



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE PREVENÇÃO E DA
SAÚDE COLETIVA

BEM-ESTAR SUBJETIVO, RESILIÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO
CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS

FABRYCIANNE GONÇALVES COSTA

JOÃO PESSOA

2017

FABRYCIANNE GONÇALVES COSTA

**BEM-ESTAR SUBJETIVO, RESILIÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO
CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, por Fabrycianne Gonçalves Costa, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientação: Prof^a Dr^a Maria da Penha de Lima Coutinho

JOÃO PESSOA

2017

C837b Costa, Fabrycianne Gonçalves.

Bem-estar subjetivo, resiliência e representações sociais no contexto do diabetes mellitus / Fabrycianne Gonçalves Costa.

– João Pessoa, 2017.

254 f.: il. -

Orientadora: Maria da Penha de Lima Coutinho.

Tese (Doutorado) - UFPB/ CCHL

1. Psicologia social. 2. Representação social. 3. Diabetes mellitus. 4. Doença crônica. I. Título.

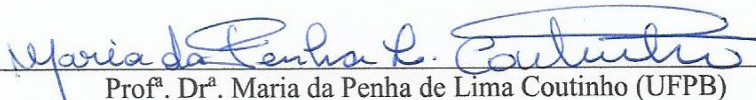
UFPB/BC

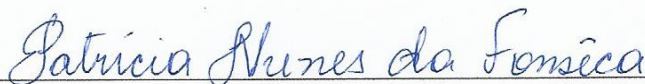
CDU: 316.6(043)

**BEM-ESTAR SUBJETIVO, RESILIÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO
CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS**

FABRYCIANNE GONÇALVES COSTA

Banca Avaliadora:


Prof.ª. Dr.ª. Maria da Penha de Lima Coutinho (UFPB)
Orientadora


Prof.ª. Dr.ª. Patrícia Nunes da Fonsêca (UFPB)
Membro interno

Prof.ª. Dr.ª. Ieda Franken Rodrigues (UFPB)
Membro interno

Prof.ª. Dr.ª. Maria Natália Pereira Ramos (Universidade Aberta- Lisboa)
Membro externo

Prof.ª. Dr.ª. Kay Francis Leal Vieira (UNIPÊ)
Membro externo

JOÃO PESSOA

2017

A minha mãe querida pelo exemplo de garra e força.

Ao meu filho Caio a quem tanto amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por ser a minha fonte de proteção e força necessária que me impulsiona a seguir em frente.

Aos meus familiares, em especial, à minha mãe Eurides por compartilhar dos momentos de sofrimento e alegrias, ao meu filho lindo, que nasceu durante esse curso, Caio mamãe te ama! À minha irmã Fabyanne por seus conselhos, ao meu pai Fausto que apesar de hoje não ter muita noção do significado da conclusão desse curso, tenho certeza que se alegrará juntamente comigo; e, aos demais familiares, tias, tio, e primos, pela torcida.

À minha orientadora, Maria da Penha de Lima Coutinho, por suas valiosas orientações que foram além desta tese, por seu exemplo de dedicação, compromisso e zelo à vida acadêmica. Obrigada pelo acolhimento e por todo carinho, meus agradecimentos são extensivos a sua família. À professora Patrícia Nunes e Kay Francis, por terem se disponibilizado em participar deste trabalho, contribuindo para o enriquecimento do mesmo; às professoras, Ieda Franken e Natália Ramos, por gentilmente terem aceitado o convite para fazer parte da avaliação deste trabalho. A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da UFPB, pelo conhecimento compartilhado.

À Márcio Coutinho, por suas contribuições neste trabalho.

À Rosemary Fontes, pelo suporte psicológico.

Aos meus colegas do doutorado e em especial aos do Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais e da Saúde Coletiva, Adriele, Ana Cristina, Andrade, Jaqueline e Lidiane, obrigada pelo apoio.

Aos participantes desta pesquisa, pela confiança, tornando esse estudo possível.

À todos, que de modo direto ou indireto me auxiliaram nessa conquista.

RESUMO

Esta tese teve como objetivo geral apreender as representações sociais acerca do diabetes e tratamento elaboradas por pessoas diabéticas e quantificar os níveis do Bem-Estar Subjetivo (BES) e da resiliência nesse grupo de pertença. Para alcançá-lo, foi necessário desenvolver quatro estudos, apresentados em formato de artigos, três deles fundamentados na Teoria das Representações Sociais (TRS) e um respaldado nos construtos do BES e da resiliência. O artigo 1 objetivou realizar uma revisão sistemática acerca do diabetes com base no aporte teórico das Representações Sociais. Assim, realizou-se um levantamento bibliográfico através da busca de artigos publicados nas bases de dados GALE, SCIELO, MEDLINE e SCOPUS, entre os anos de 2006 e 2016, utilizando-se as combinações de descritores “diabetes and social representations”, “diabetes and representações sociais”, e “diabetes and representaciones sociales”. Foram selecionados 9 artigos, os resultados apontaram para quatro grandes eixos: (i) “Aspectos nutricionais”; (ii) “O diabetes e suas definições”; (iii) “Apoio do familiar e do profissional da saúde” e as (iv) “Consequências do diabetes”. Em suma, o pensamento do senso comum veiculado nos artigos revisados foi consensual no que diz respeito às dificuldades da dieta. Não obstante a supervalorização da necessidade da reeducação alimentar, existe uma dificuldade à sua aderência devido principalmente ao caráter emocional. Quanto ao apoio da família e do profissional da saúde, observou-se que a superproteção por parte da primeira e que a falta de credibilidade na equipe médica podem interferir diretamente no engajamento da adesão ao tratamento. O artigo 2 objetivou apreender as representações sociais sobre o diabetes elaboradas por pessoas que tem a doença. Participaram 31 pessoas com idades entre 34 e 76 anos ($M= 55,68$; $DP= 11,6$), que responderam a um questionário biossociodemográfico e à Entrevista em Profundidade. Os dados foram processados pelo *software* Alceste e analisados por meio da estatística descritiva e da análise lexical. Os participantes apontaram em suas representações sociais a falta de conhecimentos acerca do diabetes, destacando a surpresa do diagnóstico; suas representações também estiveram ancoradas em fatores nutricionais e emocionais os quais foram permeados por emoções de cunho negativo. Os participantes que utilizavam insulina ratificaram noções de responsabilidades voltadas para consequências da doença, como é o caso da amputação de membros e o grupo que não a utilizava descreveu a doença atrelada à tríade do tratamento (medicação, reeducação alimentar e atividade física). O artigo 3 objetivou analisar as representações sociais sobre o diabetes mellitus e seu tratamento elaboradas por pessoas diabéticas. A amostra foi constituída por 104 participantes com idades entre 19 e 79 anos ($M= 56,16$; $DP= 13,01$), que responderam a um questionário biossociodemográfico e à Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram computados pelos *softwares* SPSS - 23.0 e Tri-deux-Mots e analisados por meio da estatística descritiva e análise fatorial de correspondência. Os resultados apontaram que o conhecimento consensual acerca do diabetes não difere do saber erudito. No que tange à concepção e ao tratamento, o diabetes foi representado enquanto doença crônica relacionada a problemas de açúcar no sangue, oscilação de humor e perigo de vida, à semelhança do conhecimento científico. O tratamento emergiu de forma associada ao controle alimentar, adesão e manutenção das orientações médicas. Foi possível perceber representações consensuais e discensuais. As primeiras, dizem respeito ao controle que o tratamento exige. Nas discensuais, as mulheres focaram a doença associada à restrição alimentar e à oscilação de humor e os homens associaram o diabetes a problemas no sangue, perigo de vida que pode levar à morte e que devem obedecer às regras do tratamento. No artigo 4 objetivou-se analisar o BES e a resiliência em pessoas com diabetes mellitus, foram aplicadas as escalas de BES e de resiliência a 104 diabéticos com idade média de 56,16 anos ($DP= 13,01$). Os resultados evidenciaram que 65,4% dos participantes apresentaram altos níveis de BES, com maior média para os afetos positivos 3,65 ($DP = 0,65$); quanto à resiliência, observou-se que a maioria dos participantes

possui alta capacidade de resiliência (87,5%). Constatou-se que a dimensão afeto positivo da escala BES correlacionou-se com as dimensões, ações e valores ($r= 0,58$) e autoconfiança ($r= 0,23$) da escala da resiliência. O aumento da vivência de emoções positivas entre os diabéticos propiciou maior aceitação de si no tocante à doença e sua terapêutica. Espera-se que tais estudos contribuam para a construção do conhecimento científico partindo da perspectiva da pessoa diabética, assim como proporcione maior visibilidade à doença no que tange à elaboração de práticas terapêuticas voltadas tanto para seus aspectos físicos, quanto emocionais.

Palavras chave: representação social, diabetes mellitus, doença crônica, resiliência, bem-estar subjetivo.

ABSTRACT

This thesis had as general objective to apprehend the social representations about diabetes and treatment developed by diabetics and to quantify the levels of Subjective Well-being (SWB) and resilience in this group of belonging. To achieve this, it was necessary to develop four studies, presented in the form of articles, three of them based on the Theory of Social Representations and one supported in the SWB and resilience constructs. The article 1 aimed to carry out a systematic review of the diabetes subsidized in the theory of Social Representations. Thus, a bibliographic survey was carried out by means of articles published in the databases GALE, SCIELO, MEDLINE and SCOPUS, between the years 2006 and 2016, using the combinations of descriptors "diabetes and social representations", "diabetes and representações sociais", and "diabetes and representaciones sociales". It was selected 9 articles, the results pointed to four main axes: (i) "Nutritional aspects"; (ii) "Diabetes and their settings"; (iii) "Support of the family members and the health professional" and (iv) "Consequences of diabetes". In short, the common-sense thinking conveyed in the revised articles was consensual about dietary difficulties. Despite the overvaluation of the need for food reeducation, there is a difficulty to its adherence due mainly to the emotional character. Regarding the support of the family and the health professional, it was observed that the overprotection by the first and that the lack of credibility in the medical team can interfere directly in the commitment of adherence to the treatment. The article 2 aimed to apprehend the social representations elaborated by people who have diabetes about the disease. As many as 31 people, with ages ranging from 34 and 76 years old ($M = 55.68$; $SD = 11.6$), who responded to a sociodemographic questionnaire and depth interview. The data were submitted to the Alceste software and analyzed using descriptive statistics and lexical analysis. The participants pointed out in their social representations were focused on the ignorance of diabetes, highlighting the surprise of the diagnosis, their representations were also anchored in nutritional and emotional factors which were permeated by negative emotions. Participants who used insulin have ratified responsibilities notions for the consequences of this disease, such as the case of the limbs amputation, those who did not used insulin described the disease linked to the triad of treatment (medication, dietary reeducation and physical activity). The article 3 aimed to analyze the social representations about diabetes mellitus and treatment elaborated by diabetics. The sample was composed of 104 participants with ages between 19 and 79 years ($M = 56.16$; $SD = 13.01$), who answered a sociodemographic questionnaire and the Free Word Association Test. The data were submitted to SPSS - 23.0 and Tri-deux-Mots software's and analyzed using descriptive statistics and factorial correspondence analysis. The results showed that the consensus knowledge about diabetes does not differ from the scholarly knowledge. Regarding conception and treatment, diabetes was represented as a chronic disease related to blood sugar problems, mood swings and danger of life, like scientific knowledge. Treatment emerged in a manner associated to food control, adherence and maintenance of medical guidelines. It was possible to perceive consensual and discourse representations. The first ones concern the control that treatment requires. In the disbursements women focused on the disease associated with food restriction and mood swings and men associated diabetes with blood problems, life-threatening risks that may lead to death, and that they must obey the rules of treatment. The article 4 aimed to analyze the SWB and resilience in people with diabetes mellitus, it was applied the scales of SWB and resilience to 104 diabetic patients with a mean age of 56.16 years ($SD = 13.01$). The results showed that 65.4% of the participants presented high levels of SWB, with a higher mean for positive affects 3.65 ($SD = 0.65$); it was observed that most participants had high resilience (87.5%). It was found that the positive affect dimension of the BES scale correlated with the dimensions, actions and values ($r = 0.58$) and self-confidence ($r = 0.23$) of the resilience scale.

The increase in the experience of positive emotions among the diabetics provided greater acceptance of themselves regarding the disease and its therapeutics. It is hoped that such studies will contribute to the construction of scientific knowledge from the perspective of the diabetic person, as well as to provide greater visibility to the disease regarding the elaboration of therapeutic practices focused on both their physical and emotional aspects.

Keywords: Social representation, diabetes mellitus, chronic illness, resilience, subjective well-being.

RESUMEM

Esta tesis se pretende identificar las representaciones sociales de la diabetes y tratamiento desarrollados por los diabéticos y cuantificar los niveles de Bienestar Subjetivo (BES) y la resistencia en este grupo de pertenencia. Para llegar a ella, era necesario desarrollar cuatro estudios, presentados en forma de artículos, tres delles basados en la teoría de la Representación Social y uno apoyado en los constructos de BES y capacidad de recuperación. El artículo 1 el objetivo realizar una revisión sistemática de artículos indexados sobre la diabetes subvencionados el marco teórico de las representaciones sociales. Por lo tanto, hubo una búsqueda en la literatura de los artículos publicados en las bases de datos de GALE, SCIELO, MEDLINE y SCOPUS, entre los años 2006 y 2016, el uso de las combinaciones de descriptores “diabetes and social representations”, “diabetes and representações sociais” y “diabetes and representaciones sociales”. Se seleccionaron nueve artículos, los resultados apuntan a cuatro áreas principales: (i) “aspectos nutricionales”; (ii) “Diabetes y definiciones”; (iii) “Apoyo a la Familia y el profesional de la salud”, y (iv) “Consecuencias de la diabetes”. En resumen, el pensamiento de sentido común transmitida en los artículos revisados consenso con respecto a las dificultades de la dieta. A pesar de la sobrevaloración de la necesidad de educación nutricional, hay una dificultad en el agarre debido principalmente al carácter emocional. En cuanto a la familia y el apoyo profesional de la salud, se observó que la sobreprotección por la primera y la falta de credibilidad en el personal médico puede afectar directamente a la participación de la adherencia al tratamiento. El artículo 2 tiene como objetivo comprender las representaciones sociales realizadas por personas que tienen diabetes sobre la enfermedad. En ellas participaron 31 personas de edades comprendidas entre 34 y 76 años ($M = 55.68$, $SD = 11.6$), que respondieron a un cuestionario biossociodemográfico y una entrevista en profundidad. Los datos fueron procesados por el software Alceste y analizados utilizando estadística descriptiva y el análisis léxico. Los participantes señalaron en sus representaciones sociales la falta de conocimiento acerca de la diabetes, destacando la sorpresa del diagnóstico; sus representaciones también estaban anclados en los factores nutricionales y emocionales que fueron penetradas por la naturaleza de las emociones negativas. Los participantes que utilizaron insulina ratificado responsabilidades nociones centradas en las consecuencias de la enfermedad, tales como la amputación de las extremidades y los que no están acostumbrados a la descrita enfermedad ligada a la tríada de tratamiento (medicación, la educación nutricional y la actividad física). El artículo 3 tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de la diabetes mellitus y el tratamiento preparado por los diabéticos. La muestra estuvo constituida por 104 participantes de entre 19 y 79 años ($M = 56.16$, $SD = 13.01$), que respondieron a un cuestionario biossociodemográfico y la Técnica de Asociación Libre de palabras. Los datos se calcularon por SPSS - 23.0 y Tri-deux-mots y analizados utilizando estadística descriptiva y análisis factorial de correspondencia. Los resultados mostraron que el conocimiento de consenso de la diabetes no difiere de conocimiento académico. En lo que respecta al diseño y el tratamiento, la diabetes se representa como una enfermedad crónica relacionada con problemas de azúcar en la sangre, cambios de humor y el peligro de la vida, como el conocimiento científico. Los tratamientos resultó tan asociado con el control de los alimentos, el cumplimiento y mantenimiento de las directrices médicas. Fue posible percibir representaciones consensuales y discensuais. La primera se relacionan con el control que requiere tratamiento. En discensuais mujeres centrado en la enfermedad asociada con la restricción de alimentos y los cambios de humor y los hombres de la diabetes problemas de la sangre, peligro de vida que puede llevar a la muerte y debe cumplir con las normas de tratamiento asociados. Artículo 4 tuvo como objetivo analizar el BES y la resistencia en personas con diabetes mellitus, se aplicaron las escalas de BES y la resistencia a 104 diabéticos, con media de edad de 56,16 años ($SD = 13,01$).

Los resultados mostraron que el 65,4% de los participantes tenían altos niveles de BES, con el promedio más alto de lo positivo afecta a 3,65 (SD = 0,65); como la capacidad de recuperación, se observó que la mayoría de los participantes tienen capacidad de resistencia de alta capacidad (87,5%). Se encontró que el efecto positivo escala de escala BES correlacionado con las dimensiones, las acciones y los valores ($r = 0,58$) y de confianza ($r = 0,23$) de la escala de la resistencia. Aumento de la experiencia de emociones positivas entre los diabéticos condujo a una mayor aceptación de sí mismo en relación con la enfermedad y su tratamiento. Se espera que estos estudios contribuyen a la construcción del conocimiento científico desde la perspectiva de la persona diabética, así como proporcionar una mayor visibilidad a la enfermedad en relación con la preparación de las prácticas terapéuticas dirigidas tanto a su bienestar físico y emocional.

Palabras clave: representación social, diabetes mellitus, enfermedad crónica, resistencia, bienestar subjetivo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Hiperglicemia crônica e suas complicações.....	46
Artigo 2- Figura 1. Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente das Entrevistas (n= 31)	166
Artigo 3- Figura 1. Plano fatorial de correspondência das RS acerca do diabetes	195

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação etiológica do diabetes mellitus.....	38
Artigo 1- Tabela 1. Síntese dos artigos mantidos na revisão sistemática	139
Artigo 3- Tabela 1. Frequência e porcentagem das variáveis biossociodemográficas dos participantes (n= 104)	194
Artigo 4- Tabela 1. Frequência e porcentagem das variáveis biossociodemográficas das pessoas com diabetes (n=104)	219
Artigo 4- Tabela 2. Correlação entre os fatores das escalas de resiliência e BES	220

LISTA DE SIGLAS

ADA- Associação Americana de Diabetes

AFC - Análise Fatorial de Correspondência

ALCESTE - Analyse Lexicale par Contexto d'un Ensemble de Segments de Texte

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BEP- Bem-Estar Psicológico

BES- Bem-Estar Subjetivo

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM- Diabetes Mellitus

DP- Desvio Padrão

EBES- Escala de Bem-Estar Subjetivo

ESGV- Escala de Satisfação Geral com a Vida

ESV- Escala de Satisfação com a vida

GWS- General Well-being Schedule

IDF- International Diabetes Federation

IDM- Injeções Diárias Múltiplas

IMC- Índice de Massa Corpórea

ISC- Insulina Subcutânea Contínua

MIDD- Maternally Inherited Diabetes and Deafness

MODY- Maturity Onset Diabetes of the Young

NAD- Neuropatia Autonômica do Diabetes

OECD- Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU- Organizações das Nações Unidas

PANAS- Positive Affect/Negative Affect Scale

POF- Pesquisa de Orçamentos Familiares

RS - Representações Sociais

SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes

SPANE- Scale of Positive and Negative Experience

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

SWBS- Subjective Well-Being Scale

TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras

TRS - Teoria das Representações Sociais

UCE - Unidade de Contexto Elementar

UCI - Unidade de Contexto Inicial

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA	
CAPÍTULO I – Contextualização do Objeto de Estudo	29
CAPÍTULO II – Diabetes Mellitus	35
2.1 Definição e descrição do diabetes mellitus	36
2.2 Critérios diagnósticos para o diabetes mellitus.....	36
2.3 Classificação do diabetes mellitus	37
2.4 Fatores de risco e epidemiologia do diabetes mellitus.....	41
2.5 Complicações decorrentes do diabetes mellitus e principais comorbidades.....	46
2.6 Tratamentos para o diabetes mellitus.....	50
2.7 Breves considerações acerca do diabetes e o Bem- Estar Subjetivo.....	53
CAPÍTULO III - Bem- Estar Subjetivo e Diabetes Mellitus	55
3.1 Aspectos sócio- históricos e conceituais acerca do BES	56
3.2 Teorias explicativas sobre o Bem-estar	60
3.3 Instrumentos para medir o Bem-Estar Subjetivo	65
3.4 Estudos empíricos sobre bem-estar subjetivo e diabetes mellitus.....	69
CAPÍTULO IV - Resiliência no Contexto do Diabetes Mellitus	74
4.1 Considerações acerca da resiliência no contexto do diabetes	75
4.2 Resiliência- Origens e Aspectos Conceituais.....	76
4.3 Instrumentos para avaliação da resiliência	85
4.4 Estudos empíricos sobre resiliência e diabetes mellitus	86
CAPÍTULO V - Teoria das Representações Sociais e Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus	95
5.1 Teoria das Representações Sociais	96
5.2 Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus	104
PARTE II- ESTUDOS EMPÍRICOS	
CAPÍTULO VI - Artigo- 1 Revisão sistemática de estudos sobre diabetes sob o enfoque da teoria das representações sociais	112
CAPÍTULO VII - Artigo- 2 Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus	141
CAPÍTULO VIII - Artigo- 3 O Universo Consensual acerca do Diabetes Mellitus	167
CAPÍTULO IX - Artigo- 4 Bem-Estar Subjetivo e Resiliência em Pessoas com Diabetes Mellitus	196

CONSIDERAÇÕES FINAIS	221
REFERÊNCIAS	227
ANEXOS	250

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é considerado uma das principais síndromes de evolução crônica que acomete o homem moderno independente da sua etnia, condição social, idade, sexo e localização geográfica. É caracterizado por alterações endócrinas significantes as quais modificam os níveis insulinêmicos, influenciando negativamente o metabolismo do organismo tendo como consequências complicações agudas e crônicas, alta prevalência, morbidade e mortalidade (Stuhler, 2012; Rigon, Rossi, & Coser, 2007).

A terminologia do gênero da palavra diabetes, em português, é possível ser usada igualmente tanto no masculino ("o diabetes"), quanto no feminino ("a diabetes"), embora do ponto de vista etimológico e filológico, seja mais correto empregar a palavra no gênero masculino para concordar com a expressão *mellitus*, que está no masculino (Houaiss, 2009). Portanto, neste estudo, optou-se pelo gênero masculino.

O diabetes configura-se como um crescente problema de saúde pública em todo o universo, considerado como uma das principais emergências de saúde do século XXI, de modo que se tem elevado de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em todos os países independentemente de seu grau de desenvolvimento; todavia, nem todos eles são conscientes do impacto social e econômico que essa doença tem ocasionado. Essa falta de entendimento segundo a International Diabetes Federation (IDF, 2015) é a maior barreira para o estabelecimento de estratégias efetivas de prevenção, embora tenha-se observado no campo da medicina avanços nessa área e no tratamento, não obstante, o número de casos da doença não diminuiu.

Nesse sentido, vale a pena alertar para os fatores de risco que podem desencadear o diabetes. A obesidade e o sedentarismo configuram como os principais vilões e estão associados, sobretudo, à inadequação dos hábitos alimentares característicos da sociedade moderna em que as pessoas têm dado prioridade a uma alimentação rápida, prática e gordurosa. Dentre outros fatores de risco destacam-se o envelhecimento populacional, o processo

acelerado de industrialização e a urbanização que vem ocorrendo nos últimos sessenta anos (Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD, 2016; Medeiros, Bessa, Coura, França, & Sousa, 2012).

Dessa forma, o diabetes quando não tratado e bem controlado, aumenta a probabilidade para o desenvolvimento das complicações crônicas decorrentes da doença, especialmente associadas ao tempo de exposição à hiperglicemia. Tais complicações são graves e potencialmente fatais, como a macroangiopatia, retinopatia, nefropatia e neuropatias; além de deixarem as pessoas muito debilitadas, são bastante onerosas ao sistema de saúde. A doença cardiovascular é a primeira causa de mortalidade entre as pessoas com DM; a retinopatia representa a principal causa de cegueira adquirida e a nefropatia uma das maiores responsáveis pelo ingresso a programas de diálise e transplante; o pé diabético se constitui em importante causa de amputações de membros inferiores. Assim, procedimentos diagnósticos e terapêuticos (cateterismo, *bypass* coronariano, fotocoagulação retiniana, transplante renal e outros), hospitalizações, absenteísmo, invalidez e morte prematura elevam substancialmente os custos diretos e indiretos da assistência à saúde da população diabética (Rodríguez, Meneses, Toboso, & Moreno, 2012; Guerra, Reckziegel, & Burgos, 2008).

Sabe-se que o viver com diabetes requer um complexo ajustamento no estilo de vida, o qual envolve a incorporação das práticas terapêuticas, adequações nos padrões alimentares, realização de controle glicêmico, medicamentos, prática de atividades físicas, manutenção da pressão arterial e acompanhamento contínuo da equipe multidisciplinar de saúde, objetivando um viver saudável prevenindo as possíveis complicações agudas e crônicas (Oliveira & Vencio, 2014; Tavares, Barreto, Lodetti, Guerreiro, Silva, & Lessmann, 2011; Oliveira, 2006).

Revisitando a literatura observa-se que no tocante aos estudos no campo da saúde que envolvem o diabetes esta tem focalizado mais os fatores negativos decorrentes da doença, como, por exemplo, a depressão, ansiedade, estresse, problemas de visão, hipertensão,

cardiopatas, amputação de membros, dentre outros (Hilliard, Harris, & Weissberg-Benchell, 2012; Silva et al., 2010). Em relação aos estudos das representações sociais observou-se também uma incipiente produção (Costa & Coutinho, 2016; Mantovani, Fegonesi, Pelai, Savian, & Pagotto, 2013; LeClair, Marquis, Villalon, & Strychar, 2009; Coelho, Silva, & Padilha, 2009; Péres, Franco, Santos, & Zanetti, 2008; Torres-López & Sandoval-Díaz, 2005). Poucos são os que priorizam construtos oriundos da psicologia positiva como o Bem-Estar Subjetivo (BES), a qualidade de vida, *coping* e a Resiliência (Holmes-Truscott, Browne, Pouwer, Speight, & Cummins, 2015; Hilliard et al., 2012).

Nesse sentido, é objeto desta tese estudar as representações sociais acerca do diabetes e seu tratamento, Bem-Estar Subjetivo e Resiliência de pessoas com diabetes, pois é fundamental compreender como as pessoas percebem seu estado de saúde/doença, e como este influencia no vivenciar do seu cotidiano. Sabe-se que quando as pessoas avaliam suas vidas positivamente estas tendem a superar suas adversidades com mais facilidade, assim como, melhor engajamento na terapêutica proposta.

Face a essas premissas indaga-se: Como as pessoas com diabetes representam o diabetes e sua terapêutica? Quais os níveis de BES e de resiliência apresentados pelas pessoas com diabetes? Qual tipo de correlação entre esses construtos?

Para responder a primeira questão utilizou-se do aporte teórico-metodológico da teoria das Representações Sociais (RS), por esta permitir a construção de um conhecimento prático apoiando-se no conhecimento do senso comum, que é socialmente construído no cotidiano de um grupo de pertença (pessoas com diabetes), uma vez que é a partir dessa interação que esses indivíduos constroem uma realidade particular que determina e direciona seus comportamentos e comunicações (Moscovici, 2012; Coutinho, 2005).

Ter acesso às RS de um objeto social é tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar uma problemática vinculada à sua realidade, bem

como de conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada, de acordo com a classe social a que pertencem e as instituições às quais estão vinculados (Coutinho, 2005).

Em consonância com Moscovici (2012):

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa (p. 46).

Ao se investigar as representações sociais do diabetes, é possível apreender o campo imagético da representação social que abarca as opiniões, imagens, crenças, valores, elementos culturais, entre outros fatores presentes no discurso sobre o diabetes, que são estruturados conforme seus organizadores socioculturais, atitudes e esquemas cognitivos (Coutinho, 2005). Diante disso, ter acesso às representações sociais formuladas por um grupo de pessoas com diabetes proporciona identificar as ideias e a linguagem partilhada por esse grupo, assim como compreender como ele entende, toma decisões e se posiciona frente ao diabetes.

Para atender à segunda questão utilizou-se das contribuições teóricas do BES, enquanto experiência interna que cada indivíduo emite acerca de como se sente e o seu grau de satisfação com a vida. Ele é composto por dois componentes: o cognitivo e o afetivo (Lima & Moraes, 2016; Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Snyder & Lopez, 2009).

O componente cognitivo agrega os aspectos racionais e intelectuais, como julgamentos que o indivíduo faz sobre sua própria vida. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a dimensão satisfação com a vida se assinala como um julgamento cognitivo, sendo um processo de juízo e de autoavaliação, que utiliza como parâmetros a comparação entre as circunstâncias de sua vida e o padrão definido por ela (Yilmaz & Arslan, 2013).

O componente afetivo diz respeito aos sentimentos agradáveis e desagradáveis resultantes de vivências imediatas, denominados de afetos positivos e negativos, respectivamente (Siqueira & Padovam, 2008; Diener, 1984). Nos afetos positivos, encontram-se as emoções prazerosas como o contentamento, interesse e entusiasmo, enquanto os afetos negativos se referem aos sentimentos ou emoções desagradáveis tais como: tristeza, ansiedade e medo (Snyder & Lopez, 2009).

Para que o equilíbrio entre as emoções positivas e negativas represente uma dimensão do BES é necessário que as vivências positivas sejam mais prevalentes do que as negativas. O BES é representado por elevados níveis de satisfação com a vida e alta frequência de experiências positivas (Diener & Lucas, 2000). Desse modo, o BES representa uma avaliação pessoal sobre quão feliz a pessoa se sente, independentemente do contexto e condições socioeconômicas, saúde, sucesso e outras variáveis que poderiam permitir uma avaliação objetiva de qualidade de vida (Nunes, Hutz, & Giacomoni, 2009; Oliveira et al., 2016).

Quanto ao construto da resiliência, este foi operacionalizado como um processo dinâmico enquanto capacidade da pessoa de suportar as adversidades, considerando os fatores intrínsecos e extrínsecos a ela. Trata-se da resistência aos efeitos adversos provenientes de situações estressoras que proporcionam ao indivíduo um desenvolvimento satisfatório face às vivências de adversidades significativas (Assis, Pesce, & Avanci, 2006).

O termo resiliência está relacionado aos processos psicossociais que influenciam no desenvolvimento saudável dos indivíduos, mesmo quando estes se encontram frente a situações problemáticas. No contexto do diabetes, a resiliência seria a capacidade da pessoa em lidar com a patologia, aceitando suas limitações, colaborando com a aderência ao tratamento e readaptando-se a novos estilos de vida. O estudo da resiliência possibilita compreender quais características individuais e ambientais podem ser modificadas ou estimuladas para que as

pessoas apresentem estratégias eficazes de enfrentamento da doença (Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Silva et al., 2006).

A resiliência é determinada pelo equilíbrio entre os fatores de proteção e de risco. Os fatores de proteção, também denominados de *buffers*, são as influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas. Esses fatores são conhecidos como a autoestima, o apoio social, a aproximação interpessoal, a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo, a crença ou a religião etc. (Rutter, 1985; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Os fatores de risco são situações de adversidade que ameaçam o desenvolvimento da resiliência, mas, ao mesmo tempo, são campos propícios ao desenvolvimento desta (Ribeiro, 2011). Dessa maneira, os fatores de risco podem ser coadjuvantes ou incrementadores na probabilidade de os indivíduos sofrerem perturbações associadas aos eventos negativos de vida, os quais potencializam resultados disfuncionais de ordem física, social e/ou emocional (Pesce et al., 2004).

Entre os fatores de risco estariam os eventos estressantes da vida, por exemplo, as perdas afetivas, experiências de doenças no próprio indivíduo ou na família, o desemprego, as guerras, as calamidades, a violência, entre outros (Rutter, 1985). Além disso, Pesce et al. (2004) consideram risco todo evento que se configure como empecilho ao nível individual ou ambiental e que potencialize a vulnerabilidade do indivíduo a resultados negativos.

Frente a essas considerações a presente tese se propõe a contribuir para a discussão do estado atual da arte no que se refere aos temas, diabetes, BES, resiliência e representações sociais. Tem como objetivo apreender as representações sociais acerca do diabetes e tratamento, elaboradas por pessoas diabéticas e quantificar os níveis do BES e da resiliência nesse grupo de pertença.

Para alcançar este objetivo foi necessário desenvolver quatro estudos: um estudo de revisão sistemática e três empíricos. O primeiro, apresentou com a finalidade de verificar como têm sido realizadas as pesquisas em representações sociais no contexto do diabetes. E os outros três estudos empíricos foram propostos com o intuito de possibilitarem a complementariedade de informações acerca da temática estudada. Informa-se também que a tese foi estruturada em duas partes. Na primeira parte, inseriu-se a revisão da literatura, compreendida em quatro capítulos teóricos, que foram de grande relevância para o entendimento e suporte teórico dos fenômenos pesquisados.

O primeiro capítulo, denominado “Contextualização do Objeto”, teve como base uma perspectiva histórica acerca do diabetes; ademais, foram ressaltadas a justificativa e relevância social do estudo. O segundo capítulo, conceituado “Diabetes Mellitus”, foi dedicado a definir os aspectos gerais que envolvem essa doença, incluindo definição, critérios diagnósticos, classificação, fatores de risco e epidemiologia, complicações, principais comorbidades e suas formas de tratamento.

O terceiro capítulo faz menção ao construto do BES, incluindo seus aspectos conceituais e descrição dos componentes. O quarto capítulo refere-se à resiliência no contexto do diabetes, nele foram apresentadas definições, os fatores de risco e proteção que abarcam o referido construto, além de apontamentos acerca dos principais instrumentos utilizados para mensurá-lo.

O quinto capítulo, intitulado “Teoria das Representações Sociais e Representações sociais no Contexto do Diabetes Mellitus”, tratou de breves apontamentos acerca dessa teoria, foram apresentados os aspectos conceituais e estruturais, sistemas de comunicação, suas funções, assim como processos de formação. Por fim, foram expostas pesquisas já realizadas acerca das representações sociais no contexto do diabetes mellitus.

A segunda parte desta tese foi composta por quatro estudos, apresentados em formato de artigos. O sexto capítulo foi constituído pelo Estudo 1- Artigo 1. Denominado “Revisão

sistemática de estudos sobre diabetes sob o enfoque da teoria das representações sociais”, o qual objetivou realizar uma revisão sistemática de artigos indexados acerca do diabetes subsidiados no aporte teórico das Representações Sociais. Desse modo, realizou-se um levantamento bibliográfico, através da busca de artigos publicados nas bases de dados GALE, SCIELO, MEDLINE e SCOPUS, entre os anos de 2006 e 2016, utilizando-se as combinações de descritores “diabetes and social representations”, “diabetes and representações sociais”, e “diabetes and representaciones sociales”.

O sétimo capítulo contém o Estudo 2 - Artigo 2, denominado “Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus”, objetivou apreender as representações sociais elaboradas por pessoas com diabetes acerca da doença. Participaram do estudo 31 pessoas com idades entre 34 e 76 anos ($M= 55,68$; $DP= 11,6$), que responderam um questionário biossociodemográfico e a Entrevista em Profundidade. Os dados foram processados pelo *software* Alceste e analisados por meio da estatística descritiva e análise lexical. Este artigo foi publicado na revista *Psicologia em Estudo*, em janeiro de 2016 (anexo).

O oitavo capítulo aborda o Estudo 3 - Artigo 3, intitulado “O universo consensual acerca do Diabetes Mellitus”, que teve como objetivo analisar as representações sociais sobre o diabetes mellitus e tratamento elaborado por pessoas diabéticas. A amostra foi constituída por 104 participantes com idades entre 19 e 79 anos ($M= 56,16$; $DP= 13,01$), que responderam um questionário biossociodemográfico e à Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram computados pelos *softwares* SPSS - 23.0 e Tri-deux-Mots e analisados por meio da estatística descritiva e análise fatorial de correspondência.

O nono capítulo corresponde ao Estudo 4. O Artigo 4 teve como objetivo geral analisar o bem-estar subjetivo e a resiliência no contexto do diabetes mellitus. Especificamente, mensurar os níveis de bem-estar subjetivo e da resiliência em pessoas com diabetes mellitus e correlacionar a resiliência com os fatores que compõem o bem-estar subjetivo (afetos positivos,

negativos e satisfação com a vida). Nesse estudo participaram 104 pessoas com idades entre 19 e 79 anos ($M= 56,16$; $DP= 13,01$), que responderam um questionário biossociodemográfico e as Escalas de Bem-estar Subjetivo e Resiliência. Os dados foram processados pelo *software* SPSS - 23.0 e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial.

E, por último, foram apresentadas as considerações finais, na sequência as referências e os anexos.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

CAPÍTULO I –

Contextualização do Objeto de Estudo

Este capítulo possui a finalidade de contextualizar o tema central desta tese - diabetes mellitus - focado em uma perspectiva psicossociológica das representações sociais, bem como pesquisar como as pessoas diabéticas experienciam seu BES e sua capacidade de resiliência.

O diabetes é uma doença antiga, tendo sua mais remota descrição documentada nos escritos hindus, o primeiro caso foi verificado no Egito em 1500 a.C. O termo latino diabetes se origina do grego e significa sifão (tubo para sugar água). Este nome foi dado devido aos sintomas da doença, os quais provocam sede intensa e grande quantidade de urina. Esta denominação “diabetes” foi utilizada pela primeira vez por Apolônio de Memphis em torno de 250 a.C. Essa doença só adquiriu a terminologia *mellitus* que em latim quer dizer mel, na década de 1670 quando o médico inglês Thomas Willis provou a urina de várias pessoas que apresentavam os mesmos sintomas (polifagia - muita fome, polidipsia- muita sede, poliúria - muita urina e poliastenia - muita fraqueza) e percebeu que seu sabor era adocicado, logo a patologia passou a ser chamada de urina doce (Brostoff, Keen, & Brostoff, 2007; Marcelino & Carvalho, 2005).

Os médicos Sushruta, Arataeus e Thomas Willis foram os pioneiros no tratamento do diabetes mellitus, o qual consistia em realizar exercícios físicos, preferencialmente, andar a cavalo para aliviar a micção adicional. A dieta consistia na ingestão de vinho e superalimentação para compensar a perda de peso fluido (Brostoff et al., 2007; Marcelino & Carvalho, 2005).

Segundo o Cânon da Medicina, de Avicena, a presença de glicose na urina foi identificada em 1776 por Matthew Dopson; e Peter Frank classificou o diabetes de duas formas: mellitus e insípida. Em 1788, Cawley fez a primeira observação por necropsia em um diabético, e Jhon Rollo atribuiu causas gástricas à doença, conseguindo notáveis melhoras com um regime rico em proteínas e gorduras e com pouco carboidrato. Na década de 1840, ocorreram os primeiros trabalhos experimentais relacionados ao metabolismo dos glicídios, quando foi

descoberto o glicogênio hepático, motivo da aparição da glicose na urina, por excitar os centros bulbonares (Brostoff et al., 2007; Marcelino & Carvalho, 2005).

O papel do pâncreas no diabetes foi descoberto por Joseph von Mering e Oskar Minkowski em 1889, examinando cães cujo pâncreas foi removido e desenvolveram todos os sinais e sintomas do diabetes morrendo pouco tempo depois. Em 1910, Edward Albert Sharpey-Schafer encontrou que o diabetes resultava da falta da insulina. Em 1915 passou-se a recomendar o ópio como medicamento, na terapêutica do diabetes, além dos exercícios e alimentação supracitados, embora, o marco máximo na história do diabetes em seu tratamento foi a descoberta da insulina, por Frederick Banting aplicada pela primeira vez em humanos, em 1922. O primeiro transplante de pâncreas com a finalidade de curar o diabetes foi realizado na Universidade de Manitoba, no Canadá, em 1966 (Brostoff et al., 2007; Das & Shah, 2011; Marcelino & Carvalho, 2005). Em 2004, foi realizado o primeiro transplante de ilhotas de Langerhans com a finalidade de curar o diabetes tipo 1, no Hospital Albert Einstein de São Paulo, e a cada ano, novas descobertas surgem, como o tratamento por meio de células-tronco testado e aprovado em 2007 (Sá et al., 2008).

Desde o descobrimento do diabetes, inúmeras pesquisas vêm sendo realizadas nas mais diversas áreas do conhecimento, e em especial na saúde (Biasi, 2011; Sá et al., 2008; Stuhler, 2012). Atualmente, é considerada uma doença de grande impacto; segundo as estimativas mais recentes da International Diabetes Federation (IDF), existem aproximadamente 415 milhões de adultos no mundo com diabetes e estima-se que em 2040 esse número chegue a 642 milhões. No que tange ao diabetes tipo 1 as estimativas revelam que 542 mil crianças de 0 a 14 anos são acometidas dessa síndrome e que um em cada sete nascimentos é afetado pelo diabetes gestacional.

O diabetes está no rol entre as cinco doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que mais matam. Atualmente, a cada 6 segundos uma pessoa morre decorrente dessa doença,

computando cerca de 5 milhões de mortes anuais (IDF, 2015). O Brasil é o quarto país no rol de maiores acometidos pelo diabetes atingindo cerca de 14 milhões de pessoas e aparecem 500 novos casos por dia. Estima-se que metade da população tenha diabetes, no entanto, desconheça seu diagnóstico, percebendo-o apenas após o aparecimento de suas complicações (Brasil, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) a informação acerca da quantidade de brasileiros diabéticos é de grande relevância para compreender a situação atual da população, e, sobretudo, planejar o futuro visando à prevenção de novos casos, pois embora muito se tenha avançado no tratamento farmacológico do DM, o grau de controle da doença está bem aquém do desejado. Nessa direção, evidencia-se a necessidade de investimentos em prevenção primária, secundária e terciária (SBD, 2015).

Face ao alarmante crescimento do diabetes em todo o mundo e considerando-o um problema de saúde pública, foi definida em 1991 pela IDF, entidade vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), a data 14 de novembro para a divulgação de medidas de alerta, e para os governos decidirem políticas e suportes adequados para os diabéticos, em 2007. Essa medida foi aprovada pela Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) com a Resolução nº 61/225. Coincidentemente, também em 2007, entrou em vigor, no Brasil, a Lei nº 11.347/2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, e materiais necessários à sua aplicação, para o tratamento de diabetes, reforçando, assim, a garantia constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de atendimento universal e equânime.

Conforme já mencionado, além do conhecimento histórico registra-se que a presente pesquisa visa analisar o fenômeno do diabetes mellitus à luz da teoria das representações sociais, uma vez que esta consiste em dar voz aos atores sociais, permitindo-lhes expor seus pensamentos e interpretações do cotidiano por meio de suas opiniões, imagens, crenças, valores e vivências (Coutinho, 2005).

Vale ressaltar que o fenômeno possui uma definição elaborada no universo reificado da ciência, tornando-se, assim, possível de ser construído um novo conhecimento acerca do diabetes, respaldado no saber popular ou espontâneo (Moscovici, 2012). Outro aspecto a ser levado em consideração é que o diabetes tem sido uma realidade que permeia a sociedade, seja por conversações, propagandas, campanhas de prevenção, revistas, jornais, informações passadas pela equipe de saúde, presente no contexto familiar, entre outros; nesse sentido, mobilizam afetos tanto nos grupos atingidos quanto nos que não são; além disso, possui valor intrínseco na área da saúde, relevância cultural e espessura social (Sá, 1998).

A saúde e, conseqüentemente, a doença são temáticas importantes, que se impõem não só por razões históricas, mas também pela persistência da atualidade. Conforme Sá (1998, p. 36), “o caráter estranho e ameaçador próprio da doença responde pela sua extrema capacidade em gerar representações”. Herzlich (2005, p. 66) acrescenta que a doença é “um evento que modifica, às vezes, irremediavelmente a vida individual, a inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo; a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”.

Por fim, considera-se a indissociabilidade entre sujeito e objeto. Neste estudo, o grupo de pertença foi constituído por pessoas com diabetes mellitus. Considera-se que a doença esteja implicada nas práticas desse grupo, detectadas em comportamentos e comunicações voltados para a doença; dessa forma, evita-se ter como resultado da pesquisa pseudorrepresentações (Sá, 1998).

Na perspectiva psicossocial, observam-se estudos que abordaram diferentes temáticas para identificar as RS, por exemplo; sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde; acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento, sobre a amputação, as RS dos alimentos e das orientações nutricionais, acerca do cuidado, da adesão ao tratamento, acerca das RS do diabetes, do pé diabético e da relação saúde/doença, entre outras (Biasi, 2011; Clair,

Marquis, Villalon, & Strychar, 2009; Coelho, Silva, & Padilha, 2009; Mantovani et al., 2013; Péres, Franco, Santos, & Zanetti, 2008; Ribas, Santos, & Zanetti, 2013; Sales, 2003; Santos et al., 2011; Silva et al., 2010; Stuhler, 2012; Torres-López & Sandoval-Díaz, 2005).

Dessa maneira, observa-se que apesar da existência dos estudos supracitados, a literatura disponível ancorada na abordagem psicossociológica acerca do diabetes elaborada por pessoas com essa patologia, é incipiente, sendo mais frequente na área da Enfermagem, com pouca ênfase na Psicologia (Ribas et al., 2013; Stuhler, 2012).

Destarte a alta prevalência e incidência do DM em boa parte da população, estudos que abordem a RS do diabetes mellitus, ainda se faz fundamental investigar o que essa enfermidade representa para o homem, sociedade, bem como para identificar as possibilidades de mudanças de conceitos e atitudes relativos à mesma, justificando a elaboração de novas pesquisas que foquem na compreensão e elaboração do processo de construção social das representações em pessoas diabéticas. Além disso, também se pretende investigar quantitativamente o BES e a resiliência, esses construtos proporcionam o entendimento do funcionamento ótimo do indivíduo, contribuindo para um maior entendimento acerca da prevenção e promoção da saúde.

CAPÍTULO II –

Diabetes Mellitus

Neste capítulo, serão abordados aspectos gerais sobre o diabetes mellitus, a exemplo da definição, dos critérios diagnósticos, classificação, fatores de risco e epidemiologia, complicações e principais comorbidades decorrentes do diabetes e as formas de tratamento para essa doença.

2.1 Definição e descrição do diabetes mellitus

Hoje o diabetes mellitus (DM) é considerado uma das principais síndromes de evolução crônica, que atingem o homem moderno, em qualquer idade, condição social ou localização geográfica (Oliveira, 2006).

O diabetes trata-se de uma doença crônica não transmissível, em geral não se resolve espontaneamente e dificilmente tem cura. O diabetes ocorre devido a uma deficiência que pode ser absoluta ou relativa na secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, como, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Esses distúrbios ocasionam no indivíduo o acúmulo de glicose (açúcar) no sangue acima da taxa normal, que é de aproximadamente 60 a 110 mg%, provocando a hiperglicemia crônica (Brasil, 2006; Rigon, Rossi, & Coser, 2007).

O DM compreende um conjunto heterogêneo de doenças metabólicas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, que afetam em especial os sistemas; oftalmológico, renal, neurológico e cardiovascular (Brasil, 2006; Rodríguez, Meneses, Toboso, & Moreno, 2012).

