

INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA DIABETES MELLITUS

Maria Marta Amancio Amorim¹, Natália Ramos², Isabel Cristina Bento¹, Maria Flávia Gazzinelli¹

¹ Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, ² Centro de Estudos de Migrações e das Relações Interculturais, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa, Portugal

RESUMO- O objetivo do estudo foi propor um modelo de intervenção educativa pautado na mudança comportamental, que dialogue com as representações sociais para 34 utentes com diabetes mellitus tipo 2 da atenção primária à saúde de Belo Horizonte/Brasil. Coletaram-se os dados sócio-demográficos, clínicos e antropométricos e, através de entrevistas semi-estruturadas, fez-se um levantamento das opiniões dos participantes em relação à identidade e à alimentação. Os discursos foram categorizados e analisados pela análise de conteúdo. Para ilustrar o modelo proposto da abordagem no processo de acção em saúde, utilizou-se o estudo de caso. Esse modelo inclui, na fase motivacional, a intenção, como um processo decisório pelo qual um indivíduo poderá adotar uma ação preventiva, e as representações sociais apreendidas dos participantes sobre os resultados esperados e a percepção de risco. Na fase volitiva, incluiu-se a resolução de problemas. As representações sociais levantadas e a autoeficácia influenciam a construção cognitiva dos planos de acção.

Palavras-chave- Teorias e modelos de aprendizagem; Processo de acção em saúde; Intervenção educativa em saúde; Diabetes mellitus tipo 2; Representações sociais.

EDUCATIONAL INTERVENTION IN DIABETES MELLITUS

ABSTRACT- The aim of this study was to propose an educational intervention based on social representations from a review of models of behavioral change. To illustrate the model we used part of the empirical representations of identity and feeding of 34 users with type 2 diabetes mellitus in a primary care unit in Belo Horizonte/Brazil. We selected to adopt the health approach process action, because this model considers the motivational stage the social representations about the contingencies that influence health behavior desired, expected outcomes, risk perception and intention as a decision-making process by which an individual may adopt a preventive measure or change risk behavior for others. In the volitional phase we included the resolution of problems. Social representations of acceptance to be diabetic and those related to feeding and self-efficacy influence the cognitive construction of action plans.

Key-words- Theories and models of learning; The health approach process action; Health education intervention; Diabetes mellitus type 2; Social representations.

Recebido em 25 de Junho de 2012/ Aceite em 21 de Março de 2013

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crónica em expansão em todo o mundo, que provoca alterações ao nível do quotidiano e nas relações individuais e interpessoais das pessoas que dela são portadoras, a qual pode acompanhar-se de grande sofrimento psicológico e forte impacto familiar e social na vida de muitos pacientes.

É caracterizada por níveis de insulina endógena normais, deprimidos ou elevados, porém inadequados para superar a resistência à insulina, tendo como resultado a hiperglicemia. O indivíduo com DM2, se não for adequadamente tratado e controlado, com o passar dos tempos, pode desenvolver alterações progressivas na retina, rins, nervos periféricos e desencadear lesões ateroscleróticas do coração, membros periféricos e cérebro (Brasil, 2009).

A DM2 é considerada uma das principais causas de morte e a incidência e a prevalência estão a aumentar em todo o mundo. Em Portugal, a prevalência autorreferida obtida pelo *Inquérito Nacional de Saúde*, realizado em 2006, é de 8,2% (Portugal, 2008). No Brasil, em 2008, segundo dados da *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas*, a prevalência autorreferida foi de 5,2% (Brasil, 2009). Assim, esta patologia grave e em aumento crescente tem um grande impacto na saúde pública destes países, implicando problemas sociais - diminuição da qualidade de vida e sobrevida, contribuição para o surgimento de outras doenças e dificuldades económicas - redução da produtividade e altos custos de tratamento (Brasil, 2009; Portugal, 2008).

O tratamento inclui o autocuidado, como terapia nutricional, medicações, exercícios, monitoração da glicose sanguínea e educação em saúde (Ada, 2010).

O autocuidado refere-se às ações e práticas realizadas pelas pessoas e famílias em benefício da sua própria saúde, na prevenção de doenças e no tratamento dos sintomas, sem supervisão médica formal. O autocuidado baseia-se na crença de que cada pessoa é capaz de cuidar da sua saúde, de forma individual, de proteger o seu bem-estar físico, mental e social, de compreender as suas ações, de prevenir doenças, de satisfazer necessidades físicas e psicológicas ou de se automedicar.

A educação em saúde, um dos pilares da promoção do autocuidado em DM2, deve ser uma atividade planeada, objetivando criar condições para produzir mudanças de comportamentos em relação à saúde. Caso seja pautada exclusivamente em conhecimentos científicos, não resulta numa mudança de comportamentos, considerando-se que esses comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos (Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, & Penna, 2005).

Nessa direção, os aspectos bio-psico-sócio-culturais devem ser considerados, assim como os factores emocionais e a sua influência na adesão ao tratamento e, igualmente, a sensação de bem estar e os desejos pessoais, respeitando os aspetos subjetivos, como as crenças e as atitudes. Com efeito, os indivíduos e os grupos desenvolvem sentimentos, crenças, ideias e representações sobre a saúde, a doença, sobre as formas de cuidar, que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados (Ramos, 2007).

Uma das formas de se aprofundar a visão subjetiva da pessoa com DM2 é identificar as suas representações sociais. Estas são entendidas como os conhecimentos específicos, os saberes do senso comum que orientam a ação, a comunicação e a compreensão do contexto social, material ou simbólico (Jodelet, 1993).

Grande parte dos comportamentos corresponde a representações, quer de forma controlada ou automática, quer de forma consciente ou não consciente. Para entender essa relação, é importante distinguir os comportamentos situacionais dos representacionais. Nos comportamentos situacionais, as características do contexto e do momento são mais salientes e dirigem o comportamento; o papel das mediações cognitivo-avaliativas é mínimo e o papel dos factores situacionais encontra-se maximizado. Já os comportamentos representacionais são determinados, no mínimo, pela situação concreta na qual ocorrem e, no máximo, por factores pré-situacionais, que revelam o nível das atitudes e das representações. Quando se fala da

funcionalidade das representações enquanto orientadoras dos comportamentos, estamos nos referindo aos comportamentos representacionais (Vala, 2006).

Ao planear-se uma intervenção educativa em DM2, que tenha impacto sobre o comportamento, as representações sociais devem ser levadas em consideração, pois muitas vezes funcionam como obstáculos epistemológicos, bloqueando a evolução da aprendizagem. Segundo Bachelard (1996), um novo conhecimento ocorre quase sempre pela rejeição de conhecimentos anteriores e defronta-se com um certo número de obstáculos, que não constituem falta de conhecimento, mas, pelo contrário, são conhecimentos antigos, enraizados pelo tempo, que resistem à instalação de novas concepções que ameaçam a estabilidade intelectual de quem detém esse conhecimento.

A educação assim compreendida configura-se com uma mediação para uma aprendizagem, que torne as pessoas capazes de viver a vida nas suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas pela doença, considerando as interações entre as dimensões políticas, económicas, sociais e culturais.

Essa abordagem garante a efetividade do cuidado, a adesão ao tratamento e a autonomia da pessoa com ênfase no seu empoderamento, objetivos das intervenções educativas em diabetes, propostas pelos Ministérios da Saúde de Portugal e do Brasil (Brasil, 2009; Portugal, 2008). Em consonância com essas propostas, em 2006, o *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes* de Portugal divulgou as estratégias de intervenção educativa pautadas na formação contínua, na motivação, na aprendizagem com base na resolução de problemas e na avaliação do ensino e da aprendizagem (Portugal, 2008). De modo similar, no Brasil, em 2007, foram desenvolvidas as *Estratégias Nacionais para a Educação em Saúde para o Autocuidado em Diabetes*, com ênfase em abordagens pró-ativas, planeadas e baseadas na população (Brasil, 2009).

Para que o Brasil e Portugal implementem estas estratégias, os profissionais de cuidados de saúde primários devem ser sensibilizados para a flexibilização dos saberes e práticas de saúde, para que possam atuar com criatividade, senso crítico e competência nas ações educativas referentes ao autocuidado em DM2.

As pessoas com DM2 que participam ativamente do tratamento, assistidas por uma equipa capaz de fornecer os recursos, as orientações e o apoio necessários, podem alcançar o melhor nível de glicemia. Proporcionar a essas pessoas as ferramentas necessárias para o controlo glicémico é uma importante meta do tratamento, com a finalidade de retardar ou interromper as complicações micro e macrovasculares da enfermidade, ao mesmo tempo, minimizando a hiperglicemia e o ganho excessivo de peso (Ada, 2010).

Os modelos de educação centrados na autogestão da DM2 ajudam as pessoas a tomar decisões para autocontrolar os cuidados e otimizar o controlo metabólico, prevenindo e administrando as complicações e maximizando a qualidade de vida (Mulcahy *et al.*, 2003). Assim, ao planear intervenções educativas em DM2, é fundamental utilizar teorias de aprendizagem que tenham como foco a mudança de comportamentos de autocuidado.

Teorias de aprendizagem com enfoque em comportamentos de saúde

As teorias de aprendizagem com enfoque na mudança comportamental, abordadas neste estudo, classificam-se em cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental.

Na teoria cognitiva, o ser humano é visto como um ser que constrói os seus significados sobre os factos e, portanto, constrói a sua própria realidade (Bahis & Navolar, 2004). A pessoa aprende a identificar, a analisar e a modificar os seus pensamentos disfuncionais, os

quais podem ocorrer tanto em relação ao conteúdo cognitivo propriamente dito, como em relação ao processo cognitivo, a fim de produzir alívio de sintomas (Bahis & Navolar, 2004; Beck & Alford, 2000). Os pensamentos disfuncionais – crenças de desamparo, desamor e desvalor (Kaplan, Sadockk, & Grebb, 1992) influenciam o desenvolvimento das crenças intermediárias – atitudes, regras e suposições (Beck & Alford, 2000), forma que o indivíduo encontrou para diminuir o sofrimento causado pelas crenças centrais.

Na teoria comportamental, o objeto de estudo, a interação entre o comportamento-ambiente e a unidade de análise é a relação resposta-consequência. Em pesquisas experimentais, o comportamento é definido como uma variável dependente e os fatores do ambiente como variáveis independentes. A análise de um determinado comportamento individual é conduzida no sentido de se observar o comportamento em questão, controlando as variáveis que afetam o comportamento. Esta teoria envolve tecnologias comportamentais aplicadas, tais como ensino programado, ensino individualizado, terapia comportamental, entre outros métodos (Matos & Tomanari, 2002).

Na teoria cognitivo-comportamental é utilizado estratégias comportamentais e processos cognitivos, com o objetivo de levar à mudança comportamental. Esta teoria compartilha de três pressupostos fundamentais: a cognição afeta o comportamento por meio da alteração de modos de pensamentos idiossincráticos e disfuncionais; a atividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada; a mudança comportamental almejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva. Uma variedade de teorias cognitivo-comportamentais – comportamental racional-emotiva, treinamento de autoinstrução, reestruturação racional sistemática, autocontrole, resolução de problemas e acção racional - é empregada em intervenções para mudança de comportamentos de saúde (Dobson & Dozois, 2006).

Os comportamentos de saúde são relacionados com o estado de saúde do indivíduo e têm por objetivo impedir o aparecimento da doença. Estima-se que 50% da mortalidade das dez principais causas de morte se deve aos comportamentos dos indivíduos (Ogden, 2004). Os fatores sociais, genéticos, emocionais, os sintomas percebidos, as crenças dos doentes e dos profissionais da saúde permitem predizer os comportamentos de saúde (Leventhal, Benyamin, Brownlee, Leventhal, & Patrick-Miller, 1985). Grande parte das investigações que têm como objetivo predizer comportamentos de saúde dão ênfase às crenças de saúde e doença. Assim, diferentes aspetos das crenças sobre a doença, como determinantes dos comportamentos de saúde, foram integrados em modelos estruturados de crenças e comportamentos de saúde (Ogden, 2004; Ramos, 2004).

