas em ambas havia presença de silêncio e condições adequadas de iluminação e conforto.

Alguns participantes emocionaram-se, contudo, a emoção não dificultou o desenvolvimento de nenhuma entrevista.

Em quatro das catorze entrevistas realizadas, em algum momento houve aproximação de algum membro da família junto ao participante. No entanto, todas as aproximações incidiram em curtas verbalizações, sem prejuízo à emissão de respostas pelos participantes.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise das informações almeja o estabelecimento de uma compreensão dos dados coletados, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e/ou respondendo as questões formuladas, além de desenvolver o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o com o contexto cultural do qual faz parte (MINAYO et al., 1994).

Para interpretar os dados, melhor compreender os significados e por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2006), utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática.

Na análise temática, o conceito central é o tema; o qual implica em um conjunto de relações, e por meio de uma palavra, uma frase, um resumo, pode ser graficamente apresentado (GOMES, R., 2007).

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência ou presença signifiquem algo para o objetivo analítico almejado. Através de determinados temas, evidenciam-se os modelos de comportamento e os valores de referência inseridos no depoimento (FLORES PEÑA, 2004).

Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas, com a intenção de desvendar a fala enquanto uma estrutura de representação. Assim, codificaram-se os dados mais relevantes apresentados a partir dos relatos, tendo por finalidade o núcleo de compreensão do texto das entrevistas.

A análise temática, operacionalmente, desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos – interpretação (MINAYO, 2006).

A primeira etapa, denominada pré-análise, implica na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, sendo que o pesquisador deve se questionar acerca das relações entre as etapas realizadas, construindo alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final (MINAYO, 2006).

É relevante dar importância à representatividade da amostra, ou seja, é fundamental que a amostra selecionada envolva um fiel reflexo dos documentos que integram o conjunto de dados e que os documentos inclusos obedeçam a critérios precisos, de modo a evitar particularidades. Os documentos selecionados devem propiciar a informação adequada para cumprir os objetivos da pesquisa (RICHARDSON, 2007).

Nesse sentido, em relação ao presente estudo, na primeira etapa denominada pré-análise, organizou-se o material, sistematizando-se as idéias principais. Com isso, fez-se uma leitura vertical das entrevistas, procurando o conhecimento das estruturas e orientações para a análise e impressões a respeito da mensagem contida nas falas expressas; além de assinalar o que chamou a atenção e buscar a compreensão dos primeiros significados dos relatos.

A segunda etapa, conhecida como exploração do material, corresponde, fundamentalmente, em uma operação classificatória, objetivando alcançar o núcleo de compreensão do texto através da procura por categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala se organizará. Assim, a categorização envolve uma tênue etapa de redução do texto às palavras e expressões significativas (MINAYO, 2006).

Nessa segunda etapa: exploração do material, a pesquisadora procedeu à leitura repetida e exaustiva do material empírico, a fim de estabelecer questões importantes e

construir as categorias empíricas da investigação. Nesse momento, realizou-se uma leitura transversal de cada corpo de dados significativos.

Já na terceira etapa, denominada tratamento dos resultados obtidos e interpretação, acredita-se que, a partir de uma inflexão acerca do material empírico, estabelece-se o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação; mantendo-se o marco teórico presente durante todo o tempo (MINAYO, 2006).

Com base nesse contexto teórico-metodológico e no objetivo do estudo, subsidiados na teoria das representações sociais, a pesquisadora percorreu as seguintes etapas operacionais: primeiramente, o *corpus* foi constituído por 14 entrevistas com pessoas que apresentam diabetes mellitus tipo 2, no referido Centro. O seguinte movimento da pesquisadora constituiu-se da transcrição, literal e na íntegra, desse material empírico. Após leitura minuciosa e flutuante desse *corpus*, a pesquisadora instituiu contato exaustivo em relação aos dados.

A seguir, os dados agruparam-se, segundo as unidades de registro concernentes aos objetivos do estudo, de acordo com um significado comum emergido dos dados brutos. A partir dessa etapa, foram selecionadas partes do material importantes à constituição das unidades de significação (categorias temáticas que emergiram), as quais foram codificadas e organizadas em subcategorias, relacionando-os às categorias temáticas. Assim, essas categorias temáticas foram organizadas conforme a similaridade de conteúdos, suscitando as categorias de análise. Após meticulosa análise, novamente os dados foram ordenados em torno de sete categorias temáticas relevantes em relação ao *corpus* investigado.

Portanto, em relação a essa etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a pesquisadora almejou revelar o que estava por trás dos conteúdos manifestos, agrupando, nesse momento final, os resultados em sete categorias temáticas de significação que, devido às semelhanças de seu conteúdo, apresentaram núcleos de pensamento.

A figura 2 traduz o plano de análise dos dados a que se submeteu o presente estudo:

Figura 2. Concepção estrutural do plano de análise dos dados (Adaptado de MOREIRA, 1998).

Com o objetivo de esclarecer os questionamentos da investigação, relacionaram-se os dados ao referencial teórico da pesquisa.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto de pesquisa foi aprovado em 20 de fevereiro de 2008 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP da Universidade de São Paulo, atendendo a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, protocolo n°.0870/2008 (ANEXO).

É importante ressaltar que, nesse estudo, preservou-se o anonimato dos participantes envolvidos, cuja identificação efetivou-se por meio de nomes fictícios.

As entrevistas e suas gravações foram realizadas após esclarecimentos quanto aos objetivos e natureza da investigação; e após a concordância dos entrevistados em participar da pesquisa, mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelo participante (APÊNDICE C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 14 participantes, seis eram homens e oito mulheres. A idade dos participantes variou de 43 a 83 anos. Quanto ao estado civil, seis eram casados, três viúvos, dois divorciados e três solteiros. Em relação à escolaridade, cinco completaram o primeiro grau; quatro cursaram até o segundo grau; três o segundo grau incompleto; um o terceiro grau incompleto e um o terceiro grau completo.

Grande parte dos participantes é natural da cidade de Ribeirão Preto-SP; quatro de outras cidades do Estado de São Paulo, três do Estado de Minas Gerais, um do Estado de Pernambuco e outro da cidade de São Paulo. Em relação à ocupação, cinco são aposentados, quatro do lar e cinco exercem atividade remunerada.

Quanto ao tempo da doença, a maioria referiu apresentar o diabetes mellitus há mais de seis anos. O tempo do diagnóstico da doença variou de 18 anos a 18 meses. A maioria faz uso de medicamento oral para o controle do diabetes mellitus tipo 2, três não fazem uso de medicamento para o controle da doença. Apenas dois entrevistados fazem uso de insulina, sendo que um deles utiliza associação de insulina e medicamento oral. Em relação a outros medicamentos utilizados, apenas três participantes referiram não fazer uso de medicamento. A maioria dos entrevistados faz uso de dois ou mais medicamentos.

No que se refere à renda familiar, a metade referiu renda familiar maior que quatro salários mínimos. A maioria mencionou renda familiar maior que três salários mínimos. A maior renda correspondeu a treze salários mínimos. Um entrevistado referiu renda inferior a dois salários mínimos (SALÁRIO..., 2008).

A seguir, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas, verifica-se a caracterização dos 14 participantes no Quadro 1.

<u>Caracterização</u>	Corina	Danúbio	Paulo	Verena	Flora	João	Marta	Elsa	Lucas	Mário	Ana	Ida	Mara	André
Idade (anos)	83	61	54	70	51	79	47	74	54	67	60	43	47	46
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Estado Civil	Viúva	Casado	Divorciado	Viúva	Casada	Casado	Divorciada	Viúva	Casado	Casado	Casada	Solteira	Solteira	Solteiro
Escolaridade	Segundo grau incompleto	Primeiro grau completo	Primeiro grau completo	Primeiro grau completo	Segundo grau incompleto	Segundo grau incompleto	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Terceiro grau incompleto	Terceiro grau completo	Primeiro grau completo	Primeiro grau completo	Segundo grau completo	Segundo grau completo
Nacionalidade	Brasileira	Brasileiro	Brasileiro	Brasileira	Brasileira	Brasileiro	Brasileira	Brasileira	Brasileiro	Brasileiro	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileiro
Naturalidade	Ribeirão Preto-SP	Araripina - PE	Piuí -MG	São Sebastião do Paraíso -MG	Uberaba -MG	Casa Branca -SP	Ipuã -SP	Ribeirão Preto-SP	Ribeirão Preto-SP	Ribeirão Preto-SP	Igarapava -SP	Casa Branca -SP	São Paulo-SP	Ribeirão Preto-SP
Ocupação/ Profissão	Aposentada	Aposentado	Serviço remunerado	Do lar	Do lar	Aposentado	Do lar	Aposentada	Serviço remunerado	Aposentado	Do lar	Serviço remunerado	Serviço remunerado	Serviço remunerado
Tempo do diabetes	8 anos	1 ano e meio	11 anos	9 anos	18 anos	6 anos	2 anos	18 anos	6 anos	14 anos	15 anos	3 anos	11 anos	5 anos
Medicamentos para o diabetes	Antidiabético oral	Antidiabético oral	Antidiabético oral e Insulina	Antidiabético oral	Não	Antidiabético oral	Antidiabético oral	Insulina	Antidiabético oral	Antidiabético oral	Antidiabético oral	Não	Não	Antidiabético oral
Número de outros tipos de medicamentos em uso	4	3	2	3	5	4	6	1	1	4	4	Não	Não	Não
Renda mensal familiar (reais)	1386	1500	700	5000	1700	1900	2000	1800	5500	4500	1100	890	900	1200

Quadro 1. Caracterização dos participantes do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2009.

6.2 INTERPRETANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

A partir das entrevistas com os participantes, a análise temática do material empírico permitiu a elaboração de sete categorias temáticas: alimentos para diabetes não sustentam; sentimentos em relação aos alimentos; descrença na orientação dos profissionais de saúde; custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes; prazer regendo a busca pelo alimento; diabetes como o diabo e alimento como vício.

Cada categoria temática foi subdividida em subcategorias, no intuito de refinar a análise para a compreensão dos elementos constitutivos das representações sociais.

A seguir, são apresentadas as sete categorias temáticas e suas respectivas subcategorias no Quadro 2.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
CATEGORIA TEMÁTICA 1: Alimentos para diabetes não sustentam	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Prato cheio</i> * <i>Besteirada/Lambiscar</i> * <i>Alimentos para diabetes não têm sabor</i> * <i>Essas dietas tiram tudo</i> * <i>Como até matar a fome</i>
CATEGORIA TEMÁTICA 2: Sentimentos em relação aos alimentos	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Ansiedade me leva a ficar procurando comida</i> * <i>Preconceito com a pessoa diabética</i> * <i>Meio semivivo ou semimorto</i> * <i>Ó Deus, me cura ou me mata</i> * <i>Não tenho diabetes porque como de tudo</i>
CATEGORIA TEMÁTICA 3: Descrença na orientação dos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> * <i>A orientação dos profissionais de saúde não funciona</i>
CATEGORIA TEMÁTICA 4: Custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Valor dos alimentos para diabéticos são muito caros</i>
CATEGORIA TEMÁTICA 5: Prazer regendo a busca pelo alimento	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Só gosto de fazer o que me dá prazer</i>
CATEGORIA TEMÁTICA 6: Diabetes como o diabo	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Doença que começa com diabo-diab... Diabete</i>
CATEGORIA TEMÁTICA 7: Alimento como vício	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Comida é pior que droga</i>

Quadro 2. Apresentação das sete categorias temáticas e suas respectivas subcategorias. Ribeirão Preto-SP, 2009.

6.2.1 Alimentos para diabetes não sustentam

Nessa categoria, uma parte significativa dos relatos evidenciou que a representação dos alimentos pelos participantes está relacionada à idéia de que os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional de saúde não sustentam. A seguir, as subcategorias expressam as representações: prato cheio; besteirada/lambiscar; alimentos para diabetes não têm sabor; essas dietas tiram tudo; como até matar a fome.

* *Prato cheio*

O conceito de nutrição adequada e suficiente reveste-se de diversos significados. Nessa vertente, os depoimentos acerca dos alimentos também perpassam por significações variadas para justificar a dificuldade do seguimento do plano alimentar.

A fome é saciada e formulada em termos culturais, sociais e históricos. Alimentar-se consiste em uma necessidade, mas também em um ato social. Quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, além das prescrições e proscricções alimentares, são fatores determinados pela cultura. As práticas, classificações e representações da alimentação demonstram o *status* de um indivíduo em uma sociedade. Nesse sentido, o alimento pode ser interpretado como linguagem, como texto cultural que traduz as visões de mundo, da família, do corpo, do trabalho e das relações sociais (MENASCHE; MARQUES; ZANETTI, 2008).

Os depoimentos abaixo relacionados apontam que os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional parecem insuficientes para a manutenção das funções vitais.

*“O que eu mais gosto é... **Prato cheio**. Eu gosto de feijoada, eu gosto de bacalhoadá, gosto de leitoa assada...”* (Sr. Lucas)

*“Eu falo pra eles, que se eu faço essa dieta, eu não vou morrer de diabetes, eu vou **morrer de fome**.”* (Sr. Paulo)

*“Porque não é a alimentação que dá **energia** para... Para você fazer todas as coisas? Se eu já como esse tanto e passo mal, e se eu comesse meio filãozinho, como está na*

*dieta?(...) Que a comida que eles sugerem é **pouca** e eu ia ficar **fraco**. Aquele tanto que eu transpiro, aquele tanto de **energia** que eu gasto, eu não passaria mal e cairia da escada? Ou... Eu não ia sentir tontura? Eu me sentiria **fraco**.”* (Sr. Paulo)

*“Mas o problema é que depois eu fico assim com **fraqueza** (...) talvez seja por causa da **quantidade de alimento**, né?”* (D. Flora)

Os participantes associaram fraqueza à quantidade de alimentos, preconizada pelo plano alimentar recomendado pelos profissionais de saúde. Parece que para os participantes o conceito de se estar bem alimentado remete-se à maior quantidade de ingestão de alimentos.

Essa representação expressa que a imagem dos alimentos é evidenciada por elementos que ultrapassam o valor nutricional dos alimentos, envolvendo: prazer, valores sócio-culturais, celebrações e memória familiar (ALVES; BOOG, 2008).

