

Representações Sociais de Pacientes com Diabetes Mellitus Sobre o Atendimento por Profissionais de Saúde

Camila Rezende Pimentel Ribas

*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto, SP, Brasil*

Manoel Antônio dos Santos

*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto, SP, Brasil*

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Maria Lucia Zanetti

*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto, SP, Brasil*

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar as representações sociais de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado na teoria das representações sociais proposta por Moscovici e ampliada por Jodelet. Foram entrevistados 14 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, utilizando um roteiro semiestruturado, em um serviço de atenção primária brasileiro em 2009. O roteiro de entrevista contemplava dados pessoais e informações sobre o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde. Para análise dos dados foi utilizada análise de conteúdo temática. Foram identificadas duas categorias temáticas proeminentes na representação social do atendimento em diabetes: Descrença no atendimento dos profissionais de saúde e Crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde. Os dados indicam que a representação social do atendimento está calcada no distanciamento do profissional em relação ao contexto psicológico, cultural e social da população. Desse modo, produz-se descompasso entre a abordagem do profissional e as necessidades dos pacientes, o que pode resultar na baixa resolubilidade das intervenções.

Palavras-chave: Representação social; diabetes mellitus; profissionais da saúde; doenças crônicas.

ABSTRACT

Social Representations of Patients with Diabetes Mellitus Concerning Care Provided by Health Workers

This study identifies the social representations of patients with type 2 diabetes mellitus concerning the care provided by health care providers. This descriptive, exploratory study with a qualitative approach is based on the Social Representations Theory according to Moscovici and Jodelet. A total of 14 patients with type 2 diabetes mellitus were interviewed through a semi-structured script in a Brazilian primary health care service in 2009. The interview script addressed personal data and information related to care provided by health care providers. Thematic content analysis was used in data analysis. It was identified two prominent thematic categories in the social representation of diabetes care: Disbelief in care provided by health workers, and Belief in efficacy of care provided by health professionals. The social representation of care suggests care is detached from the population's psychological, cultural and social context. Therefore, a mismatch between the approach of health care providers and the patients' needs is observed, which may result in interventions with low problem-solving capacity.

Keywords: Social representation; diabetes mellitus; health professionals; chronic illness.

RESUMEN

Representaciones Sociales de Pacientes con Diabetes Mellitus Sobre la Atención por Profesionales de la Salud

La finalidad de este estudio fue identificar las representaciones sociales de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre la atención prestada por profesionales de la salud. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con aproximación cualitativa, basado en la teoría de las representaciones sociales propuesta por Moscovici y ampliada por Jodelet. Fueron entrevistados 14 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, utilizando un guión semi-estructurado, en un servicio de atención primaria brasileño en el 2009. El guión de la entrevista trataba de datos personales e informaciones sobre

el cuidado brindado por los profesionales de la salud. Para analizar los datos, fue utilizado el análisis de contenido temático. Fueron identificadas dos categorías temáticas prominentes en la representación social sobre la atención en diabetes: Descreencia en la atención de los profesionales de salud y Creencia en la efectividad de la atención de los profesionales de salud. Los datos indican que la representación social de la atención está calcada en el distanciamiento del profesional respecto al contexto psicológico, cultural y social de la población. Así, se produce descompaso entre la aproximación del profesional y la necesidad de los pacientes, lo que puede resultar en la baja solubilidad de las intervenciones.

Palabras clave: Representación social; diabetes mellitus; profesional de salud; enfermedad crónica.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública mundial, com consequências a longo prazo que implicam em custos econômicos e sofrimento humano (International Diabetes Federation, 2006; Nathan et al., 2009). Considerando o contexto da atenção em diabetes, os profissionais desempenham um papel importante nas práticas educativas em saúde, em virtude das dificuldades de adesão ao tratamento que os pacientes apresentam (Duran e Cocco, 2003). É preconizado que as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde devam estar centradas nas necessidades individuais, bem como devem considerar as circunstâncias socioculturais, assim como valores e preferências dos indivíduos com DM, de modo que as diferentes estratégias utilizadas possam alcançar as metas pertinentes ao tratamento da doença (American Diabetes Association, 2009).

Por outro lado, o atendimento está conformado em um modelo que ainda não incorporou completamente os princípios de integralidade na atenção em diabetes (Silva et al., 2006). Os profissionais de saúde ainda estão vinculados a conceitos e valores tradicionais, oriundos de uma formação tecnicista, que contribui para a produção de um descompasso entre o que o paciente com DM necessita e aquilo que o profissional acredita ser imprescindível para a obtenção do controle da doença (Ribas, Santos, Teixeira e Zanetti, 2009).

Outro aspecto limitante refere-se aos problemas de comunicação entre o paciente com DM e o profissional de saúde, que podem gerar dificuldades de seguimento do tratamento. Nas orientações oferecidas, a linguagem empregada pelos profissionais geralmente é prescritiva e não favorece a reflexão crítica do paciente para a tomada de decisão frente aos desafios diários que a doença impõe. Assim, as orientações são disponibilizadas em forma de instruções imperativas, que pouco ou nada contribuem para propiciar a mudança do comportamento do paciente, no sentido de adotar os ajustes necessários para a obtenção de um bom controle metabólico (Coelho, Wechsler e Amaral, 2008).