Os modelos apresentados aplicam a teoria cognitivo-comportamental, utilizando tanto os processos cognitivos, alterando pensamentos, interpretações, pressupostos, como as estratégias comportamentais, com fins de mudança comportamental.

Modelos de crenças e comportamentos de saúde

O modelo de crenças na saúde baseia-se na premissa de que o comportamento de saúde é determinado por crenças ou percepções pessoais sobre a doença e pelas estratégias que devem estar disponíveis para diminuir a sua ocorrência. O indivíduo necessita de acreditar que é suscetível à enfermidade e que a sua ocorrência deverá ter pelo menos moderada implicação nalgum componente da sua vida e também acreditar nos benefícios de tais mudanças (Peyrot & Rubin, 2007).

A autoeficácia foi incorporada neste modelo, juntamente com sugestões de acção, fatores motivacionais ou modificáveis. Segundo Bandura (1977), a autoeficácia refere-se à confiança

na própria capacidade de realizar determinados comportamentos de saúde, em detrimento de outros. Geralmente, as pessoas não tentam fazer uma coisa nova porque elas pensam que não são capazes. Além dessas crenças de saúde, devem-se considerar as crenças de atitudes que também podem influenciar o comportamento, sendo essa uma das limitações desse modelo.

O modelo da motivação para a proteção afirma que a gravidade, a vulnerabilidade e o medo estão relacionados com a avaliação da ameaça e que a eficácia da resposta e a autoeficácia estão relacionadas com a avaliação de *coping*, isto é, com a avaliação das suas próprias capacidades para lidar com a doença (Rogers, 1985).

Outros modelos de cognição social, como o comportamento planeado e da abordagem do processo de acção em saúde, colocam a pessoa com as suas representações individuais no seu contexto social e cultural (Ogden, 2004). Segundo Deakin, McShare, Cade, & Williams (2008) modelos de cognição social tendem a produzir resultados mais positivos.

O modelo do comportamento planeado defende que as intenções deveriam ser concetualizadas como planos de acção para atingir os objetivos comportamentais. As intenções resultam das atitudes em relação aos comportamentos e das crenças sobre o resultado desse comportamento, da norma subjetiva para se ter um dado comportamento e da avaliação da motivação e do controlo comportamental percebido (Ajzen & Madden, 1986).

O modelo da abordagem do processo de acção em saúde sugere que a adoção, a iniciação e a manutenção de comportamentos de saúde devem ser explicitamente concebidas como um processo que consiste em duas fases: processos de motivação pré-intencional que conduzem a uma intenção comportamental e processos de volição pós-intencionais que levam a comportamentos de saúde real (Schwarzer, 2008).

Modelo proposto para intervenção educativa individual na DM2

O tratamento efetivo da DM2 depende quase que exclusivamente da pessoa que vive com a enfermidade. Ela exerce o controlo glicémico quando conta com o conhecimento, as habilidades, as atitudes e também a consciência necessária para influenciar a sua conduta e conseqüentemente a melhoria na sua saúde (Funnell *et al.*, 1991). Para que as pessoas sejam capazes de realizar comportamentos de autocuidado, os modelos de mudança comportamental oriundos das ciências sociais são relevantes, pois utilizam uma ou mais teorias e contemplam as categorias intenção (causa para a mudança comportamental), os fatores motivacionais que predispoem para a acção (necessidades, benefícios percebidos, expectativas dos resultados), o incentivo (evento que predispoem as pessoas para a acção, a inibição (incluem a ausência de pré-requisitos para a acção e a presença de obstáculos) e as crenças de saúde.

As crenças, no modelo proposto serão substituídas pelas representações sociais, pois esse conceito ultrapassa a noção das crenças, conhecimentos, opiniões, atitudes, referindo-se à organização mental que inclui todas essas dimensões do pensamento coletivo (Silva, 2004).

As representações sociais são fenómenos cognitivos, que além de uma perspectiva construtivista, têm também o enfoque interacionista, pois o social tem o estatuto de fenómeno estruturante da génese dessa teoria e são considerados ao mesmo tempo, como produto de uma atividade de apropriação da realidade exterior e como processo de elaboração psicológica e social da realidade (Jodelet, 1989). As representações sociais são teorias sociais práticas sobre objetos relevantes na vida dos grupos que permitem a organização significativa do real, servem como guia de acção para entender os comportamentos, uma vez que modelam e constituem os elementos do contexto no qual ocorrem (Vala, 2006).

Moscovici (2004), ao propor as representações sociais como objeto de estudo, supera o paradigma positivista que elimina da realidade psicológica e social a dimensão simbólica e, também, a teoria behaviorista de explicação do comportamento humano por meio do estímulo-resposta, pois o estímulo e a resposta resultam da atividade construtivista do homem.

Para a elaboração da intervenção educativa individual selecionou-se adotar a abordagem do processo de ação em saúde, ilustrada na Figura 1.

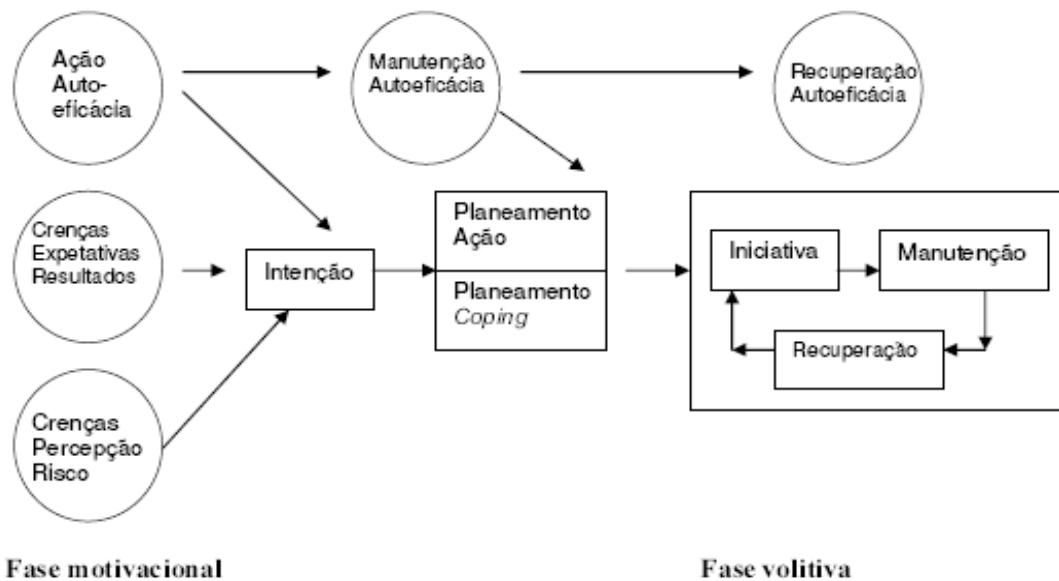


Figura 1. Diagrama genérico da abordagem do processo de ação em saúde (Schwarzer, 2008)

Esse modelo articula com o enfoque construtivista-interacionista da teoria de Moscovici, ao levar em consideração, na fase motivacional, as representações sociais sobre as contingências de saúde que influenciarão no comportamento desejado e as representações sociais referentes aos resultados esperados e à percepção de risco.

Além disso, este modelo contempla, na fase de motivação, a intenção como um processo decisório pelo qual um indivíduo poderá adotar uma ação preventiva ou alterar comportamentos de risco em favor de outros. A fase volitiva abrange o processo de implementação dos comportamentos que a pessoa realmente tem a intenção de mudar, segmentada nas etapas da iniciativa, manutenção e recuperação. Nessa fase, propõe-se a inclusão da resolução de problemas, treino em habilidades de enfrentamento, projetado para auxiliar a pessoa a enfrentar várias situações estressantes e problemáticas decorrentes do conviver com a DM2. A autoeficácia percebida é imprescindível em todas as fases do processo de mudança de comportamento distinguindo entre ação de eficácia, *coping* de autoeficácia e recuperação da autoeficácia.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo apresentar as teorias e modelos de aprendizagem, com enfoque nos comportamentos de saúde, e propor uma intervenção educativa individual em DM2, pautada nas representações sociais para os utentes de cuidados primários de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em 2010. Selecionou-se o modelo da abordagem do processo de acção em saúde, pois este dialoga com as representações sociais, para a implantação da intervenção educativa, após o estudo das teorias de aprendizagem e de modelos de crenças e comportamentos de saúde. A intervenção educativa foi proposta para os utentes com diagnóstico de DM 2, levantados dos registos clínicos da UBS, excluindo-se aqueles com complicações crónicas da doença. Os utentes que aceitaram participar da pesquisa totalizam 34, sendo 23 do sexo feminino, idade variando de 53 a 80 anos, com idade média de 65 anos, e 11 do sexo masculino, de 40 a 76 anos, com idade média de 66 anos.

Estes participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, pelos pareceres 061.0.410.203/09 e 0061.0410.203-09A, respetivamente.

Primeiramente, foram coletados os dados sócio-demográficos – idade, ocupação, renda familiar, escolaridade, estado civil e os dados clínicos – tempo de diagnóstico em DM 2, uso de medicamentos, prática de atividade física e outras enfermidades referidas - e antropométricos – peso, altura e circunferência abdominal.

Em seguida, iniciaram-se as entrevistas, gravando-as no programa de computador *Free Audio Editor 2009*[®]. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado, contendo três perguntas. As duas primeiras foram baseadas na associação livre de palavras, pois essa técnica permite evidenciar o universo semântico do objeto estudado, assim como a sua dimensão imagética, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo (Abric, 2001).

Com o objetivo de tentar captar pensamentos e sentimentos mais espontâneos relacionados à identidade e à alimentação das pessoas com DM 2, solicitou-se aos sujeitos que proferissem cinco palavras ou expressões, após serem estimulados pelas duas questões indutoras: *Quando você pensa “eu sou diabético”, o que vem à sua mente?*; *Quando você pensa em “alimentação do diabético”, o que vem à sua mente?* Logo após, foi solicitado que apontassem a evocação considerada mais importante, com a respetiva justificação. Com a finalidade de complementar os dados das representações da alimentação associados à prática alimentar, perguntou-se aos participantes: *Como você se sente em relação à sua alimentação?*

As entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* da pesquisa. A leitura flutuante do *corpus* permitiu a codificação dos dados brutos, transformados de forma organizada e agregados em unidades, identificados por categorias. Os dados das entrevistas descritos por categorias foram analisados utilizando a Análise do Conteúdo Categorical proposta por Bardin (2010), que consiste na descrição, análise e interpretação do discurso, visando buscar o que se esconde sob a aparente realidade da comunicação. Utilizaram-se a Teoria da Representação Social (Moscovici, 2012) e a Teoria da Identidade Social (Deschamps & Moliner, 2009) como fundamentos teóricos.

Para demonstrar o modelo, utilizou-se o estudo de caso, selecionando uma participante do sexo feminino, com idade “igual ou superior a 60 anos”, sexo e faixa de idade em que o DM2 é mais prevalente. Os discursos obtidos nas entrevistas ilustraram as fases do modelo proposto. Outros dados sócio-demográficos, clínicos, bioquímicos e antropométricos complementaram o entendimento da dimensão da DM2 no contexto bio-psico-sócio-cultural em que se vive. A participante é dona-de-casa, casada, renda familiar de 3 salários-mínimos,

cursou o ensino básico completo, foi diagnosticada com DM2 há 5 anos, toma hipoglicemiante oral e medicamento para a hipertensão arterial. Os valores da hemoglobina glicada (7%) e colesterol (164 mg/dL) são adequados e do triglicérideo (160 mg/dL) ligeiramente aumentado, índice de massa corporal (34,61 kg/m²) e circunferência abdominal elevados (104 cm).

RESULTADOS

Ao aplicar o modelo proposto, da abordagem no processo de acção em saúde torna-se necessário compreender as representações sociais das pessoas com DM2, nas questões envolvidas com a identidade de ser uma pessoa com DM2, e com o universo simbólico da alimentação, para que o processo da educação referente ao autocuidado seja eficaz.

Entre os diversos tipos de autocuidado, a alimentação é uma questão reconhecida como um dos principais problemas para as pessoas com DM2, quanto à adaptação às recomendações dietéticas, dificuldade e limitações de nunca mais poder comer e beber normalmente como todos os outros e ao controlo permanente de desejos, sensações e ansiedades (Anderson, Goddard, Garcia, Guzman, & Vasquez (1998).

As práticas alimentares das pessoas incluem o componente psicológico – as representações identitárias, o componente científico, o componente não científico divulgado pelo senso comum – as representações sociais da alimentação (Motta & Boog, 1984).

As representações identitárias dos usuários com DM2 da atenção primária estudadas constituíram-se pelas diferentes formas de ser, identificadas a partir dos discursos pessoais. Assim, há aqueles que se julgam “normais” e, portanto, em condições de realizar com equilíbrio as atividades de autocuidado e autocontrolo requeridas, porque se adaptaram ao quotidiano de convivência com a doença crónica. Há os que se representam por “aceitar a doença”, ao lidar com a integração da condição crónica do DM2 no estilo de vida. Por outro lado, há participantes que se representam “inconformados”, reagem ou reclamam da submissão das normas, não se conformando aos comportamentos de autocuidado requeridos. Há ainda aqueles que pensam ter uma vida carregada de “dificuldades”, ao tentar colocar em prática os comportamentos desejados de autocuidado.

As representações da alimentação das pessoas com DM2, construídas nas interações sociais, foram pautadas pelos princípios qualitativos e/ou quantitativos da alimentação saudável, prescritos pelos profissionais da saúde ou divulgadas pelos *media* com a finalidade de obter o controlo glicémico adequado. Assim, há aqueles que julgam que a pessoa com DM2 deve “comer saudável”. Outros, de forma fragmentada, pautam-se pelo “comer verduras e frutas”, “evitar doces” e “comer pouco”. Outras categorias pautaram na negação do que se pode comer, “não comer de tudo”, “não comer muito” e “não seguir o plano alimentar”.

A participante estudada possui crenças de que é “normal” e julga “comer saudável”. Sabe-se que essas representações dão conta do que pensa a pessoa e que influenciam a construção cognitiva dos planos de ação (D’Azurilla & Nezu, 2006).

Os comportamentos relacionados ao autocuidado alimentar da participante, fortemente marcados por representações sociais, ilustram o modelo da abordagem no processo de acção em saúde, descrito no Quadro1. Nota-se pelos discursos apresentados que a participante possui a intenção em emagrecer, porém falta-lhe autoeficácia. Assim as representações sociais da percepção de risco e dos resultados esperados devem ser avaliadas na fase motivacional, conforme o modelo proposto.

Quadro 1 –

Modelo da abordagem no processo de acção em saúde, na fase motivacional, para a intervenção educativa em diabetes *mellitus* proposta.

Fase motivacional	Discursos
Intenção para adesão ao tratamento	“Porque eu gosto muito de doces, eu preciso de me policiar, graças a Deus a glicose é normal, nunca ficou alta. Eu tento emagrecer, mas eu não consigo, então é muito difícil.”
Autoeficácia	“Eu tento emagrecer, mas eu não consigo, então é muito difícil. Eu fiz picolé de abacate e suco, com adoçante. Aqui não tem sorvete <i>diet</i> , então eu faço. A gente vai comer e está fazendo alguma coisa, aí faço um suco. Eu tomo refrigerante zero, também”.
Representações sociais da percepção de risco	“Eu posso comer de tudo, mas tudo dosado, não é? A gente não faz a alimentação do diabético certinha, certinha. Eu não faço a alimentação separada. Porque eu gosto muito de doces, eu preciso de me policiar”.
Representações sociais dos resultados esperados	“Procuro comer coisas saudáveis. Eu tenho que aceitar o metabolismo do meu organismo para ele ficar mais no nível normal, depois que a gente adoce voltar atrás é muito difícil, principalmente para o diabético”.

Depois de firmada a intenção de adesão ao tratamento, na fase volitiva, conforme descrita no Quadro 2, a acção de mudança deverá ser planeada com base na identificação do real problema da participante, que é ficar muito tempo sem comer. O emagrecimento desejado pela participante é uma meta a ser atingida em longo prazo, para que possa diminuir as complicações metabólicas características do DM2. Sabe-se que a obesidade poderá levar ao aumento da resistência insulínica em indivíduos com grandes depósitos de gordura, localizados na região central, avaliados pela circunferência abdominal (Pereira *et al.*, 2003).

No planeamento da acção, nas etapas de iniciação, manutenção e recuperação, sugere-se aplicar a resolução de problemas. Esta técnica possui carácter educativo, através do qual o indivíduo tenta identificar ou descobrir soluções efetivas ou adaptativas para determinados problemas encontrados na vida quotidiana. Após a identificação das barreiras e da autoeficácia, formula-se as estratégias para atingir o objetivo.

Quadro 2 –

Modelo da abordagem no processo de acção em saúde, na fase volitiva, associado à resolução de problemas para a intervenção educativa em diabetes *mellitus* proposta.

Fase volitiva	Estratégias
Planeamento da acção 1. Iniciação - Consciência e identificação do problema	Problema identificado: ficar muito tempo sem comer “Eu como pão com margarina <i>light</i> , tomo leite integral com café com adoçante. De manhã, se eu não tenho pão, eu como biscoito. Eu almoço comida normal, arroz, feijão,

<p>- Especificação do problema</p> <p>- Identificação das barreiras e autoeficácia</p> <p>- Formulação de estratégias para atingir o objetivo</p>	<p>verdura e carne. Às vezes, eu faço lanche da tarde, às vezes ou como banana. O jantar é o mesmo. Eu faço raramente bolinho de arroz frito, quibe frito, uma vez por semana. Eu como torresmo seco, torradas com azeite, ovo de codorna. Eu uso azeite na salada. Eu bebo cerveja sexta, sábado e domingo”.</p> <p>Comer frutas no intervalo entre o desjejum e almoço Desjejum: “Eu como pão com margarina <i>light</i>, tomo leite integral com café com adoçante. De manhã, se eu não tenho pão, eu como biscoito”. Lanche da manhã: sem relato. Almoço: “Eu almoço comida normal, arroz, feijão, verdura e carne. Lanche da tarde: “Às vezes, eu faço lanche da tarde, às vezes ou como banana”. Jantar: “O jantar é o mesmo. Eu faço raramente bolinho de arroz frito, quibe frito, uma vez por semana. Eu como torresmo seco, torradas com azeite, ovo de codorna. Eu uso azeite na salada. Eu bebo cerveja sexta, sábado e domingo”.</p> <p>Representações sociais da percepção de risco</p> <p>Identificação dos vários caminhos possíveis, para resolver o problema. Como tem lidado com este problema anteriormente?</p>
<p>2. Manutenção</p> <p>- Identificação das barreiras e autoeficácia</p> <p>- Formulação de estratégias para atingir o objetivo</p>	<p>Representações sociais da percepção de risco</p> <p>Identificação dos passos específicos para manutenção da ação. Como você pode resolver este problema? Como vamos definir os passos para realizar este comportamento?</p>
<p>3. Recuperação</p> <p>- Identificação das barreiras e autoeficácia</p> <p>- Formulação de estratégias para atingir o objetivo</p>	<p>Representações sociais da percepção de risco</p> <p>Como pode resolver esse problema? Como vamos definir os passos para realizar este comportamento?</p>

DISCUSSÃO

A participante relata que tentou várias vezes emagrecer e encontrou dificuldades. Assim pode defender-se a tese a favor de uma provável interação, entre os obstáculos para a autogestão e a inadequada aplicação das habilidades para o enfrentamento de problemas. Para

enfrentar obstáculos, a autoeficácia, definida por Bandura (1977) como a confiança na própria capacidade de realizar determinados comportamentos de autocuidado, deverá estar presente. Para desenvolver a autoeficácia, recomenda-se identificar, no discurso da participante, os problemas referentes à DM2, que ela consegue resolver no seu cotidiano, conforme relato:

“Eu adoro arroz, feijão, verdura, comida simples bem feitinha. Eu faço a minha comida. Eu gosto de fazer. Para mim tudo está bom. Eu acho que não tem nada que eu não gosto. Eu sou boa de boca, tenho bom paladar. Eu como pão com margarina light, tomo leite integral com café com adoçante. Eu faço todo tipo de verdura, ontem fiz abóbora vermelha, anteontem eu fiz jiló. Se eu faço um legume eu não faço uma folha. Eu como 2 bananas por dia, laranja e maçã.. Eu evito de fazer doce.”

Reforçar os comportamentos saudáveis, como preparar a sua refeição, comer margarina light, comer verduras e frutas, substituir o doce pelo adoçante, segundo Peyrot & Rubin (2007), aumenta a confiança da pessoa nas suas próprias habilidades de mudança e também reforça a credibilidade do profissional de saúde.

Verifica-se que a saúde tem significativa importância na vida da participante e, preocupada em ser saudável, pauta-se pela ideia disseminada na sociedade de “comer coisas saudáveis” (Quadro 1, representações sociais dos resultados esperados).

Ao estabelecer novas normas de vida com o intuito de conseguir a normatividade, ela depara-se com as dificuldades de comer somente coisas saudáveis, optando pelo equilíbrio de “comer de tudo, mas tudo dosado” (Quadro 1, representações sociais da percepção de risco). A alimentação da participante, para ser saudável conforme é representado no seu discurso depende do equilíbrio entre os aspectos qualitativos – comer alimentos adequados que contenham todos os nutrientes recomendados e os aspectos quantitativos – comer alimentos na quantidade recomendada, segundo as necessidades nutricionais e a adequação do organismo. Segundo Helman (2009), o corpo acometido pelo DM2, para ser saudável, depende também do equilíbrio harmonioso entre a dieta, o ambiente e as emoções.

Tendo o equilíbrio como princípio norteador das suas refeições, ela compartilha com a família todos os alimentos e não percebe a alimentação como um risco à sua saúde, fato que ilustra a representação social da percepção do risco. Esta participante categoriza os alimentos conforme a quantidade de gordura presente – dos gordurosos, ela come um pedaço menor e dos muito gordurosos, ela não os come, e conforme também o grupo de alimentos para manter o controle glicêmico:

“Ontem eu fiz carne gordurosa, meu marido adora, mas eu procurei comer um pedaço menor e com menos gordura. O caldo é muito gorduroso e aí eu não comi”.

A categorização feita pela participante tem por finalidade selecionar os alimentos que se podem comer contribuindo para a construção da sua identidade “ser normal e comer coisas saudáveis”. Ao categorizar um determinado objeto, a pessoa sistematiza o contexto, estrutura de uma forma melhor o mundo em que vive, simplificando-o, de tal maneira que os acontecimentos possam ser explicáveis e controlados (Deschamps & Moliner, 2009).

O conhecimento da necessidade de comer menores porções, em não ingerir caldos gordurosos, em não preparar doces, foi suficiente para essa participante manter o controle da DM2, mas não para perder peso. O provável obstáculo epistemológico que dificulta colocar em prática o objetivo alvo poderá ser a complexidade do conceito.

Compreender a alimentação adequada para a perda de peso é complexo, pois inclui duas dimensões complementares e não excludentes. A qualitativa, comer alimentos adequados que contenham todos os nutrientes recomendados, e a quantitativa, comer alimentos na quantidade

recomendada, segundo as necessidades nutricionais e a adequação do organismo. Assim, a alimentação das pessoas que desejam perder peso deverá conter a quantidade adequada de todos os nutrientes, levando em consideração a necessidade nutricional diminuída (Escudero, 1988).

Devido à complexidade da alimentação, deve-se primeiramente avaliar a ocorrência desses comportamentos, a frequência e as dificuldades encontradas, retratadas no seu discurso, conforme primeiro passo, consciência e identificação dos problemas descrito no Quadro 2.

As recomendações para perder peso envolvem muitos comportamentos, como comer nas quantidades adequadas, comer nas horas certas, comer os alimentos adequados, preparar os alimentos adequadamente e não comer alimentos em excesso. Desta forma o profissional da saúde deve agir como um facilitador para uma tomada de consciência da situação e ajudar a participante à identificação do problema de uma forma bem específica, pois algumas pessoas podem estar desconectados, ou seja, não têm consciência da base do seu problema.

O problema refere-se a qualquer situação ou tarefa que exija resposta para haver funcionamento adaptativo, mas para a qual não haja resposta efetiva imediatamente aparente ou disponível para a pessoa, devido à presença de obstáculos, oriundos no ambiente ou dentro da pessoa (Peyrot & Rubin, 2007). Portanto, o comportamento alvo é comer com a frequência recomendada, pois ela omite o lanche da manhã, ficando quatro horas sem se alimentar, conforme relato. Sugere-se iniciar por comer uma fruta no intervalo entre o desjejum e o almoço.

As pessoas ainda têm a ideia de que se deve comer quando se tem fome, hábito muito antigo e arraigado, praticado desde a pré-história, em que as pessoas comiam até ficarem saciadas e, depois, quando a fome aparecia novamente. Comer nos intervalos entre as refeições, recomendação recente não veiculada pelo senso comum, distancia-se do que se julga ser uma alimentação saudável.

Assim, recomenda-se que o comportamento seja orientado para o objetivo acordado, dentro da realidade da participante, ao invés do resultado final, mas que não seja tão difícil e desafiador que a pessoa fique desanimada ou, também, que não seja tão fácil de executar (Peyrot & Rubin, 2007).

Evidências demonstram que programas de intervenção educativa pautados em mudanças de estilo de vida produzem em longo prazo, perdas de peso de 5 a 7% em relação ao peso inicial e manutenção do controlo metabólico adequado (Ada, 2010).

No segundo passo, após a identificação do problema, este deverá ser mensurável em quantidade e frequência, baseado em acção concreta e estabelecido de forma específica.

No terceiro passo, identificam-se as barreiras, os mais importantes determinantes do atendimento dos objetivos e podem incluir-se as crenças de que o tratamento não é efetivo, a perda da autoeficácia por fatores emocionais, a perda das redes sociais de apoio, as perdas de facilidades referentes ao meio ambiente e recursos de tempo e dinheiro (Peyrot & Rubin, 2007).

A percepção do problema refere-se à tendência geral para reconhecer as dificuldades quando ocorrem no quotidiano, ao invés de ignorá-las. A atribuição do problema refere-se às crenças causais da pessoa, em relação aos problemas que encontra na vida (D'Azurilla & Nezu, 2006). Muitas vezes, as pessoas não se sentem preparadas para enfrentar as adversidades de uma doença, para se adaptarem à situação e refugiam-se no problema. Falando de uma maneira prática, se uma pessoa cumpre a meta de manter o controlo glicémico, mas os outros

problemas pessoais e psicológicos não desaparecem, ela pode voltar a comer em excesso, fugindo ao confronto com os seus problemas e a realidade (Ferreira & Meir, 2004).

Para a participante, as crenças iniciais levantadas influenciam a construção cognitiva dos planos de acção, constituindo um obstáculo para as fases posteriores. Assim, as representações sociais desta participante, referentes à percepção de risco e dos resultados esperados ao serem identificadas (Quadro 1), auxiliam no levantamento dos problemas não conscientes. Ao dizer “eu tenho que aceitar o metabolismo do meu organismo para ele ficar mais no nível normal”, ela adaptou-se a uma realidade adversa, caracterizada por um conviver conturbado em prol de manter o controlo glicémico normal. Como essa enfermidade não tem cura, o organismo não retorna ao estado anterior de normalidade, mas ela consegue encontrar o equilíbrio dinâmico entre a saúde e a doença, ao conviver de forma harmoniosa, com as normas da alimentação que julga ser sadia. Essa crença poderá ser um obstáculo à colocação do comportamento desejado em prática – a perda de peso.

A modificação comportamental referente às práticas dietéticas é uma exigência imposta pela doença, devendo ser revistos a seleção dos alimentos e o fracionamento das refeições, o consumo de energia com o fim de diminuir ou evitar o aumento de peso, o consumo de gorduras trans e saturadas, colesterol e sódio. Essas modificações melhoram a resistência à insulina, diminuem os níveis da glicose plasmática, circunferência abdominal e gordura visceral com adequação dos níveis dos triglicéridos e colesterol (Ada, 2010).

No quarto passo, formulam-se estratégias para atingir o objetivo de comer frutas nos intervalos, respeitando as crenças e descobrindo como e porquê elas representam obstáculos para o sucesso do tratamento. Cada crença envolve uma estratégia específica.

As normas a serem seguidas pela participante devem ser adaptadas para lidar com as restrições, proibições e dificuldades que funcionam como uma contingência, ao colocar em prática o comportamento alvo.

A fase de manutenção da autoeficácia representa as crenças otimistas sobre a própria capacidade de lidar com os obstáculos que surgem durante o período dessa fase (Schwarzer, 2008). Segundo D’Azurilla & Nezu (2006), algumas pessoas podem ter pouca habilidade de resolução de problemas, mas muita habilidade de implementação de soluções.

Na fase de recuperação, avaliam-se os resultados obtidos, dando o suporte contínuo. Ao avaliar os resultados na situação problemática, poderá ocorrer que a solução escolhida não seja efetiva, exigindo que o indivíduo retome os estágios anteriores na tentativa de encontrar uma melhor solução (D’Azurilla & Nezu, 2001).

No modelo da abordagem no processo de acção em saúde, a pessoa deve acreditar na sua própria capacidade de realizar uma acção desejada, caso contrário o processo de acção não ocorrerá. A intenção deve ser transformada em instruções detalhadas sobre como executar a acção desejada. A autoeficácia e as representações sociais influenciam os processos de planeamento, acção, manutenção e recuperação da mudança de comportamento.

A educação é parte fundamental do tratamento da pessoa com DM2, associado ao controlo metabólico adequado, a uma dieta alimentar equilibrada e à prática regular de exercício físico, assim como, a estreita cooperação entre pacientes, família e profissionais de saúde e à tomada em conta dos factores emocionais que desempenham grande influência na adesão ao tratamento.

Dessa maneira, as atividades educativas de autocuidado dos indivíduos que utilizam os serviços oferecidos pelo sistema único de saúde devem ser adequadas às características da população atendida, contemplando as representações sociais e aspetos da formação e

educação de adultos, na medida em que podem contribuir para a elaboração de novos entendimentos acerca da realidade da pessoa e para um melhor enfrentamento da DM2.

Essa patologia exige uma visão holística do processo saúde-doença pelo profissional de saúde, com a apreensão do sujeito na sua dimensão biopsicossocial, integrando ações preventivas, promocionais e assistenciais coordenadas, para uma compreensão mais abrangente da doença e para favorecer intervenções mais efetivas e a adesão. Revela-se fundamental uma intervenção estruturada em equipas multidisciplinares para o desenvolvimento eficaz de programas de educação e promoção da saúde destes pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

- Abric, J-C. (2001). Metodologia de recolección de las representaciones sociales. In: J.C.Abric (Org.). *Prácticas sociales y representaciones*. (pp 53-74). México: Ediciones Coyoacán.
- Ada – American Diabetes Association (2010). Standarts of medical care in diabetes – 2010. *Diabetes Care*, 33 (supp 1), 11-61. doi: 10.2337/dc10-S011.
- Anderson, R. M., Goddard, C. E, Garcia, R., Guzman, J. R, & Vasquez, F. (1998). Using focus groups to identify diabetes care and education issues for Latinos with diabetes. *The Diabetes Educator*, 24, 616-625. doi:10.1177/014572179802400507.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-direct behaviour: attitudes, intentions, and perceived behaviour control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474. doi: 10.1016/0022-1031(86)90045-4.
- Bachelard, G. (1996). *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. São Paulo: Contraponto.
- Bahis, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitiva-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psicologia UPT on line*, 4. Consultada em Junho 2010. <http://www.utp.br/psico.utp.online>.
- Bandura, A. (1977). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Bardin, L. (2010). *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, A. T. T, & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus*. Florianópolis: SEAD/UFSC.

- Deakin, T., McShare, C. E., Cade, J. E., & Williams, R. D. R. R. (2008). Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas com diabetes mellitus tipo 2. *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2). Oxford. Update Software Ltda. Consultada em Janeiro 2012, <http://www.update-software.com>.
- Deschamps, J., & Moliner, P. (2009). *A identidade em psicologia social – dos processos identitários às representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: K. S. Dobson (Org.). *Manual de terapias cognitivos comportamentais*. 2ª ed. (pp. 17-43). Porto Alegre: Artmed.
- D´Azurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). Terapias de resolução de problemas. In: K. S. Dobson (Org.). *Manual de terapias cognitivos comportamentais*. (2ª ed., pp. 169-195). Porto Alegre: Artmed.
- Escudero, P. (1988). Las leyes fundamentales de la alimentación, 50. Instituto Nacional de Nutrição, v. 50 apud Solá, J.E. *Manual de dietoterapia do adulto*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Ferreira, M. M., & Meier, M. (2004). *Psicologia do emagrecimento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Funnell, M.M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., White, N. H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educator*, 17, 37-41. doi:10.1177/0145721704273166.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. *Cad. Saúde Pública*, 21, 200-206. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100022.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Jodelet, D. (1993). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. In: S. Moscovici S. (Ed.). *Psicología social II*. (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales: un domaine en expansion. In: D. Jodelet (Orgs). *Les représentations sociales*. (pp. 31-61). Paris: Press University de France.
- Kaplan, H. I, Sadockk, B. J., & Grebb, J. A. (1992). *Compendio de Psiquiatria: ciências comportamentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leventhal, H., Benyamin, Y., Brownlee, S., Leventhal, E. A., & Patrick-Miller, L. (1985). Illness representations: theoretical foundations. In: K.L. Petrie, & J. A. Weinnan (eds). *Perceptions of health and illness*. (pp. 1-18). Amsterdam: Harwood.

- Matos, M. A., & Tomanari, G. Y. (2002). *A análise experimental do comportamento no laboratório didático*. São Paulo: Manole.
- Moscovici, S. (2004). *Representações sociais – investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovic, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Motta, D. G., & Boog, M. C. F. (1984). *Educação nutricional*. São Paulo: IBRASA.
- Mulcahy, K., Maryniuk, M., Peeples, M., Peyrot, M., Tomky, D., Weaver, T., Yarborough, P. (2003). Diabetes self-management education core outcomes measures. *Diabetes Educator*, 29, 768-787. doi: 10.1177/014572170302900509.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª ed. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Pereira, L. O., Francischi, R. P., & Lancha Jr, A. H. (2003). Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47, 111-127. doi: 10.1590/S0004-27302003000200003.
- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2433-2440. doi:10.2337/dc07-1222.
- Portugal. (2008). Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. Direção de Serviços de Cuidados de Saúde. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychology Reports*, 56, 179-182. doi: 10.2466/pr0.1985.56.1.179.
- Silva, L. F. (2004). *Sócio-antropologia da saúde*. Sociedade, cultura e saúde doença. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior. *Applied Psychology: An International Review*, (57), 1-29. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: J. Vala, M. B. Monteiro (Eds). *Psicologia social*. 7ª ed. (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Maria Marta Amancio Amorim, Natália Ramos, Isabel Cristina Bento & Maria Flávia
Gazzinelli