A preferência por alimentos considerados fortes como a carne, o feijão e o arroz prescrevem a sensação de sustentação do organismo (encher a barriga), sugerindo a impressão de que através desses alimentos o indivíduo possa manter-se hígido, conforme depoimentos a seguir:

*“No almoço, eu como duas colher de arroz, eu ponho mais feijão que é pra **sustentar mais**, né? Porque **feijão sustenta mais**, e o médico manda colocar duas de feijão também. Mas, eu cheguei na cara dele e falei: ‘**Ó, vai você comer aquela comida que não tá sustentando nada.**’ Falei isso pra ele (...) para o doutor Ângelo, eu trato é com ele.”* (D. Corina)

*“Porque se **alimentando bem**, você está se **fortalecendo** (...) comer bem é comer carne. Igual, eu faço a carne... Faço arroz (...) eu ponho **arroz, feijão, uma carne...**”* (Sr. Paulo)

*“É difícil você parar para comer uma banana, comer uma maçã. Parece que não te satisfaz, **não enche**. Você está **vazio**.”* (Sr. Paulo)

O modo como os indivíduos alimentam-se exerce conseqüências à saúde tão importantes quanto o que se come. Tanto o excesso na quantidade de alimento ingerido quanto a rapidez da ingestão propiciam um maior consumo de calorias e, portanto,

predispõem à obesidade; triplicando-se a possibilidade de aumento no peso corporal (MARUYAMA et al., 2008).

Em relação ao fato dos alimentos recomendados para as pessoas com diabetes mellitus serem aqueles adotados pelas pessoas que almejam uma alimentação saudável, a preconização dos profissionais de saúde pode vir a contribuir para a prevenção de complicações agudas e crônicas relacionadas à doença (PONTIERI; BACHION, 2007).

* *Besteirada/Lambiscar*

Nos depoimentos, os participantes referiram consumir grande quantidade de alimentos que denominaram como besteirada, além de mencionarem o hábito de lambiscarem no decorrer do dia, conforme se segue:

*“Eu vou no bar como **pastel**, eu como uma **esfirra**, sabe?(...) todos os dias como **salgado**, como **besteirada**. Eu almoço normalmente no restaurante por quilo. Na parte da salada, eu passo batido e não como nada.”* (Sr. Lucas)

*“Fico **lambiscando**! Isso, isso! Como uma coisinha aqui, outra coisinha ali!”* (D. Verena)

*“Umas onze horas da manhã, eu comi um **filão com maionese** (...) com maionese e **coca-cola**.”* (D. Ida)

Os alimentos são selecionados, pelos participantes, mediante critérios pouco relacionados aos valores nutricionais dos alimentos. Essas escolhas constituem barreiras para o seguimento do plano alimentar prescrito pela equipe multiprofissional de saúde. Além disso, há de se considerar que outros fatores, tais como a falta de tempo, o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos, a falta de vontade e o custo dos alimentos, podem contribuir para a manutenção desse comportamento. Os alimentos saudáveis não são percebidos como uma alternativa atrativa, nem fácil, em relação ao plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde (VIANA, 2002).

Os profissionais de saúde têm preconizado a necessidade de desenvolvimento de estratégias de autocontrole, sobretudo quanto ao atendimento às pessoas com condição crônica de saúde. Em relação ao indivíduo com diabetes mellitus, em particular, recomenda-se que a pessoa aprenda o autocontrole e siga as regras da equipe de saúde, no intuito de alojar e manter os comportamentos de seguimento ao tratamento. O comportamento, de ingerir alimentos não-permitidos ou restritivos à dieta, pode suscitar muitas conseqüências negativas em longo prazo para a pessoa com diabetes mellitus, como o aumento do peso e, conseqüentemente, a falta de controle da doença. No entanto, também pode produzir conseqüências reforçadoras em curto prazo, que sejam efetivas ao fortalecimento do comportamento de ingerir alimentos inadequados (COELHO; AMARAL, 2008).

** Alimentos para diabetes não têm sabor*

Os relatos abaixo mencionados expressam a idéia de que os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional de saúde não têm sabor, são insípidos e sem graça.

“Os alimentos para diabetes não têm sabor.” (Sr. Lucas)

“Ah! Eu gosto de picanha, né? Assada, né? E... Uma carne com uma gordurinha, por exemplo, né?” (Sr. Danúbio)

“Eu acho que... É muito assim, é sem graça! A alimentação para o diabete, né?” (D. Ana)

“Não gosto, porque pra mim ele não tem sabor, entendeu? Parece que o alimento dietético perde o sabor. Então, eu evito (...) dificulta o sabor, o gosto, né? O sabor, né? São coisas que você não, não tem aquela vontade de... Né? (...) e eu vejo aquelas comidas que eles falam, e não me dá graça de comer porque eu não tenho... Não tenho a vontade, entendeu?” (Sr. Danúbio)

*“Tudo que você for comer que é diet **não tem gosto**, você pega barrinha de, de, de cereal, que **não tem gosto nenhum**; você pega um chocolate e tem **gosto de remédio**, você coloca um adoçante e fica com a boca seca.”* (D. Mara)

A seguir, importa ressaltar um depoimento em especial, o qual referiu que além dos alimentos não terem sabor, têm gosto de bucha.

*“Não, **não são saborosos** (...) têm **gosto de bucha** (risos), tudo tem gosto de bucha. Você vai comer aquela comida **não tem sabor**, você tempera tudo aquilo lá e **não tem sabor**.”* (D. Marta)

A representação dessa fala abarca um duplo sentido, referente aos alimentos virem a ter o sabor do material conhecido como bucha ou o termo estar relacionado à conotação de punição, castigo. Para o participante, em particular, o diabetes mellitus tipo 2 pode ser compreendido como algo punitivo.

Para algumas pessoas, o seguimento do plano alimentar recomendado provoca amargura e tristeza e, assim, muitas vezes os alimentos são acompanhados por sentimentos negativos, como a sensação de perda do prazer de comer e beber (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

O paladar, o custo, a influência dos parceiros e amigos, a embalagem e a disposição nas prateleiras das lojas e publicidade exercem forte influência quanto à preferência dos alimentos (KAYMAN, 1989).

Atualmente, reconhece-se que os hábitos alimentares da população em geral estão inadequados. Não só em países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento, a forma de se alimentar e a composição da dieta dos indivíduos foram alteradas por consequência das transformações econômicas, culturais e sociais. Essa transformação propiciou à população uma maior ingestão de alimentos com alto valor calórico, grande quantidade de gorduras, principalmente gorduras saturadas, grande quantidade de açúcar refinado, e maior quantidade de proteínas, enquanto que a quantidade de fibras e gorduras insaturadas diminuiu (PONTIERI; BACHION, 2007).

** Essas dietas tiram tudo*

Para os participantes, os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional de saúde são restritivos. Nos depoimentos, emergiu a idéia de que há poucas opções de alimentos permitidas pelos profissionais de saúde, além daquelas recomendadas.

As representações dos alimentos revelam uma relação complexa dos participantes com os profissionais de saúde, em virtude da assimilação proibitiva, pelos participantes, frente às opções dos alimentos oferecidas pelos profissionais de saúde, segundo os depoimentos:

“Eu gosto de comer de tudo, e essas dietas tiram tudo, você tem que ficar praticamente sem comer nada. Então, pra mim não serve, eu gosto é de comer.” (D. Ida)

“Eu penso que eu queria comer muita coisa, mas não posso comer nada (risos).” (D. Elsa)

“São muito poucos os alimentos em que o diabético pode usar.” (D. Mara)

“Deus, quando eu podia comer eu não tinha comida, agora que eu posso tenho essa diabete.” (D. Elsa)

“Diabéticos não podem comer nada como: coração, fígado.” (D. Marta)

“Olha, eu acho, Camila, que não facilita nada, entendeu? Que se for pegar a relação da nutricionista você fica muito restrito, entendeu? Há folhas, há muita... Entendeu? Ah! Só verduras, entendeu? Eu não... Eu não gosto, entendeu?” (Sr. Danúbio)

A quantidade indicada dos alimentos às pessoas com diabetes mellitus parece insuficiente às suas necessidades. Desse modo, a dificuldade em atender às exigências de reestruturação do padrão alimentar está relacionada à sua representação acerca dos alimentos. Assim, a terapia nutricional para as pessoas com diabetes mellitus é percebida como proibitiva e restritiva; sendo divergente do padrão alimentar adotado antes do advento da doença (PONTIERI; BACHION, 2007).

Devido ao cerceamento da liberdade de fazer o que se tem vontade, o qual é provocado pelas limitações e proibições impostas pelo diabetes mellitus tipo 2 e seu tratamento, as pessoas acometidas por essa doença percebem a vida sob um âmbito triste (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

** Como até matar a fome*

A transgressão alimentar é de ordem freqüente na alimentação da pessoa com diabetes mellitus, constituindo-se em um dos principais problemas relacionados à manutenção do controle metabólico (DAMASCENO et al., 1995).

O desejo e a transgressão alimentar estão sempre presentes na vida do indivíduo com diabetes mellitus. Da proibição emerge o desejo, e desse nasce a transgressão. Através do desejo, há sofrimento, esquecimento, repressão, transgressão, negação, mentira, sensação de prazer, controle, sentimento de culpa, admissão e salivação. Desse modo, parece que a transgressão funciona como uma fuga, às difíceis exigências percebidas por essas pessoas com diabetes mellitus, no concernente ao seguimento dos alimentos recomendados pelos profissionais de saúde (SANTANA, 2002).

Os depoimentos abaixo expressam a representação da transgressão alimentar, conforme se segue:

“Não, não controlo. Eu como até matar a fome.” (Sr. Lucas)

*“Muito pra mim é... Eu chego a tomar, assim... Vamos supor, eu sento e aí eu **tomo quatro litros de coca-cola.**”* (D. Ida)

*“Minha mulher falou assim: ‘Você fez o arroz doce, ninguém viu o arroz doce, você comeu tudo.’ (risos) É verdade, comi, comi mesmo, não fez mal, ué! **Não tem problema nenhum com minha diabete**, não me atrapalha em nada, na minha diabete, isso de eu **comer uma travessa inteira de arroz doce. Não tem problema!**”* (Sr. João)

*“Aí, eu vou ser sincero, às vezes eu exagero... **Exagero!** Tem dia que não, mas tem domingo, tem domingo que aí... Depois venho trabalhar de noite aqui no bar e a moça*

*faz também **macarrão** aqui à noite... Aí... Meio que... Aí, também, como um pouco lá e um pouco aqui também.”* (Sr. André)

*“Carne, eu como bem, como bem cabrito que eu adoro! **Adoro uma leitoa!** (...) **mato a vontade nesse dia...** Esse dia acabou!”* (D. Corina)

*“Ah! Eu como muito assim, **coisa doce! Chocolate, eu como muito!** (...) **eu gosto muito de comer doce, assim, de pudim** (...) eu como! Como sorvete... Sorvete de sobremesa!”* (D. Verena)

*“Eu sempre como **bastante leitoa.**”* (Sr. João)

A representação da categoria: **alimentos para diabetes não sustentam** expressa a importância dos profissionais de saúde atentarem para uma orientação que sensibilize as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 a compreenderem que os alimentos recomendados possuem potencial nutricional adequado e suficiente, para a manutenção do seu organismo.

Essa representação de que os alimentos recomendados pela equipe não sustentam remete à concepção dos participantes de que apenas os alimentos que elegem podem proporcionar-lhes conforto, proteção e segurança.

Dessa forma, o alimento desempenha função de acalento, além de instituir e manifestar relacionamentos dentre as pessoas (HELMAN, 1994).

As pessoas com diabetes mellitus apresentam resistências a algumas mudanças, principalmente quanto à questão da alimentação. Apesar de todo o conhecimento acerca das limitações necessárias ao controle metabólico, as pessoas insistem em manter velhos hábitos que lhes proporcionam prazer. Valores devem ser repensados e revistos para viabilizarem mudanças necessárias ao modo de se alimentarem (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Diversificadas representações dos alimentos podem vir a se revelar, através das sensações de conforto e proteção evocadas pela memória familiar que para uns podem remeter à infância, ou a qualquer momento de vida. Assim, quando se sentem carentes, desanimados, inseguros ou infelizes, podem manifestar predisposição à procura por alimentos.

O momento de comer juntos ao redor da mesma mesa consiste na prática da comensalidade que envolve a expressão de relações afetivas, amizade e de diversas sensações, propiciando interações pessoais e relações que se fazem e se refazem continuamente.

Oriunda do atual contexto, a comensalidade contemporânea inclui escolhas alimentares modernas determinadas por inúmeras questões como: ampla opção de itens alimentares; estrutura socioeconômica; deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos; crescente individualização dos rituais alimentares; escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos; presença de produtos produzidos com inovadoras técnicas de conservação e de preparo; crescente oferta de preparações e utensílios transportáveis; oferta de produtos oriundos de diversas partes do mundo; arsenal publicitário associado aos alimentos; flexibilização de horários para comer acrescentada à variedade de alimentos (GARCIA, 2003).

No intuito de cooperar com esse momento, marcado pela comensalidade contemporânea, e com a finalidade em colaborar na dificuldade evidenciada pela representação dos participantes, quanto aos alimentos para diabetes não sustentarem, sugere-se o acompanhamento psicológico, em particular, como fundamental tanto à equipe multiprofissional de saúde como às pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Em relação à equipe de saúde, o atendimento psicológico deve priorizar um trabalho, como por exemplo, uma dinâmica de grupo, com o objetivo de sensibilizar e despertar a compreensão da representação dessa categoria, para os participantes, através de estratégias educativas efetivas que possibilitem valorizar as idéias, crenças, imagens e o contexto cultural e social das pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

As intervenções às pessoas que apresentam diabetes mellitus tipo 2 devem ser baseadas em abordagens multidisciplinares e também devem compreender todas as esferas da vida social, desde as micro às macro estruturas sociais, políticas e econômicas. Aliado a essa concepção, é fundamental o conceito de se agregar conteúdo e valor à mesma, reconhecendo realidades, culturas e singularidades. O diálogo e a interlocução entre o saber científico e o saber popular são imprescindíveis à promoção da saúde, e devem moldar as estratégias de promoção de práticas alimentares saudáveis, como o incentivo ao consumo de verduras, frutas e legumes (VALLA, 2000).