A literatura disponível em relação a essa problemática é abundante (Francioni e Silva, 2007; Frenk et al., 2010; Jenkins, Hallowell, Farmer, Holman e Lawton, 2010; Lee, 2011), contudo, os fatores relacionados às condições socioculturais que sustentam as dificuldades na atenção em DM ainda são pouco conhecidos. A teoria das representações sociais (TRS) é uma das concepções que podem ajudar a compreender a importância das dimensões socioculturais no cuidado em saúde. Nessa direção, a perspectiva teórica empregada para a compreensão das representações sociais (RS) na presente investigação é o referencial da TRS elaborado por Moscovici (1984) e ampliado por Jodelet (2002), na perspectiva da Psicologia Social.

Em primeiro lugar, Moscovici (2012) resgata a noção de que uma Psicologia Social deve ser, antes de tudo, psicologia, isto é, ela tem de dar conta de um espaço que é imaterial, simbólico e representacional. Em uma palavra: um espaço intersubjetivo.

Ela não pode ser reduzida apenas aos aspectos genéticos, neurológicos ou a qualquer outra dimensão meramente biológica. Em segundo lugar, para ser uma Psicologia Social, o autor afirma que ela tem de abarcar a existência de realidades tão concretas como as materiais. Porém, é preciso lembrar que realidades materiais são também sociais, além de terem uma dimensão psicológica e representacional.

O conjunto de componentes e relações contidos na RS, concebida 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). As RS são modalidades de conhecimento prático, orientadas para a comunicação e compreensão do contexto social, material e ideativo do cotidiano. Consistem em formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem aos componentes cognitivos. São socialmente elaboradas e compartilhadas, e contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando, assim, a comunicação (Scoz e Martinez, 2009). Elas nascem no solo das práticas sociais e, como tais, não

são naturais, mas históricas, na medida em que foram criadas em determinadas circunstâncias e que são reproduzidas por meio de instituições historicamente determinadas.

Por essa razão, as RS envolvem fenômenos sociais que, mesmo quando são abordados a partir de seu conteúdo cognitivo, têm de ser compreendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções ideológicas e simbólicas a que servem e das formas de comunicação nas quais circulam. Nessa vertente, o pensamento dito ingênuo, derivado do senso comum, veicula significado e merece atenção do pesquisador (Jodelet, 2002).

As RS têm uma vasta aplicação no campo da saúde, principalmente em condições crônicas, tal como no DM. Nesse marco teórico são focalizados os aspectos psicossociais envolvidos na doença, que têm sido cada vez mais valorizados na prática clínica, especialmente para a compreensão dos fatores relacionados ao seguimento e controle metabólico dos pacientes. Estudos recentes enfatizam a relevância de oferecer um cuidado que reconheça a pessoa na integralidade de suas necessidades (Almeida e Pereira, 2008; Baquedano, Santos, Martins e Zanetti, 2010a, 2010b; Péres, Santos, Zanetti e Ferronato, 2007; Ribas et al., 2009; Ribas, Santos e Zanetti, 2011; Santos, Zanetti, Otero e Santos, 2005; Santos et al., 2011; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos, 2003; Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2004).

Considerar a perspectiva do destinatário das ações de saúde é um passo importante para a implementação de uma assistência de qualidade. Ao investigar um programa de educação em saúde, constatou-se que as expectativas e benefícios percebidos por pacientes com DM influenciam a percepção do curso do atendimento (Santos, Péres, Zanetti, Otero e Teixeira, 2009).

Ao considerar a dimensão do paciente como ser biopsicossocial, o presente estudo buscou analisar as RS do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde aos pacientes com DM no contexto da atenção primária em saúde (APS). Para tanto, é preciso levar em consideração que, em determinadas circunstâncias, alguns constituintes das representações são enfatizados, enquanto outros são desfocados. Assim, as RS sobre o atendimento permitem captar as tensões e conflitos que atravessam o campo das práticas em saúde. Isso permitiria, em tese, conhecer os pontos conflitantes, as contradições e oscilações que caracterizam o comportamento do paciente, ora regulado pela preocupação com a saúde, ora dominado por outros valores, associados às áreas da experiência humana que são afetadas pelo tratamento, como os hábitos alimentares e o estilo de vida da pessoa acometida pelo

DM. A compreensão dessa estrutura móvel observada na dinâmica de produção e reprodução das RS pode ensejar reflexões acerca da estabilidade das orientações que são oferecidas pelos profissionais de saúde em relação à doença e ao tratamento.

Nessa direção, acredita-se que o referencial teórico das RS pode ampliar a compreensão do fenômeno investigado, ao favorecer maior familiaridade com a vivência de pessoas com DM em relação ao atendimento, valorizando seus saberes e fazeres. Assim, o conhecimento das RS dos pacientes com DM sobre o atendimento pode contribuir para despertar nos profissionais de saúde a consciência da necessidade de agregar a dimensão sociocultural ao cuidado em diabetes.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar as representações sociais de pacientes com DM tipo 2 sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado na teoria das representações sociais.

Participantes

A amostra de conveniência foi constituída por usuários com DM cadastrados em um serviço de APS de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Foram entrevistados 14 usuários com DM tipo 2, sendo oito mulheres e seis homens, no período de março a setembro de 2009.

Foram incluídos os pacientes inscritos no serviço que participavam do atendimento multiprofissional, que haviam comparecido a pelo menos 50% das atividades programadas (ou que tiveram frequência de três meses consecutivos) e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Outros critérios de inclusão foram: ter idade acima de 18 anos e tempo de diagnóstico do DM superior a 12 meses. Foram excluídas pessoas com dificuldades de compreensão e comunicação que pudessem inviabilizar sua participação na entrevista.

Não houve recusa em participar da pesquisa no período de realização do estudo.

Utilizou-se o critério de saturação dos dados para a composição da amostra de conveniência. Desse modo, não foi determinado previamente o número de participantes e a coleta de dados foi interrompida quando se observou repetição das informações no material empírico coletado (Fontanella, Campos e Turato, 2006).

A idade dos participantes variou de 43 a 83 anos, com média de idade de 59,7 anos. Seis eram casados, três viúvos, três solteiros e dois divorciados. Cinco tinham oito anos de estudo; quatro, 11 anos; três, entre 9 e 10 anos de estudo; um havia completado o ensino universitário e outro apresentava superior incompleto. Em relação à ocupação, cinco estavam aposentados, cinco exerciam atividade remunerada em profissões que exigiam baixa qualificação formal, e quatro eram do lar. A maioria dos participantes referiu renda familiar superior a três unidades de salário mínimo, caracterizando estrato populacional de baixa renda. O tempo da doença variou entre um ano e seis meses e 18 anos, com média de 9,1 anos.

Cenário da pesquisa

Este estudo foi realizado com pacientes vinculados a um Centro Educativo em Diabetes de uma universidade pública. O programa educativo oferecido nesse Centro era organizado por equipe multiprofissional, com base nos padrões para o desenvolvimento de programa de educação de pessoas com diabetes nas Américas (Organização Pan-Americana de Saúde, 2002). A equipe multiprofissional era composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. O atendimento era gratuito e aberto à comunidade. As atividades eram semanais e consistiam em grupos de educação em saúde coordenados pelos profissionais do Centro Educativo.

Instrumento

Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, que abordava os seguintes tópicos de informação: dados sociodemográficos, clínicos e questões relacionadas ao atendimento do paciente com DM pelos profissionais de saúde, a partir de uma questão norteadora: Gostaria que me falasse a respeito do atendimento que o(a) senhor(a) recebe dos profissionais do serviço de saúde.

Procedimento

Para assegurar um ambiente de maior conforto e privacidade, os participantes foram recrutados por meio de ligação telefônica e a coleta de dados foi realizada no domicílio, em local reservado, com data e horário previamente agendado de acordo com a disponibilidade. Os participantes deram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após receberem informações sobre a natureza e os objetivos da investigação. As entrevistas foram aplicadas individualmente e em um único encontro. Foram audiogravadas e tiveram duração média de 60 minutos.

A constituição do *corpus* da pesquisa se deu a partir da transcrição literal e na íntegra dos relatos obtidos nas entrevistas audiogravadas. Para interpretar os dados e explicitar as RS, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática (Bardin, 1977), considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Com base no marco teórico-metodológico e de acordo com o objetivo do estudo, foram percorridas as três etapas operacionais pertinentes à análise temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos – interpretação.

Após leitura minuciosa e flutuante do *corpus* da pesquisa, manteve-se contato exaustivo com os dados. A seguir, os dados foram agrupados segundo as unidades de registro concernentes ao objetivo do estudo, de acordo com os significados comuns que emergiram do material empírico. A partir dessa etapa, foram selecionadas partes do material consideradas relevantes à constituição das unidades de significação (categorias temáticas que emergiram), que foram codificadas e organizadas em subcategorias, relacionando-os às categorias temáticas. Assim, as categorias temáticas foram organizadas conforme a similaridade de conteúdos, suscitando as categorias de análise. Após meticulosa análise, os dados foram novamente ordenados em torno de categorias temáticas, que se mostraram proeminentes no *corpus* investigado.

Os nomes próprios utilizados no presente estudo são fictícios, de modo a preservar o anonimato dos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 0870/2008.

RESULTADOS

A análise das entrevistas resultou em duas categorias, que contemplam os eixos de sustentação da RS do atendimento em diabetes: 1. Descrença no atendimento dos profissionais de saúde, com uma subcategoria: A orientação dos profissionais de saúde não funciona, e 2. Crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde.

1. Descrença no atendimento dos profissionais de saúde

Compondo a categoria: Descrença no atendimento dos profissionais de saúde, os depoimentos dos participantes traduziram a representação do atendimento pelos profissionais de saúde com forte valoração negativa, o que os leva a serem céticos em relação às recomendações prescritas devido à falta de confiança no profissional. Os excertos a seguir ilustram essas dimensões:

Eu já briguei com o médico, porque cada vez que eu vou lá ele fala uma coisa e a gente tem que tirar [da rotina alimentar], né? (Corina)

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

O que eles recomendam, eu sigo mais ou menos, uns 30 por cento, 40 por cento do que eles falam lá. (Danúbio)

Agora, se eu me alimentasse o tanto que eles mandam, ia me dar uns tremores nas pernas, eu não ia acabar de subir escada [risos], você está entendendo? (Paulo)

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 passaria mal e cairia da escada ou... eu não ia sentir tontura? Eu me sentiria fraco. (Paulo)

No almoço, eu como duas colheres 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 com ele. (Corina)

Se eu já como esse tanto e passo mal, imagina se eu comesse meio filãozinho, como está na dieta? Se eu levantasse cedo... de manhã, eles falam um copo de leite desnatado, meio filãozinho, que para mim um só não faz efeito. (Paulo)

Os participantes, por meio de suas falas, expressam que a quantidade dos alimentos recomendada para o tratamento do diabetes é insuficiente para suprir suas necessidades diárias e não sustenta. Por conseguinte, pode gerar uma série de efeitos indesejáveis, tais como fraqueza, transpiração, tontura, entre outros.

