

Empirical Articles

Alimentação na Visão das Pessoas com Diabetes Mellitus: Contributo das Representações Sociais

Food and Diet According to People With Diabetes Mellitus: Contribution of Social Representations

Maria Marta Amancio Amorim^{*ab}, Natália Ramos^b, Maria Flávia Gazzinelli^c

[a] Centro Universitário Una, Belo Horizonte, Brasil. [b] Centro de Estudos em Migrações e Relações Interculturais, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa, Portugal. [c] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Resumo

Objetivo: Identificar as representações sociais sobre a alimentação de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 - DM2.

Método: Os usuários com DM2 de uma Unidade Básica de Saúde (n = 34) de Belo Horizonte, Brasil, sugeriram 5 palavras, com justificativa da mais importante, após a questão indutora: Quando se fala em alimentação do diabético, o que vem à sua mente? Os discursos foram gravados, transcritos, categorizados e interpretados pela análise do conteúdo e teoria da representação social.

Resultados: Alguns entrevistados indicaram que a pessoa com DM2 deve comer de forma saudável. Outros se apoiaram na qualidade da alimentação, representando-a como "comer legumes e frutas", e "evitar os doces". Há ainda aqueles cujo discurso se pautou no comer pouco, preocupando-se com as quantidades de alimentos ingeridas. Existem aqueles que representaram a alimentação como não comer muito, focando na frequência da alimentação, pois consideram que fracionar a alimentação em muitas refeições não é adequado. Outros focaram o seu discurso na ingestão seletiva de alimentos, especificamente aqueles que não fazem mal ao organismo. Por fim, outros, consideraram que a alimentação não implica seguir uma dieta específica.

Conclusão: Diferentes discursos abordando normas dietéticas podem ser encontrados na sociedade, deixando a pessoa com DM2 diante de dúvida dos alimentos que pode ou não comer.

Palavras-Chave: alimentação, diabetes mellitus, atenção primária à saúde, representações sociais

Abstract

Aim: To identify social representations of the diet of people with type 2 diabetes mellitus (DM2).

Methods: Users with DM2, from a basic health centre (n = 34) in Belo Horizonte, Brazil, were requested to indicate 5 words and a corresponding justification after being asked the following question: when we are talking about the diet of someone diabetic what comes to your mind? The answers were recorded, transcribed, categorised and interpreted using content analysis and social representation theory.

Results: Some of the interviewed stated that someone with type 2 diabetes should eat healthily. Others focused on food quality, such as eating vegetables and fruits while avoiding sweets. There were also those who emphasised eating small amounts of food, that is, the quantity of food they consumed. There were those who represented eating as not eating too much, focusing on the frequency of intake, as they considered that breaking down the diet in many meals is not appropriate. Others focused their speech on selective food intake, specifically those that do not harm the body. Lastly, others, considered that food intake does not imply following a specific diet.

Conclusion: There is a variety of discourse regarding dietary norms in society, leaving people with DM2 in great doubt about what they can or cannot eat.

Keywords: food intake, diabetes mellitus, primary health care, social representations

Psychology, Community & Health, 2018, Vol. 7(1), 97–108, doi:10.5964/pch.v7i1.197

Received: 2016-05-15. Accepted: 2018-02-15. Published (VoR): 2018-12-21.

Handling Editor: Sara Monteiro, Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia, Aveiro, Portugal; CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

*Corresponding author at: Rua Herval, 515, apto 1103. Serra. 3024010. Belo Horizonte/Brasil. E-mail: martamorim@hotmail.com



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

A diabetes mellitus 2 (DM2) é uma das doenças crônicas mais comuns na contemporaneidade, com grande impacto na saúde pública, no âmbito mundial, e altos custos de tratamento (Milech et al., 2016). Esses impactos podem ser diminuídos se a pessoa com DM2 implementar o autocuidado no cumprimento de práticas referente à alimentação, atividade física, medicamentos anti-diabéticos e/ou insulina (American Diabetes Association, 2017).

O ser humano possui a capacidade de adaptação à realização do autocuidado, contudo, o cumprimento dessas práticas não é fácil para a maioria das pessoas com DM2 (Cyrino, 2009). Segundo Bury (1982), a partir da descoberta da doença, a estrutura da vida cotidiana e as formas que a sustentam são interrompidas. Williams (2000) ressalta que, em decorrência da doença, ocorrem rupturas na identidade que podem ser de caráter permanente e com impacto nos hábitos de vida. Na relação da pessoa com outros, a identidade pode ser construída ou reconstruída. A construção das representações identitárias dos usuários com DM2 da atenção primária à saúde e sua relação com as ações de autocuidado requeridas foram investigadas. Os participantes classificaram-se nas seguintes categorias: Normais, Aceitação da doença, Inconformados com a doença, Com dificuldade de aceitação da doença. Os *normais* convivem com a doença de forma positiva, fazendo adaptações necessárias no cotidiano para aderir ao tratamento. Os que *aceitam a doença*, esperam dos profissionais da saúde a condução do tratamento e, de Deus, a cura da DM2 — atitudes de não responsabilização pela saúde. Os *inconformados* elaboram a doença como uma imagem de perigo e de risco, pautando-se em atitudes desfavoráveis e negativas. Os participantes que *têm dificuldades*, se deparam com entraves ao se cuidarem culminando em sentimentos e atitudes negativas sobre a doença. Assim, os obstáculos enfrentados pelos participantes que julgam aceitar a doença, pensam ser inconformados e têm dificuldades de colocar em prática o autocuidado, devem ser avaliados pela equipe que atua na atenção primária à saúde, superando a lógica biomédica (Amorim, 2012; Amorim, Ramos, Brito, & Gazzinelli, 2014; Amorim, Ramos, & Gazzinelli, 2016a).

A identificação dos fatores limitantes e da forma singular como as pessoas articulam aspectos diferentes que se interagem na produção do autocuidado, principalmente em relação à alimentação, é favorecida pelo conhecimento da subjetividade e dos significados por elas atribuídos à doença (Cyrino, 2009). A subjetividade está comprometida de forma permanente com as ações do sujeito nos diferentes espaços em que participa (Rey, 2009) e articula-se com as representações sociais, sendo “uma produção subjetiva complexa que simultaneamente está constituída na subjetividade individual e na social” (Rey, 2006, p. 75). Nesse contexto, uma das formas de se aprofundar o conhecimento da visão subjetiva da pessoa com DM2 é levantar as representações sociais sobre sua alimentação.

As representações sociais têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais porque respondem a quatro funções essenciais: i) permitem compreender e explicar a realidade, ii) guiam os comportamentos e as práticas, iii) permitem a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, e iv) definem a identidade. Ao compreender essas funções essenciais das representações sociais, verifica-se que existe relação entre as representações sociais e as práticas sociais (Abric, 1998). Por seu turno, uma das práticas sociais que mais preocupa as pessoas com DM2 é a alimentação, um dos obstáculos mais difíceis de ser superados (Cyrino, 2009; Pontieri & Bachion, 2010), e a primeira limitação com a qual as pessoas se defrontam ao serem diagnosticadas com DM2, devido a seu caráter proibitivo, podendo ser motivo de estresse, discriminação e opressão (Motta, 2009).

Ribas, Santos, & Zanetti (2011) identificaram as representações sociais das pessoas com DM2 sobre os alimentos e os discursos foram permeados de sentimentos diversos como depressão, inferioridade, ansiedade, segurança, conforto, desejo e vício — que podem se tornar obstáculos para o seguimento do plano alimentar prescrito.

Nesse estudo, pretende-se estudar as representações sociais sobre a alimentação, um conceito mais amplo, que envolve os alimentos, e os aspectos referentes à seleção, preparação e consumo (Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 2014). A partir do levantamento destas representações procura-se uma aproximação do comportamento alimentar com o intuito de compreender como as informações referentes à alimentação associadas ao conviver com a DM2 são incorporadas pelos participantes no seu cotidiano.

Método

Esta pesquisa qualitativa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte/Brasil. Os usuários com diagnóstico de DM2, levantados dos registros da UBS, fizeram parte da amostra, tendo sido excluídos aqueles com complicações crônicas da doença. Os participantes que aceitaram participar foram 23 do sexo feminino, com idade variando de 53 a 80 anos, média de $65 \pm 7,63$ anos e 11 do sexo masculino, com 40 a 76 anos, idade média $67,64 \pm 7,21$ anos. Uma amostra de 34 usuários permite o pesquisador conhecer bem o seu objeto de estudo; segundo Silva, Camargo, & Padilha (2011), para uma pesquisa qualitativa com levantamento de dados, sugere-se incluir acima de 30 participantes.

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

A coleta das representações sociais foi realizada por meio da associação livre de palavras — técnica que propicia colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado assim como a sua dimensão imagética, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo (Abric, 2001). Solicitou-se aos sujeitos que indicassem cinco palavras ou expressões, após serem estimulados pela questão indutora: “Quando se fala em alimentação do diabético, o que vem à sua mente?”. Logo após, foi solicitado que apontassem a evocação considerada mais importante com a respectiva justificativa, dado este que foi posteriormente analisado.

As entrevistas foram gravadas no Free Audio Editor 2009® e os discursos transcritos constituíram o *corpus* da pesquisa. A leitura flutuante do corpus permitiu a codificação dos dados brutos, transformados de forma organizada e agregados em unidades, com a descrição das características pertinentes do conteúdo. O próximo passo foi a escolha das categorias, conhecidas como a forma geral de conceito ou de pensamento ou o reflexo da realidade. Em seguida, os dados distribuídos em categorias foram analisados, utilizando-se a técnica de análise do conteúdo proposta por Bardin (2015). Essa técnica consiste na análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relevantes às condições de produção e recepção dessas mensagens, seguindo-se as etapas da pré-análise, codificação e tratamento dos resultados (Bardin, 2015). Finalmente, os dados foram interpretados adotando-se como referencial a teoria das representações sociais proposta por Moscovici (2012).

Resultados

Partes deste artigo foram previamente apresentados na conferência Alimentação na visão das pessoas com diabetes mellitus: Contributo das representações sociais apresentada no 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, em Lisboa (Amorim, Ramos, & Gazzinelli, 2016b).

As categorias das representações sociais da alimentação levantadas foram sete: comer saudável (três participantes), comer legumes e frutas (sete participantes), comer pouco (quatro participantes), desviar dos doces (cinco participantes), não comer de tudo (sete participantes), não comer muito (seis participantes) e não seguir a dieta (dois participantes). Para ilustrar cada categoria serão dados alguns exemplos de discursos dos participantes.

Comer Saudável

A saúde tem significativa importância na vida desse grupo de participantes que, preocupados em manter o controle glicêmico, orientam-se pelas ideias disseminadas na sociedade — em diferentes meios de comunicação — de comer “coisas saudáveis”, “alimentos que não fazem mal à saúde” e “comida light” para representar a alimentação das pessoas com DM2.

Assim, esse participante, por exemplo, relaciona a alimentação saudável ao controle glicêmico:

“Procurar comer coisas saudáveis. É uma alimentação saudável, porque devo aceitar o metabolismo do meu organismo para ele ficar mais no nível normal. Depois que a gente adoce, voltar atrás é muito difícil, principalmente o diabético”.

Este participante possui a crença de que a glicose pode ficar normal se ele aceitar o organismo acometido pelo DM2. Como essa enfermidade não tem cura, seu organismo não retorna ao estado anterior de normalidade; no entanto, ele consegue encontrar o equilíbrio dinâmico entre a saúde e a doença, ao conviver de forma harmoniosa com as normas da alimentação saudável. Outro participante reforça esse pensamento ao alertar:

“Eu sinto bem fazendo a alimentação adequada. Se erra a mão um pouquinho, de repente bagunça”.

Além dos alimentos nomeados como saudáveis e adequados, os *light* mantêm o controle glicêmico, na visão de outro participante:

“A comida nossa é *light*. Para tá sem problema. Não sei como estão os seus controles. Como mais feijão, arroz, muita verdura crua”.

Esse participante espera que o controle da sua glicemia seja mantido nos níveis adequados por consumir a alimentação *light*, classificada assim, por ele, ao incorporar uma grande quantidade de legumes crus ao tradicional arroz com feijão.

Comer Legumes e Frutas

Comer legumes e frutas, recomendação divulgada na mídia como um dos comportamentos referentes à alimentação saudável a ser adotado pela população, é a representação social da alimentação desse participante:

“Faço comida separada para mim, arroz e carne. Como muita verdura e fruta. A única coisa que consumo é mamão, laranja e banana. Eu adoro banana. Maçã eu não gosto, pois dá fome. De vez em quando, eu compro melancia e abacaxi. De vez em quando, para variar. Não é sempre”.

O participante inscreve os legumes e as frutas em seu cotidiano e as interpreta colocando numa escala de preferência em função das sensações que proporcionam ao corpo e na importância para a saúde.

Outros participantes também representam sua alimentação no comer legumes e frutas, pois esses alimentos lhes proporcionam sensações gustativas agradáveis:

“Minha comida é colorida. Eu já acostumei com a minha comida. Eu não gosto de comida com pouca verdura. A carne não faz falta, mas a verdura faz. Sempre comia muita verdura. Minha alimentação antes era mais balanceada. Eu já acostumei. A minha geladeira é cheia de verdura”.

“Gosto de verdura. Porque toda vida eu gosto de verdura. Se está tudo certo eu como duas qualidades de verdura, só não gosto de pepino. Eu perdi minha mãe na época em que ia fazer os exames. Eu não estava seguindo a dieta direitinho por causa do hospital, fiquei 20 dias no hospital, aí os resultados subiram”.

O hábito de consumir legumes e frutas foi construído pelos participantes, antes do advento da doença, e pautado pelo prazer. Para a primeira participante, a falta de legumes no cardápio pode contribuir para a elevação dos resultados da glicemia.

Comer Pouco

Para esses participantes, o controle centra-se na quantidade de comida e expressa-se no comer em menores quantidades.

“Desde quando fiquei sabendo que era diabético, em 1996, tenho uma vida normal. Diminuí a quantidade que comia – dois pratos, passei a comer um prato. O médico disse para eu diminuir, mas nunca passou dieta. O médico do convênio da empresa me disse que, como viajo o tempo todo, é bom eu chupar uma bala, senão pode dar hipoglicemia”;

“Normal. A alimentação minha é normal do dia a dia, eu me sinto bem, como reduzido”.

Como a alimentação cotidiana desses participantes incluem os mesmos alimentos consumidos anteriormente, antes do advento da enfermidade, eles a representam como normal. A redução dos alimentos efetuada pelo primeiro participante não é considerada dieta, que é entendida por ele como uma lista de alimentos permitidos e proibidos com as respectivas quantidades.

Desviar dos Doces

Um participante representa sua alimentação de maneira a desviar dos doces como forma de se proteger das consequências do consumo desse alimento dito proibido, conforme relatos:

“Doce, parei de fazer e de comer. Doce, eu sinto prazer em comer doce”;

“Suco, eu parei de tomar, porque eu gosto doce. Eu não gosto de adoçante. Diminuí a quantidade que tomava de café, coloco um pouco de leite desnatado”.

O primeiro participante gosta e sente prazer ao comer alimentos adocicados, que causam sensações de recompensa e bem-estar. Porém, ele descreve que não come e nem prepara esses alimentos; transparece ter se tornado mais resistente ao desejo. Por não gostar de adoçante, o outro participante buscou uma alternativa para adoçar o café com o açúcar do leite.

Ainda em relação ao doce, outra participante desvia desse alimento guiada pelo medo:

“Tenho medo de doce, da batata, do macarrão. Às vezes, eu faço doce, mas não como. Eu gosto muito de sopa de macarrão. Eu até parei de fazer empadão. É melhor não fazer; quem faz, sofre. Não sou de doce, não como comida gordurosa”.

Esta participante expressa que comer os alimentos que julga proibidos — como doce, batata e macarrão — aumenta seu medo. O medo de subverter regras aflora quando ela diz “é melhor não fazer, quem faz sofre” e retrai em momentos distintos, ao mencionar de modo conformado “não sou de doce”.

Não Comer de Tudo

A linguagem a que a ciência recorre para falar sobre as noções nutricionais de variedade e equilíbrio dos nutrientes é traduzida no discurso leigo para a expressão “comer de tudo”. Esse participante representa sua alimentação na negativa dessa expressão e a tônica do discurso recai sobre o que *não pode comer* e o impacto desses alimentos sobre o organismo acometido pela doença:

“Consciência para comer. Temos que ter consciência do que vai comer, não é qualquer coisa que pode entrar, se ele for comer uma comida que não serve, ele pode passar mal”.

Esse participante classifica as comidas nas que não servem para comer como as “impregnadas” de bactérias ou as que causam mal ao organismo acometido pela DM2. Provavelmente na mente desse participante o *não comer de tudo* ficou gravado quando aceitou seguir a dieta proibitiva prescrita.

Para outros participantes, o não comer de tudo foi construído pautado nas restrições:

“Não comer massa. Porque não podemos comer massa”;

“A dieta deve ser rigorosa. Às vezes, eu não posso comer tudo, tudo meu é dietético. Eu vou ao mercado e compro doce diet. Faço gelatina diet”.

Os discursos desses participantes pautam-se na crença divulgada no senso comum, segundo a qual as pessoas com DM2 não podem comer massas e a alimentação deve ser *diet*.

Não Comer Muito

O não comer muito e o não comer pouco são orientações para que as pessoas com DM2 não tenham hipoglicemia:

“Como doce e chupo bala esporadicamente. Bala, uma bala, é o seguinte: quando eu estou fora de casa, muito tempo sem comer nada, dá aquela chiação, aí eu chupo uma bala e bebo água”.

Ele explica que quando fica muito tempo sem comer “dá aquela chiação”, sinal de que há falta de glicose no sangue. O “remédio” é chupar uma bala para combater o mal-estar sentido, crença que circula no senso comum.

Para outro participante, o não comer muito equivale a “educar a alimentação”:

“Necessidade de educar a alimentação. Antes de ser diabético, a educação em relação à alimentação fazia parte, a alimentação dava mais conforto”.

Ele chegou a essa conclusão pela observação das sensações que sua alimentação proporcionava ao corpo antes da manifestação da DM2. Mesmo na presença da doença e ciente de que o alimento desempenha função de acalento, ele poderá consumir a quantidade de alimentos suficiente e que ao mesmo tempo dê “conforto” a seu organismo. Esse participante possui a capacidade de realizar a leitura corporal para detectar desejos e sensações de conforto (Miranda-Júnior et al., 2005), habilidade que poderá ser benéfica para que ele possa “educar a sua alimentação”.

Não Seguir a Dieta

Os depoimentos desses participantes acerca da alimentação justificam a dificuldade de seguir o plano alimentar:

“Eu não sigo direito as orientações. Por eu não seguir as orientações a minha diabetes não é controlada”;

“Não consegui fazer dieta. Não faço como deveria fazer por causa do meu trabalho de representante comercial. Trabalho de manhã e à tarde estou em casa. Eu gostaria de ter força de vontade para fazer dieta”.

Para o segundo, o trabalho dificulta o cumprimento da dieta já que a ocupação profissional o impede de comer em casa.

Discussão

Na coleta dos pensamentos sobre a alimentação dos participantes, a técnica da associação livre de palavras propiciou colocar em evidência o primeiro pensamento face à pergunta evocadora e as motivações deste pensamento, desvelando um universo comum de expressões, que foram analisadas explorando o modo singular como os sujeitos estruturam e fornecem significados a si mesmos e aos outros.

As representações foram evocadas pela necessidade dos participantes de dar sentido à alimentação, um conceito complexo, tornando-o algo mais familiar. Segundo Motta (2009) a alimentação é a principal causa do controle insatisfatório da doença, devido às informações insuficientes ou incorretas, às atitudes negativas e às representações sociais. Segundo Cyrino (2009), penetrar nestes significados atribuídos pelos sujeitos à alimentação, à doença e a si próprios é imprescindível para que uma ação de educação produza impacto em termos da adoção de práticas de autocuidado.

Sabe-se que o Homem exerce o arbítrio na escolha entre quanto, quando e o que comer (Poulain, 2002). Na contemporaneidade, ao escolher os alimentos a pessoa com DM 2 fica diante de um grande impasse sobre os tipos, a qualidade dos alimentos a serem consumidos, além da quantidade e da frequência. Tal fato ocorre devido aos diferentes discursos e formas de recepção dos fatores de risco abordando normas dietéticas divulgados pelos profissionais de saúde e pela mídia. Tendo isso em mente, os profissionais de saúde que atuam na

atenção primária devem ouvir as pessoas com DM2 para conhecer a forma como entendem a alimentação e, conseqüentemente, o cuidado que desenvolvem para manter a glicemia adequada.

O modo como os participantes com DM2 deste estudo entendem sua enfermidade e atuam no seu autocuidado define-se a partir das representações da alimentação que eles construíram: comer saudável, comer legumes e frutas, comer pouco, desviar dos doces, não comer muito, não comer de tudo e não seguir a dieta. Estas representações serão discutidas em seguida.

Comer Saudável

Depreende-se que a saúde tem significativa importância na vida desses participantes com DM2, que se ancoram nas representações sociais da alimentação com a finalidade de ter uma alimentação mais saudável.

Compreender a alimentação que a ciência considera como saudável é um fenômeno complexo, pois inclui duas dimensões complementares e não excludentes. A i) qualitativa, referente a comer alimentos adequados que contenham todos nutrientes recomendados, e ii) a quantitativa, relativa a comer alimentos na quantidade recomendada segundo as necessidades nutricionais e a adequação do organismo. Assim, a alimentação para ser saudável deve conter a quantidade adequada de todos os nutrientes presentes nos alimentos que as pessoas comem, de acordo com as necessidades nutricionais do seu organismo ([Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 2014](#)).

Ainda no contexto do saudável observa-se que o senso comum gerou um novo significado para o termo *light*, entendendo-o como comer maior quantidade de legumes. Note-se que no conhecimento científico, *light* é o alimento industrializado reduzido em 25% de calorias ou outro nutriente em relação ao produto normal ([Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 2014](#)).

Comer Legumes e Frutas

Segundo a comunidade científica, a baixa ingestão de legumes e frutas, está entre os 10 principais fatores de risco que contribuem para mortalidade no mundo; contrariamente, como parte da alimentação diária, estes alimentos podem ajudar a prevenir algumas das doenças crônicas não-transmissíveis mais comuns a nível global, como DM2, obesidade, doenças cardiovasculares, dentre outras ([World Health Organization, 2003](#)). Para o leigo, o consumo desses alimentos terá valor se o risco do não consumo for construído social e culturalmente ([Gomes, 2007](#)). Para a adoção de um hábito de saúde, quatro elementos devem estar presentes: i) a percepção do risco ser elevada, ii) a probabilidade da materialização da ameaça ao risco ser elevada, iii) a medida protetora recomendada ser eficaz em evitar e minimizar a ameaça, iv) e a pessoa acreditar em sua autoeficácia ([Taylor, 1990](#)).

O hábito alimentar, uma atividade humana frequentemente repetida, ao conservar o caráter significativo para a pessoa, molda-se por um padrão, que pode ser reproduzido sem esforço. Como o ser humano não possui os meios biológicos necessários para dar estabilidade a sua conduta, o cumprimento do hábito traz um ganho psicológico, pois pode ser executado facilmente sem a preocupação com a definição prévia das etapas a serem executadas ([Berger & Luckmann, 2006](#); [Bourdieu, 2001](#)).

Comer Pouco

O comer pouco poderá se tornar normal do ponto de vista científico, se contemplar os princípios qualitativos, pois reduzir a ingestão de alimentos de forma adequada é uma das recomendações para a pessoa com DM2, com a finalidade de reduzir o peso e manter o controle glicêmico (American Diabetes Association, 2017).

A representação social do comer em relação à quantidade vem sendo modificada em determinadas sociedades. O comer em excesso representou na idade média *status* e força para o trabalho refletindo a posição social do indivíduo na sociedade (Poulain, 2004). Na contemporaneidade, os profissionais da saúde recomendam o controle da quantidade de alimentos, principalmente daqueles ricos em gorduras e açúcares.

O comer normal e a dieta, diferentemente do senso comum, referem-se à alimentação em quantidade suficiente, completa nos nutrientes, além de harmônica e também adequada, ao cobrir as necessidades nutricionais e manter a normalidade do organismo (Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 2014).

Desviar dos Doces

Uma crença cristalizada que circula no senso comum é que as pessoas com DM2 não podem comer doces. As proibições às pessoas com DM2 de comerem determinados alimentos advêm do modelo biomédico, em que o tratamento das doenças é baseado nas prescrições que ordenam, prometem e também ameaçam com a finalidade de mudar o estado físico do corpo (Ogden, 2004). Nesse modelo, os profissionais de saúde, guiados por crenças de autoridade ao tentarem uma adesão mais significativa ao tratamento da DM2, fornecem orientações simplistas que originam as crenças da proibição de comer determinados alimentos (Pontieri & Bachion, 2010).

Estas considerações, no seu conjunto, apontam para a necessidade de mudança das práticas educativas destinadas aos grupos de pessoas com DM2, que são hegemônicas na atualidade. Embora hoje já seja possível observar novas orientações na educação em saúde marcadoras de mudanças, cabe destacar que o modelo tradicional de educação ainda é o que prevalece (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

O modelo tradicional de educação em saúde apoia-se num entendimento de saúde como ausência de doença e na proposição de estratégias educativas orientadas por pressupostos biomédicos. Nesse contexto, as ações de educação em saúde têm caráter persuasivo, pois buscam prescrever determinados comportamentos considerados ideais para a prevenção de doenças. A abordagem tradicional de educação em saúde caracteriza-se, ainda, pela identificação dos profissionais da saúde como executores legítimos ou agentes definidores de ações educativas em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Segundo essa visão, como os profissionais da saúde são aqueles que conhecem as escolhas mais saudáveis, estão autorizados a incentivar as pessoas a adotar um estilo de vida compatível com estas escolhas.

Não Comer de Tudo

Os cereais e legumes que nascem debaixo da terra foram prescritos como proibidos pelos médicos durante muito tempo até o advento da insulina, pois a dieta prescrita continha baixo teor de carboidratos (Barnett & Krall, 2009). Essa proibição constitui uma representação cristalizada, evidenciando o papel dos alimentos como portadores de significados simbólicos que permeiam o imaginário coletivo.

A ênfase no que não se pode comer indica que o conhecimento está ligado a noções subtrativas (Laplantine, 1991). Essa alimentação restritiva e impositiva carregada de “não pode” foi também evidenciada nos discursos dos entrevistados por Pontieri, & Bachion (2010). Sugere-se que as orientações sobre a prática alimentar pautadas pela restrição devem ser repensadas no sentido de apontar orientações mais afirmativas, pois tem-se o conhecimento de que o aspecto emocional que os participantes associam à percepção afetiva tem profundas implicações na forma como se cuidam e asseguram o autocontrole.

Não Comer Muito

Na contemporaneidade, “comer muito” é considerado um comportamento prejudicial à saúde, pois a quantidade excessiva de comida é um fator de risco não só para a DM2 como também para a obesidade, a hipertensão e as doenças cardiovasculares. O não comer muito significa para os participantes não comer de forma rigorosa e não comer muitas refeições.

O açúcar — tradicionalmente banido da dieta dessas pessoas — torna-se um aliado ao ser introduzido no corpo para combater um estado maléfico. A informação de que comer em intervalos regulares evita a hipoglicemia ainda não circula comumente entre as pessoas.

Não Seguir a Dieta

Em consonância com o pensamento de que as pessoas com DM2 têm dificuldades em implementar o plano alimentar, o não seguir a dieta é a forma como alguns participantes representam sua alimentação. Para os participantes simplesmente conhecer as ações a serem realizadas não foi suficiente para os participantes implementarem a “dieta”, pois manifestaram sentimentos de incapacidade.

As pessoas adoecem e se deparam com algo invasivo e diferente que pode atingir o “eu”, a autoestima, a qualidade de vida e as relações pessoais, seja em casa ou no trabalho (Ogden, 2004).

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pela Capes Demanda Social e Capes – Proc. BEX 4757/11-4.

Conflito de Interesses

Os autores não tem conflito de interesses.

Agradecimentos

Os autores não têm quaisquer apoios a declarar.

Referências

- Abric, J. C. (2001). Metodología de recolección de las representaciones sociales. In J. C. Abric (Org.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 53-74). Ciudad de México, México: Ediciones Coyoacán.
- Abric, J. C. (1998). Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia, Brasil: Ed. AB.

- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 40(Suppl. 1), 11-61. doi:10.2337/dc10-S011
- Amorim, M. M. A. (2012). Representações identitárias e representações sociais da alimentação das pessoas com diabetes mellitus tipo 2: Implicações no controle glicêmico (Dissertação de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Acedido em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8YRGEU/tese_vers_o_final_marta_amorim.pdf
- 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
- Amorim, M. M. A., Ramos, N., & Gazzinelli, M. F. (2016a). Representação identitária dos usuários com diabetes mellitus da atenção primária. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 45-51. doi:10.15309/16psd170107
- Amorim, M. M. A., Ramos, N., & Gazzinelli, M. F. (2016b). Alimentação na visão das pessoas com diabetes mellitus: Contributo das representações sociais. In I. Leal, C. Godinho, S. Marques, P. Vitória, & J. L. P. Ribeiro (Orgs.), *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 575-581). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Acedido em https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5845/1/CEMRI_NataliaRamos_Atas_Alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf2.pdf
- Bardin, L. (2015). *Análise do conteúdo*. Lisbon, Portugal: Ed. 70.
- Barnett, D. M., & Krall, L. P. (2009). A história do diabetes. In C. R. Kahn, G. Weir, G. King, A. Jacobson, R. Smith, & A. Moses (Orgs), *Joslin Diabetes Mellito* (14ª ed., pp. 17-30). Porto Alegre: Artmed.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2006). *A construção social da realidade* (26ª ed.). Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Bourdieu, P. (2001). O poder simbólico. In P. Bourdieu (Org.), *A gênese dos conceitos de habitus e campo* (pp. 59-74). Rio de Janeiro, Brasil: Bertrand Brasil.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182. doi:10.1111/1467-9566.ep11339939
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saude Publica*, 20(5), 1400-1410. doi:10.1590/S0102-311X2004000500036
- Cyrino, A. P. (2009). *Entre a ciência e a experiência – Uma cartografia do autocuidado em diabetes*. São Paulo, Brasil: Editora UNESP.
- Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde do Brasil. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira*. Acedido em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Gomes, F. S. (2007). Frutas, legumes e verduras: Recomendações técnicas versus constructos sociais. *Revista de Nutrição*, 20(6), 669-680. doi:10.1590/S1415-52732007000600009
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

- Milech, A., Angelucci, A. P., Golbert, A., Matheus, A., Carrilho, A. J., Ramalho, A. C. ... Minicucci, W. J. (2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)* [J. E. Paulo de Oliveira & S. Vencio, Org.]. São Paulo, Brasil: A. C. Farmacêutica.
- Miranda-Júnior, D. J., Sant'Anna, E. M. C., Miranda, M. L., & Straling, R. M. (2005). *O eu-cuidado – Um ser em construção*. São Paulo, Brasil: Paulinas.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, Brasil: Ed. Vozes.
- Motta, D. G. (2009). *Educação nutricional & diabetes tipo 2 – Compartilhando saberes, sabores e sentimentos*. Piracicaba, Brasil: Jacinta Editores.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde (2ª ed)*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Pontieri, F. M., & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciencia & Saude Coletiva*, 15(1), 151-160. doi:10.1590/S1413-81232010000100021
- Poulain, J.-P. (2002). The contemporary diet in France: "De-structuration" or from commensalisms to "vagabond feeding". *Appetite*, 39(1), 43-55. doi:10.1006/appe.2001.0461
- Poulain, J.-P. (2004). *Sociologias da alimentação – Os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis, Brasil: Ed. UFSC.
- Rey, F. L. G. (2006). As representações sociais como produção subjetiva: Seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 69-85.
- Rey, F. L. R. (2009). *O social na psicologia e a psicologia social (2ª ed.)*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- 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, 255-262.
- Silva, S. É. D., Camargo, B. V., & Padilha, M. I. (2011). A Teoria das Representações Sociais Nas pesquisas de Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 947-951. doi:10.1590/S0034-71672011000500022
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. *The American Psychologist*, 45(1), 40-50. doi:10.1037/0003-066X.45.1.40
- Williams, S. J. (2000). Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health & Illness*, 22(1), 40-67. doi:10.1111/1467-9566.00191
- World Health Organization. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Geneva, Switzerland: Author.