Também, através do atendimento aos participantes no grupo de educação em diabetes, o psicólogo pode contribuir para a elaboração e desmistificação de crenças e fantasias acerca de que os alimentos recomendados pela equipe de saúde não sustentam. Ao considerar as representações sociais dos alimentos pelos participantes, os profissionais de saúde poderão inovar as estratégias educativas e flexibilizar as recomendações dos alimentos; visando a tão valorizada atenção integral em saúde, além do seguimento ao plano alimentar.

6.2.2 Sentimentos em relação aos alimentos

Nessa categoria, os relatos mostraram que a representação dos alimentos pelos participantes está vinculada aos sentimentos. A seguir, as subcategorias revelam as representações: ansiedade me leva a ficar procurando comida; preconceito com a pessoa diabética; meio semivivo ou semimorto; ó Deus, me cura ou me mata; não tenho diabetes porque como de tudo.

** Ansiedade me leva a ficar procurando comida*

O diabetes mellitus consiste em uma doença multifatorial decorrente de vários fatores, por causas internas e externas, incluindo o aspecto emocional (DEBRAY, 1995).

Os sentimentos desencadeados pelo diabetes mellitus são essenciais para a condução adequada do tratamento da doença, pois o estado emocional da pessoa com diabetes mellitus interferirá em seu controle metabólico (SANTOS et al., 2005).

Nos depoimentos, abaixo, é possível apontar a importância e repercussão da presença da ansiedade na vida dos participantes, causando-lhes uma busca incessante por alimentos.

*“A **minha ansiedade me leva a ficar procurando comida**. Eu gosto muito de assaltar a geladeira à noite.”* (D. Elsa)

*“Eu ando **muito ansiosa!** Eu não sei o que eu tô procurando, porque eu ando muito ansiosa! (...) eu sei que não é fome, porque eu não tenho fome! Mas, **é ansiedade!** Até os médicos **já me receitaram diazepam**, essas coisas aí!”* (D. Verena)

*“Eu **tomo um ansiolítico**, né? Que é o... Tomo metade do Rivotril. Tomo metade de manhã e tomo metade à noite... Esse é um ansiolítico que eu tomo (...) eu tomo porque eu **tenho ansiedade**. Depois que veio a diabete, eu **fiquei muito chateado**, fiquei, entendeu? Então, eu procurei um... Uma pessoa, uma psicóloga, uma pessoa pra conversar, né? E ela me indicou, falou: ‘Olha, Seu Danúbio, o senhor anda muito*

*chateado, magoado com essa situação tal, e isso tá lhe fazendo mal, é **ansiedade!***' (...) *foi aí que eu comecei a tomar esse... Esse remédio.*" (Sr. Danúbio)

*"Quando sinto **ansiedade**, me dá **vontade de comer**, e eu como (...) eu **como mais quando estou ansiosa do que quando estou com fome**."* (D. Ida)

*"Se eu estiver **ansiosa**, aí não tem o que chega, né? Você fica procurando aquela comida gostosa que vai satisfazer, então, você nunca acha aquele gosto, aquele gosto que você tá procurando. Você nunca acha que é a comida gostosa, então... Você tá **ansiosa**, então... Não tem comida que chegue... Como, como e não chego naquele paladar que eu quero."* (D. Ida)

*"Se eu estiver **muito ansiosa**, a minha **vontade do doce é triplicada**."* (D. Mara)

*"É... Quando... É... Não é freqüente, quando dá fome... Mas quando tô **ansioso**, nervoso, me dispara alguma coisa, aí eu como. Eu como coisa até que eu não posso comer (...) mas eu acho que tem alguma coisa sim, no sentido de deixar a pessoa um pouco **ansiosa** e ela **ficar comendo**."* (Sr. André)

*"É que eu... A **médica me deu um remedinho** junto pra ajudar a tirar a **ansiedade** (...) eu sou **muito ansiosa** (...) parece que a gente fica mais calma (...) às oito horas eu tomo esse remedinho."* (D. Ana)

*"Quando fico **muito ansioso**, eu como muito! Vou assaltando a geladeira direto, como fruta, como bolacha, como..."* (Sr. Lucas)

O diabetes mellitus impõe mudanças internas à pessoa, quanto ao desenvolvimento de suas atividades diárias. Essas mudanças estão incorporadas à vivência de vários sentimentos, como ansiedade, regressão, perda da auto-estima, insegurança, depressão e negação da doença. O modo como a pessoa lidará com a nova situação de doença, ou seja, se lidará melhor ou pior, dependerá de seus recursos internos e de sua estrutura psíquica (GRAÇA; BURD; MELLO FILHO, 2000).

Como uma das faces da depressão, a ansiedade apresenta-se intimamente relacionada ao diabetes, e também consiste em um importante fator de risco para o desencadeamento da doença; principalmente para o diabetes mellitus tipo 2 (ANDERSON et al., 2002).

*** *Preconceito com a pessoa diabética***

O adoecer é acompanhado por sentimentos negativos, pois as pessoas ao se depararem com algo invasivo e diferente manifestam sentimentos de menos valia (MARCELINO; CARVALHO, 2005). Um forte agravo na auto-estima do indivíduo pode ser produzido através do adoecer (SILVA, 1998).

Nos depoimentos que se seguem, evidencia-se a apreensão dos participantes em relação à presença de preconceito de outrem, face à presença do diabetes mellitus tipo 2 em suas vidas.

*“Parece que existe um **preconceito com a pessoa diabética**, né? Entendeu? É interessante... Tem gente que fala: ‘Ah! Você não tá comendo isso? O quê que é? Você é diabético?’ Entendeu? Então, isso me deixa **chateado**. Às vezes, eu tô em um bar com um amigo, ou com meu filho, né? Aí, falam: ‘Ah! **O teu pai é diabético**.’ Essas coisas me chateiam, por exemplo... Eu tô comendo um churrasquinho com eles lá... Que nem já aconteceu, né? Aí, o cara fala assim: ‘Ó, por que você não tá tomando o guaraná?’ E eu falo que não tô tomando porque não quero esse guaraná aí. Daí ele fala: ‘Ah! Por quê? **O senhor é diabético**.’ Então, **eu não gosto de ouvir isso...**” (Sr. Danúbio)*

*“Num dia de festa, você vai numa festa, igual ontem que foi dia dos pais, né? Se reunimos lá, tudo... Se eu ficar, se eu me sentir **rejeitado**, assim: inferior, eu sento num canto e fico **isolado**.” (Sr. André)*

Os depoimentos abaixo mostram os sentimentos de inferioridade dos participantes em relação às pessoas que não têm diabetes.

“Como que eu me sinto? Assim, é mesma coisa que você querer pegar uma coisa e não pode, né? Me sinto inferior àquela pessoa que não tem diabetes.” (Sr. André)

“Vão falar: ‘Ah! O pai do Danilo, você viu? Ele é diabético tal...’ Entendeu? Eu sou um homem forte ainda, com saúde, né? A minha atividade eu gosto... E tudo isso atrapalha, né?” (Sr. Danúbio)

Os indivíduos com diabetes mellitus apresentam sentimentos de inferioridade, em virtude dos cuidados constantes exigidos para o controle da doença (SILVA, 1998).

Os recursos internos, a personalidade de cada um, a forma como foi comunicado o diagnóstico da doença e a reação da família e dos amigos podem contribuir na manifestação ou não dos sentimentos de inferioridade (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

** Meio semivivo ou semimorto*

Estudo realizado com indivíduos que apresentam diabetes mellitus mostrou que a probabilidade de depressão em pessoas com essa doença foi duas vezes maior do que aquela que não apresentava diabetes mellitus. A prevalência de depressão como comorbidade foi significativamente mais elevado nas mulheres com diabetes mellitus do que nos homens com diabetes mellitus. A presença do diabetes mellitus dobra as probabilidades de depressão (ANDERSON et al., 2001).

As falas abaixo evidenciam sentimentos de depressão, em virtude da presença do diabetes mellitus tipo 2.

*“Aí, minha sobrinha conseguiu trazer o gerente aqui pra ver se eu tô viva, se eu **tô meia semiviva, ou semimorta**, nem sei como é que eu tô... Porque viva, viva, eu não tô não! (...) eu sinto assim que eu tô **muito deprimida**, muito...”* (D. Elsa)

*“Eu não gosto, assim, de ficar comentando (...) ‘ah! Ele tem problema de diabete, ele é diabético tal!’ Eu não gosto, aí... Me dá um... **Uma depressão muito ruim.**”* (Sr. Danúbio)

*“É, de primeiro eu tinha **medo de morrer**, agora eu tenho **medo até de viver**, de morrer, de tudo.”* (D. Elsa)

*“Desanimei um pouco é... É **desanimei** (...) não sei, não sei... Às vezes, é **muita tristeza** que a gente passa.”* (Sr. André)

“Porque fluoxetina eu tomo pra depressão.” (D. Marta)

*“É, de primeiro eu tinha **medo de morrer**, agora eu tenho **medo até de viver**, de morrer, **de tudo**.”* (D. Elsa)

Também realizado com indivíduos apresentando diabetes mellitus, outro estudo investigou a influência de depressão no manejo da doença e mostrou que houve associação entre a depressão e transgressão da dieta, menor adesão na utilização de medicamentos, como antidiabéticos orais, anti-hipertensivos e redutores de colesterol, além da diminuição da atividade física. Os indivíduos com diabetes mellitus e depressão apresentaram menor motivação para o autocuidado, comprometendo tanto o tratamento medicamentoso quanto a adesão aos cuidados gerais com a saúde (LIN et al., 2004).

** Ó Deus, me cura ou me mata*

A presença de sentimentos relacionados à cura e à morte surgiu nos depoimentos dos participantes. Esses sentimentos mostram uma expectativa de cura do diabetes mellitus, denotando a dificuldade em lidar com a existência da doença, conforme se segue:

*“Porque, porque eu acho que... Que tô pedindo pra morrer: ‘**Ó Deus, me cura ou me mata!**’ Porque além de não poder isso, não posso aquilo.”* (D. Elsa)

*“Obrigada você, Camila. E tomara que, com estudos, **descubram a cura rapidamente**.”* (D. Marta)

Também, foi referida a compreensão de que o diabetes não tem cura, sendo ressaltada certa apreensão em relação à presença da doença em sua vida.

*“Medo, que sei lá, de ter que ficar pra sempre tomando insulina, essas coisas, e também, porque **não tem cura**. Se a gente não controlar, ela é perigosa. Mas cura, não vai ter. **Diabete não tem cura**.”* (Sr. André)

Nos depoimentos dos participantes com diabetes mellitus tipo 2 que apresentaram dificuldade em aceitar a convivência com a doença, suas concepções foram radicalizadas entre: curar-se ou matar-se.

Em uma perspectiva geral, qualquer cuidado ou tratamento pode ser considerado como uma tentativa de cura. É sempre com essa expectativa que se inicia um novo cuidado ou tratamento. Mesmo que pareça pouco provável, os indivíduos apegam-se a essa expectativa de cura, almejando revigorar suas esperanças (SILVA et al., 2006).

É essencial que a pessoa acometida por uma doença descubra seu próprio potencial, por si mesmo, no intuito de construir uma vida melhor e mais digna. Faz-se imprescindível alterar a condição de pacientes crônicos para a de pessoas com condição crônica. É necessário que os cuidados básicos para consigo mesmo e para com sua saúde despertem nas pessoas a co-responsabilidade para o seguimento do tratamento, transformando-se, assim, em atores no processo saúde-doença (CARDOSO, 2002).

Essas pessoas podem ser beneficiadas por meio do trabalho psicológico, em grupo, o qual visa compartilhar sentimentos entre iguais e desfazer fantasias acerca da doença; além de contribuir, desse modo, para uma aceitação interna dela e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

O diabetes mellitus tipo 2 não tem cura, mas, no entanto, pode ser controlado desde que sejam realizadas mudanças no cotidiano da pessoa que apresenta a doença, através da inclusão de novos hábitos, de adaptações de rotinas; sendo preciso que a pessoa assimile as novas obrigações e limites impostos pelo diabetes mellitus (SILVA et al., 2006).

*** Não tenho diabetes porque como de tudo**

Tal como no diabetes mellitus tipo 2, a ausência de sintomas na presença de uma enfermidade é comum. Os indivíduos com diabetes mellitus principalmente do tipo 2 podem

se sentir saudáveis no transcorrer do convívio com a doença, independentemente do *status* clínico da enfermidade. Mesmo quando a glicemia encontra-se elevada, a ausência de sintomas consiste em uma realidade para as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Entretanto, o fato do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2 não perceber qualquer alteração em seu organismo não implica em ausência de sintomas. O funcionamento do corpo pode estar sendo lesado de maneira silenciosa e lenta, embora, freqüentemente, os prejuízos só se tornem evidentes em fase avançada da enfermidade. Em virtude da necessidade do uso do corpo para a reprodução do trabalho, apenas quando ocorre um decréscimo do rendimento do mesmo é dedicada atenção a esse corpo; normalmente, manifestando-se como sintomas, responsáveis em promoverem prejuízos quanto à execução das tarefas do cotidiano (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

A idéia de que somente a manifestação de sintomas possa indicar a presença do diabetes mellitus tipo 2 está representada nos seguintes depoimentos dos participantes:

*“Como de tudo, minha filha! É carne, é salsicha, é lingüiça, é ovo às vezes (...) até doce eu como. De vez em quando, eu **exagero** um pouco, sabe? Mas... Não, **não sobe** tanto assim **a diabete mellitus** (...) ontem, eu **comi bastante leitoa** (...) uns bons pedaços, viu?(...) pra ser franco, eu quero falar mais uma coisa: eu acho que **nem diabete eu não tenho** (...) porque eu como de tudo, entendeu? O que eu achar que devo comer eu como, e... E eu acho, na minha mente, que não me faz mal (...) porque não me faz mal pra mim. Eu como isso, como aquilo e não apresento nada. Não sinto que minha diabete vem me atingir, se eu não sinto ela. **Não sinto nada da diabete**, não tenho nenhum problema por causa da diabete. Então, **acho que não tenho diabete.**”*
(Sr. João)

*“Eu chego a tomar, assim... Vamos supor, eu sento e aí eu **tomo quatro litros de coca-cola** (...) pelo menos **uns três bombons por dia eu como** (...) eu nunca tratei o diabetes, então, eu **como do mesmo jeito**, as mesmas coisas, nunca mudei nada (...) **não acho que esses sintomas de tontura e de vista diminuída que eu ando sentindo têm relação com o diabetes.**”* (D. Ida)

*“Eu **não sinto nenhum problema vindo da minha diabete!** Pra mim é normal, entendeu? (...) porque **a minha diabete não é violenta, ela é normal** (...) a minha*

glicemia deve estar boa, porque não sinto nada de problema do diabetes, não tenho sintomas nenhum, então, calculo que a glicemia deve tá baixa.” (Sr. João)

O diagnóstico do diabetes mellitus atinge as pessoas de maneira diferenciada. Inicialmente, podem ser desenvolvidos sentimentos de negação e revolta; como mecanismos de defesa, esses sentimentos gradualmente são agregados à realidade vivenciada pela pessoa. Por meio desse movimento que envolve a adaptação e agregação, em relação ao modo de vida, constitui-se como fundamental a proposição à pessoa da compreensão do momento em que está inserida (SILVA et al., 2006).