2.2 Critérios diagnósticos para o diabetes mellitus

Conforme a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2016), existem três critérios pelos quais é possível diagnosticar o DM.

- i) Sintomas clássicos de DM: mais concentração de glicose plasmática casual (colhida a qualquer momento do dia desconsiderando o tempo da última refeição) ser maior ou igual a 200mg/dl;
- ii) Glicose plasmática de jejum (colhida após ausência de aporte calórico de pelo menos 8 horas) ser maior ou igual a 126mg/dl;
- iii) Glicose 2 horas após sobrecarga de glicose (o equivalente a 75 gramas de glicose anidra dissolvida em água) ser maior ou igual a 200mg/dl.

2.3 Classificação do diabetes mellitus

Atualmente a classificação do DM é baseada em sua etiologia e não no tratamento, substituindo os antigos termos insulino-dependente e não insulino-dependente pelos termos DM tipo 1 e DM tipo 2, respectivamente. A classificação se divide em quatro classes descritas na tabela 1 (ADA, 2016).

Tabela 1. Classificação etiológica do diabetes mellitus.

I. Diabetes tipo 1 (destruição da célula β, déficit absoluto de insulina)	2. Síndrome de Cushing
A. Autoimune	3. Glucagonoma
B. Idiopática	4. Pheochromocytoma
II. Diabetes tipo 2 (Resistência a insulina e déficit relativo de insulina)	5. Hipertireoidismo
	6. Somatostatinoma
	7. Aldosteronoma
	8. Outros
III. Outros tipos específicos de diabetes	E. Droga ou indução química
A. Defeitos genéticos da função da célula β	1. Vacor
1. Cromossomo 12, HNF-1a (MODY3)	2. Pentamidina
2. Cromossomo 7, glucoquinasa (MODY2)	3. Ácido nicotínico
3. Cromossomo 20, HNF-4a (MODY1)	4. Glicocorticóides
4. Cromossomo 13, fator promotor de insulina-1 (MODY4)	5. Hormônio da tireóide
5. Cromossomo 17, HNF-1b (MODY5)	6. Diazoxide
6. Cromossomo 2, NeuroD1 (MODY6)	7. Agonistas β -adrenérgicos
7. ADN mitocondrial	8. Tiazidas
8. Outros	9. Dilantin
B. Defeitos genéticos na ação da insulina	10. De γ -Interferão
1. Resistência insulínica tipo A	11. Outros
2. Leprechaunismo	F. Infecções
3. Síndrome de Rabson-Mendenhall	1. Rubéola congênita
4. Diabetes lipotrófica	2. Citomegalovírus
5. Outros	3. Outros
C. Doenças	G. formas incomuns de diabetes imuno-mediada
1. Pancreatite	1. Síndrome de "Stiff-man"
2. Trauma/pancreatectomia	Os anticorpos do receptor 2. Anti-insulina
3. Neoplasia	3. Outros
4. Fibrose cística	H. Outras síndromes genéticas algumas vezes associadas com diabetes
5. Hemocromatose	1. Síndrome de Down
6. Fibrocalculosa pancreopatia	2. Síndrome de Klinefelter
7. Outros	3. Síndrome de Turner
D. Endocrinopatias	4. Síndrome de Wolfram
1. Acromegalia	5. Ataxia de Friedreich
2. Síndrome de Cushing	6. Coreia de Huntington
3. Glucagonoma	7. Síndrome de Laurence-Moon-Biedl
4. Pheochromocytoma	8. Distrofia miotônica
5. Hipertireoidismo	9. Porfiria
6. Somatostatinoma	10. Síndrome de Prader-Willi
7. Aldosteronoma	11. Outros
D. Endocrinopatias do pâncreas exócrino	IV. Diabetes mellitus gestacional
1. Acromegalia	

Fonte: Adaptado das diretrizes ADA 2016

O diabetes tipo 1 se relaciona a uma deficiência absoluta na secreção do hormônio insulina, resultante de uma destruição autoimune das células-beta do pâncreas. É caracterizado, portanto, por um estado de dependência da aplicação da insulina exógena para evitar o quadro de cetoacidose diabética e salvar a vida desses pacientes. A cetoacidose diabética acontece quando as células não recebem glicose e precisam arranjar outra fonte para gerar energia; nesse caso, a solução é queimar gordura e músculos (Rodríguez et al., 2012).

Esse tipo de diabetes pode ser desenvolvido de forma rápida e progressiva principalmente em crianças e adolescentes, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária, com sintomas marcados pela poliúria (excesso de urina), polidipsia (muita sede), polifagia (muita fome) e emagrecimento. No diabetes tipo 1 podem-se distinguir dois subtipos: o autoimune e o idiopático, os quais são responsáveis por atingir de 5% a 10% do total de casos de diabetes (Rodríguez et al., 2012).

Diabetes tipo 2 representa 90-95% de todos os casos de diabetes. Caracterizado pela combinação da resistência à ação do hormônio e resposta secretora inadequada de insulina compensatória. Embora não exista um completo entendimento sobre o padrão da herança genética do diabetes, este é marcado pela presença de um componente hereditário. Em geral, atinge indivíduos acima dos 45 anos e obesos ou que tenham uma distribuição de gordura centrípeta.

O paciente com DM tipo 2 apresenta um quadro clínico mais silencioso e algumas vezes pode vir a ser diagnosticado já pelos sintomas das complicações crônicas como cegueira e uremia. Cerca de 80% dos pacientes com DM tipo 2 apresentam o quadro de síndrome metabólica, que é definida pela presença de dois ou mais dos seguintes critérios: medida da cintura alterada (homens com cintura acima de 94 cm e mulheres acima de 80 cm), triglicerídeos ≥ 150 mg/dl, HDL baixo (< 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres), pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg (ou uso de anti-hipertensivos) e glicemia ≥ 100

mg/dl. Nos estágios iniciais da doença os indivíduos não necessitam de insulina para sobreviver a menos que ocorra um agente de precipitação, tal como uma infecção no déficit parcial da insulina (ADA, 2016; Brasil, 2013; Rodríguez et al., 2012).

Os sintomas geralmente presentes nas pessoas com diabetes são: sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental, cicatrização deficiente, disponibilidade a desenvolver infecções, especialmente a infecção urinária e de pele, cicatrização deficiente (SBD, 2014).

Na categoria “outros tipos específicos de diabetes”, o subtipo defeitos genéticos da célula beta, encontra-se o tipo “MODY” (*Maturity Onset Diabetes of the Young*), que representa um tipo monogênico de DM, com padrão de herança autossômico dominante. Acomete indivíduos abaixo dos 25 anos e caracteriza-se por defeito genético na secreção de insulina, havendo heterogeneidade nos 6 subtipos de MODY descritos na tabela acima, cada um com peculiaridades quanto à gravidade da hiperglicemia e presença das complicações do DM. Outro subtipo nessa categoria é o MIDD (*Maternally Inherited Diabetes and Deafness*), caracterizado pela presença de mutação no DNA mitocondrial, que provoca diminuição da secreção de insulina pelo pâncreas. É marcado por herança materna e presença de surdez. Os demais subtipos podem ser resultantes de defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas, efeitos colaterais de medicamentos, uso de drogas, infecções e outras síndromes genéticas (ADA, 2016).

Existe ainda o diabetes gestacional, provocado pela intolerância à glicose durante a gravidez, devido aos hormônios produzidos pela placenta. Esse tipo afeta de 1-14% das gestantes e é considerado um fator de risco para o desenvolvimento posterior do DM2 (ADA, 2016).

2.4 Fatores de risco e epidemiologia do diabetes mellitus

O diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde pública para a maioria dos países do mundo, mas em especial para os emergentes, em virtude de sua alta prevalência e seus impactos psicossociais, os quais podem estar relacionados a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações (Stuhler, 2012).

A incidência e prevalência do diabetes tende a aumentar devido ao envelhecimento populacional, à urbanização, ao desenvolvimento econômico e a avanços terapêuticos no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predispõem ao acúmulo de gordura corporal (Whiting, Guariguata, Weil, & Shaw, 2011).

Nesse sentido, dentre esses fatores de risco associados ao DM, a obesidade se apresenta como incremento da resistência à insulina, estando associada principalmente à dieta inadequada e ao sedentarismo. Conforme pesquisa realizada no Brasil a prevalência da obesidade vem aumentando em todas as faixas etárias; aproximadamente, metade da população referiu ter excesso de peso (Iser, Yokota, Sá, Moura, & Malta, 2012). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) revelou que a frequência de excesso de peso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) aumentou de 16% para 50% em homens e de 28% para 48% nas mulheres nos últimos 36 anos, e avaliando os últimos 6 anos a prevalência de obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) aumentou de 8,9% para 12,5% em homens e de 13,1% para 16,9% nas mulheres (Iser et al., 2012). Na avaliação dos hábitos de vida associados ao DM e à doença cardiovascular na população brasileira também foram encontradas proporções preocupantes na ingestão de refrigerante (38,1%) e de carne gorda (34,2%), de abuso de bebida alcoólica (18%), de tabagismo (15%), de consumo de frutas e verduras (15%) e de atividade física em tempo livre (18%). As frequências desses fatores de

risco foram associadas a sexo, idade e nível educacional, indicando que essas variáveis devem ser levadas em consideração em programas de promoção de saúde e estratégias de prevenção (Iser et al., 2012).

Neste direcionamento, o ambiente de trabalho também é considerado um vilão para o desencadeamento do DM, podendo compreender desde os adultos jovens os quais estão engajados na busca profissional e, desse modo, tornam-se predispostos ao consumismo contemporâneo, aderindo à alimentação rápida e prática, ao sedentarismo e ao sobrepeso influenciados pela evolução tecnológica que minimiza o esforço físico nas atividades cotidianas; assim como os indivíduos que estão há mais tempo na mesma atividade laboral, devido à ansiedade mental, cobranças ou estresse no ambiente de trabalho podem contribuir para o aparecimento dessa doença (Medeiros et al., 2012).

De acordo com a Associação Americana de Diabetes a maior probabilidade de o indivíduo desenvolver diabetes está associada aos seguintes fatores de risco: excesso de peso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$), história de pai ou mãe com diabetes, hipertensão arterial ($>140/90 \text{ mmHg}$ ou uso de anti-hipertensivos em adultos), história de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg, altos níveis de triglicérides ($>250 \text{ mg/dL}$) ou HDL-C baixo ($<35 \text{ mg/dL}$), tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, obesidade severa, síndrome de ovários policísticos, história de doença cardiovascular, inatividade física e idade igual ou superior a 45 anos. Outros fatores que também podem causar o diabetes são: cirurgias, estresse, alimentação rica em carboidratos concentrados como balas, doces, açúcar, menopausa e certos medicamentos (ADA, 2016).

Para Denisco (2011) os grupos de mulheres, idosos, pessoas com menos instrução e com baixa renda são os mais vulneráveis para o desencadeamento do diabetes; destaca-se ainda que os grupos raciais e étnicos também apresentam alto risco para o desencadeamento de diabetes e, por vezes, sofrem as complicações da doença de forma desproporcional.

Sabe-se que as pessoas biologicamente relacionadas apresentam maiores riscos para o desenvolvimento do DM2. Nesse sentido, Leong, Rahme e Dasgupta (2014) realizaram uma revisão sistemática com a finalidade de averiguar se esse risco aumentado também poderia existir em membros da família biologicamente não relacionados, como é o caso dos cônjuges. Participaram do estudo 75.498 casais e foi constatado que quando um dos cônjuges tem DM2, o outro cônjuge apresenta um risco de aproximadamente 26%, de também apresentar diabetes. Para explicar esse resultado, os pesquisadores citaram o conceito do “agrupamento social”, condição que aborda a ideia de que pessoas que vivem juntas estão no mesmo ambiente e tendem a desenvolver os mesmos hábitos de alimentação e de atividade física. Além do aspecto do agrupamento social, os pesquisadores relataram que o acasalamento pode também desempenhar um papel no aumento do risco. O acasalamento é a ideia que as pessoas têm de constituir um casal que mantenha características similares, incluindo hábitos de saúde.

Dessa forma, o estudo aconselha que, quando um dos cônjuges apresenta DM2, o outro cônjuge deve estar alerta em relação aos seus próprios hábitos com o objetivo de evitar condições que levam ao diagnóstico de diabetes. Nesse caso, o reconhecimento do risco compartilhado entre os cônjuges pode levá-los a melhorar a detecção de diabetes e motivar os casais para aumentar os esforços de colaboração para aperfeiçoar os hábitos alimentares e de atividade física (Leong et al., 2014).

A adaptação para um estilo de vida saudável tem sido fundamental no que se refere tanto à prevenção quanto ao tratamento para o DM. Um estudo desenvolvido pelo Diabetes Prevention Program Research Group (2002), conduzido nos EUA, comparou grupos de pessoas fazendo o tratamento para o diabetes com uso de placebo, metformina e mudança no estilo de vida. Constatou-se que a incidência cumulativa de diabetes foi menor nos grupos de metformina e estilo de vida do que no grupo placebo durante o período de acompanhamento. A tentativa de prevenção farmacológica da doença, por meio da metformina, trouxe resultados piores que os

observados com a mudança do estilo de vida, com reduções no risco de DM de 31% e 58%, respectivamente (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002).

No que se refere à epidemiologia desta doença, os números mais recentes do International Diabetes Federation (IDF) mostram que atualmente aproximadamente 415 milhões de pessoas no mundo têm diabetes, fator este relacionado a 5 milhões de mortes por ano (IDF, 2015). Nos países da América Central e do Sul a prevalência do DM foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos este crescimento se dará, em especial, nas faixas de idades mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida e do crescimento populacional, enquanto que nos países em desenvolvimento esse aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, especialmente no grupo etário de 45 a 64 anos, em que sua prevalência será triplicada, duplicando nas faixas etárias de 20 a 44 anos e dos 65 anos ou mais (IDF, 2015).

No Brasil, cerca de 14 milhões de pessoas são portadoras do diabetes e aparecem aproximadamente 500 novos casos por dia (IDF, 2015). Segundo os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas de 2014, a prevalência de diabetes autorreferida ao conjunto das 27 cidades brasileiras, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,1%, sendo de 6,9% entre homens e de 7,3% entre mulheres. Embora a nível mundial os maiores acometidos pelo diabetes sejam os homens totalizando cerca de 215,2 milhões, enquanto 199,5 milhões são mulheres. Todavia, em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade, principalmente após os 45 anos (Brasil, 2015).

O levantamento apontou, ainda, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 24,4% dos brasileiros com mais de 65 anos se referiram à doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes (Brasil, 2015). Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências

são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (Brasil, 2011).

De acordo com um estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes no Brasil, evidenciou-se a influência da idade tendo sido observado um incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (SBD, 2009). Estima-se que 11% da população brasileira com idade igual ou superior a 40 anos tenham diabetes, o que representa cerca de cinco milhões e meio de pessoas (Brasil, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) cerca de 18% dos idosos são portadores da DM 2. O diabetes nessa população está relacionado a um maior risco de morte prematura, e a maior associação com outras comorbidades, como a hipertensão arterial, doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, artropatia, amputação e retinopatia. Além disso, o diabetes também está relacionado, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, que são a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência e a incapacidade comunicativa (Silva, Feldman, Lima, Nobre, & Domingues, 2006; SBD, 2014).

No cenário paraibano, conforme o Ministério da Saúde, estima-se que atualmente 5,3% da população é diabética totalizando cerca de 209 mil diabéticos, destes 4,7% estão em João Pessoa calculando um total de 37,6 mil (<http://paraiba.pb.gov.br/?s=diabetes>).

Por vezes, o diabetes surge e progride de forma silenciosa trazendo posteriormente graves implicações, que afetam a saúde e a qualidade de vida do portador. Estima-se que 50% da população com DM 2 não sabem que são portadores da doença e só descobrem quando as complicações decorrentes do diabetes aparecem, e cerca de um quinto dos que a conhecem não realizam qualquer tipo de tratamento (Brasil, 2006; Rodríguez, Meneses, Toboso, & Moreno, 2012).

2.5 Complicações decorrentes do diabetes mellitus e principais comorbidades

A persistência do estado hiperglicêmico é o fator primário provocador de complicações macrovasculares, microvasculares e dos distúrbios metabólicos no indivíduo diabético. É complexa a patogênese das alterações fisiológicas e metabólicas decorrentes da hiperglicemia crônica, a qual compreende mecanismos fisiológicos, biológicos e bioquímicos (Ferreira, Savioli, Valenti, & Abreu, 2011). Na figura a seguir se encontram, resumidamente, os fatores desencadeadores de complicações decorrentes do quadro de hiperglicemia crônica.

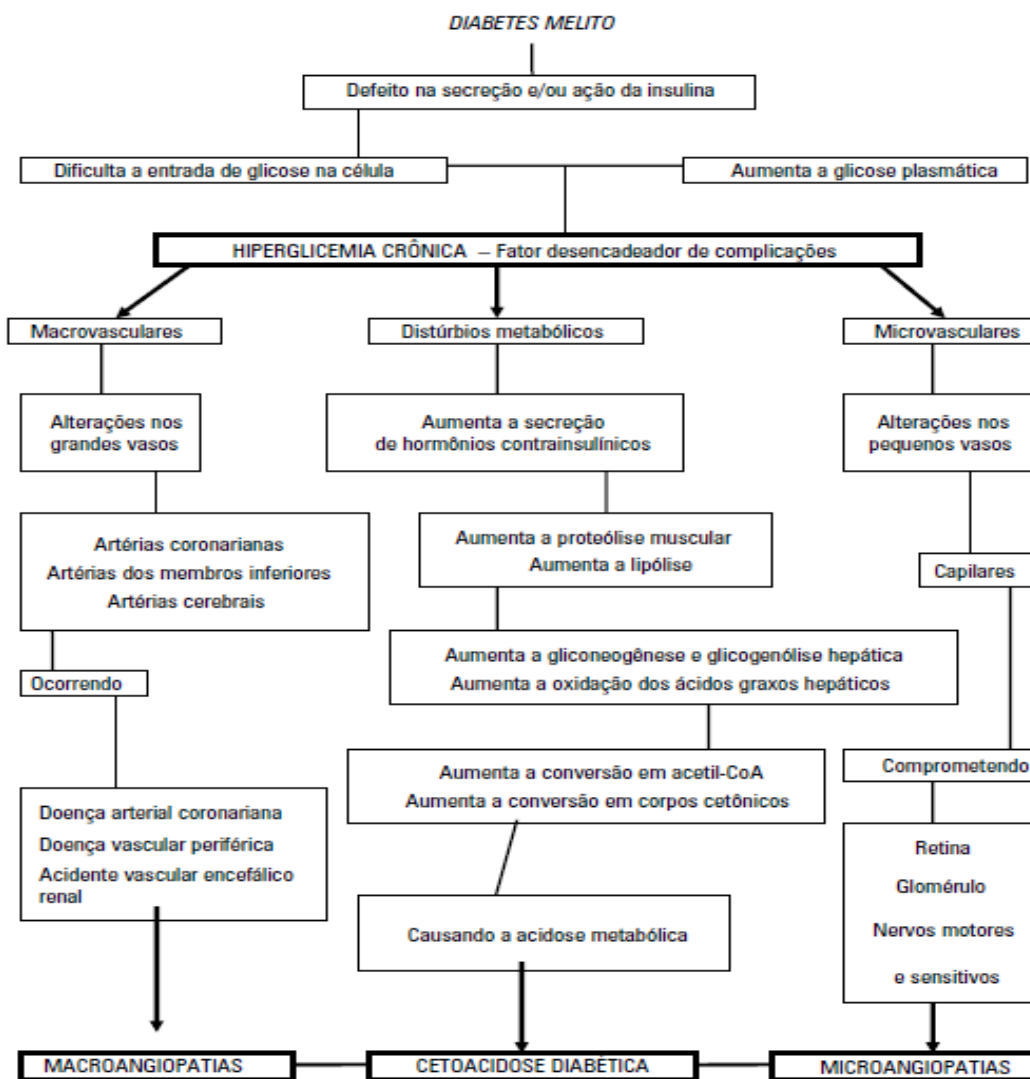


Figura 1: Hiperglicemia crônica e suas complicações

Fonte: <http://docplayer.com.br/178653-Diabetes-melito-hiperglicemia-cronica-e-suas-complicacoes.html>

As complicações macrovasculares compreendem a doença arterial coronariana, o acidente vascular cerebral isquêmico (AVC) e a doença arterial periférica. A doença cardiovascular é a primeira causa de mortalidade entre os indivíduos com DM2, tendo seu risco aumentado de duas a quatro vezes mais comparado a indivíduos sem diabetes. Em torno de 75% das mortes cardiovasculares atribuídas ao diabetes estão relacionadas à doença coronariana. Comparativamente aos indivíduos sem diabetes, os pacientes com DM2 têm maior prevalência de DAC, maior extensão da área de isquemia coronariana e maior predisposição para infarto agudo do miocárdio e isquemia silenciosa (Bertoluci, 2015).

Conforme o autor supracitado, em um estudo observacional, a mortalidade coronariana em pacientes com DM2 e sem infarto agudo do miocárdio prévio foi 15% comparativamente a 2% nos indivíduos sem DM2 após 7 anos. No mesmo estudo, em pacientes com DM2 com eventos cardiovasculares prévios, a mortalidade chegou a 42%, comparativamente a 16% em indivíduos sem diabetes no mesmo período. Em relação ao risco de AVC isquêmico, este é de 2 a 4 vezes mais frequente em pacientes com diabetes e o risco de morte em homens é 2 a 3 vezes maior nos pacientes com DM2. A prevalência de doença arterial periférica, por sua vez, é superior a 20% em homens com DM2 acima de 40 anos (Bertoluci, 2015).

Outra complicação decorrente do diabetes é a nefropatia diabética, caracterizada como a principal causa de insuficiência renal crônica terminal no mundo. Se o diabetes não for bem controlado, os níveis elevados de glicose no sangue podem lesionar os vasos sanguíneos nos rins fazendo com que deixem sair sangue, ao passo que a pressão arterial elevada nos vasos incapacita-os de filtrarem as substâncias tóxicas (SBN, 2015; Zach, 2015). A doença renal no diabetes atinge entre 20 e 40% dos indivíduos com diabetes, a nefropatia diabética evolui muito lentamente, sendo mais comum em pessoas que tenham a doença há mais de 20 anos (SBN, 2015; Zach, 2015).

As complicações neurológicas decorrentes do DM são resultantes da entrada excessiva de glicose em células neuronais e endoteliais. Essas complicações são classificadas como neuropatia autonômica, neuropatia periférica, amiotrofia diabética e mononeuropatia, as quais estão descritas a seguir.

A Neuropatia Autonômica do Diabetes (NAD) pode comprometer todos os sistemas do organismo. Geralmente em suas manifestações clínicas estão incluídos sintomas como: alteração de sabor, arritmias cardiorrespiratórias, hipotensão postural, gastroparesia, diarreia diabética, bexiga neurogênica, disfunção erétil, edema neuropático, artropatia de Charcot (deformação das articulações). Dentre as manifestações subclínicas estão: reflexos pupilares anormais, disfunção esofágica e reflexos cardiovasculares anormais. Outro sintoma que é possível perceber na NAD é a resposta alterada à hipoglicemia, o que acarreta um aumento do fluxo sanguíneo periférico (Schmid, 2015).

A neuropatia periférica é a forma mais comum de neuropatia diabética, afeta especialmente as extremidades do corpo, como pés, pernas, mãos e braços. A amiotrofia diabética atinge os nervos das coxas, quadris, nádegas e pernas. Também chamada de neuropatia femoral ou neuropatia proximal, esta condição é mais comum em pessoas com DM2 e adultos mais velhos. E, por fim, a mononeuropatia, a qual envolve dano em um nervo específico, pode ser na face, tronco ou perna (Schmid, 2015). Ao nível cerebral também se pode notar distúrbios como: cefaleia, inquietude, irritabilidade, palidez, sudorese, taquicardia, confusões mentais, desmaios, convulsões e até o coma (Marcelino & Barros, 2005).

As úlceras nos pés e amputação são complicações frequentes em portadores de DM; nessas pessoas, o risco de amputação de membros inferiores é aproximadamente 40 vezes maior que na população geral. A mortalidade relacionada à amputação imediata é estimada em 19% e a sobrevivência é de 65% em três anos e 41% em cinco anos. Nesse sentido, a complicação do diabetes conhecida como "Pé Diabético" ocupa os primeiros lugares entre os principais

problemas de saúde, afligindo vários países do mundo e causando grande impacto socioeconômico, embora o pé diabético tenha sido frequentemente subdiagnosticado e subtratado, quando não totalmente esquecido. Conforme a OMS o "pé diabético" pode ser definido como: situação de infecção, úlceras, destruição dos tecidos profundos dos pés, agregada a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica, nos membros inferiores de pacientes com DM (Parisi, 2015).

Os pacientes com diabetes também podem sofrer de complicações na visão como é o caso da retinopatia diabética, que tem como principal fator de risco o tempo de diabetes. Estima-se que diabéticos com menos de 5 anos de doença, raramente, apresentam evidência de retinopatia ao exame de fundo de olho. Esta incidência aumenta para quase 50% nos diabéticos com 5 a 10 anos de doença e 70 a 90% naqueles com mais de 10 anos (Souza, 2015).

Manifestações otoneurológicas são comumente associadas ao diabetes; nesses casos podem ocorrer sintomas como vertigens, tonturas não rotatórias, perda auditiva, flutuação da audição, plenitude aural (sensação de orelhas tapadas), zumbido e labirintite (Ganança & Korn, 2015). O diabetes também pode ocasionar danos à pele induzindo várias formas de alterações dermatológicas (Ramos, 2015). Considera-se o paciente diabético mais propenso ao desenvolvimento de infecções, sejam elas bacterianas, fúngicas ou virais. Observa-se ainda um risco de 30 a 40% maior nos diabéticos para o desenvolvimento de infecções do trato respiratório inferior, trato urinário, pele e mucosas (Lewi, 2015).

Todas essas complicações podem ser retardadas ou haver uma minimização em seus danos, desde que os pacientes com o diabetes adquiram um estilo de vida saudável, associando uma alimentação equilibrada, exercícios físicos e as recomendações médicas no que tange à medicação.

2.6 Tratamentos para o diabetes mellitus

O tratamento do paciente diabético tem o objetivo principal de atingir o controle glicêmico. Recomenda-se, inicialmente, uma análise global do paciente, com o diagnóstico do tipo de diabetes na classificação da síndrome, o nível educacional, as condições sociais, econômicas e emocionais, a idade, o tempo de evolução da moléstia, o nível da glicemia e a presença de complicações. Esses aspectos deverão ser analisados e considerados de maneira criteriosa (Lima, Montenegro- Junior, & Bandeira, 2015; Oliveira, 2006).

A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que a glicose plasmática em jejum seja de (110 mg/dL) e em torno de (140 mg/dL) duas horas pós-prandial. O colesterol total (< 200 mg/dL), o HDL (> 45 mg/dL) e o LDL (> 100 mg/dL); o triglicerídeos deve ser > 150 mg/dL; outro fator a ser considerado é a pressão arterial que deve ser menor que 120 mmHg a sistólica e a diastólica menor que 80 mmHg e, por fim, o índice de massa corporal compreendido entre 20-25 Kg/m² (SBD, 2014). Embora em alguns casos esses valores não sejam possíveis, são aceitos os índices anteriormente supracitados para o controle glicêmico em jejum até 126mg/dl e de duas horas pós-prandial até 160mg/dl e níveis de hemoglobina glicada até um ponto percentual acima do limite superior do método utilizado (Oliveira, 2006).

Após essa avaliação inicial, devem ser seguidos dois conjuntos de medidas para a implementação do tratamento: as medidas não medicamentosas e as medicamentosas, as quais podem ser aplicadas de forma isolada ou em conjunto, levando em consideração as características individuais do paciente e da enfermidade. Quando o paciente tem diabetes do tipo 1, em geral, indica-se a insulina na primeira consulta, em conjunto com as medidas não medicamentosas. Já entre os pacientes com diabetes do tipo 2, na fase inicial da enfermidade, a terapêutica pode ser baseada nas medidas não medicamentosas (Oliveira, 2006).

2.6.1 Medidas não medicamentosas

As medidas não medicamentosas compreendem o plano educacional, o plano alimentar, o plano de atividades físicas e a monitorização e critérios de bom controle (Oliveira, 2006).

O plano educacional para o tratamento é reconhecido como parte fundamental no tratamento do paciente com DM. O processo educativo possibilita aos pacientes acesso a ferramentas para desenvolvimento de habilidades em relação ao autocuidado, com vistas a aumentar o nível de conhecimento para o manejo da doença. A conquista dessas habilidades é considerada uma estratégia efetiva para o fortalecimento da motivação para o seguimento do plano alimentar, incremento da atividade física, autocuidado em relação aos pés, realização regular da glicemia capilar no domicílio, prevenção dos episódios de hipoglicemia e das complicações crônicas, bem como o manejo da doença em situações especiais (Landim, Zanetti, Santos, Andrade, & Teixeira, 2011).

Esse processo de educação em diabetes deve ser permanente adquirido de modo gradativo, contínuo, interativo e adequado, considerando-se as características do educando nas mais diversas situações e ambientes, utilizando estratégias de atendimento individual e/ou em grupo, visando possibilitar a construção de conhecimentos que favoreçam o autocuidado, promovam a autonomia dos pacientes, na perspectiva de alcançar um bom controle metabólico e, conseqüentemente, uma vida mais saudável (Otero, Zanetti, & Ogrizio, 2008).

Chagas et al. (2013) analisaram o conhecimento das pessoas com DM após cinco anos do término de um programa educativo, e observaram que os quatro itens que obtiveram maior percentual de acertos foram relacionados ao conhecimento das complicações crônicas, ao cuidado com os pés, à automonitorização da glicemia capilar e ao conceito, fisiopatologia e tratamento do DM. Por outro lado, os itens relativos à alimentação e apoio familiar necessitam de maior incremento. Suscita-se a eficácia do programa de educação sistematizado em DM,

embora esse processo de educação deva ser permanente para assegurar a consolidação do conhecimento adquirido.

O plano alimentar consiste em que os indivíduos diabéticos conheçam quais tipos de alimentos e quantidades e a frequência com que devem ser ingeridos. Sugere-se que os pacientes reduzam alimentos calóricos, em particular alimentos ricos em gorduras, bem como bebidas alcoólicas, aconselha-se também a redução do sódio. O consumo de alimentos ricos em vitaminas (hidrossolúveis e lipossolúveis), antioxidantes e minerais deve ser estimulado, assim como a ingestão de frutas, verduras, legumes e cereais complexos e integrais são ricos em fibras solúveis; recomendam-se os alimentos com baixo índice glicêmico e consumo moderado de sacarose, se desejado, é aceitável tanto para pacientes com diabetes do tipo 1 quanto para os com diabetes do tipo 2, e, assim como para a população em geral, não deve ultrapassar 10% da energia total da dieta (Bráulio & Moreira, 2006).

Não existem recomendações rígidas quanto à frequência das refeições e lanches. A maioria dos pacientes diabéticos faz três refeições e três lanches diários. Para os pacientes tratados com insulina, a dose e o horário da tomada da insulina devem combinar com a quantidade e o horário da ingestão de alimentos ricos em carboidratos, a fim de se evitar hipoglicemia ou hiperglicemia pós-prandial excessiva. É importante a monitorização da glicemia pelo próprio paciente, com diabetes do tipo 1 ou do tipo 2, para indicar o melhor horário das refeições, bem como a escolha de alimentos mais adequados ao seu controle (Bráulio & Moreira, 2006). É imprescindível que o aconselhamento dietético seja fornecido a toda a família do paciente, visto que a adesão familiar é um fator agravante para a melhora da obediência do paciente à dieta (Bráulio & Moreira, 2006).

Outro aspecto a ser incluído nas medidas não medicamentosas são as atividades físicas, as quais se realizadas regularmente contribuem para um melhor controle glicêmico e funcionam

como atenuantes para as comorbidades, notadamente, lipídios sanguíneos e níveis tensionais (Araújo, 2006).

2.6.2 Medidas medicamentosas

O objetivo do tratamento farmacológico é controlar os níveis de açúcar no sangue evitando os picos de hipoglicemia ou hiperglicemia, indicado para os pacientes que não o conseguiram através de medidas não farmacológicas.

O tratamento do diabetes tipo 1 deve ser feito com a tomada de insulina diariamente, de 2 a 3 vezes por dia, ou através do uso de uma bomba de insulina que vai liberando o medicamento na corrente sanguínea aos poucos durante o dia. O tratamento para diabetes tipo 2 pode ser feito com remédios, como a metformina, sulfonilureias, glinidas, tiazolidinedionas, inibidores da alfa-glicosidase, incretinomiméticos ou amilnomiméticos que ajudam a controlar a produção e a secreção de insulina pelo pâncreas. Em geral se inicia o tratamento utilizando somente um desses medicamentos, e depois o médico avalia a necessidade da combinação de outros, mas é comum que na 3ª idade o indivíduo tenha que tomar mais de dois medicamentos para controlar o diabetes tipo 2.

Destaca-se, por fim, que o apoio familiar funciona como unidade indispensável para os cuidados com os entes queridos com diabetes, fornecendo suporte em todos os aspectos do tratamento incluindo desde o aprendizado no plano educacional, atuando junto nas dietas, estimulando os pacientes nas atividades físicas e auxiliando também na ingestão dos medicamentos ou no uso da insulina.

2.7 Breves considerações acerca do diabetes e o Bem- Estar Subjetivo

O DM trata-se de uma doença crônica que afeta a saúde geral de várias maneiras, devido a adequação nos padrões alimentares, a gravidade da doença, a quantidade de tratamento

requerido e, principalmente, as dificuldades sociais e psicológicas que acompanham a patologia (O'Sullivan, Harkins, & Perry, 2009).

Nesse sentido, o bem-estar subjetivo e as formas de alcançá-lo tem sido algo desejável ao longo dos anos, e para as pessoas com diabetes não é diferente, apesar da incipiência de estudos envolvendo essa população (Altun, Demirhan, Erkek, Peker, & Çetinarslan, 2014; Levterova, Dimitrova, Levterov, & Dragova, 2013). Destarte, o próximo capítulo abordará esse construto no contexto do diabetes mellitus.

CAPÍTULO III –

Bem- Estar Subjetivo e Diabetes Mellitus

Este capítulo transcorre acerca do Bem-Estar subjetivo (BES). Inicialmente, foi relatado acerca dos aspectos sócio- históricos e conceituais que envolvem este construto, na sequência foi abordado sobre as teorias explicativas e descrição de instrumentos que medem o BES. Além disso, apresenta-se um levantamento bibliográfico realizado acerca do BES em pessoas com diabetes.

3.1 Aspectos sócio- históricos e conceituais acerca do BES

O Bem-estar subjetivo é o estudo científico da felicidade aliada aos aspectos que a promovem ou a interferem (Seligman, 2009). A atenção voltada para o estudo da felicidade não é recente, consta-se que, desde a Grécia antiga filósofos já tentavam compreender sua existência. Aristóteles que viveu entre os anos 384 a 322 a. C., confiava que a felicidade só seria atingida por meio do entrelaçamento das virtudes em sintonia com a vida em sociedade, para Epicuro (341 a 270 a. C.) o homem seria feliz caso recusasse excessos de medos e compromissos que o levassem a sofrimentos desnecessários. Sêneca (ano 2 a. C. a 65 d. C.) ao observar sua sociedade infeliz, afirmava que para atingir a felicidade as pessoas não deveriam seguir a maioria (Graziano, 2005).

Em uma perspectiva mais recente, especificamente na década de 30, Bertrand Russel, acreditava que a felicidade não seria uma dádiva divina e sim um bem a ser conquistado, pontuando a importância da integração do homem na sociedade, visando a busca da felicidade do outro na mesma medida em que buscaria a sua própria (Graziano, 2005).

Já os séculos XIX e XX foram invadidos pelas ideias pessimistas disseminadas por Nietzsche e Freud as quais contrariavam os pensamentos filosóficos. Na obra de Freud “Além do princípio do prazer”, ele aborda sobre o que intitulou de instinto de morte, alegando que a essência humana seria algo eminentemente ruim (Graziano, 2005).

Mais recentemente, por volta das últimas três décadas, pesquisadores dedicaram-se, para construir conhecimento e trazer evidências científicas sobre o bem-estar. Desse feito, estão participando vários estudiosos que conseguiram, depois de décadas investigando instalar o conceito de bem-estar no campo científico da psicologia e transformá-lo em um dos temas mais enfaticamente discutidos e aplicados que abarcam os fatores psicológicos que integram uma vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008).

As definições sobre o BES emergiram no final dos anos 1950, quando se buscavam indicadores de qualidade de vida para monitorar mudanças sociais e implantação de políticas sociais (Land, 1975). Como marcos da literatura sobre o tema durante a década de 1960, podem ser apontados os livros de Andrews e Withey (1976) e Campbell, Converse e Rodgers (1976), por preconizarem que, embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é ao mundo subjetivamente definido que elas respondem.

Nessa perspectiva, o BES tornou-se um importante indicador de qualidade de vida. Outras influentes obras sobre o assunto foram os trabalhos de Bradburn (1969), Cantril (1967) e Gurin, Veroff e Feld (1960) que enfatizaram satisfação com a vida e felicidade como elementos integrantes do conceito de qualidade de vida. Os dois componentes que integram a visão contemporânea de BES - satisfação com a vida e afetos positivos e negativos - tiveram sua gênese nos trabalhos seminais de Campbell e cols. (1976) e de Bradburn (1969). Desde então, foram apresentadas evidências da estrutura bidimensional dos afetos proposta por Bradburn.

A primeira revisão envolvendo a temática do bem-estar subjetivo foi realizada em 1967, e embora naquela ocasião os dados sobre o assunto fossem limitados, concluiu-se que entre pessoas felizes estavam as que eram: *jovens, com boa educação, bons salários, extrovertidas, otimistas, despreocupadas, religiosas, casadas, com autoestima elevada, com moral no trabalho*, dentre outros atributos. Atualmente, mais do que atributos, o foco está na busca pela

compreensão do processo que sustenta essa ‘tal felicidade e bem-estar’ (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

Foi a partir da década de setenta, que cientistas sociais e do comportamento passaram a estudar e trabalhar sobre a teoria, o termo “felicidade” passou a ser indexado no *Psychological Abstracts* em 1973 e no periódico *Social Indicators Research* em 1974 e deste então iniciaram-se publicações acerca deste construto (Diener, 1984).

Nos anos 80, foram dadas ênfases para a estrutura dos afetos evidenciando a construção de instrumentos a exemplo da escala de afetos positivos e negativos- PANAS proposta por Bradburn (1969) e validada por Watson e cols. (1988), esse instrumento é composto por 10 palavras que descrevem sentimentos e emoções positivas. Os afetos positivos eram vistos como correlatos de dimensões positivas da personalidade como a extroversão e os afetos negativos, correspondentes ao neuroticismo.

Para Bradburn, os sentimentos de prazer e desprazer são relativamente independentes, não sendo simples opostos um do outro. Nesse sentido, Diener, Lucas e Oishi (2002) apontam que esta descoberta tem relevantes implicações para o campo do BES, na medida que mostram que as tentativas da Psicologia clínica em eliminar os estados negativos não são capazes de promover, necessariamente, estados positivos.

O campo do BES enquanto disciplina científica tem crescido rapidamente, tal advento é justificado por estarmos num mundo pós-materialista, no qual mais do que a prosperidade econômica, as pessoas tem se interessado por questões relativas a qualidade de vida, além disso o BES deve sua popularidade ao fato de ser particularmente democrático, ou seja, por respeitar o que as pessoas pensam sobre suas próprias vidas, e finalmente, podemos dizer que o estudo do BES floresceu devido ao crescimento do individualismo ao redor do mundo, pelo fato dos individualistas estarem preocupados com seus próprios sentimentos e crenças, coloca os estudos do BES em perfeita sintonia com a cultura ocidental (Graziano, 2005).

No Brasil, as pesquisas sobre o BES começaram a ter maior evidência a partir da primeira década dos anos 2000, os quais partiam de definições previamente estabelecidas na apresentação de panoramas histórico-conceituais, a exemplo do trabalho de Pereira (1997) acerca das subdimensões da qualidade de vida e do BES, ou no que tange a avaliação do BES em determinados grupos, como professores, idosos e estudantes (Scorsolini-Comin & Ruwer, 2010).

O BES é compreendido como um construto multidimensional que consiste na avaliação subjetiva, em que se avaliam os aspectos: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. Alguns autores o consideram enquanto sinônimo da avaliação subjetiva da qualidade de vida (Lima & Morais, 2016; Snyder & Lopez, 2009).

Conforme a Organização mundial de Saúde (OMS, 2016) o BES se diferencia do conceito de saúde mental, pois esse último refere-se ao estado de equilíbrio entre uma pessoa e o seu meio sociocultural. Este estado garante ao indivíduo a sua participação laboral, intelectual e social para alcançar um bem-estar e alguma qualidade de vida. Segundo ainda esta organização não existe nenhuma definição oficial que diga respeito à saúde mental, já que esta é sempre influenciada pelas diferenças culturais e pela subjectividade. Além de assegurar que a saúde mental é um estado de bem-estar emocional e psicológico, mediante o qual o indivíduo é capaz de fazer uso das suas habilidades emocionais, cognitivas e sociais.

De acordo com Paula Júnior e Zanini (2011), pode-se inferir que uma pessoa pode estar insana e ainda assim, sentir-se feliz, como por exemplo, o vivenciar de uma doença crônica. Sendo assim, o fato de se estar com diabetes não alude necessariamente sentir-se infeliz constantemente. Ainda segundo o pensamento desses autores a pessoa pode sofrer oscilações quanto ao bem-estar em diferentes momentos da doença, a fase do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação são estágios distintos e neles o sujeito pode viver períodos de tensão, estresse e também felicidade, alegria, vitória, entre outros.

3.2 Teorias explicativas sobre o Bem-estar

Dentre as principais vertentes teóricas de investigação que explicam o bem-estar subjetivo, destacam-se, a Tradição Hedônica e a Eudaimônica e as teorias bottom-up e top-down (Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012).

As perspectivas, Hedônica e a Eudaimônica, embora, considerem o bem-estar a partir de avaliações subjetivas, destacam aspectos diferentes (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). O modelo Hedônico subjaz numa lógica de prazer e de gratificação imediatos, tendo como foco o BES, traduz-se na presença de afetos positivos, emoções prazerosas, satisfação de vida, e uma relativa ausência de afetos negativos (Giacomoni, 2004). O modelo Eudaimônico está relacionado com a busca de sentido para a vida, desenvolvimento e realização pessoal, compreendendo dessa forma o funcionamento psicológico global, podendo ser conceituada de bem-estar psicológico (Deci & Ryan, 2008).

De acordo com a tradição Hedonista, apesar das discordâncias teóricas relativas à conceituação de BES, há um consenso quanto às suas dimensões: cognitiva e afetiva (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999, Lima & Morais, 2016). O componente cognitivo agrega os aspectos racionais e intelectuais, como julgamentos que o indivíduo faz sobre sua própria vida. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a dimensão satisfação com a vida se assinala como um julgamento cognitivo, sendo um processo de juízo e de autoavaliação, que utiliza como parâmetros a comparação entre as circunstâncias de sua vida e o padrão definido por ela, refere-se também a uma comparação com o seu meio social, cultural e histórico (Sorsolini-Comin & Ruwer, 2010; Yilmaz & Arslan, 2013).

O componente afetivo diz respeito aos sentimentos agradáveis e desagradáveis resultantes de vivências imediatas, denominados de afetos positivos e negativos, respectivamente (Siqueira & Padovam, 2008; Diener, 1984). Nos afetos positivos, encontram-se as emoções prazerosas como o contentamento, interesse e entusiasmo, enquanto os afetos

negativos se referem aos sentimentos ou emoções desagradáveis tais como: tristeza, ansiedade e medo (Snyder & Lopez, 2009).

Para que o equilíbrio entre as emoções positivas e negativas, represente uma dimensão do BES, é necessário que as vivências positivas sejam mais prevalentes do que as negativas, conforme Diener e Lucas (2000) é mais importante se levar em consideração a frequência do que a intensidade. Em síntese, entende-se que as pessoas que tem níveis elevados de satisfação com a vida e alta frequência de experiências positivas, tendem, conseqüentemente, a apresentar altos níveis de BES (Diener, 2000).

O BES trata-se de um indicador subjetivo de qualidade de vida, uma vez que é a própria pessoa que faz avaliações, em termos de satisfação, acerca da sua vida como um todo ou de alguns domínios específicos (saúde, trabalho, condições de moradia, relações pessoais, etc.), assim como do que lhes acontece no momento respaldando nos afetos (felicidade, êxtase, tristeza, depressão, etc.) (Diener & Ryan, 2009; Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Diante do exposto, Diener (1984) acrescenta que existem três aspectos do bem-estar subjetivo que são importantes de serem destacados: o primeiro trata-se da subjetividade, o bem-estar considera a experiência do individual; o segundo consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; o terceiro salienta que o bem-estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida.

No que se refere ao modelo teórico Eudaimônico (bem-estar psicológico- BEP), este foi proposto por Ryff (1989) e surgiu da necessidade em definir uma estrutura básica para o bem-estar no âmbito psicológico, alegando que esta, teria sido negligenciada ao se estudar o BES. O BEP diz respeito ao funcionamento positivo ou ótimo dos indivíduos com o foco nos aspectos da vida mais desafiantes e duradouros, como ter um propósito na vida, alcançar relações

satisfatórias e atingir um sentimento de autor realização, também são considerados nesse modelo, aspectos referentes ao processo de crescimento e auto atualização a longo prazo, pertinentes com a construção de significados, levando os indivíduos a refletirem sobre as áreas mais significativas e os objetivos mais importantes em sua vida e sobre os seus níveis de felicidade (Machado & Bandeira, 2012; Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick, & Wissing, 2011; Ryff, 1989; Csikszentmihalyi & Massimini, 1985).

Nessa vertente teórica do BEP, existem seis dimensões que compreendem características essenciais para o bem-estar, a saber; (autoaceitação) possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspectos de sua personalidade; (relações positivas com outros) possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas; (autonomia) ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais segundo critérios próprios; (domínio sobre o ambiente) ter competência em manejar o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais; (propósito na vida) ter senso de direção, propósito e objetivos na vida perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e (crescimento pessoal) estar aberto a novas experiências (Ryff & Singer, 2008; Ryff, 1989).

Em suma, enquanto BES (Hedônica) tradicionalmente se sustenta em avaliações de satisfações com a vida e num balanço entre afetos positivos e negativos que revelam prazer ou felicidade, as concepções teóricas de bem-estar psicológico (Eudaimônica) são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida, utilizando potencialidades tais como; pensamento, raciocínio e bom senso (Siqueira & Pandovan, 2008).

Contudo, na presente tese dar-se-á ênfase ao BES, vale ressaltar que a literatura aborda diferentes conceitos para este construto, uma vez que se percebe que é um conceito plural, complexo, multifacetado, mas o modelo utilizado foi o proposto por Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), que consideram o BES constituído por três componentes: satisfação com a vida, que é

a avaliação que o indivíduo faz dos seus afetos positivos (alegria, harmonia e diversão) e afetos negativos, (raiva, medo e tristeza).

No que tange aos modelos teóricos explicativos do BES *Bottom-up* e *Top-down*, observa-se que o primeiro também denominado “fatores extrínsecos do BES”, busca a explicação de como os fatores externos comprometem a felicidade. Este modelo, parte da pressuposição de que as pessoas interpretam as situações e experiências de vida de forma positiva e negativa, sendo que esta interpretação influenciaria na avaliação da própria vida. Nesta perspectiva, a interpretação subjetiva dos eventos é que preponderantemente influencia o BES (Diener, 1984; Giacomoni, 2004).

Em contrapartida, o modelo *top-down* também conhecido como “fatores intrínsecos do BES”, afirma que as pessoas possuem uma predisposição interna para interpretar as situações vivenciadas tanto de forma positiva, quanto negativa (Giacomoni, 2004; Luhmann, Hofmann, Eid, & Lucas, 2011).

Pode-se dizer que os fatores intrínsecos que influenciam as pessoas são os aspectos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de coping, condições de saúde física; e os fatores extrínsecos, são os aspectos sociodemográficos, culturais e eventos de vida (Luhmann, et al., 2011, Oishi, Kesebir, & Diener, 2011). No entanto, ainda há incerteza sobre quais os fatores que mais influenciam o BES, bem como quais são os preditores mais significativos dentre os comumente citados (Zhang et al., 2009).

Conforme revisão realizada por Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) há evidências na literatura que um dos fatores intrínsecos que mais influenciam o bem-estar é a personalidade, indicada especialmente por altos níveis de extroversão, e baixos de neuroticismo, e as metas pessoais estariam mais fortemente relacionadas com o componente cognitivo do bem-estar. Dessa forma, extroversão e neuroticismo predizem afetos positivos e negativos. Outro fator que influenciaria no BES, seria a sociabilidade e altos níveis de realização, pois pessoas assim

podem receber mais reforços positivos e experienciar níveis mais altos de BES. O otimismo também relaciona-se com BES, uma vez que está associado à promoção de estratégias de *coping* ativas e orientadas para resolução de problemas, demais fatores relacionados ao BES são autodeterminação, auto-direção e benevolência.

Apesar da evidencia desses fatores seria ingênuo desconsiderar outros tantos aspectos que, inclusive colaboram para formação da personalidade do indivíduo, e caso se deseje conhecer o que torna um sujeito mais feliz, realizado e satisfeito é necessário considerar todas aquelas variáveis que participaram na constituição e formação desse sujeito, bem como entendê-lo inserido num grupo, seja ele familiar, social, cultural ou econômico. Sabendo ainda que as pessoas não estão isentas de acontecimentos externos a elas como é o caso dos fatores extrínsecos, advindo de situações adversas como as doenças, nível educacional, condição conjugal, satisfação com o trabalho, suporte social e condições socioeconômicas, alguns estudiosos Diener e Biswas-Diener (2002), Suh e Oishi (2002) sugeriram que riqueza é um preditor de BES entre países pobres, mas não em nações em desenvolvimento (Woyciekoski, et al, 2012).

De acordo com Giacomoni (2004) outras abordagens teóricas relatam que os indivíduos, ao avaliarem suas vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas. O julgamento das satisfações está baseado nas discrepâncias entre as condições atuais reais e esses padrões de comparação. A discrepância que envolve uma comparação superior (quando o padrão é mais elevado) resultará na diminuição da satisfação, enquanto, uma comparação em direção inferior ocasionará um aumento da satisfação. Os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações estressantes (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de bem-estar subjetivo.

3.3 Instrumentos para medir o Bem-Estar Subjetivo

Segundo Paschoal e Tamayo (2008) os instrumentos para mensuração do BES também são díspares, assim como suas proposições teóricas. Eles afirmam que o afeto pode ser classificado em positivo e negativo e suas medidas não são opostas, mas apresentam apenas correlação negativa moderada e são claramente independentes. As dimensões positiva e negativa do afeto têm sido confirmadas em estudos conduzidos em diferentes culturas (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Apesar da crescente tendência da coleta de dados sobre bem-estar, existe uma variação do método empregado para sua avaliação o que tem gerado resultados frágeis. Essa falta de consistência, além de restringir a comparabilidade entre os achados dos estudos, limita a qualidade das evidências que, por conseguinte, influencia negativamente a formulação e implementação de políticas sociais (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD/UK, 2013).

De acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004) e Diener, Oishi e Lucas (2003), o método mais utilizado para medir o BES consiste no uso das escalas de auto relato, uma vez que o próprio indivíduo julga a satisfação com relação a sua vida e relata a frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer, embora existam outros instrumentos utilizados com menos frequência, como é o caso dos relatos informativos, medidas de memória, entrevistas, medidas qualitativas e medidas biológicas (eletroencefalogramas, eletromiografia facial e níveis de cortisol na saliva).

Nesse direcionamento, dentre as medidas de auto relato mais utilizadas, segundo Albuquerque e Tróccoli (2004) estão: a Escala de Bem-Estar Subjetivo (Subjective Well-Being Scale - SWBS) de Lawrence e Liang (1988), composta por 15 itens relativos a quatro subdimensões: satisfação de vida, felicidade, afeto positivo e afeto negativo, distribuídos em escala do tipo Likert de 5 pontos (1= discordo plenamente a 5 concordo completamente). A

SWBS inclui a Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale - SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), que objetiva julgar o quanto as pessoas estão satisfeitas com suas próprias vidas, essa escala é constituída por cinco itens que avaliam o componente cognitivo do BES, tendo suas respostas dispostas numa escala de 7 pontos (1= discordo totalmente a 7 concordo totalmente).

Essa Escala de Satisfação com a vida (ESV) foi validada para a população brasileira por Gouveia et al. (2009), neste estudo, foram encontrados que o instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, na medida em que todos os itens possuem cargas fatoriais acima de $|0,50|$, assim como, níveis apropriados de consistência interna (alfa de *Cronbach*), variando, em amostras distintas, entre 0,77 e 0,88.

O outro instrumento largamente utilizado conforme Albuquerque e Trócolli (2004) é a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (Positive Affect/Negative Affect Scale - PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988), composta por 20 itens à serem respondidos em uma escala de 5 pontos (1= muito pouco ou nada a 5= extremamente), essa escala medi as dimensões afeto positivo que inclui 10 palavras que descrevem sentimentos e emoções positivas (interessado, forte, entusiasmado, orgulhoso, ativo, inspirado, determinado, atento, animado e estimulado) e a dimensão afeto negativo que compõe-se de outras 10 palavras (angustiado, descontrolado, culpado, assustado, hostil, irritado, envergonhado, nervoso, inquieto e amedrontado). A PANAS apresenta índices apropriados de confiabilidade (alfa de *Cronbach* 0,86 e 0,87, para afetos positivos e negativos, respectivamente) além de apresentar correlações significativas com outros construtos, tais como; ansiedade, depressão e estresse (Siqueira & Pandovan, 2008).

De acordo com revisão realizada por Souza (2013) demais instrumentos bastante utilizados são; a General Well-being Schedule (GWS) de Fazio (1977) tem por objetivo fornecer indicações acerca da presença, gravidade ou frequência de alguns aspectos importantes na avaliação de BES (por exemplo, humor depressivo, ansiedade e controle emocional), as

pontuações altas nessa medida sugerem baixos níveis de BES, composto por 33 itens. Esse instrumento possui correlações significativas com os construtos depressão ($r = 0,69$) e ansiedade ($r = 0,64$). Posteriormente, Taylor et al. (2003) relatam uma versão reduzida da GWB (18 itens), que é respondida em uma escala de frequência ou intensidade. Para esses autores, essa versão admite dar um indicador geral de bem estar, pois apresenta alta consistência interna (alfa de *Cronbach* = 0,92) e significativa relação com medidas correlatas.

E as escalas *Affectometer 2* de Kammann e Flett (1983) e a *Affect Balance Scale* de Bradburn (1969), que objetivam medir as emoções positivas e negativas, assim como o equilíbrio entre elas. Ainda conforme o levantamento de Souza (2013), Diener et al. (2010) formularam a Escala de Experiência Positiva e Negativa (*The Scale of Positive and Negative Experience - SPANE*), alegando que apesar da diversidade de instrumentos para medir o BES, alguns destes não levam em consideração a especificidade dos sentimentos conforme certas culturas. A SPANE avalia experiências positivas e negativas, sendo composta por 12 itens breves, respondidos em uma escala de 5 pontos (1= Raramente ou Nunca a 5= Muitas vezes ou Sempre). De acordo com os autores, tal escala tem se mostrado como um instrumento preciso (alfa de *Cronbach* = 0,87 e 0,81, para o componente positivo e negativo, respectivamente) e válido, apresentando relação significativa ($p \leq 0,001$) com o construto satisfação com a vida (componente positivo: $r = 0,58$; e $r = -0,46$: componente negativo).

Em contexto brasileiro, Albuquerque e Tróccoli (2004) desenvolveram a Escala de Bem Estar Subjetivo (EBES), uma medida de auto relato que avalia os três componentes do bem estar subjetivo. Tal instrumento é composto por três fatores, a saber: Afeto Positivo (21 itens, $\alpha = 0,95$), Afeto Negativo (26 itens, $\alpha = 0,95$) e Satisfação com a Vida (15 itens, $\alpha = 0,90$). Todos os itens são respondidos em escalas de cinco pontos. Naqueles que descrevem os afetos, o sujeito deve responder como tem se sentido ultimamente, mencionando na escala a intensidade de suas emoções ou sentimentos (1= nenhum pouco e 5= extremamente); nos itens

de satisfação com a vida, o respondente utiliza uma escala de concordância que varia entre discordo plenamente (1) e concordo plenamente (5). De acordo com os autores dessa medida, a EBES apresenta cargas fatoriais acima de $|0,30|$ e alfas de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,90, sendo recomendado seu uso em amostras não psiquiátricas.

Além das escalas supracitadas, Siqueira e Pandovan (2008) mencionam a Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESGV) também desenvolvida e validada no Brasil por Siqueira, Gomide e Freire (1996). Trata-se de uma medida unidimensional que contém 31 frases, cobrindo o mesmo número de aspectos, tais como amigos, aparência física e nível de instrução, e permite avaliar o quanto cada indivíduo está satisfeito ou insatisfeito com cada um deles por uma escala de respostas de 5 pontos (1= muito insatisfeito a 5= muito satisfeito). A precisão da escala é de 0,70. O largo leque de aspectos integrantes da ESGV permite ao pesquisador ter um panorama geral do nível em que indivíduos e grupos se sentem satisfeitos mediante uma avaliação global de sua vida, embora essa escala não permita avaliar satisfações em domínios específicos da vida.

Vale destacar, que face aos instrumentos existentes, a autora escolheu utilizar a escala de Albuquerque e Tróccoli (2004), por ser nacional e por possuir a finalidade de tanto avaliar os três componentes do BES conjuntamente quanto separados. Salienta-se ainda, que esse tópico não pretendeu citar todos os instrumentos existentes nesse contexto, mas sim, elucidar os mais citados na literatura.

Em razão da variabilidade de instrumentos existentes e da necessidade de padronização no campo metodológico, a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD) (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD/UK*) elaborou um manual com orientações sobre como medir o BES. A intenção primordial do grupo era que os políticos passassem a se concentrar não apenas no crescimento econômico e na melhoria dos padrões de vida baseados essencialmente nas condições materiais. A proposta considerou

ampliar a visão para uma gama de ‘outras coisas’ que são importantes na vida das pessoas, como ter uma boa educação, viver em um meio ambiente de qualidade, ter uma moradia adequada, além da própria renda. Ou seja, que entendessem o quão complexo é a fórmula para uma vida melhor (OECD, 2013).

3.4 Estudos empíricos sobre Bem-Estar subjetivo e diabetes mellitus

Nesta sessão, encontram-se a compilação dos artigos encontrados a partir de um levantamento bibliográfico realizado no portal de periódicos da Capes, publicados nos últimos 10 anos (2006 a 2016), a partir da combinação dos descritores [bem-estar subjetivo e diabetes mellitus] e seus termos análogos nos idiomas inglês e espanhol, devido à incipiência de artigos acerca da temática foram consideradas todas as bases de dados. A busca se deu no dia 28 de dezembro de 2016 e foi realizada considerando o idioma desse modo, que para os termos em inglês: “subjective well-being and diabetes” foram detectadas 36 publicações e 97 quando foi utilizado a combinação “subjective wellbeing and diabetes”; para o português dois artigos, semelhantemente duas publicações para o espanhol. Destarte, com um total de 137 produções científicas. Como critério de inclusão optou-se por artigos disponíveis *online*, e foram excluídos os artigos que não estivessem pertinentes a temática em questão, os artigos repetidos e monografias, dissertações e teses. Considerando os critérios estabelecidos restaram quatro artigos.

O bem-estar subjetivo sempre foi desejável para os seres humanos, dessa forma o conceito de uma vida satisfatória e as formas de alcançá-la tornaram-se importantes ao longo dos anos. Nesse direcionamento o BES é uma questão de preocupação para as pessoas com DM, principalmente ao longo do curso da doença. Altun, Demirhan, Erkek, Peker, & Çetinarslan (2014) realizaram um estudo descritivo na Turquia, com o objetivo de avaliar o nível de BES em pessoas com diabetes. Participaram 120 pessoas que responderam a um

questionário e a escala de BES da BBC (BBC- SWB), observou-se que a idade média dos diabéticos foi de 51,9 anos, a maioria eram do sexo feminino (65,8%), casados (87,5%), que estudaram até o ensino fundamental (42,5%). No que tange ao tratamento (51,7%) faziam uso da medicação, a duração média do DM tipo 2 foi de 6,9 anos. Quanto aos domínios da escala de BES, as maiores pontuações foram relacionadas às relações recebidas (3,57) e as questões relacionadas com a saúde física (3,10) e bem-estar psicológico (3,03) receberam escores baixos. Os autores concluem que o BES nessas pessoas com DM foi baixo, sugerindo a necessidade de melhora.

O impacto do diabetes entre os adultos jovens em geral são investigados no que tange a depressão e ansiedade, no entanto, medidas de BES ainda não foram extensivamente estudadas. Participaram deste artigo 65 adultos jovens com DM tipo 1, com idades entre 18 a 40 anos, utilizou-se as escalas de autoeficácia, auto cuidado do diabetes e de BES. Nos resultados não foram encontradas diferenças significativas entre os níveis alto, médio e baixo, no que tange ao sexo, idade, escolaridade, ocupação e nem tempo de convívio com o diabetes. Embora, tenha sido percebido que os participantes com maior nível de BES apresentaram maior aderência no autocuidado com o diabetes e menores níveis de glicemia, e aqueles com baixo nível de BES experimentaram maiores níveis de angústia. Nesse direcionamento, a melhora do BES das pessoas com diabetes podem proporcionar consequentemente melhoria em sua saúde (Johnson, Wingert, & Melton, 2015).

Outro artigo, objetivou examinar o BES de adultos australianos com diabetes, investigando, por tipo de diabetes e tratamento, comparando com o bem-estar subjetivo da população adulta em geral. Foi constatado que as pessoas com diabetes tipo 1 ou tipo 2 diabetes têm significativamente menor BES em comparação com a população em geral, mesmo após o controle das co-variáveis (estatuto demográfico e sócio-econômico, duração do diabetes, índice de massa corporal, número de complicações relacionadas com o diabetes e depressão). Além

disso, os adultos com diabetes tipo 2 em uso de insulina obtiveram níveis mais baixos de BES, e também foram mais propensos a relatar insatisfação com a sua saúde atual. Diante dos resultados os autores sugerem que viver com diabetes e, em especial, vivendo com diabetes tipo 2 e em uso de insulina, desafia fortemente a manutenção do BES (Holmes-Truscott, et al., 2015).

A pesquisa de Engel e Cummins (2011) objetivou examinar o impacto de um Programa de Educação Estruturada (PEE) sobre o bem-estar subjetivo, utilizando recursos de enfrentamento aos efeitos negativos do DM. Os participantes que completaram o programa PEE foram comparados aos que usaram insulina subcutânea contínua (ISC) e injeções diárias múltiplas (IDM) durante o mesmo período de tempo. A amostra foi composta por 144 participantes com DM tipo 1, selecionados de centros de diabetes em toda a Austrália. Os grupos de comparação foram recrutados a partir da base de dados de adesão do Diabetes Austrália-Victoria a qual totalizava 383 pessoas usando IDM e 64 pessoas usando ISC. Todos os participantes preencheram a questionários de autorelato no início e 12 meses depois. Avaliações adicionais para os participantes do PEE foram realizadas no final do programa de educação e três e seis meses após o treinamento.

Os resultados demonstraram que os participantes que completaram o programa experimentaram melhorias no BES ($p < 0,01$), maior senso de domínio e controle do diabetes ($p < 0,001$), além da redução do sofrimento relacionado à doença ($p < 0,001$). Em relação a comparação entre os grupos ISC e IDM, o grupo ISC registou uma queda significativa na auto-estima ($p < 0,001$) ao longo da duração do estudo, pôde-se concluir que o PEE forneceu uma poderosa experiência de domínio para os participantes, influenciando positivamente no BES e no sofrimento relacionado ao diabetes (Engel & Cummins, 2011).

Outro estudo objetivou medir o impacto do BES em pacientes adultos com DM, além disso, relacionar variáveis demográficas e físicas com o BES. Participaram da pesquisa 293

pessoas, que responderam a escala de satisfação com a vida, escala de qualidade de vida relacionada com a saúde, escala de depressão ansiedade e estresse, Teste de Orientação da Vida e um questionário sobre as características sociodemográficas. Nos resultados foram constatados que quase metade dos pacientes (54,5%) ficaram abaixo da média (<24) em relação a satisfação com a vida, enquanto 20% estavam muito satisfeitos e 25% satisfeitos (Lyra et al, 2014).

Não houveram diferenças existentes entre o BES e o sexo. Uma análise multivariada revelou que a depressão, componente físico, fadiga, renda, estresse e intensidade da dor explicaram 52,9% da variação no BES. Percebeu-se que o BES é afetado igualmente a partir de variáveis biológicas, psicológicas e sociais, apontando uma forte evidência para o modelo biopsicossocial de saúde subjetiva e sugerindo que o tratamento multidisciplinar com a triagem psicológica deve ser aplicado nesses pacientes, a fim de ajudar e motivá-los a se sentirem melhor (Lyra et al, 2014).

O último artigo, objetivou averiguar acerca dos fatores que contribuem ou diminuem o BES em 45 pessoas com DM tipo 1, com idades entre 18 e 36 anos. Tratou-se de um estudo qualitativo, no qual os participantes responderam a uma entrevista. A análise identificou temas centrais como, apoio, e qualidade da saúde e frustrações. E o impacto do diabetes nas perspectivas e nas decisões da vida, como fatores que influenciam no BES. Os participantes identificaram o apoio emocional como o mais benéfico ao BES, demais aspectos foram o reconhecimento do esforço na gestão do diabetes e o interesse em realizar atividades diárias voltadas para a melhora da doença (Wagner, Johnson, & Melton, 2015).

No que tange ao tema frustração, esse resultou da desinformação sobre o DM tipo 1, das características próprias do diabetes, dos custos, e das relações emocionalmente insatisfatórias, especialmente relacionadas aos profissionais de saúde, nesse caso, os diabéticos relataram que essa falta de sintonia afeta negativamente no autocuidado. Apesar dos desafios a serem enfrentados com o DM tipo 1, os participantes descreveram que a resiliência e o autocuidado

com a saúde os conduzem a resultados positivos diante da vida. O estudo concluiu que a melhora da comunicação entre paciente e profissional e a resiliência, podem ser mecanismos benéficos para o aumento do BES (Wagner, Johnson, & Melton, 2015).

No próximo capítulo, encontra-se aferições teóricas acerca da resiliência no contexto do diabetes mellitus.

CAPÍTULO IV–

Resiliência no Contexto do Diabetes Mellitus

Este capítulo versa sobre considerações acerca da resiliência no contexto do diabetes, bem como, a descrição de definições e dos fatores de risco e proteção que abarcam o referido construto, além disso, foi abordado acerca de alguns instrumentos para avaliação da resiliência. O capítulo é finalizado, relatando alguns estudos já realizados acerca da resiliência em pessoas com diabetes.

4.1 Considerações acerca da resiliência no contexto do diabetes

As pessoas com diabetes necessitam ajustar-se à doença ao longo da vida, e não apenas em seu início, o que inclui a incorporação de práticas terapêuticas, alterações nos padrões alimentares, realização de controle glicêmico, medicamentos, prática de atividades físicas, manutenção da pressão arterial, acompanhamento contínuo da equipe multidisciplinar de saúde, dentre outros aspectos (Tavares et al., 2011). Contudo, as flutuações no estresse da vida diária, as mudanças na sua saúde física, ou sentimentos de burnout, podem fazer com que a gestão da doença se torne ainda mais difícil e onerosa. Entretanto, apesar dessas dificuldades, alguns pacientes são mais capazes do que outros para manter a sua saúde física e mental ao longo do curso dessa doença (Yi-Frazier, Smith, Vitaliano, Yi, & Hillmane Weinger, 2010).

Nesse sentido, a maneira como as pessoas percebem sua condição influencia no controle geral do seu estado de saúde/doença, nesse caso, o enfoque da resiliência traz a possibilidade de novos olhares acerca do viver com o DM (Bianchini & Dell'Aglio, 2006). Alguns autores verificaram que variáveis psicossociais positivas por exemplo o otimismo, o afeto positivo, a adesão ao tratamento e o suporte social, influenciam positivamente no ajustamento psicológico e na saúde física dos pacientes com doenças crônicas, dentre elas o diabetes (Hu & Gruber, 2008; Vilhena et al., 2014).

Conforme Hilliard, Harris e Weissberg-Benchell (2012) os fatores negativos que envolvem o diabetes como a depressão, ansiedade, estresse, amputação de membros, entre

outras temáticas já foram alvos de estudos. Mais há necessidade de novos estudos que foquem nos aspectos mais positivos dessa doença, mostrando como as pessoas com diabetes superam suas limitações como é o caso da resiliência.

4.2 Resiliência- Origens e Aspectos Conceituais

O conceito de resiliência vem sendo estudado, aproximadamente, desde a segunda metade do século XX, tendo sua origem etimológica na palavra latina “resilio” que significa “voltar atrás” ou “pular para trás” (Quiceno, 2011). Esse verbete abrange tanto o sentido físico (propriedade que alguns corpos têm de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação) quanto ao sentido figurado, remetendo a fatores humanos (capacidade de se recobrar ou de se adaptar à má sorte, ou às mudanças) (Houaiss, 2004).

O dicionário de língua inglesa Longman Dictionary of Contemporary English (2009) oferece duas definições para resiliência, sendo a primeira: “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde, ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.: resiliência de caráter”. A segunda definição encontrada no mesmo dicionário, afirma que resiliência “é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade”.

Yunes (2003) aponta para a diferenciação nas atribuições de significados entre o inglês e o português, destacando que o dicionário em inglês coloca a definição ligada a fenômenos humanos em primeiro plano, confirmando, na língua inglesa, uma maior familiaridade ou prioridade para o uso do termo nesse tipo de fenômeno. Na literatura brasileira há um consenso a respeito do conceito da resiliência ser originário da física, ou do termo “resiliência” ter sido “importado” dessa disciplina (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011).

A noção de resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pelas ciências exatas, em especial pela Física e Engenharia, tendo o inglês Thomas Young como um de seus precursores,

que, em 1807 introduziu pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Estas ciências indicam, que a resiliência de um material correspondente à determinada solicitação, a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes, dita de outra maneira, a resiliência refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente. Nos materiais, o módulo de resiliência pode ser obtido em laboratório através de medições sucessivas, ou da utilização de uma fórmula matemática que relaciona tensão e deformação e fornece com precisão a medida da resiliência de cada material, sendo possível constatar empiricamente que diferentes materiais apresentam diferentes módulos de resiliência (Yunes, 2003).

Transportado para o campo das Ciências Humanas, o conceito de resiliência tem sido utilizado para representar a capacidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos, mesmo num ambiente desfavorável, construir-se ou reconstruir-se de modo positivo frente às adversidades (Barlach, 2005). Em Psicologia, o conceito de resiliência não é claro, tampouco preciso quanto na Física ou na Engenharia, haja vista a complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levadas em consideração no estudo dos fenômenos humanos, mas, em geral suas definições consideram os processos de enfrentamento e superação de crises. Desse modo, esse construto é considerado amplo, polêmico, dinâmico e em fase de construção (Yunes, 2003).

Os estudos nessa área são recentes e datam cerca de 40 anos, os quais tiveram suas origens sob o enfoque da psicologia positiva, a qual, visa entender processos e fatores que proporcionam o desenvolvimento psicológico sadio. Além disso, essa ciência, tem interesse em saber quais elementos implicam no fortalecimento de potencialidades e motivações, propendendo a construção de competências pessoais, nos mais variados momentos e situações da vida. A psicologia positiva, se desenvolve na contramão da psicologia tradicional, que prioriza as psicopatologias humanas (Koller, Dell’Aglío, & Yunes, 2006).

Em psicologia, busca-se a precisão nas definições acerca da resiliência a partir de diferentes perspectivas teóricas, uma vertente defende que este construto está relacionado a capacidade ou traço de personalidade Grothberg (2005), e a outra se refere aos processos que explicam o enfrentamento e a superação de crises e adversidades (Garcia & Yunes, 2006).

Na passagem da década de 1970 para 1980, pesquisadores americanos e ingleses voltaram sua atenção para o fenômeno das pessoas que permaneciam saudáveis apesar de expostas a severas adversidades. Denominando equivocadamente essas pessoas de invulneráveis e o fenômeno, de invulnerabilidade, termo este, que posteriormente foi substituído por resiliência. No entanto, resiliência não denota resistência absoluta a qualquer adversidade; pelo contrário, pode implicar enfrentamento (Brandão et al, 2011). Essa afirmativa é corroborada por Rutter (1985, 1993), um dos precursores no estudo da resiliência em psicologia, quando assegura que a resiliência difere do termo invulnerabilidade e/ou invencibilidade, pois estas últimas podem apresentar uma ideia de resistência incondicional ao estresse, tornando-a uma característica imutável, enquanto que a resiliência é uma capacidade pessoal para elaborar estratégias de ação e de agir, de acordo com seus objetivos, mantendo a autoestima, a confiança, o otimismo e acreditando na sua autoeficácia.

Fantova (2008) aponta para uma distinção entre os termos invulnerabilidade e resiliência. A invulnerabilidade pode implicar em resistência absoluta a danos, aplica-se a todos os incidentes ou fatores de risco, seria uma característica intrínseca e constante do indivíduo. Em contrapartida, a resiliência implicaria em ter limites, as características que tornariam uma pessoa resiliente são variáveis e dependeriam de uma situação desfavorável, nesse sentido, a resiliência começaria em um contexto social, no qual, mudanças ocorridas poderiam influenciar no desenvolvimento desta. A resiliência e vulnerabilidade são considerados não enquanto conceitos absolutos, mas enquanto construtos psicossocioemocionais de um *continuum* fenomenológico (Lopez, 2011).

Portanto, a resiliência pode ser considerada um construto móvel e modificável que se manifesta em resposta as circunstâncias passadas e presentes vivenciadas ao longo da vida, sendo assim, uma habilidade aprendida em qualquer idade (Drybye & Shanafelt, 2012). Tal visão valoriza o processo de intervenção psicoterapêutico como potencial ferramenta para ampliar a capacidade dos indivíduos para enfrentarem as adversidades e conflitos inerentes à sua existência (Sordi, Manfro, & Hauck, 2011).

De acordo com Flach (1991) e Rutter (1985, 1993), a vida exige o tempo todo que as pessoas operem mudanças, e para que isso ocorra de forma resiliente, é necessário o funcionamento de um conjunto de forças psicológicas e biológicas que tornam as pessoas aptas a encarar a realidade da vida de forma positiva e produtiva.

Nos indivíduos resilientes, existe uma tendência para a recuperação de contratempos ou traumas e retratam um conjunto comum de características que os ajudam a lidar com os desafios da vida (Herrman et al., 2011). Essas pessoas apresentam certas características em sua personalidade tais como: criatividade; capacidade de suportar a dor; percepção de si próprio e das coisas que estão passando em determinada fase de nossas vidas; independência de espírito; autorrespeito; habilidade de recuperar a autoestima quando essa diminuiu ou foi temporariamente perdida; capacidade de aprender e habilidade de fazer e manter amizades (Flach, 1991). Barreira e Nakamura (2006) acrescentam ainda, as habilidades de dar e receber em relações humanas, disciplina, responsabilidade, receptividade e interesse.

Wagnild e Young (1990) em sua teoria fundamentam o estudo da resiliência em cinco temas: tranquilidade, perseverança, auto suficiência, significação e solidão existencial. O primeiro tema, tranquilidade, refere-se à capacidade do indivíduo moderar respostas extremas a adversidade; a perseverança, foi definida como um ato de persistência, apesar das adversidades ou desânimo, significando uma vontade de continuar a luta para reconstruir a vida, em meio às dificuldades; o terceiro tema, a auto-suficiência, é uma crença em si mesmo e uma

das capacidades e descobertas dos recursos internos e auto confiança para gerir a vida, apesar de adversidades. O quarto tema, significação, foi definido como a percepção de que a vida tem um propósito e um valor próprio, os eventos negativos seriam transformados por alguns indivíduos em oportunidades para o crescimento e satisfação pessoal; por fim, o quinto tema, solidão existencial, seria utilizar a solidão como uma fonte de criatividade, conforto, auto-aceitação e sensação de exclusividade. Para esses autores, a resiliência seria ainda, uma característica duradoura da personalidade humana que modera os efeitos negativos da adaptação ao estresse.

Conforme Esteves, Castro e Nobre (2013) os resilientes se adaptam com sucesso ao meio ambiente e tem melhor preparação para superar as adversidades, ou seja, melhor preparação para a imperiosa tarefa de viver a vida, adquirindo a capacidade de “fazer do sofrimento um sorriso”. Ao longo da vida as pessoas se deparam com eventos complexos ou adversos e os mecanismos explorados e ativados para lhes fazer face, são tanto melhores quanto maior o nível de resiliência alcançado, adquirido, aprendido, experimentado e reforçado. A resiliência advém de características idiossincráticas e aprendidas do indivíduo, e inerentes estratégias adquiridas em interação com o meio, mediante um conjunto de processos e mecanismos internos e externos (competências, motivações, prioridades, apoio, oportunidades, etc.) provocados quando ocorre a adversidade (Esteves et al., 2013).

Para Connor e Zhang (2006) existem três fases no processo de resiliência. Numa 1ª fase são reconhecidas um padrão de características associadas à facilidade ou sucesso na adaptação, mesmo em condições adversas, evidenciando que as características mais significativas incluem compromisso, dinamismo, humor face à adversidade, paciência, otimismo, fé e altruísmo. Na 2ª fase, a resiliência é entendida como uma força interior que desafia cada indivíduo a procurar auto realização, sabedoria e harmonia com uma fonte de força espiritual. Numa 3ª fase, levanta-se um questionamento “Qual a motivação para se recuperar de forma resiliente e onde a

encontro?”, para este autor a resposta esta associada à adaptação bem sucedida que incluem, funcionamento intelectual, habilidade para lidar com emoções, autoestima, otimismo, altruísmo, humor, *coping* ativo e empenhado face a adversidade.

Existe outra perspectiva de resiliência a qual considera que as pessoas possuiriam uma capacidade inata (plasticidade neuronal) superior à norma, para se recuperarem dos traumas ambientais com impacto cerebral. Esta perspectiva de resiliência concebe a adversidade ambiental como maléfica para o cérebro, levando a uma recuperação como propriedade inata própria da mente. Nesse sentido, esta perspectiva não considera que o impacto do ambiente possa ser positivo, por exemplo ter a presença de apoios sociais, ou o estilo de *coping* ativo, empenhado dos indivíduos ou a plasticidade/protetiva dos genes nessa recuperação (Cicchetti, 2010).

Segundo Grafton, Gillespie e Henderson (2010) essa energia inata ou força motivadora de vida estaria presente em cada indivíduo em diferentes graus, elucidada pela presença de traços ou características particulares que por aplicação de processos dinâmicos, habilita de o indivíduo lidar com, a recuperar de, e a crescer face ao stress ou adversidade, podendo ser desenvolvida ou aumentada através de práticas transformacionais cognitivas, educação e apoio ambiental.

Felten e Hall (2001) definem a resiliência como "a capacidade de alcançar, manter ou recuperar um nível de saúde física ou emocional após uma doença ou perda devastadora (p. 105). Neill e Dias (2001) acrescentam, que a resiliência é a capacidade de superar obstáculos reconhecendo os próprios pontos fortes.

A resiliência é considerada um processo dinâmico que se manifesta em resposta a circunstâncias da vida e perfis de personalidade individuais, sendo considerado um marcador de bem-estar e de uma personalidade psicologicamente madura (Drybye & Shanafelt, 2012). Por possuir um conceito amplo, a resiliência abrange recursos de um indivíduo para lidar

adequadamente com adversidades e alcançar resultados positivos em tais situações, envolvendo otimismo diante das situações, estratégias para o foco, resolução do problema, auto-eficácia e autoconfiança.

Recentemente a resiliência têm sido compreendida ao mesmo tempo como uma capacidade individual de encontrar saídas saudáveis, e uma condição da família, comunidade e cultura do indivíduo, de oferecer recursos e experiências benéficas (Ungar, 2008).

O conceito de resiliência é descrito pela psicologia e pela psiquiatria como a capacidade da pessoa de resistir às adversidades, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos a ela. Assim, resiliência é a relativa resistência aos efeitos adversos provenientes de situações estressoras que proporcionam ao indivíduo um desenvolvimento satisfatório face às vivências de adversidades significativas (Assis, Pesce, & Avanci, 2006).

O termo resiliência está relacionado aos processos psicossociais, que influenciam no desenvolvimento saudável dos indivíduos, mesmo quando estes se encontram frente a situações problemáticas. No contexto de doenças, a resiliência seria a capacidade do ser humano em lidar com a patologia, aceitando suas limitações, colaborando com a aderência ao tratamento, readaptando-se e sobrevivendo de forma positiva. O estudo da resiliência possibilita ainda, compreender quais características individuais e ambientais podem ser modificadas ou estimuladas para que os indivíduos apresentem estratégias eficazes de enfrentamento da doença (Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Silva et al., 2006).

Apesar da resiliência ainda ser pouco estudada na população com diabetes, cada vez mais, os pesquisadores se concentram em fatores que promovem a adaptação bem sucedida do DM (por exemplo, uma boa qualidade de vida, ou melhor controle metabólico, auto-estima, auto-eficácia, auto-domínio, otimismo, esperança) (Yi-Frazier, Smith, Vitaliano, Yi, Hillman, & Weinger, 2010; Mednick et al., 2007). Estes resultados positivos, no contexto de um

ambiente potencialmente adverso podem ser considerados indicadores de resiliência (Jaser & White, 2011; Yi-Frazier, et al., 2010).

O escopo de diferentes definições para a resiliência varia desde conceituações bastante estreitas com o foco exclusivamente na recuperação do trauma, até definições mais amplas que vêem a resiliência como uma capacidade de proteção em curso que permite não só a recuperação reativa, mas também a aprendizagem pró-ativa como forma de crescimento decorrente dos desafios enfrentados (Robertson & Cooper, 2012).

Em artigo de revisão acerca das definições de resiliência e seus conceitos relacionados, Herrman et al. (2011) constataram que as definições têm evoluído ao longo do tempo, conforme o aumento do conhecimento científico. Esses autores apontam para a falta de consenso sobre uma definição operacional para resiliência, embora essa limitação seja menos significativa do que parece, pois a maioria das definições utilizam domínios semelhantes como prova de resiliência, considerando-a como sendo à adaptação positiva, ou a capacidade para manter ou recuperar a saúde mental e o bem-estar físico, apesar do enfrentamento da adversidade, levando-se em consideração os aspectos pessoais, biológicos e ambientais (Herrman et al, 2011).

A resiliência é determinada por fatores de risco e proteção, conforme Pinheiro (2004) as pessoas podem ter trajetórias semelhantes diferenciando-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não. Dessa forma, devem ser levadas em consideração as características pessoais tais como, sexo, temperamento, capacidades cognitivas, traços de personalidade e genética, os aspectos sociais ou ambientais como os relacionamentos familiares e com amigos, a interação com o ambiente e o estilo das práticas parentais e os aspectos de ordem econômica.

Nesse sentido, os fatores de risco são situações de adversidade que ameaçam o desenvolvimento da resiliência, mas, ao mesmo tempo, são campos propícios ao

desenvolvimento desta, uma vez que a resiliência é constituída a partir do enfrentamento dos fatores adversos (Ribeiro, 2011). Dessa maneira, os fatores de risco podem ser coadjuvantes ou incrementadores na probabilidade dos indivíduos sofrerem de perturbações psicológicas. Sendo assim, os fatores de risco estão associados aos eventos de vida negativos, os quais potencializam resultados disfuncionais de ordem física, social e/ou emocional que predisõem as pessoas a resultados indesejáveis em termos de desenvolvimento (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Entre os fatores de risco estariam os eventos estressantes da vida, por exemplo, as perdas afetivas, experiências de doenças no próprio indivíduo ou na família, o desemprego, as guerras, as calamidades, a violência, entre outros (Rutter, 1985). Além disso, Pesce et al. (2004) consideram risco, todo evento que se configure como empecilho ao nível individual ou ambiental e que potencializem a vulnerabilidade do indivíduo a resultados negativos. Para Iedeme (2009), a resiliência depende da cognição distribuída em uma equipe, ou seja, a equipe de partilha divide seus conhecimentos, permitindo que os riscos sejam continuamente e coletivamente monitorados e amenizados.

Por outro lado, existem os fatores de proteção também denominados de *buffers*, que são as influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predis põe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas. Os fatores de proteção podem ser a autoestima, o apoio social a aproximação interpessoal, a satisfação com a vida, o bem estar subjetivo, a crença ou religião, etc, aliados à capacidade de enfrentar os fatores de risco podem mudar o curso da vida da pessoa, para uma evolução favorável (Rutter, 1985; Pesce et al., 2004).

Observa-se que os fatores de risco e proteção são assim considerados de acordo com a percepção de cada pessoa. Desse modo, um fator pode ser considerado “de risco” em um

determinado contexto, enquanto em outra situação específica pode ser caracterizado como “de proteção” (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007).

Neste estudo, considera-se o diabetes como um fator de risco, embora, as percepções acerca da doença são vistas de modo diferente por cada pessoa, ocorrendo manifestações e reações singulares em cada uma delas, algumas conseguem superar os desafios e manter a doença sob controle, tendo uma vida com saúde e harmonia. No entanto, outras encaram a doença como um grande problema, não conseguem viver satisfeitos (Camon, 2003).

Nesse sentido, o processo de resiliência é um fenômeno comum resultante de sistemas adaptativos do ser humano, que se manifestam frente a ameaças reais para o desenvolvimento, potencializado ou prejudicado, quando em face das adversidades significativas, o indivíduo sofre a influência dos fatores de proteção e/ou risco, respectivamente (Assis, Pesce, & Avanci, 2006; Poletto & Koller, 2006).

4.3 Instrumentos para avaliação da resiliência

Face à complexidade do construto existem diferentes formas de mensuração para a resiliência, a saber: (a) escores de testes e outras medidas de desempenho, como, por exemplo, notas escolares; (b) perfis obtidos por questionários de personalidade ou temperamento; (c) entrevistas e análise de histórias de vida; (d) entrevistas e análise do discurso de pessoas informantes que convivem com o sujeito; e (e) instrumentos que visam quantificar a resiliência. Diante dessa variedade de medidas a mais indicada compreende a última categoria supracitada, a mesma se refere as escalas, estas, foram desenvolvidas com o intuito de manter uma forma universal e padrão na avaliação do construto da resiliência (Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012).

Neste tópico dar-se-á ênfase as escalas mais utilizadas como por exemplo: *Adolescent Resilience Scale* (Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003), *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) e *Resilience Scale* (Wagnild & Young, 1993).

A *Adolescent Resilience Scale* foi elaborada por Oshio, Kaneko, Nagamine e Nakaya (2003), sendo compreendida por 21 itens, os quais avaliam três fatores: busca de novidades, regulação emocional e orientação positiva para o futuro. Foi formulada para jovens japoneses, com o intuito de medir as características psicológicas de pessoas resilientes e o quanto esses indivíduos são capazes de manter a saúde mental, sem deterioração, mesmo após vivenciarem acontecimentos dolorosos na vida. Trata-se de um instrumento de autorrelato, respondido por meio de uma escala Likert de cinco pontos. A escala apresentou boa consistência interna (alfa da escala total = 0,85; alfas por fatores: procura de novidades = 0,79; regulação emocional = 0,77; e orientação positiva para o futuro = 0,81), assim como evidências de validade de critério, uma vez que os escores de grupos considerados bem ajustados foram maiores que os escores do grupo vulnerável.

A *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) trata-se de um instrumento composto por 25 itens autorrespondidos, cada item é pontuado em uma escala Likert de 5 pontos (0-4), as pontuações mais altas reflete maior resiliência. A escala demonstrou ter boas propriedades psicométricas, a confiabilidade interna foi de 0,89, a análise fatorial produziu cinco fatores. O primeiro refletindo a noção de competência pessoal, altos padrões e tenacidade; o fator 2 correspondente à confiança nos instintos, tolerância ao efeito negativo e efeitos de fortalecimento de estresse; o terceiro fator refere-se à aceitação positiva de mudanças e relações seguras; o quarto foi relacionado ao controle e o quinto fator as influências espirituais. Essa escala foi administrada a indivíduos de grupos comunitários, pacientes com ansiedade e ambulatoriais em geral. Seus resultados demonstraram que a resiliência é modificável e pode melhorar com o tratamento (Connor, & Davidson, 2003).

A Resilience Scale foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993), avalia o nível de adaptação psicossocial positiva nos acontecimentos significativos da vida. Originalmente, essa escala foi construída a partir do relato de 24 mulheres (previamente selecionadas por adaptarem-se com sucesso à adversidade da vida) e proposta à população adulta. Essa escala é composta por 25 itens, respondidos em uma escala do tipo Likert de sete pontos, onde escores altos indicam elevada resiliência. A escala apresenta evidências de diferentes tipos de validade (conteúdo, construto e critério). Nos estudos de validade de construto dessa medida, cinco componentes foram identificados como fatores para resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. A Resilience Scale foi adaptada para o português por Pesce et al. (2005), que realizaram também estudos de confiabilidade e validade desse instrumento, para o estudo de adaptação, a amostra foi composta por 997 escolares, com idade média de 15,4 anos (DP= 1,48), alunos de 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e dos 1º e 2º anos do Ensino Médio de escolas municipais do Rio de Janeiro. A versão final da escala conservou os 25 itens originais e apresentou bons indicadores de validade de conteúdo (equivalência semântica), de consistência interna (escala total = 0,80) e de confiabilidade intraobservador.

4. 4 Estudos empíricos sobre resiliência e diabetes mellitus

Este tópico é dedicado à compilação de algumas pesquisas acerca da resiliência no contexto do diabetes. A pesquisa de Tavares et al. (2011) foi realizada no âmbito brasileiro e objetivou caracterizar a resiliência e variáveis sócio demográficas e de saúde/doença de pessoas com DM atendidas em um hospital geral de Florianópolis, Santa Catarina, nas unidades de emergência, de internação e no ambulatório. Tratou-se de um estudo transversal, desenvolvido com 60 sujeitos no período de agosto a novembro de 2009, utilizando a Escala de Resiliência de Connor-Davidson. Os resultados apontaram que os escores de resiliência foram elevados,

havendo associação entre resiliência e idade, as pessoas com mais de 60 anos obtiveram maior resiliência, outra característica que pode ter contribuído para a melhor resiliência das pessoas estudadas é que a maioria referiu morar com outras pessoas. Os pacientes atendidos na emergência obtiveram escores de resiliência significativamente superior às pessoas do ambulatório e unidades de internação, sugerindo que os que vivenciaram o agravamento de sua condição crônica e necessitaram de atendimento em uma unidade de emergência, mobilizaram maior resiliência para o enfrentamento desta condição, uma vez que a resiliência se desenvolve a partir do binômio fator de risco *versus* fator de proteção. Os autores concluem que pessoas com DM podem apresentar escores elevados de resiliência, compatível com uma população saudável e de países mais desenvolvidos.

Winsett, Stender, Gower e Burghen (2010) identificaram a auto eficácia e a resiliência em participantes adolescentes atendidos em um acampamento de diabetes. Tratou-se de um estudo piloto comparativo descritivo, participaram 81 adolescentes com idades de 10 a 16 anos com DM1. A principal diferença entre um acampamento regular para o acampamento de diabetes é que neste existe uma atividade adicional com foco na educação em diabetes, outro diferencial são os conselheiros, (adolescentes mais velhos) responsáveis pela administração de glicose juntamente com a equipe médica, dessa forma os participantes do acampamento tem uma melhor percepção da doença e passam a não sentirem-se sozinhos com a mesma.

De modo geral, a auto eficácia e os escores de resiliência foram moderadamente altos. Não foram detectadas diferenças para o modo de tratamento com insulina ou gênero; no entanto, os adolescentes africanos obtiveram escores mais altos para auto eficácia e resiliência do que os americanos. Outro resultado encontrado foi que os indivíduos que vivem com um dos pais tiveram menores níveis de hemoglobina glicosilada (HgbA1C), no entanto, pontuaram melhores níveis de resiliência, perceberam ainda correlações positivas para idade, auto eficácia e resiliência, sugerindo que com o passar da idade aumente a percepção de confiança e a

capacidade de lidar com situações estressantes melhoram. O acampamento pode ajudar a comunidade de adolescentes com diabetes a ganhar esclarecimentos adicionais sobre o programa ideal de desenvolvimento e os esforços para cumprir as necessidades desta população vulnerável (Winsett, Stender, Gower & Burghen, 2010).

Hilliard, Harris e Weissberg-Benchell (2012) objetivaram apresentar um modelo conceitual de resiliência em jovens com diabetes tipo 1 para servir como um quadro de investigação e prática clínica, com a finalidade de equipar os jovens com diabetes e suas famílias. O modelo de resiliência em diabetes inclui dois domínios relacionados com resultados positivos, o primeiro refere-se à resiliência comportamental ou competência do diabetes, este domínio inclui os aspectos comportamentais do diabetes, tais como o engajamento nas tarefas recomendadas para gerenciar a doença (por exemplo, o monitoramento de glicose no sangue, a administração da insulina) e ter boa qualidade de vida, incluindo o bem-estar subjetivo, que representa o impacto que uma doença e seu tratamento têm nos aspectos físicos, psicológicos e social no indivíduo.

O outro domínio trata-se da resiliência em saúde ou resultados de saúde nos diabéticos que tem como objetivo final a gestão do diabetes clínico representada por indicadores fisiológicos de controle geral do diabetes incluindo verificar os níveis de glicose no sangue a variabilidade da hemoglobina A1c, bem como, consequências do controle glicêmico fora da meta e às hospitalizações por cetoacidose diabética ou sinais de complicações. Este modelo enfatiza as potenciáveis modificações sociais e processos comportamentais, bem como, o contexto cultural que a pessoa com diabetes está inserida (Hilliard et al., 2012).

