

## DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Fabrycianne Gonçalves Costa (1); Jaqueline Gomes Cavalcante (2); Adriele Vieira de Lima Pinto (3); Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho (4); Maria da Penha de Lima Coutinho (5).

(1) Universidade Federal da Paraíba- UFPB- fabrycianne@gmail.com

(2) Universidade Federal da Paraíba- UFPB- gomes.jaqueline@gmail.com

(3) Universidade Federal da Paraíba- UFPB- adrielevieira\_8@hotmail.com

(4) Instituto de Educação Superior da Paraíba- IESP- anaflaviabc@gmail.com

(5) Universidade Federal da Paraíba- UFPB- mplcoutinho@gmail.com

**Resumo:** Este estudo objetivou apreender as representações sociais acerca do diabetes elaboradas por pessoas diabéticas. Participaram do estudo 31 pessoas com idades entre 34 a 76 anos ( $M= 55,68$ ;  $DP= 11,6$ ), que responderam a um questionário Biossociodemográfico e a Entrevista em Profundidade. Os dados foram processados pelo software Alceste e analisados por meio da estatística descritiva e análise fatorial de correspondência. Os participantes apontaram em suas representações sociais a falta de conhecimentos acerca do diabetes, destacando a surpresa do diagnóstico, suas representações, também estiveram ancoradas na tríade do tratamento e em fatores emocionais os quais foram permeadas por emoções de cunho negativo. Os participantes admitiram ainda noções de responsabilidades voltadas para consequências da doença, como é o caso da amputação de membros. 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.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, representação social, psicologia social, Alceste.

### Introdução

O diabetes mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública, 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 sobrevivência 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).

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 e MORENO, 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 e VENCIO, 2014; WHITING, GUARIGUATA, WEIL e 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 e SARAIVA, 2013).

Diante dessas premissas, objetivou-se apreender as representações sociais acerca do diabetes elaboradas por pessoas diabéticas. 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 (COUTINHO e SARAIVA, 2013; MOSCOVICI, 2012).

As representações são formadas por sistemas de interpretações que conduzem as relações dos sujeitos com o mundo e com 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, crenças e valores presentes no discurso sobre o construto em questão.

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.

Dessa forma, a formulação do conhecimento partilhado acerca do DM poderá contribuir para a 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.

### **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de cunho quantiquantitativo, 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), casadas (18), que estudaram até o ensino fundamental (28), com tempo do diagnóstico variando de 1 a 33 anos ( $M= 12,19$ ;  $DP= 9,69$ ) e que relataram 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.

### **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. 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.

Os dados foram coletados individualmente, na instituição onde 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. 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. Este programa possui o objetivo de realizar uma análise lexical, por meio de procedimentos estatísticos, verificando a coocorrência de palavras nos segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação (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 (Unidades de Contexto Iniciais) que correspondem a quantidade de entrevistas, totalizando 19.246

ocorrências, sendo 2.509 palavras distintas. Ao reduzir o vocabulário às suas raízes, foram encontrados 419 radicais analisáveis e 392 UCEs (Unidades de Contexto Elementares) que são fragmentos de texto. A Análise Fatorial de Correspondência (AFC), reteve 77% do total das UCEs do *corpus*, as quais foram distribuídas em quatro classes, conforme pode ser visto na Figura 1.

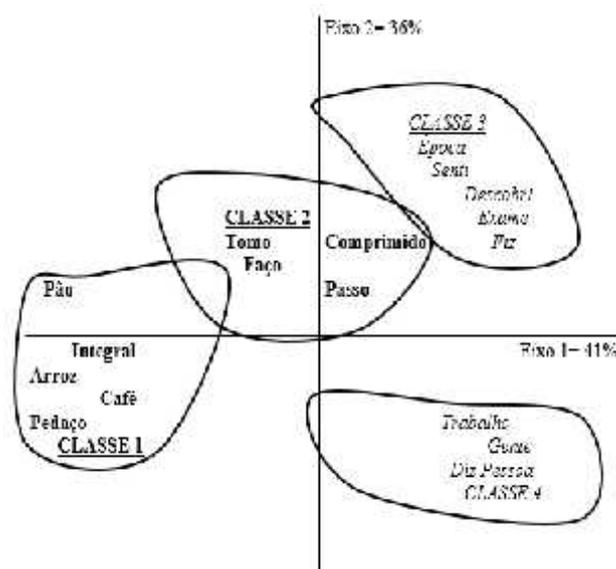


Figura 1. Plano fatorial de correspondência das representações sociais acerca do diabetes mellitus elaboradas por diabéticos.

Na linha horizontal, o eixo 1 revela as maiores cargas fatoriais identificadas no Alceste, explicando 41% da variância total das UCEs. Nesse eixo, no lado negativo ou à esquerda do plano fatorial, destacam-se as palavras aglutinadas na classe 1 (pão, integral, arroz, café e pedaço), apreendidas no discurso das participantes do sexo feminino com mais de 21 anos de doença.

Esse grupo apontou para a descrição dos alimentos que compõem a dieta, horários e quantidades, como ilustrado no trecho a seguir.

Minha dieta é assim de manhã meu café é banana, um pedaço de mamão, não tomo café, suco com adoçante [...] como tudo integral bolacha, arroz, carne magra, verdura, fruta costume comer duas, três, até quatro vezes como a nutricionista informa [...] tudo tem que ser um pedacinho pequeno e em pouca quantidade.

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”.

Na classe 1, o diabetes foi ancorado em seus aspectos nutricionais e objetivado na descrição dos alimentos que compõem a dieta, horários e quantidades. Além disso, 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 e 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. 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 e ZANETTI, 2008).

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.

Deste mesmo lado do eixo posicionam-se também, as palavras com maiores cargas fatoriais agrupadas na classe 2 (tomo, comprimido, faço e passo), que emergiram dos participantes que não usam insulina e com tempo de tratamento 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.

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, 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).

Quanto ao eixo 2, na linha vertical da Figura 2, destacam-se dois agrupamentos de palavras, que explicam 36% da variância total das UCEs. Neles emergiram dois campos semânticos: um, no plano superior, com as contribuições dos pacientes com idades entre 18 a 29 anos e com tempo de diagnóstico variando de 1 a 10 anos, da classe 3 (época, senti, descobri, fiz e exame); e, por contraste, no plano inferior, posicionam-se as palavras oriundas dos participantes do sexo masculino, casados e que fazem uso de insulina, categorizadas na classe 4 (trabalho, gente, diz e pessoa).

A classe 3, se referiu 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. De acordo com Rodrigues, Santos, Teixeira, & Zanetti (2012) a falta de conhecimento acerca do diabetes pode estar relacionada à baixa escolaridade, 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).

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.

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 e baixa expectativa frente ao futuro.

Em relação a classe 4, seu conteúdo esteve voltado para noções de responsabilidades, obrigações e consciência 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 [...] 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.

Conforme a narrativa dos participantes 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.

Diante do exposto referente à classe 4, 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. Para Stuhler (2012) as dificuldades decorrentes do diabetes podem estar relacionadas a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência, 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.

### **Conclusões**

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

peças 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.

### Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Diabetes mellitus**. 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=superfooter>. Acesso em: 10/08/2015.

BARSAGLINI RENI, A. **Representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. 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. 2013.

COELHO, Camila Ribeiro; AMARAL, Vera Lúcia Adami Raposo do. Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. **PsicoUSF**, v. 13, n. 2, p. 243-251, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=ci\\_arttext&pid=S1413-82712008000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=ci_arttext&pid=S1413-82712008000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27/05/2016.

COUTINHO, M. P. L e SARAIVA, E. R. A. 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, 2013.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes mellitus**. 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org>>. Acesso em 10/05/2015.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: Investigações em psicologia social** 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, J. E. P. e VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

RIBAS, Camila Rezende Pimentel et al. Representações Sociais de Pacientes com Diabetes Mellitus Sobre o Atendimento por Profissionais de Saúde. **Psico**, v. 44, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/11039>>. Acesso em: 10/05/2015.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2>>. Acesso em 10/05/2015.

RODRÍGUEZ, Aznar et al. Diabetes mellitus. **Medicine**, v. 11, n. 17, p. 995-1002, 2012.  
SANTOS, Manoel Antônio et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 651-658, 2011. Disponível em: <[doi.org/10.1590/S0080-](http://doi.org/10.1590/S0080-)

62342011000300015>. Acesso em  
10/05/2015.

SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque et al. 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, 2011.

STUHLE, Giovana Delvan. **Representações Sociais e Adesão ao Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2**, Tese de Doutorado pela Universidade Federal De Santa Catarina Laboratório De Psicologia Social da Comunicação e Cognição – Laccos, Florianópolis, 2012.

TAVARES, Barbara Cristina et al. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 751-57, 2011. Disponível em: < <http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20-751.pdf>>. Acesso em: 10/05/2015.

WHITING, David R. et al. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes research and clinical practice**, v. 94, n. 3, p. 311-321, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2011.10.029>>. Acesso em: 10/05/2015.