Quando o paciente não acredita nas atitudes e orientações preconizadas pelo profissional, ele dificilmente adota os comportamentos esperados, que indicariam o cumprimento do plano terapêutico. Cumprir as recomendações médicas sugere adesão ao regime terapêutico instituído pelos profissionais de saúde. A adesão é uma variável crítica no tratamento do DM (Baquedano et al., 2010b). Uma das prescrições é o automonitoramento dos níveis glicêmicos. A atitude

de aparente desinteresse pela verificação regular da glicemia capilar no domicílio aparece em vários depoimentos:

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

Eu tenho um aparelho, mas... até já esqueci dele. [...] Não meço glicemia, não. (João)

Não, não meço, eu relaxei completamente nesse ponto, porque toda 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 está alta, eu vou me desesperar e ficar mais nervosa; e aí é que ela vai subir mais ainda. (Mara)

Então, agora faz uns seis, oito meses, que eu não meço. Mas a última vez que eu medi tava 127. (Lucas)

Eu fiz a glicemia [...] não lembro [...] tenho que procurar no armário [...] tá difícil encontrar... Ah... É uma receitaiada, uma doideira, Nossa Senhora. (Verena)

A subcategoria temática encontrada na categoria Descrença no atendimento dos profissionais de saúde foi: A orientação dos profissionais de saúde não funciona. Nessa subcategoria foram contempladas as falas que sugerem que a orientação dos profissionais de saúde têm uma repercussão limitada para o seguimento do tratamento por parte do paciente. Esse aspecto da RS está ancorado em falas que destacam a ineficácia do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde, que é utilizada como justificativa para a não adesão.

Infelizmente – eu vou ser sincero com você – para mim não funciona o que a equipe dos médicos, nutricionista, psicóloga, orientam. (Danúbio)

Há 10 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 de 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. [...] faz uns dois anos e meio que eu parei de fazer uso da medicação. (Mara)

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

Na representação do paciente sobre o atendimento e as orientações recebidas, o profissional é dotado de um conhecimento que pressupõe que o saber da população é incorreto, insuficiente e inferior, quando, na realidade, somente difere do saber científico (Valla, 2000). A hierarquização do saber produz o distanciamento entre os saberes científico e popular, o que pode gerar dificuldades de acesso às informações por parte dos pacientes. Os profissionais de saúde necessitam quebrar essa dicotomia, de modo a facilitar a apropriação do saber científico pelo paciente, auxiliando-o a assimilá-lo de acordo com seus códigos simbólicos particulares e em relação aos conhecimentos que o paciente traz, adquiridos em seu cotidiano. Isso possivelmente reduziria a possibilidade de interpretação equivocada das informações fornecidas no contexto do atendimento (Pontieri e Bachion, 2010).

2. Crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde

Compondo a categoria: Crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde, foram agrupados os depoimentos dos participantes que sugerem uma representação do atendimento oferecido pelos profissionais com valoração positiva, o que fortalece a confiança e favorece uma atitude de gratidão e reconhecimento pelas orientações recebidas. Os excertos apresentados a seguir ilustram essas dimensões.

Os médicos e a equipe de saúde me orientaram com relação aos alimentos bons para controlar diabetes. [...] Me deram tudo... Um mapa de tudo certinho do que pode comer e do que não pode. É primordial fazer bife de peito de frango grelhado sem óleo. Colocar só limão e não colocar óleo nenhum. Uma salada, assim: brócolis, couve, agrião, alface, tomate, rúcula, cenoura, abobrinha. A carne cozida... tem que ser pouca carne vermelha, é pra evitar bastante, para quem tem diabetes. (Marta)

Quando as RS sobre o atendimento têm características predominantemente positivas, podem facilitar a aquisição de uma consciência crítica em relação à doença, fortalecendo a autoconfiança do paciente em suas próprias capacidades de controlar os rumos de sua vida, mesmo sabendo que vai ter de conviver com uma doença pelo resto da vida. Isso pode lhe proporcionar o alento necessário para manter

acesa a esperança no porvir. Com sua autoestima restaurada, a pessoa com DM pode combater o pessimismo, o desamparo e o ceticismo que muitas vezes se instalam quando ela se vê mergulhada em uma situação de incontabilidade.

Os profissionais da equipe de saúde me orientaram e recomendaram certinho, recomendaram sobre o que eu tinha de fazer pra controlar minha diabetes. A gente tá relaxado assim, não é por culpa dos médicos, é que a gente é culpado mesmo. Mas é verdade, se a gente não segue à risca o que os profissionais de saúde orientam... Os culpados não é os médicos, os médicos vai lá, orienta a gente certinho, sabe falar pelo bem da gente... Tem gente que não... Que devido aos problemas do dia a dia a gente não liga muito. Mas a gente tem que ter um pouco de consciência e seguir em frente, né? Certinho, seguir a recomendação certa, né? (André)

Já fui atendida pelo [programa], lá da [plano de saúde], depois pelo Convênio [outro plano de saúde]. [...] Nossa, como me ajudou! Se não fosse a ajuda que eu tive lá, eu acho que eu não estaria aqui para contar essa história. Se não fosse a ajuda que eu tive dos profissionais de saúde, até hoje, eu não estaria aqui mais. [...] Porque a minha saúde ficou muito debilitada, né? Por causa, principalmente, da diabetes. E foram esses profissionais de saúde que me ajudaram muito. (Flora)

Alguns participantes reconheceram as orientações preconizadas pelo profissional como um recurso positivo para o enfrentamento da doença, assumindo sua parcela de responsabilidade pela não adoção de medidas que poderiam favorecer um melhor controle metabólico:

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

Eu acho que... Não sei, e tal. Eu nunca tentei. (Paulo)

Hoje, pela diabetes que eu tenho, eu acho que a alimentação boa que eu vou ter é pelos médicos mesmo. Porque eu sozinho, eu não saberia fazer ela, né? Porque tudo faz mal. O diabetes faz eu morrer de fome. É o que eu penso. (Paulo)

Desse modo, pode-se constatar que, quando a RS acerca das orientações preconizadas pelo profissional

de saúde tem conotação predominantemente positiva, a pessoa com DM se vê frente a duas possibilidades: pode valorizar e adotar as recomendações em seu cotidiano e traduzi-las em mudanças concretas em seu estilo de vida, sobretudo no que diz respeito aos hábitos alimentares, ou pode rejeitar a prescrição e deixar de operar as modificações sugeridas em sua vida diária. Nesse último caso, nota-se a assunção de uma postura resignada, devido à dificuldade de romper o movimento inercial e instaurar as mudanças necessárias nos hábitos de vida. Esses pacientes são os que requerem uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, a fim de ajudá-los a se moverem para uma posição de maior engajamento em hábitos saudáveis. Como existe também uma representação positiva do atendimento, é preciso tirar proveito desse trunfo e trabalhar no sentido de fortalecer a crença desses pacientes em sua capacidade de superar as barreiras que obstruem o acesso às mudanças pretendidas.

DISCUSSÃO

As RS são conjuntos de crenças e saberes socialmente construídos e partilhados, com os quais e por meio dos quais a pessoa com DM pensa, fala, decide o que fazer para preservar seu estado de saúde, se apropria do mundo do tratamento e lhe dá sentido (Moscovici, 2012). Nas RS acerca do atendimento oferecido pelos profissionais, o paciente com DM posiciona o cuidador como alguém situado do “lado de fora” de seu contexto de vida e, portanto, distante do mundo em que ele vive, sente e age. Como alguém que não tem DM pode dizer para quem convive com essa condição como é vivenciar esse universo da doença? O paciente sente que o profissional, por não compartilhar seu modo de vida, não compreende integralmente as situações cotidianas que podem resultar na descompensação do diabetes. Desse modo, o atendimento é compreendido como parte de um mundo simbólico estranho ao do paciente, atravessado por códigos que ele não domina e aos quais se vê obrigado a se submeter. Nesse contexto simbólico e relacional, está em jogo não apenas uma questão de entendimento cognitivo, mas também de valores e crenças compartilhadas, bem como barreiras culturais, institucionais e educacionais que medeiam a relação profissional-paciente (Baquedano et al., 2010a, 2010b; Péres et al., 2007; Ribas et al., 2009).

Jodelet (2002) compreende que as RS devem ser compreendidas por meio da articulação de elementos afetivos, mentais e sociais; além de integrar, junto à cognição, as relações sociais que influenciam as representações e a realidade material, ideativa e social sobre a qual elas interferem. Portanto, uma definição

clássica de RS é a de que consistem em modalidades de conhecimento prático, norteadas à comunicação e ao entendimento do contexto social, material e ideativo do cotidiano (Ribas, Santos e Zanetti, 2011).

As RS implicam em modos de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem aos componentes cognitivos (Jodelet, 2002). Quando Danúbio afirma que “o que eles recomendam, eu sigo mais ou menos”, pode-se postular que essa é uma atitude defensiva que esse participante assume em resposta a uma orientação sobre o tratamento, oferecida pelo profissional, que entra em dissonância com sua representação do que é possível seguir. Boa parte do que os profissionais de saúde recomendam, no plano alimentar, só tem executabilidade em um mundo ideal, não no plano real. Por isso, a questão principal não é que o paciente “segue mais ou menos” as orientações; esse comportamento errático na verdade pode ser consequência do modo como Danúbio assimila as informações fornecidas pelo profissional e acomoda esse saber científico aos conhecimentos de senso comum que já possui.

Segundo Marková (2006), o senso comum poderia ser uma antinomia para outros tipos de conhecimento, ou seja, conhecimento profissional, conhecimento de regras e normas, entre outros. Enfim, esses tipos diversos de antinomia proporcionam a base para as características desiguais de conhecimento de senso comum, na medida em que compõem tipos divergentes de relações. Como pontua a referida autora, é importante compreender que a mente humana sempre percebe os fenômenos em relações. Considerando que uma RS, do modo como é definida por Moscovici (2012), é sempre um processo dialógico, comunicacional, é necessário levar em conta os contextos relacionais que medeiam a comunicação profissional-paciente.

A construção das RS envolve dois processos sociocognitivos intrinsecamente relacionados e não sequenciais: a objetivação e a ancoragem (Moscovici, 1984). Esses processos descrevem a generalização e funcionamento das RS, considerando a condição social e o contexto de vida onde elas ocorrem, resultando na produção de um conhecimento prático e funcional (Wagner e Elejabarrieta, 1994). Na referida fala de Danúbio depende-se a ancoragem na transformação do conhecimento relativo à observância de certos aspectos do plano alimentar em uma teoria do senso comum (Moreira, 1998). Para o senso comum, tal como pôde ser visto na fala do participante, é possível cumprir entre 60% e 70% das orientações recebidas, o que nem sempre é valorizado pelos profissionais de saúde como indicador de adesão, pois se trabalha nos

serviços de saúde com um horizonte idealizado. A objetivação torna concreto o que é abstrato, transformando um conceito em uma imagem ou núcleo figurativo (Doise, 1986). Por exemplo, atribuir uma porcentagem ao quanto é possível cumprir da orientação recebida.

A equipe de saúde, ao implementar programas de educação em diabetes, deve buscar atender às necessidades de saúde dos pacientes, que vão muito além das dimensões biológicas, porque o que eles buscam frequentemente tem a ver com a RS que elaboraram acerca do atendimento e não com suas reais necessidades. Se o paciente internaliza como suas as representações do atendimento realizado pelos profissionais (por exemplo, a necessidade de aprender a controlar, a qualquer custo, seu comportamento alimentar), a equipe pode trabalhar com uma demanda irreal, pois nesse caso não houve ainda, por parte do paciente, a aquisição de uma consciência plena acerca de suas próprias necessidades. Nesse contexto, o profissional pode, inadvertidamente, reproduzir um padrão de atendimento meramente prescritivo e impositivo, imaginando saber o que é melhor para o paciente e o que lhe convém.

Quando a participante Corina afirma que o profissional “fala pra tirar da minha alimentação”, é possível pensar que o profissional havia solicitado que a paciente equacionasse as porções ou tipos de alimento, o que foi compreendido por ela como “tirar” (no sentido de suprimir) sua alimentação. Esse entendimento a coloca em posição de confronto com a recomendação, pois a fala do profissional pode se alinhar a outras vozes do cotidiano da paciente (ouvidas sobretudo no ambiente familiar), que tentam restringir seu comportamento alimentar. Isso pode levá-la a não aceitar o que lhe fora proposto, reforçando o conhecimento de senso comum que ela tem – que a orientação não almejaria ajudá-la e sim privá-la de algo precioso e prazeroso na vida.

Por esse motivo, é recomendável que o profissional de saúde, durante a consulta, explore cuidadosamente as representações, valores e crenças da pessoa com DM sobre alimentação (Péres, Franco e Santos, 2006), bem como os sentimentos suscitados pela doença (Péres, Franco e Santos, 2008).

A descrença no atendimento oferecido pelos profissionais de saúde sedimenta a representação de que as orientações não funcionam. As RS desses pacientes em relação às orientações dos profissionais de saúde estão pautadas em preconceções existentes (Moscovici, 2012), em regras rígidas, em instruções médicas inflexíveis, que não atendem às reais necessidades de saúde dos pacientes com DM. Quando

os pacientes vivenciam situações no cotidiano em que as contingências naturais atuam em longo prazo, como ocorre nas condições crônicas de saúde, a definição de regras é particularmente importante para pautar o comportamento do paciente. O comportamento vinculado ao seguimento do tratamento para o DM gera consequências naturais imediatas muito fracas, sendo, em um primeiro momento, iniciado a partir das regras, e apenas posteriormente mantido, em longo prazo, por intermédio de suas consequências naturais (Coelho e Amaral, 2008).

De acordo com a realidade na qual o indivíduo está inserido, é possível que as regras auxiliem a pessoa a lidar de maneira mais eficaz com as exigências do tratamento, quando descrevem claramente as contingências. Na fala de Mara: “quando eles resolveram me mandar pra casa, minha diabete ficou controlada”, depreende-se que a paciente não compreendeu claramente as contingências de seguir a orientação do profissional. Isso mostra que, quando as regras contidas nas orientações não descrevem as contingências reais em operação, não propiciam os efeitos desejáveis. O seguimento rígido das regras fornecidas pelos profissionais de saúde pode, frequentemente, proporcionar riscos para o próprio indivíduo, caso as regras não especifiquem as contingências ambientais em vigor. Isso ocorre quando o paciente não desenvolve habilidades de discriminar os eventos internos relacionados ao DM, tais como a hipoglicemia e a hiperglicemia (Coelho e Amaral, 2008).

Nessa vertente, nota-se que, ao mesmo tempo em que é necessário que o indivíduo respeite as regras do tratamento, ele pode se tornar suscetível às contingências instaladas. Nesse sentido, são necessários novos estudos que investiguem quais são as intervenções que possibilitam a promoção de programas de educação em diabetes alicerçados em contingências fortes em relação ao seguimento do tratamento, para elaboração de diretrizes de autocuidado (Coelho e Amaral, 2008; Péres et al., 2007).

Pacientes com DM evidenciam relutância na aceitação da doença e/ou no modo de lidar com as demandas diárias, que exigem paciência, disciplina e autocontrole (Zanetti et al., 2007). Uma hipótese a ser melhor investigada por novas pesquisas é se a pessoa com DM poderia estar expressando seu descontentamento quanto às dificuldades encontradas em sua relação com os profissionais de saúde por meio da negligência no cumprimento do tratamento, que transparece, por exemplo, no desinteresse demonstrado pela verificação da glicemia capilar. Nesse contexto, o profissional deve ter uma compreensão de que, na vigência de um mau controle do DM, é possível

observar períodos de oscilação quanto ao seguimento do tratamento, ou seja, o indivíduo pode vir a manifestar valores de glicemia capilar alterados. O reconhecimento acerca das dificuldades que os pacientes apresentam quanto ao cumprimento das metas de controle envolve a ideia de que o tratamento representa, para eles, certa limitação de sua liberdade de decidir o que lhe é conveniente (Pontieri e Bachion, 2010). O profissional de saúde deve estar atento a essa questão, porque se o paciente sente que o plano terapêutico instituído implica em restrições insuportáveis e na supressão compulsória de alguns graus de liberdade pessoal, vai se defender para preservar sua autonomia, o que pode levá-lo a *boicotar* o tratamento. É preciso adotar, na relação com o paciente com DM, uma atitude de permanente negociação e ajustamento de metas.

A literatura sugere que os profissionais de saúde, desde sua formação, detêm um poder de definir o que é melhor para o outro, e também acreditam que administram um conhecimento superior ou mais evoluído em relação ao cuidado em saúde (Guedes, Silva e Freitas, 2004). Munidos dessa crença, os profissionais de saúde se mantêm convictos quanto à correção das diretrizes, tratamentos e cuidados em saúde que avaliam como mais corretos ou mais adequados, limitando o direito do outro escolher, podendo inclusive cercear a liberdade e autonomia do paciente (Silva et al., 2006). As falas dos participantes do presente estudo refletem que essa convicção pode ter consequências negativas no seguimento do paciente nos serviços de saúde e reforçam a representação de que o atendimento e as orientações dos profissionais não funcionam, isto é, não resultam nas mudanças desejáveis no comportamento para que se instale a aceitação do tratamento e, por conseguinte, a melhora do controle metabólico.

As representações do paciente podem cristalizar a falta de credibilidade no serviço e nos profissionais, resultando em propensão ao não seguimento de suas orientações.

Marková (2006) mostra que, quando se alia representação e dialogicidade, os resultados são extremamente positivos. Aplicando essa noção ao contexto do presente estudo, pode-se afirmar que o atendimento em saúde não pautado pela dialogicidade, mas reduzido a abordagens meramente prescritivas, desencoraja os esforços de engajamento do paciente. Por outro lado, os participantes que mostraram uma crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde sugerem que a representação com valoração positiva das orientações prescritas aumenta a confiança na eficácia das recomendações e favorece uma aliança positiva com o profissional.

Nessa direção, acredita-se que uma abordagem educativa em saúde, que verdadeiramente leve em consideração o saber popular e se proponha a enriquecê-lo com o conhecimento científico, pode contribuir para transformar as RS da pessoa com DM, predispondo-a a seguir as recomendações do profissional de saúde e a aderir ao plano terapêutico como sujeito ativo de seu processo saúde-doença.

Não é possível definir os fenômenos sociais do mesmo modo como se definem os fenômenos físicos. Os fenômenos sociais consistem em fenômenos dialógicos em relações. É um contrassenso determiná-los como entidades independentes, pois somente é possível a caracterização e definição dos mesmos com referência a outros fenômenos sociais (Marková, 2006). Desse modo, as representações acerca dos cuidados de saúde recebidos por pessoas com DM são fenômenos que só podem ser compreendidos em sua complexidade quando colocados em relação com outros fenômenos envolvidos no processo saúde-doença, como a organização e acessibilidade dos serviços, as políticas públicas no quadro do Sistema Único de Saúde, as relações de gênero, as concepções elaboradas por diferentes estratos sociais sobre saúde e bem-estar, entre outros. As contribuições desses aspectos para a construção das RS sobre o atendimento em DM na rede pública de saúde devem ser investigadas por estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As RS dos pacientes com DM sobre o atendimento mostram que, em torno de suas experiências concretas de vida e a partir de suas vivências, eles elaboram uma forma de conhecimento lastreada no saber popular. Na interação estabelecida, ocorre discrepância entre suas expectativas e as dos profissionais de saúde. Se os médicos apenas reforçam a ideia de que as pessoas com DM devem cuidar de sua dieta e praticar atividade física regular, isso é contraproducente porque elas não saberão por que nem como fazer isso. É preciso educar não apenas o paciente, mas o público em geral, incluindo os médicos e demais profissionais de saúde, bem como os gestores dos serviços, as autoridades de saúde e os políticos, sobre o DM.

Um diálogo mais franco e aberto entre o profissional e o paciente com DM pode contribuir para criar um espaço permissivo no qual o indivíduo se sinta confortável para expressar e dirimir suas dúvidas, operando o encontro entre os diferentes saberes que podem ser conjugados e se potencializar mutuamente. Isso implica em questionar a propensão desses profissionais a tomarem decisões unilaterais

acerca do que o paciente pode ou não pode mais realizar, a fim de obter um controle adequado de seus níveis glicêmicos. O ideal é que profissional e paciente possam, conjuntamente, refletir sobre as dificuldades e possíveis benefícios das mudanças implementadas em seus hábitos de vida, o que poderia contribuir para aproximar a pessoa com DM das estratégias que se mostrem exequíveis – condição fundamental para que se tornem efetivas – para obtenção de um bom controle metabólico.

Os resultados do presente estudo sugerem também a necessidade de o profissional atentar para o modo como o paciente recebe e decodifica suas comunicações e orientações, de modo a evitar o descompasso entre as expectativas de ambas as partes. Cabe, assim, aos profissionais de saúde promoverem as condições que possam facilitar o desenvolvimento de atitudes positivas no paciente, encorajando sua participação no tratamento por meio do empoderamento, a partir da valorização do contexto subjetivo e social desses indivíduos, de modo a fortalecer sua capacidade de enfrentamento. Para tanto, é imprescindível respeitar e legitimar a cultura, valores, crenças e representações da pessoa com DM. Acredita-se que essas mudanças poderiam contribuir para modificar a representação dos pacientes com DM em relação ao atendimento pelos profissionais de saúde, considerando que essas RS estão alicerçadas em dimensões socioculturais e nos aspectos simbólicos que revestem as orientações oferecidas para o controle da doença.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J.P. & Pereira, M.G. (2008). Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para adolescentes com diabetes tipo 1: Estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica*, 26(2), 295-307.
- American Diabetes Association (2009). Clinical practice recommendations. *Diabetes Care*, 32, 1-2.
- Baquedano, I.R., Santos, M.A., Martins, T.A. & Zanetti, M. L. (2010a). Self-Care of Patients with Diabetes Mellitus Cared for at an Emergency Service in México. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18(6), 1195-1202.
- Baquedano, I.R., Santos, M.A., Teixeira, C.R.S., Martins, T.A. & Zanetti, M.L. (2010b). Factors related to self-care in diabetes mellitus patients attended at Emergency Service in Mexico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1017-1023.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Coelho, C.R. & Amaral, V.L.A.R. (2008). Análise de contingências de um portador de Diabetes Mellitus tipo 2: estudo de caso. *Psico-USF*, 13(2), 243-251.
- Coelho, C.R., Wechsler, A. & Amaral, V.L.A.R. (2008). Dizer e fazer: a prática de exercícios físicos em portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 29-38.
- Doise, W. (1986). Les Représentations Sociales: définition d'un concept. In W. Doise & A. Palmonari (Orgs.). *L'étude des représentations sociales* (pp. 81-94). Paris: Delachaux & Niestlé.
- Duran, E.C.M. & Cocco, M.I.M. (2003). Educational software about diabetes mellitus to health professionals: elaboration and development stages. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(1), 104-107.
- Fontanella, B.J.B., Campos, C.J.G. & Turato, E.R. (2006). Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Francioni, F.F. & Silva, D.G.V. (2007). O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 105-111.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Guedes, M.V.C., Silva, L.F. & Freitas, M.C. (2004). Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 662-665.
- International Diabetes Federation. (2006). O toque de despertar para parar a epidemia global de Diabetes. *Diabetes Clínica*, 10(3), 183-184.
- Jenkins, N., Hallowell, N., Farmer, A.J., Holman, R.R. & Lawton, J. (2010). Initiating insulin as part of the treating to target in type 2 Diabetes (4-T) trial: an interview study of patients' and health professionals' experiences. *Diabetes Care*, 33(10), 2178-2180.
- Jodelet, D. (2002). Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Lee, P.T., Kerry, V.B., Stone, V.E., Freedberg, K.A. & Bangsberg, D.R. (2011). Transforming health professionals' education. *Lancet*, 377(9773), 1235.
- Moreira, A.S.P. (1998). A epilepsia e a Aids na concepção do conhecimento cotidiano. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Marková, I. (2006). *Dialogicidade e representações sociais*. as dinâmicas da mente. Trad. Hélio Magri Filho. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representation. In R.M. Farr & S. Moscovici (Eds.). *Social representations* (pp. 62-86). Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Trad. Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes.
- Nathan, D.M., Buse, J.B., Davidson, M.B., Ferrannini, E., Holman, R.R., Sherwin R. & Zinman, B. (2009). 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*, 32(1), 193-203.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2002). Atlas de educación em diabetes em América Latina y el Caribe: inventario de programas para personas com diabetes tipo 2. Washington, DC: División de Prevención y Control de Enfermedades.
- Péres, D.S., Franco, L.J. & Santos, M.A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de Diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 310-317.
- Péres, D.S., Franco, L.J. & Santos, M.A. (2008). Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 101-108.
- Péres, D.S., Santos, M.A., Zanetti, M.L. & Ferronato, A.A. (2007). Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings

- and behaviors. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(6), 1105-1112.
- Pontieri, F.M. & Bachion, M.M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 151-160.
- Ribas, C.R.P., Santos, M.A. & Zanetti, M.L. (2011). Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Interamericana de Psicologia*, 45(2), 255-262.
- Ribas, C.R.P., Santos, M.A., Teixeira, C.R.S. & Zanetti, M.L. (2009). Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(2), 203-208.
- Santos, E.C.B., Zanetti, M.L., Otero, L.M. & Santos, M.A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), 397-406.
- Santos, M.A., Péres, D.S., Zanetti, M.L., Otero, L.M. & Teixeira, C.R. (2009). Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(1), 57-63.
- Santos, M.A., Alves, R.C.P., Oliveira, V.A., Ribas, C.R.P., Teixeira, C.R.S. & Zanetti, M.L. (2011). Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658.
- Scoz, B.J.L. & Martinez, A.M. (2009). A zona muda das representações sociais: uma aproximação a partir do jogo de areia. *Revista Interamericana de Psicologia*, 22(3), 432-441.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. *Análise Psicológica*, 22(3), 597-605.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônica da diabetes. *Análise Psicológica*, 21(2), 185-194.
- Silva, D.G.V., Souza, S.S., Francioni, F.F., Mattosinho, M.M.S., Coelho, M.S., Sandoval, R.C.B., Cunha, M.A. & Ferreira, N. (2006). Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 297-302.
- Valla, V.V. (2000). Procurando a fala das classes populares. In V.V. Valla (Ed.). *Saúde e educação* (pp. 11-32). Rio de Janeiro: DP & A.
- Wagner, W. & Elejabarrieta, F. (1994). Representaciones sociales. In: J. F. Morales (Org.). *Psicología social* (pp. 815-842). Madrid: McGraw-Hill.
- Zanetti, M.L., Otero, L.M., Péres, D.S., Santos, M.A., Guimarães, F.P.M. & Freitas, M.C.F. (2007). Progress of the patients with diabetes mellitus who were managed with the Staged Diabetes Management framework. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 338-344.

Recebido em: 23.04.2012. Aceito em: 29.08.2012.

Autores:

Camila Rezende Pimentel Ribas – Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Manoel Antônio dos Santos – Professor Associado 3 do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti – Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Maria Lucia Zanetti – Professora Associada 3 do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Enviar correspondência para:

Maria Lucia Zanetti

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre

CEP 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: zanetti@eerp.usp.br