Outro estudo, objetivou avaliar a relação entre o controle glicêmico e os fatores de conhecimento sobre diabetes, resiliência, depressão e ansiedade entre os adolescentes e adultos jovens brasileiros com diabetes tipo 1. Tratou-se de um estudo transversal, participaram 85 pessoas com idades entre 11-22 anos. O grau de controle glicêmico foi avaliado por meio da

HbA1c, e para avaliar os fatores psicossociais, foram utilizados os seguintes questionários: uma escala de resiliência, a escala hospitalar de ansiedade e depressão, e a escala de Avaliação de Conhecimentos sobre Diabetes (Santos, Bernardo, Gabbay, Dib, & Sigulem, 2013).

Observou-se correlações significativas entre HbA1c e resiliência, ansiedade e depressão. A depressão teve uma associação significativa com os níveis de HbA1c mais elevados. Os resultados sugerem que a depressão, a ansiedade e a resiliência devem ser considerados no desenho de um abordagem multidisciplinar para o diabetes tipo 1, uma vez, que estes fatores foram significativamente correlacionados com o controle glicêmico. O controle glicêmico não foi correlacionado com o conhecimento do diabetes, sugerindo que a compreensão teórica ou prática desta doença não é, por si só significativamente associada com o controle glicêmico adequado (Santos et al., 2013).

Numa pesquisa realizada com o objetivo de descrever a relação entre os escores de resiliência e os níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c) em 71 mulheres afro-americanas com diabetes tipo 2, observou-se que a maioria das mulheres apresentaram alta resiliência (n = 47, 66,4%), apenas nove participantes pontuaram baixa resiliência. A idade não influenciou na resiliência, no entanto, a maioria dos participantes eram de meia-idade e idosos, observou-se também a correlação negativa entre os níveis de HbA1c e a resiliência, sugerindo que a resiliência pode influenciar no controle glicêmico, os indivíduos de baixa renda relatam níveis mais baixos de resiliência e os que relataram realizar exercícios regulares tiveram escores mais altos de resiliência, embora esse achado não tenha sido significativo (Denisco, 2011).

Os autores Jaser e White (2011) utilizaram uma medida de estratégia de enfrentamento específico para avaliar a resiliência (qualidade de vida, competência e controle metabólico), a pesquisa foi desenvolvida com 30 adolescentes com DM1, com idades entre 10 e 16 e de suas mães, os dados foram coletados com o uso de questionários sobre o uso de estratégias de enfrentamento, competência e qualidade de vida. Os dados clínicos (ou seja, HbA1c) foram

obtidos a partir dos prontuários dos adolescentes. Os resultados indicaram que o maior uso de estratégias de enfrentamento de controle principal (por exemplo, resolução de problemas, expressão emocionais) foi associado com as contagens de competência mais elevadas, melhor qualidade de vida e melhor controle metabólico. Estratégias de enfrentamento de controle secundário (por exemplo, de aceitação, de distração) foram relacionadas a maior competência social, melhor qualidade de vida e melhor controle metabólico. Finalmente, o uso de desengajamento estratégias de sobrevivência (por exemplo, de retirada ou de negação) estava ligado com menor competência e pior controle metabólico.

Outro estudo investigou os recursos de resiliência e de enfrentamento nos perfis de pacientes com diabetes. Um total de 145 participantes responderam a um questionário, a duas medidas de coping (COPE e estilos de enfrentamento), a resiliência foi definida por uma pontuação derivada de medidas de auto-estima, auto-eficácia, auto-domínio e otimismo. Foi observado que todas as subescalas de enfrentamento mal-adaptativo foram negativamente associadas a resiliência. Das sub-escalas de enfrentamento adaptativas, apenas aceitação, apoio emocional, e pragmatismo foram positivamente associadas com a resiliência, já os níveis de glicose não diferiram com relação à resiliência (Yi-Frazier, Smith, Vitaliano, Yi, Hillman, & Weinger, 2010).

Mednick et al. (2007) objetivaram analisar a esperança como um potencial fator de resiliência em mães de crianças muito jovens diagnosticados com diabetes tipo 1, respaldados na hipótese que a comparação de mães com baixos níveis de esperança, aqueles com níveis mais elevados de esperança iriam relatar menos sofrimento. Este estudo relata que o impacto de ter um filho com DM1 requer muita atenção e responsabilidade, e que esse impacto é potencialmente maior para pais de crianças mais jovens que mais velhas diagnosticadas com a doença. Quando a criança é muito jovem, os pais precisam cumprir rigorosamente os horários e rotinas para as injeções de insulina, alimentação, entre outras, dessa forma as mães se sentem

em constante vigilância em sua gestão do dia-a-dia da doença de seu filho, em sua maioria como resultado de seu medo de seu filho experimentando hipoglicemia, lhes ocasionando estresse, depressão, ansiedade em menores níveis de esperança quando comparado com mães de crianças sem doenças. De modo amplo, os resultados deste estudo sugeriram que ter uma disposição individual que inclui alta esperança pode servir como um fator de proteção contra a aflição psicológica em mães de crianças muito jovens com diabetes.

Um estudo piloto com o objetivo de avaliar a viabilidade de oferecer um Programa de Coaching para Diabetes (PCD), adaptado para os afro-americanos. Utilizou-se um desenho de um grupo, pré e pós-teste para testar a aceitação e potencial eficácia do PCD. Participou da pesquisa uma amostra de conveniência de doze indivíduos (6 mulheres; 6 homens). O PCD incluiu quatro sessões de classe semanais dedicadas a educação da resiliência e autogestão do diabetes, seguido por oito encontros quinzenais do grupo de apoio. As variáveis psicossociais (resiliência, estratégias de enfrentamento, diabetes empoderamento) e proximais (estresse percebido, depressão, auto-gestão do diabetes) e resultados distais (IMC, sangue em jejum, glicose, HbA1c, dislipidemia, hipertensão arterial) foram avaliados no início e seis meses pós estudo. Os dados qualitativos foram coletados em oito meses através de um grupo focal realizado para examinar a aceitabilidade do PCD (Steinhardt et al., 2009).

Os resultados preliminares indicaram melhoras estatisticamente significativas no empoderamento e autogestão do diabetes, IMC, HbA1c, colesterol total, LDL-colesterol e pressão arterial sistólica e diastólica. A resiliência, estresse percebido, glicemia de jejum e HDL-colesterol melhorou, mas as mudanças não foram estatisticamente significativas. Os dados dos grupos focais confirmaram que os participantes manifestaram opiniões positivas em relação ao PCD e sessões de acompanhamento do grupo de apoio, viabilizaram melhorara na capacitação do diabético em relação à autogestão da doença, na redução e progressão da obesidade, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares na comunidade Africano-americanos,

embora mais pesquisas sejam necessárias para confirmarem esses achados (Steinhardt et al., 2009).

Um estudo de caráter longitudinal investigou o papel dos níveis de resiliência em função do agravamento do controle glicêmico e do auto cuidado. Nesse estudo, a resiliência foi definida pelos fatores de auto-estima, auto-eficácia, auto-domínio, e otimismo. A angústia e o autocuidado também foram relacionados com o Diabetes. Participaram 111 pacientes com diabetes que mediram a glicose no início e depois de 1 ano. Os resultados mostraram que o diabetes esteve relacionado com a angústia e sua interação foi preditora da saúde física (controle glicêmico) um ano depois. O estudo concluiu que em pacientes com diabetes, recursos de resiliência previram um comportamento futuro quanto ao controle da glicose (Yi, Vitaliano, Smith, Yi, & Weinger, 2008).

Por fim, em outro estudo, se objetivou investigar em regime de internamento de cuidados com diabetes como são criadas estratégias de resiliência. Foram realizadas 32 entrevistas em profundidade com especialista em diabetes e enfermeiros especializados em diabetes, médicos especialistas, enfermeiros da ala e os médicos não-especialistas, os participantes foram escolhidos por cotas. Em conclusão, a equipe de especialistas pode aumentar a resiliência, complementando a enfermagem para os níveis de cuidados com os diabéticos, a equipe serve para coordenar fazendo em torno das várias considerações sobre as decisões dos pacientes. Isso abre espaço para a comunicação e feedback, monitoramento, detecção de problemas cedo, gerencia de riscos e reduz o risco futuro no suporte organizacional, educacional e com a equipe multidisciplinar (Ross, Anderson, Kodate, Thompson, Cox, & Malik, 2014).

Em suma, diante do levantamento realizado verificou-se que a resiliência no contexto do diabetes foi definida em alguns estudos pelos fatores de auto-estima, auto-eficácia, auto-domínio, e otimismo. Observou-se que as pessoas com mais idade, maior escolaridade, que

moram com outras pessoas, que realizam exercícios físicos regulares tem maiores níveis de resiliência. A correlação positiva pôde ser percebida entre resiliência e uso de estratégias de enfrentamento, competência, qualidade de vida, controle metabólico, aceitação, apoio emocional, pragmatismo e auto eficácia.

A esperança, também foi vista como um potencial fator de resiliência entre mães de crianças muito jovens com diabetes contra a aflição psicológica, para isso foram realizadas sessões educacionais de resiliência e autogestão do diabetes tendo sido observado melhoras significativas no empoderamento e autogestão do diabetes, evidenciando-se conforme Drybye e Shanafelt (2012) a possibilidade da resiliência ser aprendida. Além disso, outro estudo concluiu que a equipe de especialistas que atuam diretamente com as pessoas com diabetes podem contribuir no aumento da resiliência dessas pessoas.

Diante do exposto, o presente estudo acrescentou uma parcela de conhecimento no enfoque da resiliência e do bem-estar subjetivo, associação está ainda pouco explorada na literatura. Embora, estudos desenvolvidos com outros grupos de participantes tenham evidenciado correlações positivas entre esses construtos (Zhao, Guo, Suhonen, & Leino-Kilpi, 2016; Resende et al., 2011).

Além de quantificar os níveis de BES e resiliência, a presente tese se propôs a apreender as representações sociais acerca do diabetes e tratamento. Dessa forma, o próximo capítulo abordará acerca da teoria das representações sociais.

CAPÍTULO V–

Teoria das Representações Sociais e Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus

Neste capítulo, são apresentadas breves considerações acerca da teoria das Representações Sociais (RS) sob a perspectiva moscoviana, além da síntese de alguns estudos realizados sob o aporte das RS no contexto do diabetes.

5.1 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi formulada originalmente por Serge Moscovici, psicólogo social, naturalizado na França, com a publicação de sua tese de doutorado em 1961, intitulada “La Psychanalyse: Son image et son public” (Moscovici, 1961/2011). Trata-se de uma abordagem psicossociológica, que trabalha com o pensamento social em seu processo de elaboração, dinâmica e diversidade (Chaves & Silva, 2011).

Essa teoria parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar na nossa sociedade. Essas formas são móveis e cada uma gera seu próprio universo, como: o consensual e o reificado (Moscovici, 1981). Os universos consensuais correspondem às teorias do senso comum, a “lógica natural”, é a atividade intelectual voltada para a prática, esse universo é constituído principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, onde a sociedade se vê como um grupo formado por indivíduos que são de igual valor. Neste caso, o indivíduo é livre para se comportar como um amador e um “observador curioso”. As representações passam a se tornar tangíveis para o grupo, pois seus membros acreditam em sua existência e a estabilidade é garantida justamente por seu aspecto consensual. Contrariamente, o universo reificado é constituído pelo conhecimento do saber acadêmico, científico, regido segundo os rigores lógicos e metodológicos, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. Nesse caso, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, sendo eles desiguais, em que apenas alguns são detentores do saber. Porém, ambos os universos se inter-relacionam, dando forma à nossa realidade (Moscovici, 2011).

Nesse direcionamento, um dos pré-requisitos para que um fenômeno seja estudado no enfoque das Representações Sociais (RS), ele deve existir e ser conhecido pelo universo reificado (Sá, 1998). Partindo dessa premissa, o senso comum pode elaborar um novo conhecimento acerca do diabetes levando em consideração sua perspectiva cotidiana.

Segundo Moscovici (2011), as RS são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos, cujo *status* é o de uma produção e não de uma reprodução. Isso significa dizer que constituem não uma simples reação a estímulos exteriores, mas sim a escolha e a utilização, a partir de repertório circulante na sociedade, de informações destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-los, repeti-los ou reproduzi-los, mas em reconstruí-los, retocá-los e modificá-los.

Jodelet (2002) conceitua as RS, mais detalhadamente, entendendo que:

[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente, designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras do conhecimento científico (p. 22).

Portanto, ter acesso às RS de um objeto social é tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar uma problemática vinculada à sua realidade, bem como conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada, de acordo com a classe social a que pertencem e as instituições às quais estão vinculados, prolongando-se para além das dimensões intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais palpáveis de serem identificados e mapeados (Coutinho, 2005).

Nesse sentido, identificar as representações sociais dos participantes com o diabetes mellitus possibilitará compreender como esses indivíduos interpretam ou explicam essa nova

vivência, incluindo seus pensamentos, sentimentos, comportamentos e expectativas futuras diante da doença.

O arcabouço estrutural do conceito de RS é construído dentro de uma perspectiva tridimensional, sendo organizada conforme o pensamento de Moscovici em três dimensões básicas: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude (Moscovici, 1961, 1978).

A “informação” ou “dimensão conceitual”, se refere à organização dos conhecimentos que um determinado grupo de pertença possua a respeito de um objeto social, levando em consideração um saber consistente e que permita uma realização precisa entre os níveis de conhecimento. Esses níveis de conhecimento estão associados à quantidade de informação que os participantes de cada grupo social possuam (Moscovici, 1978).

A dimensão “campo de representação” *“remete à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação”* (Moscovici, 1978, p. 69). O conceito de imagem introduz uma dimensão dinâmica, enquanto unificadora de tensões internas e nomeadamente, às que emergem entre percepções e conceitos. O papel atribuído à imagem seleciona um título, em lugar de RS, que funciona como metonímia de um modelo que comporta as outras dimensões; informação e atitude, por meio das quais se podem diferenciar os sujeitos, sejam indivíduos ou grupos, que as produzem (Jesuino, 2013).

Como nem todos possuem a mesma informação ou os mesmos conhecimentos básicos acerca e um tema, a noção de um campo representacional implica na ocorrência de uma unidade hierarquizada de elementos, que orientam tanto a formulação de juízos quanto as asserções elaboradas sobre um determinado objeto representacional (Coutinho & Saraiva, 2013).

Por “atitude” entende-se que seja a orientação global do indivíduo ou grupo de pertença, em relação ao objeto da representação social, dessa forma, as pessoas podem se posicionar

favoráveis ou desfavoráveis acerca do novo elemento a ser categorizado e nomeado. Esta dimensão é considerada a mais frequente das três dimensões e quiçá, a mais geneticamente primordial, tal fato, deve-se porque uma pessoa se informa e representa alguma coisa somente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada (Moscovici, 1978).

O estudo da tridimensionalidade das RS possibilita conhecer tanto o conteúdo e significado acerca do objeto estudado, quanto é possível delinear o nível de estruturação de cada grupo estudado (Coutinho & Saraiva, 2013). Nesse sentido, identificar a quantidade de informação, as imagens e qual o posicionamento tem sido transmitido pela mídia impressa e que as pessoas com diabetes mellitus possuem frente a esta doença, nos permitirá ter acesso aos conteúdos da RS acerca deste construto, além de observar a composição deste grupo de pertença.

Conforme Oliveira e Werba (2010) estudar as RS é reconhecer o modo como um determinado grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, as representações que ele forma sobre uma diversidade de objetos, tanto próximos quanto afastados, bem como, o conjunto de códigos culturais que definem em cada momento histórico, as regras da comunidade.

Sendo assim, ao se investigar as RS acerca do diabetes mellitus, buscar-se-á apreender o campo da RS, abarcado a partir de informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos presentes no discurso sobre o diabetes mellitus, que são estruturados conforme seus organizadores socioculturais, suas atitudes e seus esquemas cognitivos (Saraiva, 2010).

A RS deve ser analisada articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal (das ideias) sobre as quais elas vão intervir (Jodelet, 2002).

Destaca-se, que as RS sobre o diabetes mellitus são forjadas via comunicações, tendo um conjunto de mensagens organizadas cognitivamente de acordo com diferentes modalidades de comunicações, quer sejam no diálogo entre as pessoas com ou sem a doença, nas expressões de opiniões voltadas para a discussão do cotidiano que envolva as peculiaridades do diabetes e seus tratamentos, nas argumentações, ou mesmo no encontro para produzir e difundir algum tipo de conhecimento dentro da perspectiva desse contexto. Dessa forma, Moscovici classifica e analisa três sistemas indutores responsáveis pela gênese das RS, os quais se referem a diferentes modalidades de comunicações; difusão, propagação e propaganda. Esses sistemas de comunicação são responsáveis pelo conteúdo e pela forma das mensagens emitidas sobre o diabetes (Coutinho & Saraiva, 2013).

Estas formas de comunicação estão entrelaçadas e relacionadas a cada conduta edificada: a propaganda correlaciona-se com os estereótipos, a propagação com as atitudes e a difusão com as opiniões (Saraiva, 2010).

A difusão, segundo Moscovici (1961), está direcionada a um grupo social com identidade difusa. Esse sistema de comunicação caracteriza-se por não se dirigir a um público, mas a vários públicos distintos. As mensagens sobre um objeto organizam-se com base numa multiplicidade de quadros de referência, na medida em que ignoram as diferenciações sociais e se dirigem a indivíduos impermutáveis. O objetivo da difusão é simplesmente informar, assim, esta noção está vinculada à concepção de opinião, já que evoca uma descontinuidade e contradição dos temas, resultando numa instabilidade entre as posições assumidas pelos atores sociais e a difusão.

Nesse caso, pode-se dizer que as propagandas transmitidas via televisão, sites, jornais, revistas, campanhas de prevenção para o diabetes e às orientações transmitidas pelos profissionais da saúde, tem o caráter informativo acerca da doença, com o intuito de promover que as pessoas construam suas próprias opiniões sobre esse assunto. De acordo com Saraiva

(2010) é pertinente estudar a comunicação, que sustentam e expandem os pontos de RS, se levantando questionamentos acerca destas implicações para os receptores.

Ao contrário da difusão, a propagação requer uma organização mais complexa das mensagens. Nesse sistema, as mensagens são produzidas pelos membros do grupo das pessoas com diabetes e se dirigem ao seu próprio grupo, unindo a nova informação aos sistemas de valores e normas daquele grupo (Coutinho & Saraiva, 2013). Essa modalidade de comunicação tem propriedades semelhantes às do conceito de atitude, enquanto uma organização psíquica que tem uma relação positiva e negativa com um objeto, o direcionamento dessa relação pode manifestar-se por meio de uma série de reações ou por um comportamento global, que produz um efeito seletivo sobre as reações dos indivíduos, por possuir uma função reguladora (Nóbrega, 2001).

A propaganda é um sistema caracterizado por temas ordenados sistematicamente e bem definidos em incompatibilidades, com intenção persuasiva, uma vez que oferece uma visão claramente clivada do mundo, salientando e alimentando relações sociais de conflito. É uma forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas e que tem por objetivo engendrar a ação relativa à representação que ele faz do objeto do conflito. Neste direcionamento, a afirmação da identidade de um grupo fica condicionada a uma polarização. A conduta estereotipada precisa ser edificada, para que ocorra a simplificação ou das dimensões do objeto representacional, ou do imediatismo da reação, ou mesmo da sua rigidez. Assim, o estereótipo consiste numa resposta, que é concomitantemente genérica, rígida e reducionista, à simplificação do objeto da representação (Jodelet, 2002; Moscovici, 1961; Saraiva, 2010).

O processo de comunicação é responsável pelo modo como se constituem as RS, e por determinar a formação do processo representacional, que pode ser dividido em três níveis; cognitivo, formação das próprias RS e edificação de condutas (Coutinho & Saraiva, 2013;

Moscovici, 1961; Nóbrega, 2001). No primeiro nível, cognitivo, a formação de uma RS está alicerçada no processo desigual de informações, interesses e implicações do indivíduo e pela necessidade de agir em relação ao outro. O segundo nível, refere-se ao processo de formação das RS respaldado nos mecanismos de ancoragem e objetivação e por último, encontra-se o terceiro nível que trata da composição das opiniões, atitudes e estereótipos (Coutinho & Saraiva, 2013).

Destaca-se que as representações sociais são “*uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos*” (Moscovici, 1978, p. 26), considerando-se a indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos. Nesse sentido, as RS das pessoas com o diabetes mellitus sobre a patologia orgânica evidente, podem ser definidas a partir da natureza e da significância atribuídas aos estímulos que cercam esse grupo, direcionando, assim, seus comportamentos e comunicações.

Posteriormente, Abric, em 1994, acrescentou outras duas funções às RS, justificadas pela evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e práticas sociais, a saber: a função identitária, que define a identidade e permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e a função justificadora, que permite explicar determinados comportamentos dos atores sociais adotados em face de outros grupos (Chaves & Silva, 2011).

Sendo assim, o conhecimento construído por essa teoria é capaz de descrever, mostrar uma realidade ou um fenômeno que existe e, por vezes, não é percebido, mas pode influenciar e explicar determinados comportamentos (Oliveira & Werba, 2010).

De acordo com Moscovici (2011, p. 54), “*a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade*”. Nesse caso, uma função primordial das RS é a integração do novo, para Moscovici, a estrutura de cada representação tem duas faces indissociáveis quanto à frente e o verso de uma folha de papel; a face figurativa

e a face simbólica, fazendo compreender em todo sentido uma figura, e em toda figura um sentido (Oliveira, 2011). Nessa perspectiva, aponta-se que as RS são constituídas por meio de dois mecanismos interligados de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas: a ancoragem e a objetivação.

O primeiro é responsável por transferir o estranho para um referencial que possibilita sua interpretação e comparação, através de uma relação entre “categorias e rótulos” considerada apropriada (Moscovici, 2011). Esse nível também é descrito por Jodelet (2002) como responsável por enraizar a representação e seu objeto numa rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência, sendo essencial no que se refere à realização de sua inscrição sobre um “já pensado”, manifesto ou latente.

À luz do processo de ancoragem, buscar-se-á conhecer como o diabetes é classificado, avaliado, nomeado e rotulado, a partir do consenso desse grupo identitário de participantes, ou seja, qual a atribuição de sentido que essa população estudada fornece ao objeto em questão.

O segundo processo, a objetivação, trata-se da forma como os elementos constituintes da representação se organizam e do percurso por meio do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural (Vala, 2013).

A objetivação é o processo que torna o invisível perceptível e o não familiar conhecido, e se distinguem três fases nesse processo: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização. A primeira corresponde ao processo pelo qual o sujeito se apropria das informações e dos saberes sobre um dado objeto. Nessa apropriação, alguns elementos são retidos, enquanto outros são ignorados ou rapidamente esquecidos. As informações que circulam sobre o objeto são selecionadas em função dos aspectos culturais do grupo de pertença e dos critérios normativos que asseguram a retenção da informação de acordo com o sistema de valores correspondente ao grupo circundante (Alves-Mazzotti, 2008).

Na esquematização estruturante, uma operação imaginante reproduz de forma visível, dando corpo aos esquemas conceituais, reabsorvendo o excesso de significações, de modo a proporcionar uma imagem coerente e facilmente exprimível dos elementos que constituem o objeto da representação, permitindo ao sujeito apreendê-los individualmente e em suas relações. A partir desse processo, é perceptível o esquema figurativo das representações (Jodelet, 2002). Por fim, ocorre a naturalização, quando de fato é possível perceber a realidade concreta dos elementos representados (Alves-Mazzotti, 2008).

Esse processo de objetivação nos permitirá conferir qual o elemento mais estável, rígido ou “duro” acerca do diabetes mellitus, apreendido pelos participantes, conferindo-lhes uma realidade plena, reduzindo o que antes era desconhecido ao nível visível e perceptível.

Portanto, para apreender as representações sociais acerca do diabetes e tratamento, se faz necessário compreender os processos de classificação e nomeação envolvidos. São esses processos que permitem retirar o novo do anonimato e colocá-lo numa rede de significações, a partir do consenso do grupo de afiliação que convive em um mesmo ambiente de interação social.

5.2 Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus

Com o intuito de conhecer o que já existe na literatura científica acerca do diabetes sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais, foi realizada uma busca no Portal de Periódicos da Capes, para que a busca fosse o mais abrangente possível, não foram selecionadas as bases de dados e nem houve delimitação quanto ao tempo de publicação. Utilizou-se a combinação dos descritores [representações sociais e diabetes] e seus termos análogos nos idiomas inglês e espanhol, como critério de inclusão optou-se por artigos que abordassem as representações sociais e o diabetes e, de exclusão, os artigos em duplicidade ou que tangenciassem a temática. Com a busca realizada utilizando os descritores em português foram constatados 17 publicações, destas 8 estavam dentro dos critérios de busca, com a combinação dos termos em inglês a busca detectou 44 publicações,

sendo 2 incluídas, em espanhol foram identificados 11 artigos e destes, apenas um foi inserido na busca, totalizando 10 produções científicas no levantamento realizado.

O estudo de Torres-López et al. (2005) foi realizado no México e objetivou analisar as representações sociais do diabetes mellitus por pacientes crônicos, utilizando-se da metodologia qualitativa e etnográfica. Foram entrevistados trinta pacientes em quatro momentos ao longo de dois anos, e as entrevistas foram analisadas com um enfoque hermenêutico dialético usando o software Ethnograph. Os principais resultados incluíram uma representação holística da doença, com multi causalidades e que ocasiona limitações nos diferentes contextos, econômicos, afetivos e familiares. O diabetes foi representado como uma "mulher ou uma menina", "difícil de tratar", em que "não se pode confiar", pois é "volúvel, instável e surpreendente", outras elucidações negativas para o diabetes foram: "caprichoso, pretensioso, pegajoso, tremendo e traiçoeiro" (Torres-López et al., 2005).

Essa doença também foi caracterizada por "ter o açúcar no sangue", tornando-o "pesado, infectado e doente", "afligindo a vida" dos diabéticos, nesse sentido, o sangue sob estas condições é considerado um veículo de problemas de saúde, que passa através do corpo indo afetar os órgãos e capacidades de todo o organismo (Torres-López et al., 2005).

Conforme o levantamento realizado, também foi possível identificar as representações sociais de mulheres diabéticas das camadas populares em relação ao processo saúde-doença. Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Nesse estudo, oito mulheres responderam a uma entrevista, a qual foi submetida a análise temática de conteúdo. Os resultados apontaram que o diabetes esteve relacionado a sentimentos negativos como choque, revolta e tristeza, o plano alimentar aparece vinculado à perda do prazer e prejuízos à saúde. As mulheres diabéticas mostraram relação ambivalente com o uso da medicação, percebida como cansativo e como recurso que promove o bem-estar e melhoria da qualidade de vida, nesse sentido, a representação negativa dos serviços de saúde parece interferir no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso (Péres, Franco, Santos, & Zanetti, 2008).

Sabe-se que o diabetes é responsável por várias complicações orgânicas, uma delas é o pé diabético, que por vezes obriga a pessoa a submeter-se a amputação desse membro ou de membros inferiores. Ainda que a

amputação tenha um caráter reconstrutor, na medida em que melhora a qualidade de vida do paciente, para muitos ela é vista como mutiladora e modificadora do cotidiano (Stuhler, 2012).

Nesse sentido, Coelho, Silva e Padilha (2009) investigaram as RS do pé diabético. Participaram deste estudo dez pessoas, as quais responderam a uma entrevista semiestruturada que foi analisada por meio da análise de conteúdo. Os resultados apontaram para duas categorias: a doença do pé com alterações percebidas e ameaças presentes e; o cuidado com os pés, a preocupação com o futuro e não cuidado como sentimento de culpa. Destarte, observou-se que movidos pelas representações de alterações e ameaças, os sujeitos buscam no cuidado uma esperança de não desenvolver a doença do pé ou controlar a situação. Quando esse cuidado não ocorre, surge o sentimento de culpa por terem conhecimentos e não se cuidarem, dessa forma, as RS contribuíram na busca da compreensão do modo como os sujeitos com diabetes mellitus constroem saberes que expressam sua identidade e guiam seus comportamentos, especialmente vinculado ao pé diabético.

As RS acerca do pé diabético e do diabetes também foram investigadas por Mantovani et al. (2013). Esse estudo foi realizado com 161 pessoas divididas em grupos: diabético (GD); não-diabético (GN); e profissional da área da saúde não diabético (GP). Os participantes responderam a TALP com os estímulos “diabetes” e, “pé diabético”. O material evocado foi analisado pelo software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations. O GD representou a doença como limitadora de atividades de vida diária e da qualidade de vida, as palavras referentes ao pé diabético remetem apenas às sensações negativas, não sendo observado referências aos mecanismos de prevenção de incapacidades.

O GN demonstrou superficialidade do assunto apresentando baixo nível de informações acerca da doença e do pé diabético, concentrando-se nas restrições nutricionais. O GP, por sua vez, representou o diabetes atrelado aos fatores de limitação nutricional que envolvem a doença, em relação ao pé diabéticos os profissionais manifestaram dados de limitação e incapacidade e não apresentaram preocupações com o nível primário de atendimento à saúde. Os autores observaram que os grupos se mostraram sedentos por maiores informações, confirmando a necessidade de programas de conscientização e educação em diabetes, que contemplem questões globalizantes acerca da doença (Mantovani et al., 2013).

Silva et al. (2010), realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi caracterizar as representações sociais de pessoas diabéticas sobre o seu corpo após a amputação e analisar a relação dessas representações para o cuidado de si, participaram 20 pacientes que realizavam tratamento em um hospital na cidade de Belém-Pará. As técnicas de coleta de dados foram: a livre associação de palavras e a observação livre. Após análise emergiram quatro categorias: o corpo saudável saúde expressão do viver bem, o corpo trabalho a perfeição e a beleza no cotidiano, o corpo amputado a limitação ocasionada pela amputação e o corpo amputado e sua relação para o cuidado de si. Conforme as representações após a amputação as pessoas são vistas como incapazes, inúteis, pois já não são produtivos como antes, não podendo ser encaixados no universo social imaginado por eles. Em relação ao cuidado de si, foi percebido uma preocupação com a saúde no que tange a recuperação do bem-estar perdido ou pelo menos manter o corpo como está para não sofrerem com mais amputações e declínio da autoimagem.

Conforme este levantamento também foi possível verificar outros estudos no contexto do DM, sejam eles acerca do atendimento realizado pelos profissionais da saúde, sobre o apoio familiar e alimentação.

Os autores Ribas, Santos, Zanetti e Zanetti (2013) buscaram identificar as RS de pacientes com DM 2 sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde, tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, no qual participaram 14 pacientes, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. No resultados emergiram duas categorias temáticas: Descrença no atendimento dos profissionais de saúde e Crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde. Na primeira categoria, os participantes traduziram a representação do atendimento pelos profissionais de saúde com forte valoração negativa, o que os leva a serem cétricos em relação às recomendações prescritas devido à falta de confiança no profissional, na segunda, os participantes representaram o atendimento oferecido pelos profissionais com valoração positiva, o que fortalece a confiança e favorece uma atitude de gratidão e reconhecimento pelas orientações recebidas. Desse modo, os dados indicaram que a RS do atendimento está calcada no distanciamento do profissional em relação ao contexto psicológico, cultural e social da população, evidenciando descompasso entre a abordagem do profissional e as necessidades dos pacientes, o que pode resultar na baixa resolubilidade das intervenções.

Outro estudo que utilizou essa mesma temática foi o de Damasceno, Alves, Paiva e Vendas (2010) que apreenderam as representações sociais sobre o atendimento oferecido para o DM. Tratou-se de um estudo qualitativo realizado em uma Unidade Básica de Saúde em Jequié. Vinte e cinco diabéticos responderam a uma entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciaram duas categorias: o cuidado recebido e o cuidado desejado. A primeira, se referiu aos aspectos físicos, biológicos e educativos, a segunda baseia-se nos aspectos afetivos. Estes resultados mostraram que o atendimento prestado pelo profissional da saúde deve levar em consideração as representações, crenças, atitudes e expectativas dos diabéticos.

As RS acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento foram estudadas por Santos et al. (2011), participaram desta pesquisa 41 pessoas com diabetes atendidas em um centro universitário do interior paulista, o grupo focal foi utilizado como estratégia de coleta dos dados que foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados possibilitaram identificar três categorias: o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com diabetes; a família nem sempre apoia a pessoa com diabetes em suas necessidades; a própria pessoa com diabetes toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família. Nesse direcionamento, os participantes reconhecem o apoio familiar como um fator relevante para o tratamento, porém também apontam que o excesso de controle exercido pelos familiares restringe sua autonomia e desperta sentimentos ambíguos. Os autores concluíram que a equipe multiprofissional precisa considerar que o conhecimento das representações socialmente construídas contribui para potencializar a atenção em saúde à pessoa com diabetes.

O objetivo do artigo de estudo de Rodríguez, Camacho, Escoto, Contreras e Casas (2013) foi comparar e interpretar o significado de apoio familiar para pacientes diabéticos e suas famílias, utilizando-se da abordagem estrutural das RS. O estudo foi realizado em um Centro de Medicina Familiar do Município de Chalco no Estado do México, participaram dez pares de pacientes diabéticos e seus familiares. Utilizou-se a técnica de associação livre com o estímulo "suporte familiar", observou-se centralidade no discurso quando ao domínio emocional. Aplicou-se também uma entrevista semiestruturada, nesse caso o discurso dos pacientes diabéticos foi

comparado com o das famílias, a fim de encontrar semelhanças e diferenças, constatou-se diferenças na centralidade dos termos e das declarações. A família tende a centrar-se no domínio ativo, enquanto que o paciente se centra no domínio emocional. Este estudo apontou para as necessidades emocionais do paciente como componentes essenciais no que tange ao apoio. Os autores alertam para a reflexão sobre a mudança de estratégias na concepção de programas públicos de saúde, na medida em que eles podem incluir o apoio familiar do ponto de vista da alteridade.

Barsaglini e Canesqui (2010) objetivaram analisar os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas envolvidos no gerenciamento do diabetes entre adoecidos usuários de serviços públicos de atenção básica. Participaram do estudo 28 pessoas com diabetes e 10 familiares atendidos por serviços de atenção básica do município do interior paulista. Os dados foram coletados mediante entrevistas com roteiro semiestruturado e a utilizou-se a análise de conteúdo temática. No que tange aos resultados verificou-se que o processo de gerenciamento do diabetes, o manejo das dietas e da alimentação pelos adoecidos não se dissocia das representações e da experiência da enfermidade, sendo orientado por ideias, crenças e pelo conjunto de ajustes e pequenas decisões do cotidiano para controlar os efeitos/sensações desfavoráveis permitindo conviver com e apesar dela. Além de terem noções que as formas de manejar a alimentação e as dietas alimentares são componentes importantes do controle do diabetes, subtraídas do poder exclusivo dos saberes e das práticas médica e nutricional.

Identificar os pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à dieta também foi objeto de estudo da pesquisa de Peres et al. (2006), participaram oito mulheres com DM 2 residentes na cidade de Ribeirão Preto, as quais responderam a uma entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciaram dificuldade no seguimento da dieta prescrita, em função de significados associados, a perda do prazer de comer e beber, da autonomia e da liberdade para se alimentar. A ausência de sintomas foi um dos aspectos que também dificulta o seguimento da dieta, outra dificuldade foi tocar, olhar e manipular os alimentos durante o seu preparo e não poder ingeri-los. Os alimentos doces despontaram como algo extremamente desejado. Transgressão e desejo alimentar

estão igualmente presentes na vida das pessoas entrevistadas. Seguir o padrão dietético recomendado elicia tristeza, e o ato de comer, muitas vezes, vem acompanhado de medo, culpa e revolta.

A seguir, consta a segunda parte da tese, a qual foi composta por quatro estudos, apresentados em formato de artigos. O primeiro, tratou-se de um artigo teórico, o qual objetivou realizar uma revisão sistemática de artigos indexados acerca do diabetes subsidiados no aporte das Representações Sociais. Os demais artigos foram empíricos e objetivaram apreender as representações sociais elaboradas por pessoas que tenham diabetes acerca da doença e do tratamento, assim como, medir os níveis de BES e de resiliência nos diabéticos.

PARTE II- ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO VI –

Artigo- 1

**Revisão sistemática de estudos sobre diabetes sob o enfoque da teoria das representações
sociais ¹**

Systematic review of diabetes studies about the theory of social representations

**Revisión sistemática de los estudios sobre la diabetes desde el punto de vista de la teoría
de las representaciones sociales**

Diabetes mellitus: Revisão sistemática

¹ Artigo enviado para a Revista Psicologia e Saber Social

Resumo

O presente trabalho objetivou realizar uma revisão sistemática acerca do diabetes com base no aporte teórico das Representações Sociais. Desse modo, realizou-se um levantamento bibliográfico através da busca de artigos publicados nas bases de dados Gale, SciELO, Medline/PubMed e SCOPUS, entre os anos de 2006 e 2016. Utilizaram-se as combinações de descritores “diabetes and social representations”, “diabetes and representações sociais”, e “diabetes and representaciones sociales”. Foram recuperados 92 artigos, dos quais 9 atenderam aos critérios de seleção estabelecidos. As temáticas que emergiram nos resultados dos artigos pesquisados foram agrupadas em quatro eixos: (i) “Aspectos nutricionais”; (ii) “O diabetes e suas definições”; (iii) “Apoio do familiar e do profissional da saúde” e as (iv) “Consequências do diabetes”. Observou-se que 66% dos artigos estiveram concentrados equitativamente nos eixos i e iv. Em geral, o pensamento do senso comum veiculado nos artigos revisados foi consensual no que diz respeito às dificuldades da dieta, atrelada principalmente ao fator emocional. Espera-se que os resultados contribuam para maior importância dos cuidados frente à prevenção do diabetes.

Palavras – chave: Diabetes mellitus; Revisão de literatura; Representação social.

Abstract

The present research aims at a systematic review of the diabetes anchored in the theory of Social Representations. Thus, a bibliographic survey was carried out by means of articles published in the data bases Gale, SciELO, Medline/PubMed e SCOPUS, between the years 2006 and 2016, using the combinations of descriptors "diabetes and social representations", "diabetes and representações sociais", and "diabetes and representaciones sociales". As many as 92 articles were recovered, out of which 9 were in accordance with the established selective criterion. The themes that emerged in the results of the surveyed items were grouped into four axes: (i)

"Nutritional aspects"; (ii) "Diabetes and their settings"; (iii) "Support of the family members and the health professional" and (iv) "Consequences of diabetes". It was observed that 66% of the articles were concentrated in fairly axes (i) and (iv). In general, the thought of common sense conveyed in the reviewed articles was consensus regarding the difficulties of the diet, mainly to the emotional character. It is expected that the results will contribute to greater importance in the care of primary health in the diabetes.

Keywords: Diabetes mellitus; Literature review; Social representation.

Resumem

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática de la diabetes anclados en la teoría de las representaciones sociales. Para esto, se realizo um levantamento bibliográfico por médio de la estratégia de búsqueda de artículos publicados en las bases de datos de Gale, SciELO, Medline/PubMed e SCOPUS, entre los años 2006 y 2016, se utilizaron los términos: "diabetes and representación social", "diabetes and social representations" y "diabetes and representações sociais", fueron recuperados 92 artículos, de los cuales 9 atendieron a criterios de selección establecidos. Los temas que surgieron en los resultados de los artículos estudiados se agruparon en cuatro áreas: (i) "aspectos nutricionales"; (ii) "Diabetes y definiciones"; (iii) "Apoyo a la Familia y el profesional de la salud", y (iv) "Consecuencias de la diabetes". Se observó que 66% de los artículos se concentraron en igualmente ejes (i) y (iv). En general, el pensamiento de sentido común transmitido en los artículos revisados se concentro sobre las dificultades de la dieta, debido principalmente al carácter emocional. Se espera que los resultados contribuirán a una mayor importancia en el cuidado de la salud primaria en la diabetes.

Palabras - clave: Diabetes mellitus; Revisión de literatura; Representación social.

O Diabetes Mellitus (DM) compreende um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresenta em comum a hiperglicemia, cuja consequência advém do desequilíbrio na ação da insulina (DM tipo 2) e/ou na secreção da insulina (DM tipo 1). A doença é reconhecida mundialmente em decorrência de seus impactos biopsicossociais, ocasionada por fatores genéticos e ambientais. Considerada uma das síndromes mais prevalentes de evolução crônica da atualidade vem atingindo cada vez mais o homem independente de sua etnia, condição social, idade, sexo, localização geográfica, entre outros fatores (ADA, 2015; Stuhler, 2012).

Segundo a International Diabetes Federation (IDF), existem aproximadamente 415 milhões de diabéticos no mundo, com a possibilidade de esse número chegar a 642 milhões de pessoas em 2040. No Brasil tem cerca de 14 milhões de portadores da doença, dos quais 90% são do tipo 2 e de 5 a 10% do tipo 1 (IDF, 2016; Rodríguez, Meneses, Toboso, & Moreno, 2012).

Por ser uma doença complexa de natureza crônico-degenerativa, o indivíduo acometido do diabetes necessita de contínuos cuidados como: o controle glicêmico, a ingestão medicamentosa, a reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos, a fim de prevenir complicações agudas e crônicas. Na maioria das vezes esses cuidados constituem uma tarefa extremamente penosa, uma vez que requerem uma reorganização de estilo de vida (ADA, 2015; Santos et al., 2011). Segundo Barsaglini e Canesqui (2010), conviver com o diabetes configura-se como um processo de gerenciamento contínuo que envolve ajustamentos e autorregulação nas questões de ordem prática e simbólica, referidas aos contextos culturais, sociais, laborais e familiares, com a finalidade de promover adequações nos aspectos físicos e psicológicos.

Nesse direcionamento, este estudo balizou-se em uma revisão sistemática realizada no contexto nacional e internacional sob a perspectiva das Representações Sociais (RS). De acordo com Moscovici (2012), as RS são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos, cujo *status* é o de

uma produção e não de uma reprodução. Isso significa dizer que constituem não uma simples reação a estímulos exteriores, mas sim, a escolha e a utilização a partir de um repertório circulante na sociedade, de informações destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-los, repeti-los ou reproduzi-los, mas em reconstruí-los, retocá-los e modificá-los.

Esta teoria se desdobra em três correntes teórico-metodológicas, que são as abordagens dimensional, estrutural e societal. A primeira foi cunhada pelo Moscovici em 1961 e teve como sua maior propagadora a Denise Jodelet; essa vertente se caracteriza por priorizar o estudo da gênese e do processo de construção das RS. A abordagem estrutural foi proposta por Jean-Claude Abric em 1976. Nessa concepção as RS são constituídas por dois componentes: o núcleo central e os elementos periféricos. Os conteúdos centrais seriam responsáveis pela função geradora, a qual cria ou transforma o significado dos outros elementos essenciais das RS e a função organizadora que unifica e estabiliza a representação (Chaves & Silva, 2011).

E a abordagem societal, proposta por Willem Doise a qual busca interligar aspectos de ordem individual com o coletivo, e, sobretudo, explicita que os processos usados pelos indivíduos para viver em sociedade são orientados por dinâmicas interacionais, valores e crenças. Nessa abordagem, as representações sociais são princípios geradores de tomadas de posição, e esses princípios estão direta e simbolicamente vinculados à posição que o sujeito ocupa no grupo (Almeida, 2009).

Destarte, a saúde e, conseqüentemente, a doença são temáticas importantes, que se impõem não só por razões históricas, mas também pela persistência da atualidade. Conforme Sá (1998, p. 36), “o caráter estranho e ameaçador próprio da doença responde pela sua extrema capacidade em gerar representações”. Herzlich (2005, p. 66) acrescenta que a doença é “um evento que modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social

e, portanto, o equilíbrio coletivo; a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”.

Em face dessas premissas, é objetivo deste estudo realizar uma revisão sistemática acerca do diabetes com base no aporte teórico das Representações Sociais. A busca por esse tipo de conhecimento é devido ao interesse de ir além dos aspectos epidemiológicos e prevalentes, uma vez que a TRS se apresenta como uma perspectiva da construção do conhecimento prático elaborado pelos diabéticos levando em consideração a dimensão cognitiva, psicológica e social acerca dessa síndrome. Diante do exposto, indaga-se: como têm sido realizados os estudos do diabetes mellitus com base nas Representações Sociais? Quais as RS elaboradas? Como o conhecimento do senso comum vem sendo construído? Qual o enfoque dados pelos pesquisadores ao estudo da teoria das RS no contexto do DM?

Método

Este estudo trata-se de uma Revisão Sistemática sobre o DM na perspectiva da TRS. Para a execução da Revisão Sistemática foram consideradas as seguintes etapas: (i) Formulação da pergunta de pesquisa, (ii) Localização e seleção dos artigos, (iii) Avaliação crítica dos artigos, (iv) Coleta de dados, (v) Análise e apresentação dos dados coletados, (vi) Interpretação dos dados e (vii) e Atualização da revisão (Gomes & Caminha, 2014).

Inicialmente, efetivou-se a seguinte questão: Quais as temáticas abordadas em publicações disseminadas em periódicos *on-line* no período de 2006 a 2016, referentes às representações sociais do diabetes? Em seguida, a localização e seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores no site do Portal de Periódicos da CAPES, adotando-se a estratégia de busca de artigos publicados nas bases de dados Gale-Academic One File, Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil), Medline/PubMed e SCOPUS, destaca-se que as bases são atualizadas e relacionadas com a área da saúde e psicologia. Optou-se, ainda, por incluir na pesquisa estudos publicados nos últimos 10 anos, por entender ser um período proeminente das

últimas descobertas na área. Utilizaram-se as combinações de descritores “diabetes and social representations”, “diabetes and representações sociais”, e “diabetes and representaciones sociales”, esses termos foram selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Após a localização dos artigos, realizou-se a leitura dos resumos para verificar se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Adotaram-se como critérios de inclusão: (i) artigos publicados em inglês, espanhol e português; (ii) estudos que utilizassem exclusivamente a abordagem das representações sociais, (iii) ser um artigo completo; e (iv) artigos de periódicos revisados por pares. Os critérios de exclusão foram: (i) terem o *status* da publicação como dissertações, teses ou capítulos de livros; e (ii) artigos repetidos. Quando atendidos aos critérios de inclusão os artigos eram lidos na íntegra.

A avaliação dos artigos foi realizada com o auxílio da análise descritiva, utilizando-se de frequências e percentuais. Dessa forma, os resultados serão apresentados em uma tabela contemplando informações acerca das variáveis analíticas tais como: autores/ano, objetivos, aporte psicossociológico, características metodológicas, principais resultados e eixos temáticos. Registra-se que essa última variável foi decorrente do agrupamento dos conteúdos advindos dos artigos por semelhança de temas investigados detectados por meio da leitura flutuante.

Resultados e Discussão

A busca inicial nas bases de dados gerou um total de 92 artigos (Gale: 30; SciELO: 2; Medline/PubMed: 30 e SCOPUS: 30). Na primeira triagem, foram considerados 44 artigos os quais foram revisados por pares; destes, identificou-se que 35 não atenderam aos critérios de exclusão. Restando, portanto, nove, os quais foram inseridos neste estudo. Na Tabela 1 observa-se a categorização desses artigos em função das variáveis analíticas.

