

Representações Sociais do Diabetes Mellitus por pessoas idosas

Social Representations of Diabetes Mellitus by the Elderly

*Representaciones sociales de la diabetes mellitus por los
ancianos*

Tatiane Dias Casimiro Valença
Nayara Mariana Batista de Oliveira
Pollyana Viana Lima
Maria Nice Dutra de Oliveira

RESUMO: A maneira como as pessoas representam o Diabetes Mellitus pode influenciar no viver com a doença. O objetivo foi apreender as representações sociais a respeito do Diabetes Mellitus e analisar os impactos da doença na vida de onze idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia. Emergiram três categorias: 1) Diabetes Mellitus: uma doença ruim; 2) Diabetes Mellitus: mudança total de vida; 3) Diabetes Mellitus: Resiliência. É fundamental para o profissional da área de saúde conhecer as representações sociais do Diabetes Mellitus para desenvolver ações de educação em saúde e cuidados ao paciente com essa doença.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Envelhecimento; Representação social.

ABSTRACT: *The way people represent Diabetes Mellitus can influence living with the disease. The objective was to apprehend the social representations regarding Diabetes Mellitus and analyze the impacts of the disease on the lives of 11 elderly people treated at Clinical School of Physiotherapy. Three categories emerged: 1) Diabetes Mellitus: A bad disease; 2) Diabetes Mellitus: total change of life; 3) Diabetes Mellitus: Resilience. It is essential for health professionals to know the social representations of Diabetes Mellitus in order to develop health education actions and care for patients with this disease.*

Keywords: *Diabetes Mellitus; Aging; Social representation.*

RESUMEN: *La forma en que las personas representan la diabetes mellitus puede influir en la vida con la enfermedad. El objetivo era aprehender las representaciones sociales sobre la diabetes mellitus y analizar los impactos de la enfermedad en la vida de 11 personas mayores tratadas en la Clínica Escola de Fisioterapia. Surgieron tres categorías: 1) Diabetes mellitus: una enfermedad grave. 2) Diabetes Mellitus: cambio total de vida; 3) Diabetes mellitus: resiliencia. Es esencial que los profesionales de la salud conozcan las representaciones sociales de la diabetes mellitus para desarrollar acciones de educación sanitaria y atención a pacientes con esta enfermedad.*

Palabras clave: *Diabetes mellitus; Envejecimiento Representación social.*

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou uma mudança em sua pirâmide etária, passando de um país com configuração essencialmente jovem para o predomínio de uma população cada vez mais idosa. Esse cenário pode ser explicado por alguns fatores, como a redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, estas associadas ao aumento da expectativa de vida das pessoas mais idosas, desenvolvimento na área do conhecimento, práticas e tecnologias em saúde (Queiroz, *et al.*, 2015; Valença, Santos, Lima, Santana, & Reis, 2017).

Acompanhado da mudança demográfica, o país também apresentou alteração em seu perfil epidemiológico com o aumento da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), câncer, problemas cardiovasculares, doenças respiratórias e neuropsiquiátricas, que foram, em 2015, responsáveis por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (Brasil, 2018).

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015), o número de acometidos pelo DM no mundo é de 387 milhões de pessoas e a projeção é que até 2035, 471 milhões de pessoas apresentarão diagnóstico positivo para DM e que esse número, em 2040, aumente para 673 milhões. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 (Brasil, 2013), 19,9% da população com idade entre 65 e 74 anos referiram diagnóstico da doença. Na população idosa brasileira, o DM é a segunda DCNT mais incidente, ficando atrás apenas da HAS, e está colocada como a primeira causa de hospitalização no Sistema Público de Saúde (Barreto, Carreira, & Marcon, 2015).

O DM não é uma doença única e pode ser classificado em dois tipos, de acordo com a sua etiologia, o tipo 1 e o tipo 2. O DM do tipo 1 é uma doença autoimune caracterizada de forma resumida por destruição das células beta, provocando uma deficiência de insulina. O DM tipo 2 se configura como um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia crônica, acarretada pela destruição das células beta do pâncreas, alterações nas ações e/ou na secreção da insulina. A Associação Americana de Diabetes (ADA, 2015) determina que o nível normal de glicose no sangue é de até 100 mg/dL, sendo que valores acima deste podem apresentar crises hiperglicêmicas e progredir de forma silenciosa a partir de um comprometimento disfuncional do pâncreas.

Os principais sintomas da DM são: excesso de sede (polidipsia), e fome (polifagia), aumento da excreção de urina (poliúria), emagrecimento, sonolência, cansaço nas pernas, câimbras, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço físico e mental, nervosismo, indisposição, desânimo, turvação da visão, entre outros (Costa, & Coutinho, 2016).

A falta de controle do DM pode gerar complicações agudas e crônicas que levam ao comprometimento do estado metabólico, da função de vários órgãos, podendo chegar à sua falência, alterações físicas, como amputações e problemas na visão (Scardoelli, Figueiredo, & Pimentel, 2017; Oliveira, Bezerra, Andrade, Soares, & Costa., 2013). Entre as principais causas de morbidade estão a nefropatia, a retinopatia, a neuropatia e as macro angiopatias (Oliveira, Bezerra, Andrade, Soares, & Costa., 2013).

O tratamento do DM requer o envolvimento dos profissionais de saúde, do paciente e da família, para que tenha o efeito positivo. Assim, o paciente com DM necessita passar por um ajustamento no seu modo de viver, visando à prevenção e ao agravamento das complicações agudas e crônicas e um viver mais saudável (Costa, & Coutinho, 2016).

A maneira como a pessoa com DM a percebe pode influenciar no controle geral do seu estado de saúde/doença, na sua maneira de agir, adaptações e adversidades frente a essa realidade.

É importante entender como as pessoas com DM percebem a experiência produzida por tal fato em sua vida. Compreender esse pensamento coletivo a respeito do viver com DM pode contribuir para dar maior visibilidade para esse fenômeno, para um melhor entendimento das experiências vivenciadas pelos pacientes e, por conseguinte, nortear pessoas com DM no enfrentamento da doença (Costa, & Coutinho, 2016).

Diante desse contexto, surgiram alguns questionamentos, como: Quais as representações sociais do Diabetes Mellitus para os idosos? Quais as repercussões da presença do Diabetes Mellitus na vida do idoso? Para responder a tais questões, tornou-se necessário tomar, como embasamento teórico, a Teoria das Representações Sociais (TRS), construída a partir das ideias de Moscovici e outros autores. Essa teoria é descrita como sistemas teóricos do senso comum, nos quais os atores sociais compreendem e interpretam seu ambiente natural e social e nele se situam. É um complexo de opiniões, atitudes, crenças e informações relativas a um dado objeto social que influencia comportamentos sociais, conhecimento e comunicação entre as pessoas, podendo influenciar diretamente na maneira de pensar e agir do indivíduo (Moscovici, 2015).

De acordo com Stuhler e Camargo (2012), estudar o fenômeno das representações sociais é importante na compreensão das estratégias de ação de enfrentamento da doença e mais especificamente frente ao tratamento da DM. Ao estudar as representações sociais acerca do DM, Costa e Coutinho (2016) também declararam que foi possível compreender como é percebida a multidimensionalidade desse objeto de pertença pelo grupo de pessoas com essa doença. Esse conhecimento é fundamental para assegurar maior efetividade nas intervenções dos profissionais da área de saúde no cuidado com idosos com DM.

Com base nessas ideias, o objetivo desse estudo foi apreender as representações sociais a respeito do Diabetes Mellitus por pessoas idosas, e analisar os impactos da doença em sua vida.

Metodologia

O estudo apresentou um traçado metodológico qualitativo, exploratório, descritivo com aporte teórico na TRS, sendo realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste de Bahia (CEF/UESB), localizada na cidade de Jequié, BA, no período de agosto a outubro de 2019. Participaram do estudo 11 idosos atendidos na CEF/UESB, que foram identificados a partir da análise dos prontuários e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idosos com 60 anos a mais; de ambos os sexos; com diagnóstico médico de DM do tipo I e do tipo II comprovados por atestado ou relatório médico; com cognitivo preservado avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental

(MEEM) (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975); e que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Para o MEEM, a análise apontou que todos os participantes apresentaram pontuação média de 28 pontos, acima do ponto de corte (23/24 pontos).

Foram empregados para a coleta dos dados dois instrumentos: Questionário com variáveis sociobiodemográficas e uma Entrevista Semiestruturada, constando de duas questões: O que representa o Diabetes Mellitus para o Senhor(a)? O que mudou na vida do Senhor(a), a partir do momento que soube que tinha Diabetes Mellitus?

As entrevistas foram realizadas com a presença do pesquisador e do idoso, de forma individual, em um dos consultórios da CEF/UESB, com um tempo de aplicação que variou de 10 até 15 minutos, sendo o idoso informado que a entrevista seria gravada para posterior transcrição das falas e análise dos dados, mantendo as diretrizes éticas para estudo com seres humanos. Para gravação, foi utilizando um gravador digital GPX, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados. A amostragem do número de entrevistas seguiu a saturação (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008) e a coleta foi realizada no período de julho a agosto de 2019.

Os dados obtidos a partir da aplicação do questionário sociobiodemográfico foram organizados a partir do uso do *software* Excel® e analisados por meio de frequências e porcentagens. A análise dos dados coletados a partir da entrevista semiestruturada foi realizada, empregando-se a Análise de Conteúdo Temática Categórica (Bardin, 2011), cujo processo ocorre em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Também foi empregado o *software* QRS NVivo® em sua versão 10.1, sendo este descrito como uma ferramenta informatizada que auxilia na codificação, tratamento, armazenamento e gerenciamento de arquivos de textos, vídeos, áudio, entre outros, e apresentação gráfica de informações permitindo a criação de nuvem de palavras que mostraram a frequência e relevância de palavras evocadas nos discursos (Aranha, & Gonçalves, 2007; Santos, *et al.*, 2014).

Todos os princípios éticos previstos na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), foram respeitados, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) com parecer n.º 3.050.175 e CAAE 99382918.8.0000.0055.

Resultados

Após a análise dos dados sociodemográficos, foi constatado que 90,9% (n=10) dos participantes eram do sexo feminino, a maioria 45,45% (n=5) se encontravam na faixa etária de 60 a

70 anos, 54,54% (n=6) eram de cor parda; 45,45% (n=5) solteiros, 45,45% (n=5) apresentavam nível de escolaridade de ensino fundamental I, 81,81% (n=9) referiram renda familiar de 1 a 2,5 salários mínimos e 45,45% (n=5) moravam com filhos.

Em relação às informações a respeito do DM, os dados revelaram que 63,63% (n=7) dos idosos tinham DM tipo 2, sendo que 36,36% (n=4) tinham mais de 10 anos de tempo de diagnóstico, 63,63% (n=7) tinham casos da doença na família.

Quando questionados a respeito do controle da doença, 63,63% (n=7) responderam que faziam o controle a partir do teste glicêmico com uma frequência mensal.

Quanto às doenças associadas, as mais referidas foram a HAS por 72,72% (n=8) idosos, seguida da dislipidemia por 54,54% (n=6) dos participantes. Quanto às complicações do DM, a maioria, 72,72% (n=9) dos idosos relataram não possuir nenhuma complicação da doença; e 9,09% (n=1), alterações visuais.

Também foram investigados os hábitos de vida dos participantes, observando-se que 63,63% (n=7) já fumaram, 54,54% (n=6) já beberam, 90,9% (n=10) praticavam atividade física, 54,54% (n=6) seguiam alguma dieta recomendada por um profissional da saúde, 90,90% (n=10) não consumiam sal em excesso nos alimentos, e 90,90% (n=10) apontaram a não ingestão elevada de açúcar nos alimentos.

A partir da análise do conteúdo das falas, surgiram três categorias a respeito das representações sociais do DM para os participantes: 1) Diabetes Mellitus: uma doença ruim; 2) Diabetes Mellitus: mudança total de vida; 3) Diabetes Mellitus: Resiliência.

1) *Diabetes Mellitus: uma doença ruim*

As unidades de análise que constituíram essa categoria foram processadas através do *software* QRS NVivo, apresentando como resultado a nuvem de palavras (Figura1):

Figura 1: Nuvem de palavras: percepção da Diabetes Mellitus como uma doença ruim



Fonte: dados da pesquisa

Para os participantes, o DM foi percebido como uma coisa ruim, uma das piores doenças que a pessoa poderia adquirir, como observado nas palavras que constituem a nuvem (Figura 1) e nas falas a seguir:

“Representa uma grande praga na minha vida, porque essa doença é uma doença muito ruim na vida da gente.” (Entrevistado 1).

“Para mim, a Diabetes é uma das piores doenças do mundo.” (Entrevistado 4).

“A Diabetes me dá um pavor, um medo, sabe. É muito triste essa doença, não queria ter, e tenho medo de alguém da minha família ter, é um pesadelo.” (Entrevistado 10).

Essa visão negativa do DM foi justificada pelos participantes quando relataram que é uma doença que não tem cura, que precisa estar sempre controlando e tratando:

“Representa uma doença insuportável, que a gente não sara, só vive em médico todo dia.” (Entrevistado 8).

“É uma doencinha ordinária, que castiga. Ela não tem cura, só tratamento. E você cuida, toma remédio, segue a dieta, e ela ainda se descontrola, desregula.” (Entrevistado 9).

2) ***Diabetes Mellitus: mudança total de vida***

Nesta categoria foi realizada a análise das falas pelo *software* QRS Nvivo, o que permitiu a construção da nuvem de palavras (Figura 2), com aquelas pronunciadas com mais frequência pelos participantes:

Figura 3: Nuvem de palavras: percepção da Diabetes Mellitus de forma resiliente



Fonte: dados da pesquisa

Mesmo sendo descrita como uma doença ruim, que não tem cura, que gerou mudanças, três participantes perceberam o DM com resiliência, relatando que é preciso aceitar e se adaptar a esta sua nova condição de vida, como apresentam as falas:

“Eu fiquei pensando que a diabetes ia me matar, eu pensei tanta besteira, mas depois eu pensei, vou deixar de mão, não vou ligar, vou viver. Vamos aprender a lidar com ela.” (Entrevistado 2).

“Viver com a Diabetes é assim, a gente tem que controlar, se a gente controlar ela, a gente tem que viver normalmente.” (Entrevistado 3).

“Tenho que conformar. Com a ajuda do meu marido, dos meus filhos, eu vou controlando ela, e vou vivendo conformada.” (Entrevistado 6).

Discussão

A representação social do DM para os idosos deste estudo foi elaborada a partir de um contexto biopsicoemocional, seja na vivência ou na troca de informações com grupos de pertença, como os de pessoas com a doença, de profissionais da saúde, na comunidade, na igreja, ou por outros meios, como nos meios de comunicação (Moscovici, 2015; Costa, & Coutinho, 2016; Costa, *et al.*, 2018). As representações sociais, segundo Jodelet (2001), precisam ser estudadas com articulação de elementos afetivos, mentais e sociais e a realidade, material e social, sobre as quais essas representações vão intervir.

Neste estudo, foi possível observar que tais aspectos estavam presentes na construção da representação social do DM pelos participantes, sendo assim necessária a discussão deles.

A percepção do DM como uma coisa ruim, muitas vezes, está ancorada na falta de conhecimento a respeito da doença e atitudes a serem tomadas para conviver com a mesma, como observado no estudos de Assunção, Fonseca, Silveira, Caldeira e Pinho (2017), em que a maioria dos pacientes com DM2 apresentou baixos escores de conhecimento e atitude sobre a doença. As informações, geralmente, são repassadas em conversas informais com vizinhos, amigos, familiares, promovendo a formação de crenças que são apreendidas como verdades básicas pelo indivíduo, conforme apontam os estudos de Araújo, *et al.* (2013) e Barbosa, *et al.* (2015). Assim, é possível que as informações acessadas a respeito de doenças crônicas, como o DM, sejam influenciadas pelas diferenças regionais, socioeconômicas e culturais (Barbosa, *et al.* (2015). A respeito disso, Moscovici (1978) aponta que as representações sociais são frutos das relações entre as pessoas e estão ligadas à vida cotidiana. Corroborando, Jodelet (2001) também discorre que as representações sociais são valores construídos a partir de grupos sociais, uma vez que estão relacionadas tanto a condição social como a experiência privada e afetiva dos indivíduos.

O diagnóstico positivo para essa doença gerou várias mudanças na vida dos participantes deste estudo, principalmente quanto ao aspecto orgânico, uma vez que ela pode provocar complicações em sua saúde, exigindo do paciente atenção e cuidado maior nas suas práticas cotidianas. A partir da confirmação desse diagnóstico, é necessário que o paciente adote uma dieta controlada, pratique atividade física regular, faça o uso de insulina e outros medicamentos, o que exige um autocontrole e uma disciplina constante, o que, muitas vezes, é percebido como uma sobrecarga, um fardo para o paciente (Winkelmann, & Fontela, 2014).

A descoberta de uma doença crônica e grave, como o DM, vai impactar no cotidiano de um indivíduo, sendo necessária a mudança de hábitos de vida e adaptação a essa nova forma de viver. De acordo com Corrêa, *et al.* (2017), os indivíduos que apresentam menor tempo de diagnóstico do DM podem apresentar dificuldade em aceitar o tratamento, principalmente se for DM tipo 2, que necessita do uso da insulina, controle da glicemia com um monitoramento diário, episódios de hipoglicemia, adoção de uma dieta alimentar restritiva, possíveis complicações da doença entre outros fatores. Já com o passar do tempo, o paciente vai adquirindo maior conhecimento e preparo na lida com a doença, aceitando melhor a nova forma de viver.

Os discursos dos participantes também apontaram impactos emocionais na vida dos indivíduos, ao serem diagnosticados com a DM, evidenciados por sentimento de tristeza, medo e preocupação, frustração, decepção, nervosismo, impotência, ansiedade e depressão, resultados

evidenciados em outros estudos com participantes que foram diagnosticadas com DM (Borges, Gorayeb, & Foss-Freitas, 2013; Costa, & Coutinho, 2016; Vieira, Cecílio, & Torres, 2017; Assunção, Fonseca, Silveira, Caldeira e Pinho, 2017).

Em alguns casos, os sintomas depressivos estão correlacionados às complicações que a doença pode gerar e à falta de apoio social, seja no ambiente familiar, como a falta de uma assistência à saúde adequada (Araújo, *et al.*, 2013; Mantovani, *et al.*, 2013). Essa percepção emocional negativa da doença repercute diretamente no convívio familiar, na aceitação, envolvimento e motivação dos pacientes em seu tratamento e autocuidado (Borges, Gorayeb, & Foss-Freitas, 2013; Vieira, Cecílio, & Torres, 2017; Assunção, Fonseca, Silveira, Caldeira, & Pinho, 2017).

Muitos participantes revelaram que o prazer de sair, de se alimentar com o que quiser e de conviver em grupos sociais foram afetados por conta das restrições que a doença e suas complicações impõem ao indivíduo diagnosticado. A esse respeito, o estudo realizado por Borges, Gorayeb e Foss-Freitas (2013), também apontou que 37,1% dos entrevistados relataram deixar de sair de casa, devido ao DM; e 29% afirmaram que a doença afetou seus relacionamentos.

De acordo com Ribas, Santos e Zanetti (2011), o indivíduo com DM enxerga a disciplina alimentar como ressalva à sua autonomia, isto é, como privação da liberdade, tendo, como consequência, o afastamento da vivência em reuniões de família, festas e saída com os amigos.

Outro aspecto que provocou impacto na vida dos participantes foi a necessidade de cuidados com os hábitos alimentares, sendo que muitos apresentaram, ou ainda apresentam, dificuldade em manter uma dieta restritiva. Segundo Vieira, Cecílio e Torres (2017), esse problema pode acontecer devido ao fato de a alimentação estar relacionada aos aspectos culturais, psicológicos e sociais das pessoas, pois o comer bem, muito, e em companhia, proporciona felicidade e prazer. Além disso, Borges, Gorayeb e Foss-Freitas (2013) apontaram outros fatores que poderiam exercer influência na adesão de uma dieta adequada, como a falta de conhecimento mais aprofundado sobre quais alimentos devem ser evitados, a baixa escolaridade e o nível socioeconômico reduzido. O estudo de Vieira, Cecílio e Torres (2017) observou que, em alguns casos, as pessoas com DM que foram atendidas em uma Unidade Básica de Saúde não possuíam conhecimentos básicos para realizar as ações necessárias para o autocuidado. Por isso, é fundamental que ações educativas sejam oferecidas ao paciente com DM, para que ele possa desenvolver as habilidades necessárias para o controle e tratamento da doença e das comorbidades a ela associadas (Winkelmann, & Fontela, 2014).

A adesão à prática de exercícios físicos regulares foi outra mudança bastante representativa observada no estudo, sendo que os resultados apontaram que a maioria dos participantes teve que adotar essa prática de maneira cotidiana após o diagnóstico, mesmo sem muita vontade.

Vários estudos têm demonstrado que a inclusão da atividade física reflete diretamente na saúde e na qualidade de vida da pessoa com DM (Danielle, *et al.*, 2013; Winkelmann, & Fontela, 2014; Cecilio, *et al.*, 2015). Entretanto, para muitos pacientes, a atividade física parece não ser muito valorizada como parte do tratamento do DM, sendo percebida como algo complementar e não como essencial no tratamento (Borges, Gorayeb, & Foss-Freitas, 2013).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (DSBD, 2016), pessoas com DM devem fazer atividade física, pois o exercício age de forma específica sobre a resistência insulínica, além de atuar na redução do peso corporal, reduzindo o risco de DM2. Ficou constatado que indivíduos fisicamente ativos, e com melhor condição aeróbica, apresentaram menor incidência de DM2 e melhor prognóstico do que aqueles inativos e/ou com baixa condição aeróbica (DSBD, 2016).

As DSBD (2016) apontam que os exercícios de resistência/fortalecimento muscular, e aeróbicos devem ser prescritos para os pacientes com DM, devendo observar o tipo, frequência semanal, duração das sessões, intensidade absoluta e relativa do esforço e progressão da atividade física, assim como a observação das possíveis complicações e limitações impostas pelo comprometimento sistêmico da doença.

É notório, na literatura e na prática clínica, a necessidade de adesão aos três pilares do tratamento do DM, o que inclui alimentação saudável, prática de exercício físico e uso das medicações, sendo fundamentais para o controle dos níveis glicêmicos, prevenção da obesidade e de possíveis complicações da doença (Mendes, Ponte, & Farias, 2015; Souza, Baptista, Gomides, & Pace, 2017; DSBD, 2016).

Para algumas pessoas acometidas pelo DM, torna-se necessária a aceitação da doença e de maneira resiliente. A resiliência é descrita, por Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009), como a capacidade de o ser humano responder às demandas da vida de forma positiva, mesmo diante das adversidades, contando com o apoio de seu ambiente familiar, social e cultural.

A maneira de encarar uma situação adversa, como uma doença e suas consequências, depende, de acordo com Araújo, *et al.* (2013), da interpretação emocional que cada indivíduo faz desses fatos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e das condições de vida. Mesmo diante de problemas crônicos de saúde, o otimismo e a confiança contribuem para aumentar a autoestima, reforçando, assim, a sensação de esperança e de controle pessoal (Queiroz, *et al.*, 2016). Assim, as limitações alimentares, o controle glicêmico, as práticas de exercícios regularmente podem ser percebidas de maneira diferente pelos indivíduos acometidos por DM, assim como sua percepção sobre sua saúde (Araújo, *et al.*, 2013).

O apoio da família a um de seus membros doentes, em qualquer faixa etária, tem se mostrado como fundamental para superar quaisquer doenças crônicas (Rodrigues, *et al.*, 2014). No presente estudo com idosos, alguns desses participantes relataram que a família ajudou na mudança de alguns hábitos de vida, assim como alguns familiares aderiram, juntamente ao paciente, a uma dieta alimentar e à prática de atividade física regular. A respeito dessas práticas físicas por diabéticos, segundo Santos, *et al.* (2019), estas trazem a esses doentes positivas repercussões fisiológicas, contrárias às ocasionadas pelo DM, acarretando melhorias nas suas condições de saúde, proporcionando-lhes, em consequência, uma melhor qualidade de vida. Infere-se, pois, que o posicionamento da família vai influenciar diretamente no aspecto fisiológico, emocional e na forma como um paciente de DM reage a essa doença (Rodrigues, *et al.*, 2014).

Diante das considerações feitas acima, o presente estudo tem como objetivo averiguar as contribuições do exercício físico à saúde de idosos com diabetes mellitus.

As representações sociais, por sua vez, orientam a organização, as condutas, e as comunicações entre os indivíduos de uma sociedade. Quando um indivíduo passa a pertencer a um grupo, ele começa a partilhar e assumir novas representações sociais, que vão atuar na afirmação simbólica daquele coletivo (Jodelet, 1989). O indivíduo, ao ser diagnosticado com o DM, passa a conviver com outras pessoas que apresentam e vivenciam o mesmo problema, construindo uma identidade pessoal e uma identidade social, favorecendo a aceitação da doença e do que é partilhado em grupo.

Diante da complexidade do DM, Teston, Sales e Marcon (2017) destacaram que é imprescindível reconhecer o papel que o indivíduo desempenha no controle do DM e nas ações de autocuidado. Autocuidado que é descrito como a capacidade que o próprio indivíduo apresenta para monitorar sua condição de saúde e manter sua qualidade de vida, mudando suas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais, frente às demandas impostas pela doença (Teston, Sales, & Marcon, 2017). Para isso, o indivíduo precisa se amparar em suas crenças, preferências, motivações, redes de suporte familiar, social e psicológico para realizar mudanças de comportamentos em sua vida, que vão implicar em melhora da sua saúde.

Conclusão

As representações sociais do DM pelos idosos deste estudo foram apreendidas como uma doença ruim, que provocou mudanças na vida dos participantes, e de resiliência diante da doença e de seus impactos. Assim, foi constatado que é fundamental, para o profissional da saúde, conhecer as

representações sociais a respeito do DM, o que os acometidos por essa patologia pensam, sentem e fazem, suas crenças, valores, grupos de pertença, condição socioeconômica e seu grau de conhecimento da doença para, então, desenvolver ações mais efetivas de educação em saúde e cuidados ao paciente com essa doença.

Para isso, deve-se levar em consideração uma abordagem interdisciplinar que priorize o suporte biopsicossocial, implementando estratégias que apontem para maiores esclarecimentos a respeito das causas e consequências do DM, bem como as práticas de prevenção, controle e tratamento da doença. O ideal seria que o profissional de saúde, o paciente, e sua família pudessem refletir em conjunto a respeito dos benefícios da mudança de hábitos de vida e do autocontrole da doença. Além disso, devem ser elaboradas ações voltadas para o processo de resiliência e bem-estar subjetivo, para vencer as adversidades que a doença pode provocar na vida do idoso e de sua família.

Este estudo pode ser de grande valia tanto para os profissionais da área da saúde, quanto para a população geral, bem como a pessoas que possuem diabetes, e buscam mais informações sobre a patologia, assim como lidar com tal diagnóstico, as mudanças que terão de enfrentar em seus hábitos, como também a importância de estar sempre buscando mais informações de fontes confiáveis, e seguir as orientações dos profissionais atentamente, pois é crucial para o sucesso do tratamento. E que as representações sociais são importantes para o compartilhamento de informações e vivências ligadas à vida cotidiana. Sendo assim, seria pertinente a realização de mais estudos para que se tenha maior entendimento da representação do DM por outros grupos de pessoas, uma vez que esta pode variar a depender de vários aspectos, como as crenças, valores, memória e grupos de pertença.

Referências

- American Diabetes Association. (2015). Diagnosis and Classification of Diabetes. *Diabetes Care*, 38(Supplement 1), S8-S16. Recuperado em 01 dezembro, 2019, de: https://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1/S8.
- Aranha, A., & Gonçalves, F. (2007). *Métodos de análise de conteúdo NUD*IST (non-numerical unstructured data indexing, searching and theorizing) – Nvivo7*. Vila Real: UTAD. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <http://bibliografia.bnportugal.pt/bnp/bnp.exe/registo?1708093>.
- Araújo, K. O., Andrade, A. N., Costa, T. S., Freitas, M. A., Nascimento, M. M. P., & Silva, E. N. (2013). Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm UFPE on line*, 7(9), 5583-5589. Recuperado em 27 outubro, 2019, de: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/13677-35212-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/13677-35212-1-PB%20(1).pdf).
- Assunção, S. C., Fonseca, A. P., Silveira, M. F., Caldeira, A. P., & Pinho, L. (2017). Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*, 21(4), 20170208. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0208.pdf.
- Valença, T. D. C., Oliveira, N. M. de B., Pollyana Viana Lima, & Oliveira, M. N. D. de. (2020). Representações Sociais do Diabetes Mellitus por pessoas idosas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(2), 347-364. ISSPrint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. São Paulo, SP, Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

Barbosa, M. A. G., Almeida, A. M. R., Figueiredo, M. A., Negromonte, A. G., Silva, J. S. L., Viana, M. G. S., & Galvão, G. K. C. (2015). Alimentação e diabetes mellitus: percepção e consumo alimentar de idosos no interior de Pernambuco. *Rev Bras Promoç Saúde*, 28(3), 370-378. Recuperado em 27 outubro, 2019, de: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3691>.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70 (229 p.).

Borges, A. M., Gorayeb, R., & Foss-Freitas, M. C. (2013). Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário. *Arq. Bras. Psicol.*, 65(2), 214-229. Recuperado em 27 outubro, 2019, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n2/05.pdf>.

Brasil. (2012). *Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 27 outubro, 2019, de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil. (2014). *Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas; Grandes Regiões e Unidades da Federação*. Rio de Janeiro, RJ. (05 p.). Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

Brasil. (2018). *Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)*. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <http://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>.

Cecílio, H. P., Arruda, G. O., Teston, E. F., Santos, A. L., & Marcon, S. S. (2015). Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes *Acta Paul Enferm.*, 28(2), 113-119. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0113.pdf>.

Corrêa, K., Gouvêa, G. R., Silva, M. A. V., Possobon, R. F. B., Luis, F. L. N., Pereira, A. C., Miranda, L. G., & Cortellazzi, K. L. (2017). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 22(3), 921-930. Recuperado em 15 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300921.

Costa, F. G., Coutinho, M. P. L., Cipriano, J. P. S., Araújo, J. M. G., Carvalho, A. F., & Patrício, J. M. (2018). Representações Sociais sobre Diabetes Mellitus e Tratamento: Uma Pesquisa Psicossociológica. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 36-53. Recuperado em 10 novembro, 2019, de: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2865>.

Costa, F. G., & Coutinho, M. P. L. (2016). Representações Sociais no Contexto do Diabetes Mellitus. (2016). *Psicologia em Estudo*, 21(1), 175-185. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29792/pdf>.

Danielle, T. M. C., Bruin, V. M. S., Oliveira, D. S. N., Pompeu, C. M. R., & Forti, A. C. (2013). Associations among physical activity, comorbidities, depressive symptoms and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 57(1), 44-50. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000100006&lng=en&nrm=iso.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015-2016). (2016). São Paulo, SP: A. C. Farmacêutica, Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/diretrizes-sbd-2015-2016.pdf>.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.*, 12, 189-198. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Minimental+state:+a+ practical+method+for+grading+the+cognitive+state+of+patients+for+the+clinician&author=Folstein+MF&author=Folstein+SE&author=McHugh+PR&publication_year=1975&journal=J+Psychiatric+Res&volume=12&pages=189-98.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003.

Jodelet, D. (1989). *Représentations sociales: un domaine en expansion*. In: Jodelet, D. *Les Représentations Sociales*, Paris, France: PUF. (424 p.).

Jodelet, D. (2001). *As representações Sociais*. Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ.

Mantovani, A. M., Fregonesi, C. E. P. T., Pelai, E. B., Mantovani, A. M., Savian, N. U., & Pagotto, P. (2013). Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cad. Saúde Pública*, 29(12), 2427-2435. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001200008&script=sci_abstract&tlng=pt.

Mendes, A. J. B., Ponte, K. M. de A., & Farias, M. S. (2015). Cuidados de enfermagem para adesão, por idosos, de hábitos saudáveis de vida, com base na Teoria da Promoção da Saúde. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(4), 269-287. ISSPrint 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo, SP, Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/29408/20497>.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editores.

Moscovici, S. (2015). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (11^a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. (404p.).

Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Oliveira, P. S., Bezerra, E. P., Andrade, L. L., Soares, M. J. G. O., & Costa, M. M. L. (2013). Fatores de risco para complicações decorrentes do diabetes mellitus. *Rev Enferm UFPE on line*, 7(8), 5265-5273. Recuperado em 10 novembro, 2019, de: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/11802-28117-1-PB.pdf>.

Queiroz, M. A. C., Lourenço R. M. E., Coelho, M. M. F., Miranda, K. C. L., Barbosa, R. G. B., & Bezerra, S. T. F. (2015). Social representations of sexuality for the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 662-667. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400662&lng=en.

Queiroz, A. A. F. L. N. Moraes, E. R., Silva, R. A. F., Guimaraes, M. S. O., Oliveira, L. B., & Magalhães, R. L. B. (2016). Vivências de vítimas de amputação por acidentes. *Rev Enferm UFPE*, 10(2), 708-713. Recuperado em 29 setembro, 2019, de: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/11010-24165-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/11010-24165-1-PB%20(2).pdf).

Ribas, C. R. P., Santos, M. A., & Zantti, M. L. (2011). Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 255-262. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741016>.

Rodríguez, A., Camacho, E. J., Escoto, C. M., Contreras, G., & Casas, D. (2014). Social representation of Family support for diabetic patients in users of a family medicine unit in Chalco, State of Mexico. *Medwave*, 14(7), 6011-6011. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/6011>.

- Santos, E. I., Gomes, A. M. T., Oliveira, D. C., Marques, S. C., Bernardes, M. M. R., & Felipe, I. C. V. (2014). Social representations about their own vulnerability developed by nurses caring for people living with HIV. *Rev Enferm UERJ*, 22(3), 303-308. Recuperado em 29 setembro, 2019, de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13676/10469>.
- Santos, L. dos, Santos, B. dos, Pinheiro Júnior, A. J., Santos, R. dos, Jesus, R. S. B. de, Santos, A. G. A. D., & Carneiro, J. A. O. (2019). Contribuições do exercício físico à saúde de idosos com Diabetes Mellitus. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 575-593. ISSNprint 15162567. ISSNNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP. Recuperado em 19 dezembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/47841/31747>.
- Scardoelli, M. G. C., Figueiredo, A. F. R., & Pimentel, R. R. S. (2017). Mudanças advindas do envelhecimento: sexualidade de idosos com complicações da diabetes mellitus. *Rev. Enferm. UFPE*, 11(supl.7), 2963-2970. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10874/19212>.
- Souza, J. D., Baptista, M. H. B., Gomides, D. S., & Pace, A. E. (2017). Adherence to diabetes mellitus care at three levels of health care. *Esc Anna Nery*, 21(4), 201-214. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400232&lng=en&nrm=iso.
- Stuhler, G. D., & Camargo, B. V. (2012). Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6, 67-81. Recuperado em 19 outubro, 2019, de: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1156-2535-1-PB.pdf>.
- Teston, E. F., Sales C. A., & Marcon, S. S. (2017). Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Escola Anna Nery*, 21(2), e20170043. Recuperado em 22 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200214&lng=en&nrm=iso.
- Valença, T. D. C., Santos, W. S., Lima, P. V., Santana, E. S., & Reis, L. A. (2017). Physical disability in old age: a structural study of social representations. *Escola Anna Nery*, 21(1), 1-8. Recuperado em 29 setembro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100208&lng=en&nrm=iso.
- Vieira, G. L. C., Cecílio, S. G., & Torres, H. C. (2017). Percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. *Esc Anna Nery*, 21(1), 201-217. Recuperado em 29 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100217&lng=en&nrm=iso.
- Winkelmann, E. R., & Fontela, P. C. (2014). Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 23(4), 665-674. Recuperado em 10 outubro, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400665&lng=en&nrm=iso.

Recebido em 13/02/2020

Aceito em 30/06/2020

Tatiane Dias Casimiro Valença - Fisioterapeuta (UCSAL). Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestre em Enfermagem e Saúde Coletiva (UESB). Docente Adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

E-mail: tativalenca26@gmail.com

Nayara Mariana Batista de Oliveira - Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

E-mail: nmboliveira1@gmail.com

Pollyanna Viana Lima - Enfermeira. Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade (UESB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR).

E-mail: polly_vl@yahoo.com.br

Maria Nice Dutra de Oliveira – Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Docente Assistente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

E-mail: mnicedutra@gmail.com