

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BIANCA ARNOUD RODRIGUES

**DOCE VIDA:
UM ESTUDO SOBRE A EXPERIÊNCIA ALIMENTAR E OS DESAFIOS PARA
O TRATAMENTO DIETÉTICO EM PESSOAS VIVENDO COM DIABETES
MELLITUS**

**NATAL/RN
2013**

Bianca Arnoud Rodrigues

**DOCE VIDA:
UM ESTUDO SOBRE A EXPERIÊNCIA ALIMENTAR E OS DESAFIOS PARA
O TRATAMENTO DIETÉTICO EM PESSOAS VIVENDO COM DIABETES
MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

**NATAL/RN
2013**

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Rodrigues, Bianca Arnoud.

Doce vida: um estudo sobre a experiência alimentar e desafios para o tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus / Bianca Arnoud Rodrigues.
– Natal, RN, 2013.

94 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabete Cristina Fagundes de Souza.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

1. Alimentação – Dissertação. 2. Assistência integral à saúde – Dissertação. 3. Pesquisa qualitativa – Dissertação. I. Souza, Elizabete Cristina Fagundes de. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D585

Bianca Arnoud Rodrigues

Doce Vida:
um estudo sobre a experiência alimentar e os desafios para o tratamento dietético
em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus

Aprovada em: 30/08/2013.

Professora Doutora Elizabete Cristina Fagundes de Souza
Presidente - UFRN

Professora Doutora Rosana Lucia Alves Vilar
Membro Interno - UFRN

Professor Doutor João Bosco Filho
Membro Externo - UERN

Natal-RN

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde para que, por meio do cuidado que se dá pela alimentação, promovam a integralidade nas ações em saúde.

E ao meu pai, Adão Rodrigues, meu diabético preferido.

Agradecimentos

Felizmente tenho muito a agradecer. Mudanças de objeto de pesquisa, de orientador, de endereço, e até de peso corporal marcaram essa trajetória. Por um momento cansei de caminhar e quase desisti de continuar. Até que retomei o encantamento pelo estudo. Meu desejo pessoal e inquietação de pesquisadora queriam entender um pouco sobre o desafio de viver com diabetes para além de prescrições dietéticas e cardápios. Assim, com açúcar, afeto e lágrimas agradeço:

À *Deus* pelo dom da vida e pela oportunidade de concretizar esse sonho.

Aos meus pais, *Adão e Rute*, pelo apoio incondicional e sem medidas. E pela paciente espera para voltarmos a compartilhar momentos em família.

Aos meus irmãos, *Rodrigo e Erlon*, sempre parceiros das minhas vitórias.

À *Jailson*, que a todo tempo me encorajou para a conclusão do mestrado. Você foi um verdadeiro companheiro. E agradeço ainda pelo amor, carinho, escuta e cuidado vividos juntos.

À *Betinha*, por ter me aceito como orientanda já no meio do curso. Pelos ensinamentos e oportunidade de crescimento pessoal que me proporcionou, sempre sorrindo para melhor levar a vida.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN pelo conhecimento compartilhado.

Aos professores *João Bosco* e *Rosana Vilar* pelas contribuições durante o exame de qualificação, que me ajudaram a renascer para este estudo. Aquela sexta a tarde (28/06/2013) foi especial para mim.

Às colegas de turma *Láisa Buarque*, *Jacyane Santos*, *Stella Leal* pelas experiências e conhecimentos construídos ao longo do curso.

À *Lorena Tinôco*, amiga e aluna da segunda turma do mestrado do PPGSCOL com quem dividi desejos e anseios.

À *Josivan Costa* e *Mariza Alvares*, da Unidade de Saúde da Família de Bom Pastor, pelo apoio ao longo do estudo.

Às amigas charmosas *Katya*, *Lissa*, *Karla Daniely*, *Cassiana*, *Lidiana*, *Illana* que compartilharam comigo as dores e as delícias desde a seleção até a conclusão. E assim seguiremos alimentando a amizade que nasceu na graduação.

À *Adriane Freitas*, ex-aluna, amiga e quase irmã. Sua presença é tão marcante em minha vida que não poderia deixar de citar seu nome.

Aos entrevistados, que docemente compartilharam suas experiências de vida.

*É que temperos encontramos em nossas vidas?
Uma pitada de alegria, outro de tristeza, duas colheres de chá de
esperança, outra mais de leveza, um pedaço de despedida, outro bocado de
saudade, uma porção generosa de erotismo, de afeto e trocas
compartilhadas, que poderíamos chamar de amizade, só para citar alguns
entre tantos de igual ou maior importância.”
(Analwilk Lima, 2008)*

Resumo

O diabetes mellitus é uma doença cujo interesse da saúde pública se dá pelo aumento crescente dos casos como também pelo desafio individual de conviver com a doença. O tratamento consiste, entre outros, na adoção de uma alimentação equilibrada e, de certo modo, restritiva. Sendo a alimentação um evento complexo que envolve aspectos biológicos e socioculturais, tê-la regida em virtude da doença não parece tarefa simples. O objetivo desse estudo é analisar como se dá a experiência alimentar e sua interface com os desafios para o tratamento dietético em pessoas vivendo com diabetes mellitus. A pesquisa foi guiada por uma abordagem qualitativa, a partir de entrevistas com cinco pessoas vivendo com diabetes, que falaram sobre a experiência e os modos de lidar com o adoecimento. Os entrevistados foram selecionados a partir de critérios e identificação no cadastro do Programa HIPERDIA na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Bom Pastor situado na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. O material produzido foi constituído pelos relatos dos participantes entrevistados e as anotações de campo. A análise considerou os relatos dos entrevistados, buscando dialogar com a literatura pesquisada. Os resultados assinalam que as pessoas que vivem com diabetes tendem a realizar ajustes nos padrões das prescrições como forma de sentir-se bem em relação ao adoecimento e, para tanto, adotam estratégias pessoais para o seu gerenciamento alimentar e modo de lidar com o cotidiano. As escolhas, por sua vez, são guiadas pela cultura e de acordo com a circunstância e não somente pela doença, estabelecem o que deve ou não ser consumido. Conclui-se que a compreensão dos aspectos culturais cria uma nova perspectiva analítica para estudos acerca da experiência alimentar e suas repercussões na adesão ao tratamento dietético, para além do campo explicativo e normativo do modelo biomédico. Compreender o impacto que o adoecer por diabetes mellitus produz na vida das pessoas, e conseqüentemente no próprio estado de adoecimento, são desafios para uma Clínica Ampliada e Compartilhada em Nutrição. Nela a intervenção nutricional deve resgatar sua dimensão cuidadora e dar voz e escuta aos doentes, para que estes sejam capazes de criar sua própria forma de lidar com a dieta, buscando ressignificação de suas práticas alimentares e recriação no seu modo de viver e conviver com a doença.

Palavras-chaves: Alimentação, Assistência integral à saúde, Pesquisa qualitativa

Abstract

Diabetes mellitus is a disease of interest to public health given the increase of cases as well as the individual challenge to live with it. The treatment consists, among others, in the adoption of a balanced and restrictive diet. Feeding is a complex event involving biological and socio-cultural, having it governed from the disease does not seem simple task. The aim of this study is to analyze how is the feeding experience and its interface with the challenges for the dietary treatment of people living with diabetes mellitus. The research was guided by a qualitative approach, based on interviews with five people living with diabetes about the experience and ways to deal with the illness. The selection of participants was based on criteria of registration and identification on Hiperdia Program from Family Health Unit (USF) in Bom Pastor, Natal city, Rio Grande do Norte, Brazil. The material produced was constituted by the narrative of the participants interviewed and field notes. The analysis considered the reports of respondents, keeping dialogue with the literature. The results indicate that people living with diabetes tend to make adjustments in the patterns of prescriptions as a way to feel good about the disease and, therefore, adopt personal strategies for managing your food and how to deal with everyday. The choices in turn are guided by the culture underlying the objective and subjective factors which, according to circumstances, and not only by disease, state what should or should not be eaten. We conclude that understanding the cultural aspects creates a new analytical perspective for studies of feeding experience and its reflection in adherence to dietary treatment, in addition to the explanatory and normative biomedical model. Understand the impact that the illness from diabetes mellitus produces in people's lives and in the state of illness are challenges for an Expanded and Participative Clinic of Nutrition in which nutritional intervention rescue the dimension of the care, give voice and listen to the patients in creative dialogue between knowledge, professional and user, so he/she will be able to create his/her own way of dealing with the diet, seeking new meanings to their eating habits and recreation in his/her way of life and live with the disease.

Key Words: Nutrition, Expanded Clinic, Patients experience; Qualitative research and feeding;

Lista de Siglas

ACS	Agente comunitário de saúde
CAPES	Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal do nível superior
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia saúde da família
HÁ	Hipertensão arterial
HIPERDIA	Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto brasileiro geográfico e estatístico
MS	Ministério da saúde
POF	Pesquisa de orçamento familiar
OMS	Organização mundial da saúde
SBD	Sociedade brasileira de diabetes
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
USF	Unidade de saúde da família

Lista de Imagens

Figura 1 Distribuição dos bairros que compõem o Distrito Sanitário Oeste do município de Natal

31

Sumário

Introdução - Definindo o cardápio	11
Capítulo 1 - Selecionando ingredientes, utensílios e modo de preparo	15
1.1 - O problema e o objeto de pesquisa	15
1.2 - A construção sociocultural do mel, do açúcar e do doce	23
1.3 - Delineamento da pesquisa	26
1.3.1 - Narrativas como produção de dados	26
1.3.2 - O lugar e os participantes da pesquisa	28
1.3.3 - O campo de pesquisa em produção	31
1.3.4 - Questões éticas	33
Capítulo 2 – Aperitivos	35
Capítulo 3 - A refeição	53
3.1 - Prato principal: a voz de quem vive com diabetes mellitus	53
3.2 - Guarnições: sabores, saberes e práticas alimentares como cuidado	58
3.3 - Sobremesa: entre preferências e prescrições, uma abordagem cultural das escolhas alimentares	66
Capítulo 4 - Um cafezinho: alimentação, cultura e cuidado como ingredientes para uma clínica em nutrição ampliada e compartilhada	72
Referências bibliográficas	83
Anexo	90
Apêndices	91

INTRODUÇÃO - DEFININDO O CARDÁPIO

Semelhante ao preparo de uma refeição, que se faz necessário abrir os armários da cozinha e a geladeira para ver quais ingredientes dispomos, neste estudo, o primeiro passo foi fazer o levantamento na literatura sobre o processo de viver com diabetes mellitus (DM) numa perspectiva que privilegiasse o sujeito e não a doença.

Nossos sentidos foram despertados. Assim como uma boa receita culinária instiga o interesse de provar do seu sabor e da sua história, o apetite do conhecimento se deu pela busca em conhecer o desafio de viver com uma doença que impõe restrições permanentes num ato que é inato ao ser vivo: alimentar-se.

Atentamos para o fato de a alimentação ser um processo complexo e que resguarda aspectos biológicos, culturais e sociais. Estende-se muito além da transformação metabólica de alimentos em nutrientes, pois envolve uma teia de sentimentos, desejos, valores, significados, crenças, tabus. Assim sendo, colocamo-nos a refletir sobre a tarefa de viver com uma doença que institui dieta específica como parte integrante do tratamento.

O diabetes mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em função do crescente número de pessoas atingidas, custos do tratamento, as possíveis sequelas advindas da doença, bem como pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2009, p. 9), uma epidemia de diabetes mellitus está em curso. Estima-se que no ano de 2030 existirão 300 milhões de adultos com DM no mundo.

Segundo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, esta última consiste numa

síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2002, p. 14)

Reiners *et al.* (2008) afirma que a importância das doenças crônicas reside não somente na extensão dos danos físicos causados às pessoas acometidas por elas, mas também no impacto social e psicológico que provocam.

A SBD (2006) reconhece ainda que os custos não são apenas um problema econômico. Os custos intangíveis (dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, por exemplo) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias, e são difíceis de serem quantificados.

No caso dessa doença, a SBD (2009, p. 23, grifo nosso) define “a orientação nutricional e o estabelecimento de uma dieta para controlar pacientes com diabetes mellitus em associação a mudanças no estilo de vida, incluindo atividade física” como terapias de primeira escolha. O uso associado de medicamentos só deve ser feito quando necessário.

Nas doenças crônicas, pontos que cercam o problema da adesão ao tratamento residem no fato de que a doença se instala num corpo socializado e afeta práticas sociais da vida cotidiana. No DM, a alimentação tem maior destaque por se tratar de algo inato, que é a busca pelo alimento. Por conseguinte, aderir às novas práticas alimentares impostas pela doença implica em ir de encontro a hábitos já estabelecidos.

Sabe-se que as restrições alimentares exigem também o autocontrole exercitado a cada refeição. É uma condição que acompanha todos os lugares da vida exigindo constante vigilância por parte da pessoa que vive com diabetes. É um permanente estado de alerta acerca do que é consumido na alimentação. Soma-se o fato de que alguns alimentos interditados pelo tratamento dietético como os açúcares, doces e massas estão enraizados socialmente e, portanto, abrir mão deles é abrir mão da cultura que envolve a alimentação.

Em se tratando da adesão ao tratamento, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) a compreende como sendo quando o comportamento de uma pessoa corresponde ao acordo estabelecido com o profissional ou com a equipe de profissionais de saúde referente a um plano de tratamento.

Historicamente, a prática biomédica adotou uma intervenção normativa e reguladora dos corpos adoecidos. Menendez (*apud* FREITAS *et al.*, 2011) entende que o modelo biomédico assinala a evolução da enfermidade e não a história do padecimento. Nessa perspectiva, a adesão é considerada como obediência do paciente às orientações dos profissionais de saúde (CASTELLANOS *et al.*, 2011)

Kleinman (1998) destaca que a doença é vista como uma construção sociocultural e subjetiva. É um sistema cultural e de significados, que possui uma organização interna dos saberes individuais, resultando num modo próprio do indivíduo explicar e buscar a resolução de seus problemas de saúde. A experiência do adoecimento expressa os significados do processo subjetivo da vivência da doença. Os estudos com esse enfoque partem da perspectiva das pessoas que a vivenciam, privilegiando os significados e a interpretação atribuída a sua experiência.

Favoreto e Cabral (2009) destacam que a falta de conhecimento sobre como o doente percebe seu processo saúde-doença pode interferir negativamente na efetividade das ações terapêuticas.

Considerando as exigências alimentares que o diabetes acarreta e a escassez de estudos sobre adesão ao tratamento dietético com foco na experiência da enfermidade, identificamos a relação entre a experiência alimentar e a adesão ao tratamento dietético de pessoas que vivem com diabetes mellitus como um problema que demanda investigação para além das respostas de sim e não, mas privilegiando compreender como se dá o gerenciamento alimentar e sua interface com a adesão ao tratamento dietético.

O apetite para conhecer mais esse objeto se deu na esfera particular ao observar que a pessoa com diabetes com a qual eu convivo desrespeitava as prescrições em prol de respeitar seus desejos, tais como comer um pedaço do bolo do seu próprio aniversário. Corroborou a experiência de tratar dieteticamente outras pessoas vivendo com diabetes, já durante o exercício profissional como nutricionista, em atendimentos na atenção básica. Na ocasião conheci as dificuldades dessas pessoas em seguirem as recomendações dietéticas, mesmo que estas tenham sido ajustadas ao perfil socioeconômico e às preferências alimentares admitidas frente à nova condição de saúde. A fome de saber disparou os seguintes questionamentos: o que provocaria o afastamento do doente do plano de tratamento alimentar? A doença controla o doente? O doente controla a doença? Na vida concreta, para o caso das doenças crônicas, uma vez diagnosticada a doença, é possível nunca mais até o fim da vida seguir exclusivamente as prescrições dietéticas? É possível controlar o desejo de comer? Que outros sentidos para orientações dietéticas poderiam ser construídos nas relações pessoa vivendo com diabetes e nutricionista, e como ampliar para os demais profissionais de saúde?

Para tentar responder tais questões, buscamos narrativas de pessoas vivendo com diabetes acerca da experiência da enfermidade com foco na alimentação.

Para Alves (1993, p. 263) “experiência da enfermidade” como uma categoria analítica é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença, que no caso dessa pesquisa trata-se do viver com diabetes.

Propomos como objetivo geral da pesquisa analisar como se dá a experiência alimentar e sua interface com a adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com diabetes mellitus. Os objetivos específicos são: (1) conhecer a experiência alimentar de pessoas vivendo com diabetes mellitus. (2) Identificar efeitos da doença na vida cotidiana das pessoas vivendo com diabetes mellitus. (3) Descrever estratégias do cuidado adotadas nas práticas alimentares dessas pessoas. (4) Identificar nas narrativas dessas mediações entre escolhas alimentares e cultura, elementos simbólicos da alimentação e cuidado.

O estudo foi realizado com pessoas vivendo com diabetes mellitus que são cadastradas e atendidas na Unidade de Saúde da Família Bom Pastor. O bairro Bom Pastor está localizado na Zona Oeste da cidade de Natal e se destaca por alojar um dos maiores cemitérios públicos do município. No entanto, deixa a desejar com relação aos demais equipamentos sociais tais como praças e quadras de esporte. Possui comércio bastante explorado a exemplo de padarias, mercadinhos e venda de material para sepulturas, justamente devido à instalação do Cemitério Bom Pastor I e II. É servido por quatro linhas de ônibus e também de uma linha férrea.

Na composição dos capítulos, tomamos a refeição como metáfora de inspiração para apresentar a pesquisa. A partir da seleção dos ingredientes e o modo de preparo (lugar, tempo, pessoas, objetivos, referenciais e procedimentos metodológicos), compomos o nosso cardápio de refeição, a pesquisa propriamente dita, com resultados guarnecidos da discussão. Como sobremesa oferecemos algumas considerações que o estudo nos suscitou concluir.

Ressaltamos que o estudo não pretendeu produzir receitas fechadas, isto é, um modelo explicativo conclusivo sobre como pessoas vivendo com diabetes mellitus respondem em seu cotidiano alimentar a episódios concretos da doença. Esperamos que os achados, assim como as receitas culinárias abertas à criação do *chef*, contribuam para estratégias de intervenção que considerem a experiência da enfermidade, ampliando e

reformulando modelos de práticas baseados exclusivamente em evidências científicas que apoiam protocolos clínicos do aconselhamento nutricional.

Aos leitores, desejamos boa degustação!

CAPÍTULO 1 - SELECIONANDO INGREDIENTES, UTENSÍLIOS E MODO DO PREPARO

O gosto pelo conhecimento científico adotou como principais ingredientes cognitivos o sujeito que vivencia a doença e a forte influência da cultura na alimentação. Partindo disso, nossa tarefa foi condimentada pelos achados na literatura que propiciaram o delineamento do problema de estudo, bem como os registros sobre a participação cultural do sabor adocicado na alimentação, sendo estes considerados nossos temperos do saber.

1.1. O PROBLEMA E O OBJETO DE PESQUISA

A alimentação já foi apontada como um dos pilares do tratamento do diabetes mellitus. Todavia, adotar novas práticas alimentares impostas por uma doença não parece tarefa simples, visto que os componentes sociais e culturais estão enraizados no ser que busca o alimento. Interferem, portanto, nas escolhas alimentares e, inevitavelmente, repercutem na adesão ao tratamento, ainda que prescrições biomédicas tenham sido estabelecidas junto ao doente.

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) apontam para a necessidade de uma nutrição equilibrada, estabelecida segundo concentrações adequadas de macronutrientes (proteínas, lipídeos e carboidratos) e micronutrientes (vitaminas, minerais e fibras).

No entanto, alcançar o êxito quanto à adoção de uma nutrição equilibrada implica vencer barreiras socioculturais, pois ao longo dos anos, a sociedade vem se modificando, em especial com o fenômeno da globalização.

Sobre o processo de globalização e a conseqüente homogeneização, Hernández (2005, p. 130) nos esclarece que

O processo de globalização supôs o desaparecimento de muitas manifestações ou produções de caráter local: desde as variedades vegetais e animais até as línguas, tecnologias e qualquer tipo de costumes e de instituições socioculturais. Enquanto umas desaparecem, outras se expandem e se generalizam. Mas a nossa sociedade 'atual', que é mais industrial e assalariada do que agrícola e de subsistência, mais laica do que religiosa, concentrada em núcleos urbanos cada vez maiores, não segue como antes a pauta dos calendários dos constrangimentos ecológico-climático (tempo de lavar, de semear, de

colher, etc) nem as comemorações religiosas (Carnaval, Quaresma, Páscoa, *Corpus Christi*, Todos os Santos).

Esse movimento social trouxe reflexos para a alimentação tanto em relação ao que se consome, isto é, a qualidade do alimento, como aos fatores ambientais interligados com alimentação.

No primeiro grupo pode-se destacar a mudança no padrão alimentar. Mudanças drásticas ocorreram nas formas de produzir, transformar, industrializar, comercializar e preparar os alimentos. De acordo com Conselho Federal de Nutrição (CFN) (2008, p. 2) “como consequência desse processo é notório o aumento do consumo de alimentos calóricos, com alto teor de açúcares, gordura, sal e aditivos químicos, que são pobres em nutrientes como vitaminas e minerais”. Conclui-se que as escolhas são menos satisfatórias ao paladar e ao aporte nutritivo.

Os produtos industrializados também têm conquistado seu espaço no mercado tanto pela crescente variedade de produtos como pela procura para o consumo. Em contrapartida, a busca por produtos naturais tem registrado um declínio de consumo.

O ritmo acelerado nas cidades de médio e grande porte tem ensejado a troca das principais refeições por alimentos preparados de forma rápida. Para suprir essa necessidade, o mercado coloca a disposição serviços de alimentação rápida, os chamados *fast-food*, que oferecem desde sanduíches a refeições completas.

Num clássico estudo sobre a mudança no padrão alimentar brasileiro, que se dedicou a delinear o perfil da alimentação no Brasil no final do século XX e as transformações que se operaram, Bleil (1998, p. 17) explana sobre a expansão do *fast-food* em nosso país e nos esclarece que a demanda crescente por esses serviços, “de modismo passou a ser a opção permanente para um número crescente de consumidores urbanos”. Destaca que “associado ao consumo de hambúrgueres, pizza, outros, percebe-se o consumo de bebidas refrigerantes, molhos artificiais, produtos lácteos e sorvetes”. Ora, sendo a globalização um movimento ainda em curso, a procura pelos *fast-foods* no século XXI permanece crescente.

Com relação aos fatores ambientais interligados à alimentação, Claud Fischler¹ destaca o tempo como inimigo mais voraz do que a própria qualidade dos alimentos que temos à disposição. A inserção da mulher no mercado de trabalho, o aumento das

¹ Anotações de congresso. Apresentação: “Encantamento por comida de verdade”. In: WORLD NUTRITION RIO, 2012, Rio de Janeiro. *Conhecimento, política e ação* – Sessão Debate. Rio de Janeiro, 27 a 31 de abril, 2012.

distâncias, a demora no trânsito, o aumento do número de compromissos e a redução do repouso têm provocado que dediquemos cada vez menos tempo para alimentação. Isso se estende desde o tempo envolvido no processo culinário – como a limpeza dos alimentos (carnes em geral e verduras), o armazenamento e a conservação dos produtos, a lavagem dos utensílios, a coleta do lixo ou a manutenção da cozinha (cortar e cozinhar o alimento, limpar os materiais utilizados no preparo, entre outros), bem como o tempo dedicado a refeição em si. Hoje em dia, por exemplo, é aceitável alimentar-se em pé e sozinho apoiado numa bancada de lanchonete ou ainda alimentar-se e realizar outra atividade concomitante como dirigir ou assistir televisão.

Como consequência dessas mudanças, Hernández (2005, p. 132) destaca dois pontos interessantes. O primeiro é que as “tarefas da cozinha doméstica foram transferidas, em grande medida, para a indústria”. Daí a quase infinita oferta de produtos pré-cozidos, desidratados, pré-temperados, congelados, entre outros. O segundo ponto é que a individualização dos modos de vida comporta certa desritualização das refeições, que se reforça pelas reduções das influências religiosas e morais. Assim, o convívio, associado às refeições, teve sua importância diminuída.

Sabendo que essas circunstâncias alimentares abrangem toda a população, pessoas que vivem com diabetes ainda possuem o desafio maior com relação ao consumo dos doces e massas em geral, ambos bastante apreciados em virtude da importância cultural que desempenham na alimentação. Exemplo disso é o açúcar.

Para Contreras e Gracia (2011), o apetite pelo sabor açucarado parece ser uma característica de forte componente inato entre todos os mamíferos. Trata-se de uma característica adaptativa positiva, já que o açúcar é uma fonte de energia. Afirmam ainda que os sabores doces ocupam um lugar privilegiado, em contraste com atitudes mais variadas em relação ao azedo, ao salgado ou ao amargo.

Sua importância cultural se articula também com questões econômicas. No Brasil, por exemplo, historicamente, a cana-de-açúcar é um dos principais produtos agrícolas, sendo cultivada desde a época da colonização, permanecendo até hoje.

A rapadura é um exemplo de um alimento derivado da cana-de-açúcar bastante apreciado desde a época da colonização, cujo consumo se observa até os dias atuais, em especial, na região Nordeste. Câmara Cascudo, folclorista que se interessou vivamente pela alimentação no Brasil, em sua obra *História da Alimentação no Brasil*, identifica a primeira referência à rapadura no século XVIII e relata que o doce

não ficou sendo apenas guloseima, mas um elemento condimentador, real e mais assíduo que o açúcar ou o pão na alimentação sertaneja, acompanhando a refeição. Adoçava a coalhada, o café, queijo fresco e sua provisão valia dispensa de açúcar, mais difícil de se obter” (CASCUDO, 2004, p. 605).

Segundo Carneiro (2003), o açúcar refinado talvez tenha sido o mais importante fenômeno alimentar da história moderna, tanto pela sua importância econômica como pelas suas consequências sociais e culturais.

Com seu caráter de agregar sabor a um alimento base, o açúcar passou a estar presente em várias preparações largamente consumidas pelo brasileiro. Bourdeau (*apud* CONTRERAS; GRACIA, 2011) afirma que o açúcar se converteu em um ingrediente que se prestava a todo tipo de combinações, e principalmente naquelas em que o gosto, sinônimo de doçura, se combinava com prazer.

Rial (2005, p. 96) a partir da denominação “Sociedade do açúcar”, destaca que, historicamente, a parte mais criativa da culinária brasileira desenvolveu-se nos doces e bolos.

Considerado um alimento-condimento (MONTEBELLO, 2009), o açúcar adquiriu ainda a associação a algo afetuoso. Crumpacker (2009, 176) aborda o alento que uma comida pode proporcionar e a define de um modo simples como sendo a “comida que faz com que nos sintamos bem”. É o que ela chama de *comida confortadora* e seu efeito ao ser consumida é permitir “que nos sintamos melhor quando estamos solitários, tristes, furiosos, magoados ou ansiosos. Ela é a nossa recompensa quando somos bons. Ou até mesmo quando queríamos ter sido”. A autora esclarece que não há um tipo único de comida capaz de acalentar o comedor², mas em muitos casos ela é “doce, leitosa e fácil de comer”.

A extinção e/ou redução do consumo de alguns alimentos culturalmente implantados, mas estabelecidos pelas normas dietéticas como inadequados, exige da pessoa que vive com diabetes uma ruptura com os hábitos.

Estudos mostram que a adesão às prescrições pode, para as pessoas pesquisadas, significar censura (BARSAGLINI, 2006), abandono de prazer, ausência de diversas

² De acordo com Poulain *apud* Jomori; Proença; Cravo (2008, p. 64) a palavra comedor, segundo nota de tradução do livro Sociologia da Alimentação, em tradução literal da língua francesa da palavra *mangeur*, significa o ser que come, adotado pela sociologia da alimentação atual no sentido de se distinguir do termo comensal, que significa o ser que come com outras pessoas à mesma mesa.

referências do gosto (SILVA, 2008), ou resultar em perda do interesse de fazer preparações culinárias para a família (em especial os doces caseiros), conforme referiram Santos e Araújo (2011).

O seguimento do tratamento dietético parece ser afetado pela natureza das doenças crônicas que se caracterizam por serem prolongadas e exigirem do doente constante estado de vigilância.

Malerbi (*apud* FERREIRA; FERNANDES, 2009) destacam que tratamentos longos, complexos, de caráter preventivo e que exigem alterações no estilo de vida do indivíduo, como ocorre no caso de doenças crônicas, cursam frequentemente com baixa adesão.

Por ser invariavelmente longo, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes crônicos é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. De acordo com Reiners *et al.* (2008, p. 2300), “embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir”.

Outro ponto a ser discutido quanto à adesão ao tratamento é a observância de que as iniciativas públicas não contemplam o ser humano que vivencia o adoecimento, mas sim a doença.

O Plano de Ações Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011) fundamenta-se no delineamento de três principais diretrizes ou eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral. No Plano, são expostas preocupações em estabelecer uma rede de assistência que prioriza o sistema de saúde (desde a infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde). Propõe-se a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das DCNT. Esforça-se em desenvolver ações vinculadas aos fatores de risco (tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo do álcool) e de controle (distribuição de medicamentos). Busca a intersetorialidade (educação, sociedade civil, outros) e desenvolve pesquisa de base populacional. Contudo, não introduz questões relacionadas à experiência das pessoas que vivem com a doença.

No referido Plano, as intervenções têm foco na relação custo-efetividade cujos resultados esperados referem-se a “salvar vidas”, “doenças prevenidas” e “custos altos evitados” (BRASIL, 2011).

No eixo cuidado integral, as principais ações são a) linha de cuidado de DCNT; b) capacitação e telemedicina; c) medicamentos gratuitos; d) câncer do colo do útero e de mama; e) implantação do programa “Saúde Toda Hora”. Destes, a ação que mais se aproxima do cuidado com doente é a primeira, porém não se ocupa com a experiência da doença na vida cotidiana de quem está doente.

Segundo Malta, Neto e Junior (2011, p. 431),

o mesmo se destina a definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Primária, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar e favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.

Verificamos que não há preocupação com a repercussão que a doença causa na vida da pessoa que adoece. O conteúdo das diretrizes propõe atendimentos de forma padronizada “quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um dos seus pacientes” (CAMPOS, 2003, p. 60). Finda por desconsiderar o impacto que a mesma causa no gerenciamento global da vida e que pode repercutir na adesão ao tratamento.

Esse padrão normativo de conduzir a intervenção sobre a doença dissociada do contexto e da vida do sujeito que adoece, ainda presente nas políticas públicas, sustenta-se na supremacia de saberes científicos, provocando afastamento das demais formas de saberes no espaço da saúde.

Numa perspectiva crítica a essa supremacia científica, Almeida (2010, p. 51) ressalta que “os saberes científicos são uma maneira de explicar o mundo, mas existem outras produções de conhecimento, outras formas de saber e conhecer que se perdem no tempo e no anonimato porque não encontram espaços e oportunidade de expressão”.

Esse modo de ver a ciência pautada na objetividade e na impessoalidade acarreta o entendimento de que apenas “os sinais e sintomas representam a única forma de compreensão das doenças, alimentando o pensamento linear de causa e efeito” (BOSCO FILHO, 2013, p. 53) e assim permite passar despercebido o ser doente no seu processo de existência cotidiana.

Souza (2011), em estudo sobre narrativas de doentes com câncer de boca, ressalta a importância do diálogo entre epidemiologia e clínica que possibilite encontros de saberes para que o corpo vivido possa ter voz e visibilidade. Sem perder de vista a

importância do desenvolvimento da ciência para nossa sociedade, como as descobertas na genética, por exemplo, chama-nos a atenção para não aprisionarmos o nosso modo de pensar em qualquer modelagem, sobretudo naquelas que mutilam o potencial humano criador.

Uma abertura cognitiva é componente fundamental da possibilidade de inventarmos aquele lugar transverso de saberes e práticas ou, como pontuou Juan Samaja, mais que um lugar transdisciplinar, o lugar da trans-sapiência, se quisermos essa postura para além dos espaços acadêmicos onde se organiza a produção do conhecimento (SOUZA, 2011, p. 196-97).

Desse modo, consideramos também que as narrativas das experiências de pessoas vivendo com diabetes podem contribuir para o diálogo do saber de quem vive a doença com o saber especializado sobre a doença e, conseqüentemente, para a construção de práticas menos prescritivas e mais dialógicas nos processos de trabalho em saúde.

Numa reflexão acerca da Segurança Alimentar e Nutricional³ (SAN), Freitas e Pena (2007, p. 78) destacam que ausência da compreensão da comensalidade, um campo da SAN que “alude políticas sociais minimizadoras dos elementos culturais que trazem à superfície crenças sobre corporeidade e comida, hábitos alimentares, conceitos higiênicos sobre alimentos, *naturalização dos efeitos da fome*, sobre a população, por exemplo”.

Contrariamente à forma como o processo saúde-doença é encarado em algumas políticas públicas, Minayo (2010, p. 31) destaca que saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário, sendo ambos reais em suas conseqüências.

Em busca na literatura acadêmica, observamos escassez de estudos que exploram a temática da adesão à dieta em pessoas vivendo com diabetes mellitus numa perspectiva que aborde a dimensão subjetiva do adoecer e a experiência com a doença. Os estudos encontrados, em sua maioria, adotam abordagem com base quantitativa de descrições e/ou análises entre fatores demográficos, socioeconômicos, saúde associados à adesão ao tratamento, tais como o estudo de Assunção e Ursine (2008), que se propôs

³ Segurança alimentar e nutricional significa “garantia de condições de acesso aos alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais” (BRASIL, 1994).

investigar a associação entre fatores educacionais, demográficos, socioeconômicos, de saúde, percepção da doença, suporte social e adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus, e a tese de doutoramento de Casseb (2011), que se deteve a analisar o efeito de três procedimentos de intervenção baseados em tecnologias comportamentais para promover o seguimento de regras nutricionais e de atividade física, entre outros.

Encontramos ainda os estudos com a aplicação de índices tais como de adesão à dieta (IAD) (FERREIRA, FERNANDES, 2009), de alimentação saudável (NOVAIS *et al.*, 2008), Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (GOMES-VILLAS BOAS *et al.*, 2011). Este último estudo destaca que os resultados corroboram a literatura, no qual variáveis sociodemográficas e clínicas podem não predizer a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus.

Em estudo sobre a produção bibliográfica acerca adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde, que contemplou somente cinco das doenças crônicas (hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e AIDS) no período de 1995 a 2005, dos 36 artigos considerados por Reiners *et al.* (2008), somente um estudo era da área da nutrição, o qual foi desenvolvido numa perspectiva quanti-qualitativa, não havendo, no entanto, referência sobre qual(ais) doença(s) crônica(s) a pesquisa se referia.

Quanto aos estudos de abordagem qualitativa, constatamos também poucas publicações sobre a adesão ao tratamento dietético. De modo geral, os estudos qualitativos com pessoas vivendo com diabetes mellitus contemplam questões sobre o autocuidado, crenças, adesão a programas de aconselhamento e a experiência do adoecimento, sendo mais presente na área da enfermagem.

Em revisão da literatura quanto às evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2, Castellanos *et al.* (2011), após análise de 42 artigos disponibilizados no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), apontam que apenas quatro estudos procuraram problematizar teoricamente o tema da adesão ao tratamento. Para esses autores, os estudos sobre a adesão ao tratamento, por eles revisados, mostram que a dificuldade de adesão pode ser uma forma de resistência ao próprio modelo biomédico.

Diante do exposto, a experiência da enfermidade e os efeitos que esta produz na vida de pessoas vivendo com diabetes mellitus colocam-se como objeto de estudo desta pesquisa. Pretendemos dar voz às pessoas que vivem com diabetes para buscarmos olhar e escutar como elas mediam sua adesão ao tratamento dietético. Nosso foco será

mais direcionado aos modos como essas pessoas lidam com as restrições e menos com a precisão com que elas seguem as recomendações dietéticas.

1.2 - A CONSTRUÇÃO SOCIOCULTURAL DO MEL, DO AÇÚCAR E DO DOCE

O mel de abelhas é um alimento conhecido desde as escrituras bíblicas. Em várias passagens do livro sagrado existem citações desse alimento, nas quais há a denotação de um alimento rico capaz de saciar a fome e ser promotor de saúde, como visto no livro de Lucas, capítulo 24, versículos 41 e 42 (BÍBLIA, 1996), onde se lê: “E, não crendo eles ainda por causa da alegria, e estando maravilhados, disse-lhes: tendes aqui alguma coisa para comer? Então eles apresentaram-lhe parte de um peixe assado e um favo de mel”. Em outras citações o mel é usado em comparações que se referem à conduta do bom cristão. A exemplo disso, no livro dos Provérbios capítulo 25, versículo 27 (BÍBLIA, 1996), lê-se: “A alma farta pisa o favo de mel, mas para a alma faminta todo amargo é doce”.

Participante dos primórdios da doçaria, o mel de abelhas compôs preparações que posteriormente passaram a ser feitas com açúcar. Sua importância foi tanta que chegou a compor o “pagamento de impostos antigos e era incluído na obrigatoriedade das prestações regulares dos forais” (CASCUDO, 2004, p. 300). Contudo, foi destronado pelo açúcar quando este último tornou-se mais abundante.

Atualmente o mel ainda goza de destaque na alimentação brasileira, seja pelas propriedades medicinais que lhe são atribuídas ou pelo uso na culinária. Despertou até o interesse da indústria alimentícia que elaborou um produto cuja aparência se assemelha ao mel, a glucose de milho.

O açúcar da cana foi difundido pelos árabes no mundo mediterrâneo no decorrer da idade média e a influência desses povos “na arte de cozinhar foi fundamental na mudança de gostos, com substituição do mel pelo açúcar” (BELLUZZO; HECK, 2002, p. 18). As Cruzadas oportunizaram que este último fosse conhecido no Ocidente e, posteriormente, o desenvolvimento do comércio fez com que o açúcar se disseminasse na Europa (LEMPS, 1998).

Contudo, na antiguidade o açúcar “era caro como jóia e raro como justiça”, sendo considerado “remédio e regalo parcimonioso em gente rica” (CASCUDO, 2004, p. 299). Lemp (1998, p. 611) complementa e afirma que se tratava de uma “mercadoria rara e cara, prescrita pelos médicos ou acrescentada com parcimônia nos temperos – era considerada uma especiaria”.

De acordo com Laurioux (1998, p. 455), desde o século XIV há uma Europa “açucareira”. O consumo elevado de açúcar alcançado no final do século XV no sul da Itália ou em Portugal justifica-se, principalmente, pelo hábito de polvilhar os pratos com uma mistura de açúcar e canela, toque final que muitas vezes se dá a um prato, já por si bastante doce.

Ao longo de sua clássica obra *História da Alimentação no Brasil*, Cascudo (2004, p. 302) ressalta que, em Portugal, o açúcar exibiu função social em que “ofertas, lembranças, prêmios e homenagens traduziam-se pela bandeja de doces”. O autor acrescenta que o doce “visitava, fazia amizades, carpia e festejava”.

Lemp (1998) ressalta que, diante do crescimento da demanda, não foi surpreendente que um dos primeiros cuidados dos descobridores da América tenha sido levar para o Novo Mundo mudas de cana-de-açúcar, material e técnicas destinados à fabricação dessa mercadoria. O açúcar tornou-se a principal mercadoria do comércio marítimo e, desde o século XVII, desenvolveu-se um papel essencial nas políticas coloniais das grandes potências.

O Brasil, tendo sido colônia de Portugal, também recebeu plantações de cana-de-açúcar em seu território. Considerado como um dos principais produtos agrícolas, sua produção vigora até hoje.

Embora no período colonial a produção fosse voltada para exportação para Europa, o Brasil adotou e desenvolveu a doçaria típica do país colonizador. Os índios que aqui moravam desconheciam o açúcar. Segundo Cascudo (2004, p. 478) “o açúcar não determinou nenhuma guloseima indígena”.

Sobre a arte de fazer doces Santos (2008) esclarece-nos que no Brasil Colonial foi consagrada pelas doceiras que possuíam maior *status* que as cozinheiras vinculadas ao trabalho escravo. Contudo, a importância do açúcar não se limita às questões econômicas e comerciais. O doce faz parte da vida de alguns povos desde a infância à maturidade.

Goldenberg (2011, p. 224) referencia a entrevista realizada com Claude Fischler, na qual o sociólogo cita que “quando um recém-nascido vem ao mundo sem ter ainda aprendido nada, já existe uma tendência particular para o doce”.

Crumpacker (2009) destaca que os bebês começam a vida em meio à doçura, isto é, o leite materno que é naturalmente adocicado. Durante a infância, os doces nos são dados como recompensa por bons comportamentos e integram as festas infantis.

Quando maduros, adotamos os doces como produto a ser consumido depois das refeições salgadas. Sobre o hábito de consumir doces nas sobremesas, Cascudo (2004, p. 308, grifos do autor) chega a citar que “nunca um brasileiro dispensou *adoçar a boca* depois de *salgar o estômago*”.

É comum também buscarmos nos doces o conforto para nossas emoções. Seja nas alegrias ou ainda nas tristezas em muitos casos adotamos os doces como comida acalentadora (CRUMPACKER, 2009).

Historicamente, a expansão do consumo de açúcar deu-se em paralelo ao desenvolvimento de três novas bebidas sendo eles o chocolate da América, o café do Oriente Médio, e o chá do Extremo Oriente. Já no século XIX a expansão acelerada é decorrente do uso cada vez mais diversificado do açúcar na alimentação, sobretudo nas cidades (LEMPS, 1998, p. 624).

Não diferente, o século XX e XXI caracteriza-se pelo marcante uso de açúcar. No Brasil, a importância do açúcar em nossa sociedade pode ser expressada pelo crescente aumento do consumo, o que tem sido feito não somente na sua forma comercial (popularmente conhecido como açúcar branco), mas também pela sua inclusão em diversos alimentos disponíveis no mercado.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), versão 2008/2009, realizada pelo Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) a pedido do Ministério da Saúde (MS), é crescente a participação do açúcar refinado e de refrigerante em todo o país.

O estudo de Levy, R. B. *et al.* (2012) que se propôs a estimar o consumo de “açúcar de adição”⁴ pela população brasileira, nos estratos regionais e socioeconômicos, destacando suas principais fontes alimentares e verificando a tendência do seu consumo

⁴ Do ponto de vista do seu efeito sobre a saúde, importa destacar dois tipos de açúcares: aqueles encontrados naturalmente nos alimentos, como a frutose e a sacarose presentes nas frutas e a lactose presente no leite, e aqueles extraídos de alimentos (cana-de-açúcar, beterraba e milho) para posterior uso em preparações culinárias ou na elaboração de alimentos processados. A esse último grupo de açúcares dá-se o nome de “açúcares de adição”

nas últimas décadas, concluiu que a participação do açúcar de mesa nos últimos 15 anos foi reduzida, enquanto a contribuição do açúcar adicionado aos alimentos dobrou, especialmente por meio do consumo de refrigerantes e biscoitos.

Compreendemos que mel, açúcar e doces são alimentos que têm raízes culturais, estão amplamente distribuídos na sociedade e produzem também efeitos simbólicos e subjetivos nas escolhas e contextos alimentares das pessoas. Abrir mão desses alimentos ou restringi-los na dieta parece exigir uma seleção refinada dos alimentos aptos para consumo. Tarefa esta nada fácil para quem vive ou não com diabetes mellitus.

1.3 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

1.3.1 - Narrativas como produção de dados

A pesquisa em questão foi guiada por uma abordagem qualitativa na qual a explicação dos fatos, que numa concepção racionalista pretende conhecer “o porquê” dos fenômenos, foi substituída pela compreensão dos mesmos. Busca-se entender interpretando os sentidos e significados dos fenômenos, ou seja, conhecer “o como”.

De acordo com Bosi e Mercado (2007, p. 35), “o modelo qualitativo pode apresentar-se como uma abordagem interessada no microsocial, baseada em palavras, histórias e narrativas cujo interesse é a dimensão subjetiva”.

Não é o fato em si que interessa investigar, mas a significação que ele ganha para os indivíduos nele envolvidos. Neste estudo, tratamos do olhar sobre a alimentação das pessoas que vivenciam o diabetes mellitus, os significados produzidos e que mediam o processo de adesão ao tratamento dietético.

Na culinária os modos de preparar uma receita são variados, desde misturar ingredientes com a mão a usar um eletrodoméstico, além das inúmeras maneiras de transformar o cru em cozido tais como assar, fritar, gratinar, flambar, entre outros. Nesta pesquisa, para alcançar a subjetividade que permeia as práticas alimentares em pessoas que vivenciam alimentação restrita imposta por uma doença, recorreremos às narrativas sobre a experiência do adoecimento. Partimos da noção que a experiência individual do adoecimento preocupa-se com a forma como a pessoa responde ao acometimento da doença em seu meio social.

Souza (2011) adota a noção de narrativa como a trama de um discurso em que indivíduos ou grupos produzem encontros com outros indivíduos ou situações específicas. No presente estudo, a narrativa que propomos analisar refere-se à trama do discurso que se produz no encontro do indivíduo com a situação de adoecimento por diabetes mellitus, na qual ele se depara com a necessidade de restrições alimentares em sua dieta habitual.

Para Nunes *et al.* (2010), as reflexões fruto das narrativas não se restringem ao instrumental “coleta de dados”. Incidem sobre a produção do conhecimento que tem na reelaboração dos relatos e observações efetuadas, por pesquisadores e pesquisados, a construção de interpretações validadas cientificamente. Esses autores concluem que o trabalho narrativo representa um importante recurso na produção do conhecimento, na perspectiva do ensino, da pesquisa e do cuidado.

Bastante usada nos estudos qualitativos em serviços de saúde, Favoreto e Cabral (2009, p. 9) ressaltam a importância terapêutica da narrativa, pois a mesma possibilita “entender o paciente como personagem de seu próprio adoecer e que, como sujeito, interage com outros saberes e poderes; defende seus argumentos, negocia responsabilidades, define identidades e pleiteia direito a um saber”.

De acordo com Barsaglini (2008, p. 564), “os estudos da experiência da enfermidade enfatizam o processo subjetivo da vivência da doença, dando voz aos adoecidos que a interpretam nas situações concretas do mundo da vida”.

“A articulação do conhecimento biomédico com outros saberes não biomédicos em uma relação dialógica e emancipatória entre o cuidador e quem busca o cuidado” é o caminho apontado por Ferreira; Favoreto (2011, p. 919) para uma terapêutica fundamentada na autonomia.

Favoreto; Cabral (2009, p. 8) acrescentam que

Essa dialogicidade, alcançada pelas narrativas, facilita o surgimento das dificuldades subjacentes à adesão ao tratamento e promove um novo entendimento do papel da terapêutica, que pode conduzir à ação e à transformação das pessoas envolvidas

Segundo Kleinmam (1988), para maior efetividade de atenção aos portadores de doenças crônicas, torna-se fundamental que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora.

A questão que se coloca em destaque não será a quantificação do seguimento das prescrições dietéticas, mas sim conhecer como as pessoas que vivenciam o diabetes

gerenciam sua “vida alimentar” integrando os sentidos e significados das práticas realizadas.

Por fim, considerando a adesão ao tratamento um fenômeno integrante do processo saúde-doença, resgatamos as considerações de Turato (2005, p. 510) que enumera a relevância de conhecer os *significados*, pois:

melhora a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promove maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entende mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

1.3.2 - O lugar e os participantes da pesquisa

As pessoas que vivem com diabetes mellitus que compuseram nossa amostra de investigação são cadastradas e acompanhadas por equipes da Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no bairro de Bom Pastor, Zona Oeste da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A escolha se deu por conveniência geográfica, uma vez que o território é de fácil acesso.

Para o cadastramento e vinculação dos portadores de hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus às unidades básicas de saúde e a reorganização da rede de atendimento, foi criado pelo Ministério da Saúde um Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos, o HIPERDIA. É realizado em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) onde a população recebe o acompanhamento de saúde e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos.

O programa HIPERDIA gera informações para o desencadeamento de estratégias de saúde pública, disponíveis aos gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

De acordo com o documento “(Re) desenhando a Rede de Saúde na cidade do Natal”, em 1989, a Prefeitura do Natal propôs a sua reorganização político-administrativa com a criação das Regiões Administrativas Norte, Sul, Leste e Oeste. Tratava-se da primeira iniciativa de zoneamento urbano, para tratamento

microlocalizado dos problemas identificados no contexto da atuação das Políticas Públicas (Prefeitura de Natal, 2013).

O processo de territorialização culminou em 1990 com a divisão do município em quatro distritos sanitários, respeitando a mesma conformação das Regiões Administrativas, que atuavam sob regime de organização em subprefeituras. Em 2005, decorrente de novas discussões, o Distrito Sanitário Norte da Cidade passa por mais uma delimitação, subdividindo-se em Distritos Sanitários Norte 1 e Norte 2, resultante das peculiaridades sociodemográficas e sanitário-epidemiológicas locais (Prefeitura de Natal, 2013).

Dentro dessa proposta, o bairro de Bom Pastor, onde está instalada a unidade de saúde *locus* do estudo, permanece no Distrito Sanitário Oeste.

Além da facilidade de acesso para a pesquisadora, por se tratar de uma unidade integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF), a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) favoreceu a chegada do pesquisador à residência dos entrevistados selecionados para o estudo.

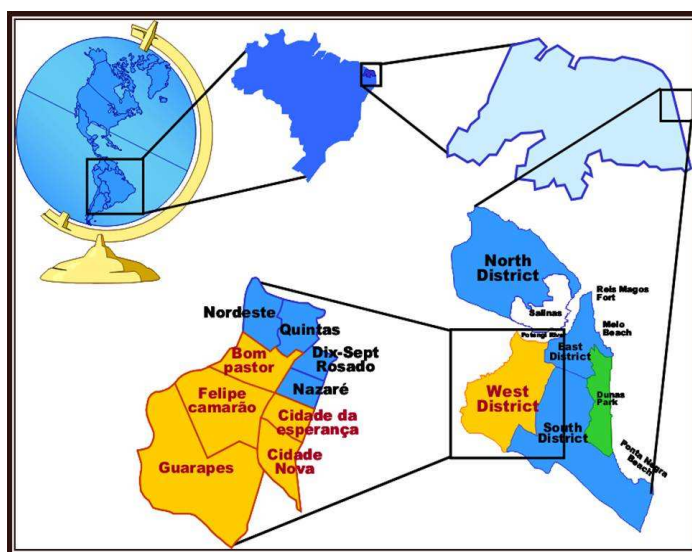


Figura 1 – Distribuição dos bairros que compõem o Distrito Sanitário Oeste do município de Natal

Fonte: Autora, 2013.

Corroborou para a escolha a inserção no campo de pesquisa e a aproximação do pesquisador junto aos profissionais da assistência em saúde que, em conversas, expressaram o crescente número de pessoas vivendo com diabetes assistidos por essa unidade.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no mês de julho de 2013 aquela USF realizou 86 atendimentos a usuários diagnosticados com Diabetes.

Essa informação foi obtida pelo somatório do item “diabetes” da área de preenchimento “tipo de atendimento de médico e enfermeiro” contida no “Relatório de produção e marcadores para avaliação” das quatro equipes que constituem a USF de Bom Pastor. Não foram contabilizadas “visitas domiciliares” ou “atendimentos individuais do enfermeiro”, pois no referido relatório não há especificação sobre o tipo de atendimento prestado.

Para seleção Dos entrevistados adotou-se como critérios de inclusão: (1) usuário estar cadastrado no HIPERDIA da USF de Bom Pastor; (2) ter diagnóstico diabetes tipo 1, 2 ou ainda outros tipos específicos de DM, de acordo com a classificação admitida pela SBD (2006), exceto gestantes diabéticas por entender que se trata de um grupo específico cujo tempo de duração da doença ainda está indefinido, podendo ou não se desenvolver para DM após o parto; (3) idade a partir dos 20 anos; (4) ambos os sexo; (5) dispor de capacidade de fala preservada; (6) tempo mínimo de diagnóstico igual ou superior a 5 anos, de acordo com os registros nos prontuários; Foram admitidos ainda que os entrevistados fossem ou não insulínica e apresentassem ou não comorbidades associadas.

Esse último critério de inclusão foi considerado visto que o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002) afirma que a possibilidade de associação dessas duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente.

Os critérios de exclusão foram pessoas com idade inferior a 20 anos, tempo mínimo de diagnóstico inferior a cinco anos e gestantes. Pessoas com dificuldade de fala também não participaram da pesquisa, para evitar comprometimento da qualidade da gravação da entrevista. A opção por entrevistar adultos considerou a possível maior autonomia na tomada de decisões para gerenciar a doença.

Nas pesquisas qualitativas, a representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos típico das pesquisas quantitativas é substituída pelo aprofundamento, abrangência e diversidade no processo de compreensão.

Souza (2011, p. 40) “ressalta que o principal nesse tipo de investigação é o aprofundamento da informação, que se dá em menor quantidade de pessoas entrevistadas e mais nas estratégias de obter tais informações”.

Para Minayo, (2010, p. 197) uma “*amostra qualitativa ideal* é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”. A autora acrescenta ainda o conceito de “*critério de saturação* ao qual se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”.

Diante do exposto, guiamo-nos pela literatura existente de pesquisas qualitativas com pessoas que vivenciam o diabetes mellitus, as quais adotaram em média cinco a oito pessoas entrevistadas.

1.3.3 - O campo de pesquisa em produção

A ida ao campo foi prevista para ser realizada em duas fases sequenciais. Na primeira fase, composta de quatro passos, constou de visitas à unidade de saúde com objetivo de desenvolver contato com o administrador da unidade de saúde e demais profissionais envolvidos diretamente com o HIPERDIA, observação do contexto, definição do local da entrevista, observação do atendimento. A etapa final desse primeiro momento foi a escolha dos entrevistados, a qual relatamos a seguir os passos adotados.

O primeiro passo foi realização de uma reunião com os agentes comunitários de saúde em que apresentamos a proposta do estudo e solicitamos que cada um fizesse uma lista contendo nomes de cinco pessoas de seu território de responsabilidade dentro da Estratégia Saúde da Família que vivem com diabetes (Apêndice A).

No segundo passo, procedemos à leitura dos prontuários das pessoas indicadas, buscando conhecer a história de saúde-doença presente nos registros escritos e observando o preenchimento dos critérios de inclusão estabelecidos para este estudo.

O terceiro passo foi seleção dos participantes e para isso adotamos os seguintes critérios: (1) prontuários com preenchimento de informações mais detalhadas; (2) registro de resultados de exames de glicemia suficiente para identificar a evolução da doença; (3) registro livre das observações de profissionais de saúde, tendo sido encontrado expressões como “DM descompensado”, “Não segue a dieta”, “Não

compareceu à consulta”, entre outros; (4) No caso de pessoas que fazem uso de insulina, atentamos para o aumento da dosagem ao longo do tratamento.

Ao final desse terceiro passo foram lidos 40 prontuários, dos quais 10 preenchiam integralmente o critério de inclusão. Os 30 restantes não foram selecionados, pois não preenchiam algum critério de inclusão (12 prontuários) ou o prontuário não continha relatos detalhados sobre o diabetes (18 prontuários)

O quarto passo foi visita domiciliar com o intuito de conhecer o possível entrevistado, sua condição de fala e vislumbrar um local do domicílio para realização da entrevista.

A chegada até a residência foi acompanhada pelo agente comunitário de saúde vinculado à USF. De acordo com a Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cada ACS tem sob sua responsabilidade uma microárea definida sobre a qual deve deter conhecimento sob a condição de saúde da respectiva população assistida (BRASIL, 2006).

Realizamos a apresentação da pesquisa, com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Havendo o consentimento de participação foi procedido o agendamento da entrevista propriamente dita e preenchido o formulário de caracterização dos entrevistados (Apêndice C).

Essa visita inicial foi importante para favorecer vínculo entre a pesquisadora e o entrevistado. A conversa estabelecida permitiu algumas informações preliminares. Assim, alguns comentários feitos ainda na primeira visita domiciliar foram resgatados durante a entrevista gravada.

A segunda fase consistiu na entrevista aberta. Segundo Minayo (2010, p. 262), na “entrevista aberta ou em profundidade, a pessoa entrevistada é convidada a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões”.

Inicialmente foram realizadas três entrevistas individuais. Ressaltamos que dessas três, duas não compuseram o universo amostral final da pesquisa. Uma apresentou gravação inaudível e outra entrevista não foi concluída por dificuldades de interação na comunicação. Em seguida, foram realizadas mais outras três entrevistas, bem como uma nova entrevista com o informante cuja gravação não permitiu nitidez na audição. A amostra final foi composta por cinco pessoas entrevistadas.

De modo geral, no processo de entrevista a primeira mensagem transmitida aos entrevistados foi a de que não iríamos julgar se os relatos obtidos sobre alimentação estavam certos ou errados, mas que desejávamos conhecer um pouco sobre suas vidas e sobre os significados atribuídos a partir da experiência de conviver com DM.

As entrevistas foram realizadas nas residências das pessoas entrevistadas, o que permitiu conhecer um pouco mais sobre o universo daquelas pessoas, fato dificilmente alcançado caso o estudo se desenvolvesse em ambulatórios de serviços de saúde.

Nossa entrevista aberta teve como ponto de partida o diagnóstico da doença a partir do qual o indivíduo pode construir o enredo da sua relação com a situação de adoecimento e como gerencia sua alimentação.

Para as análises serviram de material as gravações com os relatos dos sujeitos participantes e as anotações de campo, este último, sobretudo, o registro das impressões da pesquisadora após as entrevistas e visitas domiciliares.

O material correspondeu aos conteúdos extraídos das gravações de áudio com os relatos dos entrevistados. As etapas da sistematização dos dados foram, respectivamente, escuta, transcrições das gravações, categorização de acordo com os temas que emergiram das falas, sendo finalizado com as inferências e interpretações. Esse material foi complementado com o registro das anotações de campo.

1.3.4 - Questões éticas

A realização do presente estudo seguiu as diretrizes da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que rege a pesquisa envolvendo seres humanos. Incorporaremos no desenvolvimento da pesquisa a ótica do indivíduo e das coletividades nos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros.

Antes de iniciar a pesquisa, foi esclarecido o seu objetivo aos participantes. Após apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitamos a assinatura dos sujeitos da pesquisa, ficando o pesquisador e o pesquisado com uma cópia de igual teor.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN, via on-line à Plataforma Brasil, e teve aprovação através do Parecer número 115.702 (Anexo A).

CAPÍTULO 2 – APERITIVOS

Enquanto aguardamos o momento de saborearmos a refeição, propriamente dita, servimos aperitivos, à medida que os comensais se juntam à mesa. Nesse momento, faremos a apresentação dos nossos principais convidados, protagonistas de nosso estudo – as pessoas entrevistadas.

Na apresentação, optamos por narrar impressões produzidas durante os encontros nos momentos que antecederam e durante as entrevistas, bem como nos registros de prontuários, numa perspectiva de compor uma narrativa da narrativa (Souza, 2011) ao contarmos o que nos afetou no encontro e o que nos contaram os entrevistados.

No intuito de preservar o anonimato adotamos nomes fictícios que se referem a algumas preparações culinárias de sabor doce: Papo-de-anjo, Cocada, Ambrosia, Quindim e Manjar.

Alertamos ao leitor que esses Aperitivos receberam, em sua apresentação, um toque de fragmentos de produções literárias variadas, em prosa e poesia, que versam sobre os doces que selecionamos para nominar nossos entrevistados.

“Estou aqui num quarto de hotel que dá para uma praça, que dá para toda solidão do mundo. São dez horas da noite e não se vê viv’alma. Meu navio só sai amanhã à tarde e é impossível alguém estar mais triste do que eu [...] Vou agora escrever para casa pedindo dois menus diferentes para minha chegada: para o almoço, um “tutuzinho” com torresmo, um lombinho de porco bem tostadinho, uma couvinha mineira e doce de coco. Para jantar, uma galinha ao molho pardo, um arroz bem soltinho e *papos-de-anjo*, mas daqueles como só a mãe da gente sabe fazer, daqueles que, se a pessoa fosse honrada mesmo, só devia comer metido num banho morno e em trevas totais, pensando, no máximo, na mulher amada. Por aí você vê como eu estou me sentindo: nem cá nem lá”.

Carta de Vinícius de Moraes escrita para seu amigo Tom Jobim, do Porto de Havre
(França), em 7 de setembro de 1964

Papo-de-anjo é uma senhora de 57 anos. Casada e mãe de três filhos. É dona de casa e trabalha como comerciante. Era fumante, mas já deixou de ser. Em seu prontuário o diagnóstico de diabetes mellitus ocorreu em fevereiro de 2000. Contudo, antes desse período, há registro de ferimento no pé direito, em 1987, e princípio de glicemia elevada, em 1997, motivando prescrição de dieta, pela nutricionista, sem, contudo, haver menção ao diabetes.

Meu primeiro contato com a entrevistada ocorreu dia 7/2/2013. Ela reside em frente à Unidade de Saúde de Bom Pastor. *Papo-de-anjo* foi avisada pela agente de saúde que eu passaria naquela tarde para visitá-la. No primeiro momento, a entrevistada não demonstrou muito interesse e, sem muita vontade, perguntou se eu queria entrar em sua casa. Fui conduzida para a cozinha e sentamos ao redor da mesa. A conversa fluiu à medida que eu fui apresentando a pesquisa. Percebi que a família da entrevistada tem condição econômica mais favorável com relação às condições dos demais moradores do bairro. Há uma mercearia instalada no que seria a varanda da casa, o que leva à suposição de que o acesso aos alimentos não seria limitado por questões econômicas. As duas filhas, a quem fez referência, trabalham em hospitais da cidade de Natal.

Papo-de-anjo é uma pessoa tranquila e respondeu ativamente às questões da entrevista. Compreendeu facilmente a intenção da pesquisa. Inicialmente, uma de suas filhas esteve presente por um momento e ajudou sua mãe a entender o que se espera dela para esse estudo. Procedi a leitura do TCLE na presença da filha, para maior segurança da entrevistada como também para mim mesma.

Durante a conversa, alguns assuntos do cotidiano foram surgindo, como sobre a festa de casamento do filho em que *Papo-de-anjo* comeu pouco da comida por causa do diabetes e, a cada vez que o garçom passava, ela dizia: “não, obrigado”.

Comentou da cirurgia cardíaca que fez, cujo corte foi feito abaixo da mama e não abrindo o peito como de costume. Ela e mais três pacientes foram os primeiros a receber esse tipo de cirurgia aqui em Natal. Com ela correu tudo bem.

No formulário de cadastramento ela havia informado que busca assistência de saúde particular de acompanhamento ao diabetes quando sente necessidade.

Agendamos a entrevista e solicitei que ela tentasse lembrar-se de situações boas ou ruins que ela viveu por causa do diabetes para que fossem relatadas no próximo encontro.

Retornei, pontualmente, no dia marcado para a entrevista. *Papo-de-anjo* ainda não havia concluído as tarefas domésticas, mas as deixou de lado para iniciarmos a entrevista. Estava mais receptiva do que a primeira vez e mostrou-se muito atenciosa, respondendo às perguntas ou ainda trazendo outros assuntos. Não fugiu do foco e a entrevista transcorreu tranquilamente.

Contou que a vida para quem tem diabetes é amedrontada, pois tudo o que se vai fazer pensa-se logo: será que fará algum mal? Quando procura algum serviço de saúde para tratar de outro assunto, ainda assim, tem que dizer que é diabética. Para ela é possível viver bem com a hipertensão, fato que não acontece com a diabetes, pois esta última provoca dificuldade de cicatrização, pode gerar a amputação, além de comprometer outros órgãos.

Em 2009, além do hipoglicemiante oral, passou a usar insulina para controle dos níveis glicêmicos. No entanto, devido a quadros de hipoglicemia, deixou o uso de insulina por conta própria, permanecendo apenas o hipoglicemiante.

Com relação à alimentação, disse que por ter descoberto o diabetes ainda muito jovem não cuidava da alimentação, pois para ela quando se é jovem é comum achar que nada de ruim vai acontecer na sua vida. Hoje em dia considera-se mais controlada, diferentemente das suas irmãs, que também têm diabetes. Relatou que uma delas ignora a doença e alimenta-se livremente com o argumento de que “se não comer, morre e se comer, morre do mesmo jeito”. *Papo-de-anjo*, ao seu modo, prefere seguir a vida com mais prudência.

Doces de açúcar e gemas
São teus versos e teus doces
Sabem o poema: não fosses
Toda doce em cada poema

Pouco e coco rimam, sim,
Mas quando o coco é o seu coco,
Que, por mais que seja é pouco
(Pelo menos para mim!)

Não veio doce, mas veio
Verso seu, que é tão doce
Como se doce fosse
Mais que doce: doce e meio

Manuel Bandeira

Marquei encontro com a Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Unidade de Saúde de Bom Pastor e seguimos no meu carro até a rua que daria acesso às três casas programadas para serem visitadas naquela tarde daquele 4 de março de 2013

Cocada é uma senhora de 54 anos. Estava na varanda da casa da mãe, que fica ao lado da sua própria residência. Fui apresentada pela ACS como pesquisadora da Universidade. Estavam na varanda eu, a ACS, a entrevistada e sua irmã com uma criança de aproximadamente dois anos em seu colo. Sua mãe estava na sala de onde era possível participar da conversa.

Apresentei-me e segui com a palavra apresentando a pesquisa. Esclareci que sou nutricionista, mas que não iria substituir a nutricionista oficial da Unidade de Saúde. Também não iria julgar se há erros e acertos na sua alimentação, mas que gostaria de conhecer os significados que é para ela conviver com diabetes e ter que fazer dieta.

Cocada é uma senhora falante e participou ativamente da conversa. É casada e mora com o marido, uma filha e um neto. De acordo com seu prontuário da USF, o diagnóstico de diabetes aconteceu em 2005. Falou que inicialmente foi diagnosticada como pré-diabética e assim permaneceu, por cinco anos, apenas controlando a alimentação. Depois disso veio o diagnóstico definitivo e relatou os sintomas que sentia. Na ocasião, sua irmã (que parece ser mais nova) disse que às vezes tem os mesmos sintomas, mas que tem medo do diagnóstico e por isso não procura saber se é ou não diabética.

À medida que eu explicava o que eu esperava da entrevista, ela contou que em outro dia, após o encontro na igreja, foi servido um lanche, mas que não permaneceu porque sabia que não poderia comer daqueles alimentos. Reconhece que esse esforço é em prol da saúde. Naquele momento, eu, que não sou diabética, passei a conhecer a dificuldade que deve ser para as pessoas que vivem com diabetes para participar de lanches coletivos, pois dificilmente são constituídos de alimentos com restrição de açúcar, sendo normalmente são a base de massa ou gorduras.

Cocada demonstra com orgulho que há muito tempo não come doce, o que a uma primeira escuta parece denotar boa adesão à dieta. Mas à medida que a conversa segue, percebi uma resistência para comer doces (preparação cujo açúcar é primário), contudo, é mais flexível para comer bolos (exemplo de preparação cujo açúcar é ingrediente secundário), alimento que *Cocada* parece ter apreço. Parece-me que, para algumas pessoas, o doce puro é o vilão, e deve ser excluído da dieta. Por outro lado,

parece que alimentos adocicados como bolo podem ser tratados com mais flexibilidade sendo permitido desde que o consumo seja moderado.

Cocada falou do medo de amputação de membros e contou sobre o acidente doméstico que resultou na ida ao Hospital Walfredo Gurgel para que a aliança de casamento fosse retirada do dedo por procedimento cirúrgico. O medo maior a que ela se referia era de que esse incidente resultasse na amputação do dedo. Percebo então que o medo da amputação, comum em pacientes que convivem com diabetes, parece ser movida por dois fatores: primeiro o conhecimento de casos de diabetes que culminaram com a remoção da parte do corpo. O segundo, o medo como reflexo da educação biomédica amedrontadora praticada por alguns profissionais que vinculam o cuidado à saúde aos malefícios da doença. Algo do tipo “faça isso para não ter maiores consequências da doença”.

Já com a conversa fluindo dado à boa interação produzida com a entrevistada, li o TCLE, fiz explicações complementares sobre o estudo e ela confirmou o aceite em participar da pesquisa.

Cocada contou que pela manhã fica responsável pelo cuidado de dois netos, então sugeri que a entrevista fosse realizada no turno da tarde quando a entrevistada está mais livre e também por não haver pessoas em sua residência que pudessem interromper ou trazer ruídos para gravação. Agendamos para dia 11/3/2013, à tarde. No entanto, *Cocada*, por motivos pessoais, desmarcou e fizemos novo agendamento.

Dessa vez, *Cocada* já estava a minha espera. Ao entrar na casa perguntei se seria possível fazer a entrevista na cozinha, pois a mesa ajuda na boa disposição do equipamento de gravação e tem menos influência de ruídos da rua. Seu esposo estava em casa e ficou próximo de nós na escuta. Ela explicou que ele também tem diabetes, contudo o diagnóstico dele foi posterior ao dela.

A conversa fluiu bem. Notei certo conformismo com relação ao fato de ter a aquela doença. Explicou que ela e o marido fazem o acompanhamento juntos e, a cada três meses, procuram o serviço particular de endocrinologia numa clínica popular situada na Zona Norte de Natal.

Contou a confusão que sentiu quando procurou um atendimento no Hospital Walfredo Gurgel: ao relatar que era pré-diabética, foi destrutada por uma médica que, grosseiramente, disse não existir essa condição. O fato motivou que procurasse a endocrinologista que a acompanha. A médica reafirmou que, na ocasião, *Cocada* ainda não tinha o diagnóstico definitivo de diabetes.

Em mais de um momento, no decorrer de nossas conversas, *Cocada* demonstra ser uma pessoa religiosa. Refere não ser mulher de festa, de praia, de bebida, de fumo e que não gosta de perambular na casa dos outros. Adepta ao catolicismo, refere frequentar regularmente um grupo de oração. Retomei uma fala dela dita na primeira visita domiciliar sobre o fato de sair mais cedo dos lanches na igreja. Ela confirma que procede dessa forma para se prevenir da exposição aos alimentos não recomendados.

A entrevista já havia se encerrado. Seguimos conversando e deixei o gravador ligado. Entre um assunto e outro a interface da doença com a religiosidade é retomada.

Contou que aos 17 anos foi diagnosticada como epilética. Chegou a receber recomendação de internação numa clínica psiquiátrica de Natal, mas que seu pai não permitiu o internamento. Comenta que seguiu por anos tomando remédio controlado e que adotava a tática de deixar no chão vestígios da embalagem dos comprimidos para servir para seu controle se havia tomado ou não naquele dia. Sentia-se desconfortável com a doença devido ao estado irritadiço e menos tolerante.

Foi então que fez uma promessa para que Deus a libertasse daquele problema, daquela medicação. Em troca renunciaria à vaidade. Assim, nunca mais usaria anel e pulseira, não faria maquiagem e não usaria adereços, a não ser relógio e aliança de casamento. Além disso, não cortaria o cabelo conforme a moda.

Nessa época morava no interior e, de três em três anos, recebia 90 comprimidos de Gardenal®. Num certo dia se desfez de 60 comprimidos. Ficou com 30 e se deitou. Foi então que veio o pensamento de que se ela confiava em Deus não deveria guardar os 30, e sim jogar todos os 90 comprimidos que recebera. Conta que se levantou e jogou fora os comprimidos restantes. Desse dia em diante nunca mais tomou remédio controlado, nem teve nenhuma crise epilética e, na sua crença, isso é uma obra divina.

Com relação ao diabetes, *Cocada* refere ter fé de que será curada. Diz desconhecer algum médico que curou epilepsia, mas ela conhece sua própria história de adoecimento e cura. Do mesmo modo, espera no Senhor a cura do diabetes.

Senhoras minha, se de tais clausuras
Tantos doces mandais a uma formiga,
Que esperais vós agora que eu vos diga
Se não forem muchíssimas doçuras?

Eu esperei de Amor outras venturas,
Mas ei-lo vai, tudo o que é dar obriga,
Ou já ceia de amor, ou já da figa,
Da vossa mão são tudo *ambrosias* puras

O vosso doce a todos dizem: comei-me,
De cheiroso, perfeito e asseado;
Eu por gosto lhe dar comi e fartei-me

Em este se acabando irá recado,
E se vos parecer glutão, sofrei-me
Enquanto vos não peço outro bocado.

E, agora? Que tristeza!
Pelas feiras e romarias
Só nos oferecem, e com fartura,
“as farturas”

Gregório de Matos

Ambrosia reside na mesma rua que *Cocada*. A chamamos da calçada e *Ambrosia* se desloca, vagarosamente, da sala para nos atender na varanda. Ela tem dificuldades para locomoção. Além de histórico de fratura de fêmur na perna esquerda, o que motivou o uso de bengala, há alguns meses desenvolveu rachaduras no pé esquerdo. Relata que isso aconteceu após viagem que fez a Juazeiro do Norte, no estado do Ceará, conhecido nacionalmente por ser região de peregrinação de devotos religiosos. Ela também tem feito tratamento para recuperação da pele.

A ACS me apresentou como pesquisadora da Universidade. Cumprimento-a e sigo explicando que a intenção da pesquisa é conhecer como vive as pessoas com diabetes e que não iria julgar se o que ela faz ou do que se alimenta está certo ou errado. Nossa conversa, inicialmente, foi norteadada pelas perguntas do formulário de cadastro dos entrevistados.

Ambrosia tem 65 anos e estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Disse que mora com o marido. Havendo um quarto disponível na casa, este foi cedido a uma neta que, no desenrolar da conversa, identifiquei que é casada.

Continuamos a falar sobre a vida de quem tem diabetes e a intenção da pesquisa. Ela demonstra interesse e disponibilidade de tempo, aceitando inclusive que a entrevista fosse feita de manhã. Durante a pesquisa, percebi que as mulheres do bairro não gostam de assumir compromissos pela manhã, pois a reservam para as atividades domésticas.

Seu marido apareceu na varanda. Apresentei-me e expliquei a razão de estar ali. Ele me recebeu de maneira tímida e saiu da varanda.

Após *Ambrosia* concordar em participar da pesquisa, li o TCLE na presença da ACS.

De acordo com seu prontuário, o diagnóstico de diabetes aconteceu em 1993. *Ambrosia* relata que chorou muito com essa notícia. Contou da sua tia que morava com ela há 21 anos e que era diabética. Assim, antes mesmo de receber seu diagnóstico já conhecia o transcurso da doença. Com carinho, falou da morte dessa tia que ocorreu conforme o desejo dela, isto é, sem dar trabalho aos parentes. Segundo *Ambrosia*, a tia de 83 anos parece que já estava se preparando para morte, pois, ultimamente, estava se descuidando e não queria mais tomar o remédio. Fato confirmado quando, após o falecimento da tia, *Ambrosia* encontrou embalagens intactas do remédio comprado já há algum tempo. A morte da tia, no início foi difícil, mas ela afirma estar se acostumando com a saudade.

Na vida pessoal, mudou-se para São Paulo ainda jovem para tentar a vida, como muitos outros nordestinos já fizeram. Lá, trabalhou em casa de família, juntou dinheiro e, depois de certo tempo, retornou para Natal e comprou a casa onde vive até hoje com o segundo marido. Com este teve um casal de filhos. Afirma ter trabalhado muito, principalmente, como lavadeira e fala que se aposentou aos 47 anos.

O trabalho (com conseqüente aposentadoria) significa muito para ela: afirma que se não fosse a fratura do fêmur que deixou seu movimento lento e dependente de muletas, ela ainda trabalharia. Além disso, reconhece que a remuneração a permite ser inserida no circuito do consumo. Demonstra gosto em comprar móveis e eletrodomésticos para sua casa.

Com relação à saúde, *Ambrosia* contou do acidente doméstico e que resultou na fratura do fêmur. Após a recuperação da cirurgia passou a usar muleta.

Sobre a alimentação demonstra que vale a pena deixar de comer os alimentos interditados pelo diabetes. No entanto, no decorrer da entrevista percebo certo vai e vem da adesão à dieta prescrita, com momentos de resistência e outros de consumo a alimentos restritivos. *Ambrosia* diz saber da necessidade de seguimento das recomendações, pois para ela o diabetes é uma doença silenciosa. Contudo, seu entendimento acerca da doença não a livrou das temidas sequelas e, atualmente, ela sofre de pé diabético.

“[...] Mas voltemos a Aristides Lobo e o fim da hora neutra de depois do almoço – pontuada pela avena dos doceiros. Lá vinham eles do largo do Rio Cumprido [...] A cabeça encimada pela torcida de pano que lhe dava ares de spahis. Era sobre este turbante que descansava a caixa de doces, envidraçada, aos lados, como o esquife de cristal da Branca de neve, coberta, em cima, por uma tampa forrada de oleado e tendo quaro pés, como mesa, para a hora comovente da escolha entre as brevidades desérticas, os *úmidos quindins*, as cocadas brancas e pardas – conforme feitas de açúcar refinado ou rapadura. Os doces de batata-roxa, batata comum, de abóbora, de cidra, de mamão ralado. Os pés-de-moleque de amendoim inteiro ou pilado, de massa açucarada como vidro ou ressecado como um reboco. Ao levantar-se a tampa, vinha aquele cheiro envolvente e sedativo onde as narinas surpreendiam tonalidades altas do odor do limão e da laranja; as claras, do leite de coco, das farinhas; as baixas e mais surdas do ovo, do cravo, da baunilha do melão. Eram cromáticas como as cascatas de sons que o doceiro tirava do instrumento com que se anunciava.”

Pedro Nava

Baú de ossos

Meu contato com *Quindim* se deu através de outra ACS da Unidade de Saúde, que me atendeu muito bem, talvez por me conhecer do período que permaneci na Unidade para leitura dos prontuários. Agendamos para dia 7/3/2013 o primeiro contato com *Quindim*. No carro, até a chegada à casa, descubro que a ACS é sobrinha da entrevistada e por isso demonstra conhecimento sobre sua rotina. Apesar de cedo (ainda não era 8 horas da manhã), sou bem recebida.

Quindim é animada e bem humorada. Sou apresentada pela ACS e sigo falando do propósito da pesquisa. Ao falar da própria alimentação, *Quindim* diz não comer doces há muito tempo. Refere que foi orientada a comer só um pão, um por dia, no desjejum ou jantar. Num tom bem humorado faz provocação a quem come três pães por refeição (fazendo referência à sobrinha que é ACS e aparenta estar acima do peso).

Fomos brevemente interrompidos por um grupo de evangélicos. Ela os tratou bem, mas demonstrou não ser essa sua religião.

Seguimos com o preenchimento do formulário de cadastro, finalizando com a leitura do TCLE. *Quindim* não demonstrou insegurança quanto a participar da pesquisa, mas sim quanto a assinar o termo. Fiz novos esclarecimentos e a ACS contribuiu para sanar dúvidas e clarificar que a assinatura é para firmar a participação com segurança para a pessoa entrevistada e para a pesquisadora.

Quando fomos agendar a entrevista, *Quindim* apresentou sua disponibilidade de dias, uma vez que sua mãe é idosa e a entrevistada se reveza com outras pessoas no cuidado da anciã. Quando retornei no dia marcado para a entrevista, ela já estava na varanda me esperando. Ela tem 72 anos, mora com o marido, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, teve nove gestações, sendo uma delas de gêmeos. Anexo a sua casa moram o filho mais novo e a nora.

De acordo com seu prontuário, o diagnóstico aconteceu em 1999. Entretanto, antes desse período, em 1988, há registros de mal-estar, tonturas e sudoreses, que são sintomas clássicos da doença, porém não há referência à diabetes mellitus.

Contou que quando se preparava para fazer uma cirurgia no olho foi surpreendida com a glicemia elevada e o consequente diagnóstico de diabetes, fato que lhe gerou muita tristeza. De lá para cá, seu comportamento mudou. Reconhecia-se como divertida e gostava das brincadeiras em família. Era animada em todos os sentidos, até nas tarefas de casa, mas perdeu o prazer. Atualmente seus divertimentos são frequentar a missa e acompanhar a procissão promovida pela paróquia do bairro.

Sobre o diabetes diz saber que o nível glicêmico está elevado quando o sono fica alterado, com insônia. Dorme por volta das 23 horas e acorda às 3 horas e não consegue dormir mais. Na ocasião da entrevista estava sentindo esse sinal de hiperglicemia. Com bom humor, disse ainda que a doença afetou seu desempenho sexual. Percebo, então, mais um custo não quantificado do diabetes.

Para Quindim, o estado emocional interfere negativamente no equilíbrio do diabetes. Assim, diante de qualquer apanhado, raiva, ou problema ela fica com a glicemia elevada. Considera o diabetes como uma doença traiçoeira, bem como a pressão alta.

Contou que era uma pessoa de boa saúde, trabalhadora de roçado e lavadeira de roupas quando ainda morava no interior do estado. Contudo, relatou ter desenvolvido uma fraqueza no sangue e nos nervos. Quase foi internada numa casa psiquiátrica em Natal, mas seu pai não deixou. Parece-me que isso se deu por ocasião da perda dos dois filhos da gestação gemelar, que foi a penúltima. Para ela a perturbação mental que sentiu contribuiu para desenvolver o diabetes.

Sobre os cuidados com a saúde, afirmou que tratamento do diabetes por meio da dieta não é fácil, mas esclarece que o uso contínuo de medicação também não é. Quindim falou da inconveniência da micção frequente, típica do diabetes, sendo, portanto, outro custo intangível da doença. Considera-se teimosa e que não adianta negar, pois admite que às vezes dá umas escapulidas na dieta.

Tendes nem migalhas assada,
Cousa nenhuma de molho,
e nada feito em empada,
e vento de tigelada,
picar no dente em remolho.
De fumo tendes tassalhos,
Aves de pena que sente
Quem de fome anda doente;
Bocejar de vinho d'alhos,
manjar em branco excelente

Luis de Camões

Meu primeiro contato com *Manjar* se deu na Unidade de Saúde no dia 29/01/2013, ocasião em que ele foi submetido à consulta de rotina, prevista no Programa HIPERDIA. Senhor *Manjar* veio à consulta acompanhado da esposa. Apresentei-me a eles no corredor, minutos antes de serem chamados para a consulta. Conversei com a médica a qual não se opôs que eu permanecesse na sala durante a consulta. Contudo, me pareceu que o fato de estarem sendo observados por uma pessoa estranha à rotina do serviço deixou-os todos um pouco acanhados. Ao final, agendei a entrevista da pesquisa para tarde do dia seguinte em sua casa.

Cheguei pontualmente e, para minha surpresa, havia familiares e vizinhos aguardando o momento da entrevista. A casa pertence à sogra de *Manjar*. Permanecemos na varanda. Mesmo tendo sido explicado a necessidade de cooperação de todos para o êxito da pesquisa, o ambiente não estava tranquilo. Duas crianças permaneceram na varanda e cerca de quatro adultos colocaram suas cadeiras na calçada. Havia também uma criança circulando na rua num carrinho de ferro e que produzia ruídos.

O ambiente estava, inevitavelmente, conturbado, o que dificultou a gravação. Soma-se o fato do equipamento de áudio não ter conseguido captar com nitidez as narrativas do entrevistado, o que inutilizou a gravação.

Entretanto, algo interessante me chamou atenção nessa que foi a primeira de todas as entrevistas. *Manjar* demonstra um ar positivo para com a doença. Ele relata que sua vida era desregrada e que a doença trouxe um pouco de ordem. Foi surpreendente para mim, pois, minha expectativa era de encontrar, nas pessoas entrevistadas, sentimentos de revolta e desânimo em virtude do diagnóstico de diabetes mellitus. Foi exatamente este fato que me motivou a procurá-lo para uma segunda entrevista, no entanto, a residência visitada inicialmente estava fechada. A vizinha me informou que ele havia voltado para sua residência que fica no bairro Nossa Senhora da Apresentação.

Tentei contato telefônico e fui muito bem recebida por *Manjar*, que não se incomodou de me conceder uma segunda entrevista. Para chegar a sua casa contei com a ajuda dele que ficou me aguardando na rua principal do bairro e de lá seguimos no meu carro até a sua casa. Disse-me não ter gostado da primeira entrevista, visto que havia muito tumulto naquela primeira tarde. Perguntei se poderíamos conversar na cozinha e não houve resistência. Nela, por experiências anteriores, pesquisador e

pesquisado ficam bem acomodados e o gravador posicionado de modo a garantir eficiência na gravação das falas.

Manjar tem 63 anos e trabalhou como vigia patrimonial de uma escola pública. Nos estudos, concluiu o 1º ano do ensino médio. É casado e mora só com a esposa. Afirmou ter antecedentes familiares para o diabetes, sendo eles pai, mãe e dois irmãos. De acordo com seu prontuário, o diagnóstico aconteceu em 2001. Ele contou que foi à Unidade de Saúde e ao fazer a glicemia capilar o resultado foi elevado. Posteriormente, foi encaminhado a fazer outros exames bioquímicos que também deram alterados. Para ele foi um choque, chegando a achar que poderia morrer.

Nos registros do prontuário, chamou-me a atenção na sua história clínica a dosagem elevadíssima de insulina. Ele já chegou a tomar 74 unidades/dia. Em oito anos foram 12 aumentos progressivos na dosagem da insulina.

A conversa foi boa, porém curta. Percebo que em relação às entrevistadas, homens são mais objetivos e falam menos. Ele novamente tocou no fato de que a doença trouxe ajustes necessários a sua vida: reduziu o consumo de bebidas, tem selecionado melhor o que come e também abandonou a vida de boemia. Comenta que perdeu peso e ganhou qualidade de vida, pois está mais disposto para as atividades diárias.

Contou que o trabalho o estressava muito. Passou por situações dos alunos, bem como seus pais, destrataram os profissionais, como o caso em que sofreu ameaças do pai de um aluno. Falou da revolta que a situação provocou e a “sensação de fazer o mal” reconhecendo-se que “quando eu tinha raiva ficava nervoso, violento e a intenção era só...”.

Na leitura do prontuário, observo que na história clínica há registro, em 2005, de prescrição de ansiolítico (Rivotril®) e, em 2010, de antidepressivo e anticonvulsivante (Carbamazepina®). Em 2006, procurou atendimento na Unidade de Saúde queixando-se de angústia, palpitações, instabilidade emocional. Na ocasião, o profissional de saúde questiona acerca da possibilidade de distúrbio do sono, insônia.

Na entrevista, quando pergunto sobre suas emoções, ele responde não pode ter muita alegria nem muita tristeza e, às vezes, chora sem saber o porquê. Afirma que antigamente era “duro na queda”, mas que hoje é “frouxo na queda”, de modo que “qualquer coisinha eu estou de lágrima descendo”.

Retomando o assunto dos cuidados com a saúde, falou com entusiasmo da garrafada preparada por um velho sábio morador do bairro e que ajudou a curá-lo de

uma infecção na perna. Perguntou se eu gostaria de conhecer e mostrou-me um pouco do que restou na geladeira. O cheiro é forte e se assemelha a tempero completo vendido em supermercados.

Despedimo-nos, e *Manjar* demonstra-se aberto para, se necessário, uma nova conversa.

CAPÍTULO 3 – A REFEIÇÃO

3.1 - PRATO PRINCIPAL: A VOZ DE QUEM VIVE COM DIABETES MELLITUS

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLIAR, 2007).

Pode-se dizer que a doença é um sistema cultural e de significados que possui uma organização interna dos saberes individuais, resultando num modo próprio do indivíduo explicar e buscar a resolução de seus problemas de saúde.

Doenças de menor complexidade tendem a atingir o sujeito em camadas mais superficiais da sua existência e, de modo geral, resultam em ações imediatas e tradicionais para resolver seu problema tais como busca por medicamentos e repouso.

Contudo, quando se trata de doenças de maior complexidade cujo tratamento exige mais tempo ou ainda estão sujeitas a incapacidades, mutilações e incertezas com relação à cura, camadas mais profundas tendem a ser despertadas. Questionamentos existenciais são ativados, e no caso das doenças crônicas a necessidade de adaptação à nova condição pode gerar rupturas.

Uma vez diagnosticada, a doença crônica implica para seu portador um processo a ser vivido ao longo da vida. Pode levar a perdas graduais no seu estado de saúde e envolver sentimentos relacionados a essas perdas, refletindo-se em conseqüências para a vida cotidiana, seja nas relações afetivas, no trabalho, na preservação de autoestima, enfim, na incerteza quanto ao status que lhe é atribuído a partir de então (CAMPOS, 2004, p. 28).

A palavra diabetes significa “sifão” ou “passar através de” e mellitus vem de “açucarado, sacarino ou mel”. O nome da doença foi dado pelos antigos gregos para pessoas que se distinguiam por eliminar grande quantidade de urina apresentando açúcar (COSTA; ALMEIDA NETO, 1994). É, portanto, uma doença de conhecimento

muito antigo. Todavia, no cenário de saúde pública tem adquirido magnitude em virtude das suas repercussões.

O diabetes mellitus traz alterações emocionais e práticas aos seus portadores na tentativa de (re)organizar a vida. O diagnóstico, como ponto de partida, trouxe aos nossos entrevistados o medo, a incerteza diante da nova situação que a doença pode acarretar à vida dessas pessoas, de sofrimento, de impossibilidade de cura e da própria morte, produzindo insegurança e outros sentimentos de fragilidade diante da incerteza do que lhes poderá ocorrer.

Ah, eu chorei muito. Foi, eu fiquei chocada. Quando eu cheguei aqui e disse para minha tia que era diabete eu chorei tanto porque eu via a situação dela Ah eu chorei muito, fiquei muito triste porque eu era diabete. Ai depois é que eu fui me acostumando, fui evitando, mas eu fiquei muito triste (Ambrosia).

Quando eu soube, você acredita? Eu fiquei muito triste. Porque, logo eu ouvia as pessoas conversar que o diabetes não tem cura. Isso para mim foi a maior tristeza, porque a gente estar com uma doença sabendo que não tem cura é muito triste (Quindim).

Eu já sabia o que era o diabetes e tinha muito medo. Eu dizia que o dia em que eu descobrir que sou diabética eu morro. Porque eu achava que era a pior doença que eu imaginava na minha vida e que matava era o diabetes. Eu era muito jovem e vi uma vizinha morrer de diabete. Eu fiquei com muito medo e fiquei com aquilo na cabeça (Papo-de-anjo).

Além dos sinais e sintomas que se expressam no corpo, a doença participa ainda do permanente processo de construção e desconstrução da identidade. Morin (2012) ressalta que a descontinuidade atuante em cada um pela alternância dos princípios de inclusão e exclusão produz mudanças psicológicas que são também mudanças de personalidade.

Identificamos que em uma das entrevistadas a doença ensejou mudança de comportamento afetando seu jeito extrovertido.

[Desde que descobri o diabetes] Mudou muita coisa [tom de ênfase]. Perdi o jeito, não tenho o ânimo de brincar, desde aquele tempo para cá, eu já estou com 73 anos, faz uns 12 anos

mais ou menos [...] Eu era uma mulher que gostava de toda brincadeira [...] Perdi, perdi, perdi o jeito de tudo, de brincar, eu gostava muito de brincar, conversar minhas besteiras com minha família (Quindim).

Já outro entrevistado destaca que a doença agregou saúde e qualidade de vida uma vez que a doença o fez abrir mão de uma vida desregrada.

Antes, sem saber [que era diabético] eu fazia de tudo, fazia isso, fazia aquilo, arrumação de cabra macho e desmantelado. Desmantelado no jeito de dizer. Desmantelado no sentido de beber mais bebida alcoólica, de farrear. Então depois eu maniquei mais a barra e não estou mais nessa instrução não, estou só em casa mesmo, sou um cabra caseiro, nem bebo nem fumo, nem vivo de chafurdo (Manjar).

A saúde né, vamos dizer assim, eu era muito pesado e antigamente não podia nem calçar uma meia e um sapato, porque só para calçar a meia eu já terminava cansado e o suor já descendo. Hoje em dia estou mais tranqüilo, calço sapato, dou massagem nos pés, e antigamente eu não conseguia isso porque era pesado. O corpo cansava facilmente. Para ir daqui para ali era soprando [referindo-se a respiração ofegante] (Manjar).

Tais falas remetem aos efeitos que a doença produz na vida das pessoas e em suas subjetividades, estas compreendidas como a expressão de “sujeitos em permanente produção de si e do mundo resultantes de um processo de modelagem e remodelagem, historicamente regulado” (BIRMAN *apud* SOUZA, 2004, p. 36). Ou seja, o sujeito doente encontra em sua condição histórica modos de conviver com a doença, o que nos faz lembrar “os modos de andar a vida” que trata Canguilhem (2012) ao se referir que o estado de adoecimento é também um modo de viver.

Georges Canguilhem ressalta que a relação entre o normal e o patológico não se dá através de variações quantitativas, da semântica do hipo/hiper, mas através de variações da ordem qualitativa. O corpo doente é capaz de produzir novas regras para si e “não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma maneira de viver” (CANGUILHEM, 2012, p. 188).

As falas a seguir são ilustrativas dessa capacidade do sujeito encontrar novas regras de vida, novas normas para andar a vida:

Não me sinto doente. A diabetes é uma doença que a gente pode viver com ela, controlada, eu sinto que seja uma pessoa sadia (Cocada).

Nas pernas, se não fosse o problema nas pernas (pés dormente, uma friviação, pontadas) para mim estava tudo ok. Se não fosse isso para mim eu era normal, não era doente (Manjar).

Merleau-Ponty (1994) destaca as dificuldades de compreendermos, muitas vezes, como algumas pessoas reagem diante de situações mórbidas.

Frequentemente nos espantamos de que o enfermo ou o doente possam suportar-se. É que para si mesmos eles não são enfermos ou moribundos... ele é tudo aquilo que vê, ele tem este meio de escape. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência de enfermo (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 581).

Para alguns entrevistados, experimentar e vivenciar a doença permite lidar com os obstáculos da vida, recriando novas formas de estar no mundo. No entanto, verificamos também conformismo perante a doença, como nas falas sobre a adaptação a uma alimentação diferenciada.

Não, não me incomodo de jeito nenhum [em ter uma alimentação diferente dos outros]. Não me incomodo mesmo, ainda bem, né?! ... Não me incomodo porque eu não posso comer. No começo eu me incomodava, mas agora não me incomodo de jeito nenhum. Não tem mais “ai meu Deus, não posso comer isso” [entonação de súplica]. Me acostumei! (Ambrosia)

É melhor se acostumar do que lá na frente sofrer o constrangimento, eu acho isso. Pelo menos a minha diabete não é muito avançada e eu tenho que fazer por onde ela não aumentar ou ela melhorar (Cocada).

Boff (199, p. 145) reforça esse modo de ver o processo saúde-doença ao considerar que alguém pode estar mortalmente doente e ser saudável porque com essa situação de morte, a pessoa cresce em sua humanidade e sabe dar sentido àquilo que padece.

Cabe destacar que a doença não se resume ao que provoca no corpo, posto que a existência da simbologia fruto do estado enfermo permite a criação de fantasias forjadas

pela doença. Para Sontag (1984), no processo de construção simbólica do adoecimento, a enfermidade *não* é uma metáfora, mas a partir da doença são possíveis diversas interpretações metafóricas. Uma delas é a predileção particular moderna por explicações psicológicas da doença em que colocar as coisas no terreno psicológico parece garantir o controle sobre experiências e fatos (como uma doença grave), sobre os quais as pessoas, têm pouco ou nenhum controle.

Nessa perspectiva, são presentes em nosso meio as interpretações da “aquisição” da doença ou do seu desenrolar que contemplam expressões de moralismo, culpa, flagelo, entre outros e que se articulam com a saúde mental. Nossos entrevistados perceberam mudanças de comportamento advindas do diagnóstico da doença, contudo, suas vidas no espelho não se refletem moribunda e, desse modo, esses sujeitos ignoram a doença e passam a não se reconhecerem como doentes.

3.2 - GUARNIÇÕES: SABORES, SABERES E PRÁTICAS ALIMENTARES COMO CUIDADO

A alimentação é um evento que envolve não só o aspecto biológico de comer para suprir as necessidades de reposição energética para manter o corpo, como também envolve aspectos socioculturais e neles repousam questões simbólicas do ato de alimentar. O modo de se alimentar ultrapassa o ato de comer em si e se articula com outras dimensões sociais e individuais.

Contreras e Gracia (2011, p. 124) afirmam que a comida é algo mais que uma coleção de nutrientes eleitos de acordo com uma racionalidade unicamente dietética ou biológica. “Comer é um fenômeno social e cultural, enquanto que ‘nutrição’ é um assunto fisiológico e de saúde”.

Freitas *et. al.* (2011, p. 32) consideram a alimentação “uma ação humana marcada pela natureza e pela cultura”, pois para elas “nada mais natural que comer e nada mais cultural que as formas, as preferências e os sentidos da alimentação”.

Sendo sujeitos construídos socialmente e diante das restrições alimentares impostas pela doença, é comum que a alimentação, que no diabetes é considerada tratamento de primeira linha, receba ajustes na tentativa de conceder caráter pessoal ao processo de alimentar-se.

Adaptar, aumentar, diminuir, desistir, substituir são verbos conjugados no cotidiano alimentar da pessoa vivendo com diabetes na tentativa de alcançar as necessidades do sujeito em sua convivência com a doença. A adoção de utensílios de menor tamanho, redução das porções, desistência de comer certos alimentos, substituições alimentares adotadas após o diagnóstico de diabetes são estratégias assumidas no gerenciamento alimentar. Fato verificado nas seguintes falas:

Não tem negócio de prato como tinha antigamente. Eu torrava um frango, tirava da panela, colocava farinha e arroz, rapava a panela e comia de morrer. Aí eu já tinha tendência ao diabete e aí aumentou. Depois fui me acostumando e hoje é uma vasilhinha desse tamanho (Ambrosia).

Ontem a menina comprou refrigerante, Coca-cola ® que eu gosto, tomei um copinho assim, mas antes disso eu tomei em janeiro. Ela me ofereceu mais, mas eu não quis, porque refrigerante não é bom para quem é diabetes (Ambrosia).

Se eu estou com vontade de tomar um sorvete, aí eu vou num pequeno, não num grande (Cocada).

Meu marido faz cada tachada⁵ de doce de manga, e eu jamais boto nem assim na boca. E se você sair ali fora [na mercearia anexa à casa da entrevistada] vai ver que tem doce (Papo-de-anjo).

Abacaxi no hospital se come, mas eu não como. Eu gosto muito de abacaxi, mas eu não como (Ambrosia).

No lugar de comer carne de porco, eu como frango, eu como peixe, eu como carne de sol (Ambrosia).

Se eu faço vitamina de mamão, um café, um suco é com adoçante. No início, quando a médica disse que eu tinha que tomar adoçante eu dizia: “prefiro deixar de tomar café”. Aí hoje quando alguém me oferece e é com açúcar eu digo “não, obrigado, eu tenho diabetes”. É melhor dizer isso do que ficar doente (Papo-de-anjo).

⁵ Tacho é um utensílio de cobre pesado de herança portuguesa, com duas alças, podendo ter diversos tamanhos, mas bastante largo. Ardía sobre os fogões à lenha, sempre sob o olhar atento das cozinheiras, que com experiência e sem pressa, cuidavam para que os alimentos não passassem do ponto. A doçaria foi se formando assim nessa cozinha de gostos, cheiros e fumaças, com nítida mescla das cozinhas portuguesas, indígenas e africanas (ABRAHÃO, 2007, p. 93).

Cohen *et al.* (1994) ressaltam que para os profissionais existe uma preocupação técnica com o controle dos níveis glicêmicos. Essa por sua vez assemelha-se à metáfora militar referida por Sontag (1984, p. 84) em que “não só o desenvolvimento clínico da doença e seu tratamento médico são assim descritos, mas a própria doença é concebida como o inimigo contra o qual a sociedade trava com a doença”.

No entanto, as pessoas que vivenciam o diabetes afastam-se dos limites impostos pela doença, tendem a realizar ajustes nos padrões de tais prescrições na tentativa de sentir-se bem física e moralmente em relação ao adoecimento Barsaglini (2010). Tornam-se, portanto seus próprios conselheiros e é nesse modo de relação refletida consigo que encontram formas de produzir cuidado à saúde.

Souza (2011) destaca que na acepção de desassossego que a etimologia da palavra *cuidar* inspira um direcionamento para a ação contínua do próprio sujeito, significando *reflexão* ou *ponderação*, não no sentido de introspecção, mas, implicando em atitudes com o outro, podendo dirigir-se a coisas ou pessoas.

É nesse duplo significado de cuidado de si e com o outro que queremos trazer a noção de cuidado para as práticas de saúde. Exercitar a criação de metáforas que substituam o “combate belicista” ao “ataque” das doenças, pois muitas se confundem com o combate a nosso próprio corpo – células, hábitos que carregamos durante nossa existência, sabores que nos provocam “água na boca” apenas em imaginar alimentos que apreciamos, por exemplo. [...] Indagamos então que efeitos seriam produzidos ao substituirmos tais denominações de defesa militar por outras que sugerissem “apaziguamento” com nossa própria condição humana de viver “perigosamente”. Buscaríamos denominações e atitudes que produzam sentidos de “cuidar do viver”. Cuidar do viver assumindo o sentido de “desassossego”, de “reflexão” e de “ponderação”, aproximando-nos da proposta foucaultiana do *cuidado de si* no processo de constituição do sujeito (SOUZA, 2011, p. 162).

As elaborações da autora aproximam-se do que seriam as “artes da existência” referidas por Foucault:

práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta – sendo, portanto, práticas de liberdade – como, também, buscam transformar-se, modificar-se em seu singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos, uma obra de arte (FOUCAULT, 2006, s/p).

Ao produzir saúde por meio da alimentação o sujeito é capaz de (re)significar o alimento e produzir novas formas de consumo, como referiu uma de nossas entrevistadas.

As vezes eu como pão, que nem era para eu estar comendo, mas eu como pão velho. (grifo nosso) [...] Porque dizem que pão novo não é bom. O pão velho ofende menos porque perde a força da massa que é nova (Ambrosia)

As novas formas não são dissociadas de significados e, no contexto alimentar, Maciel (1999) considera que pensar em comida é pensar em simbolismo, pois ao comeremos, além de ingerirmos nutrientes (que permitem a sobrevivência), ingerimos também símbolos, ideias, imagens e sonhos (que permitem uma vivência).

Ítalo Calvino aborda as questões do cotidiano num movimento “de fora para dentro”, isto é, os sentidos despertados no observador a partir do que é visto. Na obra *Palomar* (CALVINO, 1994), cujo personagem central recebe o mesmo nome, os objetos e as cenas do cotidiano são dignas de interrogação e pensamento e ao longo do texto o personagem se prende a descrever o que as cenas vistas provocam no seu imaginário. Ele, com suas lentes macroscópicas, nos chama atenção para o fato de que as grandes questões do mundo e da existência estão presentes em cada objeto que observamos.

Palomar se depara com alimentos à venda e lança sobre eles outro olhar, tais como a percepção de um sentimento muito parecido com o ciúme ao desejar ser escolhido pelo alimento e não somente o alimento por ele. Uma analogia de que uma loja de queijos pode assemelhar-se a uma língua com morfologias, expressões idiomáticas, conotações, dialetos ou ainda quando, em um açougue, a ambígua sensação de estado de ânimo que o divide entre sua lúcida consciência do boi que perdeu a vida para alimentá-lo e a simultânea previsão da felicidade gustativa ao imaginar a peça de carne assada e o prazer dos seus dentes trincando o bife tostado.

Semelhante a Palomar, os sujeitos, com diabetes ou não, comumente entendem o alimento para além de um elemento capaz de saciar a fome e lança sobre eles sentimentos conscientes ou inconscientes, paradoxalmente ambíguos de alegria, temor, desejo, respeito, preocupação egoística e compaixão universal, e até pensamentos científicos ou não, capazes de nutrir o imaginário pessoal.

Segundo Cyrulnik (1997, p. 33) “o homem impregna os alimentos de afetividade, de símbolos, de civilização e de relatos. De tal modo que, quando passamos à mesa, é um mito de vários séculos que encontramos nos pratos”.

Desde a antiguidade, o momento da refeição, do banquete, da cena era considerado instante privilegiado de trocas e de confidências.

Os gregos e romanos ofereciam sacrifícios aos seus deuses para abençoar suas ágapes, esses mesmos deuses que Clio, a musa da História, tinha por missão distrair durante os banquetes. E foi precisamente *O Banquete* que Platão escolheu, entre diálogos, para reunir uma assembléia de homens eminentes que discutem à mesa e dissertam demoradamente sobre o amor (MAES, 2005, p. 240).

Participar de momentos festivos é algo culturalmente instituído. Os participantes são convidados a partilhar da alegria da captação de territórios, da colheita, união entre famílias, nascimento, morte, conquistas profissionais, a chegada de um visitante, entre muitos outros motivos. A partilha do alimento é feita por meio do sacrifício de animais ou banquetes elaborados. Pode ser feito pelo próprio anfitrião ou pela compra de serviços a terceiros, mas sempre guiados por rituais admitidos pelos povos. Em todos eles o ponto forte é a celebração que se dá entre pessoas dotadas de saúde ou não, posto que o maior interesse é a integração social.

A respeito dos efeitos da gastronomia sobre a sociabilidade pode-se destacar que

A gastronomia é um dos principais vínculos da sociedade; é ela que amplia gradualmente aquele espírito de convivência que reúne a cada dia as diversas condições, funde-as num único todo, anima a conversação e suaviza os ângulos da desigualdade convencional. (BRILLAT-SAVARIN, 1995, p. 143).

Aproximando essas considerações para a situação de pessoas que vivem com diabetes, pode-se inferir que o comportamento alimentar nos festejos familiares ou nas ocasiões de maior abrangência tem forte apelo cultural e de sociabilidade, considerando que esses eventos, invariavelmente, culminam com a alimentação.

Desse modo, o comportamento alimentar varia nas pessoas entrevistadas, desde o ignorar o diabetes e comer livremente, ainda que posteriormente se apresente no corpo os efeitos do consumo excessivo, a evitar o consumo, ainda que lhe custe desconfortos emocionais, até mesmo não participar das festividades como forma de não estar sujeito ao que possa provocar desequilíbrio.

Tu acha que eu vou ver e não vou comer? Aquilo dá é vontade de comer e acabou-se e eu como mesmo aí quando eu chego no médico o estrago aparece (Quindim).

[No casamento do meu filho] O garçom oferecia o refrigerante e eu dizia “obrigada”, aqueles bem casados, cada coisa gostosa. E eu lá sentada, muito chique e com copo d’água. Me deu uma raiva, quando eu cheguei em casa deu até vontade de chorar, mas aí depois eu me tranqüilizei porque também não adianta eu comer e depois eu me sentir mal, porque eu me sinto mal se eu comer qualquer coisa doce. Até manga eu não me sinto bem. Então imagina o efeito se eu comer um bem casado, ah porque não tem coisa mais deliciosa! (Papo-de-anjo)

Às vezes vou a festa na igreja que eu participo, mas antes de começar a festa eu já venho [para casa] porque tem comidas que eu não posso, então prefiro não ficar. Mas me conformo, agradeço a Deus, por eu estar contando a historia (Cocada).

No estudo intitulado *Corpo e significado: percepções de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2*, a autora ressalta que

Abrir mão de comer o alimento de que gosta, na quantidade desejada, constitui um dos pontos de maior significância para o portador de diabetes. Instala-se um paradoxo: o “doce” é o bem e o mal, interfaces de uma mesma moeda, inimigo que seduz e dá prazer. É o corpo desejando aquilo que lhe fere. Desta forma, não poder saborear o doce torna-se uma punição e uma tarefa quase impossível (PEREIRA, 2006, p. 58).

Devido à complexidade da doença, o cuidado por meio da alimentação no diabetes se dá também pelo controle de sal e gorduras, uma vez que é comum as comorbidades associadas, tais como dislipidemia e hipertensão arterial.

Uma de nossas entrevistadas relata uma receita culinária que recebeu em atendimento médico, em que o cuidado da doença prevalece sobre os prazeres do paladar, e prossegue com um questionamento pessoal.

Feijão, se eu botar carne de charque dentro eu não posso comer porque a carne mesmo escaldada ainda tem sal. A doutora disse que você faz assim: à noite bota de molho a carne de sol sem gordura para colocar no feijão no outro dia e além disso

escaldada. Doutora, pelo amor de Deus, que gosto tem esse feijão com essa carne dentro? (Quindim)

Lima (2008, p. 22) nos lembra que os temperos são substâncias

responsáveis por realçarem o sabor dos alimentos, recuperar a saúde ou prolongar a juventude. São eles que transformam qualquer prato e encobrem os erros culinários, reinventando os alimentos e aumentando o prazer das refeições.

O filme *O Tempero da Vida* (2003) retrata a história de um menino que cresceu em Istambul, cujo avô, um filósofo culinário, proprietário de uma loja de especiarias, o ensina que tanto a comida quanto a vida requerem um toque de tempero para adicionarlhes sabor.

Ora, não diferente é para um diabético a importância que os temperos têm de “perfumarem” as suas refeições, visto que o corpo, apesar de doente, está vivo e por isso não se desfaz das lembranças gustativas que antecederam a doença e mantém o desejo do consumo que agrada ao paladar. “A doença não substitui a vontade de ser do Ser enfermo” (CAMPOS, 2003, p. 56).

Às vezes a gente quer comer [a preparação] que a gente vê que tá boa, um peixe no coco, não é não? Uma carne bem torradinha no óleo e sal, um frango assado na manteiga (Quindim).

Não é muito bom deixar aquilo que gosta de comer por causa do problema. A gente sente. É constrangedor. Para mim eu acho que seja, por que às vezes abro a geladeira vejo o que gosto e não posso. Aí fecho a geladeira e fica aquela coisa ruim. Permaneço com vontade de comer, aí vou uma fruta, mas nem fruta exagerar a gente pode, nenhuma fruta a gente não pode, tem que ser tudo no limite (Cocada).

O uso de ervas não se limita à intenção de agregar sabor às preparações culinárias. Na cultura popular encontramos informações importantes sobre práticas alimentares que podem ajudar a resolver os problemas de alteração de saúde. Um exemplo disso é a adoção do uso de plantas medicinais.

O Brasil dispõe de uma vasta biodiversidade. Ciente disso e do crescente uso de plantas medicinais, o Ministério da Saúde divulgou em 2009 a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Renisus), na qual estão presentes 71 espécies vegetais usadas pela sabedoria popular e confirmadas cientificamente (BRASIL, 2009).

No caso do diabetes, por ser uma doença crônica e exigir tratamento contínuo, a expectativa quanto ao uso das plantas medicinais é de que ajudem a controlar os níveis de açúcar no sangue.

Em nossa pesquisa todos os entrevistados referiram conhecer alguma planta com efeito medicinal para o diabetes. Quando perguntados se já fizeram uso, apenas uma respondeu que não alegando medo de que a *mistura de remédio com remédio “do mato” pudesse levar ao envenenamento* (Papo-de-anjo).

Por outro lado, os outros entrevistados relataram já ter feito uso de chás, creditando a eles o caráter de terapia auxiliar. Contudo, constatou-se nos discursos que a prática não é contínua havendo desistência com o passar do tempo.

Ah, já, me disseram para usar cardeiro, e eu usei muitas vezes [...] Cortava, tirava os espinhos e colocava na água. Tomei muitas vezes eu tenho até o pé ali. Fiz os exames e deu até bom, foi o ano passado que eu tomei. Cheguei a tomar cardeiro, folha de tamarina, porque combatia também, mas depois eu parei [...] Digamos, fazia agora de manhã, quando fosse o almoço tomava, mais tarde tomava, quando fosse de noite tomava. Aí parei e não tomei mais (Ambrosia).

Usei o noni, mas não vi resultado não. Mas também teve outras ervas que a gente comprou. Para ele [o marido] fez efeito, tô até esquecida o nome. Para ele foi logo no início e a gente comprou essa erva, mas para mim não notei diferença (Cocada).

Me ensinaram o chá de coentro para o diabetes [...] Eu fiz muito tempo e depois eu disse “isso aí não vai adiantar não” eu estou tomando o meu remédio e não vou parar de tomar os meus remédios, remédios passados pelo médico para tomar remédio de mato e eu parei (Quindim).

Era cozinhado, colocava na geladeira e eu tomava água da planta, feito água. Tinha uma que chamava pata de vaca. Diz que é muito bom, mas eu não achei vantagem não [risos]. Pode até ter melhorado, mas eu deixei de tomar... Mas tinha um travo medonho e eu abonei (Manjar).

Achados de estudo sobre o processo de viver com diabetes indicam que a utilização do chá como recurso terapêutico pode ser regular ou pontual após as licenças sociais, ao perceberem sensações que atribuem à alteração da glicemia, bem como nos dias antecedentes à realização de exames médicos (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010, p. 928).

Tomando como base as considerações de Bosco Filho (2013) os saberes da tradição se pautam na integração homem e natureza e buscam o bem-estar físico e espiritual. Diferente da medicina oficial, não há propriedade nesses saberes, os quais são difundidos por pessoas que detém conhecimento e são passados de geração em geração.

Com relação à terapêutica, pode ocorrer por meio de plantas medicinais e em rituais de curas. A busca se dá por pessoas que acreditam que os elementos advindos da natureza e/ou divinos são capazes de propiciar a promoção e até mesmo a recuperação da saúde. O âmago dos saberes da tradição não está em fazer oposição aos saberes científicos, mas no reconhecimento das formas de fazer saúde e na valorização dos sujeitos inseridos nos seus contextos. Não se prende à parte de um corpo adoecido, tipicamente visto na medicina tradicional, mas considera o ser humano na sua integralidade.

Corroboramos com o enlace de conhecimentos, da tradição e científicos, uma vez que “torna-se inviável a permanência das ideias voltadas para o princípio da medicina científica de que somente os saberes construídos a partir do método científico são válidos para se propor estratégias de intervenção em saúde” (BOSCO FILHO, 2013, p. 61).

O uso de plantas medicinais pelos entrevistados, e sabidamente por tantas outras pessoas vivendo com doenças crônicas, chama atenção para a necessária aproximação entre o saber popular e o científico, onde os profissionais de saúde devem também considerar tal recurso de origem popular na sua prática de cuidar, viabilizando um cuidado singular apoiado nas crenças, valores e estilo de vida das pessoas cuidadas.

3.3 - SOBREMESA: ENTRE PREFERÊNCIAS E PRESCRIÇÕES, UMA ABORDAGEM CULTURAL ACERCA DE ESCOLHAS ALIMENTARES

Segundo Campos (*apud* CUNHA, 2007), o sujeito é coproduzido dialeticamente pela tensão constante entre forças externas e internas. No primeiro grupo estão as forças imanentes ao sujeito, ao qual deu o nome de Particular. Está dividida em três planos: a estrutura biológica, o desejo e o interesse. O segundo grupo se refere às forças de incidência do externo sobre o interno e foi denominada de Universal, sendo constituída de dois planos: necessidades sociais e instituições. A depender da circunstância haverá preponderância maior de um ou de outro tipo forças.

Para fins deste estudo, nos deteremos a destacar a participação da cultura, integrante do grupo Universal, no processo de seleção do que escolher para comer, e também o que não comer.

Partimos do conceito de cultura conforme Geertz (1989), sendo um sistema de símbolos e significados formado por relações internas, de um modo particular de pensar o mundo, pois é na cena do cotidiano, em cada contexto específico, com símbolos significativos, que se inscreve um texto para a interpretação da cultura.

Os aspectos da cultura são conhecidos a partir da observância da dinâmica de uma intersubjetividade, que no contexto da alimentação, para compreender a experiência alimentar guiada pela doença, requer uma correspondência entre os níveis macro e microssociais para o entendimento de significações desse processo.

A exemplo, no campo macrossocial, está o acesso aos alimentos, a disponibilidade econômica de aquisição, a sazonalidade dos produtos, o mercado que rege as ofertas, a influência da mídia, entre outros. No microssocial estão questões relativas às preferências alimentares e, desse modo, dizem respeito ao sujeito em si.

Alimentação é produzida nas relações que o indivíduo estabelece com a comida. Escolhemos nossa alimentação, isto é, como, quando, com quem, e de que forma me alimento (vendo ou não televisão, em família ou sozinho, na mesa da copa ou no quarto na frente do computador, em casa ou na rua, seguindo um número constante e regular de refeições ou sem uma ordem, entre outros). No entanto, essas escolhas são produzidas em contextos diversos – familiares, sociais, econômicas, culturais –, que influenciam também de forma variada as decisões individuais.

Neste estudo, distanciamos-nos da noção, comumente vista nas pesquisas que abordam o fenômeno da adesão/não adesão no curso de doenças crônicas, nas quais segundo apontam Reiners *et al.* (2008) o paciente deve cumprir, seguir e obedecer às recomendações dos profissionais de saúde, e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas.

Turato (2005, p. 509) afirma que o “significado tem função estruturante e que em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados em saúde”.

Iniciamos nossa análise pelas considerações de Bourdieu (1983) sobre *Habitus*, sendo este considerado

um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas (BOURDIEU, 1983, s/p).

O conceito de *Habitus* pressupõe uma relação entre sujeito e sociedade, um caminho de mão dupla entre *Habitus* individual e a estrutura de um campo, socialmente determinado.

Setton (2002), num artigo sobre a produção de Pierre Bourdieu sobre *Habitus*, interpreta que esse conceito como sendo um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano.

Esse conceito atinge alcance universal e permite, por exemplo, examinar as preferências alimentares como produtos do *Habitus* construído no seio das classes sociais, incluindo fatores econômicos, educativos e outros determinantes que tem influência, assim como influenciam, na forma pela qual interpretamos o mundo.

A experiência de pessoas que vivem com diabetes que nos propomos investigar neste estudo nos mostra que a adesão ao tratamento dietético não é estática, mas sim um processo dinâmico, passível de descontinuidade.

Me descuidei, comecei a comer bolo, era sorvete, mas agora estou me controlando. Eu me descontrolo e depois me controlo [risos] (Ambrosia).

Pronto, em dezembro quando eu cheguei do Juazeiro eu chupei manga, em cada vez eu chupei três mangas. Repare bem, mas agora acabou. Às vezes ele [o marido] vai ali e traz umas mangas que chama manga quente e bota na geladeira, mas eu não como (Ambrosia).

Quando eu exagero um dia passo um tempão sem exagerar, eu temo chegar a um ponto desse de exagerar e infartar, eu morro de medo (Cocada).

Eu dei, não vou dizer que não dei [fugas da dieta], porque eu sou teimosa e não adianta negar. É isso que eu digo a você quando eu chego lá em doutora Elizabete que ela vê que está alta ela sabe que eu fiz mesmo e eu não vou negar a ela. Às vezes as minhas filhas me coloca no carro, me leva para o Midway não sei para onde e ela diz agora vamos lanchar aí eu faço doidice comendo aquilo que não era para eu comer (Quindim).

Mas eu também comi muita coisa nessa viagem, comi bolo preto, e pelo Natal também (Ambrosia).

Seguindo esse ponto de vista, os comportamentos e escolhas alimentares individuais não derivam de cálculos ou planejamentos, são antes produtos da relação entre um *Habitus* e os estímulos de uma conjuntura.

Edgar Morin (2012), compreendendo o ser humano como complexo e dotado de singularidade, introduz a concepção de *unitas multiplex*. Para ele a unidade permite a multiplicidade, a qual se aplica à cultura, ao mito, à língua, à sociedade e também ao homem. São elementos interdependentes, pois a unidade só é percebida a partir da multiplicidade. Por exemplo, há diversos tipos de sociedade na história humana e, em cada tipo, a diversidade foi e ainda é, ilimitada, o que vale para a diversidade dos costumes, hábitos, modos de vida. São também retroalimentadores, uma vez que a multiplicidade só existe através da unidade. A cultura constitui a herança social do ser humano e as culturas alimentam as identidades individuais e sociais no que elas têm de mais específico. Vê-se assim mais uma expressão do vínculo entre unidade e diversidade.

O ser humano, por sua vez, dispõe de uma inacreditável diversidade. Seus traços cruzam-se, dispersam-se, recompõem-se conforme indivíduos, as sociedades, os momentos. Sua unidade é geradora de variantes. A unidade múltipla regida por uma

racionalidade individual confere ao ser humano harmonização objetiva das práticas que as fazem serem vividas como evidentes e necessárias (MORIN, 2012).

Com base nesse aporte, podemos aplicá-las às práticas alimentares, regidas ou não por uma doença. O ser humano, revestido de diversidade, não define suas atitudes pautadas somente em um elemento. Assim, a escolha do que comer é orquestrada por fatores pessoais (objetivos e subjetivos) que estabelecem, de acordo com a circunstância, o que deve ou não ser consumido.

[O diagnóstico] me mudou porque eu fiquei assim sempre na ativa de não comer as coisas. Fiquei naquela atividade (Ambrosia).

[Quando questionada sobre o que a leva a fugir da dieta ela responde] A ansiedade de fazer e comer e acabou [risos] [...] A gente sabe que se prejudica e vai e faz (Quindim).

Era a vontade de ser do mesmo jeito que os outros era. Aí eu faço assim, meu Deus eu vou fazer isso assim para ver se dá certo eu ficar igual àquela pessoa, porque eu não estou morta ainda, eu vou fazer também (Quindim, grifo nosso).

Cyrulnik (1997) aborda a perspectiva do enfeitiçamento do mundo. *Antes do nascimento*, o enfeitiçamento natural dá ao homem o lugar onde se infiltra a magia dos relatos; *assim que nasce*, a criança trabalha todos os dias para tomar a palavra, para inventar a sua própria realidade e construir a sua individualidade; *a herança dos relatos e das técnicas* altera o meio ambiente humano e molda, em troca, aquele que o produziu.

“O estatuto natural da alimentação permite aos seres vivos estruturarem a alteridade” (CYRULNIK, 1997, p. 33) e nesse ponto se entrelaça com o postulado de *unitas multiplex* de Edgar Morin, uma vez que essa condição de alteridade, que se efetiva através das dinâmicas sociais, permite que o Homem se reconheça individualmente, mas que necessite do coletivo. Nessa lógica, a alimentação, influenciada pela relação de sociabilidade e diferença entre os pares, admite o caráter individual, sem desconsiderar o coletivo, favorecendo com isso a multiplicidade.

Quanto à dualidade do ser, Morin (2012) expressa ainda que é a capacidade do sujeito de ver-se como objeto (Ego) sem deixar de ser sujeito (Eu) que lhe permite assumir, ao mesmo tempo, seu ser subjetivo e objetivo e tratar objetivamente o seu

problema subjetivo como uma doença. É esse atributo que lhe dá a capacidade de sobrevivência no mundo, ou seja, de confrontar, em todas as circunstâncias, um princípio de realidade e um princípio de desejo. O anel reflexivo engendrado pela consciência produz conforme a atenção do sujeito a consciência de si, a consciência dos objetos de seu conhecimento, a consciência do seu pensamento e a consciência da sua consciência. Posto ser reflexivo possui a capacidade de retroação e desse modo gera condição de exame crítico de qualquer ideia, pensamento, a começar pelos próprios.

Aproximando essas considerações para as discussões do nosso estudo, o processo de cuidado da saúde exige do indivíduo o compromisso de implicação com o tratamento, o qual é feito por meio da consciência e de uma relação íntima de aproximação de si.

Os tratamentos tradicionais, medicamentoso e dietético, que se dão por meio de definições de horários, dosagens e porções, em geral, convidam a seguir normas ditadas pelos profissionais de saúde. Não convidam à consciência de si e ao diálogo consigo mesmo e não conseguem nutrir uma nova prática em saúde, o que compromete seu seguimento por longos períodos como no caso das doenças crônicas.

Em nossos entrevistados, o conhecimento do que o diabetes e suas repercussões provocaram em uma pessoa do seu convívio serviram de exemplo para o autocuidado e prevenção de maiores agravos.

Eu fiquei naquela atividade, porque eu vejo o senhor daqui da frente, ele é diabete. Começou o pé ficando preto, ficando preto, lá vai, lá vai, e internaram. Era diabete e “torou” a perna [referindo-se a amputação de membros]. Era diabete. Ta vendo como é? Ele comia de tudo, comia caranguejo, comia carne de porco, comia de tudo. Mesmo doente só com aquele pretinho no dedo, ele comia de tudo. Aí terminou assim. Aí a gente vê aquilo, um exemplo (Ambrosia).

[Meu compadre] Não se cuidava, comia de tudo, e quando queria comer uma coisa ele comia, tinha que comer, pão, tudo o que visse pela frente e até beber ele bebia. É por isso que eu digo, eu não vou exagerar porque quem tem diabetes tem que se cuidar, tem que se prevenir e evitar o pior, e é isso o eu faço. (Cocada).

A quem nunca o diabetes causou nada, não tem medo. Mas o que o diabetes já fez com ela acho que eu enlouquecia [referindo-se a uma moradora do bairro que amputou o dedo do pé] (Papo-de-anjo).

CAPÍTULO 4 - UM CAFEZINHO: ALIMENTAÇÃO, CULTURA, E CUIDADO COMO INGREDIENTES PARA A CLÍNICA EM NUTRIÇÃO AMPLIADA E COMPARTILHADA

A nutrição como área de atuação da saúde ocupa-se em promover a boa alimentação. Pedro Escudero, médico argentino, em 1937, definiu as Leis da Alimentação, sendo elas: quantidade, qualidade, harmonia e adequação (IRALA apud MENEGAZZO et al, 2011, p.245)

No corpo adoecido, o manejo desses princípios tornam-se mais difíceis de serem equilibrados e, muitas vezes, resultam, ao longo do tempo, em movimentos de resistência e de aceitação aos preceitos dietéticos. Distanciamos-nos da perspectiva de quantificar transgressões alimentares e optamos por abordar uma dimensão subjetiva, pouco explorada no adoecer e nas repercussões que as doenças trazem aos seus portadores.

Em se tratando de alimentos, nem tudo o que possa ser consumido pelos seres humanos o é de fato. Através da escolha do que comer, e também do que não comer, expressamos nosso jeito de ser e estar no mundo. A comida é uma forma de comunicação e, segundo João Chagas (*apud* BLEIL, 1998, p. 3), “comer é revelar-se”.

Pelo alimento revelamos também nossas alegrias, recompensamo-nos por nossos bons comportamentos, partilhamos nossas conquistas e desfrutamos o lazer. Nos momentos de tristezas, ou quando as relações sociais estão ruins, comer pode ser doloroso e, inclusive, desagradável. São situações em que muitos deixam de comer.

Comer é também uma questão de cidadania e não apenas de sobrevivência. As escolhas guiadas pela dimensão política da alimentação tratam de valorizar a produção agrícola local e não consumir produtos de indústrias multinacionais que induzem o consumo ilimitado em detrimento ao consumo consciente, ou posturas éticas como não aceitar patrocínio dessas mesmas empresas em eventos científicos. Exemplo recente dessa postura ético-política foi o ocorrido no World Nutrition Rio 2012, em que se usou as instalações da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (auditório, salas de aulas e restaurante universitário) ao invés do aluguel de um centro de convenções. As demais despesas foram custeadas apenas pelas inscrições dos participantes. Além disso, esse evento reservou um debate sobre o comer como um ato político cuja sessão tinha como objetivos: (1) Discutir as dimensões do comer que ultrapassam o individualismo,

interferindo na vida em sociedade e na saúde do planeta; (2) Discutir o ato de comer e de não comer como ferramenta para enfrentar injustiças socioeconômicas; (3) Discutir oportunidades de transformação do comer por meio de políticas e ações em favor do bem comum⁶.

Decidir comprar alimentos orgânicos, priorizar a agricultura local ou saber extrair tudo o que um alimento tem a nos oferecer pode ser um passo para promover um mundo mais sustentável. Optar por não consumir produtos de origem animal ou refletir sobre a cadeia produtiva que está por trás de cada alimento que chega à mesa, como o consumo de água, uso do solo (mesmo para o gado que come o pasto), geração de empregos, biodiversidade, emissão de gases do efeito estufa, entre outros, estão na pauta da ética alimentar (TONON, 2011).

Cada geração tem suas próprias concepções sobre a comida e sobre o que possa ser considerado como a alimentação que convém a cada etapa vital. Como por exemplo: aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; doces e baganas na infância maior; larga rejeição às frutas ou até mesmo abrir mão de refeições principais em detrimento à preferência por sanduíches no período da adolescência; consumo de marmita pelo trabalhador ou pausa para o cafezinho no intervalo do expediente, comumente visto na vida adulta; retorno à preparações de consistência mais brandas quando idoso.

A idade é causa de múltiplas mudanças que afetam diretamente ou indiretamente a alimentação. Contreras e Gracia (2011) debatem sobre as mudanças biológicas, nas posições social e também econômico-laborais que se refletem na alimentação. Na primeira, a idade pode significar tanto diferentes necessidades nutricionais como diferentes graus de aptidões, capacidades e incapacidades para digerir ou mastigar. No segundo, afirma que praticamente todas as sociedades do mundo estabeleceram algum tipo de categorização social baseada na idade, seja ela biológica ou cronológica. No terceiro grupo, as diferentes expressões (inativo, estudante, ativo, desempregado, aposentado, entre outros) implicam uma possibilidade de maior ou menor autonomia, dependência, graus de responsabilidade moral em relação ao abastecimento alimentar.

Ainda sobre as influências que a idade causa na alimentação, é pertinente destacar que para as pessoas mais velhas é muito importante manter sua independência

⁶ WORLD NUTRITION RIO, 2012, Rio de Janeiro. *Conhecimento, política e ação* – Sessão Debate. Rio de Janeiro, 27 a 31 de abril, 2012.

tanto tempo quanto for possível. O fato de necessitar de ajuda para, por exemplo, prover-se de alimentos afeta o próprio significado da alimentação e da comida, podendo afetar a saúde.

A alimentação também é capaz de expressar a divisão sexual do trabalho doméstico. Em muitos lares as tarefas alimentares são comumente delegadas aos membros da família do gênero feminino (mães e filhas) enquanto ao masculino, quando delegadas, as tarefas correspondem a varrer o chão, trocar lâmpadas, tirar o lixo da casa, ou ainda desfazer a mesa e lavar a louça e outros utensílios da cozinha, os quais não são a essência do processo culinário.

Igualmente nas preparações é possível observar a separação por sexo⁷, como por exemplo, ao homem cabe o preparo de peças grandes de carnes como assados de forno ou o churrasco, e à mulher o preparo de saladas e outras guarnições.

Mesmo sendo uma das tarefas domésticas mais compartilhadas entre casais, a própria dinâmica das compras também encerram questões de gênero. A eles compete a compra de produtos como enlatados, pães, bebidas, rações, além do peso e transporte das sacolas. A elas recai a compra de produtos que exigem mais conhecimento relativo à qualidade ou ao “estado”, além da etapa que antecede como supervisão da despensa e da geladeira e o próprio “pensar a compra”.

Outro aspecto que pode ser apontado na divisão social de gênero são as diferenças entre o apetite masculino e o apetite feminino. Santos (2008) referencia Bordo (1993) que destaca

A imagem masculina no comer compulsivo como uma estratégia considerada natural, quando a mulher é uma metáfora de apetite sexual. Ou seja, o apetite masculino, vinculado à animalidade, é muito mais aceito socialmente, legitimado e estimulado em vários momentos históricos, e até muitas vezes necessário para afirmação masculina. Enquanto que o apetite feminino é desde cedo ensinado a ser controlado, limitado ao mundo privado (BORDO *apud* SANTOS, 2008, p. 220).

Ao comer anunciamos nossa “preocupação com a “saúde” mediada pela relação entre alimentação e imagem corporal, materializado por refeições menos calóricas e com menos teor de gorduras, busca por produtos light que além de produtos

⁷ Anotações de congresso. XX CONGRESSO BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2008, Rio de Janeiro. *Oficina Alimentação e Cultura (Pré-Congresso)*. Rio de Janeiro, 25 a 28 de maio de 2008.

alimentícios reinterpretem o sentido de leveza da mesa, dos alimentos, do corpo e da vida.

Partindo disso, se por um lado a magreza se reveste de em um valor moral devendo ser buscada obstinadamente, por outro a lipofobia⁸ impera no meio social. Trata-se da exclusão das gorduras e/ou de quem é gordo. Nesse conceito, o corpo gordo é indicativo de insucesso, mal-estar, rejeição social e mau desempenho sexual.

Para Fischler (*apud* CONTRERAS; GRACIA, 2011, p. 293)

na cultura urbana o fenômeno da lipofobia, aversão às gorduras, tem a ver com a transformação ocorrida nas normas relativas ao peso e com a parcela da transformação nas representações do corpo.

Por ela também expressamos nosso estado de doença, seja pelo abrandamento da consistência, preferência por caldos e sopas ou pela limitação imposta pela enfermidade que interdita o consumo de alguns alimentos para que a relação entre a patologia e a composição nutricional não seja indigesta.

O universo simbólico das relações entre alimentação e cultura convida-nos a ampliar o olhar sobre as práticas alimentares para além da adequação dos nutrientes. É pertinente buscarmos compreender o cotidiano do comer, conflitos e desafios em mudar hábitos alimentares prescritos em consultórios dietéticos e tantas outras possibilidades presentes na relação homem-alimento, pois, como lembram Freitas *et al.* (2008, p. 7), “não há alimentação sem contexto sociocultural e não há nutrição sem linguagem”.

Na formação em saúde, disciplinas da área de humanas não são tão valorizadas quanto disciplinas de conteúdo técnico e ainda predomina a visão clínica centrada na assistência hospitalar, em que o diagnóstico e a terapêutica findam por desvalorizar a compreensão da complexidade cotidiana do adoecimento. Com aponta Schraiber (*apud* FREITAS, 2008, p. 208) o resultado é o estranhamento dos aspectos culturais, socioeconômicos, políticos e históricos da sociedade e, conseqüentemente, a construção de práticas distanciadas do contexto e inserção sociais dos indivíduos.

Campos (2003) ressalta que não há uma clínica única – científica e ética, apontando algumas variações de semblantes para a clínica: *Clínica Oficial* ou *Clínica clínica*, que se baseia num sistema de referência de uma instituição racional e humana;

⁸ Anotações de congresso. Comunicação coordenada. “O Corpo e a Dieta: um estudo sobre a correlação das formas de pensar e de ver em diferentes momentos históricos”. In: IV CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA E SAÚDE. *Diversidade de saberes, construção do conhecimento e justiça social*. Fortaleza, 08 a 11 de setembro de 2010.

seria a clínica baseada em protocolos fechados. Uma *Clínica degradada*, toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades, instrumental ou estratégica, degradando-se sua potencialidade teórica e perdendo capacidade de resolver problemas. E uma *Clínica Ampliada* ou *Clínica do Sujeito*, que saindo dos extremos, de privilegiar a doença ao descartar o sujeito ou privilegiar o sujeito, descartando a doença, articulam-se doença-contexto-sujeito, numa perspectiva de superar a fragmentação entre biologia, subjetividade e sociabilidade (CAMPOS, 2003).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização, lançada em 2003, adotou entre suas diretrizes a noção de clínica ampliada, com a denominação de Clínica ampliada e compartilhada. Nesta, a necessidade do usuário é o centro da ação clínica, exigindo inclusão e articulação dos vários enfoques e disciplinas, a depender da situação e necessidade do usuário. Isto exige reconhecer a participação do mesmo desde o diagnóstico à construção de um projeto terapêutico singular, buscando-se ampliar a autonomia e não sua dependência de ações e serviços de saúde. A noção de Clínica ampliada e compartilhada requer diferentes enfoques teóricos, trabalho em equipe, compartilhamento de saberes e poderes (BRASIL, 2009).

Para Merhy (1998), a finalidade do trabalho em saúde é a produção de cuidado, resultante da articulação de três configurações tecnológicas (tecnologias leves, leves-duras e duras) em conformação adequada para produzir qualidade no sistema – resultados, maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos riscos de adoecer ou agravar seu problema, e ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário “no seu modo de andar a vida”. Um modelo centrado no usuário, no qual se deve estabelecer o compromisso efetivo com defesa da sua vida e assegurar nos serviços de saúde modos de *acolher, responsabilizar, resolver, e autonomizar*.

O trabalho em saúde é tido como produção de cuidado, sendo a Clínica o campo principal no qual operam as tecnologias *leves*, sendo estas articuladoras das demais configurações tecnológicas. Nesse sentido, todo trabalhador em saúde é um operador de cuidado e, portanto, “todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica” (MERHY, 1998, p. 107).

A atenção centrada na doença distancia-se do sujeito que comporta a enfermidade. Esquece-se que não há doença sem sujeito e tudo mais o que ele comporta, isto é, subjetividade, consciência, vida e espiritualidade. Não percebem que o visível (exames bioquímicos, películas de raios X, laudos entre tantos outros recursos de

diagnóstico) é parte do invisível e consideram as questões subjetivas do adoecimento como competência dos profissionais da área da saúde mental (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais) e desprendem-se desse cuidado. Mas afinal, de que cuidado estamos falando?

Boff (1999) ressalta a importância e necessidade do cuidado para o ser humano e dele com o planeta Terra e seu ecossistema. Para o autor, assim como outros importantes pensadores contemporâneos, a essência humana não se encontra tanto na inteligência, liberdade ou na criatividade, mas sim no cuidado.

Esse autor referencia ainda que o cuidado abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude e representa preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. É uma condição essencial, e amparada pelas considerações de Heidegger, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano. É não só uma atitude de solicitude e atenção com o outro, mas também de preocupação e inquietação, pois a pessoa que tem cuidado com o outro se sente envolvida e afetivamente ligado ao outro.

Trabalho e cuidado são duas dimensões que compõem o ser humano. Juntos constituem a integralidade da existência humana. Para Boff (1999, p. 97) “o equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modo-de-ser do único e mesmo ser humano”

A desatenção a esse preceito faz com que, na sua formação, os profissionais de saúde sejam instruídos a não se envolver emocionalmente com a situação do doente, fortalecendo a rigidez pessoal, com a justificativa de não prejudicar o desenvolvimento do trabalho. Para Ayres (2004, p. 17) é questionável se a forma como tem se dado esse momento da relação profissional de saúde-usuário é, de fato, um encontro.

O cuidado em saúde não se resume à renovação das prescrições dos medicamentos, acompanhamento dos exames bioquímicos, da identificação de sinais de outras comorbidades:

Não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta porque exatamente eu fiquei doente?) (BOFF, 1999, p. 143).

Voltemos ao caso do senhor *Manjar*, um de nossos entrevistados, conforme análise de seu prontuário: paciente insulino-dependente, queixa-se de problemas de ordem emocional e evolui com prescrição crescente de insulina. Ao ser classificado como diabético, *Manjar* passa a receber clínica padronizada para monitoramento terapêutico da doença – repetidas vezes a mesma preocupação com comorbidades associadas ao diabetes mellitus (disfunção renal, oftalmológica, má circulação), o mesmo acompanhamento da evolução dos exames bioquímicos. Tal conduta padrão, em que a doença tomou o lugar do sujeito doente, desconsiderou a interface do desconforto emocional com o descontrole da doença, interpretando de forma reducionista como distúrbio do sono, e resultou no aumento exorbitante da dosagem de insulina.

Esse tipo de conduta, como observa Cunha (2007), trata-se do movimento de transferência do sujeito para o corpo e a separação desse corpo em partes cada vez menores.

Ayres (2004) chama atenção para a falência dos atendimentos que buscam o cumprimento mecânico dos papéis de médico e de paciente, os quais são guiados pelo controle do risco e a normalidade funcional. Segue destacando a importância de num atendimento cada uma das partes, profissional e usuário, descobrirem o significado da presença de um diante do outro naquele espaço, naquele momento. Reforça a necessidade de que esse momento seja, de fato, um encontro de pessoas que proporcione uma relação bem sucedida, isto é, fazendo daquele encontro terapêutico uma relação de cuidado.

Corroboramos as proposições desses autores que ressaltam a importância de novos olhares sobre a clínica e a necessidade de inovação nos modos de operar os sistemas de saúde na relação saúde-doença-cuidado.

A clínica ampliada conjuga outros aspectos do sujeito, não apenas o biológico, que podem ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde. Como lembra Souza (2004), refere-se à dimensão subjetiva do adoecer, pouco abordada, porém de relevância, por retratar as repercussões que as doenças trazem aos seus portadores.

Se a doença é colocada entre parêntese, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objeto do trabalho e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente” (AMARANTE *apud* CAMPOS, 2003, p.53).

Essa Clínica exige reconhecer além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular (BRASIL, 2009). No caso específico do campo da alimentação e nutrição, a clínica ampliada exige reconhecer os limites de prescrições dietéticas padronizadas que, em muitos casos, não chegam a se materializar em práticas alimentares. Exigirá escuta e abertura de diálogo entre profissional e usuário no sentido de construir, juntos, orientações dietéticas que considerem o saber profissional e a vida concreta e singular do usuário (seus saberes e práticas alimentares, bem como seu modo de viver), pois alimentar-se implica em diferenças de paladar (gostar ou não do sabor), condições econômicas da aquisição de alimentos, condições de acesso (disponibilidades de produtos, informação, entre outros), valores simbólicos, emoções, saberes e práticas da tradição que permeiam a alimentação.

Aderir à dieta prescrita, de forma instável, num movimento de vai e vem, como identificamos em alguns relatos dos entrevistados, pode ter sido a mediação encontrada por eles para o autocuidado. Se por um lado, pode parecer um descuido transgredir as prescrições, por outro, essa transgressão pode ser encarada pelo sujeito que vivencia a doença uma forma de resguardar a autonomia sobre si e seu corpo. Corpo este que apesar de carregar a doença permanece sempre atravessado pelo desejo, nesse caso, sobretudo, de comida.

A clínica ampliada no âmbito da nutrição deve estar aberta para esse diálogo e considerar o sujeito que come como produtor de si e de mundo. Compreender o impacto que o adoecer por diabetes mellitus produz na vida das pessoas, e por sua vez no próprio estado de adoecimento, são desafios para uma **Clínica em Nutrição Ampliada e Compartilhada** na qual a intervenção nutricional resgate sua dimensão cuidadora e dê voz e escuta aos doentes, em diálogo criativo entre saberes, do profissional e do usuário, para que este seja capaz de criar sua própria forma de lidar com a dieta, buscando ressignificação de suas práticas alimentares e recriação no seu modo de viver e conviver com a doença.

Assumir o tratamento dietético apenas como o enquadramento dentro das recomendações calóricas, nutrientes admitidos para cada patologia e condições econômicas de aquisição é adotar visão reducionista da alimentação.

Consideramos que os projetos terapêuticos que se preocupam em somente divulgar os alimentos permitidos e os proibidos tendem a não serem incorporados na rotina das pessoas, especialmente àquelas com doenças crônicas que cursam por longos períodos. Corroboramos a afirmação de Freitas *et al.* (2008, p. 208) de que “somente

com a aproximação do conteúdo humano dos que buscam serviços de saúde podemos compreender o cuidado na nutrição”.

Guiados pela ótica vigente da clínica, somado à desvalorização dos múltiplos elementos simbólicos embutidos no ato de alimentar-se, muitos profissionais de saúde fecham os olhos para as formas particulares de se inventar saúde e, o mais preocupante, tendem rotular o “paciente” que se depara com uma restrição alimentar como um irresponsável ou intransigente quando identifica que sua prática alimentar dista do ideal.

Cabe destacar que a necessidade de inclusão do sujeito no projeto terapêutico desperta também a necessidade da Academia, lócus privilegiado de produção e reprodução do conhecimento, ampliar sua visão a esse novo contexto. Contreras e Gracia (2011, p. 248) ressaltam que, apesar de nas pesquisas serem incorporadas perguntas sobre o conhecimento, as opiniões e as atitudes quanto à relação entre alimentos e saúde, são deixados de lado outras relações significativas que têm, indiscutivelmente, papel relevante na interpretação dos comportamentos alimentares.

De modo geral, os estudos se centram em aspectos do consumo e da nutrição, e deixam de lado outros aspectos da alimentação, igualmente importantes, sobre o ser humano, seus limites, o sofrimento da experiência da doença que, como já dissemos anteriormente, é decorrente também da ansiedade, da dor pela impossibilidade de cura, as possíveis mutilações e a própria morte.

Para Freitas e Pena (2007, p. 77), a compreensão dos aspectos culturais sobre alimentação e nutrição se constitui em um campo teórico que pode influenciar o olhar de profissionais de saúde e nutrição. Assim, é oportuno ainda abordarmos a importância da educação como promotora das práticas em saúde, em particular das práticas alimentares.

Oliveira e Oliveira (2008) apontam a necessidade da educação alimentar e nutricional “transformadora” e dialógica, assumindo uma perspectiva “problematizadora”, com vistas a ultrapassar uma visão puramente instrumental e instrucional da educação, e passar a considerá-la como uma forma de realização da pessoa.

O modelo biomédico tradicional, sob a lógica da prevenção e da recuperação da saúde, estabelece práticas educativas mediadas pelo caráter normativo que se caracterizam por prescrições comportamentais que desconsideram os determinantes do processo saúde-doença e o saber popular. Adota ações e estratégias de transmissão de

informações com a predominância de técnicas como palestras, produção de materiais informativos, dentre outros.

Como reforça Lefevre e Lefevre (*apud* CASTRO *et al.*, 2007), tais práticas são antagônicas àquelas que têm como ponto central a dimensão socializadora da promoção da saúde e o fortalecimento das populações, no sentido de estarem aptas a tomar decisões relativas à sua saúde de forma esclarecida.

Santos (2012) refere a importância de que as ações educativas sejam desenvolvidas no sentido de promover a autonomia dos indivíduos, baseadas na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade, respeitando as culturas, valorizando a história e a diversidade regional, ao mesmo tempo que reconheçam os saberes populares e fomentem a biodiversidade local.

No entanto, consideramos que alcançar o êxito de uma educação capaz de promover a implicação do sujeito com seu estado de saúde/doença exige também, dos profissionais de saúde, uma “reforma do pensamento”, como propõe Morin (2004).

Para Freitas *et al.* (2008, p. 211) uma proposta humanizadora da nutrição exige “a compreensão do nutricionista quanto ao significado da alimentação para o comensal, a interpretação do sujeito sobre sua dieta, seu corpo em seu mundo”. Como complementa Bosco Filho (2013, p. 117), “o profissional deve ser capaz de conhecer o território no qual os sujeitos estão inseridos, identificando limites e potencialidades ao processo saúde/doença”.

Consideramos que a educação nutricional deve possibilitar aos sujeitos a apropriação de conhecimentos e aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição. É o que Rodrigues; Soares e Boog (2005) denomina de “aliança terapêutica” na qual ao paciente é dada a possibilidade de solucionar seus problemas relacionados à alimentação. Esta considerada como uma atitude íntima e cotidiana, a educação nutricional deve buscar alcançar a dimensão sensível fazendo dialogar razão e emoção nas práticas alimentares, bem como outras formas de sentir e pensar o mundo.

No campo político despertamos para a necessidade de renovação das políticas de saúde para além da definição de protocolos, organização de uma rede de assistência e distribuição de medicamentos. O açúcar está presente na sociedade desde muito tempo, o que vêm exigindo a inclusão dos aspectos da cultura na análise e construção de políticas que envolva o tema do diabetes mellitus.

Por fim, esperamos que as reflexões produzidas até aqui, desde o preparo à degustação dessa refeição metafórica com a qual apresentamos nosso estudo, possam temperar a ideia de que os diferentes modos de pensar a alimentação e o adoecimento não são excludentes, portanto, podem ser complementares, estabelecerem diálogo criativo e, dessa forma, produzirem novas práticas nos serviços de saúde. E às pessoas que vivenciam o diabetes mellitus, desejamos que apontem perspectivas de ajudá-las a saborear uma *doce vida*.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, F. A (Org.); BRUIT, H. H; ABRAHÃO, E. M.; LEANZA, D. D. **Delícias das Sinhás: Histórias e receitas culinárias da segunda metade do século XIX e início do século XX.** São Paulo: Arte Escrita, 2007.

ALMEIDA, Maria da Conceição de. **Complexidade, saberes científicos e saberes da tradição.** São Paulo: Livraria da Física, 2010.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/sep, 1993.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez., 2004.

ASSUNÇÃO, T. S; URSINE; P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.13 (Sup 2), p. 2189-2197, 2008.

BARSAGLINI, R. A. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes.** 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2006.

_____. Análise sócio-antropológica da vivência do Diabetes: um estudo de caso. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação,** São Paulo, v. 12, n. 26, p. 563-77, jul./set. 2008.

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

BELLUZZO, R; HECK, M. Herança mediterrânea. In: _____ (Org.). **Doces sabores.** São Paulo: Studio Nobel, 2002, p.18-20.

BÍBLIA SAGRADA. **O evangelho segundo Lucas.** São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Provérbios.** São Paulo: Edições Loyola, 1996.

BLEIL, Susana Inez. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Revista Cadernos de Debate,** Campinas, v. 6, p. 1-25, 1998.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 189p.

BOSCO FILHO, João. **As lições do vivo**: ciências da vida e complexidade. Natal: EDUFRN, 2013.

BOSI, M. L. M.; Mercado-Martínez, F. J. (Org.). Introdução. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 23-72.

BOURDIEU, P. **Sociologia**. ORTIZ, Renato (Org.). São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Conselho Federal dos Nutricionistas. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília, 15 de setembro de 2008, 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Ministério da Saúde. Brasília: 2002. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plantas de Interesse ao SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30277&janela=1>. Acesso em: 18 maio 2013.

BRASIL. **Primeira Conferência Nacional de Segurança Alimentar**. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar; 1994.

BRILLAT-SAVARIN. Tradução de Paulo Neves. Efeitos da gastronomia sobre a sociabilidade. In: _____ (Org.). **A fisiologia do gosto**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p.143-144.

CALVINO, I. Tradução de Ivo Barroso. **Palomar**. São Paulo: Companhia das letras, 1994.

CAMPOS, M. F. F. **Os sentidos atribuídos a um processo de adoecimento crônico: o diabetes como situação-limite**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense, 2012, 277 p.

CASCUDO, L. C. Bolos e doces. In: **A história da alimentação no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Global, 2004, p. 590-616.

CASCUDO, L. C. Sal, açúcar e pimenta. In: **A história da alimentação no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Global, 2004, p. 470-484.

CASSEB, M. da S. **Efeito de três procedimentos de intervenção sobre adesão ao tratamento em adultos com diabetes**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 15, n. 3, São Paulo, 2011.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, nov./dez., 2007.

COHEN, M.Z. *et al.* Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation. **Social Science & Medicine**. 1994, v. 38, n. 1, p. 59-66.

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. A alimentação humana: um fenômeno biocultural. In: **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 109-146.

COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. **Manual de diabetes: Alimentação, medicamentos, exercícios**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. 129 p.

CRUMPACKER, B. Conforte-me com maçãs. **Idea & ação**. São Paulo, 2009, p. 159-176.

CYRULNIK, B. Tradução de Ana Rabaça. **Do sexto sentido: o homem e o encantamento do mundo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e educação**, São Paulo, 2009, v.13 (28), p. 7-18.

FERREIRA, D.C.; FAVORETO, C. A. O. A análise da narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 917-936, 2011.

FERREIRA, E. A. P.; FERNANDES, A. L. Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo 2. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Out-Dez 2009, v. 25 n. 4, pp. 629-636.

FOCAULT, M. **Ética, sexualidade e política, ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREITAS, Maria do Carmo Soares; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 69-81, jan./fev., 2007.

FREITAS, M. do C. S. de; MINAYO, M. C. de S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 31-38, 2011.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n. 4, p. 483 – 492, out./dez. 2003.

GEERTZ C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.

GOLDENBERG, M. A comida como objeto de pesquisa – uma entrevista com Claude Fischler. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 223- 242, 2011.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. Et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2011 abr-jun; v. 20, n. 2, p. 272-279.

HERNÁNDEZ, Jesús Contreras. Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares. In: **Alimentação e cultura um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 129-146.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CRAVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 63-73, jan/fev, 2008.

KLEINMAN, A. Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder. [S.l.]: **Stanford University**, 1998. Mimeo.

LAURIOUX, B. Cozinhas medievais (século XIV e XV). In: **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 447-465.

LEMPS, A. H. As bebidas coloniais e a rápida expansão do açúcar. In: **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 611-624.

LEVY, R.B. et al. Disponibilidade de “açúcares de adição” no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2012, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 3-12.

LIMA, Analwik Tatielle Pereira de. **Alimento como metáfora, metáfora como alimento**: a arte de nutrir uma educação complexa. 2008. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008, 159 p

MACIEL, M. E. Churrasco à gaúcha. **Horizontes Antropológicos**. p. 34-48, jan.-jun.1999.

_____. Identidade cultural e alimentação. In: **Alimentação e cultura um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 49-56.

MAES, Gérard. A sopa no hospital: testemunho. In: **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 239-254.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JÚNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out-dez 2011.

MENEGAZZO, M.; FRACALOSSO, K.; FERNANDES, A. C.; MEDEIROS, N. I. Avaliação qualitativa das preparações do cardápio de centros de educação infantil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 243-251, mar./abr., 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994, 662 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R; MALTA, D. C; REIS, A.T; SANTOS, A. F; MERHY, E E. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã, 1998, p. 103-120.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 407.

MONTEBELLO, N. P. Condimentos, fundos e molhos. In: **Alquimia dos alimentos**. Editora SENAC. Brasília-DF. Série Alimentos e Bebidas. Volume 2. 2009. p. 473-518.

MORIN, E. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Tradução de Juremir Machado da Silva. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 309.

_____. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

NARRADORES de Javé. Direção: Eliane Caffé. Rio de Janeiro: Bananeiras filmes, 2004. VF vídeo filmes. 1 DVD (102 min), DVD, son., color.

NOVAIS, P. F. S. *et al.* Adesão ao aconselhamento nutricional e índice da alimentação saudável em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica comparados a doentes crônicos. **Revista Simbio-Logias**, v.1, n.2, Nov/2008.

NUNES, E. D.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. A experiência com a doença: da entrevista a narrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1341-1356, 2010.

OLIVEIRA S. I.; OLIVEIRA, K. S. N. Perspectivas em educação alimentar e nutricional. **Revista de Psicologia**, São Paulo, Universidade de São Paulo, v. 19, n. 4, p. 495-504, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS (2003). Adherence to long-term therapies: **Evidence for action** [relatório]. Geneve: World Health Organization.

O TEMPERO da vida. Direção: Tassos Boulmetis. Atenas: Village Roadshow productions hellas S. A. Imagem filmes, 2003. 1 DVD (108 min.), DVD, son., color.

PEREIRA, W. D. **Corpo e significado**: percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2. 2006. 153 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. **(Re) desenhando a rede de saúde na cidade do Natal**. Secretaria municipal de saúde de Natal. Natal, 2007. 121 páginas.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 (Sup 2), p. 2299-2306, 2008.

RIAL, C. S. M. Brasil: primeiros escritos sobre comida e identidade. In: **Alimentação e cultura um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 87-100.

RODRIGUES E. M.; Soares F. P. T. P., BOOG, M. C. F. Resgate do conflito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Nutrição**. 2005, v. 18, n. 1, p. 119-28.

SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 20, n. 4, p. 255-263, abr-jun 2011.

SANTOS, M. M.; Nunes, M. G. S.; Martins, R. D. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes. **Revista Brasileira Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 14, n. 2, p.327-334, 2012.

SANTOS, L. A. da S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: EDUFBA, 2008, 321p.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 29-41, 2007.

SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 20, Maio/Jun/Jul/Ago 2002.

SILVA, N. C. Acepção da dieta pelos diabéticos de Serrinha (sertão da Bahia). In: **Escritas e Narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 313-336.

SOUZA, E. C. F. **Doença, narrativa e subjetividades**: patografias como ferramenta para a clínica. Natal: EDUFRN, 2011, p. 31-44.

_____. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: FERREIRA, M.A; RONCALLI, A. G; LIMA, K.C. **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes**. São Paulo: Digraphic, 2006, p. 148.

_____. Tratamento e acompanhamento do diabetes. 3. ed. São Paulo: A Araújo Silva farmacêuticos, 2009, p. 400.

STONG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TONON, R. Uma verdadeira revolução no prato. **Revista Vida Simples**. São Paulo: edição 113. Dezembro de 2011. Editora Abril, p. 26-33.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos nas área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos da pesquisa. **Revista Saúde Pública**. 2005; v. 39, n. 3, p. 507-14.

ANEXO A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PROJETO DE PESQUISA

Título: Doce Vida: um estudo sobre a adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05388912.8.0000.5292

Pesquisador: ELIZABETHE CRISTINA FAGUNDES DE

Instituição: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 115.702

Data da Relatoria: 21/09/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa que busca analisar as práticas, sentidos e significados atribuídas ao fenômeno da adesão ao tratamento dietético em pessoas com Diabetes Mellitus.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Investigar como se dá a adesão ao tratamento dietético, a partir da experiência alimentar, em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus.

Secundário: Conhecer a experiência alimentar em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus. Investigar práticas, sentidos, significados da alimentação que mediam a adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus. Identificar o que as pessoas que vivem com Diabetes Mellitus compreendem sobre adesão ao tratamento dietético.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa apresenta mais benefícios que riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante por poder contribuir para a melhoria do tratamento dietético em pacientes com DM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN



Município: NATAL

Telefone: (84)342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

APÊNDICE A

	Universidade Federal do Rio Grande do Norte Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Docente orientador: Elizabete C. F. de Souza Discente: Bianca Arnoud Rodrigues	
---	---	---

Relação por Agente Comunitário de Saúde de usuários que vivem com Diabetes

Apresentação:

A pesquisa intitulada Doce Vida: um estudo sobre a adesão ao tratamento dietético em adoecidos por Diabetes Mellitus tem como objetivo investigar como se dá a adesão ao tratamento dietético, a partir da experiência alimentar, em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus.

Para selecionar os informantes precisarei que você faça uma relação de 10 portadores de Diabetes da sua área colocando o nome e o número do prontuário. Vale colocar, de acordo com seu acompanhamento, pessoas que seguem a dieta e procuram regularmente atendimento para a doença na UBS, ou os “rebeldes” que não seguem as recomendações dietéticas, ou os que desenvolveram complicações decorrentes da doença como perda da visão, amputação, problema de rins, etc. Deve ter acima de 20 anos e pode ser de ambos os sexos e o diagnóstico ser a mais de 5 anos. Obrigada!

	Nome completo	Prontuário
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		

Nome do ACS e cor da equipe do PSF

APÊNDICE B

	Universidade Federal do Rio Grande do Norte Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Docente orientador: Elizabethe C. F. de Souza Discente: Bianca Arnoud Rodrigues	
--	--	--

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este é um convite para você participar da pesquisa “Doce vida: um estudo sobre adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus” que é realizado sob a orientação da professora doutora Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa procura investigar como se dá, a partir da experiência da alimentação, a adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus. Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: (1) entrevista realizada no domicílio, para obtenção das narrativas alimentares; (2) grupo de discussão para compartilhamento das narrativas alimentares junto aos sujeitos da pesquisa e elaboração coletiva de significados sobre o adoecimento com foco a adesão ao tratamento dietético. As duas etapas serão gravadas para maior fidedignidade das falas.

Esta pesquisa não prevê riscos mínimos decorrentes da participação tais como constrangimento durante as entrevistas. No entanto, os pesquisadores comprometem-se em minimizar estes riscos mediante a oferta de condições adequadas para realização da coleta dos dados, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

O desenvolvimento desse estudo trará como benefício de manutenção a melhor compreensão da doença por parte do sujeito da pesquisa e para a sociedade uma vez que permitirá conhecer questões que estão envolvidas com o fenômeno da adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na ou com a pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a professora **Elizabethe Cristina Fagundes de Souza** no Departamento de Saúde Coletiva localizado **na Rua General Gustavo Cordeiro de Farias, s/n, Petrópolis, Natal – RN**, pelo telefone **(84) 3342-9750** ou **(84) 9481 7725**, e ainda através do endereço eletrônico: **betcris@ufrnet.br**

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes na **Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis. CEP 59.012-300 Natal-RN** ou pelo telefone **(84) 3342-5003**.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Doce vida: um estudo sobre adesão ao tratamento dietético em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus”.



Nome do sujeito da pesquisa em letra de forma

Assinatura do entrevistado

Impressão datiloscópica

Professora Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

APÊNDICE C

	<p>Universidade Federal do Rio Grande do Norte Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Docente orientador: Elizabethe C. F. de Souza Discente: Bianca Arnoud Rodrigues</p>	
---	--	---

Formulário de caracterização dos entrevistados

Entrevista nº _____ Data: _____

Nome:		DN:	Sexo:
Endereço:			
Tel:		Escolaridade:	
Estado civil e situação familiar (com quem vive):			
Posição que ocupa na família (chefe, mãe, filho, etc):			
Ocupação atual ou exercida anteriormente			
Casa: () própria ()alugada () cedida ()outro N° de cômodos:			
Diagnóstico oficial de diabetes desde:			
Antecedente familiar de diabetes: () Não () Sim Quem:			
Fatores associados e doenças concomitantes referidas:			
Assistido em outro serviço de saúde além da unidade saúde da família do bairro que reside: () Não () Sim Qual:			
Observação:			

