

## **Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus**

**Camila Rezende Pimentel Ribas  
Manoel Antônio dos Santos  
Maria Lúcia Zanetti<sup>1</sup>**

*Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil*

### **Resumo**

Estudo descritivo de abordagem qualitativa com objetivo de compreender as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. Foi utilizado o referencial teórico-metodológico das representações sociais. Foram entrevistados 14 participantes, cadastrados em um Centro de Pesquisa e Extensão universitária do interior paulista, em 2008. Para análise dos dados utilizou-se técnica de análise temática. Os resultados apontaram que as categorias “prato cheio”, “besteiradas/lambiscar”, “alimentos para diabetes não têm sabor”, “essas dietas tiram tudo de nós” e “como, até matar a fome” estão ancoradas na categoria central “alimentos para diabetes não sustentam”. Concluiu-se que profissionais de saúde devem considerar aspectos simbólicos e culturais que são associados aos alimentos pelas pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, promovendo um novo olhar em relação à orientação do plano alimentar.

*Palavras chave:* Diabetes; Doença crônica; Alimentos; Representação social; Saúde pública.

### **Social representations of food from the perspective of individuals with diabetes mellitus**

#### **Abstract**

This descriptive and qualitative study investigates the social representations of food of individuals with type 2 diabetes *mellitus*. The Social Representations Theory was used as theoretical and methodological framework. 14 individuals registered in a research and extension university center in the interior of São Paulo, Brasil, were interviewed in 2008. Thematic analysis was used and the results indicated that the categories “full plate”, “nibble on/snack”, “foods for diabetics have no flavor”, “these diets take everything from you” and “how to kill hunger” are anchored on the main category “foods for diabetics are not satisfying”. Health professionals should consider symbolic and cultural concepts hold by individuals with type 2 diabetes, which influence the way they see food, aiming to enable them to have a new perspective of guidance provided on diet.

*Keywords:* Diabetes; Chronic Disease; Food; Social representation; Public health.

O diabetes *mellitus* (DM) é considerado um problema de saúde pública que afeta o ser humano em sua totalidade, nos aspectos que envolvem a manutenção das funções do organismo, a prevenção de incapacidades futuras e o desenvolvimento de habilidades de autocuidado e apoio (Lubkin & Larsen, 2006). Além disso, o controle da doença exige modificação do estilo de vida, estratégia que há muito é considerada a pedra angular do tratamento (Sarrafzadegan et al., 2009). Dentre as mudanças necessárias no estilo de vida, figuram o cumprimento do plano alimentar. Essa situação

envolve a adoção de estratégias específicas que devem ser implementadas durante o tratamento para o alcance de um bom controle metabólico (American Diabetes Association, 2004; Nathan et al., 2009).

A terapia nutricional é uma importante estratégia, tanto em nível de controle da doença como de prevenção de agravos, colaborando ainda para a redução da taxa de complicações crônicas. Também é um componente fundamental da educação para o autogerenciamento do DM (American Diabetes Association, 2008). Nessa direção, os profissionais da equipe multiprofissional de saúde devem encontrar modos de auxiliar os indivíduos na adaptação ao plano alimentar recomendado para obtenção do controle metabólico desejado (Povey & Clark-Carter, 2007).

Reconhece-se que, apesar de as pessoas com DM reunirem informações acerca da importância da ali-

<sup>1</sup> Autor responsável pela correspondência: Maria Lúcia Zanetti; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Campus Universitário 14040-902 - Ribeirão Preto-SP, Brasil; E-mail: zanetti@eerp.usp.br / camilar.p.ribas@usp.br

mentação saudável para um bom controle da doença, a dificuldade em relação ao seguimento do plano alimentar ainda constitui um desafio. Essa observação empírica dos profissionais da equipe de saúde é confirmada por vários estudos produzidos em diferentes contextos (Cabrera-Pivaral, González-Pérez, Vega-López, & Arias-Nerino, 2004; Damasceno, Rocha, Lino, & Carvalho, 1995; Péres, Franco, & Santos, 2006; Williamson, Hunt, Pope, & Tolman, 2000).

O seguimento rigoroso do plano alimentar pode refletir na melhora do nível glicêmico. Esse conhecimento, contudo, não é suficiente para garantir a mudança de comportamento e a correção de hábitos alimentares não saudáveis. Geralmente, o fator responsável por aumentar a motivação da pessoa em relação ao seguimento da prescrição alimentar consiste na apreensão de que as complicações futuras estão vinculadas ao efetivo controle da doença. A maioria dos pacientes manifesta essa compreensão como parte do processo de aceitação de sua condição de saúde.

Diversos motivos têm sido apontados para o não seguimento do esquema alimentar, tais como dificuldade de aceitação da doença, obstáculos financeiros para aquisição de alimentos especiais, falta de apoio da família, sentimentos conflitantes que incluem o desejo e a repulsa em relação ao comportamento alimentar, entre outros (Silva et al., 2006). Estudos que investigaram os problemas relacionados à alimentação de pessoas com DM mostraram que a transgressão alimentar é frequente e consiste em um dos principais problemas enfrentados em relação à adesão ao tratamento (Damasceno et al., 1995; Péres, Franco, & Santos, 2006).

Essa dificuldade também está relacionada ao desafio de gerenciar o plano alimentar, de modo a conciliar os horários das refeições com os medicamentos prescritos, atividade física e monitorização da glicose no sangue, visando a prevenir ou minimizar as complicações relacionadas à doença (Chlebowy, & Garvin, 2006).

Estudo acerca da alimentação em pessoas com DM evidenciou a relação existente entre proibição, desejo e transgressão, ao constatar que o desejo alimentar está sempre presente na vida do indivíduo com a doença, fazendo-o sofrer, reprimir-se, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. A interdição de certos hábitos alimentares surge sempre que há um desejo que o indivíduo sente como de difícil controle. O desejo incoercível estimula a transgressão. Quando a pessoa com DM percebe a disciplina alimentar como restrição à sua autonomia, isto é, como privação da liberdade de decidir sobre o que considera melhor para si, muitas vezes recorre ao comportamento transgressor como estratégia para lidar com essa situação. Nesse contexto, a transgressão alimentar parece funcionar como válvula de escape para as restrições

e atribuições diárias (Santana, 2002). O desafio para a educação em saúde é modificar essa representação, de tal modo que a modificação necessária dos hábitos alimentares não seja mais significada como interdição dos prazeres associados ao comportamento alimentar.

Por outro lado, é preciso diferenciar a fome do apetite. A fome obedece a uma necessidade fisiológica, ao passo que o apetite envolve o psíquico e é regido pela necessidade de maximizar o prazer (Kahtalian, 1992). Além da dimensão psicológica que está em jogo, os significados atribuídos aos alimentos dependem do contexto cultural, social e econômico, bem como das experiências de vida e da personalidade da pessoa com DM. Uma doença que afeta diretamente o comportamento alimentar das pessoas, como é o caso do diabetes, pode ser interpretada de diversas maneiras, sendo que os significados que as pessoas conferem ao que está acontecendo em seu organismo influenciarão sua relação com o tratamento (Helman, 1994).

O pressuposto de que as representações sociais dos alimentos elaboradas pela pessoa com DM remetem a questões que extrapolam os aspectos fisiopatológicos da doença têm sido objeto de investigação científica (Garcia, 1992, 1997a, 1997b, 2003, 2004; Gomes, 2007; Peres, Franco, & Santos, 2008; Perez, & Romano, 2004; Pontieri, & Bachion, 2010). Contudo, a literatura apresenta lacunas no que tange a estudos que permitam ampliar a compreensão das implicações desse fenômeno na prática clínica, com vistas à elaboração de estratégias educativas inovadoras em programas de educação em diabetes a serem implementados nas instituições de saúde.

A convivência com pessoas com DM tipo 2 (DM2) em um serviço de atenção primária em um município de médio porte da região sudeste do Brasil suscita vários questionamentos e reflexões sobre as representações sociais que envolvem os alimentos para as pessoas acometidas, constituindo o objeto de investigação do presente estudo. Desse modo, compreender a complexidade das representações que envolvem os alimentos e considerar o fato de que a alimentação transcende a simples ingestão de alimentos, conduziram à proposta da presente investigação. O pressuposto que dá sustentação a este estudo é o de que os hábitos alimentares do indivíduo com DM2 devem ser compreendidos dentro de um quadro teórico-conceitual que abarca dimensões que remetem para além do ato fisiológico de ingestão de nutrientes, contemplando também a dimensão do prazer associado à satisfação do apetite.

Espera-se contribuir com subsídios para repensar as dificuldades que as pessoas com DM2 enfrentam em relação ao seguimento do plano alimentar proposto pela equipe multiprofissional de saúde para o alcance do controle metabólico. Diante do exposto, o presente es-

tudo teve como objetivo compreender as representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com DM2.

### Marco Teórico-Conceitual

Tendo em vista o objetivo proposto, optou-se pelo referencial teórico das representações sociais proposto por Moscovici (Moscovici, 1961) e ampliado por Jodelet (1984), na perspectiva da Psicologia Social. Uma das definições clássicas concebe as representações sociais como modalidades de conhecimento prático, norteadas para a comunicação e compreensão do contexto social, material e ideativo do cotidiano. As representações sociais consistem em formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem aos componentes cognitivos (Jodelet, 2002). As representações sociais são socialmente elaboradas e compartilhadas, de modo a contribuir para a construção de uma realidade comum, possibilitando, assim, a comunicação. Envolvem, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo que identificados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser compreendidos a partir do seu contexto de produção, ou seja, a partir das funções ideológicas e simbólicas a que servem e das formas de comunicação nas quais circulam.

Considera-se que o conhecimento do senso comum opera por uma lógica distinta da que ordena o saber científico (Camargo, Justo, & Jodelet, 2010). Isso não faz com que esse tipo de conhecimento seja menos *verdadeiro*. Desse modo, o saber popular deve ser considerado legítimo devido à sua relevância social. Em outras palavras, o pensamento dito *ingênuo* veicula significado e merece atenção do pesquisador (Jodelet, 2002). No contexto específico da saúde, essa concepção adquire uma dimensão especial.

Particularmente em relação ao DM, os estudos dedicados às representações sociais focalizam os aspectos psicossociais relativos à doença, podendo, assim, propiciar reflexão sobre a necessidade de prover cuidados que reconheçam a pessoa como um ser biopsicossocial. Considerando o objeto de estudo do presente estudo, atenta-se ao fato de que, sob determinadas circunstâncias, alguns constituintes das representações são enfatizados, enquanto outros são desfocados. Assim, as representações sociais sobre as práticas alimentares vão manifestar, de forma conflitante, as oscilações do comportamento alimentar, ora regulado pela preocupação com a saúde, ora por outros valores habitualmente associados aos alimentos. Essa estrutura móvel observada na análise das representações sociais suscita reflexões acerca da estabilidade das informações sistematicamente obtidas em relação ao consumo alimentar (Garcia, 2004). Por essa razão, como se

trata de um conhecimento alicerçado no cotidiano das pessoas que convivem com a doença, o referencial teórico das representações sociais permite ampliar a compreensão do fenômeno investigado, favorecendo maior familiaridade com a vivência de pessoas com DM em relação aos alimentos, valorizando seus saberes e fazeres, que se modificam continuamente na produção de suas formas de vida.

### Método

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária de um município da região sudeste do Brasil, no período de março a setembro de 2008. A população foi constituída por 48 pessoas com DM cadastradas na lista de espera no referido Centro. Esse cadastro visava à inserção dos indivíduos em um grupo de educação em diabetes.

A amostra de conveniência foi constituída por 14 pessoas com DM2, que preencheram os seguintes critérios de seleção: indivíduos de ambos os sexos, adultos (idade igual ou maior que 21 anos), sem antecedentes de participação em programas de educação em diabetes, com tempo de diagnóstico superior a 12 meses, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que formalizava sua anuência com os termos e objetivos da pesquisa.

Para a composição da amostra utilizou-se o critério de saturação dos dados. Desse modo, o número de participantes não foi determinado previamente e os dados foram encerrados quando ocorreu uma repetição das informações relevantes no material empírico coletado (Minayo, 2006).

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos. Em seguida foi aplicada uma entrevista aberta, disparada pela questão norteadora: "*Gostaria que falasse a respeito do que os alimentos significam para o(a) senhor(a) em seu dia a dia*".

Os participantes foram recrutados por meio de ligação telefônica e a coleta de dados foi realizada no domicílio, em local reservado, com data e horário previamente agendado de acordo com a disponibilidade dos voluntários. As entrevistas foram aplicadas em situação face a face e ocorreram em um único encontro, com duração média de 60 minutos.

As entrevistas foram audiogravadas com a devida anuência dos participantes. O *corpus* da pesquisa foi constituído a partir da transcrição literal e na íntegra do material empírico coletado. Para interpretar os dados e compreender os significados veiculados pelos relatos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática (Minayo, 2006), considerada apropriada

para investigações qualitativas em saúde. Com base no marco teórico-metodológico e no objetivo do estudo, os relatos obtidos nas entrevistas foram submetidos a uma abordagem sistemática, na qual foram percorridas as três etapas operacionais pertinentes à análise temática: pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados obtidos (Minayo, 2006).

Após leitura minuciosa e fluante desse *corpus*, manteve-se contato exaustivo com os dados. A seguir, os dados foram agrupados segundo as unidades de registro concernentes aos objetivos do estudo, de acordo com os significados comuns que emergiram dos dados brutos. A partir dessa etapa, foram selecionadas partes do material consideradas relevantes para a constituição das unidades de significação (categorias temáticas que emergiram), que foram por sua vez codificadas e organizadas em subcategorias relacionadas às categorias temáticas. Assim, as categorias temáticas foram organizadas conforme a similaridade de conteúdos, suscitando as categorias de análise. Após meticulosa análise, os dados foram novamente ordenados em torno de três eixos temáticos relevantes em relação ao *corpus* investigado, tendo por finalidade apreender o núcleo de compreensão do texto das entrevistas.

Em relação aos cuidados éticos, o presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 0870/2008, da instituição a qual estão vinculados os pesquisadores. Os nomes utilizados neste estudo são fictícios, de modo a preservar o anonimato dos participantes.

### Resultados e Discussão

Dos 14 participantes, seis eram homens e oito mulheres. A idade variou de 43 a 83 anos. A maior parte dos participantes constituiu-se de indivíduos casados, com nível de escolaridade equivalente até o Ensino Fundamental completo (oito anos de escolaridade), procedentes do município no qual estava localizada a instituição. Do ponto de vista da atividade ocupacional, eram aposentados ou exerciam atividade remunerada, com renda familiar acima de três salários mínimos. Em relação aos dados clínicos, tinham diagnóstico de DM2 havia mais de seis anos e faziam uso de medicamento oral para o controle da doença.

A análise temática do material empírico permitiu a elaboração das categorias: “prato cheio”, “besteiras/lambiscar”, “alimentos para diabetes não têm sabor”, “essas dietas tiram tudo de nós” e “como, até matar a fome”. A articulação dessas categorias evidenciou a ancoragem da categoria central **Alimentos para diabetes não sustentam**. Nessa categoria central, uma parte significativa dos relatos evidenciou que a representação elaborada pelos participantes está relacionada à idéia de que os alimentos recomendados pela

equipe multiprofissional de saúde não sustentam. As representações sociais dos alimentos foram articuladas pelos participantes em torno dos eixos constituídos pelas categorias mencionadas.

Em relação à categoria *Prato cheio*, os depoimentos apontaram que os alimentos recomendados pela equipe multiprofissional parecem insuficientes para a manutenção das funções vitais.

*O que eu mais gosto é... Prato cheio. Eu gosto de feijoada, eu gosto de bacalhoadada, gosto de leitosa assada... (Sr. Lucas)*

Essa categoria de análise remete à compreensão de que a fome é saciada e formulada em termos culturais, sociais, econômicos e históricos. Alimentar-se consiste em uma necessidade humana básica, mas também configura um ato social. Quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, além das prescrições e proscricções alimentares, são fatores determinados pela cultura. Além disso, as práticas, classificações e representações da alimentação demonstram o status de um indivíduo em uma dada sociedade. Nesse sentido, o alimento pode ser interpretado como linguagem, como texto cultural que traduz as visões de mundo, da família, do corpo, do trabalho e das relações sociais (Menasche, Marques, & Zanetti, 2008).

Os participantes também associaram sintomas de fraqueza à quantidade de alimentos recomendada pelos profissionais de saúde.

*Mas o problema é que depois eu fico assim com fraqueza. [...] talvez seja por causa da quantidade de alimento, né? (D. Flora)*

Para os participantes deste estudo o conceito de estar bem alimentado encontra-se relacionado à quantidade (e não à qualidade) de alimentos consumidos. Parece que, se comer pouco ou com moderação, não se está bem alimentado. A preferência por alimentos considerados “fortes”, como a carne, o feijão e o arroz, promove a sensação de plenitude gástrica (“encher a barriga”), dando a impressão de que, por meio desses alimentos, o indivíduo pode se manter hígido, com energia e disposição para o trabalho, conforme mostra o depoimento a seguir:

*No almoço, eu como duas colher de arroz, eu ponho mais feijão que é pra sustentar mais, né? Porque feijão sustenta mais, e o médico manda colocar duas de feijão também. Mas eu cheguei na cara dele e falei: “Ó, vai você comer aquela comida que não tá sustentando nada”. Falei isso pra ele [...] para o doutor X, eu trato é com ele. (D. Carina)*

O *modo* como os indivíduos se alimentam tem consequências à saúde tão importantes quanto o que comem. Tanto o excesso de alimento ingerido, quanto à rapidez da ingestão, propiciam um maior consumo de calorias e menor sensação de saciedade, predispondo a obesidade, pois triplica a possibilidade de aumento no peso corporal (Maruyama et al., 2008).

No que se refere à categoria *besteirada/lambiscar*, os depoimentos revelaram que os participantes consomem grande quantidade de alimentos, que denominaram de “besteirada”, além de mencionarem o hábito de “lambiscarem” no decorrer do dia, conforme os depoimentos que se seguem:

*Eu vou no bar e como um pastel, como uma esfirra, sabe? [...] Todos os dias como salgado, como besteirada. Eu almoço, normalmente, no restaurante por quilo. Na parte da salada, eu passo batido e não como nada.* (Sr. Lucas)

*Fico lambiscando. Isso, isso. Como uma coisinha aqui, outra coisinha ali.* (D. Verbênia)

Representações do comer, que se expressam na forma de comer besteirada ou lambiscar compulsivamente, podem ser entendidas como uma busca de compensação imaginária para as restrições alimentares que levam os participantes a se sentirem fisicamente “fracos” ou debilitados, uma vez que os alimentos recomendados para o controle do DM “não sustentam”. Em razão desse tipo de representação, os alimentos são selecionados pelos participantes mediante critérios pouco relacionados aos valores nutricionais. Essas escolhas constituem barreiras para o seguimento do plano alimentar prescrito pela equipe multiprofissional de saúde. Os alimentos saudáveis não são percebidos como uma alternativa atrativa, nem de acesso fácil, em relação ao plano alimentar recomendado pela equipe multiprofissional de saúde (Viana, 2002).

Em relação à categoria *alimentos para diabetes não têm sabor*, os relatos expressam a idéia de que os alimentos recomendados pela equipe de saúde não têm sabor, são insípidos e sem graça, conforme ilustrado nas falas a seguir:

*Os alimentos para diabetes não têm sabor.* (Sr. Lucas)

*Tudo que você for comer, que é diet, não tem gosto, você pega barrinha de cereal, que não tem gosto nenhum; você pega um chocolate e tem gosto de remédio, você coloca um adoçante e fica com a boca seca.* (D. Mara)

Uma das participantes referiu que, além de não terem sabor, os alimentos têm gosto de bucha:

*Não, não são saborosos [...] têm gosto de bucha [risos], tudo tem gosto de bucha. Você vai comer aquela comida e não tem sabor, você tempera tudo aquilo lá e não tem sabor.* (D. Marta)

A representação veiculada por essa fala abarca um duplo sentido, referente à percepção de que os alimentos são insípidos, tendo em vista que tem o sabor do material conhecido como bucha, utilizada em certas regiões para se tomar banho. No contexto brasileiro tal palavra também é utilizada, popularmente, com a conotação simbólica de castigo, presente na expressão: levar bucha – ou seja, sofrer represália, ser punido. Desse modo, para a participante em questão, a representação do alimento recomendado pela equipe pode adquirir o significado de algo insípido e punitivo.

No que concerne à categoria essas *dietas tiram tudo de nós*, para os participantes os hábitos alimentares recomendados pela equipe multiprofissional de saúde são representados como restritivos, já que cerceiam sua liberdade de escolha. Nos depoimentos, emergiu a idéia de que há poucas opções de alimentos autorizados pelos profissionais, além daqueles recomendados no plano alimentar.

*Eu gosto de comer de tudo, e essas dietas tiram tudo da gente, você tem que ficar praticamente sem comer nada. Então, pra mim não serve, eu gosto é de comer.* (D. Ida)

As representações sociais expressas nas falas revelam uma relação complexa dos participantes com os alimentos indicados pelos profissionais de saúde, em virtude da assimilação proibitiva, que suscita reações comportamentais paradoxais, como mostra o depoimento que se segue:

*Meu Deus, quando eu podia comer, eu não tinha comida. Agora que eu posso, tenho essa diabete.* (D. Elsa)

A quantidade indicada de alimentos parece insuficiente em relação às necessidades diárias percebidas pelos participantes. Desse modo, a dificuldade em atender às exigências de reestruturação do padrão alimentar está relacionada ao significado que os alimentos adquirem para cada indivíduo. Assim, as recomendações nutricionais são percebidas pela pessoa com DM como proibitivas e restritivas, na medida em que divergem do padrão alimentar permissivo adotado antes do advento da doença (Pontieri, & Bachion, 2010). Isso incrementa

a resistência à necessidade de aceitar a mudança de hábitos para alcançar um bom controle metabólico.

Em relação à categoria *como, até matar a fome*, os depoimentos expressam a representação do drama da transgressão alimentar, em relatos frequentemente entremeados de risos, conforme se segue:

*Não, não controlo. Eu como até matar a fome.*  
(Sr. Lucas)

*Minha mulher falou assim: “Você fez o arroz doce, ninguém viu o arroz doce, você comeu tudo.” [risos] É verdade, comi, comi mesmo, não fez mal, ué! Não tem problema nenhum com minha diabete, não me atrapalha em nada na minha diabete, isso de eu comer uma travessa inteira de arroz doce. Não tem problema.* (Sr. João)

A representação de que os alimentos recomendados pela equipe não sustentam remete à concepção dos participantes de que somente os alimentos que eles elegem podem proporcionar-lhes segurança e satisfação. As representações dos alimentos são coloridas por sensações de conforto, proteção e familiaridade evocadas pelos alimentos. Assim, em virtude dessas representações dominantes no conhecimento do senso comum, podem ocorrer conflitos na assimilação das representações oriundas do discurso científico. Esse embate produz uma tensão permanente. Frente a situações de maior estresse, a pessoa com DM2 pode sentir-se emocionalmente carente, desanimada, insegura ou infeliz, o que a leva a buscar compensação em alimentos pobres em nutrientes, porém com alto valor calórico. Desse modo, a pessoa se comporta de forma consistente com suas representações mais arraigadas, na busca de proteção, segurança e conforto emocional.

Os indivíduos com DM2 podem apresentar resistências a implementarem as mudanças que devem introduzir na organização de sua rotina, principalmente em relação aos hábitos alimentares. Apesar de todo o conhecimento obtido acerca das limitações necessárias para alcançar o controle metabólico, as pessoas insistem em manter antigos hábitos, que lhes proporcionam prazer e sensação de segurança. Nesse sentido, valores devem ser repensados e revistos para viabilizarem as mudanças necessárias no modo de se alimentarem (Francioni, & Silva, 2007).

As representações dos alimentos na ótica dos participantes estão inseridas em um contexto sociocultural específico. Reconhece-se, na atualidade, que os hábitos alimentares contemporâneos incluem escolhas alimentares condicionadas por inúmeros determinantes. Esses determinantes estão relacionados à ampla opção de itens alimentares, estrutura socioeconômica, deslo-

camentos das refeições de casa para estabelecimentos comerciais, crescente individualização dos rituais alimentares, escassez de tempo para preparo e consumo de alimentos, presença de produtos produzidos com técnicas de conservação e preparo inovadoras, crescente oferta de preparações e utensílios transportáveis, bem como de produtos oriundos de diversas partes do mundo, além do arsenal publicitário associado aos alimentos e da flexibilização de horários para alimentação acrescentada à ampla variedade de alimentos disponíveis (Garcia, 2003).

Desse modo, as representações dos alimentos pelos participantes deste estudo se mostraram altamente influenciadas pelo contexto sociocultural e familiar. Os profissionais de saúde necessitam estar conscientes de que tais representações constituem o lastro sobre o qual se ancoram parte das dificuldades evidenciadas pelos participantes quanto aos alimentos recomendados para o controle da doença. A fim de sensibilizar as pessoas com DM em relação a essas questões, é desejável adotar estratégias educativas que permitam que elas expressem suas representações sobre os alimentos, de modo a compreenderem suas implicações sobre os comportamentos adotados frente ao plano alimentar prescrito. Assim, para que os hábitos indesejáveis sejam alterados, é necessário que as representações que lhe servem de base sejam transformadas, o que exige valorizar as idéias, valores e singularidades provenientes do contexto cultural e social ao qual pertencem as pessoas com DM. As intervenções devem considerar todas as esferas da vida social, desde as micro às macroestruturas sociais, políticas e econômicas, que estão na base da formação das representações sociais.

É preciso prestar atenção ao modo como a pessoa com DM incorpora o discurso científico e o assimila ao conhecimento do senso comum que já possui. O diálogo e a interlocução entre o saber científico e o saber popular são imprescindíveis à promoção da saúde, e devem moldar as estratégias de promoção de hábitos e práticas alimentares saudáveis, como o incentivo ao consumo de verduras, frutas e legumes (Valla, 2000).

### Considerações Finais

Ao considerar as representações sociais dos alimentos pelos participantes, os profissionais de saúde poderão inovar as estratégias educativas, bem como flexibilizar as recomendações dos alimentos, com vistas à tão valorizada atenção integral em saúde e seguimento ao plano alimentar. Nessa direção, faz-se necessário o reconhecimento, por parte da equipe multiprofissional, dos aspectos simbólicos e culturais que envolvem o planejamento alimentar da pessoa com DM2. A compreensão e valorização dessas dimensões

possibilitarão o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas com DM e, conseqüentemente, poderão favorecer um cuidado integral que considere suas necessidades e expectativas.

Nessa vertente, acredita-se que o estudo das representações sociais dos alimentos, na perspectiva das pessoas com DM2, permite a valorização de um novo olhar por parte dos profissionais na atenção em saúde, mais voltado às dimensões psicossociais envolvidas no cuidado.

## Referências

- American Diabetes Association (2004). Nutrition principles and recommendations in Diabetes. *Diabetes Care*, 27(suppl 1), 36-46.
- American Diabetes Association (2008). Summary of revisions for the 2008 clinical practice recommendations. *Diabetes Care*, 31(suppl 1), S3-S4.
- Cabrera-Pivaral, C. E., González-Pérez, G., Vega-López, M. G., & Arias-Nerino, E. D. (2004). Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con Diabetes tipo 2. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 275-281.
- Camargo, B. V., Justo, A. M., & Jodelet, D. (2010). Normas, representações sociais e práticas corporais. *Revista Interamericana de Psicologia*, 44(3), 449-457.
- Chlebowy, D. O., & Garvin, B. J. (2006). Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African american adults with type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 32(5), 777-786.
- Damasceno, M. M. C., Rocha, T. J., Lino, R. L. P., & Carvalho, Z. M. (1995). Problemas identificados na clientela diabética: análise quantitativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 3(1), 19-28.
- Francioni, F. F., & Silva, D. G. V. (2007). O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16(1), 105-111.
- Garcia, R. W. D. (1992). Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Revista de Nutrição*, 5(1), 70-80.
- Garcia, R. W. D. (1997a). Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 455-467.
- Garcia, R. W. D. (1997b). Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7(2), 51-68.
- Garcia, R. W. D. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*, 16(4), 483-492.
- Garcia, R. W. D. (2004). Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Revista de Nutrição*, 17(1), 15-28.
- Gomes, F. S. (2007). Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Revista de Nutrição*, 20(6), 669-680.
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Jodelet, D. (1984). Les représentations sociales: phénomènes, concept et théorie. In: S. Moscovici (Org.), *Psychologie sociale* (pp. 357-378). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2002). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In: J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness: impact and interventions* (6a ed.). Boston: Jones and Bartlet.
- Maruyama, K., Sato, S., Ohira, T., Maeda, K., Noda, H., & Kubota, Y., et al. (2008). The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 337(212).
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

- Menasche, R., Marques, F. C., & Zanetti C. (2008). Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. *Revista de Nutrição*, Supl 21, S145-S158.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Nathan, D. M., Buse, J. B., Davidson, M. B., Ferrannini, E., Holman, R. R., Sherwin, R., et al. (2009). Medical management of hyperglycemia in type 2 Diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the study of Diabetes. *Diabetes Care*, 32(1), 193-203.
- Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de Diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 310-317.
- Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 101-108.
- Perez, G. H., & Romano, B. W. (2004). Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 14(4), 544-550.
- Pontieri, F. M., & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 151-160.
- Povey, R. C., & Clark-Carter, D. (2007). Diabetes and healthy eating: a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 33(6), 931-959.
- Santana, M. G. (2002). O desejo, o controle, e o limite: possíveis enfrentamentos no cotidiano diabético. In: M. G. Santana (Org.), *Rede de saberes em diabete e saúde: um exercício de interdisciplinaridade* (pp. 53-72). Pelotas: Edição Independente.
- Sarrafzadegan, N., Kelishadi, R., Esmailzadeh, A., Mohammadi-fard, N., Rabiei, K., & Roohafza, H, et al. (2009). Do lifestyle interventions work in developing countries? Findings from the Isfahan Healthy Heart Program in the Islamic Republic of Iran. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(1), 39-50.
- Silva, D. G. V., Souza, S. S., Francioni, F. F., Mattosinho, M. M. S., Coelho, M. S., & Sandoval, R. C. B., et al. (2006). Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 297-302.
- Valla, V. V. (2000). Procurando a fala das classes populares. In: V. V. Valla (Org.), *Saúde e educação* (pp. 11-32). Rio de Janeiro: DP & A.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.
- Williamson, A. R., Hunt, A. E., Pope, J. F., & Tolman, N. M. (2000). Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with Diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(2), 272-279.

Received 12/06/2010

Accepted 22/02/2011

**Camila Rezende Pimentel Ribas.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

**Manoel Antônio dos Santos.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

**Maria Lúcia Zanetti.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil