



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
JOSIANA BARDINI DE BIASI

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE DIABETE ACERCA DAS
ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PRESTADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

TUBARAO

2011



JOSIANA BARDINI DE BIASI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Saúde da Família da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Josiana Bardini de Biasi

Aluna

Orientadora: Prof. Msc. Janete Elza Felisbino

TUBARAO

2011

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 3 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA..... | 3 |
| 1.2 OBJETIVOS | 4 |
| 1.2.1 Objetivo Geral | 4 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 4 |
| 2 REFERENCIAL TEORICO | 6 |
| 2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS... .. | 8 |
| 2.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | 11 |
| 3 METODOLOGIA..... | 14 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 14 |
| 3.2 LOCAL DE ESTUDO | 14 |
| 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 14 |
| 3.4 ASPECTOS ÉTICOS | 15 |
| 3.5 COLETA DE DADOS..... | 15 |
| 3.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 16 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 17 |
| REFERÊNCIAS..... | 23 |
| APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO | 25 |
| APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO | 27 |

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema: A representação social das orientações nutricionais recebidas por portadores de Diabetes Mellitos pertencentes à área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família do município de Pedras Grandes, no estado de Santa Catarina. Sendo o mesmo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso que será apresentado ao Programa de Pós-Graduação Saúde da Família da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

1.1 JUSTIFICATIVA

O estilo de vida está entre as principais causas das doenças crônicas do mundo ocidental, tendo como causas o modo de vida ou meio social, destacando: a alimentação, sedentarismo, obesidade, poluição atmosférica, ruídos, tabagismo e as condições de vida; os quais constituem-se parte da etiologia dessas doenças. Na perspectiva da representação social, mais que qualquer outra prática, a alimentação tem sido apontada como um dos fatores principais. (LAPLANTINE, 2004;).

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 auto cuidado e suporte (LUBKIN; LARSEN, 2006).

Dentre essas doenças, destaca-se o diabetes mellitos (DM), pela sua incidência e prevalência, além dos altos índices de morbidade e mortalidade relacionados à enfermidade e às suas complicações.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2002) esta pode ser definida como uma síndrome de múltiplas etiologias, com componentes metabólicos, vasculares e neuropáticos, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos e proteínas. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina, ou em ambos. A hiperglicemia crônica do *diabetes* mellitos está associada a danos a longo prazo, disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, SBD, 2007).

Prevenir ou retardar as complicações do diabetes está diretamente relacionado à adesão ao tratamento, principalmente ao seguimento da terapia nutricional.

Contudo o ato de se alimentar envolve vários aspectos biopsicossociais não estando necessariamente relacionado à fome ou simplesmente ao ato de comer. Caracteriza-se por uma natureza complexa, envolvendo uma infinidade de sentimentos, valores culturais específicos, emoções, ansiedades, medos, tristezas e frustrações da realidade do dia-a-dia.

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 mellitos em relação aos alimentos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Determinar as representações sociais dos portadores de diabete mellitos tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os portadores de Diabete Mellitos tipo II, da área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família.

- Identificar as representações sociais dos portadores de diabete mellitos tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família

- Analisar e discutir as representações sociais portadores de diabete mellitos tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FALANDO SOBRE O DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um importante problema de saúde pública, com grande impacto sobre a sociedade, uma vez que está associado a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações (BARBOSA; BARCELÓ; MACHADO, 2001).

O DM pode ser definido como uma síndrome de múltiplas etiologias, com componentes metabólicos, vasculares e neuropáticos, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos e proteínas. Esses distúrbios são secundários à ausência ou diminuição da produção de insulina e/ou a ineficiência da ação dessa.

Os fatores predisponentes ao aparecimento do diabetes tipo II são: hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares, situação sócio-econômica, estresse e sedentarismo (MOLENA- FERNANDES et al., 2005;).

É de início insidioso, apresentando-se com poucos ou sem os sintomas e sinais clínicos típicos das anormalidades metabólicas do diabetes. A idade de início geralmente é após os 40 anos, sendo a sua incidência progressivamente maior com o envelhecimento, atingindo o pico entre os 60 e 65 anos. (ALMEIDA, 1997).

Freqüentemente não é diagnosticado até que se desenvolvam complicações, e até um terço de todas as pessoas com diabetes podem não ser diagnosticadas. Calcula-se que o intervalo de tempo entre o início da hiperglicemia e o diagnóstico do diabetes tipo 2 seja de 9 a 12 anos. O desconhecimento do diagnóstico representa fator de risco importante face às complicações que podem ocorrer pela hiperglicemia prolongada, contribuindo para o agravamento das complicações da doença (HARRIS et al., 1992; DAVIDSON, 2001).

Quando presentes os sintomas do diabetes são a hiperglicemia acentuada, a perda inexplicável de peso, poliúria, polidipsia e infecções. Mesmo em indivíduos assintomáticos poderá ocorrer hiperglicemia discreta com grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas por um longo período antes que o

diagnóstico seja estabelecido (ADA, 2004a).

O diabetes tem como conseqüência em longo prazo alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. As complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, com risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual.

Pessoas com diabetes apresentam risco maior de doenças vascular aterosclerótica, tais como doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION [ADA], 2004; BRASIL.MS, 2002.; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA, 2004; FONG et al., 2004; GROSS et al., 2005).

O tratamento do Diabetes Mellitus envolve o planejamento alimentar, prática de atividade física, a educação em diabetes, a monitorização dos níveis glicêmicos e o uso de medicamentos. Tem como objetivos atingir um bom controle da doença, impedir ou retardar as complicações crônicas e principalmente, melhorar a qualidade de vida das pessoas com Diabetes Mellitus (CAMOLESI; OLIVEIRA; TAPIA, 2005).

A terapia nutricional em Diabetes Mellitus é fundamental para a obtenção e manutenção do estado metabólico adequado, com melhora da sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis plasmáticos de glicose, redução da circunferência abdominal, dos níveis de LDL-C e triglicerídeos, além do aumento do HDL-C e prevenção das complicações tardias (KLEIN et al., 2004; SARTORELLI et al., 2004; VIGGIANO, 2001). Deve ser individualizada e fornecer um valor calórico total (VCT) de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividade física e hábitos alimentares.

É consenso que o controle adequado do diabetes não pode ser atingido sem um planejamento alimentar (MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

Atualmente as recomendações nutricionais para indivíduos diabéticos incluem: i) a ingestão de carboidratos deve representar 50% a 60% do valor calórico total da dieta, dando preferência aos alimentos ricos em fibras e restringindo o consumo de açúcares simples, que devem representar, no máximo, 10 %; ii) duas a quatro porções de frutas, sendo que pelo menos uma delas deve ser rica em vitamina C; iii) três a cinco porções de hortaliças; iv) gorduras deverão representar

menos de 30% do valor calórico total da dieta, sendo que as saturadas não devem ultrapassar 10% do valor calórico total (VCT), o que significa que a maioria dos diabéticos deve evitar a ingestão de alimentos gordurosos tais como carnes gordas, embutidos, produtos lácteos integrais, frituras, gordura proveniente de coco, molhos, cremes e doces ricos em gordura, além de alimentos refogados ou temperados com excesso de óleo; e v) o conteúdo de proteínas não deve exceder a 0,8 g.kg⁻¹ de peso/ dia (MOLENA-FERNANDES et al., 2005; PORTERO e CUELHAR, 2004; MULS, 1998).

No entanto, a falta de adesão ao tratamento é observada mundialmente. Em países com alto grau de desenvolvimento, cerca de 50% das pessoas com diabetes não aderem ao tratamento. Acredita-se que, em países com menor nível de desenvolvimento, as taxas são, ainda, maiores (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2003).

A adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta na qual a pessoa não somente obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e adota o regime prescrito. Portanto, deve haver uma aliança terapêutica entre a pessoa e o profissional de saúde, na qual é reconhecida não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (BRASIL, 2007).

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS

Na atualidade, os portadores de diabetes mellitus, são acompanhados em nível ambulatorial pelas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família.

O ministério da saúde, tendo em vista reorientar o modelo assistencial em saúde no Brasil, baseando-se na valorização da atenção básica, criou, em 1994, o programa Saúde da família (PSF), que reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS (BRASIL, 1997). Esse a partir da Portaria n. 648/06, passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), visto buscar transcender à lógica do grande número de programas verticalizados (Programa de Mulher, da criança, do

trabalhador, de Controle da Hanseníase, de Controle da Tuberculose, da AIDS, de Hipertensão, da Diabetes, etc.) (BRASIL, 2000).

A estratégia Saúde da Família apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde. Propõe a mudança na concepção do processo saúde-doença, saindo do pólo tradicional de oferta de serviços voltada para a doença para investir em ações que articulam a saúde com condições de vida, incorporando a prática da vigilância à saúde (ARAUJO, 1999).

A ESF foi implantada para funcionar como porta de entrada para o Sistema de Saúde. Dessa forma, salienta-se o conceito de acessibilidade, que deve garantir a plena utilização do Sistema de Saúde para a população. Esse conceito, segundo Starfield (2002), engloba os seguintes aspectos: geográficos, relacionados à distância, o tempo e aos obstáculos a serem transpostos para alcançar e obter os serviços; sócio-culturais, relacionados à inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população; e os relacionados à forma de organização da Unidade de Saúde, que inclui o horário de funcionamento, a disponibilidade de serviços e a qualidade. Essa autora entende que a acessibilidade está relacionada à estrutura do serviço, enquanto o acesso refere-se ao modo como o usuário experimenta essa característica do serviço.

Caccia-Bava; Matos e Rocha (2007) enfatizam que a ESF visa proporcionar uma atenção integral, através de ações que incluam: proteção específica a segmentos populacionais expostos a situações de risco e vulnerabilidade (idosos, trabalhadores, gestantes e mulheres, crianças, jovens, desempregados); diagnóstico e tratamento precoce de problemas já instalados (atendimentos a urgência de baixa complexidade, doenças crônicas, egressos de internações e portadores de deficiência); reabilitação; como também, ações referentes à promoção de saúde.

Souza (1999) indica que, para a realização de assistência integral, os profissionais de saúde devem apresentar um vínculo afetivo e de confiança com os usuários, gerando, portanto, um forte elo entre a população e os serviços.

Cada ESF responsabiliza-se pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil pessoas, ou de mil famílias de uma determinada área (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde define como objetivos da equipe de saúde da família conhecer e analisar o trabalho de toda a equipe observando as atribuições de todos na USF, no domicílio e na comunidade; compartilhar saberes e informações

para realizar o trabalho de equipe, e participar da formação e do treinamento dos elementos envolvidos na atividade para identificarem problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.

Nesse panorama, as ESF teriam as seguintes responsabilidades:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com os indivíduos sadios e doentes, visando a promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimaram;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2000b, p. 318-319).

A ESF deve ser constituída de no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando ampliada, acrescenta-se um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados as equipes ou formar equipes de apoio, conforme as necessidade e possibilidades locais (BRASIL, 2006).

As equipes de apoio constituem um modelo operacional denominado apoio matricial, e funcionam de modo que o profissional, atuando em determinado setor ofereça apoio para outros profissionais, equipes e setores (BRASIL, 2005).

Em relação a esta questão, Portaria n. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para atuarem de forma integrada com as ESF e com toda a rede de serviços de saúde, através de

mecanismo de referencia e contra referencia, objetivando ampliar o escopo de ações da ESF e, conseqüentemente, a sua resolutividade. Contribuindo para que novas profissões ganhem ascensão, uma vez que a complexidade da área da saúde exige ações que englobem diferentes conhecimentos, oriundos de diversas categorias da saúde (BRASIL, 2008).

Contudo a estratégia do PSF, para colocar em prática as transformações do modelo assistencial que “completem o ciclo de transição do SUS” devem considerar alguns determinantes da dinâmica do mercado em saúde tais como: a formação e capacitação, a educação continuada, a oferta de postos de trabalho e novas formas de remuneração capazes de gerar estímulos para novos padrões de prestígio profissional. (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996)

2.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Minayo (1999), ao abordar como a representação social é conceituada por diferentes autores da sociologia clássica, afirma que para Durkheim esse conceito envolve “[...] categorias de pensamento através das quais, determinada sociedade elabora e expressa sua realidade.” (p.90). Essas categorias são ligadas a fatos sociais ao mesmo tempo em que transformam tais fatos. As representações são classificadas por Durkheim como um grupo de fenômenos reais com propriedades e comportamentos específicos.

Guareschi e Jovchelovitch (1999) destacam as dimensões cognitiva, afetiva e social das representações sociais. As representações são referentes à construção de saberes sociais, envolvendo, dessa forma, a cognição. A dimensão afetiva é observada devido ao caráter imaginativo e simbólico que compreendem.

Isso porque o processo de dar sentido e entender as coisas e o mundo em si envolve emoção, As representações, ao mesmo tempo em que constroem a realidade, permitem interpretar e significar essa realidade, estabelecendo assim uma relação direta com ela. As significações sobre o processo saúde e doença são construídas a partir de uma lógica comum que surge com as experiências pessoais, influências sociais e culturais. Esse processo de construção de significados envolve manifestações emocionais e ação. Isso pode ser percebido nos sentidos dados à

avaliação subjetiva dos sintomas, às causas e evolução das doenças, à decisão em aderir aos tratamentos, à reflexão e a decisão sobre alterar hábitos e estilos de vida (REIS; FRADIQUE, 2003).

Para Moscovici (1994), o conceito de representação social originou-se na Sociologia e na Antropologia, por meio de Durkheim e de Lévi-Bruhl. Antes chamado de representação coletiva, mostrou-se como elemento básico para a elaboração de teorias da religião, magia e pensamento mítico. A motivação veio de sua crítica aos pressupostos positivistas e funcionalistas das outras teorias que não conseguiam explicar a realidade em outras dimensões, principalmente quando se tratava da dimensão histórico-crítica.

Segundo Moscovici (2003), todas as interações humanas implicam em representações. Em todo lugar, quando encontramos algo e procuramos dar sentido a ele contamos com as representações. As pessoas e os grupos possuem capacidade de pensar por si próprios, produzir suas próprias representações e não ser apenas receptores passivos delas.

De acordo com Guareschi e Jovchelovitch (1999), o modo de produção das representações sociais encontra-se nos mais diversos lugares como nas ruas, nos bares, nas instituições, nos meios de comunicação de massa, entre outros. Elas se formam no momento em que as pessoas se encontram pra conversar, falar sobre o seu cotidiano, ou quando entram em contato com os meios de comunicação, com as instituições ou com a história cultural de sua sociedade.

Para Abric (2000), as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, adquirindo uma orientação prática e participando para a construção de uma realidade comum a um grupo social. O autor ressalta, ainda, que as representações sociais são o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um conjunto reconstrói a realidade com a qual se depara e para a qual atribui significado específico.

Os elementos da vida social veiculam freqüentemente 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).

O estudo das representações sociais relacionadas ao diabetes associa-se a um entendimento do corpo, da saúde e das doenças como uma matriz de significados. A apropriação da teoria das representações sociais em estudos

realizados na área da saúde é relevante, pois incorpora os aspectos psicossociais associados às doenças, os quais são suscetíveis de muitas interpretações e significados.

As representações sobre as práticas alimentares vão manifestar conflitivamente as oscilações do comportamento alimentar ora construídas pela preocupação com a saúde, ora por outros valores. Esta estrutura móvel observada na análise das representações sociais suscita reflexões sobre a estabilidade das informações sobre consumo alimentar.

A alimentação, enquanto fenômeno complexo e dinâmico traduz as condições de vida de uma comunidade não apenas pelo que se come, mas, também, pelos motivos que conduzem a determinado comportamento alimentar, como questões econômicas, sociais ambientais, culturais, históricas, geracionais, entre outras. Comer é um fato social total, visto que, no sentido analisado pelo antropólogo Marcel Mauss, liga o social e o individual de um lado, o físico (ou fisiológico) e o psíquico de outro. Esta perspectiva totalizante do fato alimentar considera a influência de determinantes históricos e sócio-antropológicos na alimentação, o que configura esta prática como social.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de campo. Segundo Gil este tipo de estudo tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo será realizado no município de Pedras Grandes que está situado na região do vale do rio Tubarão, entre a serra geral e o Oceano Atlântico, no sul de Santa Catarina. Esta a 180 km de Florianópolis, cuja ligação é feita pela BR101. Possui como cidades próximas: Tubarão, Gravatal, São Ludgero, Urussanga e Orleans.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra constará de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, pertencentes à área central do ESF do município de Pedras Grandes, o qual atende 2.773 pessoas, sendo elas 1.398 do sexo masculino e 1.375 do sexo feminino,

totalizando 935 famílias cadastradas. O mesmo conta com uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 1 ACD e 7 agentes comunitárias.

Dentre os grupos terapêuticos assistidos pela equipe de saúde da família está o HIPERDIA, que é formado por 347 hipertensos e 70 diabéticos foco deste estudo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A todos foi garantido o total anonimato, bem como, o direito de desistir deste a qualquer tempo. Os participantes preencherão um Termo de Consentimento (APENDICE A)

3.5 COLETA DE DADOS

O estudo delineou-se como exploratório de campo de abordagem qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores ⁽¹¹⁾. A abordagem quantitativa utiliza métodos formais, caracterizados pela precisão de controle estatístico e tem como finalidade fornecer dados para a verificação de hipóteses, como o uso de artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas ⁽¹²⁾.

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família de um Município da Região Sul de Santa Catarina. A amostra deste estudo foi constituída

por quinze pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II cadastrados nesta unidade. Para a realização da coleta de dados foi elaborado um questionário constituído de perguntas abertas e fechadas e aplicado aos sujeitos do estudo em visita domiciliar nos dias vinte e oito e vinte nove do mês de abril de dois mil e onze.

A análise dos dados ocorreu a partir do conjunto dos dados coletados em visita domiciliar, utilizando a análise de conteúdo do tipo categorial-temática e a quantificação através de dados percentuais. Buscou-se a identificação das representações sociais utilizando as três etapas metodológicas proposta por Minayo⁽¹³⁾: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O estudo foi norteado pelos preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com a resolução, obteve - se a assinatura dos sujeitos do estudo, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o total anonimato, bem como, o direito de desistir da participação no estudo a qualquer tempo. O estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da UNISUL.

3.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos através das entrevistas foi organizada a apresentação e discussão dos dados de forma a determinar as representações sociais dos portadores de Diabetes Mellitus (DM) tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família. Quanto aos dados quantitativos, estes foram organizados através de pontos percentuais, para caracterização da amostragem do estudo.

Em relação ao gênero, constatou - se que 53% eram do sexo feminino, enquanto do sexo masculino eram 47%. Os dados corroboram os resultados de estudos semelhantes em que a maior parte dos sujeitos pesquisados é geralmente mulheres ou quando os dois gêneros são pesquisados o maior percentual é sempre feminino.

Em relação à faixa etária, os sujeitos da pesquisa apresentaram idade acima de 50 anos de idade, com maior prevalência a idade entre 70 a 80 anos. O estudo multicêntrico de prevalência de diabetes mellitus no Brasil, na população de 30 a 69 anos, apontou que a maior prevalência de DM encontra-se em indivíduos após os 50 anos de idade e que, esta doença endócrina metabólica apresenta grande magnitude no Brasil, constituindo-se um problema de saúde pública ⁽¹⁴⁾.

Com relação ao estado civil, 73% eram casados, 20% viúvos 7% solteiros. Ao considerar que a maior prevalência de indivíduos com DM tipo 2 encontra-se na faixa etária superior aos 40 anos e são casados, acredita-se que a o envolvimento da família no tratamento dietético é importante para a elaboração do plano alimentar. Em relação á profissão a maioria são aposentados (46%) seguido da profissão do lar (40%) enquanto 14% possuem outras profissões. No que se refere ao nível de escolaridade, 13% eram analfabetos, 67% concluíram a quarta série do ensino fundamental, 7% o primeiro grau completo, 7% o segundo grau e 7% o curso superior. A importância de analisar o grau de instrução se deve ao fato de que a condição da escolaridade pode dificultar o acesso às informações e trazer menores oportunidades de aprendizagem quanto ao cuidado com a saúde, pois os pacientes diabéticos desenvolvem, em grande parte, o seu cuidado.

Na categoria realização de atividade física, os portadores de Diabetes Mellitus, sujeitos deste estudo, em sua maioria (73%) afirmam não realizar nenhuma atividade física, 27% dizem realizar atividade física, destes 20% afirmam realizar uma vez por semana, enquanto 7% realizam atividade física todos os dias. Observa-se que a maioria dos sujeitos do estudo não realiza atividade física, demonstrando que este procedimento não se apresenta claramente definido no núcleo figurativo de suas representações sociais, enquanto atividade importante para manter o equilíbrio de sua saúde.

A análise das representações sociais dos portadores de diabetes mellitus tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família, fizeram emergir as seguintes categorias de significados:

1. Alimentação diária
2. Exclusão de alimentos
3. Fonte de informação
4. Alimentação separada

5. Influência da alimentação no cotidiano
6. Inclusão de alimentos na dieta

Em relação à categoria **alimentação diária**, evidenciou-se que os sujeitos do estudo (100%) consideram importante a realização das principais refeições (café da manhã e almoço) demonstrando a internalização das informações prestadas pelos profissionais de saúde e ligação com a imagem familiar; uma vez que o momento de comer com a família ao redor da mesma mesa, envolve expressões de relações afetivas familiares.

Sobre a realização do jantar observa-se que a maioria (54%) realiza todos os dias esta refeição, não realizam (33%) e, outras (13%) que realizam somente alguns dias na semana. Esta representação pode estar ligada ao medo de se alimentar a noite devido a doença, ou pela cultura agregada ao significado de jantar, visto que para alguns entrevistados a refeição composta de café, pão, biscoitos no período noturno não se caracteriza como jantar, mais sim um lanche noturno ou um segundo café.

A respeito da realização de lanches entre as principais refeições ao longo do dia, observa-se que 87% dos sujeitos o realizam enquanto 13% afirmam fazer às vezes. Esta ação demonstra que houve a absorção dos conhecimentos em relação à importância de comer entre as refeições, ou seja, comer menos mais vezes ao dia, para suporte as necessidades de saúde relacionadas com a doença.

“Sim, sim, faço lanche à tarde, por que se senão a diabetes baixa e eu passo mal, já aconteceu uma vez.” (violeta)

“Aham, tem que fazer né, nós diabéticos não podemos ficar sem comer muito tempo, então eu tomo um café no meio da tarde, mais não pode comer de tudo” (cravo)

Relatos evidenciam dificuldade em realizar uma alimentação antes de dormir, necessária para evitar os episódios de hipoglicemia. Por outro lado estes lanches devem ser bem esclarecidos, pois alguns dos participantes não podem ser considerados nesta categoria, uma vez que as refeições ditas por eles como “beliscos”, não seria adequada ao tratamento de Diabetes Mellitus (DM).

O fracionamento dos alimentos de no mínimo cinco refeições diárias, dividido em três principais refeições e duas a três refeições intermediárias complementares; é preconizado em vários estudos na elaboração do plano alimentar dos indivíduos com DM tipo 2 ⁽¹⁵⁾.

Na categoria **exclusão de alimentos** os sujeitos do estudo apontaram os alimentos que foram excluídos de sua alimentação diária após o recebimento do diagnóstico de DM. Observa-se que 87% dos indivíduos realizaram a exclusão de algum alimento de sua dieta, enquanto 13% não o fizeram. A exclusão de alimentos que potencializam a doença deveria ser a nosso ver, o primeiro passo a ser adotado pelos pacientes que recebem o diagnóstico. Desta forma, considerando que a maioria fez a exclusão, esta imagem aparece internalizada no núcleo figurativo de suas representações sociais, demonstrando assimilação das informações prestadas pelos profissionais de saúde, levando a precaução logo de início ao tratamento de excluir de suas dietas, um ou mais alimentos.

Bom eu não me cuido muito, sempre como de tudo, mas quando eu evito algum alimento são os doces e as gorduras, porque eu sempre ouvi na rua, na televisão que é isso que tem que evitar. (girassol)

Não como doces, açúcar, porque eu sempre ouvi as pessoas falarem que é isso que aumenta o diabetes né. (violeta)

Observa-se entre os alimentos excluídos pelos sujeitos do estudo, que 80% estão relacionados ao açúcar, doces e gorduras, enquanto 20% diminuíram a quantidade destes alimentos na dieta. Percebe-se que há uma clara imagem do açúcar, gorduras e doces em geral como representação social de exclusão da dieta em função de potencializar os efeitos do DM, e que estas informações foram socializadas no seio familiar, amigos e conhecidos.

Referente às **fontes de informações** recebidas a respeito da conduta alimentar para o diabetes mellitus, os sujeitos da pesquisa afirmam que 67 % das informações foram oriundas dos profissionais da medicina seguidos dos grupos de apoio, televisão, família e outros profissionais de saúde. Segundo Guimarães & Takayanagui, que estudaram a categoria profissional responsável pela orientação inicial para o tratamento de *Diabetes Mellitus*, identificaram quase em sua totalidade,

o médico (97,6%), sendo a orientação recebida geralmente inadequada e condicionada ao tratamento medicamentoso.

Considerando-se que a maioria dos participantes já recebeu orientações sobre alimentação, por que eles ainda resistem tanto na adoção de uma postura adequada em relação à alimentação?

Fazer dieta é um sofrimento, a gente passa fome, tem que comer sempre a mesma coisa pra mim não dá. (orquídea)

Eu não gosto de comer os alimentos de diabéticos, não tem gosto nenhum. (violeta)

A dieta é muito restrita, a gente fica sem saber o que pode ou o que não pode. (cravo)

É nesse momento que o profissional deve estar apto e esclarecido sobre as representações sociais que cercam o paciente: suas crenças, mitos, costumes. O profissional deve procurar envolver os pacientes nas discussões e informações sobre sua doença, partindo sempre daquilo que o sujeito sabe sobre a sua situação de saúde – doença para gradativamente incorporar no núcleo figurativo de suas representações sociais novos significados e então, a esperada mudança de comportamento.

Em relação à **alimentação preparada separada dos demais** membros da família, 80% dos pesquisados compartilham da mesma alimentação servida para toda a família, e apenas 20% dos sujeitos do estudo prepara suas refeições separadamente. Este resultado deixa claro uma grande dificuldade destes pacientes manterem a orientação alimentar para esta patologia, visto que a progressão da doença esta intimamente ligada à alimentação do paciente. Outro fato que deve ser levado em consideração e que na maioria dos domicílios, a mulher é a responsável pela preparação dos alimentos e a grande dificuldade parece ser o fato de tocar, olhar e manipular os alimentos para os outros membros da família e na hora da refeição não poder desfrutá-los.

Em relação a **influencia da alimentação** na saúde pode – se avaliar que os sujeitos do estudo assimilaram as informações sobre sua doença, uma vez que

93% dos pesquisados afirmam que a alimentação influencia na saúde, enquanto 7 % não acreditam que esta tenha importância em sua saúde. Apesar de estarem conscientes desta afirmativa, não parecem conseguir seguir as recomendações que lhes são prescritas, reforçando a importância do papel do profissional de saúde na formulação de estímulos que auxiliem estes pacientes a construção social de novas significações em relação à alimentação.

Na categoria **inclusão de alimentos** em suas dietas após terem recebido o diagnóstico da doença, verificou-se que os portadores de DM, absorvem as informações que lhes são prestadas e prescritas, porém muitos deles continuam se comportando como se não tivessem conhecimento acerca do assunto. No caso deste estudo, 53%%, afirmam não terem incluído nenhum alimento em sua dieta, já 47 % relatam que incluíram algum tipo alimento, sendo o adoçante (27%) o mais citado. O prosseguimento de um plano alimentar, bem como, o manejo de substituições dos alimentos é parte fundamental no tratamento do DM tipo II, tornando-se preocupante quando se observa falta de incorporação no núcleo figurativo das representações sociais à alimentação necessária a manutenção de seu equilíbrio devido a doença.

Ressalta-se que não apareceram nas respostas dos pesquisados, referência a instruções da equipe de saúde acerca da importância da mudança de estilo de vida, como a adoção de um plano alimentar saudável e a prática de exercício físico para o controle glicêmico.

Diante do exposto, cabe ressaltar que apenas oferecer informações não é estratégia suficiente para a instalação de mudanças nos hábitos alimentares. O enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos, é importante englobar também os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar as representações sociais dos portadores de diabetes mellitus tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam na área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família.

Os resultados reafirmam a necessidade de que os sujeitos com diabetes tipo 2 sejam assistidos em sua integralidade, envolvendo em seu cuidado os processos psicológicos e socioculturais. Evidenciou-se a importância de compreender as representações de saúde construídas socialmente para uma maior efetividade das intervenções dos profissionais da saúde. As representações de saúde da população devem ser respeitadas e legitimadas como um saber complexo, inscrito na tradição e nos conhecimentos legados pela transmissão intergeracional. Desse modo, é preciso que haja maior integração do conhecimento técnico-científico com o popular.

A realização do estudo nos aponta para a necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais de saúde, para orientações aos portadores de DM, que transcenda o tratamento puramente medicamentoso e também para o fato de que ausência de uma equipe multiprofissional leva à vulnerabilidade dos serviços de saúde. Os programas educativos e atendimentos em diabetes devem ser baseados em uma postura dialógica e na troca de saberes, promovendo o intercâmbio entre o saber científico e o popular, sendo que ambos, profissionais e pacientes, tem muito a ensinar e aprender.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, h.g.g. (Coord.) **Diabetes mellitus**: uma abordagem simplificada para profissionais da saúde. São Paulo: Atheneu, 1997. 95 p.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. II – Importância dos resultados dos UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). **Diabetes Clinica**, v. 4, n. 2., p. 119-127, 2000^a.

BARBOSA,R.B.; BARCELÓ, A.; MACHADO, C.A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no brasil: relatório preliminar. Ver. Panam **salud publica**, v. 10 n. 5, p. 5-30, nov.2001.

CAMOLESI, F.; OLIVEIRA, F. M. L. de; TAPIA, C. E. V. Automonitorização glicêmica no portador de diabetes. **Diabetes Clin.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 65-69, 2005.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus**. Diagnostico e tratamento. 4 ed. Tradução Raymundo Martagão Gesteira. Rio de Janeiro: revinter, 2001.

HARRIS, M.I.;KLEIN, R.; WELBORN, T.A.; KNUIMAN, M.W. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. **Diabetes care**, v. 15 n. 7, p. 815- 19, july 1992.

LAPLANTE, François.**Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
Levcovitz, E., Garrido, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, v.1, p.3-9, 1996.

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

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e representações sociais**. In: GUARESCHI, Pedrinho;

JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). Textos em representações sociais. 5ªed. Petrópolis: Vozes. 1999. 324p.

MOLENA-FERNADES, C. A.; NARDO-JUNIOR, N.; TASCA, R. S.; PELLOSO, S. M.; CUMAN, R. K. N. A importância da associação de dieta e atividade física na prevenção e controle de diabetes mellitus tipo II. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

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

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Serge MOSCOVICI. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2003. 404 páginas (trad. Pedrinho A. Guareschi, a partir do original em língua inglesa *Socialrepresentations: explorations in social psychology* [Gerard Duveen (ed.), Nova York, Polity Press/Blackwell Publishers, 2000]).

APÊNDICE A - Termo de consentimento

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título: Representação social das orientações nutricionais recebidas por portadores de diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família do município de Pedras Grandes – SC. Tal estudo tem por objetivo Determinar as representações sociais dos portadores de diabetes mellitus tipo II acerca das orientações nutricionais, prestadas pelos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso. Mas, caso você se sinta desconfortável durante a entrevista, é importante que diga isso às pesquisadoras para que elas possam auxiliá-lo (a).

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa a pesquisadora. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos das pesquisadoras que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador _____ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____ RG: _____

Local

Data: _____

Assinatura:

Pesquisador Responsável (professor orientador): Janete Elza Felisbino

Telefone para contato:

Pesquisadores (Acadêmica):

APÊNDICE B – Questionário

| | |
|---|---------------------|
| Nome: | Data de nascimento: |
| Sexo: | Estado civil: |
| Profissão: | Religião: |
| Nível de escolaridade: | |
| Realiza atividade física: | Frequência: |
| Dados relacionados com a representação social das orientações nutricionais: | |
| 2.1 Alimentação Diária | |
| Café da manhã: () Sim () Não () Às vezes | |
| Almoço: () Sim () Não () Às vezes | |
| Jantar: () Sim () Não () Às vezes | |
| Lanches no intervalo das principais refeições: () Sim () Não () Às vezes | |
| Houve exclusão de algum alimento após a descoberta da doença: | |
| () Sim () Não | |
| Se sim, quais foram os alimentos excluídos: | |
| | |
| A exclusão da alimentação foi em razão de que situação ou motivo? | |
| | |
| Quais foram as suas fontes de informação em relação à alimentação para diabético? | |
| | |
| Em sua residência a sua alimentação é preparada em separado dos demais membros da família? | |
| | |
| Você acha que a alimentação influencia na sua saúde? | |
| | |
| Incluiu algum alimento nas suas refeições por acreditar que este ajude no tratamento do diabetes? | |
| | |