As subcategorias referentes à categoria: **sentimentos em relação aos alimentos** foram representadas por sentimentos de ansiedade, desvalia, preconceito, depressão, inferioridade, negação, revolta, entre outros.

A vivência com o diabetes mellitus é acompanhada por diversos sentimentos, como decepção, medo, raiva, e outros, os quais afloram ou se retraem em momentos distintos, evidenciando que viver implica em uma experiência que não está previamente definida, mas que, gradualmente, vai sendo construída (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Por conseguinte, como o diabetes mellitus pode provocar sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, menos valia, revolta, raiva, ansiedade, negação da doença, medo, desesperança, depressão, entre outros, postula-se que a relação entre o emocional e o diabetes mellitus é próxima e importante, estando também presente na consequência da doença (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

O controle da doença está sujeito às influências do emocional, já que o diabetes requer um controle intenso para evitar complicações. O controle é um item ainda mais complicado, uma vez que exige racionalização da doença e, conseqüentemente, do que se pode ou não fazer. E nessa dinâmica, trava-se uma luta, entre os desejos impulsivos característicos da personalidade humana e entre o racional. Essa ambivalência de sentimentos entre fazer aquilo que deseja e o que deve fazer pode ser estressante (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Esses sentimentos que acompanham o diabetes mellitus suscitam influências quanto às mudanças em relação ao estilo de vida da pessoa com a doença. Contudo, as mudanças são difíceis de conseguir, em virtude das interações com os diversos aspectos do cotidiano e da vida urbana, tais como falta de tempo, falta de tranquilidade, ansiedade e padrões de consumo desfavoráveis sob o ponto de vista da saúde. As dificuldades para alteração dos hábitos de vida também são expressas no que condiz à alimentação (VIANA, 2002).

Embora sejam conhecidas as implicações à saúde, quanto ao consumo exagerado de proteínas animais ou quanto a algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, transformar os hábitos alimentares consiste em difícil tarefa. A manutenção das mudanças realizadas será ainda mais difícil. A aquisição e manutenção de um novo comportamento demandam mais esforços do que continuar com os velhos hábitos enraizados e associados a outros fatores de ordem cultural e social (VIANA, 2002).

É importante que a equipe multiprofissional de saúde empenhe-se em compreender a pessoa que apresenta diabetes mellitus tipo 2 em sua integralidade, percebendo todo o contexto social e cultural em que essa pessoa está inserida, compreendendo-a em suas dificuldades peculiares e em suas demandas emocionais.

Diante dos sentimentos manifestados, também é de extrema importância que os profissionais de saúde dêem voz aos participantes. Nesse contexto, cabe ao psicólogo desenvolver um trabalho, às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, que favoreça a elaboração dos aspectos emocionais da doença e, dessa forma, minimize os sofrimentos psíquicos. Para esse intento, é essencial que o psicólogo observe, ouça, interprete os silêncios e vivencie com a pessoa os problemas e conflitos referentes aos sentimentos de ansiedade, preconceito, inferioridade, depressão, entre outros.

O atendimento psicológico em grupo de educação em diabetes pode auxiliar a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 a expressar os sentimentos de baixa auto-estima e menos valia. Também, pode cooperar com os participantes na construção dos mecanismos internos de fortalecimento para o enfrentamento dos sentimentos, advindos da sua condição crônica de saúde. Contribuindo, assim, à preparação emocional necessária à mudança de estilo de vida e transformação de antigos hábitos alimentares.

6.2.3 Descrença na orientação dos profissionais de saúde

Na categoria relacionada à **descrença na orientação dos profissionais de saúde**, os depoimentos traduziram a representação dos alimentos, pelos participantes, vinculada à descrença na orientação dos profissionais de saúde. A seguir, a subcategoria expressou a representação: a orientação dos profissionais de saúde não funciona.

*** A orientação dos profissionais de saúde não funciona**

Em relação às orientações dos profissionais de saúde quanto aos alimentos recomendados para o tratamento da doença, a descrença e a desvalorização são destacadas nos depoimentos a seguir:

*“Infelizmente, eu vou ser sincero com você, **pra mim não funciona o que a equipe dos médicos, nutricionista, psicóloga e etc orientam.** O que eles recomendam eu sigo mais ou menos, uns trinta por cento, quarenta por cento do que eles falam lá.”* (Sr. Danúbio)

*“Agora, se eu me alimentasse o tanto que **eles manda**, ia me dar uns **tremor nas pernas**, eu não ia acabar de subir escada (risos). Você está entendendo? Eu acho que... Não sei, e tal. Eu **nunca tentei**.”* (Sr. Paulo)

*“Eu já **briguei com o médico**, porque cada vez que eu vou lá ele fala uma coisa e a gente tem que **tirar**, né? E lá, ele fica perguntando o que eu tô comendo, o que eu não tô comendo... E quando ele vê que tem uma coisa no meio que não pode, ele fala pra **tirar da minha alimentação**.”* (D. Corina)

*“Acho que faz dois anos e meio, quase três anos, que eu **não vou numa consulta médica pra saber da minha diabetes**.”* (D. Ida)

*“Há dez anos eles me aplicavam insulina e a... A minha diabetes não abaixava. Quando eles resolveram me mandar pra casa, minha diabete ficou controlada... Foi por isso que cheguei à conclusão que **não era o remédio que ia me curar do diabete**. Mesmo porque... O diabete não cura. Eu vou morrer diabética, mas eu vou controlar sem remédio (...) **fazem uns dois anos e meio que eu parei de fazer uso da medicação**.”* (D. Mara)

*“Todos os médicos me orientaram na recomendação da alimentação saudável para o controle do diabetes, **eu é que fui contra a orientação desses médicos**.”* (D. Mara)

A descrença em relação aos profissionais de saúde também refletiu na atitude de desinteresse para a verificação da glicemia capilar no domicílio, segundo se segue:

*“Eu **tenho um aparelho, mas...** Até já esqueci dele (...) **não meço glicemia, não!**”* (Sr. João)

*“Não, **não meço**, eu relaxei completamente nesse ponto, porque toda a vez que eu fazia medição da glicemia ficava mais nervosa por saber que ela tava alta (...) **não quero saber de medir**, porque eu acho que se eu souber que ela tá alta, eu vou me desesperar e ficar mais nervosa; e aí que ela vai subir mais ainda.”* (D. Mara)

*“Eu **não tenho hábito de medir não**, eu não tenho. Inclusive, é um pouco de relaxo, relaxamento... Eu **tenho o aparelho em casa e não meço.**”* (Sr. André)

*“Faz um ano e meio, **dois anos**, mais ou menos, **que eu não meço minha glicemia.** Não me interessa em medir minha glicemia.”* (D. Ida)

*“Então, agora faz uns seis, **oito meses**, **que eu não meço.** Mas a última vez que eu medi tava cento e vinte e sete.”* (Sr. Lucas)

*“Eu fiz a glicemia (...) **não lembro** (...) **tenho que procurar no armário** (...) tá difícil encontrar... Ah... É uma receitaiada, uma doideira, nossa senhora!”* (D. Verena)

A terapia nutricional encontra-se, de certa maneira, massificada; sendo que na maioria das vezes, os profissionais de saúde estão vinculados a conceitos e valores tradicionais que dificultam o processo de conhecimento dos indivíduos, em relação à terapia nutricional recomendada. Os indivíduos recebem as prescrições de forma unilateral, estimulando-se, assim, a promoção de uma lacuna onde poderia estar inserido o diálogo, além da construção do conhecimento e da orientação (PONTIERI; BACHION, 2007).

A comunicação pobre entre a pessoa e o profissional de saúde relaciona-se a fatores que exercem influência à dificuldade de seguimento ao tratamento. Frequentemente, em virtude da linguagem utilizada por esses profissionais, as instruções que fornecem não propiciam controle acerca do comportamento das pessoas acometidas com a doença (COELHO; WECHSLER; AMARAL, 2008).

Nessa perspectiva, a dificuldade intrínseca ao seguimento do plano alimentar recomendado consiste em um reflexo da abordagem inadequada, uma vez que a abordagem pouco considera o indivíduo como um todo, social, cultural, físico e mental; e não permite que os conhecimentos prévios interajam com suas novas percepções e aprendizagem sobre o diabetes (PONTIERI; BACHION, 2007).

Uma forma de conhecimento denominada de saber popular é elaborada pelas pessoas em torno da experiência concreta, a partir das suas vivências, as quais podem divergir da vivência profissional. O conhecimento profissional oferece seu saber pensando que o da população é insuficiente, e por esta razão inferior; quando, na realidade, é somente diferente (VALLA, 2000).

A proximidade às pessoas que estão em tratamento pode suscitar a compreensão do modo como tratam e cuidam de seus problemas de saúde. Em relação à orientação do profissional de saúde quanto ao que os indivíduos podem ou devem fazer, como sendo o único caminho adequado para tratamento e cuidado em saúde, a prescrição do profissional de saúde é apreendida pelas pessoas, não como a única opção, mas como mais uma opção (SILVA et al., 2006).

O profissional deve reconhecer que, na vigência de uma alteração no controle da doença, há possibilidade de períodos de oscilação quanto ao seguimento do plano alimentar. A compreensão das dificuldades que os participantes apresentam em relação aos alimentos envolve a idéia de que o tratamento representa para eles certa limitação de sua liberdade (PONTIERI; BACHION, 2007).

Nessa vertente, os profissionais de saúde quase não consideram a questão fundamental, condizente à liberdade das pessoas que estão em tratamento. Acreditam apoderarem-se de poder suficiente, para definir o que é melhor para o outro, e também crêem que manejam um conhecimento superior ou mais evoluído acerca do cuidado à saúde. Com essa crença, os profissionais de saúde postam-se convictos quanto à realização dos tratamentos e cuidados em saúde que julgam mais corretos ou mais adequados, restringindo o direito do outro escolher, além de cercear a liberdade do mesmo (SILVA et al., 2006).

O profissional de saúde necessita averiguar o grau de compreensão das pessoas com diabetes mellitus, em relação às recomendações dos alimentos e demais cuidados no controle da doença, para a detecção de possíveis distorções. O diálogo entre o profissional e a pessoa com diabetes mellitus proporciona um espaço para a pessoa colocar suas dúvidas, além de evitar a interpretação equivocada acerca das informações (PONTIERI; BACHION, 2007).

Nessa direção, a expectativa das pessoas com diabetes mellitus concentra-se no fato dos profissionais de saúde ocuparem um espaço consistente de orientação e de diálogo, contribuindo com um viver saudável por parte das pessoas (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Também, os depoimentos mostraram que a orientação dos profissionais de saúde está fundamentada em regras, ou seja, através das instruções médicas.

As regras são particularmente importantes quando se trata de situações 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 somente depois ser mantido por meio de suas consequências naturais em longo prazo (COELHO; AMARAL, 2008).

Conforme a realidade na qual o indivíduo está inserido, as regras podem ajudar a pessoa a lidar de modo mais eficaz com a doença, quando elas descrevem contingências. No entanto, quando as regras não descreverem as contingências reais em operação, os efeitos não serão os mesmos. Assim, o seguimento rígido das regras fornecidas pela equipe multiprofissional de saúde pode, muitas vezes, oferecer riscos para o próprio indivíduo, no caso das regras não especificarem as contingências ambientais em vigor. Como por exemplo, quando a pessoa com diabetes mellitus não desenvolve habilidade com o objetivo de discriminar os eventos internos referentes ao diabetes mellitus tipo 2, podendo-se mencionar, nesse caso, como eventos internos: a hiperglicemia e a hipoglicemia (COELHO; AMARAL, 2008).

Desse modo, é importante que, ao mesmo tempo, o indivíduo respeite as regras do tratamento e se torne suscetível às contingências. Por outro lado, acerca da temática do seguimento ao tratamento para fornecer subsídios na elaboração de diretrizes, outros estudos são necessários para direcionar às intervenções que contribuam à promoção de programas de educação em diabetes (COELHO; AMARAL, 2008).

A credibilidade em relação à equipe multiprofissional de saúde também pode estar debilitada devido à própria relutância emocional interna, pertinente à pessoa que sente dificuldade em lidar com seu diabetes mellitus tipo 2, ou até mesmo em aceitá-lo.

Cabe à equipe multiprofissional desenvolver um trabalho no grupo de educação em diabetes que viabilize a aceitação interna do diabetes mellitus tipo 2. Nesse sentido, mediante estratégias grupais às pessoas que sofrem de problemas similares, enfrentando vicissitudes semelhantes, o atendimento pode favorecer a percepção de proteção e amparo. A autêntica proximidade com a equipe multiprofissional especializada em diabetes, ou seja, a proximidade não apenas corporal, mas aquela que realmente envolve a empatia, constitui-se

em outro fator que pode levar as pessoas a sentirem-se seguras quanto às recomendações para o controle da doença.

As pessoas com diabetes mellitus aspiram que os profissionais de saúde não apenas decidam sobre o que não podem mais fazer, mas que, juntamente, possam decidir acerca do que podem fazer. Com isso, as pessoas podem perceber que ser saudável não é fazer tudo sem restrições e sofrer conseqüências prejudiciais à saúde, mas sim, cultivar uma conduta de cuidado que permita viver com qualidade (FRANCIONI; SILVA, 2007).

A representação dos participantes acerca da descrença em relação aos profissionais de saúde também pode constituir mecanismos de defesa, quanto à aceitação interna do diabetes mellitus e às dificuldades no seguimento do tratamento. Nesse sentido, importa aos profissionais de saúde decodificarem esses mecanismos e compreenderem que são dificuldades peculiares e demandas emocionais inerentes ao enfrentamento da doença.

6.2.4 Custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes

Na categoria referente ao **custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes**, os relatos expressaram que a representação dos alimentos pelos participantes está relacionada ao seu custo oneroso. A seguir, a subcategoria revela a representação: valor dos alimentos para diabéticos são muito caros.

** Valor dos alimentos para diabéticos são muito caros*

O enfoque negativo acerca do custo oneroso em relação aos alimentos recomendados pela equipe dos profissionais de saúde foi relatado como um problema durante o tratamento, conforme se segue:

*“Pra você freqüentar uma farmácia de diabético, de produtos diet, acaba sendo **caro demais...** Acho que a... A sociedade abusa em cima da sua necessidade (...) **acho que a parte financeira não te deixa...** Opção. Você tem que usar o que tem em casa.” (D. Ida)*

*“A qualidade dos alimentos e o valor dos alimentos para diabéticos são **muito caros!** Se você não tiver uma renda mais ou menos, você não consegue comprar a alimentação para quem tem a diabetes. Então, **esses alimentos para diabetes são realmente alimentos caros.**” (D. Mara)*

*“Porque muita coisa do diabético para mim custa dinheiro. E **eu não vou ter dinheiro** para cobrir ela (...) se você ir numa farmácia de coisa para diabetes. De coisa... diet, justamente. **Uma farmácia diet. Tudo ali é caro.**” (Sr. Paulo)*

A dificuldade para a aquisição de alimentos face à restrição financeira é de modo geral freqüente. Além da dificuldade em adquirir os alimentos que compõem o plano alimentar prescrito, ainda há dificuldade para a compra de produtos dietéticos.

O seguimento ao plano alimentar recomendado evidencia dificuldades percebidas por pessoas com diabetes mellitus, na maioria das vezes, devido à restrição financeira para adquirir os alimentos prescritos e produtos dietéticos. Dessa forma, as pessoas com diabetes mellitus percebem a condição financeira como uma forte barreira, ao receberem as primeiras orientações acerca da alimentação adequada (PONTIERI; BACHION, 2007).

Ao receber as primeiras orientações acerca do plano alimentar, a pessoa com diabetes mellitus tipo 2, na maioria das vezes, compreende sua condição financeira como um fator limitante. Os depoimentos mostraram que os participantes entram em um processo de vai-vem no seguimento do plano alimentar, sendo necessário empenho e persistência para a manutenção do mesmo.

Os hábitos alimentares estão relacionados a três fatores mais complexos, ou seja, aos culturais, os quais são transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; aos econômicos, referentes ao custo e disponibilidade de alimentos; e por fim aos sociais, em relação à aceitação ou rejeição dos padrões alimentares (ZANETTI et al., 2007).

Outros fatores também influenciam a adotar, muitas vezes, padrões errôneos de comportamento, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas, supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos (ZANETTI et al., 2007).

Para tanto, é fundamental que as pessoas com diabetes mellitus mantenham-se em educação permanente, uma vez que a interrupção do plano alimentar proposto poderá trazer conseqüências em relação à obtenção de um bom controle metabólico. A princípio, essas conseqüências não são aparentes, o que pode levá-las a crer que pequenos excessos não prejudicarão seu estado de saúde geral (PONTIERI; BACHION, 2007).

Outra questão importante é considerar além do custo dos alimentos, a individualidade, a predileção, as preferências étnicas e culturais das pessoas com diabetes mellitus, assim como a integração das pessoas no processo de elaboração do plano alimentar (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007).

Portanto, é imprescindível que a equipe de profissionais de saúde que realiza o seguimento da pessoa com diabetes mellitus esteja habilitada na proposição de aquisições de alimentos que sejam acessíveis às condições financeiras do indivíduo, bem como intervenha com flexibilidade para refletir e orientar em relação às diversas possibilidades de substituições de alimentos.

6.2.5 Prazer regendo a busca pelo alimento

Na presente categoria relacionada ao **prazer regendo a busca pelo alimento**, os depoimentos apontaram a representação dos alimentos pelos participantes vinculada ao prazer regendo a busca pelo alimento. A seguir, a subcategoria expressa a representação: só gosto de fazer o que me dá prazer.

** Só gosto de fazer o que me dá prazer*

As tensões psíquicas, angústia e desconforto são aliviados na busca de uma fonte de prazer. O comer pode ser essa forma de prazer almejada para escapar dessa experiência desagradável e substituí-la. Há confusão entre a sensação de fome, sentimentos e emoções (PEREZ; ROMANO, 2004).

Os depoimentos dos participantes ressaltam a busca de prazer, de sentimentos e emoções através do consumo de alimentos, o que pode denotar dificuldade em se obter prazer por meio de outras fontes, de acordo com o que se segue:

“Porque eu sinto vontade de comer, vou lá e como! Eu não... Não vou ficar sem comer.” (D. Ida)

*“Falam que eu devo emagrecer, preciso de paciência, eu... Eu sei que preciso mesmo ter qualidade de vida, principalmente daqui pra frente, que eu já tenho 53 anos. Mas, sabe? Eu sou... **Eu acho que se fosse pra viver e não poder fazer nada que me dá prazer, então, viver pra quê, né?(...) mas eu sou da teoria: gosto de viver, fazer o que me dá prazer. Se eu tiver que deixar de fazer o que me dá prazer pra continuar vivo, nem prefiro ficar vivo.**”* (Sr. Lucas)

“Eu comendo com satisfação não faz efeito, não dá problema.” (Sr. João)

*“Eu... Eu gosto de comer, entendeu? Eu **tenho prazer, eu gosto de comer tudo!**”* (Sr. Lucas)

“Eu sou homem de comer bem mesmo.” (Sr. Paulo)

*“Ah! **Quando eu não gosto não como (risos).**”* (D. Elsa)

Como fonte de prazer, expressão cultural, lembrança e sabor, a incorporação do alimento é imprescindível à valorização e à promoção do consumo de verduras, frutas e legumes, como componentes de uma alimentação saudável. Com o objetivo de promover a saúde, a alimentação deve acompanhar o processo de ampliação do conceito de saúde, o qual é intrínseco à realidade e acompanha a dinâmica social (GOMES, F. S., 2007).

Os depoimentos expressaram a busca do prazer através dos alimentos. Com auxílio do psicólogo, cabe à equipe multiprofissional de saúde compreender as motivações e fragilidades da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 que se orienta pelo princípio do prazer.

Quando a escolha dos alimentos é regida pelo princípio do prazer, a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 insere-se em um ciclo autopunitivo que envolve o desejo, a transgressão, o prazer, a culpa, e novamente volta-se à busca do prazer, remetendo-se à outra transgressão, retorno da culpa e assim por diante.

Desse modo, compreender as motivações e fragilidades dos participantes com diabetes mellitus tipo 2 poderá ajudá-los a prevenir possíveis danos relacionados ao controle metabólico.

A finalidade da intervenção psicológica consiste em evitar que a busca do alimento seja guiada apenas pelo prazer imediato e pela satisfação de seus desejos, sem ponderar as consequências.

6.2.6 Diabetes como o diabo

Na categoria alusiva ao **diabetes como o diabo**, de acordo com os depoimentos, a representação dos alimentos pelos participantes refere-se ao diabetes mellitus tipo 2 como a cruel figura do diabo. A seguir, a subcategoria revela a representação: doença que começa com diabo-diab... Diabete.

** Doença que começa com diabo-diab... Diabete*

Cada indivíduo vivencia suas emoções de um modo muito peculiar. De acordo com o relato dos participantes, a conotação da doença foi relacionada à figura do diabo, englobando a idéia de algo muito ruim. Nesse contexto, denota-se dificuldade de aceitação da doença, sugerindo até uma certa revolta, conforme se segue:

*“Porque como disse o meu farmacêutico: fui arrumar uma **doença que começa com diabo-diab... Diabete.**” (D. Elsa)*

*“Porque o diabetes é **maldoso**, ele é silencioso e **maldoso**. Ele dá problema no... No... No... No rim. Ele dá problema na visão, ele é problemático. **Tenho medo dele muito.**” (Sr. Lucas)*

*“Quase tudo você não pode com **essa doença que tem nome de diabo.**” (D. Elsa)*

Tais como o medo e a ira, emoções são reações dos indivíduos frente às quais o organismo se desequilibra e se prepara para descarregá-las, por meio de músculos voluntários do corpo. No entanto, freqüentemente, as emoções não são descarregadas, expressas, devido à imposição da sociedade em reprimi-las (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Na impossibilidade das emoções serem expressas através dos músculos voluntários, elas descarregam-se nos músculos involuntários, como o coração, estômago, intestino e vasos sanguíneos, podendo desencadear a doença psicossomática. Quando há agressividade contida, a pessoa não agride aos outros, mas a si mesmo; portanto, o modo mais adequado em

descarregar a emoção é através das palavras ou do choro convulsivo (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Por conseguinte, nessa vertente, quando surge a incapacidade de comunicação através de palavras ou pensamentos, a pessoa pode ser incitada a utilizar a comunicação através da linguagem dos órgãos. Com isso, o adoecer de determinado órgão torna-se a forma inconsciente do indivíduo expressar seu sofrimento, por não consegui-lo através de outras possibilidades (SILVA, 1998).

Como temerosa, maldosa, tentadora, a representação da doença pelos participantes remete à dificuldade de assumir a responsabilidade pelo controle da doença, uma vez que essa representação pode ser compreendida como algo que instiga, perturba e judia. Assim, quando os participantes manifestam essa representação, colocam sob a responsabilidade de outrem a falta de comprometimento para com seu tratamento, projetando na figura externa do diabo as suas deficiências.

O trabalho multiprofissional da equipe de saúde pode auxiliar no empoderamento dos participantes para assumir a responsabilização pelo seu autocuidado, uma vez que 90% dos cuidados em diabetes são realizados pela própria pessoa e/ou seus familiares.

O empoderamento das pessoas com diabetes mellitus envolve um movimento interno de superação e conquista por parte dessas pessoas, as quais devem colocar-se como sujeitos ativos do processo. Através da obtenção de informações adequadas, o empoderamento suscita a reflexão e compreensão da sua condição atual, além de uma clara formulação acerca das mudanças desejadas e da condição a ser construída. Também, implica em uma mudança de atitude que impulse a pessoa à ação prática e metódica, em relação às metas e objetivos planejados (SCHIAVO; MOREIRA, 2005).

No grupo de educação em diabetes, os participantes também podem perceber que o manejo do diabetes mellitus pode constituir algo natural, que demanda certos cuidados, mas que nem por isso restrinja a alegria de viver por parte de quem apresenta a doença.

6.2.7 Alimento como vício

Na categoria referente ao **alimento como vício**, os depoimentos sugeriram que, através das representações sociais, os participantes relacionaram o alimento a um tipo de vício. A seguir, a subcategoria revela a representação: comida é pior que droga.

*** Comida é pior que droga**

Quando a ingestão alimentar ultrapassa as necessidades calóricas, ela responde a uma demanda que é psíquica e não de equilíbrio do balanço energético. Essa situação evidencia uma vida representativa pobre, responsável por manter o sujeito com recursos psíquicos limitados para elaborar psiquicamente, nomear, e, portanto, encontrar alívio nas situações de tensão psíquica; entrelaçando sensação de fome com sentimentos e emoções (PEREZ; ROMANO, 2004).

Os participantes relacionaram o alimento a um tipo de vício; seja por chocolate, ou doce, ou coca-cola, ou por qualquer outro tipo de alimento. Os depoimentos apontaram que os participantes apresentaram sensações de desconforto, sem reconhecerem a sua decodificação. Percebe-se que almejam o alívio rápido do desconforto, face à ausência de recursos psíquicos que lhe propiciem compreender a situação vivenciada, com paciência madura para adiar a satisfação, como se segue:

*“Comida é pior que droga, né? Porque você tem ali o acesso. Tem toda hora na geladeira. Tem na fruteira, nos armários. **Você pode pegar a hora que você quiser. É terrível, né?**” (D. Terezinha)*

*“Eu não evito doces, eu como doce porque eu sou assim... Uma **chocólatra**, mesmo sendo diabética.” (D. Mara)*

*“Ah! Gosto da coca-cola, eu gosto. Mas lógico, acho que isso já não é gostar, **é vício**, né? Acho que já não é gostar. Isso aí **já se tornou um vício** (...) eu chego a tomar, assim... Vamos supor, eu sento e aí eu **tomo quatro litros de coca-cola.**” (D. Ida)*

O mundo moderno vem produzindo estilos de vida que se desvencilharam dos modelos tradicionais intrínsecos à sociedade, sendo que nos últimos três ou quatro séculos, as mudanças ocorridas destacaram-se como as mais abrangentes e dramáticas entre a maioria dos períodos precedentes (GIDDENS, 1990).

Os sistemas sociais modernos e as mudanças na vida social e na estrutura da sociedade contemporânea interferiram em muitos aspectos do cotidiano. No que se refere aos comportamentos alimentares, saúde e atividade física, suas implicações positivas têm sido

substituídas por práticas e estilos de vida modernos, freqüentemente envolvendo um arrefecimento cultural da sociedade (GIDDENS, 1990).

Os riscos envolvidos em relação à alimentação ainda são fundamentalmente relacionados à história do país. Os problemas referentes aos excessos nutricionais e à má nutrição ainda são pouco reconhecidos socialmente. A preocupação maior está mais centrada no comer, e não no que comer; de modo a privilegiar a provisão (GOMES, F. S., 2007).

Através da representação dos participantes de que o alimento é um vício, uma droga, mostra-se a dificuldade do seguimento do plano alimentar para a manutenção do controle metabólico, o qual constitui o primeiro fundamento do tratamento. Percebe-se uma contradição nos depoimentos dos participantes, ora o consumo dos alimentos é regido pelo prazer, ora por sentimentos de inferioridade, ansiedade, depressão, ora pela idéia de que os alimentos recomendados pelos profissionais de saúde não sustentam, entre outros. Por outro lado, manifestaram que o alimento é um vício e uma droga.

Nesse sentido, os alimentos constituem algo que eles desejam e repudiam ao mesmo tempo. Esses sentimentos contraditórios os levam a um sofrimento psíquico, bem como constituem um empecilho ao alcance do controle metabólico.

Evidenciada pelos depoimentos, a relação de dependência com os alimentos está ancorada em crenças, idéias e imagens relacionadas ao contexto familiar, social, cultural e ambiental dos participantes. Por outro lado, como as representações manifestaram-se por meio de um vício ou droga, pressupõe-se a incapacidade resolutive quanto aos seus problemas e conflitos, além da dificuldade em conviver com suas fragilidades e com seu sentimento de desvalia.

O papel dos profissionais de saúde no grupo de educação em diabetes pode vir a contribuir para que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 compartilhem experiências entre iguais, e não se sintam únicos em sua dificuldade em relação à dependência aos alimentos.

Nessa direção, o psicólogo pode trabalhar as carências, motivações e dificuldades emocionais que instigam a pessoa a expressar o vício, em relação aos alimentos, o qual leva ao desenvolvimento da transgressão alimentar.

A partir de uma perspectiva acerca de todas representações sociais evidenciadas no presente estudo, percebe-se a importância do contexto social na influência em relação à constituição dos hábitos alimentares da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. O modo como esses hábitos alimentares vão se formando interferem e convergem no grau de dificuldade ou facilidade da pessoa em seguir o plano alimentar recomendado pela equipe de saúde.

É ao longo da vida que os hábitos alimentares das pessoas são construídos e são influenciados, através do convívio social e familiar. A necessidade de reestruturação dos hábitos alimentares das pessoas com diabetes mellitus torna-se uma atitude ainda mais ampla, uma vez que é necessário que o meio no qual a pessoa com diabetes está inserida também seja alvo de transformações, para que se desenvolva uma mudança efetiva dessas pessoas. Nessa dimensão, é importante um processo de reeducação alimentar global abarcando todas as pessoas de maneira geral, principalmente aquelas com diabetes mellitus e seus familiares (PONTIERI; BACHION, 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo privilegiou nomear os participantes do estudo como pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em detrimento às nomenclaturas: pacientes, diabéticos ou portadores de diabetes. Essa opção teve o intuito de reforçar a perspectiva da pesquisadora acerca de que cada pessoa acometida pelo diabetes mellitus deva deparar-se com seu próprio potencial e com seus próprios recursos internos, em relação aos cuidados básicos para consigo mesmo e para com sua saúde. E nesse sentido, devem atentar-se à sua própria parcela de responsabilidade, transformando-se, assim, em agentes, e não somente em pacientes.

Buscou-se neste estudo identificar as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

A escolha da abordagem qualitativa proporcionou aos participantes com diabetes mellitus tipo 2 a expressão de suas idéias, valores, concepções e imagens acerca dos alimentos consumidos. Com isso, emergiram as insatisfações e obstáculos em relação aos alimentos, tanto aos de conotação positiva quanto aos de conotação negativa.

Para a análise do material empírico, utilizou-se o referencial teórico das representações sociais e os dados foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. A partir da análise temática dos depoimentos, foi possível decodificar as diversas maneiras com que os alimentos são apreendidos e interpretados pelos participantes, conforme suas representações sociais.

As categorias temáticas elaboradas foram: alimentos para diabetes não sustentam; sentimentos em relação aos alimentos; descrença na orientação dos profissionais de saúde; custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes; prazer regendo a busca pelo alimento; diabetes como o diabo; alimento como vício.

Essas categorias temáticas remetem a um panorama que sugere dificuldade ao seguimento do plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde. A predominância das crenças e concepções encontradas pode ilustrar que a dificuldade para o seguimento do plano alimentar seja, em parte, determinada pelas representações que os participantes possuem acerca dos alimentos.

De acordo com os resultados, as representações manifestadas pelos participantes são sustentadas e permeadas por diversas concepções e idéias, como: somente arroz, feijão, carne, entre outros, podem sustentar o organismo; o princípio do prazer orientando a ingestão dos alimentos; a quantidade sugerida pelo plano alimentar gerando fraqueza; alimentos para diabetes possuindo um custo oneroso; alimentos sentidos como vícios, ou como algo terrível que os faça lembrar à figura cruel do diabo; e assim por diante.

Na categoria temática **alimentos para diabetes não sustentam**, os participantes expressaram várias representações sociais sobre os alimentos. Para eles, os alimentos recomendados para quem tem diabetes mellitus tipo 2 não têm sabor, não proporcionam prazer, caracterizam-se por uma quantidade reduzida e não possuem potencial nutricional suficiente e adequado para a manutenção das funções vitais ao seu organismo, o que lhes emerge sensação de fraqueza.

O fato dos participantes utilizarem com frequência o termo dieta traduz a conotação de restrição que percebem em relação aos alimentos. Essas representações remetem ao pensamento dos participantes de que somente os alimentos que elegem podem propiciar-lhes segurança, conforto e proteção.

Em relação à categoria temática **sentimentos em relação aos alimentos**, através de suas representações sociais, os participantes mostraram que os alimentos acompanham a manifestação de muitos sentimentos, como ansiedade, inferioridade, desvalia, depressão, cura, morte, negação, revolta, entre outros.

Outra representação revelada pelos participantes diz respeito ao entendimento de que a ausência de sintomas sugere que, apesar de comerem o quanto e o quê eles próprios determinam, o diabetes mellitus tipo 2 não estará presente em suas vidas. Esse tipo de pensamento converge à crença de que enquanto acreditam não sentir, ou efetivamente ainda não sentem os sintomas relativos ao diabetes mellitus tipo 2, crêem não apresentar a doença.

Na categoria temática **descrença na orientação dos profissionais de saúde**, os relatos expressaram que as representações sociais dos alimentos pelos participantes estão pautadas na descrença à orientação dos profissionais de saúde. Para os participantes, a orientação desses profissionais não funciona, ou seja, não acrescentam benefícios às suas vidas.

A dificuldade de relacionamento entre a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 e o profissional de saúde está ponderada no modo como esse profissional percebe a pessoa, extraíndo-a da sua integralidade e dessa forma, pouco considerando seu contexto psicológico, entre outros.

O diálogo pouco frequente, juntamente com o desinteresse na maneira com que a relação entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 está sendo constituída, desconsideram a identidade única, repleta de particularidades peculiares à cada pessoa que apresenta a doença.

Na categoria temática **custo oneroso dos alimentos recomendados para o diabetes**, os participantes apontaram representações sociais vinculadas à dificuldade para a aquisição de alimentos devido à restrição financeira. Para os participantes, não há flexibilidade no modo

como a recomendação ao plano alimentar é oferecida, o que suscita obstáculos em relação às possibilidades de substituições de alimentos.

Na categoria temática **prazer regendo a busca pelo alimento**, os depoimentos expressaram representações sociais remetentes à busca do alimento, guiada pelo prazer imediato e pela satisfação de seus desejos. Para os participantes, pouco importam as consequências relativas a essa finalidade de obtenção do prazer.

Nessa perspectiva, a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 insere-se em um ciclo autopunitivo que abarca o desejo, a transgressão, o prazer, a culpa e novamente volta-se à busca do prazer, sujeitando-se à outra transgressão, retorno da culpa, dando, dessa forma, continuidade a esse ciclo.

Na categoria **diabetes como o diabo**, a representação do diabetes mellitus tipo 2 pelos participantes foi relacionada à figura cruel do diabo, o que sugere a concepção da doença como muito ruim, tentadora, temerosa e maldosa. Tal idéia mostra que, para os participantes, assumir a responsabilidade pelo controle da doença pode ser um estorvo, em virtude dessa representação ser compreendida como algo que judia, instiga e perturba.

Por meio da expressão dessa representação, os participantes parecem projetar na figura externa do diabo suas dificuldades. Nessa dinâmica, a anuência da doença pode estar comprometida, aludindo à certa revolta em conviver com o diabetes mellitus tipo 2.

Na categoria temática **alimento como vício**, as representações sociais pelos participantes abordaram o alimento como um tipo de vício, ora por chocolate, ora por doce, ora por coca-cola, ou por qualquer outro tipo de alimento. Uma vez que as representações relacionaram o alimento a um tipo de vício ou droga, pode-se presumir a incapacidade resolutive por parte dos participantes em relação aos seus conflitos e problemas; o que fomenta a dificuldade em seguir o plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde.

A identificação das representações sociais dos alimentos possibilitou compreender que a percepção dos participantes em conviver com sentimentos de impotência e dificuldades no tratamento da doença leva-os a buscar o alívio premente da aflição, por meio do movimento de dependência em relação aos alimentos.

Essa relação de dependência está aportada nas idéias e concepções, que permeiam o contexto em que os participantes estão inseridos; podendo vir a indiciar ausência de recursos psíquicos que promovam maturidade no que concerne ao contentamento de seus desejos.

Assim, mediante as representações sociais emergidas no presente estudo, contradições foram percebidas nos depoimentos dos participantes. Ora o consumo dos alimentos é regido

pelo prazer, ora por sentimentos de inferioridade, ansiedade, depressão, ora pela idéia de que os alimentos recomendados pelos profissionais de saúde não sustentam, entre outros. Além de manifestarem relação entre alimento e vício, e entre o diabetes mellitus tipo 2 e o diabo.

Os depoimentos também possibilitaram compreender que o conteúdo simbólico acerca do consumo de alimentos está relacionado às práticas alimentares estruturadas, além de evidenciarem a relevância da subjetividade referente à vivência alimentar, como prática social pertinente aos participantes.

Ao desempenhar funções de reativação de memória e oferecimento de segurança, proteção, conforto, entre outros, os alimentos podem vir a suscitar interações entre as pessoas. Também, percebeu-se que os alimentos constituem algo que os participantes do estudo desejam e repelem ao mesmo tempo. Através desses sentimentos contraditórios, o sofrimento psíquico impõe-se como um obstáculo ao alcance do controle metabólico.

Em relação aos profissionais de saúde, importa ressaltar que o fato de estarem vinculados a conceitos e valores tradicionais favorece a construção de um abismo entre a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 e o profissional, o que propicia dificuldades às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 quanto ao recebimento das recomendações alimentares.

Essa desconexão expressa uma inadequada abordagem por parte dos profissionais de saúde referente ao atendimento na área do diabetes mellitus, o que evidencia que a pessoa não é compreendida no seu contexto social, cultural, psicológico, físico, entre outros. Conseqüentemente, isso dificultará o desenvolvimento das mudanças necessárias à pessoa para que ela tenha sucesso quanto ao seguimento de seu plano alimentar.

Frente à complexidade da dinâmica dos alimentos, que envolve alterações e complicações orgânicas, impacto pessoal, familiar e ambiental, a equipe multiprofissional de saúde precisa desenvolver ações de atendimento que estejam focadas em apreender a subjetividade da pessoa, de modo a produzir estratégias para potencializar as transformações das crenças em saúde. Percebe-se que as representações sociais acerca do modo como as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 vivem socialmente revelam um repertório que ultrapassa a abordagem clínica tradicional, envolvendo os alimentos recomendados para o controle do diabetes mellitus.

Nessa vertente, os profissionais de saúde devem promover o desenvolvimento de atitudes que reforcem a valorização tanto do contexto subjetivo quanto do contexto social, pertinentes às pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Ao valorizar o contexto subjetivo e social, os profissionais de saúde podem impulsionar a capacidade de enfrentamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em busca do seu empoderamento.

Como agente facilitador na relação entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes mellitus tipo 2, o diálogo beneficia a construção de novos conhecimentos acerca dos alimentos, o que implica no reconhecimento da valorização dos conhecimentos prévios da pessoa em relação às crenças, atitudes e valores que permeiam sua escolha dos alimentos. Por meio do diálogo freqüente, os profissionais de saúde podem estabelecer um contrato com a pessoa com diabetes mellitus tipo 2, envolvendo-a e a co-responsabilizando em relação ao plano alimentar instituído.

Portanto, a promoção do diálogo assíduo e o conhecimento da subjetividade das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 são fundamentais para a percepção daquilo que não é dito verbalmente; além de permitirem que o profissional de saúde tenha uma visão real, apropriada e transparente em relação à pessoa com diabetes mellitus tipo 2. Esse caminho parece ser o mais profícuo para a assistência, principalmente quanto às possíveis dificuldades no seguimento do plano alimentar.

Reconhece-se que o plano alimentar possibilita a melhora do controle metabólico e constitui no primeiro fundamento do tratamento de diabetes mellitus tipo 2. No entanto, é necessário considerar que é um processo lento e contínuo, e exige flexibilidade por parte da equipe multiprofissional de saúde. Assim, durante esse processo, podem ocorrer alguns retrocessos dependendo das diversas etapas inerentes à vida das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, conforme relatos apresentados no corpo do estudo.

A recomendação ao plano alimentar tem como finalidade instrumentalizar a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 na tomada de decisão, respaldada em informações técnicas e científicas, para o alcance das metas em relação ao controle da doença.

Contudo, o plano alimentar recomendado pelos profissionais de saúde não abrange somente a escolha, quantidade e tipo de alimentos, mas como os alimentos interferem no processo de viver. Com isso, o seguimento ao plano alimentar sofre influências significativas advindas do modo de pensar e viver de cada pessoa com diabetes mellitus tipo 2.

Cada pessoa predispõe de recursos internos e personalidade diferenciados, e cada um manifesta diferentes modos de lidar com os alimentos diante das recomendações da equipe multiprofissional de saúde, o que implica em influências diversificadas quanto à maneira com que os sentimentos são expressos e percebidos pela pessoa com diabetes mellitus tipo 2.

Um dos obstáculos em relação ao seguimento do plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde está relacionado à necessidade de desempenhar mudanças no cotidiano. Sentimentos como a ansiedade, depressão, medo, inferioridade, muitas vezes, predispõem as pessoas em situações com as quais elas próprias sentem-se incapacitadas.

Entretanto, é a partir do contexto familiar, social, cultural e ambiental, entre outros, que a pessoa inicia sua compreensão, assimilação e edificação do seu processo de mudança.

Desse modo, o seguimento ao plano alimentar traz um constante conflito, pois a transformação dos hábitos alimentares promove repercussões na sensação de prazer que os alimentos proporcionam, no modo como percebem as necessidades de seu corpo e em seus relacionamentos sociais. Logo, essas mudanças podem colidir com o que se espera quanto às recomendações da equipe multiprofissional de saúde.

Diante do exposto, acredito que a contribuição às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 para um efetivo seguimento ao plano alimentar ultrapassa o conhecimento intelectual acerca de seus benefícios, e compreende as experiências construídas por cada pessoa no processo de viver com a doença. Por conseguinte, a apreensão das pessoas acerca da recomendação do plano alimentar pela equipe multiprofissional de saúde é influenciada por diversos fatores, já que conviver com o diabetes mellitus demanda mudanças no cotidiano e também nos valores, que consideram como relevantes.

A dinâmica que envolve o alimento deve ser apreendida como um aspecto inerente à vida cotidiana, e nessa perspectiva emerge a necessidade de que a orientação quanto ao seguimento do plano alimentar por parte das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 aproxime-se mais de sua realidade, o que pode incentivar a transformação das ações pertinentes aos alimentos em práticas mais efetivas.

A educação em diabetes é necessária por constituir-se em fomento à preparação da pessoa em lidar com suas novas necessidades, e exige não apenas ações direcionadas a ela, mas também ações coletivas como estratégia para que as pessoas alcancem saúde.

O trabalho do psicólogo, em particular, como integrante da equipe multiprofissional de saúde, visa auxiliar no seguimento do plano alimentar e oferecer instrumentos de avaliação e de atuação, que propiciem a construção de hábitos alimentares mais saudáveis. Também, como analista do comportamento, o psicólogo pode oferecer à pessoa com diabetes mellitus tipo 2 suporte à promoção e desenvolvimento de ações, que fortaleçam os recursos internos da pessoa para sua adaptação ao plano alimentar recomendado.

O acompanhamento psicológico pode viabilizar a elaboração dos aspectos emocionais da doença e assim, minimizar os sofrimentos psíquicos. É necessário que o psicólogo observe, ouça as palavras e os silêncios, e vivencie junto às pessoas os problemas e conflitos intrínsecos à presença do diabetes mellitus em suas vidas.

A pessoa com diabetes mellitus tipo 2 pode vir a descobrir seu potencial, manifestando-o por meio da integração de novas idéias e experiências, elegendo valores,

concepções e imagens, além de permitirem sua autonomia e responsabilidade para com o seguimento do plano alimentar recomendado. Esse movimento pode estar acompanhado pela sensação de dificuldade, a qual precisa ser enfrentada e, assim, transcendida.

Desse modo, o processo de aceitação em conviver com o diabetes mellitus tipo 2 pode ser complexo e envolver uma perspectiva negativa, mas também pode incitar a um movimento de empenho em viver de modo saudável.

Nos depoimentos dos participantes, percebeu-se a autenticidade, através da expressão de suas idéias, concepções e imagens, o que sugere uma perspectiva quanto à possibilidade de transformação da sua realidade.

O estudo das representações sociais dos alimentos relacionado ao diabetes mellitus tipo 2 permitiu a valorização dos aspectos psicossociais referentes a essa doença, e a reflexão acerca da necessidade de atendimentos que reconheçam a pessoa na sua integralidade.

Assim, o conhecimento das idéias e concepções dos participantes apreendido através de suas representações sociais atribuídas aos alimentos pode vir a orientar a prática clínica da equipe multiprofissional de saúde, no que se refere aos alimentos recomendados, influenciando o comportamento alimentar das pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Ao considerar as representações sociais dos alimentos pelos participantes, os profissionais de saúde poderão inovar as estratégias educativas, bem como flexibilizar as recomendações dos alimentos, com vistas à tão valorizada atenção integral em saúde e seguimento ao plano alimentar.

Espera-se com esse trabalho colaborar com subsídios para a reflexão acerca das dificuldades que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 percebem em relação ao plano alimentar proposto pela equipe multiprofissional de saúde, objetivando, assim, o controle metabólico. Almejando, ainda, contribuir com a construção de uma ferramenta para repensar a educação em diabetes e a prática clínica da equipe multiprofissional de saúde às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em relação aos alimentos recomendados.

Concluiu-se que os resultados obtidos neste estudo são importantes para o redirecionamento dos programas de educação em diabetes, em particular ao atendimento às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que necessitam de suporte para o seguimento do plano alimentar. Nessa direção, faz-se necessário o reconhecimento, por parte da equipe multiprofissional de saúde, em torno da subjetividade e dos aspectos simbólicos e culturais que envolvem o planejamento alimentar da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. A identificação e a valorização desses aspectos possibilitarão maior vínculo dos profissionais de

saúde com as pessoas com diabetes mellitus tipo 2, e conseqüentemente, o oferecimento da atenção em diabetes mellitus, considerando as suas reais necessidades e expectativas.

Com a identificação das representações sociais dos alimentos, a partir das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, espera-se que um novo olhar possa emergir, por parte dos profissionais de saúde, para a compreensão da atenção em diabetes mellitus tipo 2.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

ALBARRAN, Noemi B.; BALLESTEROS, Martha N.; MORALES, Gloria G.; ORTEGA, Maria I. Dietary behavior and type 2 Diabetes care. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 61, n. 2, p. 191-199, May 2006.

ALVES, Hayda Josiane; BOOG, Maria Cristina Faber. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores de zona rural. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 705-715, nov./dez. 2008.

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. White paper on the prevention of type 2 Diabetes and the role of the Diabetes educator. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 28, n. 6, p. 964-971, Nov./Dec. 2002.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition principles and recommendations in Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 27, p. 36-46, Jan. 2004. Supplement 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition recommendations and interventions for Diabetes-2006: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, New York, v. 29, n. 9, p. 2140-2157, Sept. 2006.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Summary of revisions for the 2008 clinical practice recommendations. **Diabetes Care**, New York, v. 31, p. S3-S4, Jan. 2008a. Supplement 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition recommendations and interventions for Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 31, p. S61-S78, Jan. 2008b. Supplement 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations 2009. **Diabetes Care**, New York, v. 32, p. S1-S2, Jan. 2009. Supplement 1.

ANDERSON, Ryan J.; FREEDLAND, Kenneth E.; CLOUSE, Ray E.; LUSTMAN, Patrick J. The prevalence of comorbid depression in adults with Diabetes: a meta-analysis. **Diabetes Care**, New York, v. 24, n. 6, p. 1069-1078, June 2001.

ANDERSON, Ryan J.; GRIGSBY, Allison B.; FREEDLAND, Kenneth E.; DE GROOT, Mary; MCGILL, Janet B.; CLOUSE, Ray E.; LUSTMAN, Patrick J. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. **International journal of psychiatry in medicine**, New York, v. 32, n. 3, p. 235-247, 2002.

ARRUDA, Angela. Teoria das Representações Sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 205-211, jan./fev. 2002.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; GIGANTE, Denise P. Atenção primária em Diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, fev. 2001.

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

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. **Entrevistas**: formatos, modelos e análises. Ribeirão Preto. 1993. Mimeografado.

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

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco Javier. Notas para um debate. In: _____. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**: plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001.

BRUE, Thierry. **Diabetes**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2006.

CABRERA-PIVARAL, Carlos Enrique; GONZÁLEZ-PÉREZ, Guillermo; VEGA-LÓPEZ, María Guadalupe; ARIAS-MERINO, Elva Dolores. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con Diabetes tipo 2. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 275-281, jan./fev. 2004.

CAMPOS, Marta Silva. **Poder, saúde e gosto**. São Paulo: Cortez, 1982.

CARDOSO, Claudia Lins. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.22, n.1, mar. 2002.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações Sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.

CHLEBOWY, Diane Orr; GARVIN, Bonnie J. Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self-care behaviors and glycemic control in caucasian and african american adults with type 2 Diabetes. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 32, n. 5, p. 777-786, Sept./Oct. 2006.

CISSE, Moustapha; MUCKE, Lennart. Alzheimer's disease: a prion protein connection. **Nature**, London, v. 457, n. 7233, p. 1090-1091, Feb. 2009.

COELHO, Camila Ribeiro; AMARAL, Vera Lúcia Adami Raposo do. Análise de contingências de um portador de Diabetes Mellitus tipo 2: estudo de caso. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 243-251, dez. 2008.

COELHO, Camila Ribeiro; WECHSLER, Amanda; AMARAL, Vera Lúcia Adami Raposo do. 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.

DAAR, Abdallah S.; SINGER, Peter A.; PERSAD, Deepa Leah; PRAMMING, Stig K.; MATTHEWS, David R.; BEAGLEHOLE, Robert; BERNSTEIN, Alan; BORYSIEWICZ, Leszek K.; COLAGIURI, Stephen; GANGULY, Nirmal; GLASS, Roger I.; FINEGOOD, Diane T.; KOPLAN, Jeffrey; NABEL, Elizabeth G.; SARNA, George; SARRAFZADEGAN, Nizal; SMITH, Richard; YACH, Derek; BELL, John. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. **Nature**, London, v. 450, n. 7169, p. 494-496, Nov. 2007.

DAMASCENO, Marta Maria Coelho; ROCHA, Terezinha de Jesus; LINO, Regina Lucia Pereira; CARVALHO, Zuila M. Problemas identificados na clientela diabética: análise quantiquantitativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 19-28, maio 1995.

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

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP. Reduction in the incidence of type 2 Diabetes with lifestyle intervention or metformin. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 346, n. 6, p. 393-403, Feb. 2002.

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

DONAHUE, Richard P.; ORCHARD, Trevor J. Diabetes Mellitus and macrovascular complications: an epidemiological perspective. **Diabetes Care**, New York, v. 15, n. 9, p. 1141-1155, Sept. 1992.

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

DUNCAN, Glen E.; PERRI, Michael G.; THERIAQUE, Douglas W.; HUTSON, Alan D.; ECKEL, Robert H.; STACPOOLE, Peter W. Exercise training, without weight loss, increases insulin sensitivity and postheparin plasma lipase activity in previously sedentary adults. **Diabetes Care**, New York, v.26, n. 3, p. 557-562, Mar. 2003.

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

DURKIN, John. **Expert system: design and development**. New Jersey: Prentice Hall, 1994.

FARR, Robert M. Representações sociais: teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-59.

FLORES PEÑA, Yolanda. **O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da Seguridad Social do México**. 2004. 214 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, jan./mar. 2007.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 70-80, jan./jun. 1992.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.455-467, jul./set. 1997a.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Representações Sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 51-68, dez. 1997b.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2003.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 15-28, jan./mar. 2004.

GERBASI, Livia Padula; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Representações Sociais do processo saúde-doença em portadores de Diabetes Mellitus tipo 2**. 2006. 79f. Monografia (Conclusão de Curso) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GIDDENS, Anthony. **The consequences of modernity**. Cambridge: Polity Press, 1990.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GILLIES, Clare L.; ABRAMS, Keith R.; LAMBERT, Paul C.; COOPER, Nicola J.; SUTTON, Alex J.; HSU, Ron T.; KHUNTI, Kamlesh. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 Diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, London, v. 334, n. 7588, p. 299, Feb. 2007.

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

GOMES, Fabio da Silva. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 669-680, nov./dez. 2007.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GRAÇA, Liliana Amadeu Cordeiro da; BURD, Miriam; MELLO FILHO, Julio de. Grupos com diabéticos. In: MELLO FILHO, Julio de (Org.). **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 213-232.

GUIMARÃES, Suely Sales. Psicologia da saúde e doenças crônicas. In: KERBAUY, Raquel Rodrigues (Org.). **Comportamento e saúde**: explorando alternativas. Santo André: ARBytes, 1999. p. 22-45.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. O toque de despertar para parar a epidemia global de Diabetes. **Diabetes Clínica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 183-184, maio/jun. 2006.

JACOBS-VAN DER BRUGGEN, Monique A. M.; BOS, Griët; BEMELMANS, Wanda J.; HOOGENVEEN, Rudolf T.; VIJGEN, Sylvia M.; BAAN, Caroline A. Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of Diabetes risk: results from a modeling study. **Diabetes Care**, New York, v. 30, n. 1, p. 128-134, Jan. 2007.

JODELET, Denise. Les Représentations Sociales: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, Serge (Org.). **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p. 357-378.

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

KAHTALIAN, Alexandre. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, Julio de (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 26, p. 273-278.

KAYMAN, Susan. Applying theory from social psychology and cognitive behavioral psychology to dietary behavior change and assessment. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 89, p. 191-193, 1989.

KING, Hilary; AUBERT, Ronald E.; HERMAN, William H. Global burden of Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 21, n. 9, p. 1414-1431, Sept. 1998.

KLEIN, Samuel; SHEARD, Nancy F.; PI-SUNYER, Xavier; DALY, Anne; WYLIE-ROSETT, Judith; KULKARNI, Karmeen; CLARK, Nathaniel G. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 Diabetes: rationale and strategies: a statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the study of Obesity and the american society for clinical nutrition. **Diabetes Care**, New York, v. 27, n. 8, p. 2067-2073, Aug. 2004.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa e saúde**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Pallotti, 2002.

LESSA, Inês. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

LI, Chaoyang; FORD, Earl S.; MOKDAD, Ali H.; JILES, Ruth; GILES, Wayne H. Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 30, n. 7, p. 1770-1776, Apr. 2007.

LIN, Elizabeth H. B.; KATON, Wayne; VON KORFF, Michael; RUTTER, Carolyn; SIMON, Greg E.; OLIVER, Malia; CIECHANOWSKI, Paul; LUDMAN, Evette J.; BUSH, Terry; YOUNG, Bessie. Relationship of depression and Diabetes self-Care, medication adherence, and preventive care. **Diabetes Care**, New York, v. 27, n. 9, p. 2154-2160, Sept. 2004.

LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. **Chronic Illness**: impact and interventions. 5. ed. Boston: Jones and Bartlet, 2002.

LUBKIN, Ilene Morof; LARSEN, Pamala D. **Chronic Illness**: impact and interventions. 6. ed. Boston: Jones and Bartlet, 2006.

MALERBI, Domingos Augusto; FRANCO, Laércio Joel. Multicenter study of the prevalence of Diabetes Mellitus and impaired glucose tolerance in the urban brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, New York, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, Nov. 1992.

MANN, Jim I. Diet and risk of coronary heart disease and type 2 Diabetes. **Lancet**, London, v. 360, n. 9335, p. 783-789, Sept. 2002.

MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. 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.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: EDUC, 1989.

MARUYAMA, Koutatsu; SATO, Shinichi; OHIRA, Tetsuya; MAEDA, Kenji; NODA, Hiroyuki; KUBOTA, Yoshimi; NISHIMURA, Setsuko; KITAMURA, Akihiko; KIYAMA, Masahiko; OKADA, Takeo; IMANO, Hironori; NAKAMURA, Masakazu; ISHIKAWA, Yoshinori; KUROKAWA, Michinori; SASAKI, Satoshi; ISO, Hiroyasu. The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey. **British Medical Journal**, London, v. 337, n. 212, p. 2002, Oct. 2008.

McAULEY, Kirsten A.; WILLIAMS, Sheila M.; MANN, Jim I.; GOULDING, Ailsa; CHISHOLM, Alex; WILSON, Noela; STORY, Gretchen; McLAY, Rebecca T.; HARPER, Michelle J.; JONES, Ianthe E. Intensive lifestyle changes are necessary to improve insulin sensitivity. **Diabetes Care**, New York, v. 25, n. 3, p. 445-452, Mar. 2002.

MENASCHE, Renata; MARQUES, Flávia Charão; ZANETTI, Cândida. Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, p. S145-S158, jul./ago. 2008. Suplemento.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOKDAD, Ali H.; MARKS, James S.; STROUP, Donna F.; GERBERDING, Julie L. Actual causes of death in the United States, 2000. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 291, n. 10, p. 1238-1245, Mar. 2004.

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

MORIN, Edgar. A entrevista nas ciências sociais, no rádio e televisão. In: MOLES, Abraham A.; GLUCKSMANN, A.; FRIEDMANN, Georges; MORIN, Edgar (Orgs.). **Linguagem da cultura de massas: televisão e canção**. Petrópolis: Vozes, 1973. p. 126-129.

MORIN, Edgar. **Terra-pátria**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

MORSE, Janice M.; BOTTORFF, Joan; WENDY, Neander; SOLBERG, Shirley. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 23, n. 2, p. 119-126, 1991.

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

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 7-16.

NATHAN, David M.; BUSE, John B.; DAVIDSON, Mayer B.; FERRANNINI, Ele; HOLMAN, Rury R.; SHERWIN, Robert; ZINMAN, Bernard. Medical management of Hyperglycemia in type 2 Diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the study of Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 32, n. 1, p. 193-203, Jan. 2009.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MILECH, Adolpho. **Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

OTERO, Liudmila Miyar; ZANETTI, Maria Lúcia; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care Center. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 768-773, set./out. 2007. Número especial.

PAN, Xiao-Rong; LI, G. W.; HU, Y. H.; WANG, J. X.; YANG, W. Y.; AN, Z. X.; HU, Z. X.; LIN, J.; XIAO, J. Z.; CAO, H. B.; LIU, P. A.; JIANG, X. G.; JIANG, Y. Y.; WANG, J. P.; ZHENG, H.; ZHANG, H.; BENNETT, P. H.; HOWARD, B. V. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: the Da Qing IGT and Diabetes study. **Diabetes Care**, New York, v. 20, n. 4, p. 537-544, Apr. 1997.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de Diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos. Representações de saúde em mulheres com Diabetes tipo 2. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 295-303, jul./set. 2008.

PEREZ, Glória Heloise; ROMANO, Bellkiss Wilma. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 544-550, jul./ago. 2004.

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Márcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=514. Acesso em: 01 jun. 2009.

POVEY, Rachel Clare; CLARK-CARTER, David. 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, Marco S. Representações Sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: _____. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru: Edusc, 2003. cap. 1, p. 25-47.

QUEIROZ, Maria José de. **A comida e a cozinha: iniciação à arte de comer**. Rio de Janeiro: Forense/Universitária, 1988.

RESNICK, Helaine E.; FOSTER, Gregory L.; BARDSLEY, Joan; RATNER, Robert G. Achievement of American Diabetes Association clinical practice recommendations among U.S. adults with Diabetes, 1999-2002. **Diabetes Care**, New York, v. 29, n. 3, p. 531-537, Mar. 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry (Org.). **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROMANELLI, Geraldo. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, Geraldo; BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. v. 1, p. 119-133.

SALÁRIO mínimo brasileiro. 2008. Disponível em: http://www.portalbrasil.net/salariominimo_2008.htm. Acesso em: 26 ago. 2008.

SALLES, Leila Maria Ferreira. Representação Social e cotidiano. **Didática – Revista científica da UNESP**, Assis, v. 26/27, p. 11-20, 1991.

SANTANA, Maria da Glória. O desejo, o controle, e o limite: possíveis enfrentamentos no cotidiano diabético. In:_____. **Rede de saberes em diabete e saúde**: um exercício de interdisciplinaridade. Pelotas: Edição Independente, 2002. cap. 4, p. 53-72.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos; ZANETTI, Maria Lúcia; OTERO, Liudmila Miyar; SANTOS, Manoel Antônio dos. 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.

SARRAFZADEGAN, Nizal; KELISHADI, Roya; ESMAILLZADEH, Ahmad; MOHAMMADIFARD, Noushin; RABIEI, Katayoun; ROOHAFZA, Hamidreza; AZADBAKHT, Leila; BAHONAR, Ahmad; SADRI, Gholamhossein; AMANI, Ahmad; HEIDARI, Saedi; MALEKAFZALI, Hossein. 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.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 29-36, jan./fev. 2003. Suplemento 1.

SARTORELLI, Daniela Saes; SCIARRA, Elaine Cristina; FRANCO, Laércio Joel; CARDOSO, Marly Augusto. Primary prevention of type 2 Diabetes through nutritional counseling. **Diabetes Care**, New York, v. 27, n. 12, p. 3019, Dec. 2004.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel; CARDOSO, Marly Augusto. Intervenção nutricional e prevenção primária do Diabetes Mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 7-18, jan. 2006.

SCHIAVO, Marcio Ruiz; MOREIRA, Eliesio N. **Glossário social**. Rio de Janeiro: Comunicarte, 2005.

SHADAN, Sadaf. Obesity: fat chance. **Nature**, London, v. 457, n. 7233, p. 1095, Feb. 2009.

SHERMAN, Aurora M.; BOWEN, Deborah J.; VITOLINS, Mara; PERRI, Michael G.; ROSAL, Milagros C.; SEVICK, Mary Ann; OCKENE, Judith K. Dietary adherence: characteristics and interventions. **Controlled Clinical Trials**, New York, v. 21, n. 5, p. S206-S211, Oct. 2000. Supplement 1.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; FRANCIONI, Fabiane Ferreira; MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; COELHO, Maria Selo; SANDOVAL, Rita de Cássia Bruno; CUNHA, Mila Andrade; FERREIRA, Nadja. 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.

SILVA, Marco Aurélio Dias da. **Quem ama não adoce**: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. 17. ed. São Paulo: Best Seller, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro, 2007.

SPINK, Mary Jane Paris. 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, Claudia Mara de Melo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Trabalhando com Representações Sociais na enfermagem. In: GAUTHIER, Jacques Henri Maurice (Org.). **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 4, p. 51-59.

THIOLLENT, Michel Jean Marie. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2005.

TOLMAN, Keith G.; FONSECA, Vivian; DALPIAZ, Anthony; TAN, Meng H. Spectrum of liver disease in type 2 Diabetes and management of patients with Diabetes and liver disease. **Diabetes Care**, New York, v. 30, n. 3, p. 734-743, Mar. 2007.

TORQUATO, Maria Teresa da Costa Gonçalves; MONTENEGRO JUNIOR, Renan Magalhães; VIANA, Luis Atílio Losi; SOUZA, Rui Augusto Hudari Gonçalves de; LANNA, Carla Márcia Moreira; LUCAS, Júlio César Batista; BIDURIN, Cláudio; FOSS, Milton César. Prevalence of Diabetes Mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

TUOMILEHTO, Jaakko; LINDSTROM, Jaana; ERIKSSON, Johan G.; VALLE, Timo T.; HAMALAINEN, Helena; ILANNE-PARIKKA, Pirjo; KEINANEN-KIUKAANNIEMI, Sirka; LAAKSO, Mauri; LOUHERANTA, Anne; RASTAS, Merja; SALMINEN, Virpi; AUNOLA, Sirkka; CEPAITIS, Zygimantas; MOLTCHANOV, Vladislav; HAKUMAKI, Marti; MANNELIN, Marjo; MARTIKKALA, Vesa; SUNDVALL, Jouko; UUSITUPA, Matti. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 344, n. 18, p. 1343-1350, May 2001.

VALA, Jorge. Representações Sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (Orgs.). **Psicologia social**. 5. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.

VALLA, Victor Vincent. Procurando a fala das classes populares. In:_____. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: D P & A, 2000. v. 1, p. 11-32.

VIANA, Victor. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 4, p. 611-624, Nov. 2002.

VIGGIANO, Celeste Elvira. Proposta da pirâmide alimentar para o diabético. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 50, p. 46-49, set./out. 2001.

WAGNER, Wolfgang; ELEJABARRIETA, Fran. Representaciones Sociales. In: MORALES, José Francisco (Org.). **Psicología social**. Madrid: McGraw-Hill, 1994. p. 815-842.

WARD-SCHOFIELD, Janet. Increasing the generalisability of quantitative research. In: HAMMERSLEY, Martyn (Org.). **Social research: philosophy, politics & practice**. Londres: Sage, 1993. p. 200-225.

WATANABE, Mariko; YAMAOKA, Kazue; YOKOTSUKA, Masako; TANGO, Toshiro. Randomized controlled trial of a new dietary education program to prevent type 2 Diabetes in a high-risk group of japanese male workers. **Diabetes care**, New York, v. 26, n. 12, p. 3209-3214, Dec. 2003.

WEIN, Peter; BEISCHER, Norman; HARRIS, Claire; PERMEZEL, Michael. A trial of simple versus intensified dietary modification for prevention of progression to Diabetes Mellitus in women with impaired glucose tolerance. **The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Melbourne, v. 39, n. 2, p. 162-166, May 1999.

WEN, Lonnie K.; SHEPHERD, Marvin D.; PARCHMAN, Michael L. Family support, diet, and exercise among older mexican americans with type 2 Diabetes. **Diabetes Educator**, Chicago, v. 30, n. 6, p. 980-993, Nov./Dec. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of Chronic Diseases**: report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva, 2003.

WILLIAMSON, Amy R.; HUNT, Alice E.; POPE, Janet F.; TOLMAN, Nancy M. Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with Diabetes. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 26, n. 2, p. 272-279, Mar./Apr. 2000.

WING, Rena R.; VENDITTI, Elizabeth; JAKICIC, John M.; POLLEY, Betsy A.; LANG, Wei. Lifestyle intervention in overweight individuals with a family history of Diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 21, n. 3, p. 350-359, Mar. 1998.

WINNICOTT, Donald Woods. **Da pediatria à psicanálise**. Porto Alegre: Imago, 2000.

ZANETTI, Maria Lúcia. **O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para adultos e idosos**. 2002. 178f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ZANETTI, Maria Lúcia; OTERO, Liudmila Miyar; PÉRES, Denise Siqueira; SANTOS, Manoel Antônio dos; GUIMARÃES, Fernanda Pontin de Mattos; FREITAS, Maria Cristina Foss. Progress of the patients with Diabetes Mellitus who were managed with the staged Diabetes management framework. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 338-344, jul./set. 2007.

ZIMMET, Paul; ALBERTI, K. George M. M.; SHAW, Jonathan. Global and societal implications of the Diabetes epidemic. **Nature**, London, v. 414, n. 6865, p. 782-787, Dec. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA**Questão norteadora**

“Gostaria que falasse a respeito do que os alimentos significam para o(a) Sr(a) em seu dia-a-dia”.

TÓPICOS A SEREM ABORDADOS NA ENTREVISTA:

- Significados dos alimentos, no contexto de sua realidade cotidiana
- Pensamentos do dia-a-dia em relação aos alimentos
- Sentimentos em relação aos alimentos, no contexto do cotidiano
- Quais alimentos mais consome
- Quais alimentos mais gosta e lhe dão mais prazer
- Quais alimentos gosta e não consome
- Quais alimentos não gosta
- Quais alimentos não gosta e consome
- Rejeições em relação aos alimentos
- Preferência por alimentos dietéticos
- Pensamentos em relação aos alimentos recomendados pela equipe de saúde
- Uso de alimentos diet ou light
- Fracionamento de sua alimentação
- Conhecimentos em relação aos alimentos recomendados pela equipe de saúde
- Motivações individuais com relação aos alimentos
- Facilidades em cumprir o plano alimentar recomendado pela equipe de saúde
- Dificuldades em cumprir o plano alimentar recomendado pela equipe de saúde
- Crenças em relação aos alimentos
- Comportamentos em relação aos alimentos
- Mudança de comportamentos ao longo do tempo em relação aos alimentos

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**ESCLARECIMENTOS AO PARTICIPANTE:**

Eu, Camila Rezende Pimentel Ribas, psicóloga, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP, estou desenvolvendo o seguinte estudo: “Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2”; com o objetivo de estudar o que indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 pensam a respeito dos alimentos, em seu dia-a-dia.

Para isso, venho convidá-lo(a) a participar desta pesquisa. A sua participação consistirá em responder algumas perguntas em relação aos alimentos, quais os fatores que facilitam ou dificultam o seguimento do plano alimentar recomendado pela equipe de saúde, etc. A entrevista será realizada em horário e local 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 mantereí o sigilo das informações obtidas e que essas informações ficarão sob minha responsabilidade. Desse modo, gostaria de enfatizar que se aceitar participar desta pesquisa, seu nome não será divulgado, mantendo-se no anonimato. Solicito consentimento para divulgar a pesquisa em eventos científicos e publicar os dados em revistas especializadas.

A sua recusa em participar não interferirá em seu futuro atendimento no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

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

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

PÓS-ESCLARECIMENTOS AO PARTICIPANTE:

Eu, _____, abaixo assinado, recebi as informações sobre a pesquisa: “Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2”, a ser desenvolvida pela psicóloga Camila Rezende Pimentel Ribas, e concordo em participar deste estudo, estando informado(a) dos meus direitos mencionados abaixo:

- Não ser identificado(a), sendo mantido o caráter sigiloso da informação referente à privacidade.
- Não ter nenhum prejuízo ou punição devido à participação nesta pesquisa.
- Receber informações sobre qualquer dúvida com relação à pesquisa.
- Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar deste estudo, sem nenhum prejuízo ou punição.
- **Não será recebido qualquer incentivo direto e/ou remuneração por meio da participação na pesquisa, sendo a participação voluntária.**

Estou informado(a) dos meus direitos relatados acima e livremente manifesto interesse na participação desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Camila Rezende Pimentel Ribas - Pesquisadora Responsável

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 020/2008

Ribeirão Preto, 22 de fevereiro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 103ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de fevereiro de 2008.

Protocolo: nº 0870/2008

Projeto: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ALIMENTOS PARA DIABÉTICOS TIPO 2.

Pesquisadores: Maria Lúcia Zanetti
Camila Rezende Pimentel

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,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria Lúcia Zanetti
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP