

Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético

A comparative study of social representations of diabetes mellitus and diabetic foot

Estudio comparativo de las representaciones sociales sobre diabetes mellitus y pie diabético

Alessandra Madia Mantovani ¹
 Cristina Elena Prado Teles Fregonesi ²
 Elisa Bizetti Pelai ²
 Aline Madia Mantovani ²
 Nathalia Ulices Savian ²
 Priscila Pagotto ²

Abstract

The study aimed to investigate social representations of the terms “diabetes” and “diabetic foot” in different populations. Participants were divided into groups: diabetics (GD); non-diabetics (GN); and non-diabetic healthcare professionals (GP). Personal data were collected, and subjects answered two questions that were expected to evoke five words that came to mind when they thought of “diabetes” and then “diabetic foot”. The evoked material was analyzed with the software Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Èvocations. A total of 161 subjects participated, including GD (n = 72) with a mean age of 56.12 ± 5.49 years; GN (n = 38) with a mean age of 54.29 ± 7.91 years; and GP (n = 51) with 34.95 ± 7.52 years. The term “diabetes” evoked 297 words in GD, 172 in GN, and 235 words in GP. The term “diabetic foot” evoked 180 words in GD, 90 in GN, and 236 in GP. The groups proved to be anxious for more information, thus confirming the need for awareness-raising and educational programs on diabetes, covering comprehensive issues concerning the disease.

Diabetes Mellitus; Diabetic Foot; Humanization of Assistance

Resumo

O estudo objetivou 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). Foram coletados os dados pessoais e os sujeitos responderam a duas perguntas nas quais deveriam evocar cinco palavras que viessem à mente quando pensassem em “diabetes” e, depois, em “pé diabético”. O material evocado foi analisado pelo software Ensemble de Programmes Permettant l’Analyse des Èvocations. Participaram 161 sujeitos, sendo GD (n = 72) com idade média de 56,12 ± 5,49 anos; GN (n = 38) com 54,29 ± 7,91 anos; e GP (n = 51) com idades de 34,95 ± 7,52 anos. Para a representação social do termo “diabetes” foram evocadas 297 palavras no GD, 172 no GN e 235 palavras no GP. Para o termo “pé diabético” foram evocadas 180 palavras no GD, 90 no GN e 236 no GP. Os grupos mostraram-se sedentos por maiores informações, confirmando a necessidade de programas de conscientização e educação em diabetes, que contemplem questões globalizantes acerca da doença.

Diabetes Mellitus; Pé Diabético; Humanização da Assistência

¹ Faculdade de Presidente Venceslau, União Nacional das Instituições de Ensino Superior Privadas, Presidente Venceslau, Brasil.

² Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, Brasil.

Correspondência

E. B. Pelai
 Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista.
 Av. Washington Luiz 2491, Presidente Prudente, SP 19023-450, Brasil.
 elisa_li@hotmail.com

Introdução

Dados do ano de 2010 indicam que no mundo há cerca de 285 milhões de pessoas com diabetes mellitus, com considerável disparidade entre populações e regiões. No Brasil, há cerca de 7,6 milhões de diabéticos, correspondentes a 6% da população nacional e a 6,4% da população mundial. As estimativas dos dados coletados em 91 países para determinar as prevalências em todos os 216 países, indicam que, para o ano de 2030 esse valor chegará a 12,7 milhões ¹.

A diabetes mellitus tipo 2 é caracterizada por uma deficiência relativa de insulina e é o tipo mais prevalente, em torno de 90%. Seu desenvolvimento se dá por causa da incapacidade da célula beta em responder à crescente demanda periférica de insulina ².

Embora ainda se desconheça a cura da doença, seu controle é possível e fortemente recomendado ³. Para a população diabética, as atividades de autocuidado associadas ao controle glicêmico podem prevenir complicações, hospitalizações e mortalidade relacionadas ao diabetes mellitus ⁴. As condutas mais empregadas são a avaliação precoce ⁵, o controle de fatores de risco glicêmico e cardiovascular ⁵, orientação nutricional e controle alimentar ⁶, hábitos de vida saudável ^{7,8} e, ainda, orientações mais específicas como o uso de um calçado adequado ⁹.

Adicionalmente, um real conhecimento sobre a doença e suas repercussões pode contribuir, intensamente, para o controle da mesma e facilitar a prevenção de incapacidades ¹⁰. Dentre essas incapacidades, neuropatia diabética periférica é a complicação mais frequente e também chamada de “pé diabético” quando associada com vasculopatia nos membros inferiores ¹¹. Entende-se que o conhecimento da população sobre essa enfermidade possibilita a compreensão das suas representações sociais.

As representações sociais são frutos das relações entre as pessoas e estão ligadas à vida cotidiana ^{12,13}. Elas são produtos da análise das interações e comunicações no interior dos grupos sociais, pois refletem a situação dos indivíduos acerca dos assuntos do seu cotidiano. Sendo assim, o estudo das representações sociais busca investigar como são formados e como funcionam esses sistemas de referência utilizados para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana ¹². Ainda, por meio do estudo da zona muda, que corresponde a não verbalização de termos na análise da representação social, é possível identificar vieses do método e, ainda, atribuir esse fator a uma seleção de palavras que o indivíduo realizada antes de informá-las ao pesquisador ¹³.

Alguns trabalhos têm se dedicado à investigação das representações sociais com a população diabética ^{14,15,16,17} com foco na exploração de conceitos específicos sobre cuidados e complicações. No entanto, ainda não se tem um referencial amplo de estudos que investiguem os vieses conceituais de “diabetes” e “pé diabético” entre grupos de diabéticos, de não-diabéticos e da população de profissionais da área da saúde que lidam com os mesmos.

Frente à lacuna de pesquisas, alta prevalência e incidência do diabetes mellitus em boa parte da população, estudos que abordem a representação social do diabetes mellitus são fundamentais para se investigar o que essa enfermidade representa para a sociedade, bem como para identificar as possibilidades de mudanças de conceitos e atitudes relativos à mesma.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi investigar a representação social dos conceitos “diabetes” e “pé diabético” entre diabéticos, não-diabéticos e profissionais da área da saúde.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, comparativo com abordagem predominantemente quantitativa, desenvolvido no Laboratório de Estudos Clínicos em Fisioterapia (LECFisio), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, que, previamente, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta entidade (protocolo nº 10/2011). Todos os participantes foram esclarecidos em relação aos métodos e finalidades da pesquisa, e em concordância com os mesmos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Amostra

O presente estudo contou com a participação de 161 voluntários da cidade de Presidente Prudente, São Paulo, e região, usuários ou servidores do Sistema Único de Saúde (SUS), de ambos os gêneros e idades entre 30 e 65 anos, divididos em três grupos: grupo de diabéticos (GD) composto por 72 participantes com diagnóstico de diabetes mellitus do tipo 2; grupo não-diabético (GN) composto por 38 participantes sem diabetes mellitus ou outra enfermidade similar; grupo dos profissionais (GP) composto por 51 servidores da área da saúde não-diabéticos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, auxiliares de enfermagem e farmacêuticos). Foram excluídos dos grupos GD e GN profissionais da área da saúde, aqueles que apresentavam alguma enfermidade com acometimento similar ao diabetes mellitus

(por exemplo, neuropatia periférica alcoólica e hanseníase) e também os que apresentaram dificuldade na compreensão dos testes.

Procedimento

Inicialmente, os participantes (GD, GN e GP) foram questionados sobre informações básicas de dados pessoais (gênero, idade e ocupação), a fim de permitir a caracterização da amostra por meio de uma ficha semiestruturada pelos pesquisadores no LECFisio e complementada em unidades básicas de saúde e hospitais da cidade de Presidente Prudente.

Em um segundo momento, essa ficha foi utilizada para a coleta de dados referentes à representação social acerca de diabetes mellitus e pé diabético. Nela os participantes deveriam responder a duas questões^{18,19,20}: (1) escreva cinco palavras (pensamentos, imagens) que lhe vêm à mente quando você pensa em “diabetes”; (2) escreva as cinco palavras (pensamentos, imagens) que lhe vêm à mente quando você pensa em “pé diabético”.

Foi dado um tempo livre para cada indivíduo (cerca de dez minutos ao total) para que ele pudesse responder individualmente a cada pergunta, e o pesquisador anotava na ficha cada palavra na mesma ordem que ela foi evocada. As entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo pesquisador que não pôde fornecer maiores informações sobre o assunto além do que constava na ficha de avaliação.

Todo o material evocado foi digitado em uma planilha eletrônica (Excel, versão 2007; Microsoft Corp., Estados Unidos), exportado e analisado por meio do *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* (EVOC, versão 2000; EVOC, Aix-en-Provence, França) elaborado por Pierre Vergés²¹. Atualmente, esse *software* tem sido utilizado pela área da saúde para outras populações^{19,22}.

Segundo Camargo¹², esse programa tem vários subprogramas (TRIEVOC, RANGMOT, AIDCAT, RANGFRQ, TABRGFR e COMPLEX) que emitem dados estatísticos para a análise das evocações por meio da verificação de frequência e distribuição das palavras evocadas, pelo cruzamento dos dados obtidos com as características dos participantes, pela organização e quantificação das palavras evocadas, pelo cruzamento entre a frequência de cada uma delas e a ordem de evocação, além de calcular as médias e o percentual de representatividade.

Esse *software* permitiu a análise das evocações com base em uma preparação do *corpus*, de sua categorização, frequência e distribuição, agrupamentos, valores de frequência e ordem de

evocação, contribuindo, assim, para a identificação dos possíveis elementos que compõem o núcleo central e o sistema periférico de uma representação social¹⁹.

Usando-se o programa TABRGFR, o *software* divide os dados das evocações em quatro conjuntos denominados: (a) núcleo central, que compreende as palavras primeiramente evocadas em maior quantidade; (b) primeira periferia, envolvendo as palavras mais frequentemente citadas, mesmo não sendo as primeiras a serem ditas; (c) segunda periferia, composta por palavras ditas em primeiro ou segundo lugar dentre as cinco solicitadas, no entanto, sem representatividade numérica; (d) terceira periferia, composto por palavras evocadas em baixa frequência e nas últimas posições dentre as cinco.

Para o presente estudo foi determinada a utilização das evocações referentes ao núcleo central e à primeira periferia, pois ambos revelam, mais fortemente, a representatividade social dos termos em análise, conforme a Teoria de Núcleo Central proposta por Abric²³. Essas periferias complementam o núcleo central e são responsáveis pela interface entre a realidade e o sistema central, posto que atualizam e contextualizam as determinações normativas e outras formas consensuais do núcleo central¹⁹.

Alguns participantes não foram capazes de evocar cinco palavras para cada termo, conforme solicitado pelo avaliador. Essa ausência de palavras, conhecida como “zona muda”²⁴, é baseada no princípio de que o participante prefere ocultar algumas informações, pois realiza mentalmente uma seleção do que seria uma “boa resposta”, o que foi importante para o presente estudo, pois foi possível observar a falta de conhecimento e a percepção negativa sobre a doença pelos participantes. Nessas situações existem duas facetas da representação: uma representação explícita, verbalizada pelos participantes; e uma segunda parte da representação, não verbalizada ou não expressa pelos participantes, que consistiria em uma zona muda das representações sociais²⁵. Ela integra a consciência dos indivíduos, entretanto não pode ser expressa por eles por causa da situação social na qual ocorre a sua produção¹².

Entende-se, portanto, que zona muda é um subconjunto específico de crenças e de crenças que, mesmo existentes, não são expressas pelos participantes nas condições normais de produção e, se assim o fossem, poderiam pôr em questão os valores morais ou as normas valorizadas pelo grupo^{24,26}.

Para o cálculo da zona muda, usando-se o programa RANGMOT do *software*, foi obtida a quantidade de palavras evocadas para cada termo (diabetes/pé diabético) de cada grupo do

estudo. Esse valor foi subtraído da quantidade esperada de evocações para cada grupo em relação a cada termo e, por fim, o resultado foi transformado em porcentagem.

Resultados

Os 161 participantes da amostra foram divididos nos grupos: GD (n = 72) composto por 45% de indivíduos do gênero masculino e 55% do feminino, GN (n = 38) formado por 39% de indivíduos do gênero masculino e 61% do feminino e GP (n = 51) composto por 60% de indivíduos do gênero masculino e 40% do feminino. No GD a média de idade foi de $56,12 \pm 5,49$ anos, o GN apresentou $54,29 \pm 7,91$ anos e o GP teve média de idade de $34,95 \pm 7,52$ anos. O GP foi composto por profissionais das especialidades: enfermagem (62%), fisioterapia (20%) e medicina (18%), atuantes na área hospitalar.

Quando questionados acerca da representação social obtivemos, para o termo “diabetes”, a evocação de 297 palavras no GD, 172 no GN e 235 no GP. Para o termo “pé diabético” foram evocadas 180 palavras no GD, 90 no GN e 236 no GP.

A Tabela 1 aponta os dados de evocação de palavras dos termos “diabetes” e “pé diabético” por grupos, de acordo com a disposição previamente oferecida pelo *software* EVOC, da qual retiramos os dados do núcleo central e da primeira periferia (que, embora não fosse o núcleo central, foi igualmente representativa) conforme os primeiros achados teóricos propostos por Abric²³.

Seguem representados na Figura 1 a distribuição dos valores da zona muda, diferença porcentual da quantidade de palavras que deveriam ser evocadas em relação a quantas realmente foram, por grupo (GD, GN e GP), em relação aos termos “diabetes” e “pé diabético”.

Discussão

Ao trabalhar com evocações de palavras, pode-se observar uma considerável diferença em relação aos termos evocados pelos grupos analisados, tanto no aspecto quantitativo, em relação ao número e frequência de palavras evocadas por grupo, quanto no aspecto qualitativo, ou seja, referente aos conteúdos evocados.

O GD, para o termo “diabetes”, relatou de imediato as palavras “cuidar”, “dieta”, “incurável”, “medo”, “ruim” e “tristeza”. Embora haja uma constante oscilação entre os sentimentos e atitudes positivas ou negativas no cotidiano da pessoa com diabetes mellitus²⁷, podemos notar que

as palavras evocadas no presente trabalho estão mais relacionadas com os aspectos negativos do diabetes mellitus (a doença como limitadora de atividades de vida diária e da qualidade de vida) concordando, desta maneira, com o estudo de Silva et al.¹⁸ ao investigar as representações sociais de diabéticos em relação ao seu corpo e suas dependências.

“Cuidar” pode representar seu grau de dependência, que pode ser agravado pelas sensações de “medo” e “tristeza”, ademais veem a doença como “incurável” e “ruim”. Dentro de todo o aspecto de cuidados para o portador do diabetes mellitus, apenas mencionam a “dieta” como algo que possivelmente provém de orientações prévias de algum profissional, mas que pode assumir uma conotação relacionada à limitação alimentar a qual são submetidos. Compondo a primeira periferia e, portanto, igualmente importante, encontram-se as palavras “alimentação”, “amputação”, “doce”, “limitação”, “mal-estar”, “preocupação” e “visão”, as quais, da mesma forma, compõem o universo de sensações negativas relacionadas ao diabetes mellitus.

No estudo de Coelho et al.¹⁵, o diabetes mellitus é visto, pela população diabética, com muito medo, sobretudo quando é relacionado às possibilidades de complicações. É mencionado como uma doença “silenciosa”, “perigosa” e “danada” sendo, de modo geral, interpretada como um mal precursor de cuidados. Ainda, o estudo citado apontou que o diabetes mellitus é visto por seus portadores como uma ameaça implícita para o desenvolvimento de complicações, e o pé foi referido como a parte do corpo que mais os preocupava quando pensavam na doença.

Ainda para o GD, em relação ao termo “pé diabético” nota-se que 40% da população deste grupo apenas referiram “desconhecimento” do assunto, dentre os demais participantes foram evocadas as palavras “amputação”, “cuidar”, “dor”, “medo” e “sensibilidade”. Pode-se observar que tais palavras remetem apenas às sensações negativas, e em nenhum momento são referências aos mecanismos de prevenção de incapacidades. Na primeira periferia são encontradas apenas as palavras “cicatrização” e “ferida”. Assim, podemos observar a enorme falta de informação sobre essa enfermidade (pé diabético) que corresponde à mais frequente complicação do diabetes mellitus²⁸.

Adicionalmente, o estudo de Coelho et al.¹⁵ mostra, para diabéticos, que o pé recebe valores atribuídos a um alicerce, bem como representam segurança e autonomia em relação à locomoção. Assim, o “pé diabético” é visto como uma doença, na medida em que limita a capacidade natural do

Tabela 1

Dados de representação social acerca dos termos “diabetes” e “pé diabético” para os grupos diabético (GD), não-diabético (GN) e de profissionais da saúde (GP) (N = 161).

	Núcleo central		Primeira periferia	
	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
Grupo diabético				
Diabetes	Cuidar	8	Alimentação	21
	Dieta	8	Amputação	7
	Incurável	11	Doce	10
	Medo	9	Limitação	6
	Ruim	8	Mal-estar	7
	Tristeza	6	Preocupação	7
Pé diabético	Amputação	12	Visão	7
	Cuidar	15	Cicatrização	6
	Desconhecimento *	28	Ferida	9
	Dor	8		
	Medo	9		
	Sensibilidade	7		
Grupo não-diabético				
Diabetes	Açúcar	16	Alimentação	15
	Dieta	7	Cuidar	7
	Doce	9		
Pé diabético	Desconhecimento *	21	Amputação	10
			Ferida	8
			Sensibilidade	6
Grupo de profissionais de saúde				
Diabetes	Açúcar	17	Cegueira	7
	Alimentação	10	Dieta	10
	Doce	17	Fome	6
	Obesidade	6	Insulina	17
Pé diabético	Amputação	38	Cicatrização	9
	Cuidar	11	Curativo	16
	Ferida	19	Dor	10
	Infecção	10		
	Necrose	15		
	Odor	17		

Nota: o valor de frequência corresponde ao número de vezes que a palavra foi mencionada por um respectivo grupo para um determinado termo (diabetes/pé diabético).

* O termo “desconhecimento” se refere à ausência de respostas, justificada por falta de informação (exemplo: “nunca ouvi falar”).

pé na locomoção. Por fim, acredita que as representações sobre o pé diabético 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 recuperação e prevenção de incapacidades.

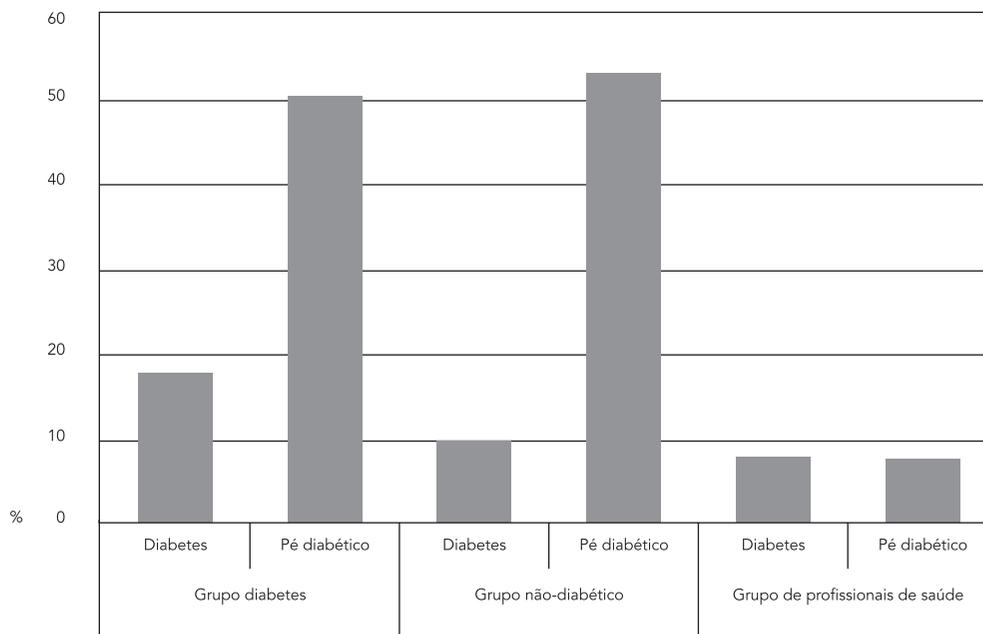
No GN, para o termo “diabetes”, foram mencionadas no núcleo central as palavras “açúcar”, “dieta” e “doce” e, na primeira periferia, as pala-

avras “alimentação” e “cuidar”. Esses dados mostram que essa população encontra-se apenas na superficialidade do assunto e que seu baixo nível de informação está concentrado nas restrições nutricionais.

Observa-se que a relação do indivíduo com o alimento, a alimentação e as dietas alimentares prescritas, incluídas no gerenciamento do diabetes, não se pautam exclusivamente por critérios

Figura 1

Representação dos valores percentuais de zona muda.



racionais, como pretendem os saberes médico e nutricional científicos, ocupados mais com os conteúdos funcionais da “nutrição” do que com a “comida” que recupera elementos da experiência pessoal e social do consumo de alimentos ²⁹.

Já em relação ao termo “pé diabético”, o núcleo central aponta um geral “desconhecimento” desse grupo acerca dessa complicação, de forma que 55% dele nunca foram informados sobre este acometimento. Ademais, na primeira periferia nota-se a evocação das palavras “amputação”, “ferida” e “sensibilidade” por uma pequena parcela da amostra desse grupo.

No GP, por sua vez, em relação ao termo “diabetes” nota-se a evocação das palavras “açúcar”, “alimentação”, “doce” e “obesidade” no núcleo central, e as palavras “cegueira”, “dieta”, “fome” e “insulina” na primeira periferia. Diante disso, percebe-se que a predominância de palavras está relacionada com os fatores de limitação nutricional que envolvem o diabetes mellitus. Em relação ao termo “pé diabético” foram evocadas as palavras “amputação”, “cuidar”, “ferida”, “infecção”, “necrose” e “odor” no núcleo central, e as palavras “cicatrização”, “curativo” e “dor” na primeira periferia. Tais ocorrências estão relacio-

nadas fortemente às rotinas hospitalares de atenção terciária e refletem a severa gravidade dos casos que chegam aos centros de atendimento especializado. De modo geral, manifesta dados de limitação e incapacidade e não traz preocupações com o nível primário de atendimento à saúde (focado na prevenção).

Ainda no GP, constata-se o uso de termos mais técnicos como “cegueira” e “insulina”. Entretanto, termos relacionados a sentimentos negativos decorrentes da doença, muito presentes no GD, não foram evidenciados no GP, concordando com o estudo de Coelho et al. ¹⁵ no qual mostram que o profissional da saúde não compreende o significado que a doença crônica tem para essa população, mesmo sendo esses profissionais a fonte de conhecimento técnico mais acessível, na qual buscam auxílio, esclarecimento e avaliações.

Assim, o presente estudo, em concordância com a literatura, sugere um maior investimento na compreensão dos sentimentos relacionados à convivência do participante diabético com a doença, a fim de criar propostas para a educação em saúde alicerçadas na realidade dessa população. Ademais, as representações do diabetes

mellitus podem oferecer subsídios para o entendimento da baixa adesão ao tratamento dessa enfermidade, bem como promover uma assistência à saúde integral e humanizada, reduzindo os altos custos decorrentes das complicações diabéticas^{14,15,27}.

Esperava-se encontrar evocações relacionadas à atividade física, pois a mesma tem sido apontada por muitos estudos como um fator importante para a redução da incidência de diabetes mellitus, de complicações cardiovasculares e melhora do controle metabólico e da qualidade de vida^{30,31,32} e que, portanto, pode contribuir fortemente para as políticas de prevenção de incapacidade. O trabalho de Knuth et al.³³ aponta que apenas 47% da população estudada, adultos saudáveis, reconheciam a importância da atividade física para diabéticos e, ainda, que o conhecimento estava fortemente relacionado à condição social do participante. Essa situação reforça a necessidade de programas educativos em saúde coletiva que atinjam todas as camadas da sociedade. Dentre as estratégias a serem adotadas por esses programas, a principal seria a adoção de uma política de conscientização precoce de diabéticos e não-diabéticos sobre essa doença e suas complicações, mostrando que cuidados simples e mudanças de hábitos da vida diária podem repercutir positivamente sobre a prevenção e até mesmo cura de incapacidades.

Destaca-se, nesse sentido, o cuidado com higiene básica dos pés e a prática regular e orientada de atividade física. Inclusive, essa última já possui na literatura confirmações de sua eficácia para a população diabética, bem como aponta parâmetros para a sua realização^{30,34}.

Diante do exposto, nota-se uma vasta desinformação acerca do tema estudado por esses perfis e, dentre as evocações, houve predominância de palavras relacionadas aos desfechos das complicações e sentimentos negativos do diabetes

mellitus em detrimento às evocações relacionadas aos cuidados e prevenção de incapacidades. Nota-se que os diabéticos lembram de palavras mais voltadas aos sentimentos provenientes da sua vida cotidiana com a enfermidade e, no entanto, os profissionais da saúde ainda não estão atentos a esses sentimentos e evocam palavras de um universo mais técnico, de âmbito curativo e pouco educativo.

Goulart & Chiari³⁵ enfatizam em seu estudo a importância da dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, que precisam ser considerados e trabalhados nas relações entre o profissional da saúde e os pacientes de maneira geral.

Diante de nossas limitações, sugere-se que outros trabalhos sejam realizados com um número maior de participantes, calculado por meio de análises populacionais mais específicas e também com outras populações, para que essa ferramenta possa se tornar um instrumento de investigação em saúde pública.

Conclusão

O presente estudo pôde indicar uma falta de comunicação e interação entre os profissionais da saúde e os diabéticos nas rotinas de atendimento, indicando uma predominância na preocupação técnica por parte dos profissionais na realização do serviço prestado e uma menor atenção ao cuidado do indivíduo diabético como um ser único, falhando na proposta de humanização nos atendimentos realizados à população. Dessa forma, é urgente a criação de programas de conscientização e educação em diabetes que contemplem questões globalizantes acerca da doença, visando à integração corpo e mente dos indivíduos, tanto diabéticos como não-diabéticos ou profissionais da área da saúde.

Resumen

Se realizó un estudio para investigar la representación social de los términos “diabetes” y “pie diabético” en diferentes poblaciones. Los participantes fueron divididos en grupos: diabéticos (GD), no diabéticos (GN), y profesional de la salud no diabéticos (GP). Se recogieron datos de carácter personal y los sujetos respondieron a dos preguntas en las que cinco evocan las palabras que vienen a la mente cuando se piensa en “diabetes” y luego en “pie diabético”. El material se analizó mediante software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Èvocations. Participaron 161 sujetos con GD ($n = 72$) con una edad media de $56,12 \pm 5,49$ años, GN ($n = 38$) con $54,29 \pm 7,91$ años y GP ($n = 51$) de 34 años $95 \pm 7,52$ años. Para la representación social del término “diabetes” se evocaron en GD 297 palabras, 172 y 235 en el GP GN. “Pie diabético” se mencionó en los GD 180 palabras, 90 y 236 en el GP GN. Los grupos solicitaban más información, lo que confirma la necesidad de programas de sensibilización y educación sobre la diabetes, que tienen preguntas sobre la globalización de la enfermedad.

Diabetes Mellitus; Pie Diabético; Humanización de la Atención

Colaboradores

E. B. Pelai, N. U. Savian, P. Pagotto e C. E. P. T. Fregonesi trabalharam na redação e revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada. A. M. Mantovani e A. M. Mantovani participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87:4-14.
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2011; 34 Suppl 1:S62-9.
- Ochoa-Vigo K, Pace AE. Pé diabético: estratégias para prevenção. *Acta Paul Enferm* 2005; 18:100-9.
- Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35:1239-45.
- Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care* 2010; 33:1872-94.
- American Diabetes Association; Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, et al. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2008; 31 Suppl 1:S61-78.
- Jessen NJ, Goodyear LJ. Diabetes: exercise and type 2 diabetes mellitus: good for body and mind? *Nat Rev Endocrinol* 2010; 6:303-4.
- Vasilios K, Stabouli S. Fitness, nighttime blood pressure and vascular ageing in type 2 diabetes. *Hypertens Res* 2011; 34:799-800.
- Paton J, Bruce G, Jones R, Stenhouse E. Effectiveness of insoles used for the prevention of ulceration in the neuropathic diabetic foot: a systematic review. *J Diabetes Complications* 2011; 25:52-62.
- Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:906-11.
- Al-Maskari F, El-Sadig M. Prevalence of risk factors for diabetic foot complications. *BMC Fam Pract* 2007; 8:59.
- Camargo LS. Concepções de adolescentes sobre a escola: do risco à proteção [Dissertação de Mestrado]. Presidente Prudente: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista; 2009.

13. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1978.
14. Alves-Mazzotti AJ. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras* 2008; 1:18-43.
15. Coelho MS, Silva DMGV, Padilha MIS. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43:65-71.
16. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Representações de saúde em mulheres com diabetes tipo 2. *Ciênc Cuid Saúde* 2008; 7:295-303.
17. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45:651-8.
18. Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm* 2011; 64:947-51.
19. Silva ESD, Padilha MI, Rodrigues LA, Vasconcelos EV, Santos LMS, Souza RF, et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Rev Bras Enferm* 2010; 63:404-9.
20. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na Cidade de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:71-82.
21. Vergés P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations: manuel version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie; 2000.
22. Lima Júnior J, Maia EMC, Alchieri JC. Avaliação de serviços hospitalares na perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúch Enferm* 2008; 29:528-35.
23. Abric JC. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira DC, Campos PHF, organizadores. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2005. p. 23-34.
24. Menin MSS. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. *Psicol Teor Pesqui* 2006; 22:43-52.
25. Oliveira DC, Costa TL. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. *Psicol Teor Prát* 2007; 9:73-91.
26. Guimelli C, Deschamps JC. Effets de context sur la production d'associations verbales: les cas des représentations sociales des Gitans. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2000; 47-48:44-54.
27. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2012; 25:284-90.
28. Foss-Freitas MC, Marques WM, Foss MC. Neuropatia autonômica: uma complicação de alto risco no diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008; 52:398-406.
29. Barsaglin RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde Soc* 2010; 19:919-32.
30. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev Bras Med Esporte* 2004; 10:320-4.
31. Lunz W, Molina MCB, Rodrigues SL, Gonçalves CP, Baldo MP, Viana EC, et al. Impacto da atividade física sobre o risco cardiovascular na população adulta de Vitória-ES. *Rev Bras Ciênc Mov* 2010; 18:64-73.
32. Pitanga FJG, Almeida LAB, Freitas MM, Pitanga CPS, Beck CC. Padrões de atividade física em diferentes domínios e ausência de diabetes em adultos. *Motricidade* 2010; 6:5-17.
33. Knuth AG, Bielemann RM, Silva SG, Borges TT, Del Duca GF, Kremer MM, et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:513-20.
34. Mercuri N, Arrechea V. Atividade física e diabetes mellitus. *Diabetes Clínica* 2001; 5:347-9.
35. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 15:255-68.

Recebido em 17/Jan/2013

Versão final reapresentada em 05/Jun/2013

Aprovado em 20/Jun/2013