



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O CONTROLE GLICÊMICO DA DOENÇA: o
discurso do sujeito coletivo de diabéticos**

FORTALEZA- CEARÁ

2013

Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O CONTROLE GLICÊMICO DA DOENÇA: o
discurso do sujeito coletivo de diabéticos**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Situação de saúde da população

Orientadora: Profa. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio

FORTALEZA-CEARÁ

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Bibliotecário(a) Responsável – Thelma Marylanda Silva de Melo CRB-3 / 623

P645c Pinheiro, Cícera Beatriz Baratta

Comportamento alimentar e controle glicêmico: o discurso do sujeito coletivo de diabéticos/ Cícera Beatriz Baratta Pinheiro. — 2013.

CD-ROM. 76f :il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Situação de Saúde da População.

Orientação: Prof.^a Dr^a. Helena Alves de Carvalho Sampaio

1. Diabetes. 2. Comportamento alimentar. 3. Educação em saúde . 4. Discurso do sujeito coletivo. I. Título.

CDD: 616.462



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "COMPORTAMENTO ALIMENTAR E CONTROLE GLICÊMICO: o discurso do sujeito coletivo de diabéticos."

Nome da Mestranda: Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

Nome da Orientadora: Helena Alves de Carvalho Sampaio

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO".

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(1º membro)

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
(2º membro)

Data da defesa: 27/09/2013.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelo privilégio de poder seguir alçando voos cada vez mais altos. Sem essa força, eu jamais conseguiria.

Ao meu pequenino, João Otho, meu bem mais precioso. Desculpa “birigui” pelos momentos de ausência. Eles foram necessários e um dia você irá entender que tudo isso é também por você e para você. Amo-te meu pequeno! Nós conseguimos!!!!

A Adjalmo, meu amor, meu grande e eterno amor; Não preciso nem dizer que essa conquista também é sua. Obrigada pelo incentivo e por fazer a distância não ser problema entre nós. Mesmo longe, te fizestes presente nos momentos mais difíceis. Não foi fácil chegar aqui. Mas, vencemos!!!!

À minha mãe, minha maior incentivadora! Um dia você me ensinou que para alcançarmos nossos sonhos era preciso alçar voos e nunca ficar, simplesmente, esperando que as coisas aconteçam. Hoje, te sou muito grata. Obrigada, muito obrigada mesmo! Sem seu carinho, apoio e dedicação, principalmente dispensados a João Otho; eu não teria dado conta.

Aos meus irmãos, Manoela e Cícero, aonde quer que eu vá vocês estão sempre comigo. O apoio de vocês com João, sempre que possível, foi fundamental.

Ao Javan, meu pai torto; obrigada por não medir distâncias e sempre me acompanhar, onde quer que eu precise ir. Você também faz parte desta história.

À Professora Helena Alves de Carvalho Sampaio, minha querida orientadora; não tenho nem palavras para agradecer a confiança que me foi dispensada. Saiba que reconhecimento e carinho não faltam.

À Sabrina Dantas Sabry, companheira de projeto; que tão bem me acolheu.

Às estudantes do grupo de Nutrição e Doenças Crônicas degenerativas, Laís Marinho, Lídia Azevedo, Mariana Dantas e Raíssa Lima que

sempre se mostraram disponíveis e em muito colaboraram realizando as transcrições de nossas entrevistas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, cuja ajuda no período da coleta de dados foi fundamental. Tenham vocês a certeza de que são merecedores de meu respeito e admiração.

Aos voluntários da pesquisa que concordaram em abrir suas casas e suas vidas para nos receber. Sem vocês esse trabalho não seria possível.

As minha amigas e companheiras de mestrado **Juliana Lucena, Cláudia Sobral, Silvia Morgana, Joana Mary, Daianne Rocha e Milena Lima**. Eh amigas, sofremos! Foram noites e noites em claro. Mas, os frutos estão brotando.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que por meio da bolsa de estudos propiciou financiamento e permitiu que eu me dedicasse exclusivamente ao mestrado.

À minha sogra, Dona Zenaide; minhas cunhadas Aretha, Samara e Ginna; meus concunhados Érico e Richardson. Vocês, também são minha família. Estiveram ao meu lado incentivando e me fazendo rir quando eu queria chorar. A energia e as orações de vocês me fizeram seguir e chegar até aqui. Venci! E agora, mais que nunca, tenho a certeza de que é preciso arriscar e não temer. Pois, aquilo que Deus promete, pode até demorar, mas, ele dá! Basta confiar e seguir!

Título: Comportamento alimentar e o controle glicêmico da doença: o discurso do sujeito coletivo de diabéticos

Autor: Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

Orientador: Helena Alves de Carvalho Sampaio

Programa: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Instituição: Universidade Estadual do Ceará

RESUMO

Objetivo: Analisar os discursos do sujeito coletivo de pacientes diabéticos sobre a interação entre seu comportamento alimentar e o controle glicêmico da doença. **Metodologia:** Estudo realizado junto a 157 pacientes, de ambos os sexos, atendidos em um Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza no estado do Ceará. Informações sobre dados sócio demográficos foram coletadas nos prontuários dos pacientes e em seguida realizou-se uma entrevista semiestruturada com os mesmos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: Grupo 1 - glicemia de jejum aceitável ($\leq 130\text{mg/dl}$) e Grupo 2 - glicemia de jejum elevada ($> 130\text{mg/dl}$). Os dados sócios demográficos e clínicos dos dois grupos foram comparados através da aplicação do teste Qui-quadrado ou p de Fisher, com $p < 0,05$ como nível de significância. As entrevistas foram gravadas, transcritas e depois organizadas no software QualiQuantiSoft. Foram identificadas expressões-chave e ideias centrais que levaram à construção do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006), que foi analisado segundo Bardin (2006). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Dentre os entrevistados 71,3% eram mulheres e 28,7% homens. A idade da maioria (58,6%) era superior a 60 anos. A prevalência de glicemia elevada entre os entrevistados foi de 76,4%. A medicação mais utilizada foi hipoglicemiante oral (68,8%), mas a proporção de utilização de insulina associada ou isolada foi de 19,7% e 8,9%, respectivamente. Na comparação dos dados sócio demográficos, o Grupo 1 exibiu menos anos de estudo e houve menos participantes utilizando insulina isolada ou associada. Foram geradas 236 expressões chave, 96 identificadas no Grupo 1 (37 pacientes) e 140 no Grupo 2 (120 pacientes). que remeteram a 9 ideias centrais e respectivos DSC. A disponibilidade alimentar na mesa do paciente diabético vai além daquilo que “o dinheiro pode comprar”, pois eles fazem questão de afirmar, antes disso, que “comem de tudo”. O “tudo” é também determinado pelo acesso financeiro, mas não só. Entram aí as condições relacionadas ao “comer porque gosta” e ao “comer porque não vou deixar a doença dominar o que eu como”. A limitação financeira é mais utilizada como uma justificativa “para comer o que se quer” do que como uma lamentação “por não comer o que precisa”. Apesar da semelhança percebida, os DSC dos integrantes do grupo 2 são mais permeados de transgressões qualitativas e quantitativas de acordo com as recomendações nutricionais para diabéticos. **Conclusões:** Os comportamentos alimentares adotados pelos dois grupos os colocam em risco à saúde. As maiores transgressões alimentares praticadas pelos pacientes com pior controle glicêmico podem explicar tanto a glicemia de jejum mais elevada, como a necessidade de associação de insulina na rotina terapêutica medicamentosa. Os pacientes de ambos os grupos entendem as limitações impostas pela doença, entendem as orientações recebidas e entendem a influência de sua conduta alimentar sobre o controle da doença, mas não pautam tal conduta em acordo com essa compreensão.

Palavras-Chave: Diabetes, Comportamento alimentar, Educação em saúde, Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT

Objective: To analyze the Collective Subject Discourse of diabetic patients about the interaction between their feeding behavior and glycemic control of the disease.

Methodology : Study conducted with 157 patients of both sexes enrolled in a Family Health Center in the city of Fortaleza in Ceara state . Information on socio-demographic data were collected from medical records of patients and then held a semistructured interview with them. Patients were divided into 2 groups : Group 1 - glicemy fasting acceptable (\leq 130mg/dl) and Group 2 - elevated glicemy fasting ($>$ 130mg/dl) . The data demographic and clinical of the members of the two groups were compared by applying the chi-square test or Fisher's p , with $p < 0.05$ significance level . The interviews were recorded, transcribed and then organized in the software Qualiquantisoft . We identified key terms and main ideas that led to the construction of the Collective Subject Discourse - DSC (LEFEVRE ; LEFEVRE , 2006) , which was analyzed according to Bardin (2006) . The study was approved by the Ethics Committee on Human Research and the participants signed an informed consent form .

Results: Among the respondents 71.3 % were women and 28.7 % men . The age of majority (58.6 %) was more than 60 years. The prevalence of high blood glucose among respondents was 76.4 % . The drug used was oral hypoglycemic (68.8%) , but the proportion of use of insulin together or alone was 19.7 % and 8.9 % , respectively. In comparing the socio-demographic data , Group 1 exhibited fewer years of study and there were fewer participants using insulin alone or combined . 236 key expressions were generated, identified 96 in group 1 (37 patients) and 140 in group 2 (120 patients). Which returned 9 central ideas and their DSC . The availability of food on the table of the diabetic patient goes beyond what "money can buy" , they make a point of stating before that "they eat everything" . The "everything" is also determined by access to finance , but not only. Others conditions related are: "because he likes to eat" and "eating because I will not let the disease dominate what I like ." The financial constraint is more used as an excuse" to eat what you want " than a lamentation " by not eating what you need ." Despite the perceived similarity , the DSC of the members of group 2 are more permeated with qualitative and quantitative transgressions according to the dietary recommendations for diabetics.

Conclusions: The Eating behaviors adopted by the two groups put endanger health. The major dietary transgressions committed by patients with poor glycemic control may explain both the fasting glucose higher, as the need for insulin in combination with a drug therapy routine. Patients of both groups understand the limitations imposed by the disease, understand the guidelines received and understand the influence of food on his conduct to control the disease, but not guided such conduct in accordance with this understanding.

Keywords: Diabetes, Eating behavior, health education, the Collective Subject Discourse.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?) segundo as ideias centrais geradas pela falas de pacientes diabéticos com glicemia \leq 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI, Fortaleza, CE, 2012.
- Quadro 2.** Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?) segundo as ideias centrais geradas pela falas de pacientes diabéticos com glicemia $>$ 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI, Fortaleza, CE, 2012.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização demográfica, socioeconômica e de saúde do grupo entrevistado (n = 157). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.
- Tabela 2.** Caracterização demográfica, socioeconômica e de saúde dos pacientes entrevistados (n = 157), segundo estratificação da glicemia de jejum. Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.
- Tabela 3.** Distribuição percentual das 236 expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.
- Tabela 4.** Distribuição percentual das 96 expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia ≤ 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.
- Tabela 5.** Distribuição percentual das 140 expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia > 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.
- Tabela 6.** Distribuição percentual das expressões chaves por ideias centrais, segundo estratificação da glicemia de jejum, obtidas a partir das falas dos diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição dos níveis séricos de Glicemia dos pacientes entrevistados (n = 157) diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.
- Gráfico 2.** Número de expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.
- Gráfico 3.** Distribuição do número de expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia ≤ 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.
- Gráfico 4.** Número de expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia >130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Diabetes tipo 2 X Qualidade de Vida	18
2.1.1 Aspectos nutricionais	19
2.2 Diabetes Mellitus tipo 2, comportamentos e práticas alimentares	21
2.2.1 Comportamentos e práticas alimentares: aspectos conceituais	21
2.2.2 Comportamentos e práticas alimentares de indivíduos diabéticos	23
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos Específicos	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 Tipo de Estudo	28
4.2 Local do estudo	28
4.3 População e Amostra	28
4.4 Coleta, Tabulação e Análise dos Dados	29
4.5 Princípios Éticos	31
5 RESULTADOS	33
5.1 Caracterizações Social, Demográfica, Econômica e de saúde dos entrevistados.	33
5.2 O Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos sobre seu comportamento alimentar	36
5.2.1 O Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos entrevistados que estavam com a glicemia não controlada	38
5.2.2 O Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos entrevistados que estavam com a glicemia não controlada	42
5.2.3 Entrelaçando os discursos dos pacientes diabéticos	

entrevistados com a literatura	49
6 CONCLUSÕES	55
REFERENCIAS	57
APÊNDICES	72
APÊNDICES I: Instrumento de coleta de dados	73
APÊNDICES II: Termo de consentimento livre e esclarecido	74
ANEXOS	75
ANEXO I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará	76

1 INTRODUÇÃO

A globalização desencadeou uma série de adventos com repercussões associadas, dentre as quais podem ser citadas alterações nos hábitos alimentares nos mais diversos lugares do mundo. Tal fato contribuiu para um aumento drástico na incidência e prevalência de doenças crônicas degenerativas, como o diabetes mellitus (MIRANZI, FERREIRA, IWAMOTO, et al, 2008).

O diabetes mellitus, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (World Health Organization – WHO, 1999) e a American Diabetes Association – ADA (2013) é uma síndrome metabólica de múltipla etiologia resultante de deficiência na secreção, na ação da insulina ou em ambas as situações que se caracteriza por alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos e consequentemente pela hiperglicemia crônica. Seus principais sintomas são: polidipsia, poliúria, polifagia e borramento de visão (MIRANZI, FERREIRA, IWAMOTO, et al, 2008).

A última classificação da doença, adotada pela ADA (2013) define quatro categorias: Diabetes tipo 1 (DM1); Diabetes Tipo 2 (DM2); Diabetes gestacional e outros tipos de diabetes.

Dos quatro tipos, de acordo com Gross et al, (2002) e Cobas e Gomes (2010) os mais frequentes são o tipo 1 (em que ocorre por doença auto imune ou por causa idiopática, a destruição da células beta e consequentemente a deficiência completa da insulina) e o tipo 2, na qual o indivíduo apresenta níveis variados de redução da secreção e resistência à insulina. Este último perfaz cerca de 90% dos casos (COBAS; GOMES, 2010).

A International Diabetes Federation – IDF (2003) estima que até 2030 o diabetes mellitus deva atingir cerca de 439 milhões de pessoas em todo o mundo. Esta previsão pode se tornar mais sombria, caso se considere que Ezzati *apud* Dippe Jr (2011) referiu a existência de 347 milhões já em 2008. A prevalência mundial de diabetes em adultos gira em torno de 9,8% em homens e 9,2% em mulheres (DIPPE Jr, 2011).

Na América Latina, de acordo com Sartorelli e Franco (2003), o aumento da frequência é entre os mais jovens. Sabe-se que tal situação promove um impacto negativo sobre a qualidade de vida, e torna relevante a carga gerada pela doença ao sistema de saúde.

No Brasil, de acordo com os dados do último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010) e a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2012) estima-se que existam no país 12.054.827 diabéticos. O DATASUS, por sua vez, na competência de maio de 2013, informa que existem cadastrados 2.507.288 diabéticos tipo 2. Destes, 797.944 encontram-se distribuídos na região Nordeste, havendo 154.700, somente, no Ceará (BRASIL, 2013).

O DM 2 necessita de prevenção ou controle prioritários no cuidado à saúde, tanto considerando seu maior predomínio, como por ser a principal causa de cegueira, doença renal terminal e amputação de membros (LYRA; OLIVEIRA; LINS; et al, 2006; SBD, 2007). É possível observar maiores prevalências de obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, doenças cardíacas, artrite, acidente vascular cerebral, amputações de membros inferiores, quedas, incontinência urinária e intestinal, dificuldade nas atividades de vida diária, declínio cognitivo e depressão em portadores da doença (AGUIAR, 2007; SAKATA, 2007). Portanto, o aumento de indivíduos portadores de DM 2, nas diferentes faixas etárias e em vários níveis socioeconômicos, se configura como um grave problema de saúde pública (RODRIGUES, 2006; COBAS; GOMES, 2010).

As evidências apontam que as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na ausência da prática de atividades físicas, associadas ao aumento da esperança de vida dos brasileiros são os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do DM 2 observado no país (SARTORELLI; FRANCO, 2003; PEREIRA, 2007).

Nesse sentido, frente a dados como esses, que implicam gastos elevados em saúde, prejuízo à qualidade de vida, diminuição da capacidade de trabalho e da expectativa de vida, a importância da prevenção primária do diabetes mellitus no Brasil tem sido enfatizada por diversos epidemiologistas (SARTORELLI; FRANCO 2003; RODRIGUES, LIMA, NOZAWA, 2006).

A nutrição tem papel importante na prevenção e no controle da afecção em questão (SBD, 2009; IRIGUSH; LIRANÇO; VASQUES; et al, 2009; ADA, 2013).

Embora as pesquisas sempre avancem no sentido de conferir maior ou menor importância a determinados alimentos e/ou nutrientes no âmbito preventivo e terapêutico da doença, a interrelação entre o que se deve comer e o que se quer comer, tanto em nível consciente, como inconsciente tem sido pouco enfocada. Esse querer comer passa pela natureza complexa do ato, que envolve uma infinidade de sentimentos, valores culturais específicos e emoções (RIBAS, 2009).

A relação entre nutrição humana, cultura alimentar e sua importância para a compreensão de aspectos da promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria da qualidade de vida tem sido muito discutida, ainda que não se remeta especificamente ao DM 2 (MENDES; VILARTA; GUTIERREZ, 2009).

As mudanças de estilo de vida destinadas a prevenir doenças crônicas ou controlá-las não têm sido abrangentes o suficiente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (PICININI; FRIZON, 2003).

Vem, portanto, sendo questionada a educação em saúde mais tradicional, que se apoia no pressuposto de que pelo empoderamento do conhecimento sobre sua doença, o portador adotará comportamentos mais saudáveis, com maior adesão às orientações como afirmam os estudos de Dallongeville *et al.* (2001) e Borges (2008). A questão parece bem mais complexa e começa-se a indagar se a persistência da não adoção de comportamentos saudáveis se deve a um empoderamento insuficiente do conhecimento, a aspectos ligados ao inconsciente do ser humano ou a ambos e, ainda, se o conceito de empoderamento está sendo considerado em sua plenitude (OLIVEIRA, 2005).

É necessário que se entenda como o paciente diabético constrói seu comportamento alimentar e se responda aos seguintes questionamentos: Como se configuram as práticas alimentares dos diabéticos? Os alimentos ingeridos são adequados ao controle de sua doença? De que maneira o que eles comem os está afetando? Eles percebem a relação de seu comer com o equilíbrio ou não de sua doença?

Para responder aos questionamentos supracitados, está em desenvolvimento uma pesquisa intitulada “Experiências, concepções e práticas alimentares de pacientes diabéticos à luz do discurso do sujeito coletivo”. Ela está sendo desenvolvida com a proposta de analisar e compreender os comportamentos e concepções alimentares de pacientes com diabetes mellitus tipo 2, atendidos em uma unidade de saúde da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, em comparação com o controle glicêmico da doença. No momento, um subprojeto da citada pesquisa já foi concluído, avaliando comportamentos e concepções alimentares desses pacientes diabéticos, independente de seu controle glicêmico (SABRY, 2012). Já este estudo se propõe a analisar os comportamentos alimentares em relação ao controle glicêmico da doença. Espera-se poder construir um quadro sobre as interações entre o comportamento alimentar e o controle glicêmico da doença a partir da subjetividade coletiva, contribuindo assim para o aprimoramento do atendimento a essa parcela da população que aumenta rapidamente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes Mellitus tipo 2: a doença e seu controle metabólico

O diabetes tipo 2 é resultante do comprometimento da secreção de insulina ou da redução da sensibilidade tecidual a ela (MIRANZI, FERREIRA, IWAMOTO, et al, 2008). Geralmente, isso se deve a uma redução das reações intracelulares em que a insulina deveria ligar-se a receptores especiais na superfície das células iniciando uma série de reações que findariam no metabolismo da glicose, quer por estímulo à sua captação pelos tecidos ou à regulação de sua liberação pelo fígado (SMELTZER; BARE, 2005).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005) apesar de a secreção de insulina estar comprometida no diabetes tipo 2, há uma quantidade mínima existente, que é capaz de evitar a clivagem de lipídeos e a produção de corpos cetônicos. Eles vão ainda mais além e dizem que se acredita na influência genética sobre os mecanismos que levam o organismo a resistir à insulina ou a reduzir sua secreção, mesmo esses mecanismos ainda sendo desconhecidos.

Para a maioria dos pacientes o diabetes tipo 2 é descoberto por acaso, uma vez que se trata de uma doença progressiva e lenta (SMELTZER; BARE, 2005). Esse fato pode acarretar inúmeros prejuízos ao paciente, pois até a descoberta pode já haver alterações orgânicas importantes (ADA, 2013).

É importante o diagnóstico correto e precoce do diabetes, pois podem ser adotadas medidas terapêuticas que podem evitar não só o aparecimento de doença, nos indivíduos com a tolerância à glicose diminuída, mas também retardar o aparecimento de complicações (GROSS; SILVEIRO; CAMARGO; et al, 2002).

Uma vez que tenha sido diagnosticado o diabetes, os pacientes iniciam vários tipos de tratamento na tentativa de controlar o aumento glicêmico e atingir o melhor controle metabólico possível. Este deve ser entendido como decorrente não só do bom controle glicêmico, mas também da boa adesão ao tratamento farmacológico, nutricional e de atividade física (VERAS, 2009).

Para que o paciente seja considerado como tendo um bom controle metabólico, a sua glicemia de jejum vinha sendo estabelecida em valores <100mg/dl, a pós-prandial <140mg/dl e a hemoglobina glicada abaixo de 7% (SBD, 2011). Recentemente a SBD (2013) alterou a tolerância para glicemia de jejum para valores até 130mg/dl e para pós-prandial para valores < 160mg/dl, mantendo o patamar prévio para hemoglobina glicada.

No que tange à terapia nutricional ela é essencial para o tratamento e tem o objetivo de controlar a ingestão calórica total, contribuindo para a manutenção do peso e de níveis adequados de glicose, hemoglobina glicada e lipídios no sangue (MOORE, 2002; SBD, 2013; ADA, 2013).

2.1.1 Aspectos nutricionais

O acompanhamento nutricional é fundamental para o paciente diabético, cujo plano alimentar deve ser individualizado, a fim de chegar a resultados mais efetivos e melhorar a qualidade de vida. O seguimento adequado das recomendações nutricionais assegura o bom controle metabólico e, conseqüentemente, contribui para a saúde do paciente.

No que concerne ao aporte calórico não há diferenças, entre diabéticos e não diabéticos quanto ao cálculo das calorias a serem ingeridas. Ou seja, deve-se da mesma forma considerar o peso, a idade e a atividade física que deve estar presente independente da necessidade de perda ou simples manutenção do peso. A mudança de comportamento em ambos os casos é crucial para a manutenção da saúde (ARAUJO, BRITTO, CRUZ, 2000; SBD, 2013).

A proporção de carboidratos, proteínas e gorduras pode ser alterada de forma a atender aos objetivos individuais metabólicos e preferências da pessoa com diabetes, mas em geral segue uma dieta normal. Nas diretrizes da SBD (2013) é proposto: 45 a 60% de carboidratos (mínimo de 20g/dia de fibras ou 14g para cada 1000 calorias ingeridas; até 10% de sacarose); até 30% de lipídeos (menos de 7% do tipo saturado, até 10% insaturado e completando-se com monoinsaturado); 15 a

20% de proteínas; recomenda-se ainda que o colesterol seja ingerido em quantidade inferior a 200mg por dia. Não há uma total unanimidade nas diretrizes de cada País. A ADA (2013), por exemplo, não fecha quantitativos de carboidratos e gorduras totais, apostando em uma proporção de macronutrientes mais individualizada e que permita atingir as metas, ainda que calcada em uma dieta normal. Por outro lado coincide com a SBD (2013) no que tange às recomendações quantitativas de fibras, proteínas, gorduras saturadas e colesterol.

Além dos aspectos discutidos, há propostas ainda não inseridas como diretriz, como recomenda Viggiano (2006) quanto à adoção de um outro padrão, a Dietary Approaches do Stop Hypertension (DASH), que dá ênfase ao consumo de alimentos naturais, com redução de sal e de lipídios, maior aporte de hortaliças e frutas e associado a um estilo de vida mais saudável para aumentar a sensibilidade à insulina. Embora não consensual, a ADA (2013) cita esta alternativa como opção para busca de bom controle metabólico.

A preocupação com lipídios e colesterol procede, considerando que o diabético tem maior propensão para doenças cardiovasculares, devido à presença de fatores de risco como sobrepeso, obesidade, valores inadequados de circunferência abdominal, hipertensão arterial e dislipidemia (SILVA; SIMÕES; LEITE, 2007).

Tanto para a ADA (2013), como para a SBD (2013), a adequada ingestão de micronutrientes é fundamental, devendo ser obtida a partir da ingestão adequada de hortaliças e frutas.

Mesmo destacando o perigo do consumo de álcool, considerando que este pode induzir a hipoglicemia, os consensos permitem o seu uso, recomendando que não sejam ultrapassadas duas doses diárias para os homens e uma dose diária para as mulheres (SBD, 2013; ADA, 2013).

2.2 Diabetes Mellitus tipo 2, comportamentos e práticas alimentares

Neste subcapítulo serão discutidos aspectos teóricos do que são comportamentos e práticas alimentares no contexto do indivíduo diabético, além de alguns estudos realizados sobre o tema.

2.2.1 Comportamentos e práticas alimentares: aspectos conceituais

Comportamento alimentar e prática alimentar não são sinônimos. Segundo Amaral (2001), o comportamento deve ser entendido como um conjunto de práticas empiricamente observadas e inseridas em suas dimensões socioculturais e psicológicas. Já as práticas devem ser compreendidas como um conjunto de procedimentos que vão desde a seleção e preparo até o consumo do alimento propriamente dito.

Os comportamentos, portanto, são mais abrangentes e incluem as práticas, sob influencia de fatores culturais, incluindo-se aí princípios, costumes, valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente, em um contexto particularmente composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla (FRANKENBERG, 1980; ANDERSON, 1991).

Desta forma, transportando-se a situação para os adoecidos, a relação destes com o alimento, com a alimentação e com as dietas alimentares prescritas não se guiam apenas por critérios racionais, como querem o saber médico e nutricional científicos, ocupados mais com os conteúdos funcionais da “nutrição” do que com a “comida” que, segundo Garcia (2005), recupera elementos da experiência pessoal e social do consumo de alimentos.

De acordo com Pinheiro (2009) a alimentação saudável não pode ser desenhada ou reduzida a uma “receita” pré-concebida e universal. Ela deve respeitar atributos coletivos específicos e individuais impossíveis de serem massificados. Ou seja, as práticas alimentares devem ser orientadas pela

significação social e cultural que cada indivíduo traz arraigado em si sobre alimentação saudável e cujo conceito, embora tradicionalmente refira-se à dimensão biológica, deve ser considerado de forma complexa como um arraigado de dimensões: a social, a econômica, a afetiva, a comportamental, a antropológica e a ambiental que, conforme Canesqui (1994) justificam, muitas vezes, os hábitos e as ideologias alimentares que levam às opções adotadas por determinados grupos sociais em suas práticas e na organização de seu consumo doméstico.

Pinheiro (2009) afirma que diante do coletivo, uma alimentação saudável somente será adequada se envolver a subjetividade dos sujeitos sobre os modos de vida adequados, ou seja, se amoldar-se às expectativas dos diferentes grupos sociais de uma sociedade.

No que tange aos pacientes portadores de diabetes pode-se dizer que o padrão e o comportamento alimentar, muitas vezes, são comprometidos devido à prática de dietas aleatórias e muito restritivas que não atendem aos quesitos básicos de uma alimentação equilibrada (MENDONÇA, 2006), conseqüentemente não se adequando também ao contexto histórico, cultural e social em que o indivíduo está inserido.

Descobrir-se diabético é algo não muito fácil, repleto de conflitos, inconformismos e questionamento para a maioria das pessoas, pois indica romper profundamente sua biografia e seu autoconceito acerca de hábitos considerados comuns e saudáveis, os quais lhe foram introduzidos em sua vida desde que veio ao mundo (AMORIM, 2011).

Entender as representações sociais e as subjetividades intrínsecas ao aspecto cultural que influencia na alimentação dos portadores de diabetes e do ser humano como um todo é necessário para que se consiga prestar um atendimento integral a esse paciente ou ao portador de outras doenças crônicas, de forma que os profissionais possam reconhecer e interpretar o comportamento do homem como ser social, reduzindo as tensões e readaptando seus hábitos alimentares, considerando os padrões individuais e culturais desses (AMORIM, 2011; JUNGES, 2012).

2.2.2 Comportamentos e práticas alimentares de indivíduos diabéticos

As diferentes práticas nutricionais observadas no dia a dia em pacientes diabéticos, segundo Picinini e Frizon (2003) são auto elaboradas a partir de “orientações médicas” e não atendem às suas necessidades tornando-se pouco valorizadas.

Para que se identifiquem fatores de risco dietéticos em grupos populacionais é preciso informações confiáveis sobre consumo alimentar habitual e o teor de nutrientes em alimentos e preparações alimentares (CARDOSO; STOCCO, 2000). Isto é importante, mas não pode ser a única busca junto ao paciente, destacando-se os aspectos citados associados ao comportamento alimentar. Infelizmente, a maioria dos estudos focaliza práticas alimentares e, em geral, apenas confrontadas com as necessidades biológicas e clínicas do paciente diabético. As dificuldades de adesão às prescrições dietéticas ou as adaptações promovidas por esse grupo populacional são pouco exploradas.

Dois estudos são aqui colocados a seguir, como exemplo dos tipos de pesquisas mais hegemônicas na área de nutrição e doença. Logicamente, não se pretende desmerecer sua relevância, mas sim discutir a necessidade de outras abordagens coexistirem.

Assim, de acordo com o estudo de Barbieri (2009) utilizando a estratégia do álbum fotográfico para quantificar, avaliar e estimar a porção alimentar auto referida do indivíduo diabético, evidenciou-se que 91,7% consumiam menos de 7% de gordura saturada, 52,1% acima de 20% de proteína e 37,5% menos de 44,9% de carboidrato. No que se refere à estimativa do tamanho da porção de alimentos, também auto referida, houve alto consumo de doces e pães e baixa utilização de gorduras, verduras, leites e carnes. Os indivíduos tiveram a tendência de substituir os carboidratos pelas proteínas. Tal atitude pode estar relacionada ao fato da associação que as pessoas fazem entre o consumo de carboidratos e o aumento da glicemia.

Em outro estudo, de Benetti e Ceni (2010) cujo objetivo foi investigar a frequência de consumo alimentar de pacientes diabéticos. Os autores observaram que pacientes do sexo feminino consomem grandes quantidades de alimentos ricos em carboidratos (principalmente pães), juntamente com elevado consumo de margarina; 100% das mulheres investigadas ingeriam leite e/ou derivados de 2 a 7 vezes por semana; o consumo de feijão também foi maior entre as pacientes do sexo feminino, com consumo semanal por 80% delas; no sexo masculino houve elevado consumo de carnes (100% dos homens com ingestão semanal); 75% dos homens e 60% das mulheres referiram ingestão semanal de refrigerantes dietéticos. Foi verificado, ainda, consumo diário de frutas e verduras por ambos os sexos, fato positivo, contribuindo com o aporte de fibras da dieta, podendo auxiliar o controle da glicemia. Mesmo assim, para os autores, a qualidade da dieta não foi adequada quando comparada com o Guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2005).

Alguns estudos como os de Goody e Drago (2009) e de Chesla *et al.* (2009) começam a explorar aspectos mais culturais ligados ao comportamento alimentar em diabetes.

Estudo de Santos e Araújo (2011) cujo objetivo foi caracterizar as dificuldades encontradas para a mudança de práticas alimentares de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, verificou que a prescrição da dieta é um grande aliado no controle clínico metabólico. No entanto, foi destacado que os profissionais, responsáveis pela prestação de cuidados a este grupo, devem deixar de lado sua base formadora efetivamente tecnicista e buscar entender os valores arraigados nas práticas alimentares desses indivíduos. Observou-se que há conhecimentos sobre o plano alimentar e um reconhecimento da importância dessa prescrição feita pelo profissional de nutrição, bem como das recomendações feitas pelos outros profissionais de saúde. A terapia dietética, além de introduzir alimentos que os indivíduos não tinham o hábito de comer, foi considerada monótona e pouco apetitosa e talvez por isso todos os entrevistados sigam a prescrição dietética apenas de forma parcial. Alguns a seguem de forma mais rígida apenas até a glicemia se aproximar do nível normal, quando então abandonam a prescrição, retornando a ela quando os sintomas reaparecem. Outros aspectos foram

detectados: a mídia teve pouca influencia no consumo de produtos industrializados mesmo todos os participantes tendo acesso à televisão; o poder aquisitivo foi um componente decisivo para aquisição de alimentos sendo inclusive percebido como justificativa limitante da compra e da frequência de consumo de determinado tipo de alimento; os hábitos alimentares foram entendidos como sendo um genuíno ritual social que fortalece laços afetivos e, em adultos, alimentos como doces trazem o gosto doce da infância; a forma como os pacientes lidam com o diabetes traz embutido em suas práticas preparações como chás e remédios caseiros que denotam sentimentos de fé e autocuidado que lhes foram passados tradicionalmente pela família.

De acordo com Hinder e Greenhalgh (2012) cerca de 1% dos diabéticos passam o tempo em contato com profissionais de saúde enquanto 90% é virtualmente um livro fechado. Estes autores avaliaram o autogerenciamento da doença junto a 30 indivíduos, observados nas casas de familiares ou na comunidade. Observou-se que o contexto social, econômico e cultural influencia, mas não determina o comportamento de autogestão. Um tema mais abrangente encontrado foi o envolvimento da percepção física, cognitiva ou emocional na autogestão em que se tem a necessidade contínua de esforçar-se para alcançar o bem-estar físico, a autonomia e o valor social. Também se verificou que participantes tratados com insulina haviam desenvolvido um regime simplificado de dieta impulsionado por algumas regras de ouro. Muitos participantes falaram de "equilíbrio" e viram a autogestão como relativo equilíbrio em suas vidas incluindo de forma mais ampla o controle dos níveis de estresse pessoal, alimentando as relações familiares e sociais. Um aspecto de "equilíbrio", por exemplo, foi entre o significado social de prazer físico e imediato satisfeito com guloseimas e as prestações diferidas de um regime com dieta restrita. Outro foi o equilíbrio entre ser aberto e transparente sobre o trabalho de gestão da sua diabetes e não sobrecarregar seus amigos e parentes com estas questões. Foi observado ainda que em ambiente familiar, seguindo sua rotina regular, as pessoas acham mais fácil controlar a doença, mas que os fins de semana são mais imprevisíveis, dificultando o controle. O ambiente de trabalho não foi avaliado de forma efetiva, mas três dos entrevistados referiram que a intensidade, a imprevisibilidade da carga de trabalho e a incapacidade de controlar horários das refeições dentro do turno de trabalho

dificultam o controle da doença. As práticas de autogestão não foram satisfatórias, como por exemplo, no caso de alguns participantes ingerirem alimentos pobres em nutrientes e lanches ricos em açúcares sem estar em condições hipoglicêmicas e sem testar os níveis de glicose no sangue, mesmo suspeitando que poderiam estar alterados. O exercício físico regular além das tarefas domésticas foi considerado por poucos. As razões listadas para a não adequada auto-gestão foram variadas e complexas: facetas da vida diária (crianças, tarefas domésticas, trabalho remunerado); orçamento familiar limitado; co-morbidades presentes, entre outros. Alguns participantes acharam a necessidade de planejar menus, restringir o conteúdo da dieta, ajustar a dosagem da medicação e manter registros escritos de seu progresso difícil e desanimador.

Os últimos estudos citados mostram que vem surgindo a preocupação de olhar o contexto, o ambiente das pessoas e entender suas dificuldades de seguir uma dieta muito rígida. Vem sendo cada vez mais percebida a necessidade de se buscar um equilíbrio entre *o que se quer comer* e *o que se pode comer* sem que isso tire o *prazer de comer* das pessoas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o discurso do sujeito coletivo de pacientes diabéticos sobre a interação entre seu comportamento alimentar e o controle glicêmico da doença.

3.2 Específicos

- Caracterizar o perfil demográfico e social dos entrevistados;
- Verificar os níveis séricos de glicemia de jejum dos sujeitos;
- Identificar o comportamento alimentar do grupo através do discurso do sujeito coletivo;
- Averiguar se há mudanças no comportamento alimentar em função da doença.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de estudo

Esta pesquisa configura um estudo transversal de natureza triangulada com abordagem analítica e coleta de dados primários e secundários.

O estudo abordou um universo repleto de significados, valores, crenças e aspirações tratando a realidade de processos e fenômenos sem reduzi-los, totalmente, a simples variáveis (MINAYO, 2010).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria de Lourdes Jereissati, doravante chamado CSF- MLJ, localizado na Secretaria Regional (SER) VI da cidade de Fortaleza-Ceará. Esta regional corresponde a 42%, do território de Fortaleza, com população estimada em 600 mil habitantes. A SER VI atende diretamente aos moradores de 29 bairros e é também, a regional que detém mais Centros de Saúde da Família, juntamente com a SER IV. Estudos anteriores na área, realizados por membros do grupo o qual a pesquisadora faz parte permitiu constatar a necessidade de maior aprofundamento da temática.

4.3 População e amostra

Com base nas informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), na competência de outubro de 2011, período em que o dado foi coletado no local, a população de diabéticos cadastrada no CFS - MLJ era de 499 pessoas.

Nesta pesquisa, foram incluídos adultos e idosos de ambos os sexos cadastrados na unidade e diagnosticados com Diabetes Melittus tipo 2 há no mínimo um ano.

Foram excluídos aqueles que possuíam alguma dificuldade de comunicação, déficit cognitivo ou quaisquer alterações que impossibilitassem a compreensão e participação na entrevista.

Dada a escassez de estudos com o tema aqui proposto, o tamanho da amostra foi decidido considerando o estudo de Fontinele *et al.* (2007) que investigou a interrelação entre o conhecimento dos pacientes diabéticos e alimentação adequada. Os autores detectaram que 69% dos indivíduos pesquisados tinham conhecimento satisfatório sobre a alimentação adequada. Assim, considerando-se o nível de significância de 5%, o erro amostral de 5%, o tamanho da população de 499 pacientes diabéticos e utilizando-se a fórmula para o cálculo amostral de população finita, encontrou-se como resultado final um total de 157 pacientes a serem entrevistados.

4.4 Coleta, Tabulação e Análise dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de Maio a Julho de 2012. Inicialmente, pelas fichas dos pacientes, foi levantada a idade deles e os dados mais recentes de glicemia de jejum. A partir destas informações os pacientes foram distribuídos em dois grupos. O grupo 1 foi constituído pelos pacientes com glicemia de jejum no limite tolerado, que é até 130 mg/dl (ADA, 2013; SBD, 2013). O grupo 2 reuniu os pacientes com glicemia de jejum maior que o limite citado. A ideia inicial era trabalhar com uma estratificação baseada numa avaliação mais completa de controle glicêmico, envolvendo não apenas glicemia de jejum, mas também níveis de hemoglobina glicada. No entanto, não é rotina no serviço a solicitação de exames de hemoglobina glicada, não constando esses valores nas fichas avaliadas.

Em seguida os Agentes Comunitários de Saúde da unidade agendaram visitas aos domicílios em horário considerado mais adequado pelos pacientes diabéticos selecionados, para que eles respondessem a uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), composta por duas perguntas norteadoras – 1) O que você come no seu dia-a-dia? 2) Você acha que a alimentação influencia no controle do diabetes? Para o presente estudo foram tabuladas e analisadas as

respostas referentes à pergunta 1, ainda que tenham sido manifestadas quando da resposta à pergunta 2.

Na etapa seguinte do estudo foi feita a caracterização da amostra, com a tabulação dos dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos entrevistados (sexo, idade, escolaridade, ocupação, tempo de diagnóstico, glicemia de jejum e medicamentos utilizados), organizando-se os dados para apresentação em tabelas com frequências simples e percentual. Para estas variáveis foi realizada análise estatística comparando grupos 1 e 2 pela aplicação do teste Qui-quadrado ou p de Fisher, com $p < 0,05$ como nível de significância.

Os dados qualitativos, por sua vez, foram analisados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em uma técnica que parte do discurso individual para expressar conceitos internalizados pela coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003)

Com base nesta técnica foram levantadas para cada resposta individual Expressões-Chave e Ideias Centrais que remeteram à ideologia embutida em cada trecho. As Expressões Chave e as Ideias Centrais serviram para a construção dos discursos-síntese, os DSC, os quais foram escritos na primeira pessoa do singular e expressaram o pensamento da coletividade como se fosse a fala de uma só pessoa (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

O método explorado tem sua credibilidade estatística uma vez que apresenta dupla representatividade, pois trabalha a fala do sujeito sob a forma de discurso social, expressando a opinião coletiva. Ele traz a indicação de uma expressão numérica indicativa do número de depoimentos que foram necessários para compor cada DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006)

Os dados qualitativos de natureza verbal, obtidos nos depoimentos, foram processados no software Qualiquantisoft (www.spi-net.com.br), para sua organização e tabulação.

Para o procedimento de análise com aprofundamento dos sentidos, utilizou-se a análise de conteúdo categorial temática proposta por Bardin (2006) e

organizada em três fases: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise se deu pela transcrição das entrevistas com leitura dos dados colhidos durante as visitas, seguida de reescritura de trechos textuais, sem considerar as impressões da pesquisadora.

A fase de exploração do material aconteceu com a distribuição de dados que caracterizam a conotação quantitativa em 02 (dois) quadros, 05 (cinco) tabelas e 03 (três) gráficos, que junto à categorização das falas foi em seguida analisado sob a luz da literatura.

No que concerne à apresentação dos resultados qualitativos sucedeu em forma de temáticas descritas e interpretadas de forma articulada ao DSC em todo seu processo de construção. O estado da arte obtido em pesquisa bibliográfica nacional e internacional serviu de base para a interpretação dos dados qualitativos.

Depois de realizada a análise finalmente foi feita à leitura final para que se garantisse a maior fidedignidade possível antes de concluir os trabalhos com digitação e armazenamento de dados.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo foi norteado nos princípios bioéticos da beneficência, autonomia e respeito à dignidade e a justiça contida nos padrões éticos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012) que dispõe da pesquisa com seres humanos. O termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2), seguiu as determinações da citada Resolução e foi assinado por todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo.

O estudo mais abrangente (**Experiências, concepções e práticas alimentares de pacientes diabéticos a luz do discurso do sujeito coletivo**), do qual faz parte a presente pesquisa, foi previamente submetido e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (ANEXO I).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo é integrado por dois subcapítulos: caracterização dos participantes e o Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos entrevistados, este subdividido em três tópicos: o DSC dos pacientes com glicemia controlada, o DSC dos pacientes com glicemia não controlada e um entrelaçamento de ambos os DSC com a literatura sobre o tema.

5.1 Caracterização Social, Demográfica, Econômica e de Saúde dos entrevistados

A Tabela 1 traz a caracterização global dos participantes. Os mesmos foram representados por 112 mulheres e 45 homens, perfazendo assim 71,3% e 28,7% da amostra respectivamente. A idade dos participantes em sua maioria (58,6%) era superior a 60 anos.

No que diz respeito ao número de anos de estudo, verificou-se que a maioria (43,3%) tinha de quatro a oito anos de estudo, enquanto 31,2% tinha menos de 1 ano de estudo.

Quanto à ocupação, destacaram-se os aposentados, 73 (46,5%) e as atividades do lar, 50 (31,8%).

No que concerne ao tempo de diagnóstico a maioria 73,2% (115) dos entrevistados tinha até 10 anos de convivência consciente com a doença.

Medicamentos para auxílio ao controle da doença foram representados principalmente pelos hipoglicemiantes orais – 108 (68,8%) pacientes.

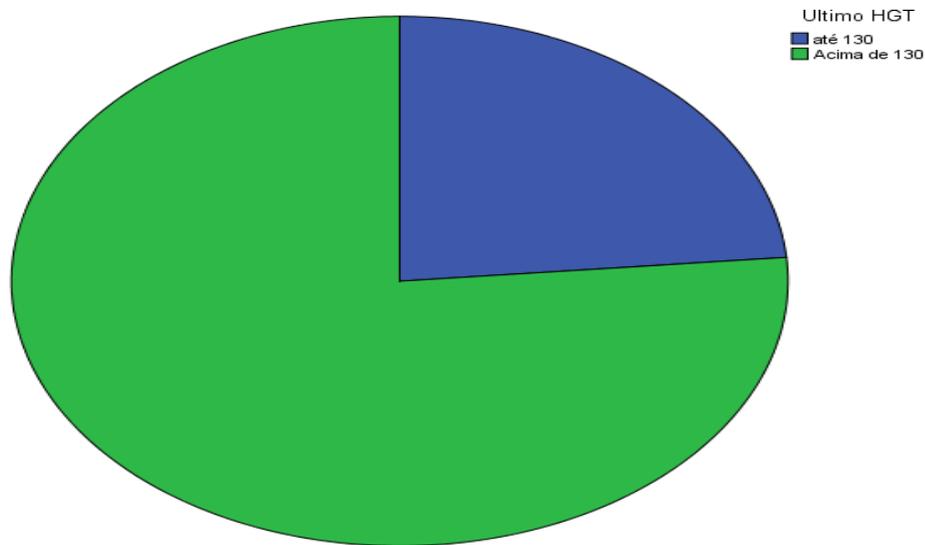
Tabela 1. Caracterização demográfica, socioeconômica e de saúde do grupo entrevistado (n = 157). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Variável	Classificação	n	%
Sexo	F	112	71,3
	M	45	28,7
Faixa etária	< 40	7	4,5
	40-60	58	36,9
	> 60	92	58,6
Anos de Estudo	< 1	49	31,2
	1 – 3	23	14,6
	4- 8	68	43,3
	9- 11	15	9,6
	12 e mais	2	1,3
Ocupação	Aposentado	73	46,5
	Do lar	50	31,8
	Pensionista	7	4,5
	Comerciante	7	4,5
	Outras ¹	20	12,7
Tempo de doença (anos)	≤ 10	115	73,2
	11-20	34	21,7
	21-30	7	4,5
	31-40	1	0,6
Glicemia de jejum (mg/dl)	≤ 130	37	23,6
	> 130	120	76,4
Medicamentos	Hipoglicemiante Oral	108	68,8
	Insulina e Hipoglicemiante Oral	31	19,7
	Insulina	14	8,9
	Sem medicamentos	4	2,5
Total		157	100,00

¹Em "outras" foram citadas desempregado (5 - 3,2%), costureira (2 - 1,3%), serviços gerais (2 - 1,3%) e, com uma citação (0,6%) cada: artesã, autônomo, borracheiro, capoteiro, doméstica, faxineira, marceneiro, militar, pedreiro, soldador e vendedor.

Segundo as diretrizes da ADA (2013) e SBD (2013) aqui adotadas, de tolerância à glicemia de até 130 mg/dl, verificou-se que a grande maioria – 120 (76,4%) entrevistados estavam acima deste limite, sendo aqui agrupados como Grupo 2. O grupo 1, portanto, foi composto por 37 (23,6%) entrevistados que estavam com a glicemia até 130 mg/dl, como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição de níveis sérico de Glicemia dos pacientes entrevistados (n = 157) diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.



A Tabela 2 mostra a caracterização dos integrantes do estudo considerando os grupos 1 e 2. Foram adotados pontos de corte para avaliação estatística considerando a distribuição do grupo em geral. Assim, não houve diferença entre os grupos considerando sexo ($p = 0,870$), faixa etária, confrontando menor ou igual a 60 e maior que 60 anos ($p = 0,140$), ocupação, confrontando aposentado e do lar *versus* outros ($p = 0,995$) e tempo de doença, confrontando menor ou igual a 10 anos e maior que 10 anos ($p = 0,431$). Por outro lado houve diferença considerando anos de estudo, confrontando menor que 4 e 4 ou mais anos ($p = 0,016$) e medicamentos utilizados, confrontando uso exclusivo de hipoglicemiante oral e sem uso de medicamentos *versus* uso de insulina e insulina associada à hipoglicemiante oral (p de Fisher $< 0,001$). Portanto, o Grupo 1 exibe menos número de anos de estudo e há menos participantes utilizando insulina isolada ou associada.

Tabela 2. Caracterização demográfica, socioeconômica e de saúde dos pacientes entrevistados (n = 157), segundo estratificação da glicemia de jejum. Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Variável	Classificação	Grupo 1 (n = 37) Glicemia ≤ 130 mg/dl		Grupo 2 (n = 120) Glicemia > 130 mg/dl	
		N	%	n	%I
Sexo	F	26	70,3	86	71,7
	M	11	29,7	34	28,3
Faixa Etária (anos)	<40	1	2,7	6	5,0
	40 – 60	10	27,0	46	38,3
	> 60	26	70,3	68	56,7
Anos de Estudo	<1	15	40,5	33	27,5
	1 – 3	10	27,0	21	17,5
	4 – 8	11	29,7	56	46,7
	9 – 11	1	2,7	9	7,5
	12 e mais	-	-	1	0,8
Ocupação	Aposentado	19	51,4	54	45,0
	Do lar	10	27,0	40	33,3
	Pensionista	3	8,1	4	3,3
	Comerciante	-	-	1	0,8
	Outras ¹	5	13,5	21	17,5
Tempo de doença (anos)	≤ 10	25	67,6	89	74,2
	11 – 20	8	21,6	26	21,7
	21 – 30	4	10,8	4	3,3
	31 – 40	-	-	1	0,8
Medicamentos	Hipoglicemiante oral Insulina e	31	83,8	72	60,0
	Hipoglicemiante oral	1	2,7	35	29,2
	Insulina	2	5,4	12	10,0
	Sem medicamentos	3	8,1	1	0,8

¹Em “outras” foram citadas desempregado (5 - 3,2%), costureira (2 - 1,3%), serviços gerais (2 - 1,3%) e, com uma citação (0,6%) cada: artesã, autônomo, borracheiro, capoteiro, doméstica, faxineira, marceneiro, militar, pedreiro, soldador e vendedor.

5.2 O Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos sobre seu comportamento alimentar

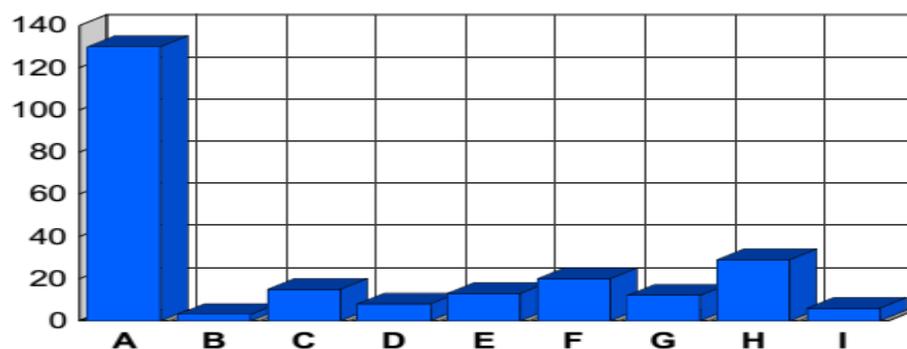
Tendo como ponto de partida a pergunta: “O que você costuma comer no seu dia a dia?” chegou-se a um total de 236 expressões chaves que remeteram a

nove ideias centrais, conforme pode ser visualizado na tabela 3 e ilustrado no gráfico 2.

Tabela 3. Distribuição percentual das 236 expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.

Ideias Centrais	Número (%)
A. As praticas alimentares em seu cotidiano	130 (55,08%)
B. A percepção do controle glicêmico	3 (1,27%)
C. Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença	15 (6,36%)
D. Experiências vivenciadas com a doença	8 (3,38%)
E. As dificuldades financeiras impedindo a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis	13 (5,51%)
F. Prazer e Rejeição alimentar	20 (8,48%)
G. A influencia médica nas práticas alimentares	12 (5,08%)
H. A percepção da quantidade de alimento consumido	29 (12,30%)
I. Mudança de hábitos alimentares em decorrência da descoberta da diabetes	6 (2,54%)

Gráfico 2. Número de expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.



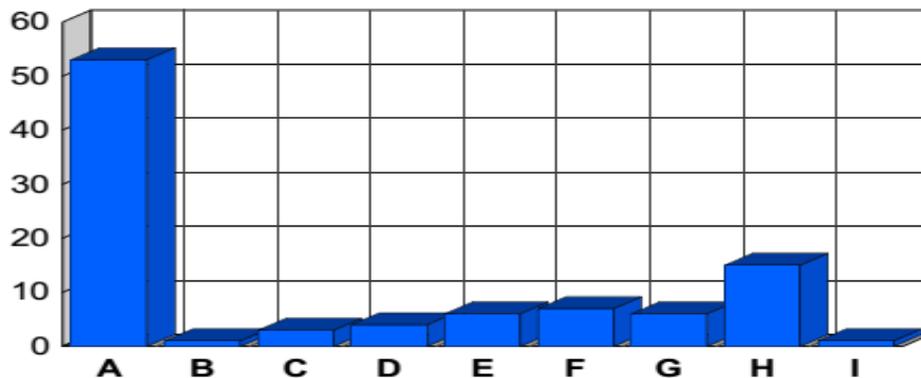
5.2.1 O Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos entrevistados que estavam com a glicemia controlada

As falas dos 37 pacientes cuja glicemia encontrava-se ≤ 130 mg/dl e que integraram o grupo 1 desse estudo, geraram 96 Expressões Chaves (EC) à pergunta norteadora sobre: “o que você come em seu dia a dia?”. Essas EC compuseram 9 IC, como mostrado na Tabela 4 e ilustrado no Gráfico 2. Observa-se, a exemplo da distribuição geral, que as IC A e H surgem com maior frequência. O Quadro 1 mostra os DSC referentes às 9 IC do grupo 1.

Tabela 4. Distribuição percentual das 96 expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia ≤ 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.

Ideias Centrais	Número (%)
A. As praticas alimentares em seu cotidiano	53 (55,21%)
B. A percepção do controle glicêmico	1 (1,04%)
C. Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença	3 (3,12)
D. Experiências vivenciadas com a doença	4 (4,17%)
E. As dificuldades financeiras impedindo a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis	6 (6,25%)
F. Prazer e Rejeição alimentar	7 (7,29%)
G. A influencia médica nas práticas alimentares	6 (6,25%)
H. A percepção da quantidade de alimento consumido	15 (15,63%)
I. Mudança de hábitos alimentares em decorrência da descoberta da diabetes	1 (1,04%)

Gráfico 3. Distribuição do número de expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia ≤ 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.



Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?) segundo as ideias centrais geradas pela falas de pacientes diabéticos com glicemia ≤ 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI, Fortaleza, CE, 2012.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DO GRUPO 1 (glicemia ≤ 130 mg/dl)

IC A – As práticas alimentares em seu cotidiano

DSC A: De manhã, acordo e tomo meus remédios em jejum ou tomo com meu copo de leite desnatado ou integral, tanto faz; também misturo o café com leite. Mas não tomo muito café. Às vezes tomo amargo outras vezes com adoçante. Mas, também uso o açúcar. E para acompanhar como bolacha cream cracker, bolacha seca com creme de ricota ou pão; que pode ser um carioquinha ou uma bisnaga ou mesmo pão integral com margarina light, requeijão light, queijo ou peito de peru. Às vezes faço tapioca ou cuscuz e como com ovos. Tem dias que eu tomo iogurte e depois, como maçã ou banana ou tomo logo um copo de vitamina com adoçante. É muito difícil eu merendar. Mas, tem dias que quando dá umas nove horas, eu como umas quatro ou cinco cream cracker ou qualquer outra bolacha que tenha no armário com um copo de leite; ou tomo café com um carioquinha. Ai depois, às vezes eu como frutas. Que podem ser: mamão, laranja, banana, maçã, às vezes goiaba. O suco de laranja, também é uma opção; mas, geralmente o lanche é a banana ou a maçã. Às vezes tomo caldo de feijão ou faço uma vitamina de mamão, maçã ou laranja com granola e farinha de maracujá. Sempre faço uma vitamina e tomo! Ou então eu tomo um "danonezinho", aqueles zero açúcar. No almoço, é o que tiver. Arroz, feijão, macarrão, carne, soja, peixe ou frango. E se não tem mistura, como ovo. Aqui geralmente é mais frango ou

peixe, carne só uma vez por semana e pronto. Quando dá pra comprar como verdura. Ai, eu faço batatinha, cenoura, chuchu, beterraba, jerimum e até verdura crua, assim um alface com tomate e cebola. Mas, muitas vezes só como a verdura que coloco no feijão. A carne pode ser torrada ou cozida, mas é mais torrada. Ai como só um pedacinho. Quando é galinha, eu tiro o couro e como só o branco. A galinha é cozida sem sal e sem óleo. Eu tomo suco de uva ou laranja. Ah! Farinha também, eu não posso comer muita, como pouquinho às vezes. Não uso maionese, eu não gosto. A tarde nem sempre eu lancho. Mas, quando eu merendo é variado. Pode ser café com adoçante ou amargo; leite, que nem sempre é desnatado; e duas a oito bolachas cream cracker. Às vezes tomo suco com um pedaço de pão carioquinha sem miolo. Tem dias que como mais de três pães por dia; fatia, bolo mole, tapioca ou cuscuz se tiver sobrado da manhã. Também gosto de comer banana, maçã, goiaba ou mamão. Ah! Tem dias que merendo um iogurte. A janta vai variando. Às vezes é a mesma coisa do almoço ou feijão, arroz com carne moída, bife ou salsicha com ovo. Mas eu prefiro merendar leite desnatado ou vitamina sem açúcar ou com adoçante e pão integral com queijo de coalho ou bolacha com becel. Tem dias que faço sopa de verdura, frango ou feijão. Outras vezes, faço cuscuz ou tomo mingau de aveia ou Mucilon com leite integral. Às vezes como uma maçã pra ir dormir e um copinho de leite ou suco. Quando não sinto fome tomo chá de camomila ou água. E pronto. E para dormir, é muito difícil comer. Mas, às vezes, como uma fruta ou tomo um chazinho ou, ainda, um leitinho. Ai, Eu tomo minha vacina (insulina) ou o remédio para diabetes e para pressão.

IC B - A percepção do controle glicêmico

DSC B: Eu como de tudo. A minha diabetes é assim, tem tempo que aumenta.

IC C – Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença

DSC C: Pela manhã, como pão sovado com café e açúcar. Eu como mais de três pães por dia. No almoço como mais macarrão. Porque não gosto do feijão e arroz. Hoje vamos almoçar rabada. Eu sou doido por rabada e comprei para nós almoçar. Mas, tô sabendo que num pode. Também não gosto muito de carne. Mas, às vezes, eu como carne frita.

IC D - Experiências vivenciadas com a doença

DSC D: Eu não tenho hora para almoçar, aí quando começo a ver estrelinha e lembro-me de botar alguma coisa na boca, aí eu como, alguma coisinha doce, alguma coisinha assim...Porque a minha tem tendência de baixar, aí eu passo mal, mas eu acho que é devido eu não controlar a minha alimentação, né?! Por isso, eu fico passando mal.

IC E – As dificuldades financeiras impedindo a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis

DSC E: Verdura, não é todo dia que tem. Mas, quando tem dinheiro mando

comprar, e eu como muita verdura. Mas fazer o que, se nem sempre dá? À noite eu janto peixe, galinha, sopa, o que tiver e mais nada.

IC F - Prazer e Rejeição alimentar

DSC F: Tem dia que eu como tudo. Tem outros que não como nada. Fez três dias hoje que eu nem almocei nem jantei. Não como nada! Porque não sinto vontade. Não tenho vontade de jeito nenhum. E quando eu como numa semana; na outra eu já não tô comendo mais. Por exemplo: galinha, há muito tempo eu não comia. Ai, semana passada eu comi. Mas, simplesmente, eu não gostei e não comi mais. Fruta, eu num gosto de jeito nenhum. Mamão, então, esse é que eu não gosto mesmo. As vezes eu ainda como uma banana ou uma pera. Costumo variar o que eu como. Porque eu enjojo. Agora, eu tô enjoada do suco. Eu tomava o de fruta. Mas, to suspendendo. Outra coisa que não como é macarrão.

IC G – A influencia médica nas práticas alimentares

DSC G: Eu como pouco para ver se perco essa barriga. Tento fazer o que a médica diz, mas macarrão eu não gosto e a Doutora disse que é melhor comer macarrão do que arroz, né?! Ela também disse para eu não comer feijão e evitar a carne encarnada. Ai eu não como feijão e a carne como poucas vezes, só duas vezes na semana.

IC H - A percepção da quantidade de alimento consumido

DSC H: No café da manhã eu como 6 bolachas cream-cracker ou aquelas bolacha seca quebradinha ou 1 pão carioquinha com margarina e café com leite integral. Almoço 3 colheres de arroz; 2 de feijão, frango, ou peixe. É mais é peixe agora. Tô tentando parar com a carne vermelha. Como duas vezes por semana. Como com pouca frequência, também, o feijão, que eu gosto demais. À tarde, lancho cinco ou seis bolachas cream cracker com café. Não bebo muito café. Mas, eu tomo.

IC I - Mudança de hábitos alimentares em decorrência da descoberta da diabetes

DSC I: Eu como de tudo, só que nada salgado e nem coisa com gordura.

Pelo DSC A, foi possível perceber que a alimentação dessas pessoas é dividida em 6 refeições diárias. Os lanches (matutino, vespertino e ceia) às vezes são omitidos. Dentre os alimentos citados, percebe-se pouca variedade de hortaliças e frutas no cotidiano. Frutas e leite ou iogurte integram os 3 lanches diários, sendo que à tarde pode haver o acréscimo de fontes de cereais (bolacha, pão, tapioca ou mesmo bolo). Também é perceptível que o jantar passa por 3 opções: igual ao almoço, sopa ou similar ao desjejum. O açúcar é evitado, mas não necessariamente

excluído. Nos DSC B, C, D e F evidenciam-se uma despreocupação com as restrições impostas pela doença, o que acaba sendo um pouco contraposto com os DSC G, H e I, onde é demonstrado certo cuidado qualitativo e quantitativo, inclusive por interferência médica. No DSC E é exposta a limitação financeira a uma alimentação adequada.

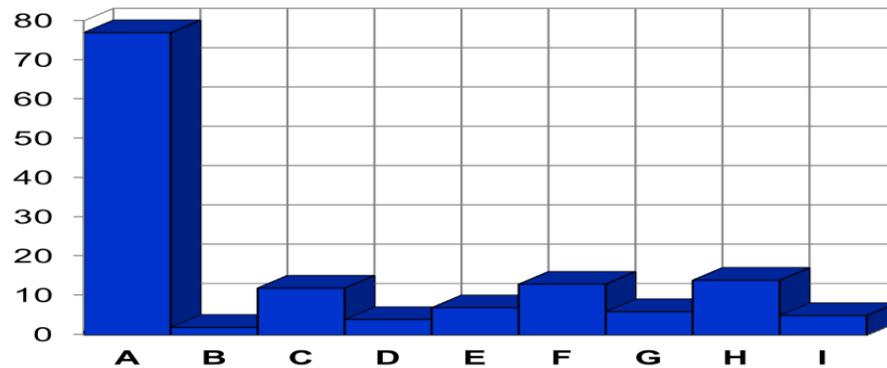
5.2.2 O Discurso do Sujeito Coletivo dos pacientes diabéticos entrevistados que estavam com a glicemia não controlada

As repostas dos 120 pacientes cuja glicemia encontrava-se > 130 mg/dl e que compuseram o grupo 2, em resposta a pergunta norteadora sobre: “o que você come em seu dia a dia?”, geraram 140 Expressões Chaves (EC), que nos conduziram a 9 IC; como mostrado na Tabela 5 e ilustrado no Gráfico 3. Também entre eles as IC A e H tiveram maior frequência. O Quadro 2 mostra os DSC referentes às 9 IC do grupo 2.

Tabela 5. Distribuição percentual das 140 expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia > 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.

Ideias Centrais	Número (%)
A. As praticas alimentares em seu cotidiano	77 (55,00%)
B. A percepção do controle glicêmico	2 (1,42%)
C. Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença	12 (8,60%)
D. Experiências vivenciadas com a doença	4 (2,85%)
E. As dificuldades financeiras impedindo a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis	7 (5,00%)
F. Prazer e Rejeição alimentar	13 (9,28%)
G. A influencia médica nas práticas alimentares	6 (4,28%)
H. A percepção da quantidade de alimento consumido	14 (10,00%)
I. Mudança de hábitos alimentares em decorrência da descoberta da diabetes	5 (3,57%)

Gráfico 4. Número de expressões chaves por ideias centrais obtidas a partir das falas dos diabéticos com glicemia >130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI de Fortaleza, Ceará, 2012.



Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?) segundo as ideias centrais geradas pela falas de pacientes diabéticos com glicemia > 130 mg/dl cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati da Regional VI, Fortaleza, CE, 2012.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DO GRUPO 2 (glicemia > 130 mg/dl)

IC A – As práticas alimentares em seu cotidiano

DSC A: Minha fia, eu como de tudo! Como comida normal mesmo. Graças a Deus! Eu trabalho o dia todinho nesse caminhão fazendo entrega. Não tem esse negocio de parar para almoçar. Só venho comer quando chego de noite. E tem gente que quando é meia hora que não come já tá desmaiando e tudo, eu não. Eu ainda tomo uma água ou um refrigerante sem ser zero, eu não tomo coca zero. Mas, eu tô sentindo que a minha vista já tá querendo... Eu fiz o exame agora da autoescola quase que eu não passava. Enfim, é comida básica mesmo. De manhã tem dias que não como nada. Mas, a maioria das vezes eu como o que tiver. E ai pode ser: um ou dois pães integral ou carioquinha sem miolo ou mesmo um pedaço do pão grande. Às vezes como duas a quatro tapiocas ou umas seis a dez cream cracker ou bolacha água e sal. Tem dias que como umas três ou quatro daquelas torradas grandes que parecem um carioquinha e tomo café ou Nescafé ou chá com adoçante ou açúcar, tanto faz. Tem dias que eu tomo é sem nada. O adoçante eu boto mesmo para tomar é no suco ou na vitamina. Eu não gosto muito de leite. Mas, às vezes da vontade e eu tomo um "Chitãozinho" de leite desnatado ou ninho integral ou mesmo o leite de gado morno misturado no café. Também como queijo normal ou branco, daquele próprio para diabético; ovos, bacon, salsicha, mortadela, mingau de aveia ou mucilon ou um salgado ou bolo. Hoje eu comi

cuscuz sem leite. Nem sempre uso a manteiga e quando uso é a Becel ou a Qualy light. Outra coisa que como quando tem, é resto de sopa; que nem agora, eu comi com pão. Eu como, muitas vezes, pela manhã, banana ou maçã; e bebo a cevada que é quase um café. Enfim, é o que tem! Eu não tenho isso não, às vezes eu tomo café e passo o resto do dia todinho sem comer nada, ou lancho umas nove ou dez horas, quando dá fome, uma fruta qualquer que tenha. Às vezes é banana; maçã; manga; mamão; melão; laranja; melancia; pêra; goiaba; uva ou abacaxi. Ou qualquer besteira como: café com cream cracker ou um pedacinho de pão, um suco com tapioca ou uma vitamina misturando as frutas que tiver; inclusive o limão; ou um caldo de feijão ou carne. Mas antes do almoço é muito difícil eu lanchar. O almoço é normal, também! Eu não tenho essa coisa com comida! Como tudo misturado! Eu como arroz, feijão e tem dias que um pouquinho de macarrão, porque faz mal. Normalmente, quando como o macarrão não como arroz. Ai tem a mistura que é qualquer coisa que tiver. Pode ser ovo, mortadela, carne, peito de frango, frango, porco, lombo ou peixe e faço torrado, assado ou cozido vai variando. Eu dou preferencia ao peixe. A carne é mais quando eu tô me sentindo inchada ou quando sinto que vai dar fraqueza. O frango eu como, mas não gosto. E gosto do frango no molho com pão de milho. Ai eu como depressinha! Frango e peixe não alimenta ninguém, não dá aquela sustança, num sabe?! Ai, quando tô assim eu faço a carne frita e como. O lombo é só de vez em quando no máximo duas vezes por semana e olhe lá. Mas, sempre cozido. E às vezes, quando sobra dinheiro eu compro verdura e coloco também. Mesmo sem gostar muito; eu como qualquer verdura. Mas é difícil ter verdura! Quando eu vou comprar eu trago alface, cebola, pimentão, tomate, repolho, pepino, quiabo, jerimum, cenoura, chuchu e batatinha. A beterraba eu não costumo comprar porque ela é muito doce. Mas, às vezes trago e como. Compro também a maionese que é própria para diabéticos, aquela da tampinha azul para colocar na salada quando ela não é crua. Ah! Tem alguns dias que o feijão tá tão bom que eu como só o feijão com a farinha d'água e dou uma garfada de macarrão, mas, eu evito o macarrão; procuro comer no máximo duas vezes por semana. Ou como só o arroz com a carninha ou com o caldo da carne. Também gosto de farofa e de pirão. Depois do almoço aqui a acolá eu como um pouquinho de doce ou chupo uma laranja ou como banana ou maçã. Uso também azeite para cozinhar. Refrigerante eu evito. Mas, às vezes tomo uma coca-colazinha no fim de semana. A tarde, não lancho com frequência. É muito difícil merendar. Porque eu não quero comer. Não sinto vontade. Mas, quando dá lá pras duas horas eu lancho. Eu como uma fruta. Pode ser: uma maçã, uma goiaba, uma banana, um pedaço de mamão ou uma salada de frutas. Às vezes tomo café com leite e como umas cinco bolachas ou bolo ou pão carioquinha sem miolo com manteiga e com ou sem ovos, ou tapioca ou cuscuz, tudo com margarina becel e adoçado com adoçante ou açúcar. Como eu disse antes tanto faz! E o que tiver se der vontade de comer eu como! Às vezes eu bebo vitamina de mamão ou banana ou a fruta que tiver com leite desnatado ou tomo simplesmente um copo de suco com um salgado ou pão de queijo ou um copo de mingau de aveia ou pipoca e tem vezes que quando vou comer já é por volta de 17 horas ai eu como um macarrão numa sopinha. Jantar eu não janto sempre. Eu não gosto de jantar, não. Mas quando janto, eu como assim qualquer coisa, né? Qualquer coisa na boca ta bom! Tem dias que a janta é normal! É o mesmo do almoço. Às vezes é frango, carne, sardinha em lata ou peixe cozido; com arroz, feijão, macarrão, farofa e às vezes verdura, eu já comi tanta verdura que enjoiei, aí estou dando um tempo. Tem dias que vario e como só o arroz com ovo e bacon.

Outras vezes prefiro tomar leite desnatado ou café com bolacha, bolo ou uma fatia de pão com queijo, ou uma sopinha de verdura, feijão ou carne ou suco de cajá com biscoitos club social ou um mingau de maisena, aveia ou Neston, que eu gosto mais; ou uma vitamina com pão ou um Danone. Tem dias ainda que como só frutas. Às vezes como mamão, melão, banana, laranja ou cinco goiabas. Eu costumo tomar chá de colônia ou suco de carambola, porque ela baixa muito com suco de carambola, né?! Antes de dormir não costumo comer nada. Mas, às vezes quando a fome bate eu como fruta ou tomo um copo de leite desnatado ou um copo de suco de cajá com 2 cream cracker ou bolo ou cocada. O problema na verdade, é quando eu tô com uma ansiedade, eu como é tudo que aparecer na minha frente! Ai eu não consigo parar de comer. Eu como uma banana e não fico satisfeita ai eu vou na geladeira e como uma melancia e assim por diante. Pense na boca nervosa! Mas a maioria das vezes é uma fruta ou leite ou chá e pronto! Depois, só água mesmo. Não tenho esse negócio de tá de madrugada beliscando.

IC B - A percepção do controle glicêmico

DSC B: Eu como de tudo. Minha diabetes é assim, é o tempo todo controlado. Mas, tem tempo que aumenta. Aumenta mais por causa do pão.

IC C – Manutenção de hábitos inadequados ao controle da doença

DSC C: Eu como tudo que eu tenho direito!!! Vou dizer logo, não faço dieta. Quando acordo eu como salgado, pão de carne, pão de milho com manteiga, broaca feita com manteiga, tapioca, bolo ou pão carioquinha com salsicha, mortadela, bacon ou ovo mexido com café e açúcar. Mas, tem dia que não como nada. Antes do almoço é muito difícil eu lanchar, mesmo não tendo comido nada no café da manhã. No almoço, eu como bastante; já que eu não merendo até a hora do almoço; aí eu como bem. E é o que tiver. Normalmente, o almoço é arroz, feijão, um pouquinho de macarrão, farofa, frango, carne, lombo ou peixe. Às vezes eu faço o frango ou o peito de frango ou a carne frita. Não é na grelha, não! Agora, quando é lombo é cozido, porque não tem como fazer assado. Verdura é raramente que como. Não gosto de verdura. À tarde não como nada. Mas porque eu não quero comer. Eu já como demais meio dia que a tarde não aguento mais nada, não. À noite eu janto a mesma coisa do almoço: arroz, feijão, macarrão, farinha e um pedacinho de frango. Às vezes coloco alguns complementos como um ovo frito, um bacon ou um bife. Ontem, eu tomei um pouco de caldo de carne de gado e depois minha menina chegou com um salgado de pão integral com queijo, presunto, essas coisas. E antes de dormir às vezes eu tomo um copo de leite integral ou desnatado com um pedaço de bolo fofo ou como uma banana ou uma cocada. Isso puxa muito a fome. Então, ai, me sinto melhor.

IC D - Experiências vivenciadas com a doença

DSC D: Só tem um problema muito sério sobre isso; qualquer agitação, qualquer uma comidinha a gente não se sente bem, tudo no mundo me dá logo uma relação; quase tudo. Por exemplo, quando eu como um pedaço de pizza, ali, eu não me dou bem. Por causa do meu estômago, só falto vomitar. Tá com duas

vezes que eu tento, mas não dá certo. Até o cafezinho se não for com leite desnatado, eu não me dou bem. Às vezes, eu dou uma picadinha num doce, aí eu me sinto mal. Eu sinto que as minhas pernas pioram. Eu vou deixar de comer doce. Eu gostava de comer um pãozinho de milho. Ai eu notei que pão de milho, sobe o diabetes. Uma senhorinha me disse lá no merceeiro, ai eu fiz um teste, né?! Um dia meu diabetes tinha dado 86 e eu comi pão de milho com leite e no outro dia quando foi tirado já deu duzentos e pouco. Eu me assustei. Inté me julguei porque que eu comi aquela coisa, num sabe? Manga e abacate também não como porque aumenta. Outra coisa que não posso é ficar muito tempo sem comer nada. Quando passo mais de três horas sem me alimentar me dá uma tremedeira, eu fico suando frio ai eu tenho que comer nem que seja um chocolate. Até a "doutora" quando eu tive internado por causa do calazar, ela disse que sempre andasse assim com um pedaço de chocolate na minha bolsa que quando eu tivesse assim me tremendo eu comesse um pedaço de chocolate que passava. E realmente, passa mesmo. Eu viajo muito e eu mesmo não aplico minha insulina. Quem aplica é minha esposa. Eu não tenho coragem! Passo três dias, quatro dias sem aplicar. Ai me dá aquele tremor e eu tenho que voltar imediatamente!

IC E – As dificuldades financeiras impedindo a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis

DSC E: Como o que tem pra comer, minha fia. Não dar para tá variando, não! No café da manhã eu tomo Nescafé com leite desnatado morno e como pão ou bolacha que normalmente, é o que tem. Antes do almoço é uma banana ou qualquer coisa que tiver. Meu almoço é almoço de pobre mesmo. Eu como assim um feijãozinho com arroz, carne ou frango; ou quando não tem feijão é só a carne ou o frango com arrozinho. Verdura só dar para comprar quando tem dinheiro. Mas, eu como qualquer uma. Basta eu ter dinheiro como ontem que ai eu compro. Agora, quando não sobra eu não posso fazer nada. À tarde eu não costumo ter fome. Mas, se tiver eu como. Graças a Deus, a comida não falta não. Eu como assim um pão com café. A noite, Nem toda vida eu janto. É muito difícil eu jantar. Mas, quando janto, é o mesmo do almoço ou café, com bolacha e pronto, vou dormir. Não tem outro, né? Leite ninguém nunca toma. Porque não pode comprar. Então, qualquer coisa na boca está bom!

IC F - Prazer e Rejeição alimentar

DSC F: Hoje eu comi pão comum, sem o miolo; porque o integral tem hora que abusa. Mas, não é todo dia que eu como pão não. Leite eu não tomo! No almoço é arroz e feijão. Como mistura, eu prefiro peixe! Mas, sou louca por um bom frango no molho com pão de milho, isso eu como depressa. Carne eu como quando eu tô sentindo assim que vou dar uma fraqueza de comer peixe e galinha; porque isso num alimenta a gente. Ai, nessas horas, a gente come a carne. Às vezes, eu faço uma carne frita. Ai se tiver um pedaço eu como um, mas se tiver dez, eu como os dez. Mas, como eu num tô gostando eu também não faço. Outra coisa que comia e enjoei foi soja. Carne moída é outra coisa que não suporto, não tem com o que comer. Verdura é difícil comer. Eu já comi tanto alface com azeite, repolho com cenoura e chuchu que enjoei e estou dando um tempo. Até porque se como eu boto fora. Beterraba eu nem compro porque ela é muito doce. Enfim, tenho horror

à verdura. Também não gosto muito de macarrão. Por isso, é muito difícil eu comer macarrão! Agora, se tiver uma bacia de arroz, feijão, pão de milho e farofa. Não sobra nada! Até o café eu tô evitando porque quando eu tomo o café é com açúcar, não aguento mais adoçante!

IC G – A influencia médica nas práticas alimentares

DSC G: No café da manhã, eu tomo café com leite e adoçante com um pão carioquinha. Pois, a Doutora disse que era suficiente; porque a massa faz piorar; ou como bolacha água e sal. Eu mandava comprar goma para fazer bolo de goma que não leva muito açúcar. Mas, eu tive com a doutora agora e ela disse que tudo quanto é massa vira açúcar quando cai no sangue. Eu até brinquei com ela. Pois, então eu tô é encurralado pra morrer. Para o almoço, é uma comida básica mesmo. Feijão, arroz, macarrão eu não gosto muito. Minha filha faz uma carne moída, peito de frango, lombo ou muita carne cozida. O lombo a gente come só de vez em quando porque a doutora disse que não era para comer sempre. Ela também disse que não comesse manga e nem abacate porque aumenta à diabetes. Isso não era problema, porque eu só como a fruta que eu gosto. E a que eu gosto mais é melancia que a doutora disse que eu não podia comer; assim como a banana, que faz mal.

IC H - A percepção da quantidade de alimento consumido

DSC H: No café da manhã eu como 6 bolachas cream-craker, 1 pão carioquinha ou meia bengala com manteiga ou três a quatro torradas grandes ou duas fatias de pão integral ou quatro a cinco tapiocas pequena com café e adoçante. Não costumo tomar muito café. Mas, às vezes eu tomo. E também uso leite integral ou desnatado, tanto faz. Antes do almoço uma banana, uma fatia de mamão ou caldo de feijão ou duas cream cracker. No almoço são 2 ou 3 colheres de arroz, um pouquinho de feijão, que eu gosto demais, são só duas colheres. É pouco que eu como. A mistura é mais peixe agora. Porém também como frango. À tarde, lancho cinco ou seis bolachas cream cracker com café. A tarde são 2 a 8 bolachas cream cracker e um cafezinho ou fruta ou vitamina de banana com melão. Mas, não é com frequência que lancho. A noite uma fatia de pão com um copo de leite. Antes de dormir como umas 8 ou mais bolachas cream cracker com suco ou leite. Eu sei que tem que ser menos.

IC I - Mudança de hábitos alimentares em decorrência da descoberta da diabetes

DSC I: É coisa pouca o que eu como! Eu tô gordo e isso não são bom para a diabete. Por isso, eu estou maneirando na comida. Antes eu comia muito. Inclusive doce que eu vou deixar de comer porque faz mal. Não como nada sem o adoçante, não! Também estou evitando comer pão e carne vermelha. Mas, ainda como carne pelo menos uma vez por semana. E pronto! Eu ainda faço algumas coisas erradas. Mas, eu já sei o que eu devo comer e o que não devo.

De acordo com o DSC A percebemos que a alimentação dessas pessoas está dividida em 6 refeições. No entanto, foi observado, também, que não há o cumprimento fiel de uma rotina com horários específicos para cada uma dessas refeições, sendo relatado, muitas vezes, à omissão até das refeições principais (café da manhã, almoço e jantar). Dentre os alimentos citados as frutas, os laticínios e os cereais são referidos em pelo menos três das refeições diárias. E o jantar passa por quatro opções: igual ao almoço, similar ao desjejum, sopa ou arroz com ovo e bacon. O açúcar em algumas situações é evitado, mas não é excluído. Outro fato evidenciado é que na tentativa de conter o aumento glicêmico mesmo sem um controle alimentar específico, eles acabam por fazer uso de alimentos que segundo a cultura popular tem o poder de reduzir a glicemia; como é o caso do suco de carambola e do chá de colônia.

Os discursos B, C, D e F demonstram a despreocupação em mudar hábitos diante das restrições impostas pela doença. Embora eles entendam que possa haver alteração na glicemia causada pela ingestão alimentar, eles tomam a conduta de alinhar a dieta de acordo com o permitido apenas quando percebem elevação glicêmica e/ou sentem mal estar. É perceptível que há consciência de que mudanças nos hábitos poderiam ajudar na manutenção da saúde, melhorando verdadeiramente o seu bem estar. Porém, talvez como forma de negar a doença, é referida uma falsa sensação de bem estar diante da transgressão. Além disso, é apontado o fato de que a não incorporação de alimentos mais saudáveis, condizentes com a situação de saúde dos mesmos está relacionada às limitações financeiras. A exemplo do grupo 1, se houver falta de dinheiro, as hortaliças são as primeiras excluídas. Porém, também é relatado que o fato de não gostar e a não aceitação de sabores são as razões principais para a não adesão às recomendações.

Os discursos anteriores, no entanto, se contrapõem aos DSC G, H e I que nos indicam serem os profissionais vistos como tiranos e responsáveis por eles não poderem comer o que querem quando bem entendem. Mas, que o conhecimento deste profissional esta sendo absorvido e que existem tentativas de aplicações desse conhecimento relatadas através das mudanças de alguns hábitos e no controle quantitativo de alimentos.

5.2.3 Entrelaçando os discursos dos pacientes diabéticos entrevistados com a literatura

A análise dos dois grupos que compuseram este estudo nos permitiu verificar que em ambos há predominância de pessoas do sexo feminino, com idade superior a 60 anos e tempo de diagnóstico de até 10 anos. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outros estudos recentes (DURAN et al., 2010; OLIVEIRA, PIMENTA, 2011; SANTOS, ARAÚJO, 2011). Tanto há uma maior preocupação das mulheres com os cuidados à saúde, como a incidência e a prevalência da doença são maiores entre elas (OLIVEIRA, PIMENTA, 2011). É válido lembrar que a coleta dos dados foi realizada em horário e local conveniente ao entrevistado, não havendo, portanto, a possibilidade de mais mulheres serem entrevistadas apenas pelo fato de estarem em casa na hora da visita.

No que diz respeito à escolaridade este estudo de forma geral repete os resultados encontrados nos estudos de Gomes-Vilas Boas et al. (2011), Lopes e Araujo (2011) e de Oliveira et al. (2012), tendo havido uma maior concentração (43,3%) de indivíduos com tempo de estudo variando de 4 a 8 anos. O que nos chamou a atenção, foi que houve predominância (67,5%) de indivíduos com tempo de estudo inferior a 4 anos, no grupo 1, enquanto o grupo 2 concentrou indivíduos com escolaridade de 4 ou mais anos (55%).

No que concerne à ocupação, novamente ambos os grupos foram integrados, principalmente, por aposentados ou pessoas com atividade no lar. Embora a renda não tenha sido indagada, pode-se especular que são detentores de uma baixa renda familiar, considerando que o trabalho no lar não é remunerado e que a renda média do aposentado no Brasil é baixa. De acordo com o IBGE (2010) no último censo ocorrido no Brasil verificou-se que a população de idosos representava cerca 11,3% do total da população brasileira; de acordo com o estudo as mulheres e os brancos são a maioria representando 55,8% e 55,4%, respectivamente. Dos idosos em questão 64,1% eram responsáveis pelo domicílio e apresentavam escolaridade ainda baixa, 50,2% tinham menos de um quarto de instrução. Talvez por isso, a renda média de 43,2 % era de até 1 salário mínimo. A

questão da limitação financeira, como um dos obstáculos a uma alimentação de qualidade, foi discutida pelos dois grupos.

Com relação às práticas alimentares cotidianas, é possível verificar que os diabéticos investigados referem uma alimentação sem muitas variações seguindo um padrão considerado tradicional brasileiro, à base de feijão com arroz. Esse resultado assemelha-se aos dados informados no estudo de base populacional sobre Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) em que as maiores frequências de consumo diário, independente da região, são dos seguintes alimentos: arroz (84%), café (79%), feijão (72,8%) e carne bovina (48,7%). Em que pese o custo mais baixo envolvido na aquisição destes alimentos, à exceção da carne bovina, segundo Freitas, Minayo e Fontes (2013) ao alimentar-se de pratos tradicionais, o indivíduo além de dar conta da própria sobrevivência, sente-se seguro reconhecendo sua identidade social. Realmente a partir dos diferentes DSC percebe-se que a disponibilidade alimentar na mesa do paciente diabético vai além daquilo que “o dinheiro pode comprar”, pois eles fazem questão de afirmar, antes disso, que “comem de tudo”. O “tudo” é também determinado pelo acesso financeiro, mas não só. Entram aí as condições relacionadas ao “comer porque gosta” e ao “comer porque não vou deixar a doença dominar o que eu como”. Muitas vezes percebe-se que a limitação financeira é muito mais utilizada como uma justificativa “para comer o que se quer” do que como uma lamentação “por não comer o que precisa”.

Apesar da similaridade percebida entre os dois grupos em relação às práticas alimentares cotidianas, percebe-se que os DSC dos integrantes do grupo 2, em consonância com seu pior controle glicêmico, são mais permeados de transgressões de acordo com o senso científico daquilo que o diabético deve comer e deve evitar. Isto pode ser percebido tanto nos relatos relativos à qualidade, quanto nos relativos à quantidade ingerida. Estudos como o de Vieira, et al (2011) afirmam que este tipo de atitude associa-se a uma fonte de prazer, uma vez que o proibido torna-se mais atraente.

A despeito da maioria dos entrevistados ainda estar com até 10 anos de doença, nota-se que além das maiores transgressões relatadas pelo grupo 2, este também já se encontra em tratamento com associação de insulina ou insulina

exclusiva. Sabemos que, habitualmente a insulina não é associada como rotina terapêutica de primeira escolha; só devendo ser iniciada quando as tentativas de mudanças de hábitos, inserção de rotina de atividade física e a monoterapia com hipoglicemiantes orais não foram suficientes para o bom controle glicêmico (ADA, 2013; SBD 2013; CANADIAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). Portanto, o que se percebe no grupo 2 é um mau controle glicêmico, na presença de uma dieta menos adequada e em concomitância com uma artilharia terapêutica mais pesada.

Um paradoxo percebido é a melhor escolaridade do grupo com pior controle glicêmico. Será um viés amostral, considerando que havia um número muito pequeno de pessoas com a glicemia dentro dos limites aceitáveis? Será que a escolaridade não interfere nos comportamentos relatados, porque não se trata de entender ou não as orientações, mas sim de querer ou não aderir a elas? Será, ainda, que é possível que a melhor escolaridade confira ao usuário a sensação de que tem melhor domínio sobre sua doença e sobre o momento certo de modificar comportamentos de risco? São indagações que poderão ser respondidas mediante o desenvolvimento de mais estudos com esta metodologia. No momento há uma escassez dos mesmos, pois a maioria trata diretamente sobre a influência da escolaridade sobre o controle desta e de outras doenças crônicas, mas sem avaliar em profundidade a questão alimentar em relação ao seu significado junto ao portador de tais doenças e quais os determinantes diretamente envolvidos nas práticas alimentares adotadas.

Os usuários entrevistados demonstram independente da presença de bom controle glicêmico, uma preocupação em associar “controladores” de glicemia, como chá de colônia, farinha de maracujá e outros alimentos ricos em fibras. No entanto exibem alguns conceitos não exatos sobre o papel de alguns alimentos sobre a glicemia, como a citação da exclusão da beterraba “porque é doce”. De acordo com Phillippi (2013), a beterraba é menos prejudicial aos diabéticos do que uma cenoura, uma vez que uma colher de sopa de beterraba cozida tem apenas 2g de carboidrato contra 3 g na mesma quantidade de cenoura.

Na verdade o impacto glicêmico dos alimentos está muito mais associado à quantidade que se consome do que ao tipo de alimento, pois atualmente, em um plano saudável, até quantidades limitadas de açúcar são permitidas (SBD, 2013) e a

ADA (2013) tem destacado que o plano alimentar do paciente diabético é um plano alimentar saudável para qualquer pessoa, a menos que haja complicações presentes. Seyffarth, Lima e Leite (2000) citam que a alimentação balanceada deve conter alimentos de todos os grupos da pirâmide alimentar.

Os relatos de ambos os grupos quanto à inconstância no número de refeições diárias também é um risco ao bom controle da doença. Este tipo de paciente deve respeitar horários e realizar de 4 a 6 refeições ao dia. (MACHADO et al, 2011; SBD 2012). Esta irregularidade também foi encontrada no estudo de Machado et al (2011) realizado com 146 pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados em uma unidade de saúde no município de Várzea Grande, em Mato Grosso.

O trabalho educativo permanente junto ao paciente diabético é fundamental, mas não deve ser representado meramente por orientações do que comer, quanto comer ou não comer. Os DSC dos pacientes aqui avaliados evidenciam que o processo educativo deve começar com a busca do entendimento do contexto que circunda o paciente atendido, aí se destacando o aspecto cultural do estar saudável ou estar doente no mundo sob a ótica do paciente diabético. Isto provavelmente não é realizado ou, talvez, ainda não esteja sendo realizado de forma produtiva para a equipe e para o paciente, pois ambos os grupos entendem e repetem as orientações dos profissionais. O delineamento de um programa de educação em saúde deve partir da indagação: “se eu entendo o que fazer por que eu não faço?”. Estudos como o de Fernandes et al (2013) indicam que a educação em saúde hoje desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde ainda é aquela em que o profissional pensa deter o conhecimento e o repassa para a sociedade. A sociedade, por sua vez, o absorve sem desenvolver a compreensão real de sua situação de saúde. Ou seja, ainda se responsabiliza o indivíduo por seu problema de saúde (REZENDE, 2011). De acordo com Souza e Jacobina (2009) e com Xavier, Bittar e Ataíde (2009) a prática educativa deveria considerar o conhecimento prévio da população assistida, transformando saberes e garantindo o direito de escolha e a responsabilidade individual no cuidado da própria saúde. Enfim, para os diabético, principalmente do tipo 2, a exemplo de outras enfermidades crônicas, a educação em saúde é fundamental, considerando os comportamentos permanentes que devem ser adotados para um curso bem sucedido de vida.

6 CONCLUSÕES

Ao concluirmos a análise dos discursos do sujeito coletivo verificamos que nosso estudo é composto em sua maioria por mulheres com idade superior a 60 anos, sem atividade fora do lar, com até 8 anos de estudo e tempo de convívio com a doença inferior a 10 anos.

Também percebemos que a maioria do grupo estava com mau controle glicêmico ($> 130\text{mg/dl}$), e utilizando terapia medicamentosa, principalmente constituída por hipoglicemiantes orais.

Considerando a estratificação por níveis séricos de glicemia percebemos que o grupo de pacientes com mau controle glicêmico ($> 130\text{mg/dl}$) detinha maior escolaridade e fazia mais uso de terapia medicamentosa principalmente à base de insulina isolada ou associada a hipoglicemiantes orais do que os pacientes com controle glicêmico satisfatório ($\leq 130\text{mg/dl}$),

Os comportamentos alimentares adotados pelos dois grupos os colocam em risco à saúde, pois não há uma rotina alimentar estabelecida no que tange a horários e número de refeições diárias, além de serem consumidos alimentos associados ao pior controle da doença em detrimento ao consumo daqueles mais saudáveis, seja em qualidade ou em quantidade.

As transgressões alimentares são praticadas por ambos os grupos, mas são mais presentes entre os pacientes com pior controle glicêmico (Grupo 2), o que pode explicar tanto a glicemia de jejum mais elevada, como a necessidade de associação de insulina na rotina terapêutica medicamentosa.

Dentro dos discursos foi possível vislumbrar as angustias e os desgostos de se estar diabético e as dificuldades de quem já tem tão pouco e ainda precisa abandonar hábitos presentes em sua vida desde a infância.

Os pacientes, de modo geral e independente do grupo, entendem as limitações impostas pela doença, entendem as orientações recebidas e

entendem a influência de sua conduta alimentar sobre o controle da doença, mas não pautam tal conduta em acordo com essa compreensão, descortinando que o hábito e o prazer ligado à alimentação são os maiores determinantes da ingestão alimentar. A limitação financeira, por sua vez acaba sendo colocada como um “pano de fundo” para justificar e legitimar suas condutas.

Fica clara a necessidade de um atendimento mais especializado, multidisciplinar e transdisciplinar. É preciso conhecer mais de perto a população assistida. É importante que se abandone a proibição em prol da racionalização das escolhas alimentares no âmbito qualitativo e quantitativo. É fundamental que se relembre durante todo o processo de acompanhamento do paciente diabético, que nossos hábitos alimentares começaram a ser formados na infância, que foram mantidos plenos de significados afetivos e que modificá-los abrupta e rigidamente apenas favorecerá a prática das transgressões.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.G.K.; VILLELA, N.R.; BOUSKELA, E. A microcirculação no Diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 51, n.2, p. 204-11, 2007.

AMORIM, M.M.A. Representações sociais da alimentação das pessoas com Diabetes Mellitus. **Anais XI Congresso Luso-Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (dês) Igualdades**, 2011, Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes—2011. **Diabetes Care**, v. 34, suppl. 1, p.11- 61, 2011

_____. Standards of Medical Care in Diabetes-2012, **Diabetes Care**, v 35, n 1, 2012

_____. Standards of Medical Care in Diabetes-2013, **Diabetes Care**, v 36, n 1, 2013

ANDERSON, J. M. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. **Social Science & Medicine**, v. 33, n. 2, p.101-113, 1991.

ARAÚJO, L.M.B.; BRITTO, M.M.S.; CRUZ, T.R.P. Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2 : Novas Opções. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v 44, n 6, p. 510- 518, 2000.

BARBIERI, A.F.S. **Estimativa da porção alimentar de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 utilizando o álbum fotográfico**. 2009, 130f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). 70^a ed, Lisboa, 2006.

BARSAGLINI, R.A.; CANESQUI, A.M. A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. **Saúde Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010.

BENETTI, F.; CENI, G. C. Frequência do consumo alimentar de pacientes diabético sem acompanhamento ambulatorial na região norte do RS, no segundo semestre de 2008. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v.6, n.9, p.124-135, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Caderno de atenção básica nº 16**, Brasília, DF, 2006. 56p.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 11 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília- DF, 2005.

BRITO, K.M.; BUZO, R.A.C. Estilo de vida e hábitos alimentares de pacientes diabéticos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.2, n.3, p. 357-362, 2009.

BROWN, G.C.; BROWN, M.M.; SHARMA, S.; GOZUM, M.; DENTON, P. Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population. **Journal of Diabetes and Its Complications**, v.14, p.18-24, 2000.

BORGES, T.T. **Conhecimento para fatores de risco sobre doenças crônicas: estudo de bases populacional**. 2008. 130f. Dissertação (Mestrado

em Educação Física). Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, 2008

CANADIAN DIABETES ASSOCIATION Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 **Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada**. Canadian Journal of Diabetes, v 37, n1, p.1-212. 2013.

CANESQUI, A. M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.167-210.

_____. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 174 p.

CASTRO, C.L.N.; BRAULIO, V.B.; DANTAS, F.A.L.; COUTO, A.P.C.B. Qualidade de vida em diabetes mellitus e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - estudo de alguns aspectos. **Acta Fisiátrica**, v 15, n 1, p.13-17, 2008.

CHESL, C.A.; CHUN, K.M.; KWAN, C.M.L. Cultural and Family Challenges to Managing Type 2 Diabetes in Immigrant Chinese Americans **Diabetes Care**, v 32, n10, 2009.

COBAS, R.A.; GOMES, M.B. Diabetes *Mellitus*. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. v 9, n 1, p 69-75, 2010.

COELHO, C.R. **Adesão ao tratamento: contingências de indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2.**, 2008, 92f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pós-graduação Strictu Senso em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas-SP, 2008.

CUNHA, M.C.B. **Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2**. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto- SP, 2006.

CUNHA, P.R.M.S.; BRANCO, D.R.C.; BERNARDES A.C.F.; AGUIAR, M.I.F.; ROLIM, I.L.T.P.; LINARD, A.G. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de Idosos na atenção básica. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.3, p.11-16, 2012.

CUPPARI, LILIAN. **Nutrição clínica para adultos**. 2ª edição, revista e ampliada, Barueri: Manole, 2005.

DALLONGEVILLE, J.; MARECAUX, N.; COTTEL, D.; BINGHAM, A.; AMOUYEL, P. Association between nutrition knowledge and nutritional intake in middle-aged men from Northern France. **Public Health Nutrition**., v. 4, n. 1, p. 27-33, 2001.

DIPPE Jr, T. **Número de Diabéticos mais que dobrou nos últimos 30 anos**. Disponível em: <http://portaldocoracao.uol.com.br/diabete-melito/numero-de-diabeticos-no-mundo-mais-que-dobrou-nos-ultimos-30-anos> acessado em 24/11/2012.

DURAN, R.A.B.; SOLER, Z.A.S.G.; SANTOS B.M.O.; MORRAYE, M.A. Caracterização das Condições de Vida e Saúde dos Indivíduos Diabéticos Tipo II em uma Unidade de Saúde da Família no município de Votuporanga, SP. **Investigação**, v10, n 2, p. 23-30, 2010.

FERNANDES C.A.O., SOLANO L.C., SOARES F.R.R., BARRETO, É.L.F.; OLIVEIRA, L.C.; CARVALHO, F.P.B. Popular education in health with the group hiperdia of a basic health unit. **Journal of nursing UFPE on line**, v. 7 n. 8, p. 5157-64, 2013 Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4070/6905>. acesso em: 01/09/2013

FERREIRA, F.S.; SANTOS, C.B. Qualidade de Vida relacionada a saúde de Pacientes Diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. **Revista enfermagem UERJ**, v. 13, n. 3, p. 406-11, 2009.

FRANKENBERG, R. Medical Anthropology and development: a theoretical perspective. **Social Science & Medicine**, v. 14B, n. 4, p. 197-207, 1980.

FREITA, M.C.S.; MINAYO, M.C.S.; FONTES, G.A.V. Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v16, n 1, p. 31-38, 2011.

NOVAES, G. Número de diabéticos cresce em todo mundo. **Jornal de Sábado Região dos Lagos** em mar 30th, 2011. Disponível em <http://www.jornaldesabado.com.br/?p=1639> Acesso em 20/09/2013

GARCIA, R.W.D. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (org.). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 211- 225, 2005.

GOMES-VILLAS BOAS, L.C.G.; FOSS M.C.; FOSS-FREITAS, M.C.F.; TORRES H.C.; MONTEIRO L.Z.; PACE A.E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes mellitus In: **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p.272- 279, 2011.

GOODY, C.M.; DRAGO, L. Using cultural competence constructs to understand food practices and provide diabetes care and education. **Diabetes Spectrum**. v. 22, n.1, p.43- 47, 2009

GROSS, J.L.; SILVEIRO, S.P.; CAMARGO, J.L.; REICHEL, A.J.; AZEVEDO, M.J. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. v. 46, n. 1, p.16- 26, 2002

GROSSI, S.A.A. O manejo do diabetes mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**.

Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, 2009.

HINDER, S.; GREENHALGH, T. "This does my head in". Ethnographic study of self-management by people with diabetes **BMC Health Services Research**, v.12, p.313, 2012 Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-373.pdf> acesso em: 24/11/2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000 in: **Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.9, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Síntese dos indicadores sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2009 in: **Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.26 Rio de Janeiro, 2009.

_____. Síntese dos indicadores sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010 in: **Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.27 Rio de Janeiro, 2010.

IRIGUSH, E.K.K.I. ; LIRANÇO, E.; VASQUES, C.T.; FERREIRA, E. ; FELIX, R.C.; BRUNO, I.R.T.; SALADO, G.A. NutriInforma - Educação Nutricional para Diabéticos e Hipertensos, colaborando com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). **Anais Encontro Internacional de Produção Científica-Cesumar**. Centro Universitário de Maringá, Paraná, 2009.

JUNGES, C.F. **Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: Contribuições Para Enfermagem**. Dissertação de mestrado Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria- RS, 2010. Disponível em: http://www.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Carolina_Junges.pdf acesso em: 20/11/2012

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EducS, 2003. (Desdobramentos).

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M. O sujeito Coletivo que Fala. **Comunic. Saúde. Educ**, v.10, n.20, p.517-24, 2006.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTI, N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. v.50, n.2, p 236 – 249, 2006.

MACHADO, H.B. ; KOELLN, C.R. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 22/23, n. 1, 2, 3, p. 121-134, 2008-2009.

MACHADO, A.D.; BRITO, S.; OLIVEIRA, D.C.; PIMENTA, L.A. Estado nutricional e consumo alimentar de hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde do município de Várzea Grande, MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.2, n.1, p. 305-317, 2011.

MENDES, R.T.; VILARTA, R.; GUTIERREZ, G.L. (Org). **Qualidade de vida e cultura alimentar**. 1 ed. Campinas: IPES editorial, 2009. 176p.

MENDONÇA, D.B. Alimentação e hábitos saudáveis in: **Manual de nutrição (Manual do Profissional)** Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/livros-e-manuais/550-manual-de-nutricao-para-profissionais-de-saude> Acesso em: 25/11/2012

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MIRANDA, L.P.; GOMES, L.M.X.; PRADO, F.P.A.; BARBOSA, T.L.A.; TELES, M.A.B. Qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Educação Física**, Edição Especial, n. 5, p. 125-135, 2010.

MIRANZI, S.S.C.; FERREIRA, F.S.; IWAMOTO, H.H., PEREIRA, G.A. MIRANZI, M.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008.

MOLENA-FERNADES, C. A.; NARDO-JUNIOR, N.; TASCA, R. S.; PELLOSO, S. M.; CUMAN, R. K. N. A importância da associação de dieta e atividade física na prevenção e controle de diabetes mellitus tipo II. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

MOORE, M.C. **Nutrição e Dietoterapia: manual prático**. 2º ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

NEVES, C.F.S. **Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitus**. 2000. 131f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal, 2000.

OLIVEIRA, D.L.A. 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 423-431, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf> Acesso em 24/11/2012

OLIVEIRA, K.C.S. **Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP**, 2009. 140f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2009.

OLIVEIRA, M.F.G.; BRANDÃO, M.C.; AMARAL, C.M.D.; BARBOSA, C.C.; SILVA, G.K.G.; MEDEIROS, S.C.C.; COUTINHO, V.S. Hábitos alimentares utilizados no tratamento dos usuários adultos hipertensos e/ou diabéticos da comunidade do alto da brasileira, Recife – PE. **Revista Ciências Médicas de Pernambuco**, v. 8, n. 2, 2012.

PEREIRA, P.M.H. **Avaliação da atenção básica para o Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família**. 2007. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007pereira-pmh.pdf> Acesso em 24/10/2012

PHILIPPI, S.T. **Tabela de Composição de Alimentos: Suporte Para Decisão Nutricional**. 4ª Ed, São Paulo: Manole, 2013.

PICININI, A.L.G; FRIZON, E.F. Práticas alimentares de portadores de diabetes mellitus tipo II a partir do diagnóstico. **Anais do Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil**, Cascavel - Paraná, 2003.

PINHEIRO, A.R.O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Revista do CEBES : Saúde em Debate**, v.29, n. 70, p.125 – 139, 2005. Disponível em: <http://caemilioribas.files.wordpress.com/2009/09/a-alimentac3a7c3a3osaudc3a1vel-e-a-ps.pdf> Acesso em: 28/11/2012

PONTIERI, F.M; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos a cerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 151- 160, 2010.

RECINI, E.; RADAELLI, P. **Alimentação e Cultura** . Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/alimentacaoCultura.pdf> Acesso em 10/09/2013

REIS, L.A.; TORRES, G.V.; REIS, L.A.; OLIVEIRA, L.S.; SAMPAIO, L.S. Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. **C&D- Revista Eletrônica da Fainor**, v. 2, n.1, p. 64-76, 2009.

REZENDE, A.M.B. **Ação educativa na Atenção Básica à saúde de pessoas com Diabete Mellitus e Hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. 2011, 220fls. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-27072011-041835/>

Acesso em: 20/09/2013.

RIBAS, C.R.P. **Representação sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082009-125901/>

Acesso em: 20/09/2013.

RODRIGUES, T.C.; LIMA, M.H.L.; NOZAWA, M.R. O controle do *diabetes mellitus* em usuários de Unidade Básica de Saúde. **Ciência, cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006.

RODRIGUES, F.F.L.; ZANETTE, M.L.; SANTOS, M.A.; MARTINS, T.A.; SOUSA, V.D; TEIXEIRA, C.R.S. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 468-73, 2009.

RODRIGUES F.F.L., SANTOS M.A., TEIXEIRA C.R.S., GONELA J.T., ZANETTI M.L.. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

SAKATA, S. **Diabetes Mellitus entre os idosos do Município de São Paulo: uma visão longitudinal**. 2007, 86fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-22062007-090601/>

Acesso em: 20/09/2013

SANTOS, A.F.L. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 255 -263, 2011.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 7-18, 2006.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 29-36, 2003.

SCHAAN, B.A.; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 529-36, 2004.

SEYFFARTH, A.S. Os alimentos: calorias, macronutrientes e micronutrientes in: **Manual de Nutrição (Manual do Profissional)**. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/livros-e-manuais/550-manual-de-nutricao-para-profissionais-de-saude> Acesso em: 25/11/2012

SHAH, V.N.; KAMDAR, P.K.; SHAH, N. Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat. **International Journal of Diabetes in Developing Countries**. v. 29, n. 3, p. 118-22, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2822215/> Acesso em 13/08/2013

SHAW, J.E.; SICREE, R.A.; ZIMMET, P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research Clinical Practice**. v. 87, n.1, p 4-14, 2010

SILVA, L.F.; GUEDES, M.V.C.; MOREIRA, R.P.; SOUZA, A.C.C. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 40- 47, 2002.

SILVA, I.; RIBEIRO, J.P.; CARDOSO, H.; RAMOS, H. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 21, p. 185-194, 2003.

SILVA, R.C.P.; SIMÕES, M.J.S.; LEITE, A.A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Ciência Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n.1, p.113-121, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica (Brunner &Suddarth)**. v.3 , 10ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro-RJ, 2005

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica**. E-book, 2011. Disponível em: www.diabetesebook.org.br Acesso em: 04/11/2012

_____. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 in: **Consenso Brasileiro Sobre Diabetes**, 2000

_____. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes *Mellitus*. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Sociedade Brasileira de Diabetes** 2007. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/DiretrizesSBD2007.pdf> Acesso em: 24/11/12.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2008 Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes-sbd-2008-mar-12.pdf> Acesso em: 26/11/2012

_____. **Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013**. 3 ed, Barueri- São Paulo: AC Farmacêutica, 2013.

_____. Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2. **Atualização 2011** posicionamento oficial SBD nº 3, Julho, 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf> Acesso em: 15/03/2012

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL. **Atualização sobre**

hemoglobina glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. Posicionamento oficial nº 3, 2009. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamentos_sbd_3_jan09.pdf Acesso em: 15/03/2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico.** Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/06-diabetes-c.pdf Acesso em 24/11/2012

SOFTWARE QUALIQUANTISOFT. Disponível em: www.spi-net.com.br . Acesso em: out. 2005

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINA, R.R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 618-627, 2009

THAINES G.H.L.S.; BELLATO R.; FARIA A.P.S.; ARAÚJO L.F.S. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde In: **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n 1, p. 57-66, 2009.

TORRES-LOPES, T.M.T; DÍAZ, M.S; MORENO, M.P. “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. **Caderno de Saúde Pública**, v, 21, n. 1, p. 101-10, 2005.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 4, p. 885-895, 2004.

VECCHIA, R.D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VIEIRA, C.M.; CORDEIRO, S.N.; MAGDALENO JUNIOR, R.; TURATO, E.R. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 7, p. 3161-3168, 2011

VERAS, V.S. **Avaliação do controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus cadastradas em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032010-164159/> Acesso em 20/08/2013.

VIGGIANO, C.E. Proposta de pirâmide alimentar para o diabético. **Diabetes Clínica**. v. 4, p. 278-80, 2001.

_____. Plano alimentar e diabetes mellitus tipo 2. **Manual de Nutrição (Manual do Profissional)**. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/livros-e-manuais/550-manual-de-nutricao-para-profissionais-de-saude> Acesso em: 25/11/2012

WARDLE, J.; PARMENTER, K.; WALLER, J. Nutrition knowledge and food intake. **Appetite**, v, 34, n. 3, p. 269-75, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Geneva (SZ): WHO; 1990

_____. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. Geneva: WHO, 2006

XAVIER A.T.F.; BITTAR D.B.; ATAÍDE M.B.C. Crenças no autocuidado em diabetes- implicações para a prática. in: **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n.1, p. 124-30, 2009

ZAPAROLLI, M.R.; NASCIMENTO,N.C.; BAPTISTA, D.R.;VAYEGO, S.A.
Alimentos funcionais no manejo da diabetes mellitus. **Revista Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 12-17, 2013.

APENDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O CONTROLE GLICÊMICO DA
DOENÇA: o discurso do sujeito coletivo de diabéticos**

Instrumento de coleta de dados

Parte 1. Dados sócio-econômicos e de saúde

Data: ___/___/___

Sexo: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Renda: _____

Ocupação: _____

Medicamentos em uso _____

Valor da última glicemia de jejum _____

Data: _____

Valor da última hemoglobina glicada _____

Data: _____

Parte 2. Roteiro de perguntas sobre concepções e práticas alimentares

1) O que você come no dia a dia ?

2) Você acha que a alimentação pode melhorar ou piorar seu diabetes?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Experiências, concepções e práticas alimentares de pacientes diabéticos à luz do discurso do sujeito coletivo”. Com ela pretendemos conhecer como o paciente diabético vê a sua própria alimentação e as dificuldades que tem ou não de seguir a dieta prescrita no posto de saúde. Assim, convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa, respondendo algumas perguntas sobre esse assunto. Não há riscos à sua saúde física porque não faremos exames ou outros procedimentos, apenas gravaremos suas respostas. As entrevistas serão realizadas em sua casa no horário que o(a) senhor(a) escolher e gravaremos sua fala. Caso concorde em participar, mesmo assim o(a) senhor(a) pode desistir de participar a qualquer momento sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo no atendimento no posto de saúde. Sua fala será utilizada apenas para a pesquisa e seu nome não será divulgado na época da divulgação dos resultados. Como se trata de uma pesquisa, não estamos oferecendo pagamento pela sua participação, nem o(a) senhor(a) terá despesas para participar. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir com a melhora do atendimento no posto de saúde no que diz respeito à prescrição da sua alimentação. Em caso de dúvidas pode entrar em contato com as pesquisadoras Sabrina Dantas Sabry (96514758), Cícera Beatriz Baratta Pinheiro (99643192) ou Helena Alves de Carvalho Sampaio (8802-9796).

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Nome _____

Assinatura: _____ Fortaleza, ____/____/____

ANEXOS



Governo do Estado do Ceará
 Fundação Universidade Estadual do Ceará
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UECE
 Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 80.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9550 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 22 de março de 2012.

IDENTIFICAÇÃO

Título: Experiências, concepções e práticas alimentares de pacientes diabéticos à luz do discurso do sujeito coletivo
Processo: 11585209-3
Folha de Rosto: 484125
Orientadora: Helena Alves de Carvalho Sampaio. **Orientanda:** Sabrina Dantas Sabry
Área Temática: Saúde Pública
Data da Reunião: 15/02/12

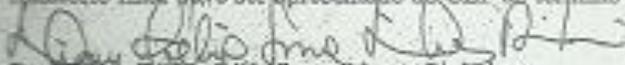
RESUMO

Trata-se de um projeto de pesquisa que subsidiará a elaboração da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública oferecido pela Universidade Estadual do Ceará e tem como objetivo geral analisar as experiências, concepções e as práticas alimentares de portadores de diabetes mellitus tipo 2 e como objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde do grupo estudado; descrever as concepções e práticas alimentares da clientela em estudo e interpretar como o grupo relaciona suas concepções e práticas alimentares com a prescrição nutricional e controle da doença. O projeto traz em sua introdução a descrição do problema respaldada na literatura estudada, a autora descreve sua aproximação com o tema. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quali-quantitativa a ser realizado no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Jereissati (CSF-MLJ) da Secretaria Executiva Regional VI em Fortaleza-CE. A população será de pessoas portadoras de DM2, adultos e idosos na faixa etária de 20 a 70 anos de acordo com informações coletadas no SIAB em outubro de 2011 e de 499 pessoas. São critérios de inclusão: ser portador de DM2 há no mínimo 5 anos, ambos os sexos e faixa etária de maior prevalência entre os cadastrados. A amostra está calculada em 198 pacientes. Estes pacientes formarão dois grupos (diabéticos compensados e diabéticos descompensados) conforme resultados de glicemia em jejum e/ou hemoglobina glicada. Não estão explicitados os critérios de exclusão. A coleta dos dados será feita por meio de levantamento de dados socioeconômicos nos registros do Centro de Saúde cenário do estudo, assim como os controle da doença (glicemia em jejum e hemoglobina glicada), em seguida será realizada entrevista semiestruturada nos domicílios dos participantes conforme agendamento prévio. Os dados sociodemográficos serão apresentados em tabelas e medidas estatísticas. Os dados das entrevistas serão tratados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e análise hermenêutica. O orçamento no valor de R\$ 3.177,98 está presente e será assumido pela mestranda. O TCLE está escrito em linguagem acessível de acordo com a resolução 196. A mestranda e a orientadora tem currículo na Plataforma Lattes.

PARECER

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - CEP-UECE foram resolvidas as pendências em 22 de março de 2012.

Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo.


 Prof.ª Dr.ª Etana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Coordenadora do CEP/UECE

