

# ***A diabetes não dói, não se sente, mas está cá dentro!*** **Metáforas de adultos idosos diabéticos tipo 2 portugueses<sup>1</sup>**

Carmen Elisa Travieso<sup>2</sup>, Álvaro Mendes<sup>3</sup> e Liliana Sousa<sup>4</sup>

## **Resumo**

Em Portugal mais de um quarto da população entre os 60 e os 79 anos tem diabetes *mellitus* tipo 2. As recomendações terapêuticas exigem autogestão pelos pacientes, pois envolvem mudanças de estilo de vida. Contudo, apenas cerca de 20% dos pacientes são ótimos autogestores. A autogestão está associada a crenças, sendo as metáforas mecanismos que refletem as crenças usadas pelos indivíduos para compreender e agir. O objetivo deste estudo é analisar as metáforas de adultos idosos ( $\geq 65$  anos) diabéticos tipo 2, sobre “o que é a diabetes” (identidade; causa; evolução e consequências), relevante pelas implicações para a prática clínica, pois revela metáforas que poderão influenciar a autogestão. Este estudo qualitativo e exploratório recorre à teoria cognitiva da metáfora, explorando metáforas dos participantes através de entrevistas semiestruturadas. Compreende 17 participantes que relataram 84 metáforas. As entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo. Os principais resultados indicam: identidade descrita por “doença que não dói, não se sente, mas está cá dentro”; causas envolvem “não sei como se apanha” e “herdei esta doença”; evolução e consequências associam-se a “lentamente vai dando cabo da pessoa”. Estas metáforas sugerem que os adultos idosos diabéticos tipo 2 vivem a doença como algo “misterioso”, o que poderá dificultar o seu envolvimento na autogestão.

**Palavras-chave:** diabetes tipo 2; adulto idoso; metáfora

---

1 Este artigo foi apoiado pelo FEDER, operação POCI-01-0145-FEDER-007746 financiada pelo Programa Operacional Competitividade e Internacionalização – COMPETE2020 e por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, âmbito do CINTESIS, R&D Unit (reference UID/IC/4255/2013).

2 Universidade de Aveiro. Email: carmentorrellas@hotmail.com; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7543-1233>

3 Universidade de Aveiro. Email: alvarofmendes@ua.pt. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8766-7646>

4 Universidade de Aveiro. Email: lilianax@ua.pt; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3491-7119>

## The diabetes does not hurt, it is not felt, but it is here! Metaphors from old people with type 2 diabetes in Portugal

### Abstract

In Portugal more than a quarter of the population aged between 60 and 79 years old has type 2 diabetes mellitus. Therapeutic recommendations request patients' self-management, since changes in lifestyles are involved. However, just around 20% of the patients are outstanding self-managers. Self-management is associated to beliefs, and metaphors are mechanisms that reflect the beliefs used by individuals to understand and take action. This study aims to analyse metaphors of type 2 older ( $\geq 65$  years) diabetics, about "what is diabetes" (identity; causes; timeline and consequences), which is relevant for clinical practice. This qualitative and exploratory study uses the cognitive metaphor theory to uncover participants' metaphors through semi-structured interviews. It comprises 17 participants that reported 84 metaphors. The interviews were submitted to content analysis. Main findings show that: identity is described by "illness that does not hurt, it is not felt, but it is here"; causes involve "I don't know" and "I inherited it"; timeline and consequences portrayed as "slowly it destroys us". These metaphors suggest that the old-aged type 2 diabetics experience the illness as something "mysterious", which will most probably difficult their self-management.

**Keywords:** Type 2 Diabetes; Senior; Metaphor

## INTRODUÇÃO

A diabetes *mellittus* (DM) é uma doença crónica cuja prevalência e incidência tem vindo a aumentar a nível global, principalmente na população idosa (SPD, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014; WHO, 2009). Compreende doenças metabólicas crónicas caracterizadas por hiperglicemia; ocorre porque não é produzida insulina (tipo 1: DMT1) ou porque não se produz insulina suficiente ou a insulina produzida não é devidamente usada pelo organismo (tipo 2: DMT2) (Camp, Fox, Skrajner, Antenucci, & Haberman, 2015).

A DMT2 representa cerca de 85% da população diabética, afetando 5% a 7% da população ocidental (SPD, 2014; WHO, 2009). Em Portugal, em 2013, 13% da população entre os 20 e os 79 anos era diabética, sendo que cerca de 27% da população com 60 a 79 anos tinha DMT2 (SPD, 2014). A DM é a quarta causa de morte na Europa e na maioria dos países desenvolvidos, apresentando diversas doenças

associadas (cardiovascular, renal, cegueira e amputação de membros) e mortalidade relacionada (50% devido a doenças cardiovasculares; 10% a 20% por falência renal) (SPD, 2014; WHO, 2009). Em Portugal, 8% a 15% das mortes na população adulta estão associadas a má autogestão da diabetes (WHO, 2009). A DM exige significativos recursos económicos, para tratamento da doença e de complicações associadas. Em Portugal, em 2013, os gastos com a DM representavam 0.9% do PIB (Produto Interno Bruto) e 9% dos gastos totais em saúde (SPD, 2014).

O tratamento (não curativo) da DMT2 está definido e é eficaz, otimizando o controlo metabólico, prevenindo complicações e promovendo a qualidade de vida (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002). Mas depende da autogestão dos pacientes, pois envolve mudanças no estilo de vida (incluindo: manter peso adequado; dieta; exercício; controlo da glicemia; medicação ou administração de insulina) (Camp et al., 2015). Os dados existentes apontam para a precária autogestão: o controlo da glicemia ( $HbA_{1c} < 7.0\%$ ) é alcançado em menos de metade das pessoas com DMT2 (Norris et al., 2002); e apenas cerca de 20% dos pacientes são ótimos e consistentes autogestores (Alberti, 2002; Bazata, Robinson, & Grandy, 2008; Gardete-Correia et al., 2010).

A ótima autogestão da DMT2 é complexa, pois envolve tarefas práticas, cognitivas e socio-emocionais, exigindo tempo, dedicação e esforço físico, cognitivo, emocional e social (Funnell & Weiss, 2008; Hinder & Greenhalgh, 2012). Os baixos níveis de adequada autogestão da DMT2 resultam da combinação de diversas características da doença e do tratamento (Alberti, 2002; Funnell, & Weiss, 2008; Norris et al., 2002): a doença não causa desconforto imediato, nem risco evidente; mas o tratamento implica mudanças no estilo de vida que são complexas, intrusivas e inconvenientes, e mesmo assim não permitem a cura; as escolhas e decisões diárias em termos de estilo de vida são da pessoa com diabetes (planos alimentares, atividade física, gestão de stress); e as consequências dessas escolhas são em primeiro lugar vividas pela pessoa (exemplo: doenças associadas). Nos adultos idosos há complexidade e desafios acrescidos à autogestão da DMT2, designadamente: dependência de cuidadores in/formais; gestão de co-morbilidades e síndromes geriátricas (como depressão, comprometimento cognitivo, quedas e fraturas, fragilidade, dependência funcional) (Abdelhafiz & Sinclair, 2013; Camp et al., 2015; Kim, Kim, Sung, Cho, & Park, 2012).

A literatura tem vindo a sublinhar que a experiência quotidiana e as crenças dos pacientes sobre a DMT2 influenciam fortemente a sua autogestão (Antón & Goering, 2015; Hinder & Greenhalgh, 2012; Jiménez & Dávila, 2007). As metáforas são mecanismos que refletem as crenças usadas pelos indivíduos para compreender e agir; constituem estruturas mentais, que permitem às pessoas simplificar aspetos complexos e abstratos do seu mundo, relacionando-os com algo mais concreto e previamente

experienciado (Eren & Tekinarslan, 2013; Lakoff & Johnson, 1980; Saban, 2010; Simsek, 2014). A essência da metáfora é compreender e experienciar uma coisa como sendo outra, por exemplo: “tempo é dinheiro” (Lakoff & Johnson, 1980). A teoria cognitiva da metáfora (Johnson & Lakoff, 2002; Lakoff, 1993; Lakoff & Johnson, 1980) integra a psicologia cognitiva, sendo um paradigma experiencialista, em que a metáfora emerge como mecanismo de criação de novos sentidos e realidades nas nossas vidas. Esta teoria entende que o processamento cognitivo humano opera através de metáforas. Assim, na vida diária pensamos e agimos de modo automático, com base nas nossas metáforas. A forma principal de nos apercebermos é através da linguagem que usamos, pois revela e inclui o nosso sistema metafórico. Ou seja, a comunicação é baseada no sistema conceptual que usamos para pensar e agir, assim a linguagem mostra como o sistema conceptual funciona. As metáforas são mapeamentos conceptuais e não apenas expressões linguísticas; por isso tendemos a assumir as metáforas como definições da realidade e vivemos e agimos de acordo com elas. Na linguagem diária encontramos as metáforas a serem usadas para: ajudar a expressar ideias e conceitos dificilmente representados em linguagem literal; compactar a complexidade da experiência; comunicar ideias de forma mais vivida (Michael & Katerina, 2009). As símiles/analogias são formas de metáforas em que a semelhança (comparação) é explicitada através do uso do “como” (Michael & Katerina, 2009).

As metáforas têm vindo a ser usadas em investigação, inicialmente na educação, sobretudo para compreender o que é ensinar e aprender, e cada vez mais em psicologia da saúde (Eren & Tekinarslan, 2013; Saban, 2010; Simsek, 2014). Diversos estudos têm explorado metáforas sobre DMT2. Huttlinger et al. (1992) analisou metáforas usadas por diabéticos do povo Navajo (Colorado, EUA) (encontraram duas metáforas: “batalha/luta, pois é uma vivência diária desafiante; “armas” associada ao uso pelos profissionais de saúde da expressão “lutar contra a doença”). Hagey (1984) explorou metáforas de DMT2 em índios/nativos canadianos urbanos. Antón e Goering (2015) encontraram cinco metáforas concetuais que descrevem o que é a DMT2 na perspectiva dos pacientes: confrontação (o corpo não consegue atacar o açúcar); domínio (a doença consome-nos); erro (do pâncreas); processo orgânico; desequilíbrio (do açúcar no sangue). Mais recentemente, as metáforas têm sido utilizadas em intervenções. Solberg, Nysether e Steinsbekk (2014) descrevem o programa centrado na metáfora “capitão de navio”, baseado nos modelos focados na solução e desenhado para promover competências de autogestão em pessoas com DMT2. Os participantes consideraram a metáfora capacitadora em termos de autogestão, pois é uma ferramenta que podem usar nas situações diárias, tornando-os mais conscientes da sua responsabilidade.

O objetivo deste estudo é aprofundar o conhecimento sobre as metáforas de adultos idosos ( $\geq 65$  anos) diabéticos tipo 2 (com diagnóstico  $\geq 5$  anos) acerca de o que é a diabetes (identidade, causa/s, evolução e consequências). Este estudo foi

realizado em Portugal, o país europeu com maior incidência da doença. Os resultados têm implicações para a prática clínica, revelando as metáforas de adultos idosos diabéticos tipo 2 que poderão estar a influenciar a sua autogestão.

## MÉTODO

Este é um estudo qualitativo e exploratório que recorre à teoria cognitiva da metáfora (Lakoff, 1993; Lakoff & Johnson, 1980).

### *Participantes*

Os 17 participantes, com idade entre 68 e 96 anos (média = 78.41 anos), estão organizados nos seguintes grupos etários: 68-77 anos (n=9); 78-87 anos (n=5); 88-97 anos (n=3). Em termos de sexo, 11 são mulheres. Quanto à escolaridade: sem escolaridade formal (n=5); até 4 anos de escolaridade (n=2); 5 a 12 anos de escolaridade (n=10). Sobre comorbilidades, 3 participantes indicam não existir; os restantes 14 apresentam combinações de diabetes tipo 2 com hipertensão, artroses, doença cardiovascular e/ou pancreatite. Nove participantes relatam história familiar de diabetes.

### *Instrumento*

Foi elaborado um guião semiestruturado, administrado através de entrevista, para facilitar a expressão de metáforas sobre o tópico em estudo. O guião da entrevista iniciava-se com a introdução do tema e algumas questões sobre a experiência de ser adulto idoso diabético tipo 2: “Para si, como se define diabetes?”, “Com base na sua experiência, quais as características principais da diabetes?”, “No seu caso, o que pensa que causou a diabetes?”, “Como pensa que a doença vai evoluir?” Ao longo da entrevista, introduzia-se a noção de metáfora de forma simples e com exemplos (por exemplo, “estar triste como a noite”, “ser lindo como o sol”). Como a literatura indica que, na linguagem quotidiana, as pessoas usam com frequência metáforas, optou-se por aprofundar a entrevista, explorando sentimentos e vivências da doença, e deixando as metáforas emergir (Cameron & Stelma, 2004; Lakoff, 1993). Para participantes que expressassem alguma dificuldade em formular metáforas, indicava-se que considerassem a formulação: “a diabetes é como ... porque ...”; ou “que imagem

representa a diabetes para si”. No final da entrevista, foram recolhidos dados socio-demográficos (sexo, idade, estado civil e escolaridade), tempo do diagnóstico da DMT2, existência de comorbilidades e presença de história de diabetes na família.

### *Procedimento de recolha de dados*

O método de amostragem foi intencional e não-probabilístico. Optou-se por contactar IPSS (Instituições Privadas de Solidariedade Social), com valência de ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) e Centro de Dia/Convívio. O primeiro contacto ocorreu com duas IPSSs do município de Aveiro, foi realizado presencialmente pela primeira autora junto da direção, para apresentar o projeto e solicitar autorização, que foi concedida. As direções indicaram um enfermeiro da instituição para mediar a identificação e contacto com potenciais participantes. Em seguida, o projeto foi explicado ao enfermeiro, assim como os critérios de inclusão (idade  $\geq 65$  anos; diagnóstico de diabetes tipo 2 há  $\geq 5$  anos, para garantir uma experiência vivida com a doença; orientados no tempo e no espaço); e exclusão (dificuldades de expressão e compreensão). O enfermeiro com base nos processos clínicos efetuava a seleção dos potenciais participantes e contactava os que cumpriam os critérios; aqueles que aceitavam colaborar eram indicados à primeira autora, que se dirigia à instituição para uma reunião com o potencial participante, onde explicava o projeto e colaboração solicitada. Todos os potenciais participantes aceitaram colaborar, e foi marcada a data, hora e local para a entrevista e assinado o consentimento livre e informado. As entrevistas decorreram em instalações das instituições em locais privados. A recolha de dados terminou com a saturação (situação em que os dados já foram referidos durante a recolha de dados) (Mason, 2010). Foi utilizada a avaliação inter-juízes para determinar a saturação: a primeira autora (realizou as entrevistas) anunciou quando considerou atingida a saturação; os outros dois autores leram de forma independente as entrevistas e indicaram a sua concordância. A saturação foi atingida com 17 entrevistas, com duração média de 16 minutos (mínimo = nove minutos; máximo = 78 minutos).

## **ANÁLISE DE DADOS**

As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade e transcritas *verbatim*. A análise das metáforas seguiu o procedimento de análise sistemática de metáforas (Lakoff & Johnson, 1980; Schmitt, 2005), que é essencialmente um processo de

análise de conteúdo (Moser, 2000), que foi operacionalizado num processo de *clustering* em três fases (Antón & Goering, 2015).

A primeira fase envolve identificar e preparar as metáforas para codificação, e implicou ler as transcrições e identificar todas as metáforas elaboradas pelos participantes, considerando a frase (contexto). Uma metáfora para ser considerada deveria envolver os seguintes elementos: i) o tópico (ou tema da metáfora) estar incluído nos objetivos do estudo; ii) ser explícito o veículo (elemento a que é comparado o tópico); iii) ser clara a relação entre tópico e veículo (Moser, 2000). Nesta fase também se prepararam as metáforas, escolhendo a frase que melhor representava cada uma; neste processo foi respeitada a formulação dos participantes, embora em frases muito longas tenham sido escolhidas as partes mais representativas. Este processo foi realizado pela primeira autora e revisto pela terceira autora. Foram identificadas, no total, 84 metáforas; um participante elaborou nove metáforas (máximo) e um participante elaborou duas (mínimo).

A segunda fase compreende o processo de organização das metáforas de acordo com os três subtemas em estudo (identidade, causa, evolução e consequências). Tratou-se de um processo de sucessivo refinamento em que a primeira autora organizou as metáforas, e depois essa organização foi discutida com os outros autores; este processo decorreu até se alcançar total concordância.

A terceira etapa inclui o processo de categorização dentro de cada subtema em estudo. Cada autor leu as metáforas em cada subtema e desenvolveu uma listagem de categorias que indicassem representações distintas, escolhendo uma metáfora que melhor representasse a ideia. Depois reuniram para comparar e discutir as propostas. Esse processo repetiu-se até chegarem a acordo. Em seguida, dois juízes (primeira e terceira autoras) categorizaram de forma independente cada metáfora, para garantir a adequação do sistema.

Posteriormente, reuniram para analisar as (dis)concordâncias; a concordância entre juízes (valor calculado pela divisão de número de concordâncias pelo total de concordâncias e discordâncias) foi de 97.6%, o que indica excelente fiabilidade (Miles & Huberman, 1984). Por fim, discutiram as discordâncias e esse processo conduziu à total concordância; a discordância ocorreu em duas metáforas que abordam a doença em termos sociais, e discutiu-se se seria identidade ou causa; após releitura das entrevistas e do contexto em que as metáforas foram elaboradas, concordou-se em classifica-las no âmbito da identidade.

## RESULTADOS

Foram formuladas um total de 84 metáforas (Tabela 1).

Tabela 1. Metáforas: O que é a diabetes?

<b>Tema: O que é a diabetes</b>	
<b>Subtema</b> <b>Categorias: Metáfora representativa</b>	<b>N (metáforas)</b>
<b>Identidade</b>	<b>42</b>
“Doença que não <b>dói</b> , não se sente, mas <b>está cá dentro!</b> ”	11
“Diabetes é um <b>mal: já não sai!</b> ”	9
“Há diabetes de muita maneira: há uns <b>melhores</b> (tipo 2), há outros <b>piores</b> (tipo 1)!”	9
“Diabetes é <b>sangue mau</b> que afeta todos os <b>órgãos!</b> ”	8
“Doença que <b>ataca a sociedade!</b> ”	5
<b>Causas</b>	<b>27</b>
“Não sei como é que a gente <b>apanha</b> os diabetes, sei que <b>apareceram-me!</b> ”	9
“ <b>Herdei</b> esta doença!”	7
“ <b>Abusava</b> de certas coisas [alimentação] que fazem <b>mal</b> ao nosso corpo!”	6
“Eu sou muito nervosa e os <b>nervos</b> afeta tudo!”	3
“Isto foi tudo a <b>idade!</b> ”	2
<b>Evolução e consequências</b>	<b>15</b>
“Lentamente vai <b>dando cabo</b> da pessoa!”	10
“Sinto tanto <b>medo...</b> !”	5
<b>Total</b>	<b>84</b>

### *Identidade*

Neste subtema (Tabela 1) foram formuladas 42 metáforas, categorizadas em cinco metáforas representativas.

A metáfora “Doença que não dói, não sente, mas está cá dentro” foi referida por 11 participantes. Exemplos das metáforas incluídas são: “Doença que está dentro de ti, mas não a sentes!”, “Doença que vai andando até que mata mesmo!”, “Não dói, não se sente, mas está lá; e é má!”, “Doença que nos enfraquece, mas nem nos apercebemos!”, “Doença que não mata, mas vai deixando marcas!”, “É uma doença surda”. Nesta metáfora representativa a identidade da diabetes é comparada (veículo) a aspetos sensoriais (“não dói”, é “silenciosa” e “surda”), sendo que a relação entre o veículo e o subtema indica a ausência das sensações (é uma doença “má”, porque apesar de “não se sentir”, “mata”).

A metáfora “Diabetes é um mal: já não sai!” foi indicada por nove participantes. Alguns exemplos são: “Doença sem cura!”, “Doença para toda a vida!”, “Mal com

o qual vamos morrer!”, “Doença que entrou no corpo e não sai!” Nesta metáfora representativa a diabetes é considerada (veículo) como algo indefinido (mal) mas real, sendo que a interação com o subtema se faz considerando a cronicidade e ausência de cura (é uma doença/mal “para toda a vida”, “sem cura”, por isso “perigosa”).

A metáfora “Há diabetes de muita maneira: há uns melhores [tipo 2], há outros piores [tipo 1]!” é referida por nove participantes. Exemplos de metáforas incluídas são: “Tipo 1 as pessoas têm diabetes mais alta!”, “Tipo 1 as pessoas têm mais açúcar no sangue!” Nesta categoria de metáforas compara-se a gravidade dos dois tipos de diabetes (1 e 2), considerando a tipo 1 mais grave; a relação é organizada considerando que os diabéticos tipo 1 têm diabetes mais alta (mais açúcar no sangue) e têm de administrar insulina; o tipo 2 é menos grave porque não exige insulina, apenas comprimidos.

A metáfora “diabetes é sangue mau que afeta todos os órgãos!” foi elaborada por oito respondentes. Algumas das metáforas incluídas nesta categoria são: “O sangue dos diabetes não presta!”, “Diabetes é gordura!”, “É muito açúcar no sangue!” Neste caso, diabetes é comparada a sangue mau (com muito açúcar ou gordura), o que acarreta que todos os órgãos do corpo sejam afetados.

A metáfora “Doença que ataca a sociedade!” é formulada por cinco participantes. Nesta categoria estão metáforas como: “Doença comum!”, “Como eu há muitos!”, “Esta sociedade que esta cada vez mais a ser atacada por esta doença!” O veículo usado para comparação é o atacar, relacionado com aspetos que atribuem a características da sociedade atual (estilo de vida mais sedentário e alimentação menos saudável).

### *Causas*

No subtema “causas” (Tabela 1) emergiram 27 metáforas, categorizadas em cinco metáforas representativas.

A metáfora “Não sei como é que a gente apanha os diabetes, sei que me apareceram!” foi elaborada por nove participantes. Algumas metáforas incluídas nesta categoria são: “Não sei se são hereditários ou se eu os apanhei mesmo!”, “Não sei como é que vieram!”, “Não sei como é que ela [diabetes] surgiu!” Neste caso, a causa da diabetes tipo 2 é atribuída ou comparada a algo desconhecido e/ou estranho (apanhar, vir, aparecer), que se relaciona com o subtema demonstrando surpresa por terem a doença.

A metáfora “Herdei esta doença!” foi formulada por sete participantes. Algumas metáforas formuladas nesta categoria são: “Isto está nos genes sanguíneos de cada família e passa para outras pessoas!”, “Apareceu por o meu pai e a minha mãe terem!”, “Já tinha diabetes de minha casa!” A causa é aqui atribuída a herança genética, que passa entre familiares.

A metáfora “Abusava de certas coisas [alimentação] que fazem mal ao nosso corpo!” é indicada por seis participantes; outras metáforas elaboradas nesta categoria são: “As pessoas ficam quietas, e a doença ataca!”, “Comecei a apanhar os diabete porque eu gostava muito de doces!” A diabetes é atribuída a “má alimentação” (sobretudo gorduras e açúcares), “sedentarismo” (quieto e a ver televisão), o que permite que a doença ataque e cause a doença (mal).

A metáfora “Eu sou muito nervosa e os nervos afeta tudo!” é formulada por três participantes (também indicaram: “o stress que faz muito problema”). A causa é atribuída a ansiedade e *stress* (nervos), que podem decorrer de acontecimentos stressantes na vida pessoal (como: “ter falecido a mulher”) ou a características pessoais (“ser muito nervosa”).

A metáfora “Isto foi tudo a idade” é formulada por dois respondentes. A causa está naquilo que o “sistema” (corpo) vai “perdendo”; assim, consideram que “quem chegou a esta idade” já pode esperar esta e outras doenças.

### *Evolução e consequências*

Neste subtema formularam-se 15 metáforas, que foram categorizadas em duas metáforas representativas.

A metáfora “lentamente vai dando cabo da pessoa!” (Tabela 1) é referida por 12 participantes. Outra metáfora aqui incluída é: “E nestas coisas, quando vem uma coisa vem mais outra!” A comparação é estabelecida através da ideia de movimento e tempo (lento) que vai afetando e enfraquecendo a pessoa; os participantes relatam que vão sentindo “fraqueza”, e alguns órgãos são mais afetados (tais como: visão, rins, pernas, articulações), pois começam a funcionar menos bem.

A metáfora “Sinto tanto medo...!” é referida por cinco participantes; outras metáforas aqui inseridas são: “Tenho medo (...) de ter mesmo que cortar um pé!”, “Tenho muito medo que me ataque a vista!” A comparação é com o medo (tristeza e desgosto por terem a doença) que se vai acentuando quando há alguma exacerbação (por exemplo, alguma amputação), ou quando ficam a saber da situação de outros diabéticos.

## DISCUSSÃO

As metáforas são poderosos modelos mentais, através dos quais as pessoas entendem o seu mundo, relacionando fenómenos complexos com algo concreto e vivido. A metáfora funciona como uma lente, para pensar sobre algo à luz de outra

coisa (Saban, Kocbeker, & Saban, 2007). As metáforas são mais que um mecanismo figurativo (teoria da substituição) ou uma símile (teoria da comparação), porque estruturam as percepções, pensamentos e ações (Lakoff & Johnson, 1980).

Em termos de identidade da DMT2, as metáforas neste estudo sugerem que os adultos idosos com DMT2 consideram a doença um mal, ou seja algo indefinido mas real (sabem que têm, mas não se apercebem), sem cura (para toda a vida) e que pode ser fatal (perigosa). Além disso, as metáforas formuladas indicam que os participantes conhecem, ainda que de forma simplificada, o que é a doença; a DMT2 é comparada a sangue mau (com muito açúcar ou gordura), que afeta todos os órgãos do corpo (Antón & Goering, 2015; Kim et al., 2012). Contudo, a vivência da DMT2 é algo sem sinais ou sintomas (não dói; não se sente; silenciosa), mas existe (está cá dentro, no organismo) e é má (vai enfraquecendo a pessoa sem que se aperceba). Assim, os adultos idosos com DMT2 parecem viver numa ambiguidade em relação à identidade da doença, e sobretudo em relação à sua identidade enquanto pessoas com DMT2 (Antón & Goering, 2015; Kim et al., 2012): sabem que a DMT2 é uma doença grave, mas não experienciam sinais ou sintomas; a tradição biomédica e a sua experiência com doenças indica que uma pessoa doente sente ou experiencia de alguma forma sinais e sintomas evidentes.

As metáforas elaboradas sobre as causas da DMT2 sugerem duas orientações: alguns participantes apontam para uma etiologia hereditária, perante a história familiar da doença; e outros indicam “não sei”, usando expressões como “apanhei, apareceram, vieram, surgiu”, por vezes associando à alimentação (principalmente “comer muitos doces”), sedentarismo, *stress* e idade. Estas metáforas relativas às causas da doença sugerem a “desculpabilização” do doente, colocando a etiologia sobretudo em algo que o doente não controla ou está fora da sua esfera de poder. Nestas circunstâncias, o doente provavelmente terá dificuldade em perceber que pode e tem de fazer a autogestão da sua doença (Camp et al., 2015; Funnell & Weiss, 2008).

Ao nível de evolução e consequências salienta-se a metáfora “lentamente vai dando cabo da pessoa”, que demonstra que os participantes sabem que se trata de uma doença de evolução progressiva, que acaba por afetar e enfraquecer todo o organismo. Os participantes sabem que a doença está associada à deterioração progressiva da sua qualidade de vida e progressivo aumento de complicações associadas (Antón & Goering, 2015; Kim et al., 2012). A sensação de medo acompanha o conhecimento das consequências, por isso os pacientes com DMT2 revelam com frequência sentimentos como frustração, cansaço, irritação ou medo (Alberti, 2002).

A combinação da identidade (não dói, não se sente), com a etiologia (fora do controlo do doente) e a evolução (afeta progressivamente todo o organismo), sugere que os adultos idosos com DMT2 sabem que têm uma doença grave, mas não a sentem e não se sentem responsáveis pela sua etiologia. A DMT2 parece ser

vivida como algo misterioso, pois os pacientes não entendem bem como funciona uma doença que não se enquadra na perspectiva biomédica que constitui as suas crenças e conhecimentos. Há que reconhecer que a DMT2 apresenta especificidades que a afastam do paradigma mais comum da doença: não é aguda; não tem um tratamento estruturado; exige adaptações constantes. Parece tratar-se de um novo paradigma de doença, ainda difícil de compreender para quem é desafiado por esta doença. Os participantes sabem que a doença evolui e enfraquece todo o corpo, e sentem medo, mas não sabem o que fazer; metaforicamente, parece que estes pacientes sentem estar como que a lidar com um “fantasma”: nunca sentem a DMT2, apenas vão sentindo doenças associadas. Por isso, sentem medo e temem a evolução, mas em simultâneo afastam-se de investir na autogestão da doença, pois: como sempre fizeram perante doenças, esperam que cumprindo a “receita/prescrição” dos profissionais de saúde resolvam a situação; e porque como não sentem sinais ou sintomas, chegam a pensar que não têm a doença.

A vantagem das metáforas é revelarem a experiência vivida dos pacientes, permitindo aos profissionais de saúde aceder a esse mundo e intervir de forma mais eficaz. As metáforas elaboradas pelos participantes sugerem que não compreendem a doença, que lhes parece misteriosa e agindo como “um fantasma”, o que provavelmente dificulta a adequada autogestão. Será importante que os profissionais de saúde envolvidos nas consultas a adultos idosos com DMT2, para além de fazerem as recomendações terapêuticas, foquem as metáforas (que emergem na conversa durante a consulta), para ajudar os pacientes a compreender a doença e potenciar a boa autogestão (Funnell & Weiss, 2008). Tal pode ser efetuado incentivando o paciente a transmitir a sua informação sobre a doença, dúvidas e sentimentos, sem medo de ser julgado ou criticado. A literatura sugere que focar as metáforas durante a intervenção acarreta benefícios a longo prazo na autogestão (Grillo et al., 2016; Hinder & Greenhalgh, 2012; Solberg et al., 2014). Além disso, os profissionais de saúde deverão estar atentos às suas metáforas, que transmitem durante as consultas, pois poderão estar a influenciar a autogestão dos pacientes.

Este estudo é qualitativo e exploratório, permitindo compreender melhor as metáforas dos adultos idosos com DMT2. Em termos de limites e perspectivas de pesquisa, sugere-se a importância de aprofundar as metáforas e a sua influência na autogestão da doença pelos pacientes, provavelmente através de observação participante, em que o investigador acompanhe o paciente durante uma consulta e/ou a rotina diária da gestão da doença. Além disso, estudos futuros poderiam considerar uma amostra por quotas que permitisse comparar dados sociodemográficos (como sexo, grupo etário e escolaridade) com as metáforas elaboradas. Será também relevante explorar as metáforas dos profissionais de saúde e dos familiares para compreender a interação e possíveis influências na autogestão da doença.

## CONCLUSÕES

As metáforas dos adultos idosos com DMT2 acerca do que é a doença sugerem que não a entendem, emergindo como algo misterioso, que funciona como um fantasma. Os resultados deste estudo permitem compreender melhor o sentido que os pacientes constroem para a doença, elencando as principais metáforas que na sua vida diária usam para pensar e agir no que respeita à DMT2 e sua autogestão. As metáforas emergentes indicam que será difícil os pacientes serem bons autogestores, pois não percebem ter controlo sobre a doença. Na prática de educação em saúde é essencial conhecer as metáforas dos pacientes e, considerando os resultados deste estudo, os profissionais de saúde podem identificar as metáforas mais comuns dos adultos idosos com DMT2, ajudar a desconstruir o seu efeito negativo e, assim, ir promovendo a cada vez melhor autogestão da doença.

## REFERÊNCIAS

- Abdelhafiz, A., & Sinclair, A. (2013). Management of type 2 diabetes in older people. *Diabetes Therapy*, 4(1), 13-26. doi: 10.1007/s13300-013-0020-4
- Alberti, G. (2002). The DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs) study. *Practical Diabetes International*, 19(1), 22-24. doi: 10.1002/pdi.305
- Antón, M., & Goering, E. (2015). *Understanding patients' voices*. Amsterdam, the Netherlands: John Benjamins. doi: 10.1075/pbns.257
- Bazata, D., Robinson, J., & Grandy, S. (2008). Affecting behavior change in individuals with diabetes: findings from the Study to Help Improve Early Evaluation and Management of Risk Factors Leading to Diabetes (SHIELD). *Diabetes Education*, 34(6), 1025-1036. doi: 10.1177/0145721708325767
- Cameron, L., & Stelma, J. (2004). Metaphor clusters in discourse. *Journal of Applied Linguistic*, 1(2), 107-136. doi: 10.1558/japl.v1i2.107
- Camp, C., Fox, K., Skrajner, M., Antenucci, V., & Haberman, J. (2015). Creating Effective Self-Management for Older Adults with Type 2 Diabetes and Cognitive Impairment. *Advances in Aging Research*, 4, 33-41. doi: 10.4236/aar.2015.42005
- Eren, A., & Tekinarslan, E. (2013). Prospective teachers' metaphors: teacher, teaching, learning, instructional material and evaluation courses. *International Journal of Social Sciences and Education*, 3(2), 435-445.
- Funnell, M., & Weiss, M. (2008). Patient empowerment: the LIFE approach. *European Diabetes Nursing*, 5(2), 75-78. doi: 10.1002/edn.114
- Gardete-Correia, L., Boavida, J., Raposo, J., Mesquita, A., Fona, C., Carvalho, R., & Massano-Cardoso, S. (2010). First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*, 27(8), 879-81. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03017.x

- Grillo, M. F., Neumann, C., Scain, S., Rozeno, R., Beloli, L., Perinetto, T., Gross, J. J., & Leitão, C. (2016). Educação em diabetes na atenção primária: um ensaio clínico randomizado. *Cadernos Saúde Pública* [online], 32(5). e00097115
- Hagey, R. (1984). The phenomenon, the explanations and the responses: Metaphors surrounding diabetes in urban Canadian Indians. *Social Sciences & Medicine*, 18(3), 265-272. doi: 10.1016/0277-9536(84)90089-3
- Hinder, S., & Greenhalgh, T. (2012). "This does my head in". Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Services Research*, 12, 83-92. doi: 10.1186/1472-6963-12-83
- Huttlinger, K., Krefting, L., Drevdahl, D., Tree, P., Baca, E., & Benally, A. (1992). "Doing battle": a metaphorical analysis of diabetes mellitus among Navajo people. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(8), 706-712. doi: 10.5014/ajot.46.8.706
- Jiménez, M. I., & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143. Retrieved in 14th October 2017 from <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/564/484>
- Johnson, M., & Lakoff, G. (2002). Why cognitive linguistics requires embodied realism. *Cognitive Linguistics*, 13(3), 245-263. doi: 10.1515/cogl.2002.016
- Kim, K., Kim, S., Sung, K., Cho, Y., & Park, S. (2012). Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Older Adults. *Diabetes & Metabolism Journal*, 36(5), 336-344. doi: 10.4093/dmj.2012.36.5.336
- Lakoff, G. (1993). *The contemporary theory of metaphor*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(3), Art. 8. Retrieved in 14<sup>th</sup> October 2017 from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs100387>
- Michael, K., & Katerina, M. (2009). Exploring Greek Teachers' Beliefs Using Metaphors. *Australian Journal of Teacher Education*, 34(2), 64-83. doi: 10.14221/ajte.2009v34n2.6
- Miles, M., & Huberman, A. (1984). *Qualitative Data Analysis*. California: SAGE.
- Moser, K. (2000). Metaphor analysis in psychology: method, theory, and fields of application. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 21. Retrieved in 14<sup>th</sup> October 2017 from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002212>
- Norris, S., Lau, J., Smith, S., Schmid, C., & Engelgau, M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25(7), 1159-1171. doi: 10.2337/diacare.25.7.1159
- Saban, A. (2010). Prospective teachers' metaphorical conceptualizations of learner. *Teaching and Teacher Education*, 26(2), 290-305. doi: 10.1016/j.tate.2009.03.017
- Saban, A., Kocbeker, B., & Saban, A. (2007). Prospective teachers' conceptions of teaching and learning revealed through metaphor analysis. *Learning and Instruction*, 17, 123-139. doi: 10.1016/j.learninstruc.2007.01.003
- Schmitt, R. (2005). Systematic Metaphor Analysis as a Method of Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 10(2), 358-394. Retrieved in 14<sup>th</sup> October 2017 from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol10/iss2/10>
- Simsek, M. (2014). A metaphor analysis of English teachers candidates' pre and post course beliefs about language and teaching. *Dicle Universitesi Ziya Gokalp Egitim Fakultesi Dergisi*, 22, 230-247. Retrieved from [http://www.zgefdergi.com/Makaleler/340021529\\_22\\_15\\_Simsek.pdf](http://www.zgefdergi.com/Makaleler/340021529_22_15_Simsek.pdf)
- Solberg, H., Nysether, G., & Steinsbekk, A. (2014). Patients' experiences with metaphors in a solution-focused approach to improve self-management skills. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(4), 398-401. doi: 10.1177/1403494812449925

- SPD (Sociedade Portuguesa de Diabetologia) (2014). Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números, Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD). Retrieved from [http://spd.pt/images/ond\\_2014.pdf](http://spd.pt/images/ond_2014.pdf)
- WHO (World Health Organization) (2009). Health in the European Union: trends and analysis. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98391/E93348.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf)