



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

SABRINA DANTAS SABRY

**COMPORTAMENTO E CONCEPÇÃO ALIMENTAR DE PACIENTES DIABÉTICOS
À LUZ DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

**FORTALEZA-CEARÁ
2012**

SABRINA DANTAS SABRY

COMPORTAMENTO E CONCEPÇÃO ALIMENTAR DE PACIENTES DIABÉTICOS
À LUZ DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado
Acadêmico em Saúde Pública
para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Helena
Alves de Carvalho Sampaio

Fortaleza-Ceará
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

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

S118c Sabry, Sabrina Dantas

Comportamento e concepção alimentar de pacientes diabéticos à luz do discurso do sujeito coletivo / Sabrina Dantas Sabry. — 2012.

CD-ROM. 105 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

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

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências de Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Situação de saúde da população.



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **"Comportamento e concepção alimentar de pacientes diabéticos à luz do Discurso do Sujeito Coletivo."**

Nome da Mestranda: **Sabrina Dantas Sabry**

Nome da Orientadora: **Profa Dra 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. Annatália Meneses de Amorim Gomes
(1º membro)

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(2º membro)

Data da defesa: 17/10/2012.

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de todas as coisas, por saber intimamente de tudo o que passei e enfrentei para chegar até aqui, por sua proteção e bênçãos que permitiu que eu tivesse força e determinação para concluir este trabalho.

À minha querida orientadora Helena Alves de Carvalho Sampaio, que desde o início me acolheu e sempre esteve presente nos momentos de dúvidas e questionamentos. Em qualquer horário, feriados, domingos. Além de tudo isso, me apoiou quando mais precisei: adiantar a defesa da dissertação. A senhora é parte fundamental deste sonho agora realizado. Carinho e reconhecimento não lhe faltam.

À profa. Maria Salete Bessa Jorge, imprescindível na análise deste trabalho. Me fez acreditar ainda mais que eu sou capaz, ampliando minha visão. Muito obrigada pela ajuda preciosa e por apoiar e reconhecer as minhas conquistas.

Ao prof. Francisco José Maia Pinto, pelo cálculo da amostra, sempre disposto a ajudar. Prof., a pesquisa é um trabalho solitário, mas ao encontramos pessoas como você nos sentimos menos isolados.

À professora Annatália Meneses de Amorim Gomes, pela extrema prontidão em participar da banca de defesa, colaborando com a construção deste trabalho e, consequentemente, com a minha ascensão profissional.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde que se disponibilizaram a ajudar no período da coleta de dados, especialmente a Ana Paula, exemplo de profissional. Nossos Momentos no sol do Tancredão em plena hora do almoço ficaram marcados. Meu respeito e minha admiração a todos vocês.

A todos os voluntários da pesquisa que me recebem carinhosamente e pacientemente em seus domicílios. Só não vale oferecer um docinho para comer, pessoal!

À companheira de projeto Beatriz Baratta e às estudantes do grupo de pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas, Laís Marinho, Lídia Azevedo, Mariana Dantas e Raissa Lima que colaboraram com as transcrições das entrevistas, sempre se mostrando disponíveis.

À minha mãe e inspiração Maria Olganê Dantas Sabry, perfeita em tudo, nos menores detalhes. Sem você, nada faz sentido. Amor infinito. Essa conquista é super nossa.

Ao meu querido pai, Bernardo Nader Sabry. Pai, eu sou de ouro, mas também dou orgulho, né! Obrigada por todo investimento e apoio e por sempre mostrar que o caminho certo é o do conhecimento. Te amo muito.

À Maria da Conceição de Jesus que cuidou de mim desde o nascimento e permanece, sempre vibrando ardentemente com meus desejos e realizações.

Às minhas amigas de sempre, Marília Studart, Ana Carla Maia, Lílian Queiroz, Cínthia Montenegro, sempre por perto, sempre torcendo por mim verdadeiramente.

A todos os amigos que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que esta jornada se fizesse mais leve e humorada. Sábios incentivos que ajudaram a segurar meu “natural jeitinho ansioso de ser”.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que propiciou financiamento através de uma bolsa, fundamental para a minha dedicação exclusiva ao mestrado.

Às pessoas não nomeadas neste agradecimento, mas que me impulsionam a ser melhor, torcendo e enviando energias positivas.

"Nossos conhecimentos
fizeram-nos cétricos; nossa inteligência
empedernidos e cruéis. Pensamos em
demasia e sentimos bem pouco. Mais
do que máquina, precisamos de
humanidade; mais do que inteligência
precisamos de afeição e doçura! Sem
essas virtudes a vida será de violência
e tudo estará perdido."
(Chaplin, 1940)

Título: Comportamento e concepção alimentar de pacientes diabéticos à luz do discurso do sujeito coletivo

Autor: Sabrina Dantas Sabry

Orientador: Helena Alves de Carvalho Sampaio

Programa: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Instituição: Universidade Estadual do Ceará

RESUMO

Este trabalho buscou analisar os comportamentos e as concepções alimentares de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Para isso, realizou-se um estudo transversal, de natureza quali-quantitativa, com coleta de dados primários. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Jereissati, localizado na Regional VI da cidade de Fortaleza-Ceará, no período de abril a junho de 2012. Participaram do estudo 157 adultos diabéticos, entre 20 a 85 anos de ambos os sexos e diagnosticados há pelo menos 3 anos com a doença. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada, contendo 2 perguntas norteadoras. Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo para organização dos dados e a análise foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977). O grupo entrevistado exibiu o seguinte perfil demográfico, socioeconômico e de saúde: sexo feminino (72,0%), mais de 60 anos (56,7%), baixa escolaridade (87,2%), aposentados ou exercendo atividades no lar (78,4%), tempo de diagnóstico entre 3 e 10 anos (75,2%), mau controle glicêmico (77,1%). A primeira pergunta desencadeou as seguintes ideias centrais com a respectiva quantidade de registros: cardápio e suas práticas alimentares cotidianas 148 (55,22%), mudança na alimentação após a descoberta da doença 38 (14,18%), o prazer e a rejeição alimentar 29 (10,82%), experiências vivenciadas com a doença 18 (6,72%), o sujeito diabético influenciado pela ordem médica sobre a alimentação 12 (4,48%), fator financeiro como dificuldade para uma alimentação saudável 12 (4,48%), percepção sobre a quantidade de alimentação consumida 10 (3,73%). A segunda pergunta trouxe as seguintes ideias centrais com a respectiva quantidade de registros: Concepções sobre (des)controle da doença 70 (47,62%), conhecimento e incertezas sobre a alimentação 25 (17,01%), alimentação sustenta a vida, com ou sem a doença 23 (15,65%), desconhecimento sobre a alimentação correta 16 (10,88%), dificuldade em seguir a alimentação apropriada 11 (7,48%), medicalização como controle, 2 (1,36%). Conclui-se que o seguimento efetivo de um plano alimentar pela pessoa portadora de diabetes mellitus tipo 2 ultrapassa os conhecimentos e informações científicas acerca de seus benefícios e envolve as experiências individuais construídas a partir da convivência com a doença. Portanto, fica explícita a necessidade de buscar novas estratégias educativas, abandonando o pensamento de que o saber implica no fazer.

Palavras-chave: Diabetes; Comportamento alimentar; Prática alimentar; Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT

This study aimed at analyzing behaviors and food perceptions of Diabetes Mellitus Type 2 patients. The method involved a cross-sectional study of qualitative and quantitative nature, and primary data collection. The research was conducted at the Center for Family Health Maria de Lourdes Jereissati, located in Region VI in Fortaleza-Ceará, Brazil, from April to June in 2012. The study included 157 diabetic adults, aged 20 to 85 years of both sexes diagnosed for at least 3 years with the disease. Data collection data was carried out by means of a semi-structured interview containing two guiding questions. The Collective Subject Discourse for data organization was used and the analysis was done using the technique of content analysis (Bardin, 1977). The group interviewed exhibited the following demographic, social-economic and health profile: female (72.0%), more than 60 years (56.7%), low education (87.2%), retired or performing activities at home (78.4%), time of diagnosis between 3 and 10 years (75.2%), poor glycemic control (77.1%). The first question triggered the following core ideas with their respective number of registers: menu and their food practices everyday 148 (55.22%), change in diet after the discovery of the disease 38 (14.18%), pleasure and food rejection 29 (10.82%), experiences with the disease 18 (6.72%), the subject diabetic influenced by medical order on nutrition 12 (4.48%), financial factor as difficulty for healthy eating 12 (4, 48%), insight into the amount of food consumed 10 (3.73%). The second question brought the following core ideas with the respective number of registers: Conceptions of (mis)management of the disease 70 (47.62%), knowledge and uncertainties about food 25 (17.01%), food sustains life, with or without the disease 23 (15.65%), lack of knowledge about proper feeding 16 (10.88%), difficulty following a proper diet 11 (7.48%), medicalization as control, 2 (1.36%). We conclude that the effective action of a food plan for the people with type 2 diabetes mellitus goes beyond the knowledge and scientific information about its benefits and involves individual experiences based on their experiences with the disease. So there is a need to look for new educational strategies, abandoning the thought that knowledge implies doing.

Keywords: Diabetes. Feeding behavior. Practice food.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Perguntas norteadoras das entrevistas realizadas

Quadro 2. Exemplo da Construção do Discurso do Sujeito Coletivo utilizada no presente estudo com diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?) segundo as ideias centrais. Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 2 (Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?) segundo as ideias centrais. Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, 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. Distribuição da proporção (%) das ideias centrais referente à resposta à questão 2 (Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Tabela 3. Distribuição da proporção (%) das ideias centrais referente à questão 2: Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes? Diabéticos cadastrados no CSF Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Vista panorâmica dos bairros quem compõem a Secretaria Executiva Regional VI, Fortaleza, CE, 2012.

Figura 2. Representação gráfica da proporção das ideias centrais referentes à resposta à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Figura 3. Representação gráfica da proporção das ideias centrais referentes à resposta à questão 2 (Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 DIABETES MELLITUS TIPO 2: DOENÇA, NUTRIÇÃO, SABERES E PRÁTICAS.....	21
2.1 Diabetes Mellitus tipo 2 e qualidade de vida.....	22
2.2 Abordagem nutricional em Diabetes Mellitus tipo 2.....	24
2.3 Saberes e práticas alimentares no Diabetes Mellitus tipo 2.....	25
3 OBJETIVOS.....	30
3.1 Geral.....	31
3.2 Específicos.....	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 Tipo de Estudo.....	33
4.2 Campo Empírico.....	33
4.3 População e Amostra.....	35
4.4 Coleta, Tabulação e Análise dos Dados.....	35
4.5 Questões Éticas.....	41
5 RESULTADOS.....	42
5.1 Caracterização dos indivíduos pesquisados, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde.....	43
5.2 Discurso do Sujeito Coletivo do comportamento alimentar dos diabéticos.....	44
5.3 Discurso do Sujeito Coletivo das concepções alimentares dos diabéticos.....	49
6 DISCUSSÃO.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75

APÊNDICES.....	91
APÊNDICE I: Instrumento de coleta de dados.....	92
 ANEXOS	 93
ANEXO I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.....	 94
ANEXO II: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	95

INTRODUÇÃO

“Eu escrevo com esperança de que o que eu escrevo altere qualquer coisa”

(Clarice Lispector-adaptado)

Durante toda a minha vida acadêmica a Saúde Coletiva esteve presente. Graduei-me em Fisioterapia, em 2010, pela Universidade de Fortaleza. Em 2007 e

2008 participei de um projeto inovador: Liga de Saúde da Família. Em 2009 e 2010 fui monitora bolsista do Pet-Saúde da Família da Universidade de Fortaleza. Durante esse período, dentro de uma proposta interdisciplinar e trabalhando com grupos de pacientes diabéticos, emergiram questionamentos e reflexões acerca da alimentação desses pacientes, através da observação empírica sobre as dificuldades que essas pessoas têm com relação à alimentação.

Portanto, através da prática cotidiana interdisciplinar, enquanto estudante de Fisioterapia, fiquei incitada em compreender as concepções de portadores de diabetes no que diz respeito à alimentação, daí a motivação para a escolha do presente objeto de pesquisa.

Uma revisão bibliográfica preliminar mostrou que a temática ainda é pouco explorada, de modo que estou certa de que, ao final do estudo, acrescentando mais alguns fios na confecção da rede de conhecimento necessária para a abordagem do indivíduo portador de diabetes, estarei contribuindo de forma importante para a qualidade do cuidado e, portanto, para a qualidade de vida dessas pessoas.

O diabetes, especificamente o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), é uma disfunção metabólica de múltipla etiologia, caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos (TOSCANO, 2004). Essa doença tem se elevado e espera-se ainda um maior incremento em todo o mundo. Na América Latina há uma tendência do aumento da frequência entre as faixas etárias mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença ao sistema de saúde é relevante (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Em 1985 estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030 (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006), a prevalência de DM 2 na população adulta brasileira no final dos anos 80 foi de 7,6%. Não houve mais levantamentos nacionais, mas dados posteriores revisados pelas Diretrizes Brasileiras de Tratamento e Acompanhamento de Diabetes Mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2009) apontam taxas mais elevadas, como de 12,1% em Ribeirão Preto. Estima-se que em 2025 existirão em torno de 8 milhões de indivíduos com DM 2 no Brasil.

O DM 2 é a principal causa de cegueira, doença renal terminal e amputação de membros na população norte-americana. Há 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)

No Brasil tem sido observado um crescente número nas hospitalizações por DM 2 e por doenças cardiovasculares decorrentes da afecção, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento da sua prevalência. Ressalte-se, ainda, que a doença é subnotificada como causa de morte (SCHAAN, 2004).

Portanto, o aumento de indivíduos portadores de DM 2, nas diferentes faixas etárias e em vários níveis sócio-econômicos, se configura como um grave problema de saúde pública (RODRIGUES, 2006).

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 no Brasil tem sido enfatizada por diversos epidemiologistas (SARTORELLI; FRANCO 2003; RODRIGUES, 2006).

A nutrição tem papel importante tanto na prevenção como no controle da afecção em questão (CALDAS et al., 2005; MOLENA-FERNANDES et al., 2005; McLELLAN et al., 2007; SBD, 2009; IRIGUCHI et al., 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA, 2012), portanto uma alimentação racional, que tenha em conta as necessidades do organismo e tome em consideração as propriedades preventivas de alguns nutrientes, é hoje um aspecto determinante de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários e, em muitos casos, um cuidado imprescindível em grupos com afecção crônica ou aguda, como acontece na diabetes (VIANA, 2002).

Diferentes instituições definem diretrizes de abordagem nutricional preventiva e terapêutica de DM 2. No Brasil, o órgão responsável pela elaboração de tais diretrizes é a SBD, que, por sua vez, tem, ao longo dos anos, se apoiado entre outro importante órgão, a ADA, que define diretrizes para a população americana.

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, há um tópico que vem sendo pouco focado nas diretrizes, que é a inter-relação entre o que se deve comer e o que se quer comer, tanto em nível consciente, como inconsciente. Esse querer comer passa pela natureza complexa do ato, que envolve uma infinidade de sentimentos, valores culturais específicos e emoções (RIBAS, 2009).

Ainda que não se reportando especificamente ao DM 2, recentemente vem se ampliando o debate sobre a relação entre nutrição humana e cultura alimentar e sua importância para a compreensão de aspectos da promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria da qualidade de vida (MENDES et al., 2009).

O que deve ser indagado é se o fato de saber o que comer se traduz em prática e, caso não, que determinantes foram mais fortes em impedir que o conhecimento se traduzisse na prática recomendada.

A literatura traz vários estudos sobre o conhecimento da população com relação à alimentação saudável. De um modo geral os estudos realizados apontam que conhecer o que comer é associado a um comportamento alimentar mais saudável. Mas isso é verdade em portadores de doenças crônicas?

Na Inglaterra, há mais de uma década, Wardle et al. (2000) mostraram que há uma significativa associação entre alimentação saudável e conhecimento. Esse estudo contou com 1040 pessoas que foram selecionadas de forma aleatória. Percebeu-se que os entrevistados com maior conhecimento tinham até 25 vezes mais chances de estar dentro da faixa adequada de consumo de frutas, verduras e gorduras do que os que sabiam menos.

Um estudo francês conduzido por Dallongeville et al. (2001) foi estratificado em dois grupos: pessoas com alto e com baixo nível de conhecimento sobre alimentação. Aquelas com um maior nível de conhecimento ingeriam menor quantidade de gordura (principalmente a de origem animal).

No Brasil, Borges (2008) investigou o conhecimento populacional sobre os fatores de risco para doenças crônicas, em um estudo de base populacional em

Pelotas, Rio Grande do Sul, junto a 45 setores censitários, totalizando 1556 indivíduos, constatando que as pessoas que têm um maior e melhor conhecimento sobre os benefícios da alimentação nas doenças crônicas são justamente as que se alimentam melhor.

Há também estudos investigando a relação entre conhecimento e comportamento alimentar em pessoas diabéticas. No estudo supracitado de Borges (2008) foi verificada uma ampla variação no conhecimento da associação da alimentação inadequada com DM. Apenas 2,3% dos sujeitos responderam corretamente a todas as perguntas relacionadas à alimentação inadequada.

Um estudo com abordagem qualitativa (PONTIERI; BACHION, 2010) realizado em 2005, em uma Unidade Básica de Saúde para atendimento de pessoas diabéticas tipo 2, teve 9 indivíduos maiores de 18 anos diagnosticados com diabetes, no estado de Goiás. O objetivo do estudo consistiu em analisar as crenças sobre a terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. O trabalho envolveu procedimentos como coleta de sangue para medir a hemoglobina glicada, aplicação de questionário, entrevista semi-estruturada e consulta ao prontuário. Utilizou-se o modelo de categorias temáticas de Bardin, seguindo o modelo de crenças de Rosenstock e Rokeach. O resultado expôs que todos os participantes apresentaram hemoglobina glicada acima de 7%, demonstrando dificuldade para o controle glicêmico e possível falta de adesão. Foram criadas duas categorias: Recomendações recebidas sobre alimentação e adesão à terapia nutricional. As categorias evidenciaram crenças que demonstraram barreiras e não foram mencionadas crenças referentes a benefícios percebidos. Pode estar ocorrendo um círculo vicioso, em que a baixa adesão desfavorece a aquisição de benefícios que, por sua vez, desencoraja a adesão. Outro fator ressaltado consiste na percepção da terapia nutricional recomendada ser proibitiva e muito restritiva (PONTIERI; BACHION, 2010).

Começa, portanto, a ser debatida tanto a questão do controle inadequado da doença, como a questão da adesão ao tratamento e como melhorá-la (COELHO, 2008), tendo em vista que a adesão é um conceito importante no processo do cuidado à pessoa com DM e a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar intervenções para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão. Se isto ocorre, hipotetiza-se que no processo *conhecer-fazer*, há aspectos que não estão sendo devidamente

considerados, aí se incluindo o conhecimento sobre as concepções alimentares que os pacientes diabéticos têm de sua doença e os fatores associados a tais concepções.

É fundamental que a equipe de saúde, aí se inserindo todos os profissionais que atuam dentro da equipe, entenda como o paciente diabético constrói seu comportamento alimentar, a fim de poder delinear um plano de atendimento interdisciplinar bem sucedido, tendo em vista que a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar intervenções para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão. Por isso, surgem os seguintes questionamentos: O que os diabéticos comem? O que eles acham que devem comer para controlar a sua doença? Os pacientes consideram que sua alimentação está de acordo com o que uma pessoa diabética deve comer? Qual a relação que os portadores de diabetes fazem entre a sua alimentação e a compensação/descompensação da sua doença?

Portanto a proposta do presente estudo perpassa pela percepção de que as concepções alimentares de pessoas diabéticas tipo 2 poderão contribuir com questões que extrapolam os aspectos fisiológicos da doença, com vistas à ampliação, no nível individual e coletivo, das estratégias educativas quando da elaboração de um programa de educação em diabetes nas instituições de saúde. Diante do exposto, espera-se que sejam repensadas quais as dificuldades que diabéticos tipo 2 enfrentam em relação ao plano alimentar proposto pela equipe multidisciplinar de saúde.

2. DIABETES MELITTUS TIPO 2: DOENÇAS,NUTRIÇÃO, SABERES E PRÁTICAS

“Tempo de dar colo, tempo de decolar

O que há é o que é; e o que será

Nascerá...será??”

(Fernando Anitelli)

Este capítulo é dividido em três sub-capítulos, em que se pretende subsidiar o desenvolvimento do presente estudo. Os mesmos estão assim constituídos:

generalidades sobre a doença DM 2 no que tange ao seu impacto sobre a qualidade de vida, abordagem nutricional em DM 2 e saberes e práticas de pacientes diabéticos.

2.1 Diabetes Mellitus tipo 2 e qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida varia de autor para autor e, além disso, é uma idéia subjetiva que depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Segundo Vecchia et al. (2005) a qualidade de vida está relacionada à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível sócio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

No que diz respeito à qualidade de vida de portadores de doenças crônicas, alguns autores afirmam que a mesma é inferior à de indivíduos sadios, sendo reduzida ainda mais de acordo com a presença de comorbidades associadas (SILVA et al., 2002).

Em relação especificamente ao portador de DM 2, um estudo realizado no município de Uberaba, avaliou a qualidade de vida de 68 portadores da doença, através do 36 – *Item Short Form Health Survey* (SF- 36). Observou-se que os indivíduos tinham uma percepção não positiva em relação à sua saúde. Além disso, foi detectado um impacto negativo e significativo das condições crônicas nos aspectos físicos, moderado impacto sobre a saúde mental dos entrevistados e dificuldade de realização de atividades que exigem maior esforço físico. Foi verificado que os aspectos emocionais interferem no trabalho e nas atividades da vida diária desses indivíduos, assim como a dimensão dos aspectos físicos, as limitações na forma e qualidade de trabalho obtiveram o grau de maior impacto negativo nessa investigação (FERREIRA; SANTOS, 2009).

Em estudo mais antigo, Neves (2000), também avaliando qualidade de vida através do SF- 36, e utilizando uma escala de depressão denominada *Beck*

Depression Inventory, detectou impacto negativo de algumas características clínicas, assim como de diferentes quadros depressivos na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em indivíduos diabéticos.

Já Miranzi et al. (2008), investigando também qualidade de vida do paciente diabético, verificaram que 46,67% dos indivíduos diabéticos pesquisados avaliaram sua qualidade de vida como nem boa, nem ruim e 36,67% a definiram como boa. Apenas 20% dos indivíduos mostraram-se insatisfeitos com a sua saúde. Reis et al. (2009) trabalhando com idosos diabéticos encontraram resultados similares, com 40% dos investigados definindo a sua qualidade de vida como nem ruim e nem boa. Além disso, 50% relataram interferência da dor na realização de suas atividades diárias; 75% precisavam de bastante cuidados de saúde no seu dia-dia; 60% dos idosos relataram ter pouquíssima oportunidade de lazer, e 60% afirmaram a presença de sentimentos negativos no seu dia a dia.

Miranda et al. (2010), utilizando a escala Problems Areas in Diabetes (PAID) para avaliação da qualidade de vida, encontraram uma pequena influência negativa da doença no cotidiano dos diabéticos. No mesmo estudo, ao utilizarem o SF-36, os autores identificaram que os domínios mais comprometidos da qualidade de vida foram saúde mental e vitalidade.

Vários autores (SILVA et al., 2003; CUNHA, 2006; CASTRO et al., 2008), afirmam que pacientes diabéticos com complicações crônicas e controle metabólico inadequado têm a qualidade de vida afetada pela doença. Nos estudos desses autores, esses pacientes demonstraram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não sofrem de seqüelas.

Além disso, Cunha (2006) mostra que independente da ausência ou presença de seqüelas, a qualidade do sono, medida pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), foi considerada ruim em pacientes diabéticos.

Estudos americanos também ressaltam a presença de uma alta percentagem de quadros depressivos em pacientes diabéticos, além de fazer uma associação direta entre a presença de comorbidades, como a retinopatia, a necessidade da utilização de insulina e a presença da depressão, com a diminuição da qualidade de vida (BROWN et al., 2000).

Nota-se que a qualidade de vida e do sono do paciente diabético, em linhas gerais, é comprometida pela condição crônica em que essas pessoas se encontram, principalmente se há comorbidades associadas, fazendo com que haja um

comprometimento da sua autoestima, satisfação pessoal, enfim uma implicação na sua vida cotidiana.

2.2 Abordagem nutricional em Diabetes Mellitus tipo 2

Neste sub capítulo serão resumidas as recomendações da American Diabetes Association (ADA, 2012) e das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SDB, 2009), pois se tratam de documentos oficiais, baseados em estudos e na prática clínica no enfoque do tratamento do paciente diabético. Por fugir ao escopo do presente estudo, não serão detalhadas as recomendações quantitativas constantes nos citados documentos, priorizando-se destacar os nutrientes mais relevantes ao adequado controle da doença. Além disso, destaque-se que atualmente, a dieta do paciente diabético segue a orientação de uma dieta normal, a menos que se façam presentes comorbidades que demandem dieta especial.

Os dois consensos afirmam que o paciente diabético deve ser acompanhado por um nutricionista, para que tenha um plano alimentar individualizado, com resultados mais efetivos e conseqüentemente melhora da qualidade de vida.

Com relação às recomendações calóricas, ambos os documentos indicam que as calorias da dieta devem ser calculadas da mesma forma que se faz para o indivíduo não diabético, ou seja, levando-se em consideração o peso, a idade e a atividade física. Para perda e manutenção do peso os consensos recomendam a realização de exercícios físicos regulares e a mudança de comportamento.

A proporção de carboidratos, proteínas e gorduras pode ser manejada para atender aos objetivos individuais metabólicos e preferências da pessoa com diabetes. Embora haja pequenas diferenças numéricas em relação ao percentual de contribuição calórica dos três macronutrientes, pode-se dizer que os dois consensos são semelhantes. O monitoramento de carboidratos continua a ser uma estratégia fundamental para alcançar um bom controle glicêmico. Recomenda-se o controle do excesso de consumo de sacarose e incentiva-se uma adequada ingestão de fibras. Considerando que o paciente diabético possui maiores propensões para apresentar fatores de riscos para doenças cardiovasculares, como sobrepeso, obesidade, valores inadequados de circunferência abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia,

níveis elevados de glicemia de jejum e de hemoglobina glicada (SILVA et al., 2007), em ambos os consensos se recomenda limitação da ingestão de ácido graxo saturado, ácido graxo trans e colesterol.

Um outro componente dietético enfocado é o sal, sendo ressaltada a importância de se evitar excesso de ingestão do mesmo, considerando o maior risco cardiovascular desses pacientes.

O álcool é permitido nos dois documentos como preconizado para uma vida saudável, ou seja, até duas doses diárias para os homens e uma dose diária para as mulheres. Os consensos destacam que o consumo do álcool é perigoso, pois pode induzir a hipoglicemia, portanto devendo-se consumir carboidratos antes, durante ou após a ingestão de bebida alcoólica.

As demais recomendações se referem ao fracionamento das refeições, que deve ser em número de 6 refeições diárias, incluindo 3 principais e 3 lanches. Deve-se dar preferência para alimentos grelhados, assados e cozidos. Os produtos *diet* e *light* devem ser indicados dentro do plano alimentar.

2.3 Saberes e práticas alimentares no Diabetes Mellitus tipo 2

A alimentação é o primeiro aprendizado social do ser humano (HERNÁNDEZ ;ARNÁIZ, 2005) e está impregnada pela cultura (MACIEL, 2005). Assim, as questões relacionadas direta ou indiretamente à alimentação humana como tributária da cultura, trazem indagações instigantes, fazendo com que seja um campo amplo e frutífero de investigação antropológica (MACIEL, 2001). Garcia (2005) coloca que embora a alimentação seja imprescindível para a vida e sobrevivência humanas como necessidade básica e vital, ela é necessariamente modelada pela cultura e sofre os efeitos da organização da sociedade, não comportando olhares unilaterais na sua abordagem.

Desta forma é pertinente também estabelecer a diferença entre comportamento alimentar e prática alimentar.

Assim, de acordo com o dicionário da língua portuguesa (FERREIRA, 1975), o termo comportamento é descrito como “maneira de se comportar; procedimento, conduta”. É também descrito como “um conjunto de atitudes e reações do indivíduo

em face do meio social”. Já o termo prática é definido como “o ato ou efeito de praticar; uso, experiência, exercício; rotina; hábito; saber provindo de experiência; técnica; aplicação da teoria; filos; práxis”.

Para Garcia (2005), práticas alimentares compreendem o que comemos, quanto, como, quando, na companhia de quem e onde. Rotenberg e De Vargas (2004), vão mais longe incluindo também como prática, a frequência com que se come, o horário e as combinações. O comportamento alimentar, segundo Garcia (2005), engloba as práticas alimentares, assim como os aspectos subjetivos que envolvem a alimentação: os sócio culturais e os psicológicos, ou seja, alimentos e preparações apropriadas para ocasiões diversas, escolhas alimentares, comida desejada e apreciada, alimentos e preparações que se gostaria de apreciar, a quantidade de comida que se pensa comer, entre outros.

Neste estudo será dada ênfase ao comportamento e à concepção alimentar de indivíduos diabéticos, entendendo-se como concepções o conhecimento, a faculdade de perceber, o ato ou efeito de formar ideias (FERREIRA, 1975; BUENO, 1978).

A literatura nacional e internacional versa pouco sobre saberes e práticas de pacientes portadores de diabetes, principalmente quando se refere à questão da alimentação. As pesquisas priorizam investigação sobre consumo e práticas alimentares, representações sociais da comida e conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à doença, com poucos manuscritos indexados abrangendo especificamente práticas e concepções alimentares de pacientes diabéticos. A seguir serão resumidos achados sobre o tema, independente de atender ou não à proposta do presente estudo, dada a escassez citada.

Oliveira (2009), avaliando os escores de conhecimentos e atitudes de sujeitos com DM 2, verificou que os escores obtidos em relação ao conhecimento sobre a doença, segundo o sexo, foram de 64,3% de acertos para mulheres e 35,7% para os homens. Quanto aos escores de atitude, verificou-se que 93,7% dos participantes apresentaram escore menor ou igual a 70, indicando baixa prontidão para o aprendizado sobre a doença.

Rodrigues et al. (2009), aplicando o mesmo instrumento de coleta de dados de Oliveira (2009), encontraram que 78,05% dos indivíduos tiveram escores superiores a 80 em relação ao conhecimentos da diabetes, indicando conhecimento e compreensão acerca da doença. Quanto à atitude, os escores variaram entre 25 e

71 pontos, sugerindo dificuldade no enfrentamento da doença. Percebe-se então, assim como no estudo anterior que, apesar de os participantes, em geral, terem obtido bom escore para o conhecimento, ainda assim não modificaram a atitude para o enfrentamento mais adequado da doença.

Um estudo mexicano analisou as representações sociais do diabetes nos pacientes portadores desta condição crônica e verificou que eles visualizavam a doença como difícil de tratar, referindo-se ao sangue como contaminado, mostrando a fragilidade da visão dos indivíduos doentes (TORRES-LOPES et al., 2005).

Na Índia, mais da metade dos diabéticos pesquisados, diagnosticados há mais de oito anos, não sabiam sobre a fisiopatologia da doença. Grande parte deles (38,23%) ainda acreditava que o diabetes podia ser curado. O estudo cita como atitudes e práticas em diabetes o auto-cuidado, como medir a glicemia (apesar da maioria dos pacientes não poderem pagar um medidor de glicose) e prática de tomar medicamentos, prevalecendo os fitoterápicos (SHAN et al., 2009).

No tocante, especificamente, aos saberes e práticas relacionados à alimentação, é interessante comentar que a alimentação guarda uma função material e vital por prover (ao lado do repouso) as energias à recuperação e à manutenção das condições físicas empregadas nas atividades diárias, mas que transcende as necessidades biológicas, configurando-se como componente das condições objetivas e materiais de vida, ao lado da sociabilidade, com implicações relacionais intermediadas pela cultura (CANESQUI, 2005). Há décadas é destacado que o fator cultural (princípios, costumes, valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente) não se coloca de forma determinística ou isolada, mas situado e afetado por um contexto particular composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla (FRANKENBERG, 1980; ANDERSON, 1991).

Dessa forma, a relação do adoecido com o alimento, a alimentação e as dietas alimentares prescritas, incluídas no gerenciamento do diabetes, não se pautam exclusivamente por critérios racionais, como pretendem os saberes 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.

Barsaglini e Canesqui (2010), utilizando entrevistas semiestruturadas com indivíduos diabéticos, em uma abordagem qualitativa, encontraram que o tipo e a

quantidade de alimentos normatizados pela dieta prescrita são reconhecidos pelos adoecidos como fatores essenciais ao controle do diabetes, mas as idéias e as práticas que possuem sobre eles podem apresentar incongruências com o padrão das prescrições nutricionais, inviabilizando o seu uso, no mundo da vida cotidiana dos adoecidos. No entanto, para esses autores, não seguir à risca as recomendações da dieta alimentar orientada nos serviços oficiais de saúde não impede que adoecidos considerem que controlam a alimentação, sugerindo que o significado de controle lhes é peculiar, de forma que evitam alguns tipos de alimentos e em determinadas ocasiões, mas não se privam totalmente deles. Assim, ainda segundo os achados de Barsaglini e Canesqui (2010), os adoecidos resistem ou rejeitam as prescrições alimentares dos profissionais de saúde que preconizam parar ou cessar o uso das comidas integradas ao gosto, às escolhas ou aos hábitos alimentares rotineiros.

Os mesmos autores verificaram que após o diagnóstico da diabetes, segundo as representações dos entrevistados do gênero masculino, intensifica-se um “apetite incontrolável” como uma característica da enfermidade que se comporta como entidade externa, detentora de vontade própria, que precisa ser alimentada com açúcar. Essa representação pode proporcionar ao sujeito certo conforto moral por eximi-lo da culpa pela transgressão alimentar e negligência com a sua saúde.

Estudo de Barbieri (2009) utilizando a estratégia do álbum fotográfico para quantificar, avaliar e estimar a porção alimentar auto referida do indivíduo diabético, evidenciou 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 auto referida, houve superestimação de doces e pães e subestimação 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 do consumo de carboidratos com o aumento da glicemia.

Ribas (2009), buscando identificar as representações sociais dos alimentos, sob a ótica de pessoas com diabetes, percebeu contradições nos depoimentos dos participantes, pois ora o consumo dos alimentos é regido pela idéia de que os alimentos prescritos pelos profissionais não sustentam, ora pelo prazer, ora pelo sentimento de depressão, inferioridade e ansiedade, além de estabelecerem relação entre o alimento e o vício e o diabetes e o diabo. Para os entrevistados os alimentos

constituem-se algo que desejam e repudiam ao mesmo tempo, conduzindo-os a um sofrimento psíquico, que dificulta o alcance do controle metabólico. Por outro lado, ao desempenhar funções de reativação da memória, além de conforto e segurança, os alimentos podem propiciar interações entre as pessoas.

Amorim (2011), com o mesmo objetivo do estudo supracitado, encontrou resultados diferentes. Os participantes lidavam com a comida de forma tranqüila, mesmo com restrições e dificuldades de seguir a dieta alimentar, ainda que os depoimentos de alguns participantes acerca da alimentação tenham perpassado por significações variadas para justificar as dificuldades de seguir o plano alimentar.

Assim, percebe-se que a alimentação, na perspectiva do paciente diabético, segue princípios e preocupação com “o comer corretamente” que são socialmente construídos e apreendidos a partir de uma lente impregnada de valores e conceitos significantes já existentes na bagagem da cultura alimentar dos indivíduos.

3. OBJETIVOS

“Caminho até o limite de meu
sonho grande. (...) Para onde
vou? E a resposta é vou.”
(Clarice Lispector)

3.1 Objetivo Geral

Analisar os comportamentos e as concepções alimentares de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde do grupo entrevistado.

Descrever as concepções e práticas alimentares do grupo entrevistado.

Interpretar como o grupo relaciona suas concepções e práticas alimentares com a prescrição nutricional e controle da doença.

4. METODOLOGIA

“Tanto faz não satisfaz o que
preciso, além do mais quem
busca nunca é indeciso”
(Fernando Anitelli)

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quali-quantitativa, com coleta de dados primários, seguindo os fundamentos metodológicos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Sua operacionalização é facilitada pela disponibilidade de um programa específico, o QualiQuantiSoft (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

A natureza qualitativa é considerada por Minayo (2004), dentro das ciências sociais, como sendo a lógica de pesquisa que trabalha o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes percebidos no espaço mais profundo das relações.

Já a natureza quantitativa prioriza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. No entanto, não se assume aqui a redução da compreensão do outro e da realidade a uma compreensão introspectiva de si mesmo (MINAYO; SANCHES, 1993).

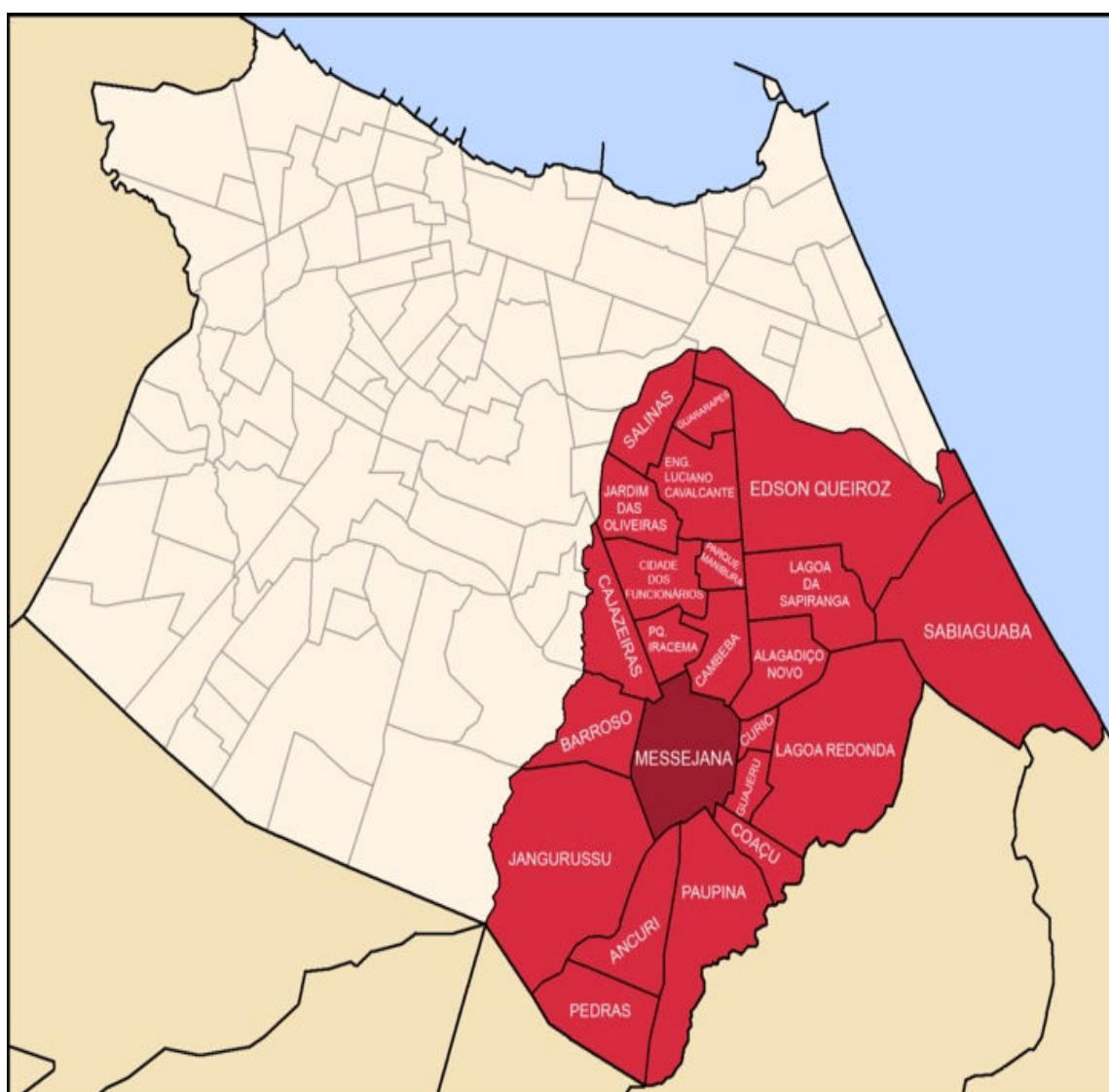
4.2 Campo empírico

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria de Lourdes Jereissati, doravante chamado CSF- MLJ, localizado na Regional VI da cidade de Fortaleza-Ceará. A escolha desse território deve-se ao fato de corresponder a uma alta proporção, 42%, do território de Fortaleza, com população estimada em 600 mil habitantes.

A Secretaria Executiva Regional (SER) VI atende diretamente aos moradores de 29 bairros: Aerolândia, Ancuri, Alto da Balança, Barroso, Boa Vista (unificação do Castelão com Mata Galinha), Cambeba, Cajazeiras, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Conjunto Palmeiras (parte do Jangurussu), Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (antigo Alagadiço Novo), Messejana, Parque Dois Irmãos, Passaré, Paupina, Parque Manibura, Parque Iracema, Parque Santa Maria (parte do Ancuri), Pedras, Lagoa Redonda, Sabiaguaba, São Bento (parte do Paupina) e Sapiranga, como mostra a

Figura 1. É a SER que possui mais Centros de Saúde da Família, juntamente com a SER IV. Além disso, anteriormente houve o desenvolvimento de outros estudos no local e foi constatado pela pesquisadora a necessidade de um aprofundamento da temática aqui proposta.

Figura 1. Vista panorâmica dos bairros que compõem a Secretaria Executiva



Regional VI, Fortaleza, CE, 2012.

*Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>

4.3 População e amostra

A população de diabéticos cadastrada no CFS - MLJ, segundo informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), coletadas no local em outubro de 2011 era de 499 pessoas. Os usuários incluídos na pesquisa foram adultos e idosos de 20 a 85 anos, diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2.

Constituíram critérios de inclusão: ser portador de Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado há no mínimo 3 anos, podendo ser do sexo masculino ou feminino e ter entre 20 e 85 anos. Os 3 anos foram determinados aleatoriamente, buscando evitar envolver pessoas que ainda não tivessem tido tempo de convivência com a doença para ter conhecimentos sobre a mesma, assim como sobre o tratamento, incluindo-se a dieta alimentar. Como a literatura é omissa quanto a este tempo, optou-se por 3 anos.

Dada a escassez de estudos similares ao aqui proposto, a amostra foi determinada considerando o estudo de Fontinele et al. (2007) que investigaram a inter-relação entre o conhecimento dos pacientes diabéticos e alimentação adequada. Esses autores verificaram que 69% dos indivíduos pesquisados tinham conhecimento sobre alimentação adequada. Assim, considerando-se a proporção amostral de 69%, o nível de significância de 5%, o erro amostral de 6% e 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

Na primeira etapa foi levantado, junto aos sujeitos da pesquisa, dados de identificação, demográficos, sócioeconômicos (sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação) e associados ao controle da doença (glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada) para caracterizar a amostra. Não foi possível acessar as fichas dos pacientes, em razão do CSF- MLJ não possuir prontuário eletrônico, assim como não possuir os dados completos no seu outro setor de cadastramento, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia).

Na segunda etapa, segmento qualitativo do estudo, os participantes foram entrevistados em seus domicílios de acordo com o horário de sua conveniência.

Para ter acesso às residências dos pacientes, a entrevistadora contou com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados ao CFS – MLJ. Nesse momento, os ACS realizavam a visita domiciliar, já programada nos seus calendários de atividades. Foram realizadas visitas diárias no período da manhã e em alguns dias no período da tarde, dependendo da disponibilidade dos ACS, nos meses de abril a julho de 2012.

Foi realizada entrevista individual e semi-estruturada (Apêndice I). O corpus selecionado para a análise foram entrevistas em profundidade. As entrevistas foram gravadas e duraram, em média, 20 minutos, totalizando 3.000 horas gravadas. As perguntas norteadoras podem ser visualizadas no quadro 1.

Quadro 1. Perguntas norteadoras das entrevistas realizadas

Pergunta	Objetivo
O que você costuma comer no seu dia a dia?	Investigar quais os comportamentos alimentares do grupo estudado, incluindo todas as refeições do dia.
Você acha que a alimentação é importante para o Diabetes?	Analisar a concepção alimentar dos diabéticos e interpretar como eles relacionam suas concepções e práticas alimentares com a prescrição nutricional e controle da doença.

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel* (versão 2007), analisados por meio do programa SPSS (versão 17.0) e apresentados em tabelas de frequências simples e percentual.

Como proposta metodológica para organização dos dados do segmento qualitativo, foi utilizado o software QualiQuantiSoft® e produção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As entrevistas foram digitadas em banco de dados do programa *Microsoft Word* (versão 2007).

A metodologia de análise do DSC foi proposta por Lefèvre e Lefèvre (2000, 2003, 2006) para ser aplicada no campo dos estudos das áreas da saúde como alternativa de enfrentamento dos problemas relativos à análise de corpus qualitativo e à análise quantitativa de pesquisas de opinião.

O desafio que o DSC buscou responder foi o da expressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando sua dupla condição qualitativa e quantitativa. A representatividade é qualitativa porque na pesquisa com o DSC cada distinta opinião coletiva é apresentada sob a forma de um discurso, que recupera os distintos conteúdos e argumentos que conformam a dada opinião na escala social; mas a representatividade da opinião também é quantitativa, porque tal discurso tem, ademais, uma expressão numérica (que indica quantos depoimentos, do total, foram necessários para compor cada DSC) e, portanto, confiabilidade estatística, considerando-se as sociedades como coletivos de indivíduos.

A análise do Discurso do Sujeito Coletivo começou pela identificação das Expressões Chaves (ECH) que são fragmentos do discurso do corpus em análise para identificar os sentidos. Nesta primeira etapa respeitou-se a literalidade do discurso para que fosse possível o retorno ao corpus e estabelecimento de um diálogo contínuo com ele. A literalidade se torna importante, pois no discurso do sujeito podem ser encontrados vários sentidos decorrentes da polifonia e da heterogeneidade que definem a materialidade do mesmo.

Uma vez que as ECH foram identificadas no corpus em análise, o papel ativo da pesquisadora se fez notar, visto que coube a ela criar uma expressão linguística que descrevesse de maneira sintética os sentidos de cada um dos grupos homogêneos de expressão chave (de mesmo sentido). As ideias centrais (IC) foram então nomeadas pela pesquisadora. Elas foram resgatadas através de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito ou através de descrições indiretas ou mediadas, que revelaram o tema do depoimento ou sobre o que o sujeito estava falando.

Nessa perspectiva as ideias de Lefèvre e Levêfre (2003) conformam o processo de análise da pesquisa, em que para eles a figura metodológica Idéia Central é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados. A regra de agrupamento dos fragmentos para nomear as IC é buscar a coerência, a qual é encontrada no sentido comum que une tais fragmentos. Em um mesmo corpus de análise, quando alguém responde a uma pergunta aberta do entrevistador, vozes diversas podem ser reveladoras de variados sentidos, marcando antagonismos ou denunciando a complementaridade, que permite integrar

em um mesmo discurso ou discursos distintos. Isso varia conforme tais contradições sejam percebidas como conciliáveis ou não.

Algumas expressões-chaves podem encontrar-se ancoradas em pressupostos, conceitos, teorias e perspectivas ideológicas (Ancoragem). Trata-se de uma afirmação de natureza genérica usada pelo entrevistado para formatar uma situação ou reafirmar suas práticas cotidianas. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs, mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem, por isso ela é uma figura metodológica que pode ou não ser utilizada no DSC e nesse trabalho optou-se por não utilizá-la.

Na análise desta investigação, a construção do Discurso do Sujeito Coletivo constituiu-se de uma síntese que deriva das etapas de extração das ideias centrais e expressões-chaves, representando o conjunto nuclear dos discursos individuais. Nesse sentido, o DSC afirma a representação que todo grupo de falantes manifesta sobre um dado tema ou questão. Isso não significa que cada um individualmente manifeste a mesma ideia ou expressão, próxima de uma homogeneidade, mas que em seu conjunto ou no coletivo, tal discurso é representativo do pensamento de todos. Por isso os autores da técnica afirmam que “os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma mesma categoria unificadora (...) o que se busca (...) é reconstruir, com pedaços de discurso individuais, como um quebra-cabeça, tantos discursos-sínteses quantos se julguem necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar sobre um fenômeno” (LEVEFRE; LEFEVRE, 2003).

Prosseguindo, o DSC foi formulado em primeira pessoa do singular e elaborado pela pesquisadora e analista de discurso. Gondim e Ficher (2009) ao questionarem o que haveria de coletivo neste discurso construído artificialmente pelo pesquisador, respondem que o discurso individual não revela somente a fala individual, mas o que há de coletivo (vozes sociais diversas, polifonia e heterogeneidade), o discurso coletivo é a junção dos discursos individuais, respeitando os sentidos e o nível de compartilhamento. A rigor, os discursos individuais nada mais são do que discursos coletivos enunciados por uma pessoa.

Essa metodologia, associada ao software QualiQuantiSoft® (USP; SPI, 2003), seguiu a proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos nas entrevistas dos depoentes. Os autores do método sugerem o

número de cinco, para os quais é adotada uma grade (Instrumento de Análise de Discurso 1) que contém três colunas para o registro das Expressões Chaves, Idéias centrais e anotação da ancoragem identificado (esta, como dito anteriormente, não foi utilizada neste trabalho). Por último, apresentam outra grade (Instrumento de Análise de Discurso 2) que contém duas colunas para o registro das Expressões Chaves e do DSC propriamente dito o que gera o Quadro-Síntese final onde estarão apresentados os resultados.

Assim, seguiram-se os procedimentos técnicos para organização das figuras metodológicas do presente estudo: foram realizadas leituras sucessivas das entrevistas transcritas na íntegra, usando literalmente as palavras faladas; a entrada dos dados em um processador de texto (*Microsoft Word* versão 2007) era feita com frequência entre semanal e quinzenal; com as entrevistas já digitadas no processador de texto, selecionava-se, por meio de uma nova leitura, as Expressões Chaves, utilizando o QualiQuantSoft[®]. Após a delimitação de todas as Expressões Chaves, foram criados blocos temáticos para então selecionar as ideias centrais provisórias de cada uma das 157 respostas. Totalizou-se 415 registros, tendo em vista que cada entrevistado pode ter manifestado mais de uma IC. A relação das ideias centrais foi revisada, e ideias que estivessem muito próximas foram agrupadas a fim de evitar redundância. Em seguida foram transferidas as Expressões Chaves associadas do QualiQuantSoft[®] para o Word 2007 e então foi realizada a Construção dos DSC de cada Ideia Central. Os discursos sínteses foram apresentados com os sujeitos-coletividade “discursando” seus pensamentos sobre suas experiências, concepções e práticas alimentares. No Quadro 2 encontra-se um exemplo para melhor compreensão dos procedimentos descritos.

Após essa etapa foram elaboradas as temáticas e suas conexões com a ideia central e o DSC, as quais foram analisadas com profundidade por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977) norteada pelos passos:

- 1) pré-análise: fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, como leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação;
- 2) exploração do material: codificação dos dados a partir das unidades de registro;

3) tratamento dos resultados e interpretação: categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

Quadro 2. Exemplo da Construção do Discurso do Sujeito Coletivo utilizada no presente estudo com diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012

Pergunta	Resposta	Expressão-Chave	Ideia Central
O que você costuma comer no seu dia a dia?	Eu tomo café da manhã, às vezes como cream cracker, às vezes como pão, café com leite. Geralmente tomo leite desnatado com adoçante. Na maioria das vezes eu como pão bengala, um pedaço. Aí eu só almoço, estou me sentindo gorda, e também não sinto fome porque eu fico fazendo as coisas, aí pronto. Na hora do almoço eu como: arroz, feijão, macarrão, como o que tiver de mistura, carne ou frango. À noite eu janto arroz com frango, mas meu marido não gosta muito. Às vezes quando eu não quero jantar aí eu tomo um suco, suco de maracujá com leite e biscoito, aí pronto.	Eu tomo café da manhã, às vezes como cream cracker, às vezes como pão, café com leite. Geralmente tomo leite desnatado com adoçante. Na hora do almoço eu como: arroz, feijão, macarrão, como carne ou frango. À noite eu janto arroz com frango. Às vezes quando eu não quero jantar aí eu tomo um suco de maracujá com leite e biscoito.	Cardápio e suas práticas alimentares cotidianas
Você acha que a alimentação é importante para	Porque é assim, ninguém pode comer gordura, tem que ser coisa normal, né?	A alimentação contribui muito. Se você fizer tudo bem certinho na hora do	Concepções sobre

o Diabetes?	Tava meio mal quando fui no Dr. me consultar, aí deu. A alimentação contribui muito. Se você fizer tudo bem certinho na hora do exame tá lá e vê que deu certo, né? Quando tu dá uma escorregada aí na hora do exame tu vê que deu errado, aumenta logo.	exame tá lá e vê que deu certo. Quando tu dá uma escorregada aí na hora do exame tu vê que deu errado, aumenta logo.	(des) controle da alimentação
-------------	--	--	-------------------------------

A apresentação dos resultados qualitativos ocorreu em forma de temáticas, as quais foram descritas e interpretadas configurando a articulação do DSC em todo seu processo de construção.

A interpretação dos achados da segunda etapa ocorreu por meio do estado da arte pesquisado na literatura brasileira e internacional no sentido da interlocução e diálogo com os pesquisadores.

4.5 Questões éticas

Atendendo aos pressupostos éticos e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), toda informação coletada através das entrevistas teve a garantia de confiabilidade de modo a não permitir a identificação e garantir a segurança das pessoas envolvidas na pesquisa. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (ANEXO I) e apenas depois da aprovação as entrevistas foram iniciadas. O termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II), também foi elaborado segundo a citada Resolução e foi assinado por todos os indivíduos que concordaram participar do estudo.

5. RESULTADOS

“Já que se há de escrever, que
pelo menos não se esmaguem
com palavras as entrelinhas”
(Clarice Lispector)

Os resultados serão apresentados em três subcapítulos, de acordo com os objetivos propostos no presente trabalho: Caracterização dos indivíduos entrevistados, o Discurso do Sujeito Coletivo do comportamento alimentar dos diabéticos e o Discurso do Sujeito Coletivo das concepções alimentares dos diabéticos.

5.1 Caracterização dos indivíduos pesquisados, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde

Os indivíduos entrevistados foram caracterizados segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Os dados estão apresentados na Tabela 1.

Participaram do estudo 113 (72%) mulheres e 44 (28%) homens. A maioria, 89 (56,7%), tinha mais de 60 anos.

Em relação à escolaridade, 47 (29,9%) não tinham nenhum estudo ou haviam estudado menos de um ano; dentre os restantes, a maioria, 90 (57,3%), tinha estudado por 4 a 7 anos.

Quanto à ocupação, destacaram-se os aposentados, 72 (45,9 %) e atividades do lar, 51 (32,5%). Em “outros” – 20 pessoas (12,7%), foram citados: desempregado - 5 (3,2%), costureira - 2 (1,3%), serviços gerais - 2 (1,3%), artesã, autônomo, borracheiro, capoteiro, doméstica, faxineira, marceneiro, militar, pedreiro, soldador e vendedor, com uma citação (0,6%) cada um.

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença, a grande maioria, 118 (75,2%) tinha de 3 a 10 anos.

Quanto à glicemia de jejum, de acordo com a ADA (2012) e a SBD (2009) é tolerável para pacientes com diabetes valores até 125mg/dl. Portanto fez-se uma divisão em 4 categorias: até 125mg/dl, entre 125 e 160 mg/dl, 161 até 230 mg/dl e mais de 230 mg/dl. O grupo apresentou valores bem elevados de glicemia. Houve 9 (5,7%) pacientes que não tinham exames recentes ou não tinham informação.

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	Categoria	Número	Percentual
Sexo	F	113	72,0
	M	44	28,0
Faixa etária (anos)	< 40	8	5,1
	40-60	60	38,2
	> 60	89	56,7
Escolaridade ¹	Analfabeto/ < 1 ano	47	29,9
	1 - 3 anos	4	2,5
	4 - 7 anos	90	57,3
	8 - 10 anos	15	9,6
	11 anos a mais	1	0,6
Ocupação	Aposentado	72	45,9
	Do lar	51	32,5
	Pensionista	8	5,1
	Comerciante	6	3,8
	Outros	20	12,7
Tempo de doença (anos)	3-10	118	75,2
	11-18	19	12,1
	19-26	15	9,6
	≥ 27	5	3,1
Glicemia de jejum (mg/dL)	Até 125	27	17,2
	125- 160	41	26,1
	161-230	43	27,4
	230 ou mais	37	23,6
	Não Informado	9	5,7
Total		157	100,0

Fonte: ¹ (IBGE, 2010)

5.2 Discurso do Sujeito Coletivo do comportamento alimentar dos diabéticos

A partir da questão 1 “O que você costumar comer do dia-a-dia?” foram produzidas 268 expressões chaves (registros) que resultaram em 7 ideias centrais (IC), como exposto na Tabela 2 e Figura 2, destacando-se a IC “Cardápio e suas práticas alimentares cotidianas”.

Tabela 2. Distribuição da proporção (%) das ideias centrais referente à resposta à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Ideias Centrais	Número (%)
A. Cardápio e suas práticas alimentares cotidianas	148 (55,22%)
B. Mudança na alimentação após a descoberta da doença	38 (14,18%)
C. O prazer e a rejeição alimentar	29 (10,82%)
D. Experiências vivenciadas com a doença	18 (6,72%)
E. O sujeito diabético influenciado pela ordem médica sobre a alimentação	13 (4,85%)
F. Fator financeiro como dificuldade para uma alimentação saudável	12 (4,48%)
G. Percepção sobre a quantidade de alimentação consumida	10 (3,73%)

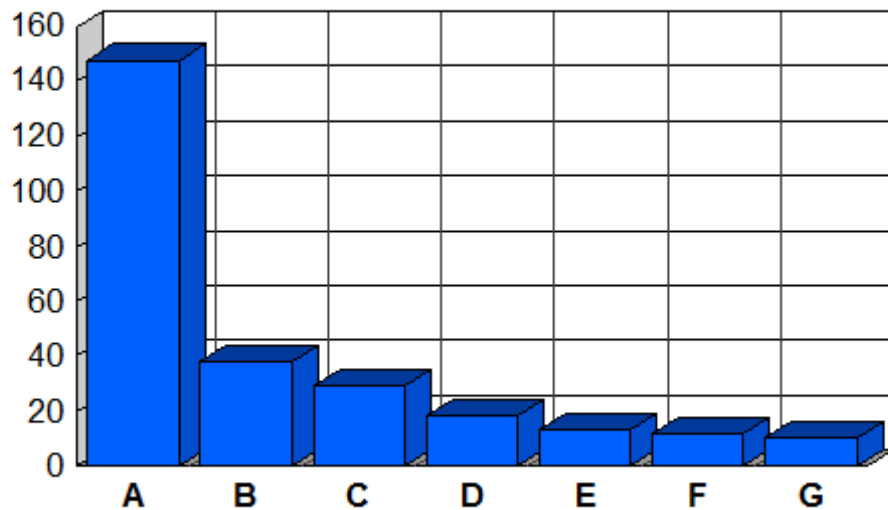


Figura 2. Representação gráfica da proporção das ideias centrais referentes à resposta à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Os respectivos DSC representando o entendimento do comportamento alimentar da população estudada para cada IC estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 1 (O que você costuma comer no dia a dia?) segundo as ideias centrais. Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC- A Cardápio e suas práticas alimentares cotidianas DSC-A: No café da manhã como pão com margarina e café, as vezes com açúcar e as vezes com adoçante, cuscuz, tapioca ou bolachas . Lancho uma banana ou outra fruta, laranja, pêra, maçã, mamão ou então uma vitamina. O almoço é normal, básico mesmo feijão, arroz, macarrão, mas não é sempre o macarrão, vez ou outra tem verdura, beterraba, cenoura, chuchu, tomate e repolho com carne, frango ou peixe. As vezes cozinho ovos. A tarde quando estou como fome como uma fruta, as vezes café com pão ou bolacha e leite e as vezes uma tapioca ou cuscuz, mas é mais difícil. A noite tem dias que não janto, quando como é a mesma comida do almoço ou sopa, mingau de aveia ou mucilon. As vezes como pão novamente ou torradas com leite. Antes de dormir não como nada ou então tomo um copo de leite, um suco ou uma fruta.
IC-B Mudança na alimentação após a descoberta da doença DSC-B: Aderi totalmente ao adoçante. Eu comia mais no almoço, agora estou comendo bem menos. Em um dia eu faço arroz, outro dia eu faço macarrão, nunca misturo os dois. Antes comia muita carne, mas agora eu não posso, to comendo mais frango e peixe. Antes só comia mais massa de milho, farinha, essas coisas, mas diminuí. Macarrão diminuiu um bocado. Antes eu comia carne de porco, sarabulho, curimatã, agora não. Como mais verduras, maionese light especial para diabetes. Faço tudo cozido, porque frito não é bom. A tarde as vezes comprava aquele tijolinho de leite, mas agora não mais. A noite as vezes tomo um mingau, ou uma papa de de maisena, porque Neston eu gosto, mas essas coisas não pode tomar que faz mal. Farinha láctea nem pensar que é doce de mais. Não como mais o que faz mal para a doença, agora to me cuidando.
IC- C O prazer e a rejeição alimentar DSC-C: Eu como muito, adoro comer, mas no café eu tomo leite desnatado a força. De manhã cedo eu merendo café com esse leite e pão, nem gosto muito, porque abusa o pão integral. Não sou muito de beliscar, só belisco se for uma coisa muito boa. De manhã eu como uma maçã e estou evitando mais o suco. Eu tomava o de fruta, mas é porque parece que eu estou enjoando, também não gosto de fruta. Assim, no almoço eu não gosto de macarrão, carne eu só como carne quando eu me sinto muito fraca. Eu como em uma semana, na outra já não estou comendo mais. Galinha há muito tempo eu não comia, comi não semana passada, mas não gostei e não comi mais. Comer carne eu não estou gostando, a última

vez foi a força, gosto mesmo é da carne de porco, se tiver eu como. Verdura eu não como mais, porque abusei. Não gosto de nada cozido, por mim era tudo assado com óleo. Tomo uma coca-colazinha em vez de quando. A noite às vezes como ovo, gosto muito de ovo. Gosto também de um arrozinho com feijão. As vezes eu como doce, não vou negar. Fazia muito bolo, mas quem mais gostava de bolo era meu filho que casou, agora compro pronto na padaria.

IC- D Experiências vivenciadas com a doença

DSC-D: Minha diabetes é o tempo todo controlada, aumenta mais por causa do pão de manhã, já percebi. Almoço sempre tarde lá pra 13h, não tenho hora para almoçar, aí quando eu estou vendo estrelinha eu boto alguma coisa na boca, e 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, aí eu fico passando mal. A tarde as vezes eu merendo, quando sinto uma falta no estômago, fico tonta. O povo diz que é a Diabetes. Às vezes não resisto e eu dou uma picadinha em um doce. Mas eu vou deixar de comer doce, quando eu como doce, aí eu me sinto mal. Eu sinto que as minhas pernas pioram. Eu não gosto de comer de noite não, não me sinto bem comendo de noite, também durmo cedo. Me acostumei desse jeito. Feijão, eu sou fã, mas se eu comer todo dia, pode ficar sabendo que vai dar uma alterada. As vezes eu como fritura e no outro dia amanheço ruim. Eu sei que faz mal, mas eu como, então depois eu tomo um chá. A noite eu gostava de comer um pãozinho de milho. Ai eu notei que pão de milho, sobe o diabete. Uma senhorinha me disse lá no merceiro, ai fiz um teste. Um dia meu diabetes tinha dado 86 ai eu comi pão de milho com leite ai no outro dia foi tirado e deu duzentos e pouco. Eu vou testando comida. E comida que aumente eu vou deixando.

IC- E O sujeito diabético influenciado pela ordem médica sobre a alimentação

DSC-E: No café da manhã é café com leite, adoçante e bolacha, pão não, porque tiraram, a Doutora tirou. Na verdade ela disse que eu comesse um pão no café e seria o suficiente. Então, como meu carioquinho. Mas, eu tive com a doutora agora e ela disse que tudo quanto é massa vira açúcar quando cai no sangue, até brinquei com ela: “Pois, então eu tô encurralado pra morrer”. Almoço arroz, não como feijão, a médica disse que era pra mim não comer, não como carne também, só poucas vezes. A médica disse para eu não comer carne encarnada e fazer tudo cozido, então como mais peixe cozido. Como lombo às vezes, mas poucas, porque a doutora disse que não era para ser sempre. O doutor também disse que comesse o peito da galinha, porque o resto tem mais gordura. Refrigerante eu não tomo mais. A tarde como alguma besteirinha. Eu como fruta, mas tem fruta que eu não gosto. Eu só como fruta que eu gosto. As que eu gosto mais são melancia e banana, mas foi logo a que a doutora disse que eu não podia comer, então não como.

IC- F Fator financeiro como dificuldade para uma alimentação saudável

DSC-F: Meu almoço é almoço de pobre mesmo, não tem nada para comer,

porque o dinheiro não dá, como o que tiver. É Feijão, arroz, carinha aqui e acolá, carne pouca, galinha, às vezes peixe. Mais é galinha. Verdura, como qualquer uma, chuchu, cenoura, beterraba, quiabo, no dia que tiver. Só que eu só posso comprar essas coisas no dia que tem dinheiro, não é todo dia. Eu já pelejei para receber esse benefício para ver se eu faço tudo bem direitinho, comer bem, mas até agora eu não consegui nada.

IC- G Percepção sobre a quantidade de alimentação consumida

DSC-G: Não estou comendo quase nada. De manhã as vezes como bolacha com leite, tomo um caldo de carne, como uma fruta. No almoço eu como pouquinho, se comer o arroz, não como macarrão, um pouquinho de macarrão, um pouquinho de caldo, uma coisinha de carne ou é frango, tudo pouco. As noite às vezes janto, as vezes não. As vezes é um pedacinho de frango quando eu tô com vontade, duas colher de arroz. Minha comida é muito pouca, estou com fastio.

Percebe-se que a maioria das pessoas 148 (55,22%) faz referência a uma alimentação monótona, sem grandes variações cotidianas. Em geral essa alimentação é composta por uma pequena variedade de cereais (arroz, macarrão, pão, farinha, batata), frutas (banana, manga, melancia, mamão), vegetais (alface, tomate, cenoura) e laticínios (leite, queijo), assim como a presença de gorduras de um modo geral (óleo, margarina), gordura saturada e colesterol (salsicha, linguiça, pele de aves, ovo).

Muitos entrevistados, 38 (14,18%), relataram uma mudança na alimentação após o diagnóstico da doença. Essa alteração se deu pelo entendimento de que alguns alimentos não são indicados dentro do contexto da doença e de uma alimentação saudável.

Chama atenção a quantidade de pessoas, 29 (10,82%), que associam gostos pessoais, prazeres, gozos, desgostos e rejeições no momento da escolha alimentar. Nesse caso a escolha é feita pelos dois extremos, escolha do alimento inadequado, porque gosta ou rejeita o alimento adequado, porque não gosta, mas tem consciência dessa decisão.

As experiências vivenciadas com a doença foram relatadas por 18 (6,72%) pessoas. Essas vivências sempre foram atreladas a uma mudança no comportamento alimentar. Os depoimentos mostram também que há persistência no comportamento que deu errado, ainda que ele tenha sido percebido.

A orientação, aqui nomeada como ordem médica, foi destacada por 13 (4,85%) participantes. A indicação alimentar dos profissionais de saúde era recebida

como uma ordem a ser seguida, sem nenhuma reflexão, entendimento ou questionamento associado. O profissional é percebido como ditador do comportamento, do “não pode”. Mesmo que a orientação seja no sentido de controlar o excesso de determinados grupos alimentares (cereais, frutas, doces e gordura), os entrevistados não percebem o condicional, absorvendo apenas a imposição negativa.

Doze (4,48%) pessoas enfrentaram um fator de dificuldade na escolha alimentar: o dinheiro. Muitas vezes tinham conhecimento da opção alimentar apropriada para a doença, mas relatavam que a questão financeira impossibilitava a constante aquisição de alimentos saudáveis.

A referências da quantidade de alimentação consumida ficou em destaque nos discurso de 10 (3,73%) diabéticos. Independente da qualidade de alimentos que ingeriam, os participantes enfatizaram a importância da quantificação da alimentação, considerando sempre ínfima.

5.3 Discurso do Sujeito Coletivo das concepções alimentares dos diabéticos

A partir da questão 2 “Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?” foram produzidas 147 expressões chaves (registros) que resultaram em 7 idéias centrais, com destaque para “Concepções sobre (des)controle da doença” (Tabela 3 e Figura 3). No Quadro 4 são exibidos os DSC referentes a cada IC.

Tabela 2. Distribuição da proporção (%) das ideias centrais referente à resposta à questão 2 (Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Ideias Centrais	Número (%)
A. Concepções sobre (des)controle da doença	70 (47,62%)
B. Conhecimento e incertezas sobre a alimentação	25 (17,01%)
C. Alimentação sustenta a vida, com ou sem a doença	23 (15,65%)
D. Desconhecimento sobre a alimentação correta	16 (10,88%)
E. Dificuldade em seguir a alimentação apropriada	11 (7,48%)
F. Medicalização como controle	2 (1,36%)

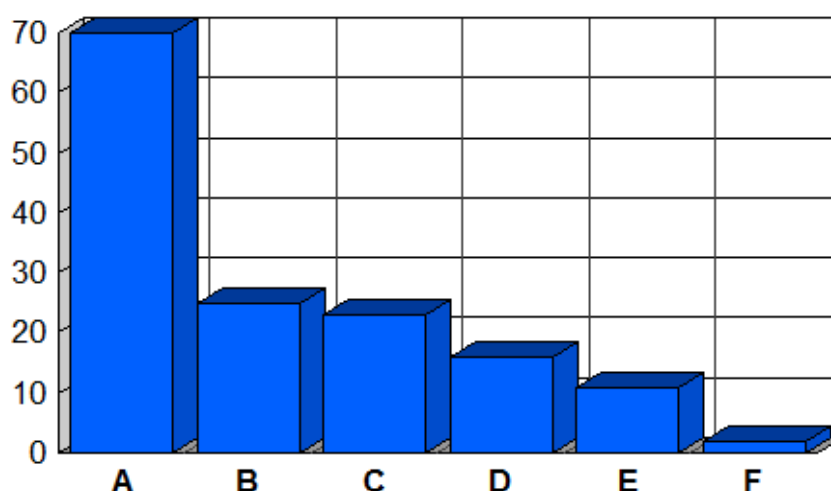


Figura 3. Representação gráfica da proporção das ideias centrais referentes à resposta à questão 2 (Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?). Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão 2 (Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?) segundo as ideias centrais. Diabéticos cadastrados no Centro de Saúde da Família Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Fortaleza, CE, 2012.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
IC- A Concepções sobre o (des)controle da doença	
DSC-A:	Com certeza. O principal não é nem o remédio não, é a alimentação. Tudo que você come se transforma em açúcar no organismo A alimentação é importante, porque se for comer demais, se der uma escorregada, na hora do exame a Diabetes aumenta. Quem tem Diabetes tem muita vontade de comer. Se alimentar certo é comer pouco, tudo pouco, de três em três horas. Tem as coisas que faz mal e as outras coisas que não altera. Se você comer as coisas que não altera, aí vai conseguir controlar a doença. Eu não bebo refrigerante, não como açúcar, muito macarrão, evito gordura, muita massa. Tento comer mais fruta, menos carne e mais galinha e peixe. Comer mais verdura e fruta também ajuda a diminuir a glicemia. Passei um ano comendo uma dieta que a nutricionista passou e a minha diabetes ficou controlada.
IC-B Conhecimento e incertezas sobre a alimentação	
DSC-B:	A gente comendo pouco tem mais saúde. Eu acho que a alimentação é importante, porque quando a gente não se alimenta direito piora a Diabetes, fica aquela fome, aquela falta. Não pode comer muito arroz, muita farinha, frutas muito

doces. Tem que tomar leite desnatado, comer pão integral, menos carne, nada gorduroso e tem que ser tudo pouco. Mas eu como essas coisas e não acho a menor diferença, não muda nada. É, pra mim é assim, normal.
IC-C Alimentação sustenta a vida, com ou sem a doença DSC-C: Eu acredito não seja importante para a doença. Acho que a alimentação seja para me alimentar mesmo, não controlar a Diabetes. A alimentação é pra gente não ficar fraco, se não a gente não aguenta, não consegue se sustentar. Serve para ficar forte. O organismo pede comida de vez em quando. Acho que estando com fome tem que comer mesmo, seja o que for, se não a gente morre. Não aguento viver comendo pouco. Só faz as coisas quem come bem.
IC- D Desconhecimento sobre a alimentação correta DSC-D: Não sei, doutora. Acho a Diabetes tão desiludida. Acho que a alimentação é muito importante, mas não sei dizer porque. Não sei nem o que devo comer, não faço ideia, não pode comer tudo no mundo, é tanta coisa proibida. Como quando sinto fome e pronto.
IC-E Dificuldade em seguir a alimentação apropriada DSC-E: Não me dá vontade de seguir essa alimentação que passaram. Eu até fiz, emagreci mais, mas o problema é que sei lá, dá vontade de comer e eu vou lá e como. Não tenho paciência para essas coisas. Você comendo uma coisa assim, por exemplo, o sal, você comer uma comida sem sal é o mesmo que não comer, pelo menos pra mim é. Agora eu não faço porque eu sou um desastrado mesmo, mas eu acredito que tenho que comer de três em três. Agora eu não como de três em três horas. Tinha que comer uma fruta, uma banana, uma maçã, um melão. Coisa que dá resultado. Não consigo fazer, porque eu sou desmantelado mesmo.
IC- F Medicalização como controle DSC-F: A alimentação é importante para controlar a fome. Acho que o que controla, o que tem a ver com a Diabetes é os remédios que a gente toma. O médico disse que o que controla a glicemia é o remédio. Minha diabetes subiu um pouco, porque faltou o medicamento. No posto não tinha, na farmácia também não tinha e eu passei a semana sem tomar elas, aí a Diabetes subiu.

Grande parte dos entrevistados 70 (47,62%) demonstraram percepção de como a alimentação influencia no controle glicêmico, associando os hábitos alimentares ao controle ou descontrole da doença, demonstrando assim a importância que é atribuída a alimentação.

Apenas 25 (17,01%) diabéticos revelavam ter conhecimentos sobre a alimentação adequada, ideal para manter o nível glicêmico dentro do padrão de

normalidade, no entanto essas pessoas também expuseram suas incertezas e dúvidas em relação a forma, quantidade e tipo de alimento.

Outra concepção encontrada foi a de que alimentar-se é útil apenas para manter as funções vitais, sugerindo um valor meramente biológico aos alimentos. Essas pessoas, 23 (15,65%), não fizeram nenhuma ligação entre a alimentação e a existência da doença.

Uma parcela dos participantes, 16 (10,88%), demonstrou desconhecimento sobre a dieta indicada para pessoas com diabetes, apesar de muitas vezes afirmarem que possuir uma alimentação saudável é essencial para a saúde. Ainda assim, não conseguiram sugerir alimentos adequados, assim como explicar o porquê avaliaram a alimentação como importante para controlar a doença.

A dificuldade de seguir a alimentação apropriada foi um fator recorrente. Onze (7,48%) diabéticos referiam ter problemas ao tentar realizar a dieta recomendada, seja por ausência de auto controle ou falta de força de vontade, mas não por descrença no poder da alimentação adequada.

Dois (1,36%) pacientes atribuíram todo o mérito do controle glicêmico à medicação, revelando, inclusive, que essa concepção foi repassada pelos profissionais de saúde. Nesse caso, a alimentação é vista como um elemento dispensável na compensação da Diabetes.

6. DISCUSSÃO

“Que ninguém se engane, só se
consegue a simplicidade através de
muito trabalho”
(Clarice Lispector)

A discussão dos achados do presente estudo obedecerá a mesma sequência de apresentação dos resultados, embora tenha-se optado por não fazer uma divisão formal dos tópicos.

O fato da maioria dos pacientes entrevistados ser do sexo feminino (72,0%) e mais da metade apresentarem idade acima de 60 anos, coincide com vários estudos realizados junto a indivíduos diabéticos (NETO, 2003; BATISTA et al., 2005; WICHMANN et al., 2007; SOARES; LANZILLOTTI, 2009; LANDIM, 2009; RODRIGUES, 2011; VIDEIRA, 2011). Esse resultado pode indicar, de maneira geral, que as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens e possuem um maior comportamento de busca para o autocuidado (PERES et al. 2006, 2008). São elas que transmitem os saberes e práticas acerca da manutenção da saúde e também normalmente cuidam da saúde dos seus familiares e mesmo vizinhos e amigos (PÉRES et al., 2006). A faixa etária representada por idosos pode ser de certa forma característica da doença acometer indivíduos a partir dos 45 anos em sua manifestação mais comum (SOUZA, 2003).

No tocante ao nível educacional a escolaridade dos indivíduos avaliados, foi baixa, considerando que a maioria (87,2%) tinha até 7 anos de estudo, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto. Chama também atenção que quase um terço (29,9%) dos participantes tinham nenhum ou menos de 1 ano de estudo.

Baixa escolaridade está presente em vários estudos que focalizam o indivíduo portador de diabetes usuário do Sistema Único de Saúde, embora os pontos de cortes utilizados por alguns deles (PÉRES et al., 2006; WICHMANN et al. 2007; SIMÕES, 2012) não seja o mesmo adotado no presente estudo, em que se categorizou os indivíduos de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010).

A discussão comparativa da escolaridade é pertinente, uma vez que a mesma facilita o acesso da pessoa à informação além de poder propiciar uma melhor compreensão das mensagens recebidas (JAIME; MONTEIRO, 2005; FIGUEREDO, JAIME; MONTEIRO, 2008). Vallecillo (2007) afirma que a escolaridade dos pacientes é de extrema importância para a aplicação do tratamento farmacológico e especialmente na educação alimentar. Alguns estudos confirmam que pessoas com maior nível de educação formal aderem mais ao tratamento e apresentam melhor controle metabólico (PEYROT et al., 2005; DELAMATER, 2006). O menor nível de

escolaridade também dificulta o acesso a melhores empregos, submetendo-as a funções pouco remuneradas.

No presente estudo 78% dos diabéticos não exerciam atividades de trabalho atual, fora do lar (45,5% aposentados e 32,5% em atividades do lar). Resultado similar foi encontrado por outros autores: no estudo de Simões (2012) havia 33,3% de indivíduos aposentados e igual percentual de indivíduos sem atividade remunerada; Landim (2011) encontrou 46,5% aposentados e 32,5% sem remuneração; Rodrigues (2011) computou 52,0% aposentados e 24,4% sem atividade remunerada.

Baixo nível socioeconômico e de escolaridade pode representar um fator limitante para o tratamento, principalmente em relação ao plano alimentar, devido ao alto custo. De acordo com Tavares et al. (2009) o baixo nível sócio econômico aliado à baixa escolaridade constituem fator determinante para a pessoa diabética negligenciar as recomendações prescritas pelo nutricionista ou profissional de saúde. A complexidade do cuidado exigido requer um indivíduo informado, capaz de procurar, obter e compreender informações necessárias.

A maior parte dos entrevistados (75,2%) tinha um tempo de diagnóstico de doença que variou de 3 a 10 anos, ou seja, esses indivíduos já conviviam há algum tempo com o problema. Outros pesquisadores encontraram que a maioria dos seus pesquisados tinha tempo de doença de pelo menos 6 anos (RODRIGUES, 2011), maior ou igual a 5 anos (VALLECILLOS, 2007; LANDIM, 2011) ou tempo menor do que o encontrado no presente estudo, como de no máximo 5 anos de diagnóstico (ASSUNÇÃO et al., 2001). Logicamente, depende do critério de inclusão adotado em cada estudo. A ausência de um cadastro completo no CSF-MLJ inviabiliza saber se a maioria aqui encontrada com 3-10 anos de doença também representa a maioria dos atendidos no Serviço.

O tempo de doença possui uma relação inversa com adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo de diagnóstico, menor a prevalência de adesão ao tratamento e maior o risco de complicações advindas de um insatisfatório controle metabólico (DROUMAUGUET et al., 2006). Isso pode ocorrer por uma acomodação na convivência com a doença fazendo com que o indivíduo perca o medo de complicações aguda não atentando para o surgimento precoce de complicações crônicas com a menor adesão ao tratamento.

Apenas 17,2% dos participantes tinham glicemia dentro dos limites aceitáveis para o paciente diabético segundo o critério aqui adotado (até 125mg/dL de sangue). Percentual menor foi encontrado por Batista et al. (2005) que foi de 8,4% , embora esse autor tenha considerado glicemia aceitável valores maiores que 126mg/dL.

A caracterização global dos pacientes entrevistados aponta para um perfil de pessoas vulneráveis sob o ponto de vista da idade, da escolaridade, da situação econômica (dada a prevalência de aposentados e exercício de trabalho no lar) e de controle metabólico.

A maioria dos diabéticos revelaram práticas alimentares sem grandes variações cotidianas, expressa da 1ª ideia central, sendo consideradas bastante repetitivas, constituindo-se na comida básica do brasileiro. Nesse sentido, 95,5% dos entrevistados referiram consumir arroz e feijão nas suas refeições, sendo almoço ou jantar.

Estudando a mesma temática, focalizando no entanto as práticas alimentares no Brasil, Santos (2008) encontrou o arroz e o feijão como a comida básica do brasileiro, caracterizado como o prato que unifica o país, corriqueiro, comum, presente em todas as mesas.

Do mesmo modo para Da Matta (1987) esse prato exprime a sociedade brasileira combinando o sólido com o líquido, o negro com o branco e resultando em uma combinação que gera um prato de síntese, representativo de um estilo brasileiro de comer, transformando-se assim, como referido por Santos (2008), em um prato que possui um sentido unificador.

A maioria dos entrevistados fez referência ao arroz e feijão como comidas “de sustância”, fazendo a pessoa que consome sentir-se forte e disposta. Já a alimentação recomendada ao paciente diabético é vista como insuficiente, causando fraqueza e emagrecimento.

Há mais de 20 anos, Zaluar (1985) fez uma reflexão semelhante, embora não investigando pacientes diabéticos. O autor comentou que foi considerada comida pelos seus entrevistados basicamente feijão, arroz e carne. As verduras, os legumes, as frutas apareciam sempre como alimentos para tapear e frequentemente vinha na forma diminutiva: “saladinhas”, “verdurinhas”, “coisinhas”, que “não dá”, que “não satisfaz”. Do mesmo modo o arroz, sem o acompanhamento do feijão vira ‘arrozinho’ e comê-lo assim é considerado passar fome. A pessoa que não ingere comida, não come e, sim, “faz lanche”, “tapeia” e os resultados desse tipo de

alimentação são vistos como catastróficos: “a pessoa emagrece”, “fica só o osso” (CAMPOS, 1982).

Campos (1982) ainda cita que o que não é comida pode incluir peixe, canja de galinha, frutas, verduras. E não são comida porque não sustentam, não “enchem a barriga”, não satisfazem, não são “fortes”. Esses alimentos são vistos frequentemente como complemento da “comida”, já que ajudam, “compõem o prato”, “tem vitamina”. Em outras palavras: quem não come feijão com arroz está passando fome.

No café da manhã dos entrevistados houve predomínio do consumo de café, leite e pão, assim como também constatou Santos (2008) no seu estudo. O café com leite, junto ao pão com manteiga perduram como símbolo da primeira refeição do brasileiro ao longo do século XX, especialmente na segunda metade. Isso não descarta outras opções de refeição matinal tradicional no Brasil que resiste à base de cuscuz de milho e pão, mingaus ou “refeição de sal” (SANTOS, 2008).

As práticas tradicionais dos pacientes deste estudo predominaram sobre as prescrições dietoterápicas, assim como foi encontrado por Santos e Araújo (2011). Estes autores discutem que as práticas alimentares tradicionais foram construídas a partir de diferentes dimensões e diferentes culturas, e condicionadas por um cardápio relativamente escasso, portanto a dietoterapia, mesmo introduzindo outros alimentos, é considerada monótona e pouco apetitosa.

O comportamento alimentar dos diabéticos em geral é constituído por representações construídas pela preocupação em selecionar alimentos sadios, conforme relata uma participante do presente estudo: “devo comer coisas sadias”.

Mesmo não fazendo uma classificação em dieta saudável e dieta pobre, percebe-se, em linhas gerais, que a dieta dos diabéticos investigados precisa melhorar, independente de sua doença, rumo a um padrão saudável, incluindo grãos integrais, frutas, verduras, legumes e leite desnatado.

Cada grupo constrói o seu conceito dos alimentos a partir dos seus aspectos identificadores que incluem além do valor biológico, os valores sociais, afetivos e culturais dos alimentos e das preparações (ALVES; BOOG, 2008).

Assim como no presente estudo, outros autores (BASLOTIS et al., 2002; FISBERG et al., 2004; SOARES et al., 2009) observaram que pacientes diabéticos apresentam médias de consumo mais baixas nos grupos dos cereais, dos laticínios e das frutas, do que indivíduos sem a afecção.

Assim, Soares et al. (2009) avaliando qualidade dietética, encontraram que 38% dos homens e 24% das mulheres com diabetes mellitus tipo 2 apresentaram dietas pobres e 8% dos homens e 72% das mulheres necessitavam de melhorarias na sua alimentação.

Seguindo uma lógica similar de investigação, porém com indivíduos saudáveis, Santos et al. (2009) também ressaltaram o elevado percentual de indivíduos que ingeriam um reduzido número de porções do grupo dos cereais, frutas, vegetais e laticínios. Além disso, uma parcela expressiva apresentou um consumo alto de gorduras totais e saturadas, de colesterol e de sódio.

Coincidindo com estes achados, Basiotis et al. (2002), investigando a dieta em um estudo populacional americano, encontraram que 74% das dietas necessitavam de melhorias, 16% eram dietas pobres e apenas 10% da população consumia uma dieta saudável.

Fisberg et al. (2004), ao realizar uma pesquisa com moradores de Botucatu no Estado de São Paulo, encontraram que somente 12% dos indivíduos apresentavam dietas saudáveis; 74% das dietas necessitavam modificações e 14% consumiam dietas inadequadas.

Em contrapartida, no estudo de Santos et al. (2009), 40,3% das dietas foram consideradas saudáveis, 52,2% dos entrevistados necessitavam melhorar e apenas 7,5% foram consideradas pobres. Avaliando os componentes que mais interferiram na classificação das dietas como pobres, necessitam melhorar e saudáveis, verificou-se que os grupos das frutas, dos laticínios e das gorduras saturadas obtiveram os menores escores nas dietas pobres, enquanto que os grupos dos cereais, das frutas e dos laticínios obtiveram menores escores nas demais classificações.

Em reflexo a este estudo, na presença de doenças crônicas ou não, o que se pode observar atualmente é que os hábitos alimentares da população em geral estão inadequados. Tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, em virtude de transformações sociais, econômicas e culturais, a forma de se alimentar e a composição da dieta das pessoas foram alteradas (MARTINEZ, 2000; MONTEIRO et al., 2001; POPKIN, 2001; FRANCISCHI et al., 2001; FUNG et al., 2001; LOCK et al., 2005; TARDIDO; FALCÃO, 2006; PONTIERI; BACHION, 2010).

Essa transformação fez com que a população passasse a ingerir mais alimentos com alto valor calórico, grande quantidade de açúcar refinado, grande quantidade de gorduras, principalmente gorduras saturadas, e maior quantidade de proteínas, enquanto que a quantidade de fibras e gorduras insaturadas diminuiu. Dessa forma, é necessário um processo de reeducação alimentar global, envolvendo todas as pessoas de forma geral, embora isso seja premente para as pessoas diabéticas e seus familiares (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

A mudança nas práticas alimentares após a descoberta da doença caracterizou a 2ª ideia central, enfatizada por 38 (14,18%) pacientes dentre os entrevistados neste estudo.

Corroborando os dados encontrados neste trabalho, Bougmiza et al. (2012), avaliando 150 pacientes, encontraram que 60 (40%) realizaram mudanças em seus hábitos alimentares desde a descoberta do diabetes e 134 (89%) passaram a comer três refeições por dia.

A questão relativa à mudança na alimentação dos diabéticos também foi destacada por Pontieri e Bachion (2010), afirmando que os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e são influenciados pelo convívio social e familiar. A necessidade de reestruturação dos hábitos alimentares dos diabéticos torna-se, por isso, uma atitude ainda mais abrangente, pois se percebe que, para que se tenha uma mudança efetiva por parte das pessoas adoecidas, é preciso que o meio no qual ela está inserida passe também por transformações.

A formação de novos hábitos alimentares inicia com os rompimentos dos limites de sentido considerados comuns, como os comportamentos realizados antes de ser doente e em seguida com as rupturas profundas na biografia e autoconceito dos envolvidos (BURY, 1982).

Santos (2008) embora pesquisando indivíduos saudáveis, encontrou nas práticas alimentares modernas das pessoas de Salvador, como principais características a substituição de itens em geral como, por exemplo, adoçante no lugar de açúcar, margarina no lugar de manteiga, preferências por peixes ou frangos no lugar de carne vermelha, alimentos integrais no lugar dos processados, sucos no lugar do refrigerante, dentre outros. Existe de fato toda uma posição hierárquica entre os alimentos classificados como saudável ou do que é mais saudável que o outro. Percebe-se no presente estudo a preocupação dos indivíduos com uma alimentação adequada, como se vê no trecho “Eu como na medida certa, tento dar

preferência aos alimentos que não afetam a diabetes, pão só como integral, como frutas todo dia. Tento não exagerar em nada, porque é o exagero que faz a gente piorar.”

Mesmo Santos (2008) tendo investigado pessoas saudáveis, a mudança nas práticas alimentares é avaliada da mesma forma em indivíduos com doenças crônicas, em especial a diabetes, como no discurso: “ Gosto muito de carne de gado, de porco, de carneiro, mas hoje como dificilmente. A farofa eu sei que não faz bem, mas não consigo deixar. Diminui bastante. Nem sou muito fã de verduras, mas todo dia como pelo menos alface, boto azeite em cima e tomate”

Outra característica da população soteropolitana foi a inclusão de frutas, especialmente maçã ou abacaxi, aliadas à combinação de peixes e verduras, queijo branco, pão integral. Inclusão de saladas, mas não todos os dias “para não enjoar”, exatamente como expressaram vários participantes do estudo em questão (SANTOS, 2008). A mesma autora verificou dentre os entrevistados a modificação na preparação de alguns gêneros, como por exemplo a utilização do frango sem pele, substituição das frituras pelos assados ou grelhados ou ainda o alimento cozido, sem o uso da gordura.

Evidencia-se que, para parte dos entrevistados do estudo de Welfer e Leite (2005), houve a necessidade de realizar adequação de seu estilo de vida, sendo a mudança nos hábitos alimentares a principal, afirmando que diminuiriam o consumo de alimentos que continham altas taxas de glicose e lipídios.

Vários entrevistados do presente estudo expressaram essas práticas: “Sempre tiro a pele do frango, para diminuir a gordura, agora como tudo cozido, às vezes asso, mas fritar é a coisa mais difícil do mundo. Não uso muito óleo”.

No entanto a expressão “eu como de tudo” foi expressa para um grupo de entrevistados deste estudo, referindo-se aos sujeitos que não promoveram mudanças significativas nas suas práticas alimentares nos últimos anos, mesmo após o diagnóstico da doença.

Santos (2008) percebeu, em seu estudo, que mesmo necessitando fazer adequações alimentares, esta permanência das práticas alimentares tradicionais estavam associadas a um “não sentir necessidade no momento” de realizar mudanças, contudo reconheciam como importante as recomendações sobre alimentação saudável. O mesmo ocorreu no grupo do presente estudo, em que os

pacientes mostraram interesse pela escuta das recomendações alimentares adequadas, mas não viabilizavam a práticas dessas recomendações.

Viana (2002) identificou que a intenção ou compromisso em alterar a dieta (deixar de consumir ou passar a preferir um determinado alimento ou grupos de alimentos) pode ser influenciada pela ocorrência de doença ou sintoma inesperado no próprio indivíduo, em um familiar ou amigo ou através de informações recebidas por um técnico de saúde, amigos, familiares ou meios de comunicação, reforçando socialmente as atitudes face ao alimento e proporcionando novo comportamento.

Apesar de serem conhecidas as implicações de uma dieta desequilibrada e deficitária em nutrientes, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir. Mais difícil ainda será manter as mudanças realizadas. Adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos arraigados e associados a outros fatores de ordem social e cultural (VIANA, 2002).

A reflexão a respeito das escolhas alimentares revela prazeres e rejeições dos participantes deste estudo, fazendo referência à 3ª ideia central. Observa-se essa característica no seguinte depoimento: “Hoje mesmo estou estudando o que vou fazer pro almoço. Eu gosto muito de verdura, todo dia faço salada de alface, (...) detesto qualquer fruta, só gosto mesmo de banana. É a única fruta que como”.

Corroborando os achados deste estudo, Viana (2002) encontrou que selecionar os alimentos tem a ver com as preferências relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e a outros fatores psicológicos e sociais, ou seja, uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada.

Assim como sugere Santos (2006) a escolha alimentar é um objeto de decisão cotidiana que recai sobre a esfera do indivíduo: decisão sobre o que comer, quando comer, onde comer e com quem comer. Cada indivíduo é que deve estabelecer os seus próprios critérios.

Muitas falas dos diabéticos do presente estudo vinham com a proibição embutida na escolha alimentar, reveladas neste trecho: “Eu como mais é feijão, arroz, farinha e ovo. Meu destino é comer feijão, gosto muito. Adoro linguiça, mas o Dr. me proibiu, por causa da gordura.”

Em consonância com este estudo, Santos (2008) encontrou, em um grupo dos seus entrevistados, que comer é sobretudo um prazer, por vezes preservando prazeres que tendem agora à proibição, como é o caso da gordura. Vale ressaltar

que doentes não se mostram imunes às recomendações alimentares, ainda assim enfatiza-se os gostos alimentares no centro das referências das condutas, ou seja rendem-se as suas preferências alimentares.

O diabetes acarreta mudanças significativas na relação que a pessoa acometida estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que a cerca, sendo que as restrições no comportamento alimentar a torna mais consciente de suas limitações. Por essa razão, o conflito entre o desejo alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana da pessoa com diabetes (RODRIGUES, 2009).

Alguns entrevistados 18 (6,72%) mencionaram acontecimentos correlacionados à presença da diabetes, 4ª ideia central mencionada. Percebeu-se neste estudo que as experiências vivenciadas com a doença foram fatores determinantes para decisão de alterar as práticas alimentares, como foi visto no seguinte discurso: “(...) você acredita que a noite eu gostava de comer um pãozinho de milho? Ai eu notei que pão de milho, sobe o diabete, sabe? Uma senhorinha me disse lá no merceiro, ai eu fiz um teste, né? Um dia meu diabetes tinha dado 86 ai eu comi pão de milho com leite e no outro dia foi tirado e deu duzentos e pouco. A partir desse dia não comi mais. (...)”.

Assim como comentaram Barsaglini e Canesqui (2010), para esses pacientes a alimentação não se dissocia das representações e da experiência da enfermidade, sendo orientada por ideias, crenças e pelo conjunto de ajustes e microdecisões cotidianas para controlar os efeitos/sensações desfavoráveis, permitindo conviver com e apesar delas. As formas de manejar a alimentação e as dietas alimentares são componentes importantes do controle do diabetes, subtraídas do poder exclusivo dos saberes e das práticas médica e nutricional.

O receio de acontecer algo ruim no tocante à saúde, também esteve nas revelações dos diabéticos deste estudo. Silva (2008) também encontrou que esse receio foi o pensamento dominante de algumas pessoas com DM2, por isso elas controlam a vontade de comer grandes quantidades do alimento preferido. A aceitação do plano alimentar faz parte do esforço em transformar a doença em naturalidade, habitualidade, perda do desejo e modificação dos valores.

Em contrapartida, mesmo com experiências negativas, alguns diabéticos deste estudo não abrem mão do que gostam. Vê-se neste depoimento “ (...) eu não gosto de comer de noite não. As vezes eu como fritura e no outro dia amanheço

ruim. Eu sei que faz mal, mas eu como. Então, quando estou me sentindo mal eu tomo um chá (...).”

Confirmando e explicando esse fato, Proust (1995) já referia que não conseguimos mudar o hábito conforme nosso desejo, conseguimos aos poucos mudar o desejo. Assim a situação que gostaríamos de mudar se torna indiferente.

Treze (4,85%) entrevistados deste estudo fizeram referência à postura médica como proibitiva, como representado na 5ª ideia central, utilizando expressões, como “ a doutora tirou, a médica disse que não era para comer, o médico proibiu, a doutora disse que eu não inventasse de comer”.

Os participantes deste trabalho também destacaram que essa imposição exerce uma grande influência sobre suas decisões com relação às escolhas alimentares. Nos nossos achados, isso fica claro no seguinte depoimento ” (...) Eu como fruta, mas, tem fruta que eu não gosto. Eu só como fruta que eu gosto. A que eu gosto mais é melancia. Mas, foi logo a que a doutora disse que eu não podia comer. Então, deixei de comer. Haja sofrimento.”

Marcelino e Carvalho (2005) e Pontieri e Bachion (2010) encontraram resultados similares, constatando que a recomendação da alimentação dos participantes dos seus estudos é percebida como restritiva e unilateral, sendo diferente do padrão alimentar adotado antes do advento da enfermidade.

Barsaglini (2008) também faz referência à imposição médica, quando cita que o paciente, no seu estudo de caso, se deparou após o diagnóstico com imposição de regras (“ter de”) ao comportamento alimentar. Embora demonstrasse disposição para segui-las, elas se revelaram incompatíveis com o padrão alimentar anterior. Os valores médicos e os da cultura de origem do paciente se antagonizaram, impedindo-o de seguir uma dieta restritiva. Outros estudos, como os de Shils e Goodhart (2003); Canesqui (2005); Pontieri e Bachion (2010) e Ribas (2011) também ressaltaram o posicionamento autoritário dos profissionais diante das recomendações alimentares.

Vale ressaltar, como comentou Santana (2002), que o proibido parece acirrar o desejo, “(...) o sabor do proibido faz mais doce o mel (...). Da proibição surge o desejo, e desse desejo surge a transgressão. Na verdade a proibição aguça o objeto do desejo, quanto mais proibido mais desejado se torna.” Para a autora, a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida da pessoa

portadora de diabetes. “Esse mesmo desejo faz o diabético sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa”.

Cyrino (2009) alerta sobre os termos que devem ser evitados na relação terapêutica médico-centrada, atentando para os desvios, próprios da tradição funcionalista, como é o caso de “obediência” ou “submissão” às ordens médicas.

Em razão da complexidade do comportamento alimentar, não se deve simplesmente suprimir alimentos ou preparações que são parte das práticas alimentares estruturadas dos sujeitos (GARCIA, 2005).

As normas alimentares não podem ser tão restritivas e radicais, como as expressas pelos participantes deste estudo, pois conforme Marcelino e Carvalho (2005) o controle intenso dos cuidados restritivos não é tão fácil de ser colocado em prática e pode se tornar estressante e desnecessário, quando os participantes se defrontam com a dualidade dos desejos impulsivos de fazer aquilo que desejam e as normas a serem seguidas.

Ao contrário da relação do modelo médico-centrado, que pressupõe passividade do adoecido para aceitar e seguir as recomendações, o ideal é o paciente fazer julgamentos e esperar um conhecimento específico do profissional ajudando-o a se cuidar, mas não excluindo o autoconhecimento dos seus problemas (BARSAGLINI, 2008). Essa modalidade de interação médico-paciente, que pressupõe ajuda mútua e participação efetiva do adoecido mostra-se mais apropriada às doenças crônicas em geral (NUNES, 2003).

Além dos aspectos ligados à ordem médica citados, vale lembrar que praticamente não há proibições ao diabético hoje, apenas se recomendando que excessos de alimentos não tão saudáveis sejam evitados, equilibrando o cardápio do dia a dia com a inclusão de fontes saudáveis (SBD, 2009; ADA, 2012). Por exemplo, melancia não é proibida, mas não pode ser consumida em grande quantidade; o mesmo se aplica à linguiça, ao cuscuz, entre outros alimentos. Dois questionamentos podem ser feitos: é mais fácil para o profissional proibir do que explicar quanto pode ser consumido e com que frequência? A orientação do profissional é de controle, mas é o paciente quem interpreta como proibição? São questionamentos que podem ser aprofundados no futuro, entrevistando profissionais e observando atendimentos.

Os resultados fornecidos pelo presente estudo nos remetem também a um panorama que sugere que, atualmente, a terapia nutricional está de certa forma

massificada, os profissionais estão presos a conceitos e valores tradicionais, que não facilitam o processo de conhecimento dos pacientes a respeito da terapia que está sendo utilizada. Os pacientes recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento assim como demonstraram Pontieri e Bachion (2010). Exemplificando: controlar por que? Como? O que acontece se não controlar? Qual a magnitude dos malefícios a curto, médio e longo prazo?

A ideia central 6 faz referência ao fator financeiro, sendo um impedimento para uma escolha alimentar saudável, citado por alguns depoentes. Eles referiram um consumo baixo de frutas e verduras, tendo como umas das justificativas a ausência de condições financeiras para manterem esse hábito alimentar.

Tendo em vista a alta prevalência de idosos participantes do presente estudo, 89 (56,7%), havendo 72 (45,9%) aposentados, em geral recebem um salário mínimo, muitas vezes esses pacientes não possuem condições materiais de consumir alimentos rigorosos, parafraseando Canesqui (2005), isto é, consumir alimentos bem cozidos, leite, verduras, frutas, carne macias e tenras, por isso eles continuam com a dieta alimentar que sempre tiveram ou mesmo com teor nutritivo inferior, pois a aposentadoria reduz o poder aquisitivo do trabalhador (CANESQUI, 2005).

A mesma autora afirma que não existe uma comida especial para cada faixa etária, assim como a alimentação também constitui uma variável importante na diferenciação entre ricos e pobres.

O poder aquisitivo é um componente decisivo para aquisição de alimentos, citado como uma justificativa limitante da compra e da frequência de consumo de determinado tipo de alimento (BATISTA et al., 2006; PÉRES et al., 2007; SANTOS; ARAÚJO, 2011).

Santos et al. (2009) também reforçam essa ideia ao constatar no seu estudo que mulheres com menor renda *per capita* ingeriram mais cereais e feijão, enquanto as mais ricas apresentaram maior consumo de hortaliças, de frutas e de laticínios. Desta forma, concluiu que quanto maior a renda, maior a diversidade alimentar. Portanto, há uma tendência de que as famílias com melhor situação socioeconômica consumam mais frutas e verduras do que as de baixa renda.

Além da dificuldade em adquirir alimentos básicos, os depoentes acrescentam a dificuldade para comprar produtos dietéticos. Como disseram Pontieri e Bachion

(2010) muitas vezes, ao receber as primeiras orientações sobre a alimentação adequada, o diabético se depara com sua condição financeira como uma barreira intransponível.

Em contrapartida, independentemente das dificuldades financeiras, Lock et al. (2005) revelam que o consumo desejado das verduras e frutas ainda tem sido muito limitado no Brasil. Desde a antiguidade e em muitas comunidades esses alimentos são considerados secundários, pois não dão saciedade e não satisfazem as necessidades alimentares (ZALUAR, 1985; ALVES; BOOG, 2008).

Gomes (2007) também reforça essa questão comentando que comer verduras e frutas envolve mudança de comportamentos que atinge valores e experiências anteriores. Portanto, os determinantes e constituintes do risco e seus conceitos agregados como perigo, medo, confiança e proteção devem ser avaliados.

Sabendo-se que valores culturais das práticas alimentares são mais difíceis de serem modificados, cabe ao profissional que acompanha estes pacientes ter habilidade de propor aquisições acessíveis de acordo com as condições financeiras do indivíduo (TORRES-LÓPEZ, 2005).

Representado pela 7ª idéia central, relativa a quantidades ingeridas, encontrou-se em vários depoimentos informações dos alimentos classificados no diminutivo, sugerindo uma quantidade pequena de consumo: “ (...) No almoço, eu como um arrozinho, feijãozinho, se tiver uma verdurinha eu ponho, se não, é só essas duas coisas. E o franguinho, aqui geralmente mais é frango ou peixe, carne é mais difícil.”

A representação da alimentação categorizada como “normal” por esses participantes foi também evidenciada por elementos que consideram os aspectos quantitativos da refeição: “diminuí a quantidade que comia, dois pratos, passei a comer um prato, como reduzido, não sou de comer em exagero”.

Corroborando este trabalho, Amorin (2011), analisando o comportamento alimentar de diabéticos tipo 2, verificou que ter a percepção de reduzir a quantidade de alimentos por meio das prescrições alimentares é uma prática comum entre as pessoas.

Às vezes, no entanto, a pessoa interpreta a quantidade indicada como insuficiente às suas necessidades, apresentando, assim, dificuldade de atender às exigências de reestruturação do padrão alimentar, pois sua percepção das mesmas é que são impossíveis de serem seguidas (PONTIERI; BALCHIOR, 2010).

Para entender o comportamento alimentar é fundamental que se entenda as concepções dos diabéticos sobre a alimentação.

Passando a discutir as ideias centrais associadas à questão 2, detectou-se uma escassez de estudos avaliando as concepções de indivíduos diabéticos com relação à alimentação. As práticas alimentares e as concepções acerca dos medicamentos ou da doença são mais investigadas (ALMEIDA, 1995; DEBUSSCHE, 2006; SILVA et al., 2006; GIL, 2008; OLIVEIRA, 2009; RODRIGUES, 2009).

Grande parte dos entrevistados, 70 (47,62%), considerou a alimentação como um fator muito importante, fazendo uma associação direta entre as práticas alimentares e o controle da diabetes, expressa na 1ª idéia central.

O estudo de Oliveira e Franco (2010), avaliando o consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes tipo 2, mostrou uma prevalência ainda maior de entrevistados que acreditavam na importância da alimentação no tratamento da diabetes. Dos 120 participantes, 113 (94,2%), consideraram as práticas alimentares relevantes.

Mesmo diante da importância atribuída à alimentação, percebe-se que apenas 27 (17,2%) pacientes desta pesquisa, estavam com a glicemia dentro dos padrões aceitáveis para o diabético, ou seja, até 125 mg/dL.

Portanto, o tipo e a quantidade de alimentos prescritos na dieta são reconhecidos pelos entrevistados como fatores essenciais ao controle do diabetes, mas as ideias e as práticas que possuem podem apresentar incongruências com o padrão das prescrições nutricionais, inviabilizando o seu uso, no mundo da vida cotidiana dos diabéticos.

No entanto, não seguir à risca as recomendações da dieta alimentar orientada nos serviços de saúde não impede que diabéticos considerem que controlam a alimentação, sugerindo que o significado de controle lhes é peculiar, de forma que evitam alguns tipos de alimentos em determinadas ocasiões, mas não se privam totalmente deles (BARSAGLIN, 2010).

Ter consciência da influência da alimentação no controle glicêmico também perpassa o conhecimento sobre a alimentação, característica da 2ª ideia central. Vinte e cinco (17,01%) participantes deste estudo disseram saber como devem alimentar-se. No entanto, demonstraram inseguranças explícitas quanto à escolha do alimento adequado.

No estudo de Amorim (2011) emergiram categorias como: alimentação saudável, evitar doce, comer frutas e verduras, que indicam um conhecimento pelo menos superficialmente adequado por parte dos diabéticos.

Borges et al. (2009), avaliando fatores de risco para doenças crônicas, demonstraram que ocorreu ampla variação no conhecimento da associação da alimentação inadequada com as doenças e agravos não transmissíveis. Houve 80,7% de conhecimento por parte dos pesquisados, da relação entre alimentação e diabetes.

O trabalho de Gil (2008) reforça esses dados, concluindo que os portadores de diabetes, ao serem questionados com relação aos aspectos nutricionais, souberam relatar como deve ser a alimentação.

Por outro lado, um trabalho francês, mais antigo, estabeleceu, dentre os homens saudáveis de meia idade do norte da França, que o conhecimento nutricional é normalmente transformado em comportamento alimentar, ou seja, os homens que obtiveram melhor conhecimento com relação à alimentação, também tinham padrões nutricionais específicos, mais saudáveis (DALLONGEVILLE et al., 2001).

Sant'anna (2003) concluiu no seu estudo que embora as pessoas saudáveis tenham conhecimento dos nutrientes (carboidratos, lipídeos, proteínas) não há a compreensão da manutenção do equilíbrio desses elementos, guardando uma relação de proporções entre si, ainda incipiente.

Também Almeida et al. (1995), em estudo ainda mais antigo, investigaram essa questão junto a pacientes diabéticos atendidos em um ambulatório interdisciplinar de atendimento a tais pacientes, constatando que os conhecimentos teóricos desses indivíduos sobre alimentação eram insatisfatórios.

A concepção da alimentação apenas como necessária para sobreviver foi exposta em alguns depoimentos do presente estudo. Os portadores de diabetes não fizeram nenhuma correlação entre as práticas alimentares e a doença, como referido na 3ª ideia central. Exemplo disso é visto neste depoimento: “É assim, toda alimentação que a gente ingere já é naquele intuito da gente não ficar fraco. Se alimentar pra que? Pra ficar forte. Se a gente não come bem, não quer fazer as coisas. Saco vazio não pára em pé”..

Canesqui (2005) se contrapõe ao estudo atual, afirmando que o alimento não é apenas um veículo fornecedor de energia, mas transcende as necessidades

biológicas. Ainda complementa, afirmando que o alimento configura-se como componente das condições objetivas e materiais de vida.

Além disso, como visto na 4ª ideia central, alguns participantes, 16 (10,88%), não conseguiram fazer uma seleção de alimentos considerados adequados para o controle da enfermidade em questão, mesmo que muitas vezes essas pessoas tenham conceituado a alimentação como fundamental para o controle da diabetes.

Vários estudos indicam que há uma associação entre alimentação saudável e conhecimento, ou seja, infere-se que as pessoas que têm maior conhecimento, são as que têm mais chances de selecionar alimentos mais saudáveis, como mostrou Wardle et al. (2000) e Borges (2008). Pode ser que os participantes incluídos nos discursos referentes à 4ª ideia central, que manifestaram desconhecimento sobre a recomendação nutricional para o diabetes estejam mais propensos a não seguir uma dieta adequada para a doença..

Com relação à dificuldade em seguir as recomendações nutricionais, assim como exposto na 5ª ideia central, 11 (7,48%) depoentes veem o seguimento da dieta como algo sacrificante. Costa et al. (2011), discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde, revelaram um número bem mais expressivo do que o encontrado neste estudo: aproximadamente 50% dos pacientes entrevistados não seguiam a dieta prescrita pelos profissionais de saúde.

Todo indivíduo possui um controle em sua alimentação, mas para o diabético isto passa a ser uma obrigação e uma limitação. Em todas as entrevistas realizadas por Fedalto e Araújo (2001), Welfer e Leite (2005), Silva et al. (2006) e Grillo e Gorini (2007), com pacientes diabéticos, percebe-se os entraves em comer adequadamente.

Uma alimentação equilibrada é reconhecida, pelos entrevistados como necessária para uma vida saudável e não apenas para o diabetes. Apesar disso, todos os participantes deste estudo seguem a prescrição dietética de forma parcial ou forma restrita, assim como no estudo de Santos (2011).

Brandino e Ernesto (2005), avaliando atitudes, conhecimentos e práticas de indivíduos diabéticos na Nicarágua, verificaram que 94% dos pacientes acreditam que a dieta dos diabéticos é desagradável e a consideraram difícil de seguir.

No estudo de Assunção et al. (2001), um dado similar a esse também foi encontrado. Após receberem orientações dietéticas, apenas metade dos diabéticos

seguiram as recomendações e realizaram a dieta somente nos 15 dias seguintes que foram avaliados.

Uma alimentação equilibrada é reconhecida, pelos entrevistados, como necessária para uma vida saudável e não apenas para o diabetes, portanto apesar de estar informada e acreditar na importância da alimentação no tratamento do DM, uma parcela importante dos pacientes não segue as orientações recebidas (OLIVEIRA; FRANCO, 2010)

Esse fato pode ser explicado por alguns fatores, como a perda do prazer de comer e beber, da autonomia, da liberdade para se alimentar, além do inconformismo com o caráter restritivo. Assim, seguir a dieta adquire caráter extremamente aversivo e cerceador. A frequente ausência de sintomas foi citada como um dos aspectos que dificultam o seguimento da dieta. Outra dificuldade foi tocar, olhar e manipular os alimentos durante o seu preparo e não poder ingeri-los (PÉRES, 2006).

Rodrigues (2009) expôs resultados semelhantes com relação à atitude avaliada pelos participantes do estudo, o que indica que os diabéticos ainda não alcançaram atitude positiva frente às modificações esperadas no estilo de vida para obtenção de bom controle metabólico. Por outro lado, é preciso considerar que nem sempre o conhecimento leva à mudança na atitude do paciente frente às demandas diárias que o tratamento impõe no cotidiano.

Em contrapartida, Oliveira e Franco (2010) demonstraram que 14,1% dos seus entrevistados declararam nunca seguir a recomendação dietoterápica, 37,5% disseram seguir “às vezes” e 48,3% seguir “sempre”, configurando um percentual bem maior em relação aos estudos supracitados.

Apenas dois (1,36%) pacientes indicaram a medicação como a única terapêutica necessária para o controle glicêmico, como a 6ª ideia central revelou.

Walfer e Leite (2005) destacam que a medicação é apenas um dos elementos necessários para o controle glicêmico.

Para os diabéticos incluídos na 6ª ideia central a carga da resolutividade sobre o remédio torna-se absoluta, podendo ser um sustentáculo para o avaliar a dieta como irrelevante.

Esse estudo faz parte do bloco de estudos que não encontrou correspondência total entre saber e fazer, além do saber também não ter se mostrado totalmente satisfatório.

A percepção dos pacientes diabéticos de que tudo o que é habitual está sendo proibido pelos profissionais é um dos fatores que pode levar ao descompasso entre o saber e o fazer.

Nesse sentido, no intuito de romper esse descompasso, surgiu o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011). Essa estratégia reforça a importância de se ter metas de comportamento na população, estabelecendo indicadores que possam acompanhar a evolução rumo à obtenção de tais metas. Esse plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos.

O plano citado, se bem sucedido, pode evitar que achados de 30 anos atrás ainda sejam verdade hoje, como os do presente estudo, ou seja, o doente sabe o que fazer com sua alimentação, mas não faz ou faz de forma incompleta e a doença permanece fora de controle. Estudos futuros poderão aprofundar a questão ainda não satisfatoriamente aqui respondida: Qual a descontinuidade nesse processo de saber-fazer? O presente estudo apontou caminhos para que novas pesquisas, mediante a inclusão de outras perguntas norteadoras, possam apontar de forma mais específica qual a descontinuidade interrogada: É o fato de proibir alguns alimentos? É o fato de não checar a compreensão? É o atendimento telegráfico? É a falta de compromisso do profissional? É um alto impacto emocional e cultural sobre as práticas, que ultrapassa a concepção do que fazer? É a insatisfação com o saber que não vai ter jeito e que a mudança, qualquer que seja, será definitiva?

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O real não está nem na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

(Guimarães Rosa)

O número de pessoas com pelo menos uma condição crônica de saúde tem se mostrado um grande desafio para os serviços de saúde, no contexto da atenção básica, para os profissionais e para a sociedade. O diabetes mellitus tipo 2, em especial, requer do paciente portador e de todos os envolvidos no cuidado ao diabético, esforço para a manutenção de uma bom controle glicêmico e metabólico no intuito de minimizar a curto e a longo prazo, possíveis complicações.

Na trajetória de vida de cada diabético há maneiras individuais e coletivas que interferem no manejo da enfermidade, envolvendo elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, historicamente construídos que informam, delimitam e imprimem sentido à prática alimentar dos distintos grupos sociais, transcendendo o plano individual e situacional das vivências e representações dos portadores de diabetes.

Nesse sentido, os indivíduos diabéticos precisam modificar antigos hábitos alimentares adquiridos ao longo da vida e assumir uma rotina rigorosa que envolve a incorporação e manutenção de novos comportamentos, como dieta alimentar balanceada, atividade física e, quando necessário, o uso permanente e contínuo de medicamentos.

Reconhecendo todas as dificuldades e assumindo que não é fácil alterar os hábitos instituídos, é necessário compreender as razões que influenciam as escolhas alimentares desses pacientes, essencial para o estabelecimento de formas eficazes que levem à modificação de antigos hábitos alimentares.

O seguimento efetivo do plano alimentar pelas pessoas com DM 2 ultrapassa os conhecimentos e informações científicas acerca de seus benefícios e envolve as experiências contruídas, individualmente, a partir da convivência com a doença.

Logicamente o presente estudo não é isento de limitações. Uma delas refere-se a própria estratégia metodológica, em que utilizou-se o DSC para a organização e tabulação dos dados e Análise de Conteúdo de Bardin.

Alguns autores não escolheriam tais estratégias para este tipo de estudo, considerando que a análise e compreensão de comportamentos e concepções alimentares de portadores de DM 2 seria facilitada mediante à inclusão de novas estratégias como por exemplo a Análise de Discurso de Minayo ou Paul Richer.

No entanto, o seguimento rígido das estratégias adotadas, a escuta repetida das gravações e a leitura exaustiva das falas transcritas, permite afirmar que dentro da proposta dos autores escolhidos para o percurso metodológico, o paciente

portador de DM 2 foi devidamente representado em suas concepções e comportamentos.

Os questionamentos apresetados ao final do capítulo anterior apontam para outros aprofundamentos que podem ser desenvolvidos, quiça envolvendo os mesmos ou outros autores na trajetória metodológica.

Diante disso, fica explícita a necessidade de buscar novas estratégias educativas que possibilitem que a pessoa com diabetes, além de obter o conhecimento para o manejo da doença, possa incorporá-lo no seu dia a dia, ou seja, que o conhecimento adquirido possa transformar sua atitude frente à doença.

Além da pretensão de que este estudo possa gerar novas pesquisas, almeja-se que o mesmo possa levar a uma maior reflexão sobre as múltiplas facetas envolvidas no aparentemente simples binômio concepção-comportamento no contexto da pessoa com diabetes mellitus tipo 2. Esta reflexão pode possibilitar uma atenção mais integral não só ao paciente portador desta afecção, mas a todos os pacientes que convivem com outras doenças crônicas que demandam adaptações definitivas de estilo de vida.

REFERÊNCIAS

“E eu que esperava fogos de artifício, esqueci que as estrelas não fazem barulho...”

(Clarice Lispector)

AGUIAR, L.G.K; VILLELA, N.R; BOUSKELA, E. A microcirculação no Diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 51, n.2, p. 204-11, 2007.

ALMEIDA, G. G. A.; TAKAHASHI, O. C.; HADDAD, M. C. L.; Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 145-164, 1995.

ALVES, H. J.; BOOG, M. C. F. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores da zona rural. **Rev Nutr.** v. 21, n. 6, p. 705-715, 2008.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes—2012. **Diabetes Care**, v. 35, suppl. 1, p. S11-S63, 2012.

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

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.

ASSUNÇÃO, M. C. ; SANTOS, I. N.; GIGANTE, D.P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Públ.** v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa (Po): Edições 70;1977.

BARSAGLINI, R.A. Socio-anthropological analysis of living with diabetes: a case study. **Interface - Comunic Saúde Educ.** v.12, n.26, p.563-77, 2008.

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

BASIOTIS. P. P.; CARLSON, A.; GERRIOR, S. A. et al. **The Healthy Eating Index 1999-2000**. Washington D.C.: United States Department of Agriculture, 2002.

BATISTA, M. C. R.; PRIORE, S. E.; ROSADO, L. E. F. P. L. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Rev Nutr.** v. 18, n. 2, p.219-228, 2005.

BATISTA, M. C. R.; PRIORE, S. E.; ROSADO, L. E. F. P. L. et al. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na “Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes” no município de Viçosa, MG. **Arq Bras de Endocrinol Metab.** v. 50, n. 6, p. 1041-1049, 2006.

BLANDINO, C.; ERNESTO, J. **Conocimientos, actitudes y practicas que tienen los pacientes diabéticos sobre su enfermedad**. Somotillo León. UNAN LEON, 2005.

BORGES, T.T. **Conhecimento para fatores de risco sobre doenças crônicas: estudo de bases populacional**. Pelotas-RS, 2008. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2008.

BORGES, T.T.; ROMBALDI, A. J. ; KNUTH, A. G. et al. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cad Saúde Públ.** v. 25, n. 7, p. 1511-1520, 2009.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 11 de outubro de 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Diabetes Mellitus**. Caderno de atenção básica nº 16, Brasília, DF, 2006. 56p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL**, 2011-2022. Disponível em: <portal.saude.gov.br> Acesso em: out. 2012.

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

BUENO, F. S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, S.A., 1978, p. 153.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**. v.4, n. 2, p. 167-82, 1982.

CALDAS, G.; CHAVES, C.; HISSA, A. et al. **Diabetes Mellitus**: Recomendações Nutricionais. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia: Projeto Diretrizes, 2005. 9p.

CAMPOS, M.S. Poder, saúde e gosto. São Paulo: Cortez; 1982.

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.

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

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

COSTA, J. A. ; BALGA, R.S.M.; ALFENAS, R.C.G. et al . Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011 .

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, 2006.

CYRINO, A.P. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: UNESP, 2009.

DA MATA, R. **Relativizando uma Introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

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

DEBUSSCHE, M.; RODDIER, A.; FIANU, N. et. al. Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study. **Diabetes Metab.** v. 32, p.50-55, 2006.

DELAMATER, A. M. Improving Patient Adherence. **Clinical Diabetes.** v. 24, n.2, p.71-77, 2006.

DROUMAGUET, C. ; BALKAU, B. ; SIMON, D. ; et al. Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from an Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR). **Diabetes Care.** v. 29, n. 7, p.1619-25, 2006.

FEDALTO, A.L.T.; ARAÚJO, A.C. **Aspectos Psicológicos do Paciente Diabético.** Curitiba, 2001. 86f. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica) - Universidade Tuiuti do Paraná, 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 1 ed (15ª impressão). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p.358.

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

FIGUEIREDO, I. C .R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Rev Saúde Públ.** v.42, n.5 , p.777-85, 2008.

FISBERG, R. M.; SLATER, B.; BARROS, R. R. et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. **Rev Nutr.** v. 17, n. 3, p. 301-308, 2004.

FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O. ; LANCHI, JR. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Rev Paul Educ Fis.** v. 15, p. 117-140, 2001.

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

FUNG, T. T.; RIMM, E. B.; SPIEGELMAN, D. et al. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. **Am J Clin Nutr**. v.73, n. 1, p. 61-67, 2001.

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, 2005. p. 211-25.

GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 29, n. 2, p. 141-154, 2008.

GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Rev Nutr**. v. 20, n. 6, p. 669-680, 2007.

GONDIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**. v. 2, n. 1, p. 9-27, 2009.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P.C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm**. v. 60, n. 1, p.49-54, 2007.

HERNÁNDEZ, J.C.; ARNÁIZ, M.G. **La alimentación humana: um fenômeno biocultural**. In:_____. Alimentación y Cultura: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel, 2005, p.21-41.

IRIGUSH, E. K. K; LIRANÇO, E; VASQUES, C. T et al. **Nutri.Informa - Educação Nutricional para Diabéticos e Hipertensos, colaborando com os Objetivos de**

Desenvolvimento do Milênio (ODM). Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Centro Universitário de Maringá, Paraná, 2009.

JAIME, P.C.; MONTEIRO, C.A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. **Cad Saúde Públ.** n. 21(Supl):S19-24, 2005.

LANDIM, C.A.P. **A competência de pessoas com diabetes *mellitus* para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional.** Ribeirão Preto, 2009.153f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

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

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

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

LOCK, K. ; POMERLEAU, J. ; CAUSER, L. et al. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. **Bull World Health Organ.** v. 83, n. 2, p.100-108, 2005.

MACIEL, M. E. **Identidade cultural e alimentação.** In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2005, p.49-55.

MACIEL. M. E. Cultura e Alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com BrillatSavarin? **Horizontes Antropológicos** . Ano 7, n. 16, p.145-156, 2001.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MARTINEZ, J. A. Body-weight regulation: causes of obesity. **Proc Nutr Soc**. v. 59, p. 337-345, 2000.

McLELLAN, K. C. P. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev Nutr**. v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.

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

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad Saúde Públ**. v. 9 n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004..

MIRANDA, L. P; GOMES, L. M. X; PRADO, F. P. A. et al. Qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. **R Min Educ Fís**. n. 5, p. 125-135, 2010.

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

MOLENA-FERNANDES, C. A; JUNIOR, N. N; TASCA, R. S. et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do *Diabetes mellitus* tipo 2. **Acta Sci Health Sci**., v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKI, B. M. Independent effects of income and education of the risk obesity in Brazilian adult population. **J Nutr**. v. 131, p. 881S-886S, 2001.

NETO, R. C. M. **Vivendo com o Diabetes Mellitus: a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública de saúde no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2003. 77f. (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

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.

NUNES, E.D. A sr^a Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. **Ciênc Saúde Colet.** v. 8, n. 1, p.287-97, 2003.

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.** Ribeirão Preto, 2009. 140f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, J. L. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 54, n.5, p. 455-62, 2010.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o Diabetes Mellitus na Estratégia Saúde da Família.** Recife, 2007. 113f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - CpqAM/FIOCRUZ/MS, 2007.

PERES, D. S. ; FRANCO, L. J. ; SANTOS, M. A. et al. Social representations of low – income diabetic women according to the health-disease process. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 16, n.3, p. 389-395, 2008

PERES, D. S; FRANCO, L. J; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev Saúde Públ.** v. 40, n. 2, p. 310-7, 2006.

PERES, D. S; SANTOS, M. A; ZANETTI, M. A. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 6, p. 1105-12, 2007.

PEYROT, M., RUBIN, R. R.; LAURITZEN, T.; SNOEK, F. J. et al. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. **Diabet Med**. v. 22, n. 10, p. 1379-85, 2005.

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.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **Journal of Nutrition**. v.131, p. 871-873, 2001.

PROUST, M. **Em busca do tempo perdido**: o tempo redescoberto. 12 ed. São Paulo: Globo, 1995.

REIS, L. A; TORRES, G. V; REIS, L. A. et al. 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.

RIBAS, C. R. P. **Representação sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Ribeirão Preto, 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2009.

RIBAS, C. R. P; SANTOS, M. A; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**. v. 45, n. 2, p. 255-262, 2011.

RODRIGUES, F. F. L; ZANETTE, M. L; SANTOS, M. A. et al. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 468-73, 2009.

RODRIGUES, F. V. L. **Conhecimentos e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto – SP.** Ribeirão Preto, 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

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.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança a alimentação da família. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** v.4, n.1, p. 85-94. 2004.

SAKATA, S. **Diabetes Mellitus entre os idosos do Município de São Paulo: uma visão longitudinal.** São Paulo, 2007. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2007.

SANT'ANNA, D. Bom para os olhos, bom para o estômago: o espetáculo contemporâneo da alimentação. **Pro-posições.** v. 14, n.2,p. 41-52, 2003.

SANTANA, M. G. **O desejo, o controle e o limite: possíveis enfrentamentos no cotidiano diabético.** In: Santana, M. G (org). **Rede de saberes em diabete e saúde: um exercício de interdisciplinaridade.** Pelotas: Edição Independente; 2002. p. 53-72.

SANTOS, C. R. B.; GOUVEIA, L. A. V.; PORTELLA, E. S. et al. Índice de Alimentação Saudável: avaliação do consumo alimentar de diabéticos tipo 2. **Nutrire.** v. 34, n. 1, p. 115-129, 2009.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida: Um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador, Bahia,** 2006. 338f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais, com concentração em Antropologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

SANTOS, L. A. S. **Reflexões sobre a tríade do corpo, comer e comida.** In: O corpo, o comer e a comida- um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador-Bahia. EDUFBA, 2008.

SANTOS, A. F.L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiol Serv 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. **Cad Saúde Públ.** 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. **Cad Saúde Públ.** 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. **Rev Saúde Públ.** v. 38, n. 4, p. 529-36, 2004.

SHAN, V. N; KAMDAR, P. K; SHAN. N. Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat. **Int J Diabetes Dev Ctries.** v. 29, n. 3, p. 118-22, 2009.

SHILS, M. E; GOODHART, R. **Modern nutrition in healthand disease.** 9th ed. V. II. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2003.

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

SILVA, L. F; GUEDES, M. V. C; MOREIRA, R. P. et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul Enf.** v. 15, n. 1, p. 40-47, 2002.

SILVA, N. C. **O significado do tratamento nutricional por pacientes diabéticos na Santa Casa de Misericórdia do Município de Serrinha, Bahia.** 2008. 114f.

Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

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

SILVA, T. R.; FELDMAN, C.; LIMA, M. H. A. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, 2006.

SIMÕES, W. A. **Concepções e práticas de mulheres portadoras de diabetes mellitus no contexto da atenção primária à saúde.** Porto Alegre, 2012. 128f. Dissertação (Mestrado profissional em epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

SOARES, E. A.; LANZILLOTTI, H. S. Índice de Alimentação Saudável: avaliação do consumo alimentar de diabéticos tipo 2. **Nutrire.** v. 34, n. 1, p. 115-129, 2009.

SOARES, M. C. C. **Estado nutricional e padrão alimentar de idosos diabéticos.** Coimbra, 2009. 58f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade de Aveiro, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes *Mellitus*. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Sociedade Brasileira de Diabetes** 2009. Disponível em: < http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf > Acesso em: set. 2012.

SOUZA, L. J. ; CHALITA, F. E. B.; REIS, A. F. F. et al . Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 47, n. 1, p. 69-74, 2003 .

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin.** v. 21, n. 2, p 117-24, 2006.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A.; ARAÚJO, L. R. et al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm.** v. 62, n. 6, p. 825-30, 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. **Cad. Saúde Públ.** 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.

VALLECILLO, J .M. **Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, Programa dispensarizados en los 6 centro de salud del SILAIS Estelí- Nicaragua, Mayo a Junio del 2007.** Nicaragua, 2007. 51f. Dissertação (Maestria en Salud Pública)- Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, 2007.

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

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica.** v. 4, n. XX, p. 611-624, 2002.

VIDEIRA, J. M. F. **Diabetes mellitus, complicações e o nível socioeconómico e cultural.** Coimbra. 2011. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011.

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

WELFER, M; LEITE, M . T. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. **Scientia Medica**. v. 15, n. 3, p.148-155, 2005.

WICHMANN, F. M. A.; ROOS, N. P.; KIST, N. B. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos com diabetes mellitus tipo II. **Boletim da Saúde**. v. 21, n. 1, p. 89-97, 2007.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP); SALES & PASCHOAL (SPI). **Qualiquantisoft** (2003). Disponível em: <http://www.spi-net.com.br/registro.asp>. Acesso em: mar. 2012.

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta**. São Paulo: Brasiliense, 1985, 265 p.

APÊNDICES

“E o fim é belo, incerto...
Depende de como você vê o
novo, o credo, a fé que você
deposita em você e só”
(Fernando Anitelli)

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS ALIMENTARES DE PACIENTES DIABÉTICOS
Instrumento de coleta de dados

Parte 1. Dados sócio-econômico e de saúde

Data: ____/____/____

Sexo: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Renda: _____

Ocupação: _____

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 costuma comer no seu dia-a-dia?
- 2) Você acha que a alimentação é importante para a Diabetes?

ANEXOS

“Às vezes um grito é
melhor que uma tese.”
(Ralph Emerson)

ANEXO I

ANEXO II

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS ALIMENTARES DE PACIENTES DIABÉTICOS

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 (8846-4885) 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, ____/ ____/ _____