Inserir Tabela 1.

Conforme a Tabela 1, observou-se que dentro do período selecionado para a busca dos artigos, detectou-se uma produção de nove publicações que levaram em consideração as representações sociais. Este é um número reduzido em se tratando de uma doença de grande prevalência e socialmente relevante, devido às implicações proporcionadas à saúde pública, sejam elas de ordem física, emocional, laborativa, financeira, entre outras; além disso, essa teoria busca dar visibilidade aos aspectos que envolvem a doença a partir do discurso dos diabéticos.

Quanto à distribuição temporal constatou-se uma tendência crescente das publicações, embora se perceba uma pausa desde o ano de 2013. No que tange à natureza das pesquisas, todos os artigos revistos foram empíricos e publicados em português. Nesse sentido, observou-se que a literatura internacional tem vislumbrado associar as RS com outros construtos, a saber, identidade social, autoeficácia, ajustamento emocional e até mesmo utilizar as representações da doença como preditor do controle glicêmico (Amorim, Ramos, Brito, & Gazzinelli, 2014; Nouwen, Urguhart, Hussain, McGovern, & Napier, 2009).

Quanto aos objetivos, 33% dos estudos objetivaram apreender as RS acerca dos alimentos e dietas (Ribas et al., 2011; Barsaglini & Canesqui, 2010; Péres et al., 2006). Já os autores Mantovani et al., 2013 e Péres et al. (2008) objetivaram apreender as RS sobre o diabetes e o processo saúde-doença, totalizando 22% dos artigos; outros 22% buscaram investigar as RS sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde e acerca do apoio familiar (Ribas et al., 2013; Santos et al., 2011). Ademais, 33% dos artigos apreenderam as RS sobre o pé diabético e corpo após a amputação (Mantovani et al., 2013; Silva et al., 2010; Coelho et al., 2009). Diante dessas evidências, observa-se que o maior interesse dos pesquisadores esteve voltado para verificar os aspectos nutricionais e consequências do DM.

Aporte psicossociológico

Em relação ao referencial teórico utilizado pelos autores, foi observado que dos nove estudos mencionados, 55% optaram por utilizar a teoria das Representações Sociais formulada originalmente por Serge Moscovici; foram eles: Ribas et al. (2013), Ribas et al. (2011), Santos et al. (2011), Silva et al. (2010) e Péres et al. (2008); apenas 11% representados pelo artigo de Mantovani et al. (2013) fundamentaram-se na teoria do núcleo central de Jean-Claude Abric e os demais 33% não mencionaram, especificamente, qual a abordagem utilizada em seus manuscritos (Barsaglini & Canesqui, 2010; Coelho et al., 2009; Péres et al., 2006).

Observou-se que a maioria dos autores optou por utilizar a teoria moscoviciano, provavelmente por esta se configurar como a mais utilizada, o que denota a propagação que a grande teoria formulada nos anos 60 alcançou a nível nacional e internacional. Esta teoria enquanto abordagem psicossociológica trabalha com o pensamento cognitivo e social em seu processo de elaboração, dinâmica e diversidade. Outro aspecto a ser considerado está diretamente relacionado às funções das RS na abordagem dimensional, que são a elaboração de comportamentos e comunicações. Destarte, essas pesquisas buscaram obter subsídios com a finalidade de verificar quais as principais dificuldades relacionadas ao contexto do DM transmitidas via comunicação nesse grupo de pertença, tentando traçar estratégias mais eficazes para o controle metabólico dessas pessoas, principalmente no que se refere aos comportamentos adotados frente à alimentação.

A abordagem estrutural proposta por Abric foi utilizada por Mantovani et al. (2013); a utilização dessa teoria permitiu verificar o núcleo central e os elementos periféricos acerca do diabetes e do pé diabético. Os outros 33% dos pesquisadores não especificaram qual abordagem foi utilizada (Barsaglini & Canesqui, 2010; Coelho et al., 2009 & Péres et al., 2006). Entretanto, após a leitura dos mesmos, observou-se uma inclinação pelo aporte moscoviciano; supõe-se

que ao suprimirem essa informação os leitores entenderiam que estaria se tratando da *grande teoria* das RS.

Características metodológicas

No que dedilha as metodologias adotadas nos nove estudos selecionados, observa-se que apenas um deles, o de Mantovani et al. (2013), utilizou a abordagem mista ou multimétodos, os demais artigos (88%) optaram pela utilização exclusiva da abordagem qualitativa. Dessa forma, observa-se que as pesquisas buscaram conhecer o significado ou a explicação do que seja o diabetes e demais aspectos atrelados a essa patologia.

Em termos de delineamento, a maioria dos autores (55%) desenvolveu pesquisas descritivas e/ou exploratórias (Ribas et al., 2013; Santos et al., 2011; Ribas et al., 2011; Péres et al., 2008; Péres et al., 2006). Apenas o artigo de Silva et al. (2010) utilizou o estudo de caso, e os demais estudos (33%) não fizeram menção ao delineamento utilizado em suas pesquisas. Tal evidência mostra uma fragilidade na descrição do método (Mantovani et al., 2013; Barsaglini & Canesqui, 2010; Coelho et al., 2009).

A especificação da escolha dos participantes foi descrita em apenas 22% dos estudos, trata-se de Ribas et al. (2013) e Ribas et al. (2011), os quais optaram pela amostra por conveniência, os demais não explicitaram acerca desse critério, apesar da descrição da amostra ser um aspecto fundamental em artigos científicos. Quanto ao número de participantes envolvidos nos estudos observou-se variação entre 8 e 161 participantes, embora a maioria não tenha passado de 20 pessoas.

No que concerne aos instrumentos adotados nos estudos revistos, 77% optaram pelo uso da entrevista, dos quais, 55% utilizaram a entrevista semiestruturada, foram eles: Ribas et al. (2013), Barsaglini e Canesqui (2010), Coelho et al. (2009), Péres et al. (2008) e Péres et al. (2006); os demais (22%) aplicaram a entrevista em profundidade (Ribas et al., 2011; Santos et al., 2011). As pesquisas de Mantovani et al. (2013) e Silva et al. (2011) fizeram uso da Técnica

de Associação Livre de Palavras (TALP). Apesar de esses instrumentos exigirem o critério da saturação dos dados, apenas (44%) dos artigos referiram que a utilizaram (Ribas et al., 2013; Ribas et al., 2011; Péres et al., 2008; Péres et al., 2006). O critério de saturação é observado mediante a repetição das informações no material empírico coletado (Fontanella, Campos, & Turato, 2006).

A entrevista do tipo aberta ou semiestruturada é um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas qualitativas. No geral, observou-se que os estudos utilizaram apenas um instrumento, embora segundo Jodelet (2011) em RS é apropriado a aplicabilidade de dois ou mais instrumentos para apreender o objeto social em estudo, tendo assim maior respaldo metodológico, a exemplo dos instrumentos; desenho-estória com tema, diferencial semântico, colagem de figuras, modelagem em argila entre outros (Coutinho, Serafim, & Araújo, 2011).

Na análise dos dados apenas Mantovani et al. (2013) processaram o material no *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* (EVOC), os demais (88%) optaram pela análise de conteúdo. Embora, exista uma gama de possibilidades no que tange à aplicabilidade de programas computacionais que podem ser utilizados em RS como o Alceste, Trideux-Mots, Iramuteq, entre outros (Saraiva, Coutinho, & Miranda, 2011). Apenas o EVOC foi empregado, o que evidencia que os estudos têm investido pouco no uso de *softwares*, resguardando-se ao convencional.

Eixos temáticos contemplados nos estudos

Neste tópico serão apresentados os quatro eixos temáticos decorrentes do agrupamento de artigos por semelhança dos temas investigados. O primeiro eixo foi denominado “Aspectos nutricionais” o qual foi composto por 33% dos estudos que investigaram aspectos relativos à alimentação dos diabéticos (Ribas et al., 2011; Barsaglini & Canesqui, 2010; Péres et al., 2006). O segundo eixo foi intitulado “O diabetes e suas definições” provenientes de 22% dos artigos

de Mantovani et al. (2013) e Péres et al. (2008), os quais evidenciaram representações acerca do diabetes e do processo saúde-doença.

O terceiro, conceituado de “Apoio do familiar e do profissional da saúde” oriundo de 22% dos artigos, que vislumbraram questões relativas ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde e do apoio familiar (Ribas et al., 2013; Santos et al., 2011). E o último, definido como “Consequências do diabetes” resultante de 33% dos estudos os quais estimaram investigar as RS sobre o pé diabético e o corpo após a amputação (Mantovani et al., 2013; Silva et al., 2010; Coelho et al., 2009). Faz-se um adendo que a pesquisa de Mantovani et al. (2013) considerou tanto a RS acerca do conceito do diabetes quanto do pé diabético; portanto, a mesma foi considerada nos dois eixos temáticos, “O diabetes e suas definições” e “Consequências do diabetes”.

Aspectos nutricionais

No que tange ao primeiro eixo mencionado, a alimentação foi alvo de maior visibilidade, demonstrando possível importância ao tema. Conforme Salehi, Yousefinejad e Pishdad (2012) educar pacientes com o diabetes tipo 2, com foco na reeducação alimentar contribui com o equilíbrio da glicose sanguínea. Ainda conforme o pensamento dos autores mencionados, é possível gerenciar a doença mantendo seis refeições de igual valor calórico divididas em intervalos de três horas.

No estudo de Barsaglini e Canesqui (2010) a alimentação foi expressa como fator provocante do diabetes, além de ser considerada elemento essencial ao seu controle e descontrole. A combinação inadequada de alimentos nas formas líquidas e sólidas, compuseram as explicações dos informantes do estudo mencionado acerca das causas do diabetes e da obesidade. Os participantes evidenciaram maior ênfase ao consumo de doces, refletindo intensa dificuldade em deixar de ingeri-los, assim como recusa das restrições alimentares; para esses, a comida valorizada positivamente é a cotidiana composta por arroz, feijão, carnes vermelhas,

entre outros. O desejo de comer alimentos doces surgiu bastante forte e muito presente no cotidiano dos diabéticos, refletindo intensa dificuldade em deixar de ingerir doces (Barsaglini & Canesqui, 2010; Péres et al., 2006).

Em geral, os participantes assinalam que é o arroz com feijão e carne a base de sua alimentação relatando que os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional parecem insuficientes para a manutenção de suas funções vitais. O conceito de estar bem alimentado se encontrou relacionado à quantidade (e não à qualidade) de alimentos consumidos e os sintomas de fraqueza estiveram diretamente relacionados à quantidade de alimentos recomendada pelos profissionais de saúde. Além disso, os alimentos para o diabetes foram representados com base na ausência de sabor e na limitada possibilidade de escolha (Ribas et al., 2011).

Com base nessa concepção limitadora, a alimentação prescrita passa a ser vista como restrita e insuficiente, podendo provocar debilidade física, reforçando o pensamento veiculado no senso comum da magreza, fraqueza e do ficar amarelo, em oposição à corpulência e à força, que coincidem com a concepção de saúde (Barsaglini & Canesqui, 2010; Péres et al., 2006). As restrições alimentares também foram representadas com base nos sinônimos de perdas, do prazer de comer e beber, perda da autonomia para se alimentar na hora em que desejam, assim como a “perda da liberdade” (Péres et al., 2006).

Essa categoria de análise remete à compreensão de que a fome é saciada e estabelecida pelos termos culturais, sociais, econômicos e históricos; dessa forma, alimentar-se transpassa de uma necessidade básica do ser humano, mas também, configura-se como um ato social, pois o quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, são fatores determinados pela cultura e vão além das prescrições e proscricões alimentares (Ribas et al., 2011).

Desse modo, as proibições de comidas valorizadas e dos doces, que são consumidos nas refeições compartilhadas em determinadas ocasiões festivas, podem acarretar ou serem compreendidas como perdas sociais (Barsaglini & Canesqui, 2010). Por outro lado, existe

aquele grupo que transgrediu as restrições alimentares; a esse respeito Ribas et al. (2011) e Pérez et al. (2006) acrescentam que esse comportamento está diretamente relacionado ao aspecto psicológico, advindo de situações estressantes. A pessoa com diabetes pode sentir-se emocionalmente carente, desanimada, insegura, infeliz, nervosa ou ansiosa, o que a leva a buscar compensações nos alimentos pobres em nutrientes, porém com alto teor calórico. Outro fator mencionado foi a resistência em manter antigos hábitos alimentares, que lhes proporcionem prazer e sensação de segurança e também os hábitos contemporâneos que são: realizar refeições em estabelecimentos comerciais, consumo de produtos industrializados, entre outros (Barsaglini & Canesqui, 2010).

Por outro lado, percebe-se uma forma mais realista acerca da importância da realização da dieta na busca pelo controle glicêmico, como forma de evitar os sintomas e as complicações provocadas pelo diabetes descompensado, adotando-se estratégias como evitar comprar ou fazer os alimentos restritos aos diabéticos, ou até mesmo a ingestão de chás caseiros para compensar as transgressões alimentares (Barsaglini & Canesqui, 2010; Péres et al., 2006).

O poder aquisitivo também pode influenciar o não seguimento da dieta devido ao alto custo dos alimentos dietéticos. Além da alimentação inadequada, outros fatores associados à causa do diabetes foram a hereditariedade e a punição divina, remetendo a Deus a decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura (Barsaglini & Canesqui, 2010; Péres et al., 2006).

Em suma, notou-se que as RS acerca da alimentação foram consensuais no que diz respeito à valorização da quantidade e dos alimentos cotidianos. Conforme Ribas et al. (2011) e Pérez et al. (2006) os aspectos emocionais são proporcionais às transgressões alimentares, uma vez que o nervosismo, ansiedade, infelicidade entre outros sentimentos negativos levariam os diabéticos a compensarem tais situações em alimentos pobres em nutrientes, porém com alto valor calórico.

O diabetes e suas definições

O segundo eixo “O diabetes e suas definições” foi proveniente de dois artigos (Mantovani et al., 2013; Péres et al., 2008). O estudo desenvolvido por Mantovani et al. (2013) utilizou três grupos distintos de participantes. Os resultados apontaram dissensos em relação às RS do diabetes. O primeiro grupo constituído por diabéticos objetivou a doença em elementos positivos relacionados ao tratamento tais como “cuidar”, “dieta”, “alimentação”, e negativos relativos às consequências da doença; “incurável”, “medo”, “ruim”, “tristeza”, “amputação”, “doce”, “limitação”, “mal-estar”, “preocupação” e “visão”; essas elucidações estão relacionadas às limitações que a doença ocasiona tanto em suas atividades diárias, quanto na qualidade de vida. O segundo grupo que não era diabético demonstrou superficialidade acerca da doença, resumindo-a ao âmbito das restrições nutricionais, como se observa nas evocações: “açúcar”, “dieta”, “doce”, “alimentação” e “cuidar”. O terceiro grupo, constituído pelos profissionais da saúde, representou o diabetes pautado em suas limitações nutricionais e consequências por meio dos elementos “açúcar”, “alimentação”, “doce”, “obesidade”, “cegueira”, “dieta”, “fome” e “insulina”, apontando superficialidade e distanciamento da vivência do diabetes (Mantovani et al., 2013).

O segundo estudo desenvolvido por Péres et al. (2008), em uma amostra de mulheres diabéticas das camadas populares, os resultados apontaram que o diabetes emergiu atrelado a sentimentos negativos tais como “tristeza”, “raiva”, “revolta” e “choque”, ancorado na esfera psicoafetiva. Além disso, seguir o plano alimentar recomendado foi visto como sinônimo de perdas, principalmente, a da liberdade de escolha dos alimentos. A atividade física não foi mencionada por esse grupo de pertença. Essas participantes, também elaboraram uma representação negativa dos serviços de saúde o que parece interferir no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que a aceitação e o uso da medicação estão ligados à crença no médico e nos serviços de saúde, como também à crença de que tomar remédio é cansativo e aos sentimentos disfóricos relacionados ao uso da insulina.

Nesse artigo, os autores mencionam que a questão cultural, o conhecimento, as representações da doença e os valores influenciam diretamente no comportamento alimentar. A situação financeira, também foi considerada, mas não constituiu um fator determinante das dificuldades no seguimento dos padrões alimentares adequados. O paciente pode ter recursos financeiros escassos e ainda assim selecionar alimentos que contribuem para a melhora de seu controle metabólico. Evidencia-se, dessa forma, que o comportamento alimentar é complexo e precisa ser compreendido por uma conjugação de saberes interdisciplinares, englobando os seus aspectos biológicos, sociais, culturais, ambientais, psicológicos e econômicos, sobretudo com pessoas que têm pouco acesso a informação, tal como ocorre com as mulheres das camadas populares, focalizadas por esse estudo.

Em suma, os dois artigos remetem a resultados consensuais no que tange aos aspectos nutricionais e emocionais relacionados ao diabetes. Quanto às RS dos profissionais da saúde foram objetivadas em termos técnicos demonstrando distanciamento da vivência do diabetes, respaldados nas limitações nutricionais e no tratamento.

Apoio do familiar e do profissional da saúde

O terceiro eixo denominado de “Apoio do familiar e do profissional da saúde” foi oriundo de dois artigos, um acerca das RS do apoio familiar desenvolvido por Santos et al. (2011) e o segundo sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde (Ribas et al., 2013). O primeiro foi analisado por meio de três categorias: (i) “o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com DM”, (ii) “a família nem sempre apoia a pessoa com DM em suas necessidades” e (iii) “a própria pessoa com DM toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família”.

No que se refere ao apoio da família as RS foram polissêmicas, nesse direcionamento, a família assume dois papéis: o papel alicerçado na noção de um controle coercitivo e punitivo, no qual é retirado do diabético sua autonomia, e o controle representado como cuidado, zelo e

proteção em relação à saúde do ente querido (Santos et al., 2011). Ainda segundo estes autores, quando o controle é exercido com muito rigor por terceiros, principalmente no que tange à alimentação, pode suscitar reações emocionais negativas como raiva e revolta. Para eles, o controle exercido de forma impositiva e recorrente não funciona como um fator de autocuidado, pois ao se verem confrontados em suas vivências diárias com sucessivas imposições, podem desencadear no paciente sentimentos de inferioridade dificultando a adesão do tratamento.

A segunda categoria “a família nem sempre apoia a pessoa com DM em suas necessidades”, remete a que a falta de apoio que pode desencadear sentimentos de abandono, desamparo e solidão, quando cristalizados predispõem ao desenvolvimento de sintomas depressivos, baixa autoestima, desânimo, desesperança e baixa expectativa frente ao futuro.

No que concerne à terceira categoria “a própria pessoa com diabetes mellitus toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família”. Nessa categoria se observou a partição de duas subcategorias: a dependência e a autonomia. Na primeira, a pessoa com DM possui a expectativa de que é a partir da família que vão ocorrer as mudanças. E na segunda, é ela própria quem se responsabiliza por fazer as mudanças acontecerem no contexto familiar. Nesse último caso, o paciente se percebe como agente da própria mudança e se apropria de um lugar de potência e responsabilização para com seu autocuidado em relação ao tratamento (Santos et al., 2011).

O segundo estudo contido nesse eixo foi o de Ribas et al. (2013), o qual aborda as RS acerca do atendimento realizado pelos profissionais de saúde. Nesse artigo, as representações foram conduzidas por dois direcionamentos: (i) na descrença do atendimento dos profissionais de saúde, enfatizando que as orientações desses profissionais não funcionam, e (ii) na crença da efetividade do atendimento dos profissionais.

Conforme o primeiro posicionamento, as RS dos participantes foram respaldadas em forte valoração negativa acerca do atendimento, conduzindo-os ao descrédito nas

recomendações prescritas. Na prescrição da dieta, os mesmos alegam a insuficiência na quantidade de alimentos recomendada para suprir suas necessidades, gerando efeitos indesejáveis como fraqueza, transpiração e tontura. Outro aspecto negligenciado por parte dos participantes foi o desinteresse na verificação regular da glicemia capilar no domicílio.

No segundo posicionamento, crença na efetividade do atendimento dos profissionais de saúde, o discurso desse grupo foi pautado na 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, assumindo por parte do paciente sua parcela de responsabilidade pela não adoção de medidas que poderiam favorecer um melhor controle metabólico (Ribas et al., 2013).

Conforme os conteúdos analisados provenientes desse estudo observou-se que 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. O fato de haver uma 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.

Observa-se que nesses dois estudos que constituíram o eixo “Apoio do familiar e do profissional da saúde” as RS consensuais contidas nesses dois grupos tanto podem contribuir para o engajamento da adesão ao tratamento, como podem interferir e até serem motivos para atitudes contrárias, como é o caso da superproteção no que tange aos familiares e à falta de credibilidade por parte da equipe médica.

Consequências do Diabetes Mellitus

O último eixo foi relativo às consequências do DM, resultante dos artigos de Mantovani et al. (2013), Silva et al. (2010) e Coelho et al. (2009), os quais apreenderam as RS sobre o pé diabético e corpo após a amputação.

No estudo de Silva et al. (2010), o corpo foi representado de uma forma saudável e amputado. A saúde como expressão de viver bem, independência, liberdade e autonomia, percebeu-se que a saúde é responsável pelo bem-estar, felicidade e qualidade de vida. O corpo amputado causa uma mudança permanente na aparência e autoimagem do indivíduo. Quando a “deficiência” do corpo é decorrente de alguma patologia o impacto causado pela intervenção cirúrgica (amputação) no paciente é significativo, pois este enfrenta dificuldades em virtude de alterações da imagem corporal, as quais provocam mudanças psicológicas, sociais, afetivas e econômicas. A RS da amputação foi vinculada a sentimentos de cunho negativo, sendo percebida como uma forma de mutilação, limitação, dependência e deficiência.

Quanto aos estudos desenvolvidos por Mantovani et al. (2013) e Coelho et al. (2009), respectivamente, os autores abordaram as RS do pé diabético e da amputação com grupos de diabéticos, não diabéticos e profissionais. Os resultados provenientes dos dois primeiros grupos apontaram para representações objetivadas no “desconhecimento do assunto”, “dor”, “medo”, “sensibilidade” e “cuidar”. Também foram visualizadas evocações relacionadas às rotinas hospitalares de atenção terciária as quais refletiram a severa gravidade dos casos que chegam aos centros de atendimento, tais como: “cicatrização”, “ferida”, “amputação” e “morte”, demonstrando pouco investimento no nível primário de atendimento à saúde (focado na prevenção). Outras representações relativas às consequências da doença foram: “infecção”, “necrose”, “odor” e “curativo”, elaboradas pelo grupo de profissionais da saúde.

Nesse eixo, consequências do diabetes, o “pé diabético” foi representado como uma doença que limita a capacidade de locomoção. Observou-se também que as representações influenciam sobre a efetiva atenção com os pés, pois a falta de informação negligencia a necessidade do cuidado, sendo este um importante fator para a prevenção e recuperação de incapacidades (Mantovani et al., 2013; Coelho et al., 2009).

O fato de as pessoas vítimas da amputação dependerem da família até para as atividades mais simples gera um sentimento de inutilidade e até mesmo rejeição do próprio corpo. As representações sociais dos depoentes em relação ao corpo amputado vinculando este à doença demonstram angústia e isolamento social, em decorrência da diminuída qualidade de vida e conseqüentemente da saúde (Mantovani et al., 2013).

As representações de saúde e doença sempre estiveram vinculadas pela inter-relação entre os corpos humanos e aos eventos que os cercam. Conforme os resultados dos estudos agrupados neste eixo, detectou-se que a negligência do cuidar de si antes da cirurgia de amputação é um fator primordial; entretanto, esse cuidar só se torna consciente após a cirurgia. Dessa forma, o cuidar de si passa a ser visto como fundamental para os indivíduos quando estes estão doentes. Pois quando estão saudáveis ou relativamente bem não se importam com seus corpos, deixando de lado o contínuo ato do cuidar de si (Mantovani et al., 2013; Coelho et al., 2009).

De acordo com Coelho et al. (2009) a falta desse cuidado pode ser estimulada pelo sentimento de culpa e modificar-se em cuidado. Esse aspecto aponta para a relevância da valorização social do sujeito, pois é nesse domínio que se constrói o saber sobre a doença do pé diabético, seja por informações técnico-científicas, pelo convívio com outros sujeitos ou por outras influências do seu ambiente social; dessa forma, ele também elabora a representação dos cuidados necessários.

De modo geral, as RS do pé diabético foram consensuais no que diz respeito ao conhecimento biomédico acerca da doença, reforçando as características físicas da mesma. A representação do não cuidado respaldado no sentimento de culpa se coaduna com a negligência na atenção primária do diabetes.

Aspectos gerais da revisão sistemática

No que tange aos conflitos de interesses, conforme Zoltowski et al. (2014) são as fontes provedoras de financiamento e suporte para a realização da pesquisa que podem ser diretas ou indiretas. A esse respeito se pôde verificar que a maioria dos artigos (55%) não relataram as fontes de subsídio para a realização das mesmas, podendo-se inferir que tenham sido por financiamento próprio (Mantovani et al., 2013; Ribas et al., 2011; Santos et al., 2011; Silva et al., 2010; Péres et al., 2008). Os demais apontaram o suporte financeiro, nesse caso, os estudos de Ribas et al. (2013), Barsaglini e Canesqui (2010) e Coelho et al. (2009), obtiveram a ajuda de custo do CNPQ e Péres et al. (2006) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Em relação ao estrato dos periódicos, conforme o Qualis Capes verificou-se que a maioria dos artigos (77%) foi publicada em revistas com Qualis A, sendo 55% em A2 e 22% com Qualis B1. No geral, os artigos foram publicados nas revistas de maiores estratos conforme o Qualis da Capes, contemplando as áreas de enfermagem com 44% dos artigos, seguida da saúde pública (33%) e 22% das publicações foram em revistas da área de psicologia, demonstrando maior necessidade de estudos nessa vertente.

Considerações finais

As temáticas que emergiram nos resultados dos nove artigos pesquisados foram agrupadas em quatro eixos temáticos: “Aspectos Nutricionais”; “O diabetes e suas Definições”; “Apoio do familiar e do profissional da saúde” e as “Consequências do Diabetes”. Observou-se que a maioria dos artigos (66%) investigou igualmente RS acerca da alimentação e das consequências do diabetes, o que demonstrou maior preocupação ou interesse por parte dos pesquisadores nessas temáticas, além de sinalizar que a má alimentação pode estar relacionada às comorbidades do diabetes.

Observou-se que as RS acerca da alimentação foram consensuais no que diz respeito à valorização da quantidade dos alimentos cotidianos e da dificuldade de excluir os doces. O fator emocional se configurou como principal elemento relacionado às transgressões alimentares. O pé diabético foi visto como algo negativo e ligado à falta de cuidados na saúde primária. No que tange às atitudes dos familiares e dos profissionais de saúde observou-se que a superproteção e a falta de credibilidade na equipe médica podem interferir diretamente no engajamento da adesão ao tratamento.

Com base nos artigos revistos e considerando que o tratamento para o diabetes inclui a tríade da ingestão de medicamentos, reeducação alimentar e engajamento em atividades físicas, destaca-se que apesar dessa prática ser fundamental para a terapêutica, esse aspecto não foi contemplado nos artigos; nesse caso, infere-se que os diabéticos ainda não dão a devida importância aos benefícios que essa atividade pode lhes proporcionar. Desse modo, espera-se que os resultados contribuam para maior visibilidade aos cuidados da saúde primária frente ao diabetes.

Constatou-se a falta de estudos a partir dos anos de 2014, fato este controverso pois o diabetes vem sendo considerado um problema de saúde pública em detrimento de sua alta prevalência e impactos biopsicossociais, a mídia também tem evidenciado discussões acerca da temática, a exemplo dos fatores causais, como é a obesidade, entre outros. Nesse direcionamento, investigações acerca do diabetes são de suma importância tanto para o campo científico, quanto para saúde e sociedade.

Por fim, é necessário ponderar sobre algumas das limitações deste estudo, a exemplo da seleção das bases de dados relacionadas as áreas da saúde e da psicologia. Uma vez que nem todas as publicações em RS no contexto do diabetes encontrem-se em periódicos exclusivos dessas áreas.

Referências

- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e estado*, 24(3), 713-737. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>
- American Diabetes Association (ADA) (2015). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. (Position Statement). *Diabetes Care*, 20(1), 81-90.
- Amorim, M. M. A., Ramos, N., Brito, M. J. M., & Gazzinelli, M. F. (2014). Identity Representations of People With Diabetes. *Qualitative health research*, 24(7), 913-922. doi: 10.1177/1049732314539577
- Barsaglini, R. A., & Canesqui, A. M. (2010). A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 919-932.
- Chaves, A. M. & Silva, P. L. (2011). Representações sociais. Em A. R. R. Torres, L. Camino, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira. *Psicologia social: temas e teorias*. (pp. 299- 350). Brasília: Technopolitik.
- Coelho, M. S., da Silva, D. M. G. V., & de Souza Padilha, M. I. (2009). Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 65-71. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp
- Coutinho, M. P. L., Serafim, R. C. N. S., & Araújo, L. S. (2011). A aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. Em Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social perspectivas qualitativas e quantitativas*. (pp. 205- 250). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24(1), 17-27.
- Gomes, I. S., & Caminha, I. O. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento*, 20(1), 395-411.

- Herzlich, C. A. (2005). Problemática da representação social e sua utilidade no campo da saúde. *Physis, 15*, 57-70.
- IDF (2016). International Diabetes Federation. *Diabetes mellitus*. Disponível em: <http://www.idf.org>
- Jodelet, D. (2011). Representações Sociais: Um domínio em expansão. Em D. Jodelet. (Org.) *As Representações Sociais*. (pp.17-44). Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Mantovani, A. M., Fregonesi, C. E. P. T., Pelai, E. B., Mantovani, A. M., Savian, N. U., & Pagotto, P. (2013). Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(27), 2427-2435. doi:10.1590/0102-311X00006613
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nouwen, A., Urquhart Law, G., Hussain, S., McGovern, S., & Napier, H. (2009). Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. *Psychology and Health, 24*(9), 1071-1084. doi: 10.1080/08870440802254597
- Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. D. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública, 40*(2), 310-317. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28537.pdf>
- Péres, D. S., Franco, L. J., dos Santos, M. A., & Zanetti, M. L. (2008). Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(3), 389-395. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

- Ribas, C. R. P., Santos, M. A., Zanetti, A. C. G., & Zanetti, M. L. (2011). Representações Sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 255-262.
- Ribas, C. R. P., Santos, M. A., Zanetti, A. C. G., & Zanetti, M. L. (2013). Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. *Psico*, 44(1), 139-149. "(DOI INEXISTENTE)"
- Rodríguez, S. A., Meneses, L., Toboso, R. P. Q., & Moreno, I. H. (2012). Diabetes mellitus. *Medicine*, 11(17), 995-1002. doi: 10.1016/S0304-5412(12)70418-3
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Salehi, M., Yousefinejad, A., & Pishdad, G. (2012). The effect of a diet education with six iso-caloric meals on the body weight and blood glucose of diabetes type 2 patients. *Food Science and Technology (Campinas)*, 32(2), 329-333.
- Santos, M. A., Alves, R. C. P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>
- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). O emprego do software alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisas documentais. Em Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social perspectivas qualitativas e quantitativas*. (pp. 67- 94). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Silva, S. É. D. D., Padilha, M. I., Rodrigues, I. L. A., Vaconcelos, E. V., Santos, L. M. S. D., Souza, R. F., & Conceição, V. M. D. (2010). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 404-409. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/6132>

- Stuhler, G. D. (2012). *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 30(1), 97-104.

Tabela 1. Síntese dos artigos mantidos na revisão sistemática.

Autores/ano	Objetivos	Aporte psicossociológico	Aporte metodológico	Eixo temático	Principais resultados
Mantovani et al. (2013)	Investigar a representação social dos termos “diabetes” e “pé diabético” em diferentes populações. Os participantes foram divididos em grupos: diabético (GD); não-diabético (GN); e profissional da área da saúde não diabético (GP).	Abordagem Estrutural	-Abordagem quantiquantitativa -TALP “diabetes” e “pé diabético” -Software Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Evocations. 161 sujeitos, sendo GD (n = 72); GN (n = 38) e GP (n = 51)	O diabetes e suas definições Consequências do diabetes	O GD representaram o diabetes como doença limitadora de atividades da vida diária e da qualidade de vida. O GN e o GP demonstraram uma superficialidade na representação sobre a doença focando apenas nos aspectos nutricionais. Observou-se falta de conhecimento acerca do pé diabético para os GD e GN. Para o GP o pé diabético é limitante e incapacitante.
Ribas, Santos, Zanetti e Zanetti (2013)	Identificar as representações sociais de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sobre o atendimento realizado pelos profissionais de saúde	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa, -Entrevista semiestruturada -análise de conteúdo temática 14 pessoas com DM 2	Suporte Social	O atendimento foi representado tanto na descrença nos profissionais de saúde, quanto na crença da efetividade do atendimento. Os dados indicam que tal representação está calcada no distanciamento do profissional em relação ao contexto psicológico, cultural e social da população.
Ribas, Santos e Zanetti (2011)	Compreender as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa -Entrevista aberta -análise temática 14 pessoas com DM 2	Aspectos nutricionais	Os resultados apontaram que as categorias “prato cheio”, “besteiradas/lambiscar”, “alimentos para diabetes não têm sabor”, “essas dietas tiram tudo de nós” e “como, até matar a fome” estão ancoradas na categoria central “alimentos para diabetes não sustentam”.
Santos et al (2011)	identificar as representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa -Grupo focal -análise temática de conteúdo 41 pessoas com DM	Suporte social	Os resultados possibilitaram identificar três categorias: o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com diabetes; a família nem sempre apoia a pessoa com diabetes em suas necessidades; a própria pessoa com diabetes toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família.

Barsaglini e Canesqui (2010)	Analisar os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas envolvidos no gerenciamento do diabetes entre adoecidos usuários de serviços públicos de atenção básica	Não especificou	-Abordagem qualitativa -Entrevistas semiestruturadas -análise temática 28 pessoas com DM 2 e 10 familiares	Aspectos nutricionais	Os resultados foram organizados em três temas: -as representações sociais sobre a alimentação, alimentos e dieta alimentar; as compensações das transgressões alimentares; a relação de homens e mulheres com a alimentação, os alimentos e as dietas alimentares.
Silva et al (2010)	caracterizar as representações sociais de clientes diabéticos sobre o seu corpo após a amputação e analisar a relação dessas representações para o cuidado de si.	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa - associação livre de palavras e a observação livre - análise de conteúdo Temático 20 pessoas com DM	Consequências do diabetes	O corpo saudável – saúde expressão do viver bem, O corpo trabalho – a perfeição e a beleza no cotidiano, O corpo amputado – a limitação ocasionada pela amputação e O corpo amputado e sua relação para o cuidado de si. Torna-se evidente a preocupação em recuperar parte do bem-estar perdido.
Coelho, Silva, & Padilha (2009)	Compreender as representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2.	Não especificou	-Abordagem qualitativa -Entrevistas semiestruturadas 10 pessoas com DM 2	Consequências do diabetes	O “pé diabético” é visto como uma doença, na medida em que limita a capacidade natural do pé na locomoção. A representação dos pés objetivada como preocupação, foi ancorada na percepção do risco de desenvolver o pé diabético e as consequências decorrentes deste.
Péres, Franco, Santos e Zanetti (2008)	Identificar as representações sociais de mulheres diabéticas das camadas populares em relação ao processo saúde-doença	Abordagem Dimensional	-Abordagem qualitativa -Entrevistas semiestruturadas -análise temática 8 mulheres com DM 2	O diabetes e suas definições	Diabetes está relacionado a sentimentos negativos, o plano alimentar aparece vinculado à perda do prazer e prejuízos à saúde. Relação ambivalente com o uso da medicação, percebido como cansativo e como recurso que promove o bem-estar e melhoria da qualidade de vida. A representação negativa dos serviços de saúde parece interferir no comportamento de adesão ao tratamento médico.
Péres, Franco e Santos (2006)	Conhecer os pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à dieta de mulheres portadoras de diabetes tipo 2.	Não especificou	-Abordagem qualitativa -Entrevista semi-estruturada -análise temática de conteúdo 8 mulheres com DM 2	Aspectos nutricionais	Os resultados evidenciaram dificuldade no seguimento da dieta prescrita, em função dos diversos significados associados, tais como a perda do prazer de comer e beber, da autonomia e da liberdade para se alimentar.

Fonte: As autoras (2016).

CAPÍTULO VII –

Artigo- 2

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS ²

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, DIABETES MELLITUS

SOCIAL REPRESENTATIONS IN THE CONTEXT OF DIABETES MELLITUS

SOCIAL REPRESENTATIONS, DIABETES MELLITUS

**REPRESENTACIONES SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA DIABETES
MELLITUS**

REPRESENTACIONES SOCIALES, DIABETES MELLITUS

² Artigo publicado: Costa, F. G., & Coutinho, M. P. L. (2016). Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 175-185.

Resumo

Este estudo objetivou apreender as representações sociais sobre o diabetes elaboradas por pessoas que tem a doença. Participaram do estudo 31 pessoas com idades entre 34 a 76 anos ($M= 55,68$; $DP= 11,6$), que responderam um questionário Biossociodemográfico e a Entrevista em Profundidade. Os dados foram processados pelo software Alceste e analisados por meio da estatística descritiva e análise lexical. Os resultados apontaram a falta de conhecimentos acerca do diabetes, destacando a surpresa do diagnóstico, e as representações sociais, ancoradas em fatores nutricionais e emocionais os quais foram permeadas por sentimentos de cunho negativo. Os participantes que utilizavam insulina ratificaram noções de responsabilidades voltadas para consequências da doença, como é o caso da amputação de membros, o grupo que não a utilizava descreveu a doença atrelada a tríade do tratamento. Os resultados evidenciaram para a importância de uma abordagem interdisciplinar que enfoque o suporte psicossociológico voltado para elaboração de estratégias que possam ser adotadas frente ao controle e cuidado do diabetes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; representação social; psicologia social.

Abstract

This study aimed to apprehend the social representations elaborated by people who have diabetes about the disease. As many as 31 people, with ages ranging from 34 and 76 years old ($M = 55.68$, $SD = 11.6$), who responded to a socio-demographic questionnaire and depth interview. The data were submitted to the Alceste software and analyzed using descriptive statistics and lexical analysis. The results showed that the social representations were focused on the ignorance of diabetes, highlighting the surprise of diagnosis, their representations, were also anchored in nutritional and emotional factors which were permeated by negative emotions. Participants who used insulin have ratified responsibilities notions, directed to disease

consequences, such as the case of the limbs amputation, those who did not use insulin described the disease linked to the triad of treatment. The results showed the importance of an interdisciplinary approach that focuses on the psychosociological support aimed at developing strategies that can be adopted to control and diabetes care.

Keywords: Diabetes Mellitus; social representation; social psychology.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales desarrolladas por personas que tienen diabetes acerca de la enfermedad. Participaron 31 personas con edades entre 34 y 76 años ($M = 55.68$, $SD = 11,6$), que contestaron a un cuestionario sociodemográfico y entrevista en profundidad. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y análisis léxico. Los participantes señalaron en sus representaciones sociales la ignorancia de la diabetes, destacando la sorpresa de diagnóstico, sus representaciones, también estaban ancladas en los factores nutricionales y emocionales que fueron permeadas por las emociones negativas. Los participantes que usaron insulina han ratificado responsabilidades nociones centradas en las consecuencias de la enfermedad, como el caso de la amputación de miembros, los que no usa la insulina describieron la enfermedad guiado por sus aspectos generales relacionados con la tríada de tratamiento. Los resultados apuntan a la importancia de un enfoque interdisciplinario que se centra en el apoyo psicosocial dirigido a desarrollar las estrategias que se pueden adoptar para control y cuidado de la diabetes.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus; representación social; Psicología social.

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto nos emergentes, em virtude de sua alta prevalência e seus impactos psicossociais, os quais podem estar relacionados a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida das pessoas, além de envolver altos custos no seu tratamento e de suas complicações. Trata-se de uma doença crônica não transmissível, causada por fatores hereditários e ambientais, o diabetes é decorrente da deficiência absoluta ou relativa na secreção e/ou ação da insulina, ocasionando o acúmulo de glicose (açúcar) (Stuhler, 2012; Rigon, Rossi, & Cosser, 2007).

Conforme a American Diabetes Association (ADA) o nível normal de glicose no sangue é de até 100 mg/dL; acima deste, a pessoa pode apresentar crises hipo ou hiperglicêmicas (ADA, 2015). A doença abrolha e progride de forma silenciosa a partir de um comprometimento disfuncional do pâncreas. Compreende um conjunto heterogêneo de doenças metabólicas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, que atingem paulatinamente os sistemas: oftalmológico, renal, neurológico e cardiovascular (Rodríguez, Meneses, Toboso, & Moreno, 2012).

Os principais sintomas do diabetes são: muita sede (polidipsia), excesso de urina (poliúria), muita fome (polifagia) e emagrecimento. Outros sintomas são: sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental (Rodríguez, et al., 2012).

Conforme pesquisas realizadas, a incidência e prevalência do diabetes tende a aumentar devido ao envelhecimento populacional, à urbanização, ao desenvolvimento econômico e a avanços terapêuticos no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual,

caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predispõem ao acúmulo de gordura corporal (Oliveira & Vencio, 2014; Whiting, Guariguata, Weil, & Shaw, 2011).

Segundo as estimativas mais recentes do International Diabetes Federation (IDF), atualmente aproximadamente 382 milhões de pessoas no mundo têm diabetes, fator este relacionado a 5,1 milhões de mortes em 2012 (IDF, 2013). No Brasil, existem cerca de 12 milhões de portadores da doença e a cada dia emergem 500 novos casos. Conforme os dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – Regional Paraíba (SBEM-PB) aprecia-se que existam 135 mil diabéticos no cenário paraibano, destes, 37,5 mil localizam-se em João Pessoa. Diante da alta prevalência do diabetes a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que essa doença será a sétima principal causa de morte em 2030 (IDF, 2013).

Sabe-se que o viver com diabetes requer um complexo ajustamento no estilo de vida, o qual envolve a incorporação de práticas terapêuticas, alterações de padrões alimentares, realização de controle glicêmico, medicamentos, prática de atividades físicas, manutenção da pressão arterial e acompanhamento contínuo da equipe multidisciplinar de saúde, objetivando um viver saudável prevenindo as possíveis complicações agudas e crônicas (Tavares et al., 2011).

Nesse sentido, a maneira como as pessoas percebem sua condição de vida influencia no controle geral do seu estado de saúde/doença, tornando-se importante entender como as pessoas com diabetes simbolizam a experiência produzida por tal realidade, uma vez que compreender a construção desse pensamento coletivo pode contribuir para dar maior visibilidade para esse fenômeno e, por conseguinte, nortear os diabéticos frente à doença e sua terapêutica (Coutinho & Saraiva, 2013).

Diante dessas premissas, objetivou-se apreender as representações sociais elaboradas por pessoas que tenham diabetes acerca da doença. Para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se como eixo norteador a Teoria das Representações Sociais (TRS).

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa (Moscovici, 2011, p. 46).

A gênese da construção das representações sociais ancora-se em dois processos: a *ancoragem* e a *objetivação*, que são, ao mesmo tempo, de natureza social e cognitiva, permitindo a transformação do que é não familiar em algo familiar e conhecido (Moscovici, 2012). A ancoragem direciona a memória para dentro, buscando coisas, eventos e pessoas, que ela reconhece como um protótipo, ou se reconhece nomeando o mesmo, por meio da comparação e da interpretação. Por sua vez, o processo de objetivação reproduz um conceito desconhecido da realidade, transferindo-o a um patamar visível e tangível; trata-se da forma como os elementos constituintes da representação se organizam e do percurso por meio do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural (Coutinho & Saraiva, 2013; Moscovici, 2012).

O acesso às RS de um objeto social se dá por meio da compreensão das formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar uma problemática vinculada à sua realidade, bem como conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada, de acordo com a classe social a que pertencem e as instituições às quais estão vinculados (Coutinho, 2005).

As representações são formadas por sistemas de interpretações que conduzem as relações dos sujeitos com o mundo e os outros. Portanto, estudar as RS acerca do diabetes propiciará a compreensão de como é tratada a multidimensionalidade desse objeto de pertença pelo grupo de pessoas com diabetes mellitus, buscando apreender o campo representacional

que abarca as informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos presentes no discurso sobre o construto em questão (Saraiva, 2010).

Consoante Ribas, Santos e Zanetti (2013) as RS têm uma ampla aplicação no campo da saúde, especialmente em condições crônicas, como é o caso do DM. Nessa vertente teórica 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 com diabetes. Destarte, essa abordagem analisa as pessoas na integralidade de suas necessidades, considerando-as como seres biopsicossociais.

Por conseguinte, para verificar o que já existe na literatura acerca da temática em questão foi realizada uma busca nas bases de dados SciELO, Medline/pubmed, SCOPUS, PsycINFO, Bireme e na Plataforma de Portal de Periódicos Capes, publicados nos últimos 10 anos (de 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2014), a partir da combinação dos descritores [representações sociais e diabetes] e seus termos análogos nos idiomas inglês e espanhol; como critérios de inclusão foram adotados artigos que abordassem as representações sociais do diabetes.

Com a busca realizada, constatou-se um total de 12 artigos, sendo considerados cinco dentro dos critérios de inclusão, a exemplo: acerca do diabetes, do pé diabético e sobre a relação saúde/doença (Mantovani, Fegonesi, Pelai, Savian, & Pagotto, 2013; LeClair, Marquis, Villalon, & Strychar, 2009; Coelho, Silva, & Padilha, 2009; Péres, Franco, Santos, & Zanetti, 2008; Torres-López & Sandoval-Díaz, 2005). Dessarte, observa-se que apesar da existência dos estudos supracitados, a literatura disponível ancorada na abordagem psicossociológica acerca do diabetes elaborada por pessoas com essa patologia são incipientes, sendo mais frequentes na área da Enfermagem, com pouca ênfase na Psicologia (Coelho et al., 2009; Péres et al., 2008).

Desse modo, a formulação do conhecimento partilhado acerca do DM poderá contribuir conforme Coutinho (2005) na evidência de sentimentos, sensações, conhecimentos e crenças

acerca dessa doença, assim como identificar como os atores sociais com diagnóstico do diabetes enfrentam as adversidades decorrentes, verificando quais os aspectos mais significativos nesse processo de adoecimento-tratamento e quais comportamentos adotados frente a essa problemática. A TRS possibilitará uma maior aproximação com a subjetividade dos indivíduos o que dará subsídios para promoção e prevenção da saúde frente a essa doença crônica.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de cunho quantitativo e qualitativo, subsidiada em uma abordagem psicossociológica.

Participantes e local

Participaram da pesquisa 31 pessoas com idade entre 34 a 76 anos ($M= 55,68$; $DP= 11,6$), das quais a maioria era do sexo feminino (26), casada (18), que estudara até o ensino fundamental (28), com tempo do diagnóstico variando de 1 a 33 anos ($M= 12,19$; $DP= 9,69$) e que relatou não utilizar a insulina (16). A amostra foi do tipo não probabilística e por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 18 anos; (ii) ter diagnóstico de DM.

A investigação foi desenvolvida em uma instituição que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e atende pessoas com diabetes, localizada no município de João Pessoa/PB.

Instrumentos

Para a obtenção dos dados utilizou-se um Questionário Biossociodemográfico e a Entrevista em Profundidade. O primeiro instrumento foi utilizado com a finalidade de obter

informações acerca do perfil dos participantes, tais como; idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico e uso de insulina.

Fez-se uso da Entrevista em Profundidade precedida com base no seguinte questionamento: Por favor, gostaria que o (a) senhor (a) falasse tudo o que conhece sobre o Diabetes Mellitus, incluindo seus sentimentos, sensações e crenças. Esse instrumento permite que o entrevistado discorra livremente sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, o que permite um maior aprofundamento acerca da relação intersubjetiva do indivíduo com o objeto de estudo, evidenciando experiências do dia a dia, questões afetivas e existenciais, entre outras, elaboradas com base na linguagem do senso comum, sendo estes fatores essenciais para apreensão das RS (Vieira, 2012; Minayo, 2007).

Procedimentos éticos e de coleta de dados

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS, sob o protocolo de nº 914.880, ano de 2014. Durante a sua realização, foram respeitadas todas as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, criada pela Resolução 466/2012 e com constituição designada pela Resolução 246/97.

Após o recebimento do parecer favorável, foi feito contato com a diretoria da instituição escolhida, onde as pesquisadoras se apresentaram com uma carta contendo os objetivos e a importância do desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, os dados foram coletados individualmente, no CAIS, local em que os participantes aguardavam as consultas. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como foram informados do caráter voluntário e do sigilo referente à sua identificação. O número de participantes foi estabelecido segundo o critério de saturação definido por Sá (1998). De acordo com este critério, as entrevistas podem ser encerradas no momento em que os conteúdos

temáticos comecem a se repetir. Ressalta-se que o tempo total de aplicação dos instrumentos foi, em média, de 35 minutos.

Procedimentos de análise dos dados

As 31 entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, originando o *corpus* que foi processado pelo *software* Alceste (AnalyseLexicale par Contexted'un Ensemble de Segments de Texte) desenvolvido por Reinert em 1986 (Saraiva, Coutinho, & Miranda, 2011).

Este programa possui o objetivo de realizar uma análise lexical, por meio de procedimentos estatísticos, efetuados em quatro etapas: (i) Etapa A, é responsável pelo reconhecimento das UCIs (Unidades de Contexto Iniciais) que correspondem a quantidade de entrevistas realizadas e separação do texto em fragmentos de tamanhos similares, que são as UCEs (Unidades de Contexto Elementares); (ii) Etapa B – refere-se à divisão definitiva e agrupamento das UCEs a partir da similaridade de palavras; é nessa etapa que é aplicado o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD); (iii) Etapa C – apresenta a descrição estável das classes de UCEs e o dendrograma da CHD que ilustra as relações entre as classes com base nos vocabulários característicos (léxicos) e variáveis fixas. Destaca-se, que a significância estatística das palavras dentro das classes é medida por meio da frequência (f) e da estatística qui-quadrado (χ^2); (iv) Etapa D – responsável pela realização de cálculos complementares e a contextualização do vocabulário típico de cada classe (Saraiva et al., 2011).

Os dados dos questionários foram processados por meio do *Statistical Package for Social Science*, versão 19.0 (SPSS-19.0), e analisados a partir da estatística descritiva, observando-se a frequência, a porcentagem, a média e o desvio padrão. Ressalta-se que para utilizar as variáveis, idade e tempo de tratamento no *software* Alceste, estas foram agrupadas considerando intervalos de 10 anos.

Resultados e Discussão

Os dados oriundos da entrevista e processados pelo *software* Alceste originaram um *corpus* constituído de 31 UCIs, totalizando 19.246 ocorrências, sendo 2.509 palavras distintas. Ao reduzir o vocabulário às suas raízes, foram encontrados 419 radicais analisáveis e 392 UCEs. A Análise Hierárquica Descendente (CHD) reteve 73% do total das UCEs do *corpus*, as quais foram distribuídas em quatro classes, conforme pode ser visto na Figura 1.

Inserir Figura 1.

Figura 1. Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente das Entrevistas (n= 31)

No dendrograma denominado “Representações Sociais acerca do Diabetes Mellitus” observa-se uma primeira partição composta por quatro classes distintas, agrupadas em dois subcorpora. O primeiro, localizado à esquerda, aglutinou as classes 1, 2 e 3, resultando em um campo conceituado “Aspectos psicossociais do diabetes”, que por sua vez se subdividiu resultando de um lado a classe 1, intitulada: Definição da doença e atribuições de responsabilidades; e do outro lado a junção das classes 2 e 3, conceituado Diabetes: diagnóstico e tratamento. O outro subcorpus foi constituído exclusivamente pela classe 4 denominada “Aspectos nutricionais”. Nota-se que o agrupamento dos subcorpora à esquerda foi resultante de um bloco textual comum, o que permite inferir que suas classes possuem significados complementares, diferenciando-se do discurso da classe 4.

A classe 1, “Definição da doença e atribuições de responsabilidades”, foi composta por 169 UCEs (59%), sendo assim a que mais contribuiu na constituição do dendrograma e por palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 31$; $f = 74$ (gente) e $\chi^2 = 6$; $f = 18$ (vida). As variáveis - atributos que mais contribuíram com esta classe, foram: homens, casados e que fazem o uso de insulina. Os conteúdos desta classe foram relativos ao conceito

do diabetes assim como noções de responsabilidades, obrigações e consciência voltadas para o cumprimento do tratamento, conforme os seguintes relatos dos participantes.

Não tenho muito conhecimento sobre o diabetes (...) é uma doença complicada, silenciosa (...) vejo que não me cuido (...) o tratamento tem que ter muita disciplina, é difícil a vida da pessoa que tem diabetes (...) se conscientizar que amanhã pode perder um dedo, uma perna ou braço, cegar, a gente pisa no freio dessas coisas e procura caminhar, correr, andar (...) não posso me queixar do acompanhamento, não falta orientação é com a pessoa que não me ligar, não adianta a médica está fazendo o trabalho dela orienta diz o que pode e o que não pode (...) o diabetes tem jeito, só depende de mim.

Conforme as narrativas dos participantes com o perfil já mencionado observa-se que o conceito do diabetes no senso comum se apresenta análogo ao conceito do conhecimento erudito, uma vez que ela é considerada uma doença complexa e silenciosa, a qual requer disciplina em seu tratamento, embora, na maioria das vezes, as pessoas não tenham a consciência de segui-lo, a menos que percebam que futuramente podem vivenciar as implicações por ela impostas. A consequência mais perceptível para os homens casados e que fazem o uso de insulina foi o receio da perda de algum membro do corpo, a saber: dedo, perna, braço ou, ainda, de desenvolverem problemas de visão.

Diante do exposto referente à classe 1, pode-se perceber que o diabetes foi ancorado na percepção das responsabilidades e obrigações voltadas para o risco em desenvolver as consequências decorrentes da doença. Esta categorização esteve relacionada ao conhecimento médico, tanto voltado para a instância mais grave da doença, que são as amputações, assim como para seu estágio inicial, por se tratar de uma doença silenciosa, sendo reconhecido apenas após o agravamento de sua sintomatologia. Brasil (2013) afere que metade da população que tem o diabetes desconheçam seus sintomas. Para Stuhler (2012) as dificuldades decorrentes do

diabetes podem estar relacionadas a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida, ocasionando impactos psicossociais na vida das pessoas.

Esses participantes evidenciaram, ainda, que os maiores responsáveis para o bom andamento do tratamento e por mudanças em seu estilo de vida são eles mesmos, uma vez que recebem as orientações profissionais. Conforme Ribas et al. (2013) alguns participantes reconhecem as orientações médicas como um recurso positivo para o enfrentamento da doença, tomando sua parcela de responsabilidade pela não aderência de medidas que poderiam favorecer um melhor controle metabólico. Nesse caso, compreende-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 demandam uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, objetivando instruí-los a se moverem para uma posição de maior engajamento em hábitos saudáveis. Como também, já que existe uma representação positiva do atendimento, é preciso tirar proveito desse benefício e trabalhar no sentido de fortalecer a crença desses pacientes em sua capacidade de superar as barreiras que obstruem o acesso às mudanças almejadas (Ribas et al., 2013).

A classe 2, “Descoberta do diagnóstico”, foi composta por 39 UCEs (14%) e por palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 84$; $f = 27$ (exame) e $\chi^2 = 11$; $f = 20$ (disse), identificados na fala dos participantes com idades entre 18 e 29 anos e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos. Essa classe se refere ao desconhecimento acerca do diabetes, assim como sobre o processo de descoberta da doença, quer tenha sido por exames de rotina, ou utilizando um glicosímetro (aparelho de medida de glicose capilar na ponta de dedo) em suas residências. Outro aspecto evidenciado foi o desencadeamento da doença, devido a um componente hereditário, como pode ser observado nos seguintes relatos.

Eu ouvia muito falar em diabetes, mas não sabia o que era também não me cuidava, minha mãe era, mas também não me interessava pelo problema (...) descobri com o exame de rotina (...) descobri na casa de uma amiga que tem diabetes, ela falou que ver tua taxa, eu disse não, não tenho nada (...) o histórico da minha família foi muito dolorido, pai, mãe, tios, tias, avós, morreram todos de diabetes e câncer.

Percebe-se que os participantes ancoraram o diabetes em fatores relacionados ao seu diagnóstico. As elucidações com maior destaque foram: falta de conhecimentos sobre o diabetes; descoberta da doença por meio de exames, ou direcionada a fatores hereditários, visualizados após a morte de familiares.

De acordo com Rodrigues, Santos, Teixeira e Zanetti (2012) a falta de conhecimento acerca do diabetes pode estar relacionada à baixa escolaridade. O presente estudo corrobora com essa informação, pois dos 31 entrevistados, 28 estudaram até o ensino fundamental. Os poucos anos de estudo podem colaborar também com a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, os riscos à saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (Rodrigues et al., 2012).

A descoberta do diabetes revelada por meio de exames médicos periódicos aponta para seu processo natural de evidência conforme Barsaglini (2011). A identificação pode, ainda, se dar por acaso, surpreendendo a pessoa devido à ausência de manifestações objetivas ou subjetivas, embora validada inicialmente pela confirmação laboratorial (Barsaglini, 2011). Nesse estudo, essa descoberta acidental foi vista por meio da utilização do glicosímetro em casa.

Os participantes evidenciaram também a questão hereditária, embora exista um incremento no número de casos, notadamente, devido aos hábitos atuais da população,

assinalados pelo sedentarismo e alimentação inadequada (Whiting et al., 2011). Talvez o conhecimento que falta acerca dos principais fatores que desencadeiam o diabetes pudesse contribuir para um melhor nível de prevenção uma vez que a doença é causada por fatores ambientais e hereditários.

O fator emocional também foi um componente que sobressaiu nessa classe. As pessoas que mais contribuíram com seus relatos para essa classe descreveram que ser diabético é sinônimo de tristeza, choro, sofrimento, pensamentos ruins, depressão e morte, alegaram que é uma doença que mata aos poucos. Conforme exemplificado nas seguintes UCEs.

Me tornei uma pessoa triste e enfrento muita depressão depois que descobri a diabetes (...) ser diabética é muito triste, tenho vontade de chorar é uma doença que mata aos pouquinhos (...) na minha cabeça passa muita coisa ruim, para mim é morte e sofrimento.

O caráter emocional que a doença acarreta nessas pessoas também ficou evidente nessa classe, por meio das objetivações: “tristeza, choro, sofrimento, pensamentos ruins, depressão e morte”. Destaca-se que foi por meio dessas expressões que os participantes deram materialidade à realidade emocional vivenciada após o diagnóstico do diabetes.

De acordo com Peres et al. (2008) apresentar condição crônica de saúde envolve diversas mudanças nos hábitos e na vida cotidiana dos indivíduos, o que pode ser extremamente penoso e difícil de aceitar. Receber o diagnóstico de uma doença crônica como o diabetes desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias, que precisam ser conhecidos e compreendidos pelos profissionais de saúde. As objetivações ressaltadas pelos participantes deste estudo estão em consonância com o estudo de Peres et al. (2008) ao investigar as RS acerca do diabetes em mulheres que vivem nessa condição de doença, as quais relataram que o diagnóstico foi marcado com tristeza, raiva, revolta e choque.

A instabilidade emocional que por ventura foi desencadeada no momento da notícia da doença pode perdurar posteriormente, interferindo no controle metabólico dessas pessoas. Para Santos et al. (2011) esses sentimentos negativos, quando cristalizados, podem predispor à formação de sintomas depressivos, como baixa autoestima, desânimo, desesperança, baixa expectativa frente ao futuro, perda de tônus vital e de interesse pelas atividades diárias – incluindo aquelas consideradas importantes para a manutenção de um bom controle metabólico.

A classe 3, “Componentes para o tratamento”, foi composta por 50 UCEs (17%) e por palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 36$; $f = 59$ (tomar) e $\chi^2 = 22$; $f = 30$ (passo). As variáveis-atributos que mais contribuíram com essa classe foram os participantes que não usam insulina e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos. Nessa classe, os participantes expressaram tanto reações favoráveis quanto desfavoráveis voltadas ao cumprimento do tratamento, sendo a negligência sempre acompanhada por uma justificativa, conforme os relatos a seguir:

Faço a dieta e caminhada, estou comendo de três em três horas, me cuidando melhor e tomando a medicação (...) controlo a minha com insulina, tomo quatro vezes no dia, duas doses de manhã, antes do almoço e do jantar e o comprimido.

Não faço dieta, mas estou tomando medicamento, antes do almoço e depois do jantar (...) a médica me mandou caminhar teve um tempo que fiz, mas parei já caminho do ponto do ônibus até minha casa (...) quando viajo não tomo remédio, (...) as vezes faço dieta, acho que todo diabético é indisciplinado, não faço nenhuma atividade física, começo a caminhar e de repente paro.

Nessa classe, o diabetes foi ancorado no conhecimento biomédico acerca do tratamento e, por conseguinte, pode-se identificar a visibilidade desse conhecimento por meio das expressões: dieta, medicação e atividade física. Consonante Tavares et al. (2011) os pacientes com diabetes devem conciliar a tríade supracitada, pois é esta que estrutura o tratamento.

Em relação à atividade física, alguns participantes informaram que realizam caminhada, seja formalmente como uma atividade organizada e disciplinada, oferecida por estabelecimentos públicos e privados, ou de modo informal praticando uma atividade similar, por exemplo, caminhando do ponto do ônibus até a residência. De acordo com Barsaglini (2011) embora a participação das pessoas com diabetes em atividades físicas organizadas não seja tão comum, muitas dessas pessoas garantem praticar atividades similares no próprio espaço doméstico como: limpar, lavar, cozinhar, ir e voltar a pé para o trabalho, passear com animais ou cuidar de familiares.

Apesar dos participantes relatarem seguir ou não a dieta e as atividades físicas, a ingestão da medicação foi unanimidade. Nessa conjectura, a medicação parece ser a base do tratamento, em função de sua legitimidade e do reconhecimento de seus resultados no controle do diabetes (Barsaglini, 2011). Por se tratar de uma doença de longa duração, esta, por sua vez, necessita de comprometimento com a terapêutica, exigindo da pessoa capacidade de enfrentamento durante toda a sua vida. Por vezes, o compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, mesmo que seja momentaneamente, está sempre presente no cotidiano da pessoa diabética (Peres et al., 2008).

A classe 4, “Aspectos nutricionais”, foi composta por 28 UCEs (10%), sendo a que menos contribuiu; apresentou palavras e radicais no intervalo e frequência significativa entre $\chi^2 = 105$; f= 13 (pão) e $\chi^2 = 7$; f= 7 (açúcar), representada pelas mulheres com mais de 21 anos de doença. Esse grupo apontou para a descrição dos alimentos que compõem a dieta, horários e quantidades, além de elucidar técnicas caseiras para diminuir a glicose do organismo, como ilustrado no trecho a seguir.

Minha dieta é assim de manhã meu café é banana, um pedaço de mamão, não tomo café, tomo muito suco com adoçante, eu gosto de comer pão, mas o médico disse que não posso comer, mandou comer um ou dois durante a semana e integral (...) como

tudo integral bolacha, arroz, carne magra, verdura, fruta costumo comer duas, três, até quatro vezes como a nutricionista informa (...) tudo tem que ser um pedacinho pequeno e em pouca quantidade (...) tomo água de quiabo já faz uns seis meses.

Por outro lado, os participantes dessa classe também relataram alguns alimentos que não devem ser ingeridos, como descrito nas UCEs: *“Tem muitas coisas que não podemos comer, assim gordura, comida doce, com muito açúcar, muitos sucos, a não ser com adoçante (...) como as vezes um pedacinho de bolo (...) não como tudo medidinho, como meio avançado”*.

Na classe 4, o diabetes foi ancorado em seus aspectos nutricionais e objetivado na descrição dos alimentos que compõem a dieta, horários e quantidades, e algumas técnicas caseiras para diminuir a glicose do organismo. Além disso, nessa classe também foi possível perceber a propagação como sistema de comunicação determinante do conteúdo e da forma das objetivações elucidadas. Nesse caso as mensagens foram produzidas e se dirigiram aos próprios membros do grupo, percebendo que alguns membros do grupo adotaram atitudes em seguir a dieta em detrimento aos demais participantes, de manter a postura de não realizar a mesma (Saraiva & Coutinho 2013; Moscovici, 2012).

A quantidade de alimento foi expressa utilizando palavras do tipo: “pedacinho pequeno”, “medidinho” e “pouca quantidade”; nesse caso, as RS acerca do diabetes estiveram voltadas para a ideia que as pessoas com essa doença devem ingerir pouca quantidade de alimentos. No estudo de Ribas, Santos e Zanetti (2011) para os participantes da pesquisa o conceito de estar bem alimentado se encontrou relacionado à quantidade (e não à qualidade) de alimentos consumidos, inferindo-se que comer pouco ou com moderação não é sinônimo de estar bem alimentado.

Essa categoria de análise remete à compreensão de que a fome é saciada e formulada em termos culturais, sociais, econômicos e históricos. Alimentar-se consiste em uma necessidade humana básica, mas também configura um ato social. Quanto, o quê, quando,

como, onde e com quem se come, além das prescrições e proscricções alimentares, são fatores determinados pela cultura. Além disso, as práticas, classificações e representações da alimentação demonstram o *status* de um indivíduo em uma dada sociedade. Nesse sentido, o alimento pode ser interpretado como linguagem, como texto cultural que traduz as visões de mundo, da família, do corpo, do trabalho e das relações sociais (Menasche, Marques, & Zanetti, 2008).

Estudar a alimentação pelo referencial das representações sociais significa entender que a pessoa, em seu contexto social e cultural, escolhe também os alimentos para compor sua alimentação de acordo com seus aspectos subjetivos, da maneira que julga ser correta e da forma como traduz as orientações transmitidas pelos profissionais de saúde (Ribas, 2009).

Os alimentos que devem ser evitados são descritos como gordurosos ou repletos de açúcar, sugerindo o desejo de ingestão dessas comidas não saudáveis. Coelho e Amaral (2008) recomendam que as pessoas com DM devem aprender o autocontrole e seguir as instruções estabelecidas pela equipe de saúde, com o intuito de instalar e manter os comportamentos de seguimento do tratamento. A conduta de ingerir alimentos não permitidos ou restritivos à dieta pode ocasionar muitas implicações negativas em longo prazo, como, por exemplo, o aumento de peso e, conseqüentemente, a falta de controle da doença, embora também existam conseqüências reforçadoras em curto prazo, que sejam efetivas ao fortalecimento do comportamento de ingerir alimentos inadequados.

Por fim, os participantes também relataram a utilização de técnicas caseiras, como foi o caso da “água de quiabo” para somar no tratamento do diabetes. Segundo Barsaglini (2011) é comum que as pessoas com diabetes façam uso de estratégias coadjuvantes para gerenciarem o tratamento como, por exemplo: chás caseiros, medicamentos naturais e orações. Evidentemente, o emprego desses recursos terapêuticos alternativos não exclui o uso dos medicamentos.

Considerações finais

Com o objetivo principal de apreender as representações sociais elaboradas por pessoas que têm diabetes acerca da doença, o presente estudo permitiu o resgate do saber do senso comum, com a evidência das diferentes concepções, sentimentos, atributos e imagens que permearam toda a construção do conhecimento, bem como possibilitou compreender como essas pessoas percebem essa problemática e como orientam suas condutas frente à doença, contribuindo para o entendimento global do DM.

O diabetes mellitus foi representado como uma doença silenciosa, complexa e multifacetada, cujo diagnóstico é evidenciado tardiamente, devido à ausência de sintomas específicos e ao desconhecimento da síndrome. Outrossim, verificou-se por meio das narrativas a suscetibilidade dos diabéticos estarem propícios a comorbidades tanto físicas quanto psicoemocionais, como é o caso da sintomatologia depressiva, conforme os relatos pautados no humor de cunho negativo; *“tristeza, choro, sofrimento, pensamentos ruins e morte”*.

Quanto ao tratamento, verificou-se que este foi norteado na tríade: medicamentos, dieta e atividades físicas, apesar da falta de rigor no engajamento dos exercícios. De modo amplo, observou-se que a falta de comprometimento para a terapêutica gera um sentimento de autculpabilização, principalmente quando os diabéticos se veem na iminência de graves consequências, como é o caso da perda de membros ou da visão.

Diante do exposto, a RS da doença para esse grupo foi organizada conforme o conhecimento biopsicoemocional. Os resultados apontam para a importância de uma abordagem interdisciplinar que enfoque o suporte psicossociológico voltado para elaboração de estratégias que possam ser adotadas frente ao controle e cuidado do diabetes, que vislumbrem principalmente maiores esclarecimentos acerca das causas e consequências dessa doença, assim como práticas de incentivos à realização de atividades físicas.

Implica-se que tais práticas considerem a influência da particularidade do contexto social e cultural vivenciado pelas pessoas com diabetes, visando evitar uma postura meramente de submissão aos princípios biomédicos. É importante que esse grupo possa ser levado a refletir acerca da aceitação da doença e de seus intentos comportamentais frente ao tratamento. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos voltados para o processo de resiliência e bem-estar subjetivo, visando focar como esse grupo de pertença supera as adversidades oriundas desse contexto.

Referências

- American Diabetes Association (ADA) (2015). *Diabetes mellitus*. Recuperado em 10 Agosto, de 2015, de <http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=superfooter>.
- Barsaglini, R. A. (2011). *Representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Brasília: Ministério da Saúde*, 160.
- Coelho, C. R., & Amaral, V. L. A. R. (2008). Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. *Revista de Psicologia da Universidade São Francisco*, 13(2), 243-251.
- Coelho, M. S., Silva, D. M. G. V., & Padilha, M. I. S. (2009). Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 65-71. Recuperado em 10 Agosto, de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/08.pdf>
- Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2013). Teoria das representações sociais. In N. T. Alves et al. (Orgs.), *Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão* (pp. 73- 114). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representações sociais*. (2ª ed). João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- International Diabetes Federation (IDF) (2013). *Diabetes mellitus*. Recuperado em 10 Agosto, de 2015, de <http://www.idf.org>
- LeClair, C., Marquis, M., Villalon, L., & Strychar, I. (2009). Healthy adolescents' social representations of diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(3), 170- 179.
- Mantovani, A. M., Fegonesi, C. E. P. T., Pelai, E. B., Savian, N. U., & Pagotto, P. (2013). Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cadernos em Saúde Pública*, 29(12), 2427-2435.

- Minayo, M. O. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, J. E. P., & Vencio, S. (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: AC Farmacêutica.
- Péres, D. S., Franco, L. J., Santos, M. A., & Zanetti, M. L. (2008). Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em Relação ao processo saúde-doença. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(3).
- Ribas, C. R. P. (2009). *Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Ribas, C. R., Santos, M. A., Zanetti, A. C. G., & Zanetti, M. L. (2013). Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. *Revista Psico*, 44(1), 139-149.
- Rodrigues, F. F. L., Santos, M. A., Teixeira, C. R. S., Gonela, J. T., & Zanetti, M. L. (2012). Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 284-90.
- Rodríguez, S. A., Meneses, L., Toboso R. P. Q., & Moreno, I. H. (2012). Diabetes mellitus. *Medicine*, 11(17), 995-1002.
- Santos, M. A., Alves, R. C. P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015.
- Saraiva, E. R. A. (2010). *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). O emprego do Software Alceste e o desenvolvimento do mundo lexical em pesquisa documental. In M. P. L. Coutinho &

E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp.67-94). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Stuhler, G. D. (2012). *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. R., Guerreiro, D. M., Silva, V., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto de Enfermagem*, 20(4), p. 751-757.

Torres-López, T. M., & Sandoval-Díaz, M. (2005). “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 101-110.

Vieira, K. F. L. (2012). *Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Whiting, D. R., Guariguata, R., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, (94)3, 311–321.

CLASSE 1: Definição da doença e Atribuições de Responsabilidades 169 UCE- 59%			CLASSE 2: Descoberta do Diagnóstico 39 UCE- 14%			CLASSE 3: Componentes para o Tratamento 50 UCE- 17%			CLASSE 4: Aspectos Nutricionais 28 UCE-10%		
Palavra/ Atributo	χ^2	F	Palavra/ Atributo	χ^2	F	Palavra/ Atributo	χ^2	F	Palavra/ Atributo	χ^2	F
Gente	31	74	Exame	84	27	Tomar	36	59	Pão	105	13
Pessoa	27	59	Descobri	84	20	Faço	28	22	Integral	105	14
Trabalho	12	30	Fiz	33	16	Passo	22	30	Café	84	12
Quer	11	39	Sentia	32	9	Insulina	20	22	Arroz	75	11
Problema	11	28	Época	32	6	Boca	19	6	Pedaço	46	7
Diz	10	41	Sangue	32	6	Jantar	19	6	Bolacha	46	7
Sei	9	45	Três anos	32	5	Comprimido	19	8	Evitar	28	4
Digo	9	15	Pai	20	7	Dieta	18	18	Mamão	28	4
Pego	8	11	Glicose	19	6	Duas	17	10	Feijão	28	3
Fico	7	53	Diabetes	16	48	Baixa	14	11	Pequena	28	3
Vejo	7	10	Colesterol	15	4	Estava	14	16	Suco	22	5
Perna	7	18	Mae	14	9	Comendo	13	8	Lanche	19	4
Direito	7	11	Sabe	14	15	Físico	11	8	Adoçante	19	5
Vivo	6	56	Pedi	13	3	Urina	10	4	Macarrão	19	3
Causa	6	12	Tio	13	3	Direto	10	4	Gosto	17	11
Falta	6	10	Rotina	13	3	Chega	6	11	Banana	14	3
Seguro	6	9	Médico	11	27	Copo	9	3	Gordura	14	3
Vida	6	18	Disse	11	20	Não usam insulina, Tempo de diagnóstico de 1 a 10 anos	Fruta	11	5		
Homens, Casados, Uso de insulina			Idade entre 18 a 29 anos, Tempo de diagnóstico de 1 a 10 anos				Carne	11	3		
							Leite	11	3		
Homens, Casados, Uso de insulina			Idade entre 18 a 29 anos, Tempo de diagnóstico de 1 a 10 anos			Mulheres, Tempo de diagnóstico > 21 anos					
						Açúcar	7	7			

Figura 1. Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente das Entrevistas (n= 31)

CAPÍTULO VIII –

Artigo- 3

O UNIVERSO CONSENSUAL ACERCA DO DIABETES MELLITUS³

THE CONSENSUAL UNIVERSE ABOUT DIABETES MELLITUS

EL UNIVERSO CONSENSUAL SOBRE LA DIABETES MELLITUS

UNIVERSO CONSENSUAL DO DIABETES

³ Artigo aceito na Revista Psico-USF

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as Representações Sociais (RS) elaboradas por pessoas diabéticas sobre o diabetes mellitus e seu tratamento. A amostra foi constituída por 104 participantes com idades entre 19 a 79 anos ($M= 56,16$; $DP= 13,01$), que responderam a um questionário biossociodemográfico e à Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram computados pelos softwares SPSS - 19.0 e Tri-deux-Mots e examinados por meio da estatística descritiva e análise fatorial de correspondência. Os resultados apontaram que a construção do conhecimento psicossociológico acerca do diabetes não difere do saber científico, pois foi representada enquanto doença crônica relacionada a problemas de açúcar no sangue, oscilação de humor e perigo de vida. As RS do tratamento emergiram de forma associada ao controle alimentar, manutenção e adesão às orientações médicas. Espera-se que esses resultados contribuam para uma maior visibilidade da doença e com a elaboração de práticas terapêuticas no contexto do diabetes, voltadas tanto para seus aspectos físicos, quanto emocionais.

Palavras Chave: Diabetes Mellitus; Representação Social; Psicossocial; Associação Livre.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the social representations elaborated by diabetic's people about diabetes mellitus and your treatment. The sample was composed of 104 participants with ages between 19 and 79 years old ($\underline{M}= 56.16$, $SD = 13.01$), who answered to a sociodemographic questionnaire and the Free Word Association Test. The data were submitted to SPSS - 23.0 and Tri-deux-mots software's and analyzed using descriptive statistics and factorial correspondence analysis. The results showed that the construction of psychosocial knowledge of diabetes doesn't differ from scientific knowledge, while chronic disease, related to blood sugar

problems, mood swing and danger of life. The treatment, emerged so associated as a food control, adherence and follow medical guidelines. Hoped, that these results will contribute to enlarge the visibility of this disease and whit the development of therapeutic practices in the context of diabetes, targeting both the physical and emotional aspects.

Keywords: Diabetes Mellitus; Social Representation; Psychosocial; Free Association.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales desarrollado por los diabéticos sobre en el diabetes mellitus y el tratamiento. Participaron 104 personas, con edades entre 19 y 79 años ($M = 56.16$, $DP = 13.01$), que contestaron a un cuestionario biosociodemográfico y la Técnica de Asociación Libre de Palabras. Los datos fueron calculados mediante el SPSS - 23,0 y por lo software Tri-deux-mots y analizados utilizando la estadística descriptiva y el análisis factorial de correspondencia. Los resultados mostraron que la construcción del conocimiento psicosocial acerca de la diabetes no es diferente de saber erudito, como enfermedad crónica, relacionada con problemas de azúcar en la sangre, cambios de humor y el peligro de la vida. Lo tratamiento, resultó asociado con el control de los alimentos, la adherencia y seguir las pautas médicas. Se espera que estos resultados contribuirán a una mayor visibilidad de la enfermedad y el desarrollo de las prácticas terapéuticas en el contexto de la diabetes, dirigida tanto a su físico como emocional.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Representación Social; Psicosocial; Asociación Libre.

INTRODUÇÃO

Desde o descobrimento do diabetes, inúmeras pesquisas vêm sendo realizadas nas mais diversas áreas do conhecimento, em especial no campo da saúde (Stuhler, 2012; Biasi, 2011). Nos dias atuais, trata-se de uma doença de grande impacto, por ser considerada um problema de saúde pública tanto nos países emergentes, quanto naqueles mais desenvolvidos. Isso se dá em virtude de sua alta prevalência e complicações incapacitantes que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência das pessoas, além de envolver altos custos no seu tratamento (Stuhler, 2012).

O Diabetes Mellitus (DM) trata-se de um distúrbio crônico, ocasionado pela deficiência absoluta ou relativa na secreção e/ou ação da insulina, o que ocasiona no organismo o acúmulo de glicose (açúcar) no sangue. Os principais fatores que contribuem para seu surgimento se associam à hereditariedade/genética, ao ambiente, ao sedentarismo, a hábitos alimentares inadequados e à obesidade (Internacional Diabetes Federation - IDF, 2015).

A doença abrolha e progride de forma silenciosa, compreendendo um conjunto heterogêneo de disfunções metabólicas associadas a complicações e insuficiências de vários órgãos, que afeta especificamente a esfera física por meio dos sistemas oftalmológico, renal, neurológico e cardiovascular (Rodríguez, Meneses, Toboso, & Moreno, 2012; Brasil, 2006).

Quanto aos aspectos psicossociais, a literatura preconiza que as esferas social e laboral também são comprometidas. Conforme Barsaglini e Canesqui (2010), as pessoas diabéticas se sentem incomodadas em participar de ocasiões festivas, uma vez que os alimentos valorizados e compartilhados nesses momentos são os de cunho calórico e com açúcares. Em suma, a alimentação é o aspecto de maior impacto na vida dos diabéticos, uma vez que a compreensão de que a fome é saciada é formulada em termos culturais, sociais, econômicos e históricos. Alimentar-se é uma necessidade básica do ser humano, mas também configura um ato social.

Quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, além das prescrições e proscricões alimentares são fatores determinados pela cultura (Ribas, Santos, & Zanetti, 2011).

Em relação à esfera laboral, um estudo realizado por Silva (2012) constatou que a presença do diabetes afeta a produtividade e a participação no mercado de trabalho, independente do sexo, auferindo rendimentos menores àqueles que são saudáveis. Portanto, o diabetes se configura como uma doença complicada e dolorosa, que interfere no estilo de vida tanto do paciente quanto do familiar, permeada pelas dificuldades do vivenciar das rotinas e hábitos (Leal, Fialho, Dias, Nascimento, & Arruda, 2012).

Segundo as estimativas mais recentes da Internacional Diabetes Federation, existe aproximadamente 415 milhões de pessoas no mundo com diabetes, elencando o rol das cinco doenças crônicas não transmissíveis com maior morbidade (IDF, 2015). No Brasil, cerca de 14,3 milhões de pessoas são portadoras da doença e aparecem 500 novos casos por dia, assim como estima-se que 50% da população com DM tipo 2 desconhece seu diagnóstico, percebendo-o apenas após o aparecimento de suas complicações (Brasil, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o conhecimento acerca da quantidade de brasileiros diabéticos é de grande relevância para compreender a situação atual da população e, sobretudo, planejar o futuro visando à prevenção de novos casos, pois, embora muito se tenha avançado no tratamento farmacológico, o grau de controle da doença está bem aquém do desejado (SBD, 2015). Nessa direção, evidencia-se a necessidade de estudos voltados para a prevenção desta síndrome, que deem maior visibilidade não apenas ao tratamento farmacológico, mas também, simultaneamente, à complementariedade na educação alimentar e atividades físicas contínuas.

Vale destacar que o objetivo principal do tratamento é atingir o controle glicêmico, recomendado que seja de até (110 mg/dL) em jejum e em torno de (150 mg/dL) duas horas pós-prandial, conforme a SBD (SBD, 2015). Desta forma, o tratamento é ancorado conjuntamente

em medidas não medicamentosas e medicamentosas. As primeiras compreendem o plano alimentar no qual os indivíduos diabéticos conhecem quais os tipos de alimentos, quantidades e frequência com que devem ser ingeridos, bem como a regularidade de atividades físicas. Além desses, é de suma importância que os pacientes passem por um processo educativo o qual possibilitará maiores conhecimentos em relação ao autocuidado e manejo da doença.

A conquista dessas habilidades é considerada uma estratégia efetiva para o fortalecimento da motivação, para o seguimento do plano alimentar, incremento da atividade física, autocuidado em relação aos pés, realização regular da glicemia capilar no domicílio, prevenção dos episódios de hipoglicemia e das complicações crônicas, assim como o cuidado da doença em situações especiais (Landim, Zanetti, Santos, Andrade, & Teixeira, 2011).

Em relação às medidas medicamentosas, estas visam controlar os níveis de açúcar no sangue evitando os picos de hipoglicemia ou hiperglicemia, sendo indicadas para os pacientes que não conseguiram através de medidas não-farmacológicas. Neste eixo, são compreendidos os fármacos e a insulina. Em suma, o tratamento para o diabetes deve ser ancorado na trílice formada pelo farmacológico, a alimentação e a prática contínua da atividade física. Segundo Costa e Coutinho (2016), é possível verificar que os diabéticos se responsabilizam pelo bom andamento do tratamento, atribuindo a eles mesmos a consciência das consequências da doença.

Nesse direcionamento, conhecer qual a concepção que as pessoas com diabetes possuem acerca dessa doença e do seu tratamento pode contribuir para uma maior visibilidade do fenômeno e, conseqüentemente, como se conduzirem frente à doença. Para alcançar estas metas, neste estudo, utilizou-se do aporte teórico das Representações Sociais (RS) uma vez que, estudar o fenômeno do diabetes mellitus nesta vertente permiti a construção de um conhecimento prático socialmente elaborado e partilhado por um grupo de pertença, que colabora para a constituição de uma realidade semelhante a um conjunto social (Jodelet, 2011).

Conforme Moscovici (2012),

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa (p. 46).

Portanto, identificar as representações sociais dos participantes com o diabetes mellitus possibilitará compreender como esses indivíduos interpretam ou explicam essa nova vivência, incluindo seus pensamentos, sentimentos, comportamentos e expectativas futuras diante da doença. Segundo Moscovici (1978), as RS numa perspectiva tridimensional levam em consideração três dimensões básicas: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude.

A “informação” ou “dimensão conceitual” se refere à organização e à quantidade de conhecimentos que um determinado grupo de pertença (diabéticos) possui a respeito da doença (diabetes), que são veiculados por meio das conversações e dos meios de comunicação (Moscovici, 2012; Sá, 1998). O “campo de representação ou imagem” emerge de uma introdução dinâmica, enquanto unificadora de tensões internas e, nomeadamente, das que emergem entre percepções e conceitos. O papel atribuído à imagem seleciona um título, em lugar de RS, que funciona como metonímia de um modelo que comporta as outras dimensões; informação e atitude, por meio das quais se podem diferenciar os sujeitos, sejam indivíduos ou grupos que as produzem (Jesuino, 2013). Quanto à terceira dimensão, “atitude” se refere à orientação global do indivíduo ou grupo de pertença em relação ao objeto da RS; dessa forma, as pessoas podem se posicionar favoráveis ou desfavoráveis acerca do novo elemento a ser categorizado e nomeado (Moscovici, 1978).

Na perspectiva psicossocial, observam-se estudos que abordaram diferentes construtos para identificarem as RS no contexto do diabetes, por exemplo, sobre as RS da saúde primária,

estudada por Amorim, Ramos, Brito e Gazzinelli (2014), assim como acerca da relação do processo saúde/doença, identificada pelos autores LeClair, Marquis, Villalon e Strychar (2009) e Péres, Franco, Santos e Zanetti (2008). Outros, por seu tempo, desenvolveram pesquisas no âmbito do tratamento, como foi o caso de Stuhler (2012), e acerca das orientações nutricionais averiguada por Biasi (2011), Ribas, et al. (2011), Barsaglini e Canesqui (2010). Além disso, Mantovani, Fegonesi, Pelai, Saviane Pagotto (2013) e Coelho, Silva e Padilha (2009) apreenderam RS sobre o pé diabético, do mesmo modo que demais autores estudaram a respeito do atendimento realizado pelos profissionais de saúde e acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento (Ribas, Santos, Zanetti, & Zanetti, 2013; Santos et al., 2011).

Apesar da existência dos estudos supracitados, a literatura disponível ancorada na abordagem psicossociológica acerca do diabetes e elaborada por pessoas com essa patologia é incipiente, sendo mais frequente na área da Enfermagem e Antropologia, com pouca ênfase na Psicologia (Ribas et al., 2013; Stuhler, 2012).

Destarte a estas constatações, faz-se necessário desenvolver estudos que abordem o que essa enfermidade representa para o homem e para a sociedade, bem como para identificar as possibilidades de mudanças de conceitos e atitudes relativos à mesma, justificando assim a construção de novas pesquisas que foquem na compreensão e elaboração do processo de constituição social das representações em pessoas com diabetes. Nesse sentido, este artigo objetivou analisar as representações sociais, elaboradas por pessoas diabéticas, sobre o diabetes mellitus, por meio dos campos semânticos advindos das evocações aos estímulos indutores: diabetes, tratamento e eu mesmo.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, de caráter transversal, de cunho quantitativo e qualitativo, subsidiada em uma abordagem psicossociológica.

Participantes

Este estudo se apresenta com uma amostragem do tipo não probabilística, por conveniência e por snowball ou “bola de neve”. Adotou-se como critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 18 anos e (ii) ter diagnóstico de DM. A amostra foi constituída de 104 participantes com idades entre 19 a 79 anos ($M= 56,16$; $DP= 13,01$).

Dentre os respondentes, a maioria (82%) foi do sexo feminino, (56%) casado, com ensino fundamental (40%) e médio (32%), católico (58%), que exerciam diferentes profissões (41%) (e.g., professores, domésticas, comerciantes e técnicos de enfermagem), com renda de até um salário mínimo (65%). O tempo de diagnóstico variou de 1 a 36 anos ($M= 10,8$; $DP= 9,11$), sendo que a maior parte deles, (59%) 1 a 10 anos, (27%) 11 a 20 anos de diagnóstico e os demais acima dos 21 anos de diagnóstico. O DM tipo 2 foi o mais prevalente totalizando (95%) dos participantes e (62%) destes afirmaram que não utilizavam a insulina.

Instrumentos

Para a obtenção dos dados, utilizou-se um questionário biossociodemográfico e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). O primeiro instrumento foi utilizado com a finalidade de obter informações tais como idade, sexo e estado civil, tempo de tratamento, quanto ao uso de insulina, entre outras, compreendendo assim o perfil característico da amostra.

Fez-se uso da TALP tendo como estímulos indutores o “diabetes”, o “tratamento” e o “eu mesmo”. Esse instrumento trata-se de uma técnica projetiva e não possui propriedades psicométricas, tendo sido originalmente desenvolvido por Jung no início do século XX para ser utilizado na clínica, sendo posteriormente adaptado por Di Giácomo, em 1981, como

ferramenta de pesquisa no campo de estudo da Psicologia Social. Atualmente, a TALP é amplamente utilizada, principalmente quando se trabalha com o aporte teórico das RS, a qual permite evidenciar universos semânticos que refletem os universos comuns de palavras em face de diferentes estímulos e sujeitos ou grupos, permitindo identificar os elementos latentes que seriam mascarados em produções discursivas (Coutinho, Nóbrega, & Araújo, 2011).

Procedimento ético

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba- CEP/CCS, sob o protocolo nº 914.880, ano de 2014 e CAAE nº 33087214.6.0000.5188. Durante a sua realização, foram respeitadas todas as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, criada pela Resolução 466/2012 e com constituição designada pela Resolução 246/97.

Procedimento e Análise dos dados

Quanto ao procedimento de coleta de dados, ressalta-se que a pesquisa foi realizada em clínicas que prestavam atendimento médico para diabéticos, nesse sentido, após o consentimento, os pacientes foram abordados tanto enquanto aguardavam a consulta médica, quanto em outro local e horário conveniente para os mesmos. Inicialmente, cada paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, na sequência, procedeu-se a administração dos instrumentos, obedecendo-se à seguinte ordem: primeiro, a TALP; em seguida, o questionário biossociodemográfico. Os instrumentos foram aplicados individualmente e oralmente, sendo lidos pelos pesquisadores. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 25 minutos.

Os dados provenientes do questionário biossociodemográfico foram processados por meio do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS - 19.0) e analisados conforme a

estatística descritiva (média, desvio padrão e frequências). Já os dados advindos da TALP foram efetivados pelo software Tri-deux-Mots (versão 2.2), seguindo o procedimento padrão, o qual é constituído de cinco etapas: IMPMOT (gera o dicionário e a frequência absoluta de palavras), TABMOT (versa em fazer a tabulação dos dados), ECAPEM (realiza o cruzamento entre as variáveis fixas e de opinião, resultando como cada modalidade irá colaborar na construção do fator), ANECAR (gera o arquivo com as maiores contribuições para a construção do gráfico, em que posição elas se encontram no plano fatorial, e como elas estão articuladas na relação de inclusão e exclusão conforme o cálculo do qui-quadrado) e PLANFA (responsável pela produção do gráfico com as coordenadas ou fatores). Na sequência, os dados foram analisados pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Destaca-se a importante metodológica deste procedimento, por permitir a representação gráfica da atração e do distanciamento entre as variáveis fixas: (sexo, estado civil, uso de insulina e tempo de diagnóstico) e as variáveis de opinião acerca dos estímulos indutores (diabetes, tratamento e eu mesmo) (Coutinho et al., 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das 792 palavras oriundas da TALP, após o processamento pelo Tri-Deux- Mots, apontaram que 264 foram diferentes e, destas, 66 constituíram o plano fatorial. De acordo com a distribuição relativa de cada uma das palavras no espaço fatorial, o poder explicativo foi de 52,0% da variância total, sendo distribuídos 29,7 % no F1 e 22,3% no F2 (Figura 1), demonstrando, portanto, parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade, tendo em vista pesquisas realizadas no âmbito das RS (Nóbrega & Coutinho, 2011).

Inserir Figura 1.

No fator 1 (F1), linha horizontal em negrito, do plano fatorial, observou-se as construções em função do sexo. Do lado esquerdo, encontram-se as evocações das mulheres em relação ao primeiro estímulo indutor, “diabetes”. Para estas, a “doença” e o “ser doente” foram representadas de forma indissociável, a primeira objetivada por meio do elemento “pé”, com a pessoa doente sendo objetivada nos elementos “não come o que gosta” e “triste”, ancoradas nas esferas fisiológica, nutricional e psicoafetiva, respectivamente.

Como se observa, possivelmente, as participantes deste estudo demonstraram preocupação relativa à saúde e à estética dispensada aos membros inferiores. Infere-se que esse grupo representou o pé como sinal de alerta para o diabético, pois o mesmo pode facilitar as alterações circulatórias, infecções e úlceras. Esses resultados estão em conformidade com a literatura a qual preconiza que a negligência no cuidado com essa parte do corpo pode levar a uma complicação macrovascular, que ocasiona a destruição dos tecidos profundos dos pés, agregada a anormalidades neurológicas e amputações na instância mais grave da doença (Parisi, 2015). Em estudos desenvolvidos por Mantovani et al. (2013) e Coelho et al. (2009), foi constatado que essa doença pode impulsionar os sujeitos a terem atitudes de prevenção no sentido de preservação da vida, assim como sentimento de culpa referentes ao não cuidado com a saúde.

Em relação à segunda objetivação, “não come o que gosta”, observa-se que a questão nutricional é um dos fatores essenciais para o novo estilo de vida. Entretanto, a mudança na educação alimentar perpassa por algumas dificuldades, como é o caso dos hábitos adquiridos e cristalizados ao longo da vida, da falta do suporte familiar, na crença que a saciedade está vinculada à quantidade e não à qualidade dos alimentos, entre outras. Estas limitações decorrentes da doença e seu tratamento minimizam as opções de estilo de vida alimentar, além

de outros fatores que envolvem o tratamento como o controle da glicemia, o uso da insulina e uso rotineiro de várias medicações.

Esses resultados coadunam-se com a literatura quando esta afirma que os maus costumes alimentares tanto se configuram como fatores de risco para o diabetes, quanto principais vilões após a doença já instalada (Rodríguez et al., 2012; Simões, 2012).

No que tange a terceira objetivação, “triste”, provavelmente é devido ao recebimento do diagnóstico que deixa a pessoa fragilizada emocionalmente, por tratar-se de uma doença crônica que necessita de tratamento contínuo. Estudos desenvolvidos por Costa e Coutinho (2016) e Ferreira, Daher, Teixeira e Rocha (2013) também evidenciaram repercussões emocionais em diabéticos atreladas principalmente à tristeza, à depressão, ao choro, ao sofrimento, à desolação e à insegurança, as quais podem interferir diretamente no convívio com a doença. Sugere-se que, por vezes, os portadores desta síndrome necessitem de acompanhamento psicoterápico, que proporcionem uma melhor aceitação da doença e administração do itinerário terapêutico.

De modo geral, pode-se dizer que o campo representacional (não comer o que gosta, cuidados com os pés e sentir-se triste) construído pelas participantes do estudo foi semelhante ao conhecimento científico. Provavelmente essa construção deva-se a tridimensionalidade das RS, que se encontram atreladas à “informação” ou “dimensão conceitual” que um determinado grupo de pertença (diabéticas) possui a respeito da doença, seja por meio das conversações e/ou dos meios de comunicação que ocorrem no cotidiano. Remete também ao “campo de representação” ou “imagem” enquanto unificadora de tensões internas, inferindo-se ainda o posicionamento de “atitudes” frente ao cuidar da doença.

Quanto ao estímulo “tratamento”, não foram observadas evocações no plano fatorial, o que provavelmente se deve ao fato da pouca co-ocorrência do referido estímulo, conforme registro do subprograma ANECAR do Tri-deux-Mots. Em relação ao estímulo indutor “eu mesmo”, as participantes da pesquisa se autodescreveram como pessoas que “gostam de

ajudar”, “tristes e alegres”, constituindo um campo semântico ancorado nas categorias social e psicoafetiva. A primeira expressão demonstra que o fato de serem acometidas pelo diabetes não as impede de ajudar o outro; já os elementos tristes/alegres demonstram possivelmente uma oscilação emocional com que as pessoas diabéticas convivem.

Ainda no F1, do lado direito, situa-se o campo semântico elaborado pelos participantes do sexo masculino. Para estes, o “diabetes” foi objetivado em “problema no sangue”, “açúcar”, “perigo” e “problemas”, ancorados na esfera biomédica, nutricional e psicossocial.

Observa-se que esses participantes respaldaram seu conhecimento acerca do diabetes no saber científico, quando associam a mesma a problemas no sangue, alteração de taxa de glicose, tendo como principais sintomas as manifestações fisiológicas, devendo ser adotadas medidas de monitoramento de açúcar no sangue e injeções de insulina. Esses resultados estão em consonância com outros estudos, a exemplo de Simões (2012), LeClair, Marquis, Villalon e Strychar (2009) e Torres-López et al. (2005).

O segundo estímulo indutor, “tratamento”, foi objetivado nos elementos “vida”, “morte” e “regras”, ancorando-se na esfera biopsicossocial. Conforme se pode observar, as duas primeiras associações se referem a uma situação antagônica (vida/morte) e a terceira corresponde às normas necessárias ao cumprimento do tratamento (ingestão do medicamento, reeducação alimentar e as atividades físicas). Portanto, pode-se inferir que a aproximação e o distanciamento entre o viver e o morrer remete à atitude de querer e ao cumprir do tratamento em sua totalidade.

A adesão ao tratamento envolve cumprir as regras estabelecidas pela equipe médica, o que por vezes é visto como algo ambivalente, pois, como evidenciado no estudo de Péres et al. (2008), o uso da medicação é um recurso que promove o bem-estar e melhoria da qualidade de vida, mas nem sempre é possível cumpri-lo totalmente. A insulina, enquanto parte do tratamento, foi considerada eficaz devido ao seu rápido efeito e pela possibilidade de evitar

complicações, apesar da sua utilização estar relacionada a sentimentos disfóricos. Ainda segundo o pensamento destes autores, a representação negativa dos serviços de saúde interfere no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso. Em outro estudo desenvolvido por Ribas (2009) referente ao plano alimentar, os resultados apontaram que os alimentos foram identificados paradoxalmente como algo ligado ao desejo e repúdio, levando os diabéticos a um desgaste emocional e dificuldades no alcance do controle metabólico.

Referente à atividade física, esta é indicada como auxiliar no tratamento do diabetes, pois sua prática ocasiona perda de peso, melhoria do controle glicêmico, condicionamento físico e autoestima (Mendes, Dias, Gama, Castelo-Branco, & Themudo-Barata, 2013). Entretanto, no estudo de Barsaglini (2011), o exercício físico foi apontado como limitante devido a questões como recurso financeiro, tempo, limitações físicas, idade avançada, descrença nos efeitos dos exercícios, falta de companhia, substituição por atividades domésticas e desconforto.

Quanto ao terceiro estímulo, “eu mesmo”, os homens se autodefiniram por meio das objetivações “pessoas que gostam de agradar” e “normais, as quais se deparam ancoradas nas relações sociais. Estes apontamentos remetem à noção de que a pessoa com diabetes se considera como um ser normal, que gosta de auxiliar os outros; nesse caso, a doença não retira desses homens a perspectiva de se verem como normais, uma vez que podem desempenhar inúmeras atividades. Resultados semelhantes foram encontrados por Amorin et al. (2014), ao afirmarem que as mudanças e adaptações exigidas pela terapêutica do diabetes passam por um processo de normalização, quando estas tornam-se parte da rotina diária.

No segundo fator (F2), eixo vertical do plano fatorial, encontra-se o pensamento coletivo dos participantes em função do tempo de diagnóstico. Na parte superior do gráfico, situam-se as evocações dos participantes com diagnóstico de 1 a 10 anos. Essas pessoas não emitiram evocações suficientes para o estímulo indutor “diabetes” e, portanto, não foram

observadas evocações no plano fatorial, conforme registro do subprograma ANECAR do Tri-deux-Mots.

Em relação ao segundo estímulo indutor, “tratamento”, os participantes inseridos no grupo de 1 a 10 anos de diagnóstico objetivaram o mesmo como algo “bom”, que requer “cuidados” como a realização de “exames” em busca da “saúde”. Este campo representacional encontra-se ancorado nas categorias biopsicossocial e comportamental.

Esses participantes demonstraram que se preocupam com a manutenção da saúde ao perceberem o tratamento como algo positivo, sendo assim, tal aspecto os impulsiona a adotarem medidas de cuidados e prevenção de complicações decorrentes da doença. Rodrigues, et al. (2012) acrescentam que o desejo de aderir ou interromper o tratamento está relacionado com as atitudes positivas ou negativas frente ao diabetes.

Quanto ao terceiro estímulo indutor, “eu mesmo”, esses participantes se conceituaram como pessoas que “não podem ingerir alimentos doces”, evidenciando que as restrições alimentares são necessárias, uma vez que o açúcar altera a glicose. Tal enunciado se encontra ancorado na categoria nutricional: sabe-se que o excesso do açúcar gera uma quantidade desnecessária de energia ao organismo, fazendo com que o pâncreas produza insulina além do necessário, gerando aumento de peso, ocasionando também a obesidade. A dimensão do comer vai além da simples ingestão de alimentos e deve ser vislumbrada perpassando o prisma biológico. Nesse sentido, compreende um complexo sistema de valores e significados, englobando os seus aspectos biológicos, socioculturais, ambientais, psicológicos e econômicos (Barsaglini, 2011).

Outros estudos encontraram representações dos alimentos pautados em vários significados, tais como a perda do prazer de comer e beber, a perda da autonomia e da liberdade de escolha dos alimentos desejados, a comida não sustenta e não tem sabor, ou encontra-se

relacionada à quantidade (e não à qualidade) de alimentos consumidos (Ribas et al., 2011; Péres et al., 2008).

Ainda no eixo (F2), na parte inferior do gráfico, situam-se as elucidações dos participantes com mais de 21 anos de diagnóstico. Em relação ao primeiro estímulo indutor, “diabetes”, este foi objetivado nos elementos “não tem cura”, “controle” e “sofrimento”, sendo ancorado nas esferas biomédica e psicoafetiva, respectivamente. Estes participantes remetem ao diabetes enquanto doença crônica ao reportarem que a mesma não tem cura, exige controle na taxa de glicemia e causa sofrimento. Nesse sentido, o indivíduo deve adaptar-se ao seu novo estilo de vida, pois se faz necessário incorporação de práticas terapêuticas, alteração dos padrões alimentares, realização de controle glicêmico, ingestão de medicamentos, prática de atividades físicas, manutenção da pressão arterial, e acompanhamento da equipe multidisciplinar de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Oliveira e Vencio (2014), Tavares, Barreto, Lodetti, Guerreiro, Silva e Lessmann (2011) e Oliveira (2006).

O segundo estímulo indutor, “tratamento”, foi objetivado em “médico”, “contínuo”, “controle” e “obedece”, observando-se que este campo representacional está ancorado na esfera biomédica. É possível inferir que os participantes com mais tempo de diagnóstico fazem referência ao comportamento adotado frente ao tratamento, nesse caso, por tratar-se de uma doença crônica, relacionada à necessidade de um tratamento médico contínuo que exige controle e obediência.

Esses resultados se coadunam com os de Marcelino e Carvalho (2005), quando afirmam que existem casos em que se faz necessário ter consciência da importância do controle e obediência ao tratamento. Para estes autores, não basta ter consciência da enfermidade e suas consequências, uma vez que a doença física envolve também a esfera psicológica, pois esta abarca elementos que podem se encontrar inconscientes. Essa premissa remete à zona muda das

RS quando Abric (2003) afirma a existência de elementos mascarados ou escondidos nas dimensões representacionais que, embora compartilhadas pelos membros de um grupo (diabéticos), dificilmente são manifestadas.

Quanto ao terceiro e último estímulo indutor, “eu mesmo”, as evocações não foram suficientes para constar no plano fatorial, conforme o registro do subprograma PLANFA do Tri-deux-Mots. De modo geral, o campo semântico das representações sociais acerca do diabetes e tratamento ancorara-se em diferentes esferas que foram desde a biomédica, física, comportamental e social à psicoafetiva, evidenciando ser um fenômeno complexo e multifacetado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais elaboradas por pessoas diabéticas sobre o diabetes mellitus, por meio dos campos semânticos advindos das evocações aos estímulos indutores diabetes, tratamento e eu mesmo. Os achados desta pesquisa evidenciaram que a representação social do diabetes foi construída, a exemplo do conhecimento científico, como doença crônica relacionada a problemas de açúcar no sangue, representando perigo na vida de quem é acometido por esta. Quanto ao tratamento, observaram-se representações relativas à conscientização da importância no que tange a adesão deste, vinculado à ingestão de medicamentos e ao controle alimentar. No entanto, não foi mencionada a prática das atividades físicas, que também é fundamental ao tratamento.

Detectou-se que as participantes do sexo feminino representaram a doença associada à restrição alimentar, oscilação de humor e referência ao pé como membro do corpo de maior preocupação, enquanto os homens construíram representações atreladas à vertente da

concretude quando associam o diabetes a problemas no sangue, perigo de vida que pode levar à morte e obediência às regras do tratamento.

Os participantes independentes do sexo, porém com menor tempo de diagnóstico, elaboraram suas representações voltadas para os aspectos positivos do tratamento, identificando-o como algo bom, que requer cuidados e realização sistemática de exames para manutenção da saúde. Por outro lado, os participantes com maior tempo de diagnóstico respaldaram suas representações focando o lado negativo da doença e do tratamento, relatando a possibilidade de não ter cura, o fato da continuidade e do controle em obedecer às instruções médicas, ocasionando uma vida de sofrimento.

As análises das representações sociais dos participantes deste estudo foram de grande importância no sentido em que permitiram melhor compreensão acerca da doença e do tratamento. Face ao exposto, os resultados apontam para a importância de uma abordagem interdisciplinar com enfoque psicossociológico, que vislumbre principalmente maiores esclarecimentos acerca das causas e consequências dessa doença, assim como práticas de incentivos à realização de atividades físicas.

Cabe mencionar que a presente pesquisa aponta como limitação a impossibilidade de generalização dos resultados para outras amostras, uma vez esses achados fazem alusão a um grupo exclusivo de diabéticos, localizados em um contexto específico. Pode-se citar ainda, enquanto limitação, o uso exclusivo de um único instrumento para apreender as representações sociais. Todavia, tais limitações não invalidam os achados previamente descritos, que no geral evidenciaram que, além das implicações fisiológicas e sociais, o diabético necessita de maior atenção no âmbito psicológico, pois a oscilação do humor pode interferir no tratamento e no estilo de vida.

No que se refere à aplicabilidade deste estudo, espera-se que seus resultados possam assinalar caminhos para futuras investigações. Nessa direção, demandam-se estudos voltados

para o processo de resiliência, qualidade de vida e bem-estar subjetivo, visando focar como esse grupo de pertença supera as adversidades oriundas desse contexto. Além disso, é pertinente apontar a importância de mais estudos que considerem a apreensão da adesão ao tratamento, com o intuito de que mais estratégias possam ser adotadas frente ao controle e cuidado da doença.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (2003). L`analyse structurale des représentations sociales. Em S. Moscovici, & F. Bushinni (Eds.), *Les Méthodes des Sciences Humaines* (pp. 375-392). Paris: Presses Universitaires de France.
- American Diabetes Association [ADA]. (2016). *Diabetes mellitus*. Recuperado em <http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=superfooter>
- Amorim, M. M. A., Ramos, N., Brito, M. J. M., & Gazzinelli, M. F. (2014). Identity Representations of People with Diabetes. *Qualitative Health Research, 24*, 913-922. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732314539577>
- Barsaglini, R. A. (2011). *Representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barsaglini, R. A., & Canesqui, A. M. (2010). A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde e Sociedade, 19*(4), 919-932. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400018>
- Biasi, J. B. (2011). *Representação social dos portadores de diabetes acerca das orientações nutricionais prestadas pela equipe de saúde da família*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília (DF).

- Coelho, C. R., & Amaral, V. L. A. R. (2008). Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. *Revista de Psicologia da Universidade São Francisco*, 13(2), 243-251. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000200011>
- Coelho, M. S., Silva, D. M. G. V., & Padilha, M. I. S. (2009). Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(1), 65-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100008>
- Costa, F. G., & Coutinho, M. P. L. (2016). Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 175- 185. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.29792>
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representações sociais*. (2ª ed). João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Nóbrega, S. M., & Araújo, L. S. (2011). Software trideux- uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. Em M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 107 - 148). João Pessoa, Editora Universitária.
- Denisco, S. (2011), Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602–610. doi: <http://dx.10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x>
- Ferreira, D. S. P., Daher, D. V., Teixeira, & E. R., Rocha, I. J. (2013). Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*, 21(1), 41-46.
- Internacional Diabetes Federation [IDF] (2015). *Diabetes mellitus*. Recuperado em: <http://www.idf.org>

- Jesuino, J. C. (2013). Estruturas e processos grupais. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social*. (9ª ed., pp. 293- 332). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jodelet, D. (2011). Representações Sociais: Um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Eds.), *As Representações Sociais*. (pp. 17-44). Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Landim, C. A. P., Zanetti, M. L., Santos, M., A., Andrade, T. A. M., & Teixeira, C. R. S. (2011). Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3394–3403. doi: <http://dx.10.1111/j.1365-2702.2011.03883.x>
- Leal, D. T., Fialho, F. A., Dias, I. M. A., Nascimento, L., & Arruda, W. C. (2012). A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 14(1), 189- 196. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a22.htm>.
- LeClair, C., Marquis, M., Villalon, L., & Strychar, I. (2009). Healthy adolescents' social representations of diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(3), 170- 179. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1499-2671\(09\)33008-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1499-2671(09)33008-7)
- Mantovani, A. M., Fegonesi, C. E. P. T., Pelai, E. B., Savian, N. U., & Pagotto, P. (2013). Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cadernos em Saúde Pública*, 29(12), 2427-2435. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00006613>
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.
- Mendes, R., Dias, E., Gama, A., Castelo-Branco, M., & Themudo-Barata, J. L. (2013). Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2- estudo piloto em Portugal. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8(1), 9-15. doi: <http://dx.10.1016/j.rpedm.2012.05.001>

- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar editores.
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O teste de associação livre de palavras. Em M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. (pp. 95-147). João Pessoa, Editora Universitária.
- Oliveira, J. E. P., & Vencio, S. (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: AC Farmacêutica.
- Parisi, M. C. R. (2015). A síndrome do pé diabético, fisiologia e aspectos práticos. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci & A. P. Netto (Eds.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em <http://ebook.diabetes.org.br>
- Péres, D. S., Franco, L. J., Santos, M. A., & Zanetti, M. L. (2008). Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em Relação ao processo saúde-doença. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(3). Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_09.pdf
- Ribas, C. R. P. (2009). *Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 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., Santos, M. A., Zanetti, A. C. G., & Zanetti, M. L. (2013). Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. *PSICO*, 44(1), 139-149.
- Rodrigues, F. F. L., Santos, M. A., Teixeira, C. R. S., Gonela, J. T., & Zanetti, M. L. (2012). Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 284-90. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>
- Rodríguez, S. A., Meneses, L., Toboso, R. P. Q., & Moreno, I. H. (2012). Diabetes mellitus. *Medicine*, 11(17), 995-1002. doi: 10.1016/S0304-5412(12)70418-3
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Santos, M. A., Alves, R. C. P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45(3), 651-658. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>
- Silva, I. K. (2012). *Perdas de rendimento dos portadores de diabetes Mellitus: uma análise contra-factual, Brasil, 2008*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Simões, W. A. (2012). *Concepções e práticas de mulheres portadoras de diabetes mellitus no contexto da atenção primária à saúde*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. (3ª ed.). Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica.

- Stuhler, G. D. (2012). *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina.
- Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. R., Guerreiro, D. M., Silva, V., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto de Enfermagem*, 20(4), p. 751-757. Recuperado em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421162014>
- Torres-López, T. M., & Sandoval-Díaz, M. (2005). “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 101-110. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/12.pdf>

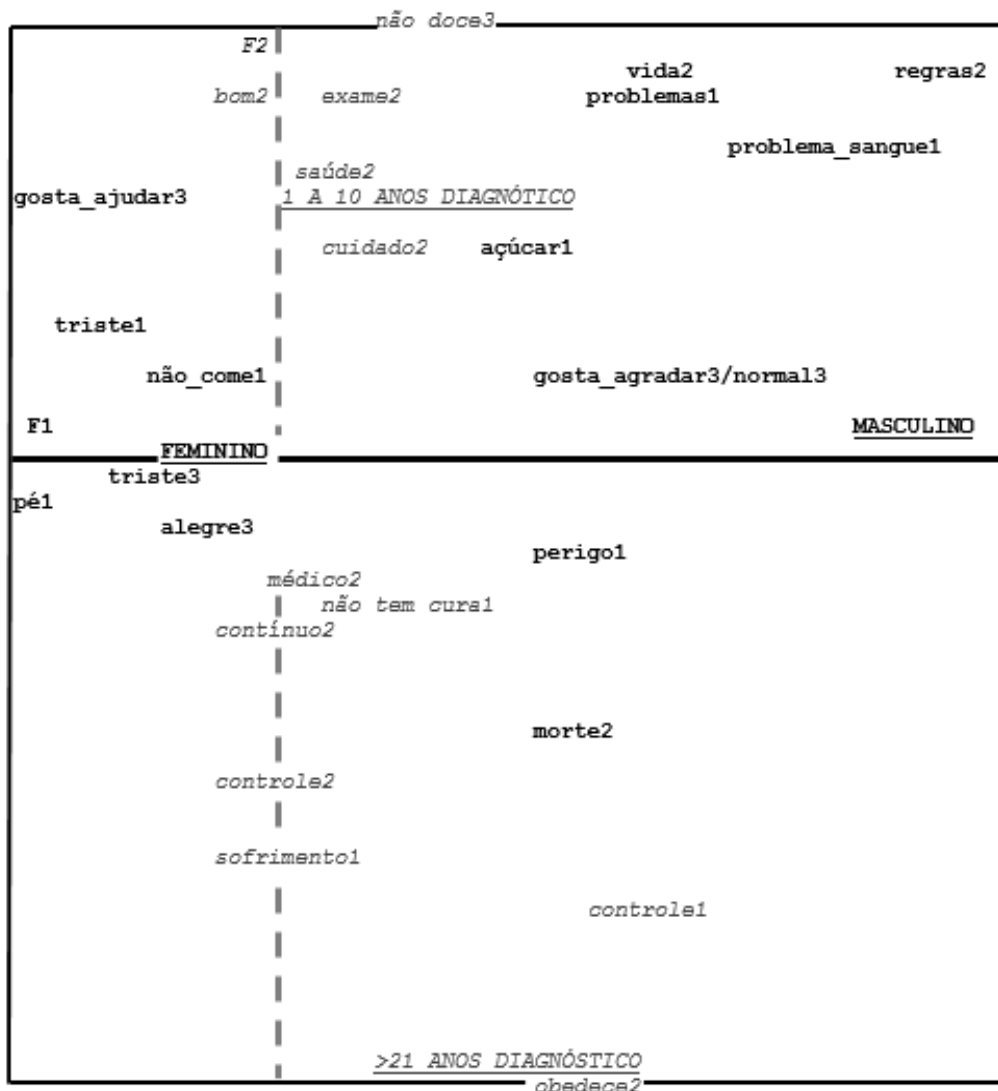


Figura 1. Plano fatorial de correspondência das RS acerca do diabetes.

Legenda:

Fator 1(F1), em negrito, localiza-se no eixo horizontal à direita e à esquerda.

Fator 2(F2), em itálico, localiza-se no eixo vertical superior e inferior.

Variáveis fixas: Sexo e tempo de diagnóstico.

Estímulos indutores: 1= diabetes; 2= tratamento e 3= eu mesmo.

CAPÍTULO IX –

Artigo- 4

Bem-Estar Subjetivo e Resiliência em Pessoas com Diabetes Mellitus⁴

Subjective Well-being and Resilience in People with Diabetes Mellitus

Bienestar Subjetivo y Resiliencia en personas con diabetes mellitus

Bem-estar Subjetivo, Resiliência e Diabetes

⁴ Artigo a ser enviado para a Revista Paideia

Resumo: O Bem-Estar Subjetivo (BES) e a resiliência no contexto do diabetes mellitus estão atrelados aos aspectos positivos da vida relacionados com a prevenção e promoção de saúde. Nesse sentido, objetivou-se analisar esses construtos em pessoas com diabetes mellitus. Foram aplicadas as escalas de BES e de resiliência a 104 diabéticos com idade média de 56,16 anos (DP= 13,01). Os resultados evidenciaram que 65,4% dos participantes apresentaram altos níveis de BES, com maior média para os afetos positivos 3,65 (DP = 0,65); quanto à resiliência, observou-se que a maioria dos participantes possui alta capacidade de resiliência (87,5%). Constatou-se que a dimensão afeto positivo da escala BES correlacionou-se com as dimensões ações e valores ($r= 0,58$) e autoconfiança ($r= 0,23$) da escala da resiliência. O aumento da vivência de emoções positivas entre os diabéticos propicia maior aceitação de si no tocante à doença e sua terapêutica.

Palavras chave: diabetes mellitus, doença crônica, resiliência psicológica, bem-estar subjetivo, psicologia

Abstract: The Subjective well-being (SWB) and resilience in the context of diabetes mellitus are linked to positive aspects of life related to prevention and health promotion. In this sense, we aimed to analyze these constructs in people with diabetes mellitus. The SWB and resilience scales were applied to 104 diabetics, with mean ages 56.16 years old (SD = 13.01). The results showed that 65.4% of the participants presented high levels of SWB, with a higher mean for positive affects 3.65 (SD = 0.65), and for resilience, it was observed that the majority of participants had a high capacity of resilience (87.5%). It was found that the positive affect dimension of the SWB scale correlated with the actions and values dimensions ($r = 0.58$) and self-confidence ($r = 0.23$) of the resilience scale. The increase in the experience of positive emotions among diabetics leads to greater acceptance of self regarding the disease and its therapeutics.

Keywords: diabetes mellitus, chronic disease, resilience psychological, subjective well-being, psychology

Resumen: El bienestar subjetivo (BES) y la resiliencia en el contexto de la diabetes están vinculados a los aspectos positivos de la vida relacionados con la prevención y promoción de la salud. En este sentido, se trató de analizar estas construcciones en las personas con diabetes mellitus. Se aplicaron las escalas de BES y la resiliencia a 104 pacientes diabéticos con edad media de 56,16 años (SD = 13,01). Los resultados mostraron que el 65,4% de los participantes tenían altos niveles de BES, con el promedio más alto para el positivo afecta a 3,65 (SD = 0,65), se observó que la mayoría de los participantes tienen alta capacidad de resiliencia (87,5%). Se encontró que la dimensión afectiva positiva de la escala BES correlacionada con las dimensiones y los valores de acción ($r = 0,58$) y confianza ($r = 0,23$) de la escala de la resiliencia. El aumento de las experiencias de las emociones positivas entre los diabéticos proporciona una mayor aceptación de sí mismo en relación con la enfermedad y su tratamiento. Palabras claves: diabetes mellitus, enfermedad crónica, resiliencia psicológica, bienestar subjetivo, psicología

O presente artigo aborda o Bem-Estar Subjetivo (BES) e a resiliência no contexto do diabetes mellitus, enquanto aspectos positivos da vida relacionados com a prevenção e promoção de saúde, uma vez que estudos nesse direcionamento podem proporcionar maior visibilidade em conhecer como as pessoas com diabetes superam viver com as limitações decorrentes da doença (Oliveira, Nunes, Legal, & Noronha, 2016; Seligman, 2009).

O diabetes mellitus é considerado como uma doença crônica, em que as pessoas necessitam de adequações em seu estilo de vida, incorporando práticas terapêuticas, como a reeducação alimentar, ingestão de medicamentos e prática de atividades físicas, com vistas a reduzir a incidência das complicações para evitar que evoluam para formas mais graves (Fontbonne, Cesse, & Freese, 2015).

Nesse direcionamento, questiona-se sobre os níveis do BES e da resiliência que as pessoas com diabetes apresentam. O BES é compreendido como um construto multidimensional que consiste na avaliação subjetiva da vida. Também conhecida por felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. Alguns autores o consideram enquanto sinônimo da avaliação subjetiva da qualidade de vida. Ele é mensurado a partir de dois componentes fundamentais: o cognitivo e o afetivo (Lima & Morais, 2016; Snyder & Lopez, 2009).

O componente cognitivo agrega os aspectos racionais e intelectuais, como julgamentos que o indivíduo faz sobre sua própria vida. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a dimensão satisfação com a vida é entendida como um julgamento cognitivo, ou seja, um processo de juízo e de autoavaliação, que utiliza como parâmetros a comparação entre as circunstâncias de sua vida e o padrão definido por ela (Yilmaz & Arslan, 2013).

O componente afetivo diz respeito aos sentimentos agradáveis e desagradáveis resultantes de vivências imediatas, denominados de afetos positivos e negativos, respectivamente (Siqueira & Padovam, 2008; Diener, 1984). Nos afetos positivos, encontram-

se as emoções prazerosas como o contentamento, interesse e entusiasmo, enquanto os afetos negativos se referem aos sentimentos ou emoções desagradáveis tais como: tristeza, ansiedade e medo (Snyder & Lopez, 2009).

Para que o equilíbrio entre as emoções positivas e negativas represente uma dimensão do BES é necessário que as vivências positivas sejam mais prevalentes do que as negativas. O BES é representado por elevados níveis de satisfação com a vida e alta frequência de experiências positivas (Diener & Lucas, 2000). Desse modo, o BES representa uma avaliação pessoal sobre quão feliz o indivíduo se sente, independentemente do contexto e condições socioeconômicas, saúde, sucesso e outras variáveis que poderiam permitir uma avaliação objetiva de qualidade de vida (Oliveira et al., 2016; Nunes, Hutz, & Giacomoni, 2009).

Quanto ao construto da resiliência, este é definido como um processo dinâmico enquanto capacidade da pessoa de resistir às adversidades, considerando os fatores intrínsecos e extrínsecos a ela. Trata-se da resistência aos efeitos adversos provenientes de situações estressoras que proporcionam ao indivíduo um desenvolvimento satisfatório face às vivências de adversidades significativas (Assis, Pesce, & Avanci, 2006).

O termo resiliência está relacionado aos processos psicossociais que influenciam no desenvolvimento saudável dos indivíduos, mesmo quando estes se encontram frente a situações problemáticas. No contexto do diabetes, a resiliência seria a capacidade da pessoa em lidar com a patologia, aceitando suas limitações, colaborando com a aderência ao tratamento e readaptando-se a novos estilos de vida. O estudo da resiliência possibilita compreender quais características individuais e ambientais podem ser modificadas ou estimuladas para que as pessoas apresentem estratégias eficazes de enfrentamento da doença (Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Silva et al., 2006).

Apesar da resiliência ainda ser pouco estudada na população com diabetes, tem-se verificado o esforço de alguns pesquisadores em desenvolver ensaios voltados para os fatores

que promovam a adaptação bem-sucedida, por exemplo, uma boa qualidade de vida, melhor controle metabólico, autoestima, autoeficácia, autodomínio, otimismo e esperança, abrindo sólidas perspectivas de prevenção, tanto da doença quanto de suas complicações (Jaser & White, 2011; Yi-Frazier, Smith, Vitaliano, Yi, Hillman, & Weinger, 2010; Mednick et al., 2007).

O escopo de diferentes conceitos para a resiliência vai desde conceituações reducionistas com o foco exclusivamente na recuperação do trauma, até definições mais amplas que veem a resiliência como uma capacidade de proteção em curso que permite não só a recuperação reativa, mas também a aprendizagem pró-ativa como forma de crescimento decorrente dos desafios enfrentados (Robertson & Cooper, 2013).

A resiliência é determinada por fatores de proteção e de risco. As pessoas podem ter trajetórias semelhantes diferenciando-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não. Os fatores de proteção, também denominados de *buffers*, são as influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas, conhecidos como a autoestima, o apoio social, a aproximação interpessoal, a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo, a crença ou a religião etc (Rutter, 1985; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Os fatores de risco são situações de adversidade que ameaçam o desenvolvimento da resiliência, mas, ao mesmo tempo, são campos propícios ao desenvolvimento desta (Ribeiro, 2011). Dessa maneira, os fatores de risco podem ser coadjuvantes ou incrementadores na probabilidade de os indivíduos sofrerem perturbações associadas aos eventos negativos de vida, os quais potencializam resultados disfuncionais de ordem física, social e/ou emocional (Pesce et al., 2004).

Entre os fatores de risco estariam os eventos estressantes da vida, por exemplo, as perdas afetivas, experiências de doenças no próprio indivíduo ou na família, o desemprego, as guerras, as calamidades, a violência, entre outros (Rutter, 1985). Além disso, Pesce et al. (2004) consideram risco todo evento que se configure como empecilho ao nível individual ou ambiental e que potencialize a vulnerabilidade do indivíduo a resultados negativos.

A literatura ratifica que as pessoas com diabetes possuem baixos níveis de BES, principalmente aquelas com diabetes tipo 2 e com tratamento de insulina comparadas a pessoas sem relatos de doenças (Holmes-Truscott, Browne, Pouwer, Speight, & Cummins, 2015; Lyrakos et al., 2014; Naess, Eriksen, Midthjell, & Tambs, 2004). Outros fatores que também interferem na diminuição do nível do BES são: o medo de episódios de hiper e hipoglicemia, o receio de complicações principalmente as cardíacas e a não adesão ao tratamento, além do diagnóstico, o qual desestabiliza emocionalmente essas pessoas (Costa & Coutinho, 2016; Naess et al., 2004).

No que tange à resiliência, as pesquisas evidenciam que os diabéticos têm apresentado escores elevados. Possivelmente, este fato esteja relacionado à ocorrência de eventos negativos; nesse caso, a doença propicia uma reestruturação da vida dessas pessoas impulsionando-as a seguirem em frente (Tavares et al., 2011). No estudo desenvolvido por Denisco (2011) em uma amostra de 71 mulheres, com o objetivo de verificar a relação entre os escores de resiliência e a hemoglobina glicolisada (HbA1c), ela observou que mais da metade dos participantes (66,4%) foram classificados com alta resiliência, assim como constatou correlação positiva entre a resiliência e a HbA1c. Em outro estudo realizado por Böell, Silva e Hegadoren (2016) com o objeto de mensurar a resiliência em um grupo de 603 diabéticos, também alcançaram altos escores de resiliência com uma pontuação média de 79,8 (DP = 12,9), resultados estes semelhantes aos encontrados em pessoas sem doenças crônicas.

Pesquisas realizadas com outras populações apontam que quanto maior o nível de resiliência melhor o BES (Zhao, Guo, Suhonen, & Leino-Kilpi, 2016; Resende et al., 2011). Não obstante, no contexto do diabetes fazem-se necessários maiores ensaios, uma vez que nesse contexto essa relação permanece pouco explorada.

Face a essas premissas, este artigo tem como objetivo geral analisar o bem-estar subjetivo e a resiliência no contexto do diabetes mellitus. Especificamente, mensurar os níveis de bem-estar subjetivo e de resiliência em pessoas com diabetes mellitus e correlacionar a resiliência com os fatores que compõem o bem-estar subjetivo (afetos positivos, negativos e satisfação com a vida).

Método

Participantes

Este estudo se apresenta com uma amostragem do tipo não probabilística, por conveniência e por *snowball* ou “bola de neve”. Participaram do estudo 104 pessoas, com idades entre 19 e 79 anos ($M= 56,16$; $DP= 13,01$), residentes do município de João Pessoa, PB. Adotou-se como critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 18 anos e (ii) ter diagnóstico de DM.

Instrumentos

Para a obtenção dos dados foram utilizados três instrumentos. O primeiro tratou de um questionário biossociodemográfico para caracterizar o perfil dos participantes. O segundo instrumento foi a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), desenvolvida por Albuquerque e Tróccoli (2004); é composto por duas subescalas de resposta tipo Likert de cinco pontos. A primeira é composta por 47 itens, divididos em dois fatores: fator I (afetos positivos) totalizando 21 itens responde por 24,3% da variância e alpha de Cronbach de 0,95. O fator II (afetos negativos) contabiliza 26 itens, responde por 24,9% da variância e seu alfa é de 0,95. Por fim,

o fator III (satisfação com a vida *versus* insatisfação com a vida) é composto por 15 itens corresponde por 21,9% da variância e seu alfa é de 0,90. Os três fatores juntos explicam 44,1% da variância total do construto, uma vez que sendo os fatores correlacionados, a soma total de variância explicada não corresponde à soma das variâncias explicadas por cada fator (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Nesse instrumento, foram observadas correlações razoavelmente elevadas entre os fatores I e II ($r = 0,36$); I e III ($r = 0,53$); II e III ($r = 0,47$), o que sugeriu a presença de um fator geral. A análise fatorial mostrou que o fator geral, posteriormente denominado BES, é composto pelos 62 itens que explica 32,9% da variância apresenta um índice de fidedignidade (α) é de 0,86 (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

A escala de Resiliência foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e adaptada para a população brasileira por Pesce et al. (2005). Possui alpha de Cronbach (α) de 0,80 e coeficiente de correlação de 0,74. Trata-se de uma escala em que as respostas são do tipo Likert compreendida entre 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), em que seu somatório total varia de 25 a 175 pontos. Essa escala é distribuída em três fatores: o primeiro e principal deles explica 20,6% da variância total e contém itens que se referem a ações e valores. O segundo fator abrange 6,7% da variância total e agrega itens que acenam para a ideia de independência e determinação e o terceiro deles explana 5,5% do total da variância dos fatores, estando os itens que falam em autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (Pesce et al., 2005).

Procedimento

Coleta de dados. Após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os participantes foram convidados a participarem da pesquisa tanto nas clínicas enquanto aguardavam a consulta médica, quanto em local conveniente para os mesmos. Após a aceitação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem

como foram informados do caráter voluntário e do sigilo referente à sua identificação; em seguida, responderam os instrumentos na seguinte ordem: questionário, escalas de resiliência e BES. O tempo total de aplicação dos instrumentos foi, em média, de 40 minutos.

Análise dos dados. Os dados provenientes dos instrumentos foram analisados por meio do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS - 23.0) onde foram realizadas estatísticas descritivas e inferencial. A primeira foi empregada para descrever a média, desvio padrão e frequências do perfil da amostra e mensurar a resiliência e o BES, a segunda foi utilizada para correlacionar os dois construtos. Após ter sido constatada a normalidade da distribuição utilizou-se a correlação r de Pearson.

Ressalta-se que as pontuações das escalas foram contabilizadas segundo seus próprios critérios; nesse caso, para a de resiliência foram consideradas as indicações propostas por Denisco (2011). Os escores entre 147 e 175 indicam altos níveis de resiliência; 121 a 146 indicam níveis moderados e as contagens menores que 121 indicam baixos níveis de resiliência.

Para identificar as pessoas em resilientes e não resilientes utilizou-se o critério de desvio-padrão da média. Inicialmente, verificou-se a pontuação total dos itens da escala, em seguida esse valor foi dividido pela pontuação máxima da escala (175) e multiplicada por 100. Posteriormente, a média das respostas (78,96) foi subtraída do desvio-padrão (7,96). O valor do ponto de corte foi de 71,0; resultado maior que esse era indicador de pessoas resilientes e menores não resilientes.

Para a escala de BES, o escore total de cada subescala foi obtido a partir da soma das respostas dos três fatores (afetos positivos, negativos e satisfação com a vida), dividido pelo número total de itens correspondente a estes fatores. Para se obter o BES elevado faz-se necessário obter escores maiores que 3 nas subescalas de afetos positivos e satisfação com a vida e escores menores que 3 na de afetos negativos (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, & Fernandes, 2012; Diener, 1984).

Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS, sob o protocolo de nº 914.880, ano de 2014 e CAAE nº 33087214.6.0000.5188. Durante a sua realização, foram respeitadas todas as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, criada pela Resolução nº 466/2012 e com constituição designada pela Resolução nº 246/97.

Resultados

Os resultados dos dados biossociodemográficos dos participantes estão apresentados na Tabela 1. Observou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino representando 82,7%, sendo 56,7% casado e 39,4% com escolaridade até o ensino fundamental. Quanto à religião, percebeu-se que 57,7% dos diabéticos afirmaram que eram católicos. Em relação à ocupação, 41,3% estavam inseridos no mercado de trabalho assumindo diversas profissões (e.g. professores, domésticas, comerciantes e técnicos de enfermagem) sendo que 64,4% possuíam renda de até um salário mínimo. No que tange às variáveis biológicas, notou-se que o tempo de diagnóstico variou de 1 a 36 anos ($M= 10,8$; $DP= 9,11$) 58,7% tinham entre 1 e 10 anos de diagnóstico da doença e a maioria (95,2%) era diabéticos do tipo 2. Percebeu-se ainda que 62,5% dos diabéticos afirmaram não utilizar a insulina e 64,4% relataram ter alguma complicação decorrente da doença, a exemplo de problemas de visão, cardíaco, circulação e pressão alta.

Inserir Tabela 1.

Em relação aos resultados encontrados por meio da escala de bem-estar subjetivo, a pontuação foi considerada no intervalo de 1 a 5. No escore geral, a média obtida foi de 3,56

(DP = 0,57). Em relação às dimensões, os resultados apontaram que o maior escore médio obtido foi o do afeto positivo, 3,65 (DP = 0,65), seguido pelo de satisfação com a vida, média de 3,35 (DP = 0,31) e pelo de afeto negativo ($M= 2,49$; DP = 0,64). Ao quantificar o BES, identificou-se que pouco mais da metade dos participantes (65,4%) apresentou alto nível de BES. A confiabilidade calculada foi verificada pelo alfa de Cronbach ($\alpha = 0,85$), considerada satisfatória.

De acordo com uma análise mais detalhada dos indicadores das dimensões do BES, pode-se constatar que para a dimensão cognitiva, no que tange aos afetos positivos se destacaram os sentimentos “decidido” com um valor médio de 4,06 (DP=0,91). Os itens “determinado” e “ativo” foram pontuados igualmente com médias de 4,04 e desvio padrão de 1,02. Quanto aos afetos negativos, observou-se que os sentimentos de “ansiedade” ($M= 3,58$; DP= 1,14) e “preocupação” ($M= 3,40$; DP= 1,18) foram os de maior destaque. Relativamente à qualidade menos corroborada pelos participantes do estudo foi o item “agressivo” com um valor médio de 1,73 e desvio padrão de 0,89. Quanto à dimensão subjetiva da escala, observou-se que a colocação mais evidenciada foi “gosto da minha vida” com média de 4,47 (DP= 0,87).

No que tange à escala de Resiliência, constatou-se uma pontuação mínima de 104 e máxima de 167 pontos, com média de 138,19 (DP= 13,94). Observou-se que a pontuação da resiliência contabilizada segundo o modelo proposto por Denisco (2011) foi distribuída em três níveis: 28,8% com alta capacidade de resiliência, 63,5% moderada e 7,7% pouca resiliência. E, utilizando o critério de desvio-padrão da média, 87,5% dos participantes foram considerados resilientes. Para esse estudo, a confiabilidade foi determinada por meio do cálculo do alfa de Cronbach ($\alpha = 0,68$).

Analisou-se, também, a resiliência no que tange às dimensões que compõem esse construto, distribuídas conforme a escala utilizada. Nesse sentido, observou-se que o fator “ações e valores” obteve maior escore médio (81,9) (DP= 8,5), comparado aos demais,

“autoconfiança e capacidade de adaptação a situações” ($M= 28,95$; $DP= 4,6$) e “independência e determinação” ($M= 27,3$; $DP= 4,7$).

Ao correlacionar o bem-estar subjetivo com a resiliência utilizando a correlação r de Pearson, observou-se correlação positiva entre os construtos ($r= 0,47$; $p < 0,01$), considerada moderada. Para complementar essa análise, buscou-se ainda correlacionar os fatores separadamente como pode ser visualizado na Tabela 2.

Inserir Tabela 2.

De acordo com a Tabela 2 observou-se que a dimensão afeto positivo da escala BES, correlacionou-se significativamente e de forma positiva ($p < 0,05$) com as dimensões ações e valores ($r= 0,58$) e autoconfiança ($r= 0,23$) da escala da resiliência. Não foi observada correlação com o fator independência, provavelmente devido ao indivíduo com diabetes necessitar dos suportes familiar, social e religioso.

Discussão

O perfil resultante dos participantes evidenciou que a idade média foi de 56,16 anos, a maioria era do sexo feminino, casadas, com baixa escolaridade, acometidas do diabetes tipo 2, com diagnóstico variando entre 1 e 10 anos. Esses dados não retratam a população característica dos diabéticos da cidade de João Pessoa lócus desta pesquisa, no que se refere ao sexo (Brasil, 2015). Não obstante, quando se considera o perfil dos diabéticos do contexto nacional esses dados são condizentes (Brasil, 2015; Tavares et al., 2011).

Quanto ao BES, verificou-se que 65,4% dos participantes apresentaram alto nível. Esse resultado demonstra que apesar do diabetes essas pessoas provavelmente vivenciam com maior frequência e intensidade sentimentos agradáveis e emoções prazerosas, a exemplo de se

perceberem como pessoas decididas, determinadas e ativas, e, no geral, estão satisfeitas com suas vidas, o que demonstra que a pessoa pode ter alto BES independentemente de sua condição de saúde. Esses achados corroboram com a literatura quando esta afirma que as pessoas com elevados níveis de satisfação com a vida e alta frequência de experiências positivas tendem a apresentar altos níveis de BES (Diener & Lucas, 2000). Segundo estes autores as pessoas que exibem emoções positivas, constantemente, é porque já vivenciaram intensas experiências emocionais negativas no passado, a exemplo de doenças, acidentes entre outros. Em estudo desenvolvido por Costa e Coutinho (2016) também foi evidenciado que o ato do recebimento do diagnóstico do diabetes provoca sofrimento, choro, tristeza, pensamentos de morte e depressão.

No que tange à resiliência, observou-se que mais da metade dos participantes possui entre moderada e alta capacidade para enfrentar as adversidades frente às limitações decorrentes do diabetes e sua terapêutica. Nesse sentido, pode-se dizer que elas demonstraram boas habilidades psicológicas, flexibilidade em aceitar o apoio familiar e social no auxílio para encarar as situações estressantes com vistas a uma adaptação bem-sucedida. Esses achados corroboram com a literatura a qual aponta que as pessoas com diabetes apresentam alta prevalência para a capacidade de resiliência (Böell et al., 2016; Tavares et al., 2011; Denisco, 2011).

Conforme Carvalho, Teodoro e Borges (2014) a capacidade resiliente é também processual e conquistada nas experiências da vida, considerada uma habilidade dinâmica, a qual é modificada dependendo do momento e das circunstâncias, e que impulsiona as pessoas para lidar com a adversidade.

Ao analisar as dimensões da escala de resiliência, verificou-se que a dimensão “ações e valores” obteve maior destaque. O que significa que a resiliência das pessoas com diabetes encontra-se mais respaldada na ideia da competência pessoal e de aceitação de si mesmo e da

vida. Conforme Pesce et al. (2005) esse fator se refere a dar sentido à vida, como é o caso de ter amigadas, da realização pessoal, estar satisfeito com a vida e dar um significado para a mesma. De modo amplo, pode-se dizer que para esse grupo de diabéticos essas características configuram-se como fatores promotores da resiliência.

Nesse direcionamento, nota-se que a resiliência no contexto do diabetes pode ser aumentada dando ênfase ao suporte social e às relações interpessoais (Böell, 2013; Tavares et al., 2011). Em consonância com essas evidências Assis et al. (2006) acrescentam que a promoção da resiliência também pode ser dada considerando os fatores intrínsecos e extrínsecos, a exemplo das características pessoais como otimismo, boa autoestima, altruísmo, habilidade para resolver problemas, condições familiares, vinculação com adultos significativos e rede de apoio social. Autores como Cassarino-Perez e Dell'Aglio (2015) assinalam que a utilização de estratégias de *coping* ajuda na distração nos momentos em que a doença provoca emoções negativas, como imaginar e planejar o futuro, entusiasmo, autocontrole, inteligência emocional, perseverança e autoconfiança, configuram-se como indicadores de resiliência.

Ao relacionar o BES com a resiliência, verificou-se que o afeto positivo se correlacionou com as dimensões ações e valores, e autoconfiança da escala da resiliência. Pode-se dizer que esses achados indicam que o nível de emoções positivas vivenciadas pelas pessoas com diabetes influencia no desenvolvimento de competências pessoais voltadas para a autoaceitação, estabelecimento de relações interpessoais e autoconfiança. Esses resultados se coadunam com os estudos de Cassarino-Perez e Dell'Aglio (2015) cujos resultados averiguaram que fatores de proteção como suporte social, vinculação afetiva e características pessoais de autoestima, otimismo e altruísmo, colaboram para o aparecimento de processos de resiliência.

A aceitação da nova condição de vida por parte dos diabéticos é de suma importância para a colaboração com o tratamento proposto. A maior ou menor capacidade do paciente em controlar o sintoma da doença, bem como a obtenção de resultados a curto e longo prazo tem

impacto positivo no bem-estar subjetivo das pessoas (Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007). Figueiras (2013) observou que sessões psicoeducativas desenvolvidas com pacientes diabéticos podem contribuir para que estes adquiram competências favoráveis para o aumento dos afetos positivos e da satisfação com a vida, configurando melhor aceitação das condições de limitação decorrentes da doença. O bem-estar subjetivo está relacionado com melhoras nos resultados em saúde e na diminuição de comorbidades, embora o seu efeito ainda esteja em discussão (Howell et al., 2007). Conforme Vinaccia e Quiceno (2011) a resiliência é um dos fatores para explicar o paradoxo do bem-estar, que ocorre quando as pessoas doentes e com limitações no funcionamento cotidiano informam, mesmo assim, um bom nível de bem-estar.

Em síntese, o estudo mostrou evidências estatísticas da existência de correlação entre o bem-estar subjetivo e a resiliência. Verificou-se que a ênfase nas emoções positivas está relacionada à resiliência. Além de terem se autodefinido como pessoas decididas, determinadas e ativas, independente de serem diabéticas.

O estudo possui algumas limitações, como é o caso das escalas utilizadas, uma vez que na literatura não existem instrumentos específicos para avaliar o BES e a resiliência em diabéticos, embora as escalas utilizadas já tenham sido empregadas em outros grupos de pessoas com DM. Como desdobramentos futuros, sugere-se estudos prospectivos que avaliem a resiliência e o BES e os correlacionem ao diabetes; com isso poderia contribuir para verificar mecanismos de resiliência e BES ao longo do tempo associados aos fatores protetivos das comorbidades emocionais.

Referências

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. [Development of a subjective well-being scale]. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 153-164. doi: 10.1590/S0102-37722004000200008
- Assis, S. G. D., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. In *Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes*. Artmed.
- Bianchini, D. C. S & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. [Resilience process in the hospitalization context: a case study]. *Paidéia*, 16(35),427-36. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13>
- Böell J. E. W, Silva, D. M. G. V., & Hegadoren, K. M. (2016). Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-9. doi:10.1590/1518-8345.1205.2786.
- Brasil. (2015). *VIGITEL Brasil 2014- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Carvalho, V. D., Teodoro, M. L. M., & Borges, L. O. (2014). Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. [Resilience Scale for Adults: application among public servants]. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 287-295. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200016&lng=pt&tlng=pt
- Cassarino-Perez, L., & Dell'Aglio, D. D. (2015). Processos de resiliência em adolescentes com diabetes Mellitus tipo I. [resilience in adolescents with type 1 diabetes]. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 45-56. doi: 10.4025/psicoestud.v20i1.24035

- Costa, F. G., & Coutinho, M. P. L. (2016). Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. [Social representations in the context of diabetes mellitus] *Psicologia em Estudo*, 21(1), 175-185. doi:10.4025/psicoestud.v21i1.29792
- Denisco, S. (2011), Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602–610. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 41-78. doi: 10.1023/A:1010076127199
- Fernandes, M. G., Vasconcelos-Raposo, J., & Fernandes, H. M. (2012). Relação entre orientações motivacionais, ansiedade e autoconfiança, e bem-estar subjetivo em atletas brasileiros. [Relationship between achievement goals, anxiety and self-confidence, and subjective well-being in Brazilian athletes]. *Motricidade*, 8(3), 4-18. doi: 10.6063/motricidade.8(3).1152
- Figueiras, A. R. (2013). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida em adultos com nefropatia diabética: impacto de uma intervenção psicológica*. (Master's thesis). Available from <http://hdl.handle.net/10400.1/3620>
- Fontbonne, A., Cesse, E., & Freese, E. (2015). Epidemiologia e classificação do diabetes mellitus. In *Endocrinologia e diabetes* (Orgs.) Francisco bandeira et al. 3 ed. Rio de Janeiro: Medbook (p. 759- 767).
- Holmes-Truscott, E., Browne, J. L., Pouwer, F., Speight, J., & Cummins, R. A. (2015). Subjective Wellbeing Among Adults with Diabetes: Results from Diabetes MILES—

- Australia. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 1205-1217. doi:10.1007/s10902-015-9638-4
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: meta-analytic determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136. doi: 10.1080/17437190701492486
- Jaser, S. S., & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*, 37(3), 335-342. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x
- Lima, R. F. F., & Morais, N. A. D. (2016). Caracterização qualitativa do bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. [Qualitative characterization of the subjective well-being of street children and adolescents]. *Temas em Psicologia*, 24(1), 01-15. doi: 10.9788/TP2016.1-01
- Lyrakos, G., et al. (2014). Regression model for subjective well being in patients with diabetes mellitus. *The Journal of the European Psychiatric Association*. 29(1), 1-9. doi:10.1016/S0924-9338(14)78749-8
- Mednick, L., Cogen, F., Henderson, C., Rohrbeck, C. A., Kitessa, D., & Streisand, R. (2007). Hope more, worry less: Hope as a potential resilience factor in mothers of very young children with type 1 diabetes. *Children's Healthcare*, 36(4), 385-396. doi: 10.1080/02739610701601403
- Naess, S., Eriksen, J., Midthjell, K., & Tambs, K. (2004). Subjective well-being before and after the onset of diabetes mellitus: results of the Nord-Trøndelag Health Study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 19(2), 88–95. doi:10.1016/j.jdiacomp.2004.05.003
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação psicológica*, 8(1), 99-108.

- Oliveira, C. D., Nunes, M. F. O., Legal, E. J., & Noronha, A. P. P. (2016). Bem-Estar Subjetivo: estudo de correlação com as Forças de Caráter. [Subjective Well-Being: Linear Relationships to Character Strengths]. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 177-185. doi:10.15689/ap.2016.1502.06
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. [Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale]. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887- 896. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200010.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. D. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. [Risk and protection: in search of a balance that promotes resilience]. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 135-143. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2>
- Resende, M. C. D., et al. (2011). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. [To age acting: subjective well-being, social support and resilience in a theater group's participants] *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608.
- Robertson, I., & Cooper, C. L. (2013). Resilience. *Stress and health*, 29(3), 175-176. doi: 10.1002/smi.2512
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
- Seligman, M. (2009). *Felicidade autêntica: usando a Psicologia Positiva para a realização permanente*. [Authentic happiness: using Positive Psychology for permanent fulfillment]. Rio de Janeiro: Objetiva.

- Silva, D. G. V., Souza, S. S., Francioni, F. F., Matosinho, M. M. S., Coelho, M. S., Sandoval, R. C. B., et al. (2006). Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. [People with Diabetes Mellitus: their care and treatment choices]. *Revista Brasileira Enfermagem*, 59(3), 297-302. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/reben/v59n3/a09v59n3.pdf>
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. [Theoretical basis of subjective well-being, psychological well-being and well-being at work]. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 201-209. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. [Positive Psychology: A scientific and practical approach to human qualities]. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Tavares, B. R. C., Barreto, F. D. A., Lodetti, M. L. L., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. [Resilience among people with *diabetes mellitus*] *Texto and Contexto Enfermagem*, 20(4), 751.
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. [Health-Related Quality of Life and Psychological Factors: A Study from Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD]. *Terapia psicológica*, 29(1), 65-75. doi: 10.4067/S0718-48082011000100007
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-178.
- Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., & Weinger, K. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health*, 26, 51–60. doi: 10.1002/smi.1258

Yilmaz, H., & Arslan, C. (2013). Subjective well-being, positive and negative affect in Turkish university students. *The Online Journal of Counseling and Education, 2*(2), 1-8.

Zhao, F., Guo, Y., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2016). Subjective well-being and its association with peer caring and resilience among nursing vs medical students: A questionnaire study. *Nurse education today, 37*, 108-113.

Tabela 1.

Frequência e Porcentagem (%) das Variáveis Biossociodemográficas das Pessoas com Diabetes (n=104)

Variáveis	f*	%
Sexo		
Masculino	18	17,3
Feminino	86	82,7
Estado Civil		
Casado	59	56,7
Solteiro	45	43,2
Escolaridade		
Fundamental	41	39,4
Médio	34	32,7
Superior	29	27,9
Religião		
Católica	60	57,7
Evangélica	35	33,7
Outras	09	8,6
Ocupação		
Profissões diversas	43	41,3
Aposentados	37	35,6
Donas de casa	24	23,1
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	67	64,4
De 2 a 4 salários mínimos	25	24,0
De 5 a 10 salários mínimos	09	8,7
Superior a 10 sal. mínimos	03	2,9
Tipo de Diabetes		
Tipo 2	99	95,2
Tipo 1	05	4,8
Uso de Insulina		
Não	65	62,5
Sim	39	37,5
Tempo de diagnóstico		
De 1 a 10 anos	61	58,7
De 11 a 20 anos	29	27,9
Superior a 21 anos	14	13,5
Complicação		
Presença	67	64,4
Ausência	37	35,6

*f=frequência.

Tabela 2.

Correlação entre os fatores das escalas de resiliência e BES

	BES- Fator Afetos Positivos	BES- Fator Afetos Negativos	BES- Fator Satisfaça o com a vida	ER- Ações e Valores	ER- Independên cia e Determinaç ão	ER- Autoconfiança e Capacidade de adaptação
BES- Fator Afetos Positivos	1	-0,50 0,629	0,102 0,324	0,577** 0,000	0,123 0,235	0,228* 0,026
BES- Fator Afetos Negativos	-0,50 0,629	1	-0,007 0,950	-0,179 0,083	-0,87 0,404	-0,105 0,310
BES- Fator Satisfação com a vida	0,102 0,324	-0,007 0,950	1	0,161 0,119	0,191 0,064	-0,047 0,652
ER- Ações e Valores	0,577** 0,000	-0,179 0,083	0,161 0,119	1	0,397** 0,000	0,340** 0,001
ER- Indepen dência e Determinação	0,123 0,235	-0,87 0,404	0,191 0,064	0,397** 0,000	1	0,290** 0,004
ER- Auto- confiança e Capacidade de adaptação	0,228* 0,026	-0,105 0,310	-0,047 0,652	0,340** 0,001	0,290** 0,004	1

** p< 0,01; * p< 0,05

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo geral de apreender as representações sociais acerca do diabetes e tratamento elaboradas por pessoas diabéticas e quantificar os níveis do Bem-Estar Subjetivo (BES) e da resiliência nesse grupo de pertença, esta tese possibilitou o resgate do saber do senso comum, com a evidência das diferentes concepções, sentimentos, atributos e imagens que permearam toda a construção deste conhecimento. A partir dos resultados encontrados, observou-se uma disposição psicossocial desse tipo de saber construído pelos participantes acerca do diabetes e de seu significado para esse grupo, além de mensurar quão satisfeitas essas pessoas estavam diante de suas vidas, assim como medir a capacidade que elas têm para superar as adversidades.

Para atingir o objetivo geral, fez-se necessário o uso da abordagem multimétodo, incluindo a aplicabilidade de diferentes instrumentos, a exemplo do levantamento bibliográfico, do questionário biossociodemográfico, da técnica de associação livre de palavras, da entrevista em profundidade e das escalas de BES e de resiliência. O percurso metodológico adotado possibilitou um maior alcance para o entendimento desses construtos, contemplando tanto os elementos subjetivos, quanto os quantitativos.

Com base nos resultados advindos da revisão sistemática, constatou-se uma escassa publicação nos últimos 10 anos de estudos subsidiados nas RS no contexto do diabetes, provavelmente por tratar-se de uma temática mais trabalhada na área da saúde, sob o enfoque biomédico, ademais optou-se por selecionar artigos fundamentados exclusivamente sob o aporte das RS. De modo amplo, pôde-se perceber que as temáticas mais frequentes abordadas nos estudos foram acerca dos aspectos nutricionais e consequências do diabetes. Nos artigos revistos, observou-se maior evidência no tratamento, em relação a ingestão de medicamentos e reeducação alimentar, não foi observado relatos quanto à prática de atividades físicas, embora esta seja tão fundamental quanto as duas primeiras para a terapêutica. Quanto à alimentação,

esta foi vinculada a crença de que a mesma é insuficiente, aliada a dificuldade de resistirem aos doces.

Nos resultados do segundo e terceiro estudo, observou-se que o diabetes mellitus foi representado como uma doença silenciosa, complexa e multifacetada, cujo diagnóstico é evidenciado tardiamente, devido à ausência de sintomas específicos e ao desconhecimento da síndrome. Complementando esses achados a análise fatorial de correspondência advinda das associações livres de palavras, foi possível reforçar a ideia que a elaboração das RS do diabetes foi construída com base no conhecimento erudito, como doença crônica, relacionada a problemas de açúcar no sangue, representando perigo na vida de quem é acometido por ela.

Outrossim, verificou-se por meio das narrativas a suscetibilidade dos diabéticos estarem propícios a comorbidades tanto físicas quanto psicoemocionais, como é o caso da sintomatologia depressiva, conforme os relatos pautados no humor de cunho negativo; (*“Me tornei uma pessoa triste e enfrento muita depressão depois que descobri a diabetes [...] tenho vontade de chorar [...] para mim é morte e sofrimento”*). Corroborando com essas evidências nas associações livres os participantes também evocaram elementos negativos (*“tristeza, sofrimento e morte”*) relacionados ao diabetes. Como se observa, o uso de diferentes técnicas permitiu apreender tanto os elementos manifestos presentes na fala dos atores sociais, quanto os mais inconscientes; nesse sentido, essa complementariedade de informações foi indispensável para o esclarecimento e compreensão do fenômeno do diabetes mellitus.

Quanto ao tratamento as representações apreendidas por meio da análise lexical advinda das entrevistas processadas pelo Alceste, observaram-se dissensos entre os participantes quanto ao uso da insulina; o grupo que não a utilizava descreveu a doença norteadada na tríade: medicamento, dieta e atividade física, apesar da falta de rigor no engajamento dos exercícios. No grupo que fazia uso de insulina, observou-se que a falta de comprometimento para a terapêutica gerou um sentimento de autoculpabilização, principalmente quando os diabéticos

se veem na iminência de graves consequências, como é o caso da perda de membros ou da visão, conforme os relatos; (“*se conscientizar que amanhã pode perder um dedo, uma perna ou braço, cegar, a gente pisa no freio dessas coisas e procura caminhar, correr, andar*”).

Observou-se também representações discensuais em função do sexo, as mulheres forneceram maior visibilidade ao conceito do diabetes, enquanto doença associada à restrição alimentar, oscilação de humor e referência ao pé como membro do corpo de maior preocupação. Os homens construíram representações atreladas à vertente da concretude quando associaram o diabetes a problemas no sangue, perigo de vida que pode levar à morte e obediência às regras do tratamento.

Em relação ao tempo de diagnóstico e tratamento, os participantes com menor tempo, elaboraram suas representações voltadas para os aspectos positivos do mesmo identificando-o como algo “*bom*”, que requer “*cuidados*” e realização sistemática de “*exames*” para a manutenção da “*saúde*”. Por outro lado, os participantes com maior tempo de diagnóstico respaldaram suas representações focando o lado negativo da doença e tratamento, relatando a possibilidade de “*não ter cura*”, o fato da continuidade e do “*controle*” em obedecer às instruções médicas ocasionando uma vida de “*sofrimento*”. Foi possível observar também representações sociais consensuais as quais proferiram respeito ao controle que o tratamento exige, em especial, para evitar alimentos doces.

Fundamentado nos três estudos pôde-se perceber que os achados se coadunam com as funções das RS, a saber as de facilitação de comunicação e orientação de condutas, por exemplo, entendendo a doença semelhantemente ao conhecimento científico percebendo-a por sua cronicidade e pela necessidade contínua de tratamento. Embora, esses participantes tenham ciência da importância da adesão à terapêutica no que tange a reeducação alimentar, ingestão de medicamentos e prática de exercícios físicos, observou-se descuido para o engajamento desta última atividade, também foi notado que é característico do comportamento desse grupo a falta

de prevenção frente as comorbidades do diabetes. Outra função das RS corroborada nos estudos foi a identitária, conforme a mesma os participantes foram identificados por estarem continuamente em tratamento e pela restrição a alimentos doces, apesar dessas limitações eles se consideram “normais” e “alegres”.

Quanto ao quarto estudo referente à mensuração do BES e à resiliência, observou-se que pouco mais da metade dos participantes (65,4%) apresentou alto nível de BES. Percebeu-se que apesar do diabetes essas pessoas provavelmente vivenciam com maior frequência e intensidade sentimentos agradáveis e emoções prazerosas, a exemplo de se perceberem como pessoas decididas, determinadas e ativas, no geral, estão satisfeitas com suas vidas, o que demonstra que a pessoa pode ter alto BES independentemente de sua condição de saúde. Condizentes com os relatos de autoconceituação (“gostam de ajudar e agradar”) evidenciados nas associações livres de palavras.

Em relação à resiliência, observou-se que mais da metade dos participantes possuíam entre moderada a alta capacidade para enfrentar as adversidades frente às limitações decorrentes do diabetes e seu tratamento. Ao relacionar o BES com a resiliência, verificou-se que o afeto positivo se correlacionou com as dimensões ações e valores e autoconfiança da escala da resiliência. Pode-se dizer que esses achados indicam que o nível de emoções positivas vivenciadas pelas pessoas com diabetes influencia no desenvolvimento de competências pessoais voltadas para a autoaceitação, estabelecimento de relações interpessoais e autoconfiança.

De modo geral, observou-se que as RS acerca do diabetes e tratamento perpassaram distintas esferas, a saber: biomédica, física, comportamental, social e psicoafetiva, evidenciando serem fenômenos complexos e multifacetados. Vislumbra-se que o conhecimento suscitado na presente tese possa auxiliar tanto os profissionais da saúde, especialmente psicólogos, quanto aos familiares, a lidarem com os pacientes de forma a maximizar os

benefícios, a adesão ao tratamento e, principalmente, pensar em formas de promover a prevenção primária das causas e consequências da doença.

Considera-se como limitações da presente tese, a utilização de uma amostra não probabilística o que impossibilita a generalização dos resultados, uma vez esses resultados fazem referência a um grupo específico de diabéticos, localizados em um contexto específico. Cabe mencionar ainda enquanto limitação as escalas utilizadas, uma vez que na literatura não existem instrumentos específicos que avaliem o BES e a resiliência em diabéticos, embora as escalas empregadas já tenham sido administradas em outros grupos de pessoas com DM. Contudo, tais limitações não invalidam os achados previamente descritos, que no geral contribuíram não apenas para compreender e explicar a dor do homem provocada pelo diabetes, mas intervir na melhoria da sua qualidade de vida e bem estar, além de suscitar a necessidade de práticas preventivas e profissionais nas instituições familiar e de saúde.

No que se refere à aplicabilidade desta tese, espera-se que seus resultados possam assinalar caminhos para futuras investigações. Além disso, espera-se também ter contribuído para melhor compreensão acerca da doença e sua relação com o BES e a resiliência, temática ainda pouco explorada. Em relação a perspectivas futuras, pretende-se desenvolver uma escala para mensurar o BES no contexto do diabetes, assim como dar continuidade na elaboração de artigos científicos, utilizando-se outros *softwares* a exemplo do EVOC e do Iramuteq.

REFERÊNCIAS DA TESE

- Abric, J. D. (2002). O estudo experimental das representações sociais. Em D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.155-172). Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Altun, I., Demirhan, Y., Erkek, Y., Peker, A., & Çetinarslan, B. (2014). Subjective well-being of persons with type 2 diabetes mellitus. *Population health management*, 17(4), 253-254.
- Alves-Mazzotti, A. J. (2008). Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações à Educação. *Revista Múltiplas Leituras*, 1(1), 18-43.
- American Diabetes Association (ADA) (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. (Position Statement). *Diabetes Care*, 20(1), 81-90.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perception of quality of life. *The Management Group*.
- Araújo, C. G. (2006). Plano de exercício físico. Em J. E. P. Oliveira & A. Milech (Orgs.), *Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar* (pp. 57-66). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Assis, S. G. D., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. Artmed.
- Barlach, L. (2005). *O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Barreira, D. D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Canoas: Aletheia*, 23, 75-80.

- Barsaglini, R. A., & Canesqui, A. M. (2010). A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde e Sociedade, 19*(4), 919-932.
- Bertoluci, M. C. (2015). Complicações macrovasculares do Diabetes. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci, & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em <http://ebook.diabetes.org.br>
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia, 16*(35),427-36.
- Biasi, J. B. (2011). *Representação social dos portadores de diabete acerca das orientações nutricionais prestadas pela equipe de saúde da família*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade do Sul de Santa Catarina.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia, 49*, 263-271.
- Brasil. Ministério da saúde. (2006). *Caderno de atenção básica: Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília, p. 148.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Brasília: Ministério da Saúde*, p. 160.

- Bráulio, V. B., & Moreira, N. C. (2006). Plano alimentar do diabético. Em J. E. P. Oliveira & A. Milech (Orgs.), *Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar* (pp. 47-56). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Brostoff, J. M., & Keen, H. (2007). A diabetic life before and after insulin era. *Diabetologia*, 50,1351-3.
- Camon, V. A. A. (2003). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo (SP): Pioneira Thomson Learning.
- Campbell, A., Convergence, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Stage Foundation.
- Cantril, H. (1967). *The pattern of human concerns*. New Burnswick: Rutgers University Press.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Cervo, A. L., Berbian, P. A., & Silva, R. (2007). *Metodologia científica*. 6ª. Ed. São Paulo, Pearson Prentice Hall.
- Chagas, I. A., Camilo, J., Santos, M. A., Rodrigues, F. F. L., Arrelias, C. C. A., Teixeira, C. R. S., Otero, L. M., & Zanetti, M. L. (2013). Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1137-1142. doi: 10.1590/S0080-623420130000500018
- Chaves, A. M., & Silva, P. L. (2011). Representações sociais. Em A. R. R. Torres, L. Camino, M. E. O. Lima & M. E. Pereira. *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 299- 350). Brasília: Technopolitik.
- Cibois, P. (1998). *Programa Tri-Deux-Mots (Versão 2.2)*. Ed. UFR-Sciences Sociales, Paris: PUF.

- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry, 9*(3), 145–154.
- Coelho, C. R., & Amaral, V. L. A. R. (2008). Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. *PsicoUSF, 13*(2), 243-251.
- Coelho, M. S., da Silva, D. M. G. V., & de Souza Padilha, M. I. (2009). Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(1), 65-71.
- Coelho, M. S., Silva, D. M. G. V., & Padilha, M. I. S. (2009). Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 43*(1), p. 65-71.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.
- Connor, K. M., & Zhang, W. (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums, 11*(10 Suppl 12), 5-12.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representações sociais*. (2ª ed). João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- Coutinho, M. P. L., & Franken, I. (2009). Qualidade de vida no serviço público de saúde: as representações sociais de profissionais da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão, 29*(3), 448-461.
- Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2013). Teoria das representações sociais. Em N. T. (et al.), (Orgs.). *Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão*. (pp. 73- 114). João Pessoa, Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Nóbrega, S. M., & Araújo, L. S. (2011). Software trideux- uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. Em M. P. L.

- Coutinho & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 107 - 148). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Cozby, P. C. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. (4ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Csikszentmihalyi, M., & Massimini, F. (1985). On the psychological selection of biocultural information. *New Ideas in Psychology*, 3, 115-38.
- Damasceno, M. M. C., Alves, M. D. S., Paiva, M. S., & Vendas, Z. N. (2010). Representações sociais do cuidado em diabetes mellitus. *Revista Saúde*, 6(1), 2-8.
- Das, A. K., & Shah, S. (2011). History of Diabetes: From Ants to Analogs. *Supplement to Japi*, 59, 6-7.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11. doi: 10.1007/s10902-006-9023-4
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185-207. doi: 10.1007/s11205-010-9632-5
- Denisco, S. (2011), Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602–610. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00648.x
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction of the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychol Bull*, 95(3), 542-75.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being - The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research*, *57*(2), 119-169.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, *39*(4), 391-406.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49*(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, *54*(1), 403-425.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *97*(2), 143-156.
- Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2012). Nurturing resiliency in medical trainees. *Medical Education*, *46*(4), 343. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04206.x
- Engel, L., & Cummins, R. (2011). Impact of dose adjustment for normal eating in Australia (OzDAFNE) on subjective wellbeing, coping resources and negative affects in adults with type 1 diabetes: A prospective comparison study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *91*(3), 271-279.
- Esteves, M. L., Castro, F. V., & Nobre, S. (2013). Estudo exploratório em desenvolvimento A resiliência e satisfação com a vida na adversidade: As catecolaminas do novo paradigma.

International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia, 1(2), 569-580.

- Fantova, F. J. M. (2008). *Resiliència i voluntat de sentir em la promoció de la salut psicosocial em els docents: Capacitat de reconstrucció positiva a partir d'un context inicial d'adversitat. Estudi de cas em um institut d'educació secundària*. Tese de doutorado não-publicada, Faculdade de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Barcelona, Espanha.
- Fazio, A. F. (1977). *A concurrent validation study of the NCHS General Well-Being Schedule* (pp. 1-53). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Felten, B. S., & Hall, J. M. (2001). Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity from illness or loss. *Journal of Gerontological Nursing* 27(11), 46–53.
- Ferreira, A., & Leal, A. (2006). Formação humana e adolescência: A espiritualidade como fator de promoção da resiliência. *III Encontro de filosofia da educação do norte e nordeste, Recife*.
- Ferreira, L. T., Saviolli, I. H., Valenti, V. E., & Abreu, L. C. (2011). Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36(3), 182-8.
- Flach, F. (1991). *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gança, M. M., & Korn, G. P. (2015). Manifestações otoneurológicas comumente associadas ao Diabetes. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci, & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0-Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em <http://ebook.diabetes.org.br>

- Garcia, N. M., & Yunes, M. A. M. (2006). Resiliência familiar: Baixa renda e monoparentalidade. Em D. D. Dell’Aglío, S. H. Koller & M. A. M. Yunes (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 117-140). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43-50.
- Grafton, E., Gillespie, B., & Henderson, S. (2010). Resilience: The Power Within. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 698-705. doi: 10.1188/10.ONF.698-705
- Graziano, L. D. (2005). A Felicidade Revisitada: um estudo sobre o bem-estar subjetivo na visão da psicologia positiva. 126 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.
- Grothberg, E. H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. Em A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 15-22). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Grunspun, H. (2003). Conceitos sobre resiliência. *Revista Bioética*, 10(1). Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v1/seccao4>
- Guerra, C., Reckziegel, M. B., & Burgos, M. S. (2008). Perfil somatomotor e indicadores de saúde de adolescentes com índices alterados de glicemia. *Cinergis* 9(1), 29-36.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *American views their mental health*. New York: Basic Books.
- Herrman, H, Stewart, D., Diaz-Granados, N., Berger, E., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(5), 258-265.
- Herzlich, C. A. (2005). Problemática da representação social e sua utilidade no campo da saúde. *Physis*, 15, 57-70.

- Hilliard, M. E., Harris, M. A., & Weissberg-Benchell, J. (2012). Diabetes resilience: A model of risk and protection in type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 739-748.
- Holmes-Truscott, E., Browne, J. L., Pouwer, F., Speight, J., & Cummins, R. A. (2015). Subjective Wellbeing Among Adults with Diabetes: Results from Diabetes MILES—Australia. *Journal of Happiness Studies*, 1-13. doi: 10.1007/s10902-015-9638-4
- Houaiss, A. (2009). *Dicionário Houaiss eletrônico da língua portuguesa*. CD-ROM 1ª edição.
- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in mental health nursing*, 29, 895-911. doi: 10.1080/01612840802182938
- Iedema, R. (2009). New approaches to researching patient safety. *Social science & medicine*, 69(12), 1701-1704.
- Iser, B. P. M., Yokota, R. T. C., Sá, N. N. B., Moura, L., & Malta, D. C. (2012). Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil - principais resultados do Vigitel 2010. *Ciências saúde coletiva*, 17(9), 2343-2356.
- Jaser, S. S., & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*, 37(3), 335-342.
- Jesuíno, J. C. (2013). Estruturas e processos grupais. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social* (9ª ed., pp. 293- 332). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jesuíno, J. C. (2011). Um conceito reencontrado. Em A.M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Tindade (Orgs.), *Teoria das representações sociais 50 anos* (pp. 33-56). Brasília, Editora: Technopolitik.
- Jodelet, D. (2002). Representações Sociais: Um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.17-44). Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Johnson, N, Wingert, A., & Melton, S. T. (2015). The Impact of Subjective Well-Being on People Living with Type 1 Diabetes. *Diabetes*, 64(Suppl 1), A630-A631.

- Jovchelovitch, S. (2010). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. Em P. Guareschi, & S. Jovchelovitch. (Orgs.), *Textos em representações sociais* (11^a ed., pp. 63-85). Petrópolis: Vozes.
- Kammann, N. R., & Flett, R. (1983). Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. *Australian Journal of Psychology*, 35(2), 259–265.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Koller, S., Dell’Aglio, D., & Yunes, M. M. (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces*. Casa do Psicólogo.
- Land, K. C. (1975). Social indicators models: An overview. Em K. C. Land & S. Spilerman (Orgs.), *Social indicator models* (pp. 5-36).
- Landim, C. A. P., Zanetti, M. L., Santos, M., A., Andrade, T. A. M., & Teixeira, C. R. S. (2011). Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *Journal of Clinical Nursing*, (20), 23-24, 3394–3403. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03883.x
- Lawrence, R. H., & Liang, J. (1988). Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex, and age differences. *Psychology and Aging*, 3(4), 375.
- LeClair, C. A., Marquis, M., Villalon, L., & Strychar, I. (2009). Healthy adolescents' social representations of diabetes. *Canadian journal of diabetes*, 33(3), 170-179.
- Leong, A., Rahme, E., & Dasgupta, K. (2014). Spousal diabetes as a diabetes risk factor: A systematic review and meta-analysis. *Bio Med Central Medicine*, 12(12), 1-12.

- Lewi, D. S. (2015). Infecções no paciente diabético. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em <http://ebook.diabetes.org.br>
- Lima, J. G., Montenegro-Junior, R., & Bandeira, F. (2015). Tratamento do diabetes mellitus tipo 2: considerações gerais. Em F. Bandeira (Orgs.), *Endocrinologia e diabetes* (3 ed., pp. 788- 802). Rio de Janeiro: Medbook.
- Lima, R. F. F., & Moraes, N. A. D. (2016). Caracterização qualitativa do bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. *Temas em Psicologia*, 24(1), 01-15. doi: 10.9788/TP2016.1-01
- Longman (2009). *Longman Dictionary of Contemporary English*. (5^a ed.). Longman do Brasil.
- Lopez, A. (2011). Posttraumatic stress disorder and occupational performance: building resilience and fostering occupational adaptation. *Work*, 38(1), 33-38.
- López, T. M., Díaz, M. S., & Moreno, M. P. (2005). “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R.E. (2011). Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 592-616.
- Lyrakos, G., et al. (2014). Regression model for subjective wellbeing in patients with diabetes mellitus. *The Journal of the European Psychiatric Association*. 29(1), 1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(14\)78749-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(14)78749-8)
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595.
- Mantovani, A. M., Fregonesi, C. E. P. T., Pelai, E. B., Mantovani, A. M., Savian, N. U., & Pagotto, P. (2013). Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus

e pé diabético. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(12), 2427-2435. doi:10.1590/0102-311X00006613

Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.

Martinez, E. A., Souza, S. R., & Tocantins, F. R. (2012). As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Investigación y Educación em Enfermaria*, 30(1), 101-107. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n1/v30n1a12.pdf>.

Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão, Portugal*, 13(1), 115-136.

Medeiros, C. C. M., Bessa, G. G., Coura, A. S., França, I. S. X., & Sousa, F. S. (2012). Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 14(3), 559-569. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a12.htm>.

Mednick, L., Cogen, F., Henderson, C., Rohrbeck, C., Kitessa, D., & Streisand, R. (2007). Hope more, worry less: hope as a potential resilience factor in mothers of very young children with type 1 diabetes. *Children's Health Care*, 36(4), 385-396.

Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Moldovan, R. (2009). An analysis of the impact of irrational Beliefs and Illness representation in predicting Distress in Cancer and type 2 diabetes patients. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 13(2), 179-193.

Moreira, H., & Caleffe, L. G. (2006). *Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador*. Rio de Janeiro: PD&A.

- Moscovici, S. (1961/2011). *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. (Coleção Psicologia Social; Sonia Fuhrmann, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar editores.
- Moscovici, S. (2011). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 6(2), 72-88.
- Neill, J. T., & Dias, K. L. (2001). Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1(2), 35-42.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O teste de associação livre de palavras. Em M. P. L. Coutinho, E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-147). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Nóbrega, S. M. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. Em A. S. P. Moreira (Orgs.), *Representações sociais: teoria e prática* (pp. 55-87). João Pessoa, Editora Universitária UFPB.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação psicológica*, 8(1), 99-108.
- OECD (2013), *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, OECD Publishing.
- Oliveira, C. D., Nunes, M. F. O., Legal, E. J., & Noronha, A. P. P. (2016). Bem-Estar Subjetivo: estudo de correlação com as Forças de Caráter. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 177-185.

- Oliveira, D. C. (2011). A TRS como grade de leitura da saúde e da doença. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (Orgs.), *Teoria das representações sociais 50 anos* (pp. 33-56). Brasília, Editora: Technopolitik.
- Oliveira, F. O., & Werba, G. C. (2010). Representações Sociais. Em M. N. Strey (Org.), *Psicologia Social Contemporânea* (13ª ed., pp. 104-115). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, J. E. P. (2006). Tratamento: não- medicamentoso e medicamentoso. Em J. E. P. Oliveira & A. Milech (Orgs.), *Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar* (pp. 45-46). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- OMS (2016). World Health Organization. Mental health. Disponível em: <http://search.who.int/search?q=mental+health+definition>
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Otero, L. M, Zanetti, M. L., & Ogrizio, M. D. (2008). Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 231-237. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200010&lng=en&tlng=pt.
- Parisi, M. C. R. (2015). A síndrome do pé diabético, fisiologia e aspectos práticos. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em <http://ebook.diabetes.org.br>
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação psicológica*, 7(1), 11-22.
- Paula Júnior, W., & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de *coping* de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.

- Pereira, C. A. A. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49(4), 32-48.
- Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. D. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 310-317. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28537.pdf>
- Péres, D. S., Franco, L. J., dos Santos, M. A., & Zanetti, M. L. (2008). Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 389-395. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887- 896.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. E. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2006). Resiliência: Uma perspectiva conceitual e histórica. Em D. Dell'Aglio, S. H. Koller & M. A. M. Yunes (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ramos, A. (2015). Manifestações dermatológicas do diabetes. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em <http://ebook.diabetes.org.br>
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 25(2), 248-255.

- Resende, M. C., et al. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608.
- Ribas, C. R. P. (2009). Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. (Dissertação de mestrado). Ribeirão Preto. p. 129.
- Ribas, C. R. P., Santos, M. A., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 255-262.
- Ribas, C. R. P., Santos, M. A., Zanetti, A. C. G., & Zanetti, M. L. (2013). Representações sociais de pacientes com diabetes mellitus sobre o atendimento por profissionais de saúde. *Psico*, 44(1), 139-149.
- Ribeiro, C. G. (2011). *Representações sociais da violência doméstica: qualidade de vida e resiliência entre mulheres vítimas e não vítimas*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Rigon, R., Rossi, A. G., & Cóser, P. L. (2007). Achados otoneurológicos em indivíduos portadores de Diabetes mellitus Tipo 1. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(1), 106-111.
- Rodrigues, F. F. L., Santos, M. A., Teixeira, C. R. S., Gonela, J. T., & Zanetti, M. L. (2012). Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 284-290.
- Rodríguez, A., Camacho, E. J., Escoto, M. C., Contreras, G., & Casas, D. (2013). Social representation of family support for diabetic patients in users of a family medicine unit in Chalco, State of Mexico. *Medwave*, 14(7), 6011-6011.
- Rodríguez, S. A., Meneses, L., Toboso R. P. Q., & Moreno, I. H. (2012). Diabetes mellitus. *Medicine*, 11(17), 995-1002.

- Ross, A. J., Anderson, J. E., Kodate, K., Thompson, A., Cox, A., & Malik, R. (2014). Inpatient diabetes care: complexity, resilience and quality of care. *Cognitive Tech Work*, *16*, 91–102. doi: 10.1007/s10111-012-0247-2
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, *14*, 626-631.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. *57*(6), 1069-81.
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9* (1), 1-28.
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9* (1), 13-39.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Sá, J. R., et al. (2008). Transplante de Pâncreas e Ilhotas em Portadores de Diabetes Melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, *(2)52*, 355- 366.
- Sales, Z. N. (2003). *Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus*. (Tese de doutorado). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.
- Santos, F. R. M., Bernardo, V., Gabbay, M. A., Dib, S. A., & Sigulem, D. (2013). The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-

- sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Diabetology & metabolic syndrome*, 5(1), 1.
- Santos, F., R. M., Sigulem, D., Areco, K. C. N., Gabbay, M. A. L., Dib, S. A., & Bernardo, V. (2015). Hope matters to glycemic control of adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 681-689. doi: 10.1177/1359105315573429
- Santos, M. A., Alves, R. C. P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>
- Saraiva, E. R. A., & Coutinho, M. P. L. (2012). Meios de comunicação impressos, representações sociais e violência contra idosos. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 205-214. doi: 10.1590/S1413-73722012000200004
- Saraiva, E. R. A. (2010). *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). O emprego do Software Alceste e o desenvolvimento do mundo lexical em pesquisa documental. Em M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp.67-94). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Schmid, H. (2015). Neuropatia diabética autonômica. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci, & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em <http://ebook.diabetes.org.br>

- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2010). Avaliação do Bem-Estar Subjetivo (BES): Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 442-448.
- Scorsolini-Comin, F., & Ruwer, L. M. E. (2010). O bem-estar subjetivo como dimensão de análise da saúde do trabalhador. *Proceedings of the 1nd Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca*.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, & R. Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175– 184.
- Seligman, M. E. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar [Flourishing: A new understanding of the nature of happiness and well-being]* (C. P. Lopes, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Silva, A. B., & Camargo, B. V. (2004). A difusão científica da AIDS na mídia impressa. *Psico*, 35(2), 169-176.
- Silva, D. G. V., et al. (2006). Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira Enfermagem*, 59(3), 297-302.
- Silva, S. E. D., Padilha, M. I., Rodrigues, I. L. A., Vaconcelos, E. V., Santos, L. M. S. D., Souza, R. F., & Conceição, V. M. D. (2010). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 404-409. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/6132>
- Silva, T. R, Feldman, C., Lima, M. H. A., Nobre, M. R. C., & Domingues, R. Z. L. (2006). Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção

- educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade Básica de saúde. *Saúde & Sociedade*, 15(3), 180-189.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Siqueira, M. M. M., Gomide Jr, S., & Freire, S. A. (1996). Construção e validação de uma Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESGV). Manuscrito não publicado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press, USA.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2009). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. (3ª ed.). Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica.
- Sordi, A. O., Manfro, G. G., & Hauck, S. (2011). O Conceito de Resiliência: Diferentes Olhares. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 13(2), 115-132.
- Souza, E. C. (2015). Retinopatia diabética. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci, & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes.
- Steinhardt, M. A., Brown, S. A., Dubois, S. k., Harrison, L., Lehrer, H. M., & Jaggars, S. S. (2015). A resilience intervention in african-american adults with Type 2 Diabetes. *American Journal of Health Behavior*, 39(4), 507-518.
- Stuhler, G. D. (2012). *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).
- Suh, E.M., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being across cultu-res. Em W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes & D. N. Sattler (Orgs.). *Online Readings in Psychology and Culture* (Unit 7, Chapter 1). <http://www.ac.wvu.edu/~culture/Suh_Oishi.htm>.

- Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. R., Guerreiro, D. M., Silva, V., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto de Enfermagem*, 20(4), p. 751-757.
- Taylor, J. E. et al. (2003). Psychometric characteristics of the General Well-Being Schedule (GWB) with African–American women. *Quality of Life Research*, 12, 31–39.
- Torres-López, T. M., & Sandoval-Díaz, M. (2005). “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
- Ungar, S. (2008). Ignorance as an under-identified social problem. *The British Journal of Sociology*, 59, 301–326. doi: 10.1111/j.1468-4446.2008.00195.x
- Vala, J. (2013). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social*. (9ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, (pp. 457- 501).
- Vieira, K. F. L. (2012). *Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Vilhena, E., Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M., & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 219-232. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100018&lng=pt&tlng=pt. 10.15309/14psd150118.
- Wagner, P., Johnson, N., & Melton, S. T. (2015). Factors of Subjective Well-Being among Young Adults with Type 1 Diabetes: A Qualitative Study. *Diabetes*, 64(Suppl 1), A631-A631.

- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-78.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology, 54*(6), 1063.
- Whiting, D. R., Guariguata, R., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice, 3*(94), 311–321.
- Winsett, R. P., Stender, S. R., Gower, G., & Burghen, G. A. (2010). Adolescent self-efficacy and resilience in participants attending a diabetes camp. *Pediatric Nursing, 36*(6), 293-295.
- Woyciekoski C, Stenert F, & Hutz C. S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico, 43*(3), 280-288.
- Yi-Frazier, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology, 13*(2), 311–325. doi:10.1348/135910707X186994.
- Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., & Weinger, K. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health, 26*, 51–60. doi: 10.1002/smi.1258
- Yilmaz, V., Arslan, Z., & Rose, L. (2013). Determination of lead by hydride generation inductively coupled plasma mass spectrometry (HG-ICP-MS): on-line generation of plumbane using potassium hexacyanomanganate (III). *Analytica chimica acta, 761*, 18-26.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família [Edição especial]. *Psicologia em Estudo, 8*, 75-84.

Zach, P. L. (2015). Nefropatia no paciente diabético. Em M. Tambascia, W. J. Minicucci, & A. P. Netto (Orgs.), *E-Book 2.0- Diabetes na Prática Clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes.

ANEXOS

APÊNDICE I- Questionário Biossociodemográfico

Marque uma alternativa ou preencha quando necessário.

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____(anos)
3. Nível de Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental
() Ensino Médio () Ensino Superior
4. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Outros: _____
5. Profissão (ocupação): _____
6. Religião: () Católico () Evangélico () Espírita () Outra _____
7. Renda: () 1 Salário Mínimo () entre 2 a 4 Salários Mínimos () entre 5 a 10 Salários Mínimos ()
Mais de 10 Salários Mínimos
8. Tempo de Diagnóstico do Diabetes Mellitus: _____
9. Diabetes Tipo 1 () Diabetes Tipo () 2
10. Marque um X em quais tratamentos o senhor (a) realiza para o Diabetes Mellitus.
() Insulina. Quanto tempo: _____
() Tratamento Medicamentoso
() Atividade física. Qual: _____
() Readaptação Alimentar
() Não faço tratamento para o Diabetes
11. Presença de complicações decorrentes do Diabetes.
() Não () Sim, Qual: _____

APÊNDICE II – Técnica de Associação Livre de Palavras

- Estímulos: Diabetes; tratamento e eu mesmo.

APÊNDICE III – Entrevista em Profundidade

- Por favor, gostaria que o (a) senhor (a) falasse tudo o que conhece sobre o Diabetes Mellitus, incluindo seus sentimentos, sensações e crenças.

APÊNDICE IV- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre resiliência e bem-estar subjetivo no contexto do Diabetes *Mellitus* e está sendo desenvolvida por Fabrycianne Gonçalves Costa, aluna do Curso de Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria da Penha de Lima Coutinho.

O estudo tem como objetivo analisar a resiliência, o bem-estar subjetivo e as representações sociais acerca do diabetes mellitus. A finalidade dessa pesquisa é contribuir para promoção da saúde em pessoas com diabetes. Nesse trabalho os participantes responderão a questionários, escalas e entrevistas. As entrevistas poderão ser gravadas desde que haja concordância dos participantes. Solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a), podendo escolher não participar do estudo, ou desistir do mesmo a qualquer momento.

Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Fabrycianne Gonçalves Costa, telefone: (83) 9967-5452, e-mail: fabrycianne@gmail.com.

Atenciosamente,

A Coordenação da Pesquisa

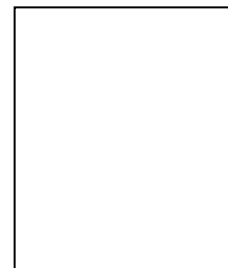
AUTORIZAÇÃO:

Após ter sido informado sobre a finalidade da Pesquisa “Resiliência, bem-estar subjetivo e representações sociais no contexto do diabetes mellitus”, autorizo a realização da mesma.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha em caso de analfabeto

Assinatura do Pesquisador Responsável



Em, _____ de _____ de 20_____

ANEXO I- ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES)

Gostaríamos de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções.

Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível.

Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala:

1 Nem um pouco	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
-------------------	---------------	--------------------	---------------	-------------------

Ultimamente tenho me sentido

1. Aflito:	17. Transtornado:	33. Abatido:
2. Alarmado:	18. Animado:	34. Amedrontado:
3. Amável:	19. Determinado:	35. Aborrecido:
4. Ativo:	20. Chateado:	36. Agressivo:
5. Angustiado:	21. Decidido:	37. Estimulado:
6. Agradável:	22. Seguro:	38. Incomodado:
7. Alegre:	23. Assustado:	39. Bem:
8. Apreensivo:	24. Dinâmico:	40. Nervoso:
9. Preocupado:	25. Engajado:	41. Empolgado:
10. Disposto:	26. Produtivo:	42. Vigoroso:
11. Contente:	27. Impaciente:	43. Inspirado:
12. Irritado:	28. Receoso:	44. Tenso:
13. Deprimido:	29. Entusiasmado:	45. Triste:
14. Interessado:	30. Desanimado:	46. Agitado:
15. Entediado:	31. Ansioso:	47. Envergonhado:
16. Atento:	32. Indeciso:	

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1 Discordo Plenamente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
50. Avalio minha vida de forma positiva				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida ..				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
52. Mudaria meu passado se eu pudesse				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
55. Gosto da minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_

56. Minha vida está ruim	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
57. Estou insatisfeito com minha vida	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
58. Minha vida poderia estar melhor	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
60. Minha vida é “sem graça”	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
61. Minhas condições de vida são muito boas	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
62. Considero-me uma pessoa feliz	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_

ANEXO II- ESCALA DE RESILIÊNCIA

Por favor, envolva o número que indica o quanto você concorda ou discorda de cada item.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo pouco	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo pouco	Concordo muito	Concordo totalmente

1. ___ Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.
2. ___ Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.
3. ___ Eu sou capaz de depender de mim mais de qualquer outra pessoa.
4. ___ Manter interesse nas coisas é importante para mim.
5. ___ Eu posso estar por minha conta se eu precisar.
6. ___ Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.
7. ___ Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.
8. ___ Eu sou amigo de mim mesmo.
9. ___ Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.
10. ___ Eu sou determinado.
11. ___ Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.
12. ___ Eu faço as coisas um dia de cada vez.
13. ___ Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.
14. ___ Eu sou disciplinado.
15. ___ Eu mantenho interesse nas coisas.
16. ___ Eu normalmente posso achar motivos para rir.
17. ___ Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.
18. ___ Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.
19. ___ Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.
20. ___ Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.
21. ___ Minha vida tem sentido.
22. ___ Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre eles.
23. ___ Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.
24. ___ Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer.
25. ___ Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

ANEXO III- CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 12ª Reunião realizada no dia 11/12/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“RESILÊNCIA, BEM-ESTAR SUBJETIVOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DO DIABETES MELLITUS”**, da pesquisadora Fabrycianne Gonçalves Costa. Protocolo 0385/14. CAAE: 33087214.6.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB