

Denise Siqueira Péres<sup>1</sup>

Laércio Joel Franco<sup>1</sup>

Manoel Antônio dos Santos<sup>II</sup>

# Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2

## Eating behavior among type 2 diabetes women

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Conhecer os pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à dieta de mulheres portadoras de diabetes tipo 2.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa. Foram entrevistadas oito mulheres portadoras de diabetes tipo 2 em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP, em janeiro de 2003. Foi utilizada entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados. O referencial teórico adotado foi a teoria das representações sociais. Os registros audiogravados e transcritos foram submetidos à análise temática de conteúdo.

**RESULTADOS:** Os resultados evidenciaram dificuldade no seguimento da dieta prescrita, em função dos diversos significados associados, tais como a perda do prazer de comer e beber, da autonomia e da liberdade para se alimentar. Assim, seguir a dieta adquire caráter extremamente aversivo e cerceador, tendo representação de que realizá-la traz prejuízos à saúde. A freqüente ausência de sintomas foi citada como um dos aspectos que dificultam o seguimento da dieta. Outra dificuldade foi tocar, olhar e manipular os alimentos durante o seu preparo e não poder ingeri-los. Os alimentos doces despontaram como algo extremamente desejado. Transgressão e desejo alimentar estão igualmente presentes na vida das pessoas entrevistadas. Seguir o padrão dietético recomendado elicia tristeza, e o ato de comer, muitas vezes, vem acompanhado de medo, culpa e revolta.

**CONCLUSÕES:** O comportamento alimentar da mulher portadora de diabetes tipo 2 é bastante complexo e precisa ser compreendido à luz dos aspectos psicológicos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos e econômicos para maior eficácia das intervenções educativas.

**DESCRIPTORIOS:** Diabetes Mellitus tipo II, psicologia. Conduta na alimentação. Dieta para diabéticos. Educação e saúde.

---

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To explore type 2 diabetes women's thoughts, feelings and behaviors concerning diet.

**METHODS:** A descriptive, exploratory qualitative study was carried out among eight type 2 diabetes women from a primary health care unit in Southeastern Brazil in January 2003. A semi-structured interview was applied for data collection. The theoretical reference was the theory of social representations. The interviews were recorded, transcribed and then their thematic content was analyzed.

**RESULTS:** The study results showed women's difficulty in following the prescribed

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social.  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.  
Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão  
Preto, SP, Brasil

<sup>II</sup> Faculdade de Filosofia Ciências e Letras  
de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto, SP,  
Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Denise Siqueira Péres  
Departamento de Medicina Social  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -  
USP  
Av. Bandeirantes, 3900 Monte Alegre  
14049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: desiperes@ig.com.br

diet due to several associated meanings, such as loss of eating and drinking pleasure and loss of eating autonomy and free choice. Following the diet elicits an extremely aversive and restrictive attitude, and complying with it is associated to damage to health. The frequent absence of symptoms was mentioned as one reason that prevents compliance to the diet. Other difficulties reported were touching, looking at, and handling food during their preparation but not being allowed to eat them. Sweet foods revealed to be extremely desired. Transgression and food desire are equally present in their life. Following the recommended diet brings sadness and the act of eating is frequently accompanied by fear, guilt and anger.

**CONCLUSIONS:** Type 2 diabetes women's eating behavior is very complex and needs to be understood from its psychological, biological, social, cultural and economic aspects for promoting more effective educational interventions.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus type II, psychology. Eating behavior. Diabetic diet. Health education

## INTRODUÇÃO

O diabetes constitui um grave problema de saúde pública por sua alta frequência na população, suas complicações, mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida.

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento do diabetes. Vários estudos têm apontado um baixo seguimento dos pacientes à dieta recomendada.<sup>3,4,20</sup> O ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Nesse sentido, muitas vezes “come-se” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos (o que, quanto e onde comemos), como também com aspectos socioculturais e psicológicos.<sup>9</sup> Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para maior eficácia das ações com pacientes submetidos a rigoroso controle alimentar.

A escolha das representações sociais como referencial teórico pode possibilitar maior compreensão dos significados e dos aspectos psicossociais envolvidos no diabetes e seu tratamento. As representações que as pessoas elaboram acerca de sua enfermidade intervem nas escolhas do tipo de tratamento que se busca, na maneira de cuidar do próprio corpo e no seguimento do tratamento prescrito pelos profissionais. Dessa forma, torna-se fundamental que os profissionais de saúde conheçam tais representações, a fim de desenvolver intervenções mais eficazes no controle do diabetes.

A teoria das representações sociais como referencial teórico é definida como “um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária, no curso de comunicações interindividuais. São o equivalente aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum”.<sup>14</sup>

O presente trabalho objetivou identificar as dimensões do pensar, sentir e agir de mulheres portadoras de diabetes tipo 2 em relação à dieta prescrita, visando à elaboração de intervenções mais eficazes, humanizadas e mais próximas à realidade dos pacientes.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo exploratório, com enfoque qualitativo. Foram selecionadas, mediante consulta aos prontuários, pacientes do sexo feminino usuárias de uma unidade básica de saúde (UBS), localizada no município de Ribeirão Preto, portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2. Os critérios de seleção das usuárias foram: terem recebido o diagnóstico de diabetes tipo 2 há pelo menos um ano; não apresentarem problemas psiquiátricos que dificultassem a capacidade de comunicação e diálogo e concordarem em participar da pesquisa.

A decisão de incluir somente mulheres no estudo visou a obter maior homogeneidade na casuística, tendo em vista as diferenças de gênero nesse comportamento. Historicamente, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens. São elas que transmitem os saberes e práticas acerca da manutenção da saúde e também normalmente cuidam da saúde dos seus familiares e mesmo vizinhos e amigos.

A área de abrangência da UBS é de 13 mil habitantes e

no período de coleta de dados, aproximadamente 11 mil pacientes estavam cadastrados. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2003 e a seleção dos sujeitos da pesquisa foi aleatória, por meio de sorteio realizado a partir dos prontuários dos usuários da UBS selecionados. Foi utilizado o critério de saturação dos dados para a determinação do número de participantes, o que foi alcançado com oito mulheres entrevistadas.

As pessoas sorteadas foram comunicadas por telefone ou carta, solicitando uma data e horário para seu comparecimento na UBS. As entrevistas aconteceram em situação face-a-face e individual, na UBS, e duraram, em média, 50 min.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, por permitir que o entrevistado tivesse maior liberdade e espontaneidade, necessárias para o enriquecimento da investigação. Para a realização das entrevistas foi elaborado um roteiro construído a partir de uma revisão da literatura. Esse roteiro foi submetido a um pré-teste que comprovou sua adequação para a população investigada.

Os dados coletados foram transcritos na íntegra e literalmente e, após, foram submetidos à análise temática de conteúdo. As categorias temáticas foram elaboradas em três etapas, segundo Minayo:<sup>16</sup> pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em 15/4/2002. Para garantir o anonimato das participantes, todos os nomes utilizados no presente estudo são fictícios. As entrevistas aconteceram após a assinatura de um termo de consentimento das participantes.

## RESULTADOS

A idade das mulheres que fizeram parte do estudo variou de 49 a 76 anos. As mulheres apresentavam baixo nível de escolaridade: até quarta série do ensino fundamental. Quanto à remuneração, a renda familiar de cinco entrevistadas foi inferior a dois salários-mínimos, sendo que a maior renda foi correspondente a três salários-mínimos. Em relação à ocupação, a maioria era do lar.

### Dieta: “o único difícil é fechar a danada da boca”

A dificuldade em seguir a dieta recomendada esteve muito presente nas pessoas entrevistadas. Vários depoimentos mostraram incapacidade de realizar a die-

ta devido ao inconformismo com seu caráter restritivo. Parece haver uma imensa distância entre a dieta prescrita e aquela que é possível realizar.

*“Não estou mais como eu era, sem essa porcaria do diabetes (...) tudo que vai comer, a gente pensa, não vou comer isso que vai me fazer mal (...) parece que não, mas muda tudo.”* (Laura)

*“Vontade de comer isso aqui, ah vou comer (...). Enquanto não come, não sossega.”* (Joana)

Alguns relatos, por outro lado, também mostraram não haver dificuldades em relação à dieta, pois quando surge o desejo, torna-se difícil resistir e acabam se alimentando um “pouquinho”.

*“Estou com vontade de comer, vou comer um pouquinho. É onde eu acho que para mim não se tornou difícil.”* (Joana)

Seguir a dieta recomendada para algumas mulheres parece ter o significado de “perder o prazer de comer e beber”, assim como a “perda da liberdade”.

*“Pegou essa doença, acabou o prazer de comer e beber (...) estraga a vida da gente (...) não tem muita liberdade mais.”* (Ana)

*“A gente já não tem nada bom na vida, né (...) agora uma coisa que a gente tem, que pode desfrutar daquilo, não pode, que é comer.”* (Joana)

Há relatos que evidenciam dificuldade em realizar uma alimentação antes de dormir, necessária para evitar os episódios de hipoglicemia. Um dos problemas de quem faz uso da insulina parece ser a perda da autonomia para se alimentar na hora que deseja.

*“Quando chega a hora de deitar tem que arrumar o lanche (...). Eu às vezes sinto preguiça de ficar arrumando leite, ah vou deitar. Não vou tomar leite não, é onde acontece às vezes dela abaixar.”* (Laura)

Algumas entrevistadas parecem pensar que o fato de seguir uma disciplina alimentar rigorosa pode ser prejudicial à saúde, pois “dá fraqueza” e pode “ficar amarelo”. Nesse sentido, não há associação desses sintomas com os episódios de hipoglicemia.

*“Fraqueza que me dava ficar sem comer, eu era boba, eu não comia, só comia um pouquinho.”* (Laura)

*“O homem não come nada, está pior, está da cor daquela parede ali, está amarelo. Muito regime é bom, mas acaba com a gente também.”* (Ana)

Alguns relatos mostram uma percepção mais realista acerca da importância da realização da dieta na busca pelo controle glicêmico, como forma de evitar os sintomas e as complicações provocadas pelo diabetes descompensado.

*“A dieta vale muito, né.”* (Laura)

*“Ajuda, abaixa o diabetes, abaixa o peso.”* (Maria)

A dieta prescrita permanece como um guia a ser seguido e apesar das dificuldades descritas, há relatos de estratégias utilizadas para se conseguir obedecer à dieta recomendada.

*“Eu nunca vou na panela na hora que eu estou com fome, eu deixo a fome passar, depois eu vou (...) eu dobro a comida, a comida me dobra (...) você dá um tempinho, bebe uma água, espera um pouco, a fome passa.”* (Maria)

*“Eu procuro disfarçar (a fome) com (...), às vezes fruta, eu chupo muita laranja, banana, essas coisas, o que tem na hora eu como, e disfarça a fome né.”* (Lúcia)

Em um relato ficou claro que a ausência de sintomas é um dos aspectos que dificultam o cumprimento da dieta estabelecida, já que muitas vezes, após a ingestão de algum alimento, os sintomas não se manifestam.

*“eu posso comer o que for, não sinto nada (...) a diabete sobe, não fico sabendo (...) quer dizer que fica por isso mesmo (...) é onde acho assim, não tem problema não.”* (Joana)

Os aspectos emocionais foram relatados como um dos fatores que dificultam o cumprimento da dieta prescrita.

*“quando você está nervosa, você vai toda hora abre a geladeira (...) estando ansiosa você come.”* (Maria)

*“Por que que está comendo se não está fazendo bem pra gente (...) eu acho que é problema psicológico.”* (Joana)

### **Doces: “só um pouquinho não faz mal”**

O desejo de comer alimentos doces parece ser bastante forte e muito presente no cotidiano da mulher portadora de diabetes tipo 2. Assim, muitas entrevistadas referiram intensa dificuldade em deixar de ingerir doces.

*“Parece que se eu não comer, parece que eu vou*

*morrer (...) enquanto eu não como eu não sossego.”* (Joana)

*“Todo dia eu como doce (...) quando eu não acho um doce para comer, eu como até açúcar.”* (Maria)

O proibido parece aguçar o desejo e, nesse sentido, uma entrevistada referiu nunca ter gostado de doce, mas depois do diagnóstico de diabetes começou a ter mais desejo por alimentos doces.

*“Nunca gostei muito de doce, e agora por causa do diabete sempre me dá vontade de comer doce.”* (Lúcia)

Algumas mulheres do estudo relataram as estratégias que adotaram para evitar ingerir doces, como, por exemplo, evitar fazê-los ou comprá-los.

*“Eu não faço mais, muito doce não.”* (Lúcia)

*“Evito de fazer bolo, fazer doce, evito de comprar.”* (Maria)

Algumas mulheres relataram não usar adoçante, pois não conseguem se acostumar e por não ser tão saboroso como o açúcar normal. Deixar de tomar refrigerante (normal) também foi relatado como algo muito difícil. Um mecanismo compensatório para a privação da ingestão de açúcar pôde ser evidenciado pelo pensamento que parece ter predominado: “só um pouquinho não faz mal”.

*“(Adoçante) também eu não acostumei.”* (Joana)

*“Uso o açúcar mesmo (...) acho que o gostoso é o açúcar mesmo.”* (Nair)

*“Eu bebo do normal, o diet eu não gosto, não acostumei (...) o bendito do refrigerante não tem jeito, é todo dia (...) algum ímã me puxa (...) só um pouquinho não faz mal, um pouquinho eu posso tomar, quando pensa que não, bebo mais um pouquinho durante o dia.”* (Joana)

Vários depoimentos mostraram que ver ou ter em casa um doce, um refrigerante, uma determinada comida, e ter que realizar a dieta, é extremamente conflitivo e penoso. Relataram a dificuldade de ver outras pessoas se alimentando e não poderem comer.

*“porque se eu fizer, eu como né (...) se for guardar na geladeira, de vez em quando eu estou comendo, está ali pertinho, geladinho.”* (Lúcia)

*“É difícil a gente ver todos comendo (...) um vai, come,*

*uhn está gostoso, essa tentação de estar gostoso é onde a gente vai também, vai come, come, come, eu abuso.”* (Nair)

Uma entrevistada relatou que a família deveria ajudar e colaborar com a dieta que precisava realizar, por exemplo, evitando fazer bolos e doces, já que é difícil ver e não comer. Uma outra entrevistada declarou que os familiares a incentivavam a comer e beber o que não deveria.

*“em casa também as pessoas não colaboram.”* (Maria)

*“pode comer, come um pedacinho, toma um copo só (...) falo pra eles um pedacinho ou um pedaço, faz mal a mesma coisa né.”* (Cláudia)

### **Aspectos financeiros: “regime é bom só para rico”**

Os aspectos financeiros foram referidos como sendo um dos itens que dificultavam o seguimento da dieta. Ter uma boa condição financeira foi visto como um facilitador e um estímulo positivo para se seguir a dieta recomendada.

*“A parte do regime é o difícil, pelo menos para mim é, entra dinheiro no meio.”* (Maria)

*“Nunca comprei aqueles doce que eu posso comer, dietético. Ai no dia que dá vontade eu como um pouco do meu mesmo, açúcar mesmo.”* (Ana)

### **Sentimentos: “eu tenho uma tristeza com o diabetes”**

Várias entrevistadas relataram alguns sentimentos negativos que vivenciaram em relação à alimentação, por não poderem comer o que gostam.

*“Eu tenho uma tristeza com o diabetes (...) não tem vontade de viver mais (...) a gente não tem liberdade assim de comer.”* (Ana)

*“(doce) Eu fico possessa comigo, eu quero me segurar, mas não adianta.”* (Maria)

## **DISCUSSÃO**

Uma parte substancial dos relatos evidenciou dificuldade no seguimento da dieta prescrita pelos profissionais, freqüentemente associada a uma imagem negativa, já que seguir o esquema alimentar prescrito por um período de tempo prolongado é tarefa extremamente penosa para algumas entrevistadas. Realizar a dieta recomendada reveste-se de vários signifi-

cados, tais como a perda do prazer de comer e beber, a restrição da autonomia e o cerceamento da liberdade para se alimentar como e quando desejar. As limitações e proibições impostas pela doença e seu tratamento tiram a liberdade de fazer o que se tem vontade, o que provoca um viver triste.

Os depoimentos dão ênfase naquilo que não deve ser ingerido, o que indica que tanto a dieta prescrita pela ciência quanto o conhecimento popular estão ligados às representações alimentares subtrativas.<sup>13</sup>

Para as entrevistadas, o diabetes impõe uma série de normas e regras, que prescreve o quê e como comer, o que impossibilita o controle de suas vidas. Considerando as condições de vida material extremamente limitadas nas quais essas mulheres vivem, conceber a dieta como uma exigência que produz inúmeras restrições, “reduz ainda mais o espaço do prazer e do lazer, já escassos pelas suas condições sociais”.<sup>8</sup>

Há um complexo sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer. A alimentação vai além da ingestão de nutrientes e não deve ser vista apenas pelo prisma biológico.<sup>9,12</sup>

Os dados revelaram que o ato de comer está diretamente relacionado aos aspectos emocionais: “O apetite do homem civilizado (...) é mais de ordem psíquica e visa mais à satisfação do prazer de comer, do que a satisfação de suas necessidades de nutrição”.<sup>17</sup>

Ou seja, os depoimentos evidenciaram que a alimentação não é um fenômeno exclusivamente biológico, mas sofre a influência de aspectos sociais, culturais e emocionais. “A sabedoria em matéria alimentar pode ser vista como vinda da experiência do gosto, não só dos alimentos, mas da vida social”.<sup>5</sup> Na sociedade brasileira, praticamente não existe festa sem farta provisão de comida. A alimentação permeia diversas relações sociais, como casamentos, aniversários, batizados, ocasiões fúnebres, reuniões familiares, políticas e religiosas.<sup>7</sup> Em volta da mesa se organizam as confraternizações, são transmitidos valores e crenças, são reforçados os vínculos e as trocas afetivas.

A dieta prescrita parece estar associada a prejuízos na saúde: “dá fraquezas” e “fica-se amarelo”. Para Campos<sup>5</sup> (1982), a classe popular prefere alimentos considerados “fortes”, como arroz, feijão e carne. Esses alimentos “enchem a barriga” e dão a sensação de poder passar um período de tempo longo sem comer. A alimentação está ligada ao trabalho; acredita-se que o corpo precise ingerir grandes quantidades de alimentos para conseguir trabalhar, conforme ilustra

uma expressão popular muito difundida: “saco vazio não pára em pé”.

As sensações corporais são vivenciadas com maior ou menor intensidade conforme a classe social das pessoas. As classes populares tendem a atribuir sensações de estar “satisfeito”, “fornado”, de “recuperar as forças” a uma refeição rica em gorduras, ocorrendo preferência pelo toucinho e banha de porco.<sup>1</sup>

Além do mais, as representações da obesidade são vivenciadas de diferentes formas nas diversas classes sociais. O peso desejável pelas mulheres de nível socioeconômico baixo é considerado sobrepeso para os critérios científicos e para a classe socioeconômica mais elevada.<sup>8</sup> Queiroz<sup>18</sup> (2003) afirma que nas classes populares “uma pessoa magra (...) é percebida como uma condição de fraqueza, de inadaptação para o trabalho e, portanto, de doença”.

A valorização da magreza, da aparência física e da beleza aumenta nas pessoas com nível socioeconômico mais alto.<sup>1</sup> Apesar da associação dieta/prejuízos na saúde, várias entrevistadas relataram que fazer uma dieta ajuda no controle da glicemia e, assim, buscam estratégias para conseguir sustentá-la.

O fato do diabetes tipo 2 ser geralmente assintomático dificulta o seguimento do tratamento estabelecido,<sup>15</sup> já que freqüentemente a ausência de sintomas está associada à saúde e assim, muitos pacientes não seguem o tratamento por se sentirem saudáveis. A ausência de sintomas foi citada como um dos aspectos que dificultam a realização da dieta, pois não apresentam manifestações de mal-estar após se alimentarem. Algumas pessoas parecem precisar de algo concreto, palpável e visível para facilitar e estimular o cuidado com a saúde. Dessa forma, apresentar um sintoma logo após se alimentar possibilita a associação de que o alimento pode ter sido prejudicial à saúde.

Para Garcia<sup>8</sup> (1989), o cuidado com o corpo, muitas vezes, é dado somente quando há sintomas que dificultam a execução das tarefas diárias. Para Mercado Martínez<sup>15</sup> (1992), a ausência de sintomas no diabetes faz com que os familiares não dêem apoio e atenção ao portador dessa enfermidade e, nesse aspecto, as mulheres vivenciam mais essa falta de apoio. “Os homens tendem a receber o apoio de suas esposas e filhas, todavia as mulheres enfermas têm a obrigação de cuidar de seus cônjuges e netos”.

A transgressão alimentar esteve muito presente nas representações das pacientes e parece ser uma forma compensatória de driblar as proibições vivenciadas e de “proteger-se das ordens difíceis de serem seguidas. É a válvula de escape para sentir-se livre e vivo”.\* Damasceno<sup>6</sup> (1995), estudando portadores de diabetes tipo 2, também constatou que a transgressão alimentar é freqüente e um dos principais problemas relativos à alimentação. “A transgressão parece ser necessária para livrar-se da situação de escravidão imposta pela doença, pois o diabetes não dá trégua”.\*

Alguns alimentos são muito valorizados como, por exemplo, os doces, que surgiram nos depoimentos como algo extremamente desejado, quase que constituindo uma espécie de “fetiche”. Para Boltanski<sup>1</sup> (1989), os alimentos doces são apreciados principalmente por mulheres e crianças.

Para algumas entrevistadas, parece ser difícil deixar de comê-los, embora tenham sido relatadas algumas estratégias utilizadas para camuflar o desejo de experimentar um doce: “evitar fazê-los e comprá-los”.

O proibido parece acirrar o desejo, conforme afirma Santana\*\* (2002, p. 54, 59): “(...) o sabor do proibido faz mais doce o mel (...). Da proibição surge o desejo, e desse desejo surge a transgressão. Na verdade a proibição aguça o objeto do desejo, quanto mais proibido mais desejado se torna.” Para a autora, a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida da pessoa portadora de diabetes. “O desejo alimentar está sempre presente na vida do indivíduo diabético. Esse mesmo desejo o faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa”. A transgressão também parece funcionar como uma “válvula de escape” para as atribuições diárias.

Muitas vezes, a mulher é a responsável pela preparação dos alimentos no domicílio e a grande dificuldade parece ser o fato de tocar, olhar e manipular os alimentos e não poder desfrutá-los. Algumas entrevistadas relataram que a ajuda e o apoio dos familiares é de extrema importância para que se sintam fortalecidas em seus esforços de aderir ao tratamento.

Para Wang & Fenske<sup>19</sup> (1996) os familiares têm papel relevante no tratamento do diabetes. O núcleo familiar pode ajudar o paciente diabético no envolvimento com as mudanças dos hábitos e para que aceite mais a sua doença. Para Guimarães<sup>11</sup> (1999, p. 40),

\*Pinho LMO. *Educação em saúde no cotidiano do ser diabético* [Tese Doutorado]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

\*\*Santana MG. O desejo, o controle e o limite: possíveis enfrentamentos no cotidiano diabético. In: Santana MG, organizador. *Rede de saberes em diabete e saúde: um exercício de interdisciplinaridade*. Pelotas: Edição Independente; 2002. p. 53-72.

“competem à família cumprir horários de refeições, mudar hábitos alimentares, adotar estilos de vida mais saudáveis e melhorar a qualidade da relação e o padrão de atenção oferecidas ao paciente”.

A busca de uma alimentação saudável deve ser iniciada na infância. Para Busdiecker et al<sup>2</sup> (2000), as práticas alimentares utilizadas pelos pais possuem uma grande influência nos hábitos alimentares de seus filhos. Pais que alimentam de forma saudável provavelmente terão filhos com os mesmos hábitos alimentares.

Os aspectos financeiros foram evocados por algumas entrevistadas como um entrave que dificulta o cumprimento da dieta recomendada. O comportamento alimentar é muito complexo e, portanto, não se deve buscar sua compreensão dando-se ênfase apenas ao aspecto financeiro, mas também não se pode desconsiderá-lo. Campos<sup>5</sup> (1982) afirma que oferecer à população um maior acesso aos alimentos não garante mudança automática nos padrões alimentares. Para esse autor, há uma tendência crescente no sentido de se acreditar que o ato da alimentação está cada vez mais associado às inquietações em relação à saúde.

Para algumas entrevistadas, seguir a dieta recomendada provoca tristeza e amargura, dessa forma, o ato de comer muitas vezes vem acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa e revolta. Garcia<sup>10</sup> (1997, p. 53) afirma: “Já não é sem culpa que nos sentamos à mesa para desfrutar da comida.”

Em conclusão, apenas oferecer informações não é estratégia suficiente para a instalação de mudanças nos hábitos alimentares. O enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos, é importante englobar também os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos.

Os programas educativos em diabetes devem ser baseados em uma postura dialógica e na troca de saberes, promovendo o intercâmbio entre o saber científico e o popular, sendo que ambos, profissionais e pacientes, têm muito o que ensinar e aprender.

Espera-se que o presente trabalho possa contribuir com reflexões que levem à assistência mais eficiente, humanizada e mais próxima da realidade das mulheres portadoras de diabetes tipo 2.

## REFERÊNCIAS

1. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
2. Busdiecker-B S, Castillo Durán C, Salas-A I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr*. 2000;71(1):5-11.
3. Cabrera-Pivaral CE, Novoa-Menchaca A, Centeno-López NM. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus II. *Salud Pública Méx*. 1991;33(2):166-72.
4. Cabrera-Pivaral CE, Martínez Ramírez A, Vega Lóz MG, González Pérez G, Muñoz de la Torre A. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, México. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(4):525-30.
5. Campos MS. Poder, saúde e gosto. São Paulo: Cortez; 1982.
6. Damasceno MMC, Rocha TJ, Lino RTP, Carvalho ZMF. Problemas identificados na clientela diabética: análise quantitativa. *Rev Enfermagem UERJ*. 1995;3(1):19-28.
7. Daniel JMP, Cravo VZ. O valor social e cultural da alimentação. *Bol Antropol*. 1989;2(4):69-83.
8. Garcia RWD. Re(a)presentações da obesidade nas classes sociais. *Aliment Nutr*. 1989;9(42):42-6.
9. Garcia RWD. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Rev Nutr PUCCAMP*. 1992;5(1):70-80.
10. Garcia RWD. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis (Rio J)*. 1997;7(2):51-68.
11. Guimarães SS. Psicologia da saúde e doenças crônicas. In: Kerbauy RR, organizdor. Comportamento e saúde: explorando alternativas. Santo André: Arbytes; 1999. p. 22-45.
12. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
13. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
14. Leme MAVS. O impacto da teoria das representações sociais. In: Spink MJ, organizador. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993. p. 46-57.

15. Mercado Martínez FJ. Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano. *Cuad Méd Soc (Ros)*. 1992;(61):49-61.
16. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1996.
17. Queiroz MJ. A comida e a cozinha: iniciação à arte de comer. Rio de Janeiro: Forense/Universitária; 1988.
18. Queiroz MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru: Edusc; 2003. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa; p. 25-47.
19. Wang CY, Fenske MM. Self-care of the adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educ*. 1996;22(5):465-70.
20. Williamson AR, Hunt AE, Pope JF, Tolman NM. Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. *Diabetes Educ*. 2000;26(2):272-9.

---

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 02/00751-1).  
Baseado na dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Saúde na Comunidade, em 2004.