

CARLA MARIA VIEIRA

**SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS E CULTURAIS
DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE
ADOECIDOS CRÔNICOS POR SÍNDROME
METABÓLICA: UM ESTUDO
CLÍNICO-QUALITATIVO**

**CAMPINAS-SP
2010**

CARLA MARIA VIEIRA

**SIGNIFICADOS PSICOLÓGICOS E CULTURAIS
DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE
ADOECIDOS CRÔNICOS POR SÍNDROME
METABÓLICA: UM ESTUDO
CLÍNICO-QUALITATIVO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

CAMPINAS-SP

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V673s Vieira, Carla Maria
 Significados psicológicos e culturais do comportamento alimentar
 de adoecidos crônicos por síndrome metabólica : Um estudo clínico-
 qualitativo / Carla Maria Vieira. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

 Orientador: Egberto Ribeiro Turato
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Padrões alimentares . 2. Dieta. 3. Doença crônica. 4.
 Pesquisa qualitativa. 5. Doenças metabólicas. 6. Cultura. 7.
 Psicologia. I. Turato, Egberto Ribeiro. II. Universidade Estadual
 de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Psychological and cultural meanings of eating behavior in
chronic metabolic syndrome patients: a clinical-qualitative study**

Keywords: • Feeding behavior
 • Diet
 • Chronic disease
 • Qualitative research
 • Metabolic diseases
 • Culture
 • Psychology

Titulação: Doutor em Ciências Médicas
Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

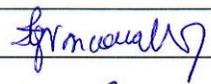
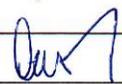
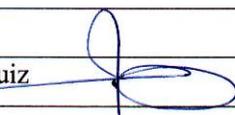
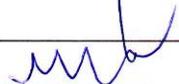
Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
Profa. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia
Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêto
Profa. Dra. Fátima Aparecida Bottcher Luiz

Data da defesa: 30-06-2010

Banca examinadora de Tese de Doutorado

Carla Maria Vieira

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Egberto Ribeiro Turato

| Membros: | |
|---|---|
| Professor (a) Doutor (a) Rosa Wanda Diez Garcia |  |
| Professor (a) Doutor (a) Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos |  |
| Professor (a) Doutor (a) Carlos Roberto Soares Freire De Rivoredo |  |
| Professor (a) Doutor (a) Fatima Aparecida Bottcher Luiz |  |
| Professor (a) Doutor (a) Egberto Ribeiro Turato |  |

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/06/2010

Ao João

À Bárbara

Ao Vitor

Ao professor e amigo Egberto Ribeiro Turato

Ao Moisés Aguiar

AGRADECIMENTOS

Ao Egberto, como pessoa por acreditar e agir na interdisciplinariedade, mas também como orientador por ter me ajudado a encontrar o norte sempre que o perdi;

Agradeço profundamente ao Vitor, Bárbara e João pelo amor e apoio que me ajudaram a manter a confiança de que tudo vale à pena quando a alma não é pequena (F. Pessoa)

Aos companheiros do Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa, pelas contribuições, críticas e incentivo. Agradeço especialmente à Vera, Silvia e Ronis pela co-autoria nos artigos. Á Fátima e Carlão pelas contribuições na finalização da tese;

Agradeço as equipes da pós-graduação da FCM e do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria pelo trabalho e colaboração;

Ao Programa de Mobilidade Internacional Santander/UNICAMP, pela oportunidade de complementação dos estudos na Faculdade de História e Geografia da Universidade de Barcelona;

Sou imensamente grata ao Professor Contreras pelo acolhimento, afeto e sabedoria que pude desfrutar, quando estava longe de casa;

Quero agradecer também aos colegas do Observatorio D'Alimentación, Joan e Marco, pelos bons momentos de trocas de experiências acadêmicas, sonhos e alimentos compartilhadas;

Ao Dr. Joseph Vidal e sua equipe do Ambulatório de Endocrinologia e Nutrição do Hospital Clínico de Barcelona;

Ao Dr. Marco Tambascia e sua equipe do Ambulatório de Síndrome Metabólica e Cirurgia Metabólica do Gastrocentro-UNICAMP;

Aos meus irmãos e sobrinhos por estarem sempre por perto.

Aos amigos pela cumplicidade e pelos brindes nos momentos de celebração que marcam esse percurso de doutoramento;

À Maira por ter entrado em nossas vidas. Pelo seu amor e beleza intensos.

Em especial ao Moysés pelas inúmeras correções dos artigos, ao Antonio pelas aulas de espanhol e à Sissa pela interlocução afetuosa;

Agradeço à Marlene por ter me indicado esse caminho e outros que ainda pretendo seguir. Ao Paulo, Ana Clara e a todos os vizinhos pela tranquilidade da proximidade física e afetiva;

Sou imensamente grata aos pacientes que concederam seu tempo, suas palavras, silêncios e gestos, da mente e da alma, para que esse estudo se concretizasse.

Enfim, agradeço àqueles que já se foram e que não querem calar dentro de mim. Preciso reconhecer que estão totalmente vivos e seu amor permanece intenso...

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| RESUMO | xvii |
| ABSTRACT | xxi |
| 1. INTRODUÇÃO | 25 |
| 1.1 Comportamento Alimentar Visto Sob a Ótica da Interdisciplinariedade..... | 27 |
| 1.2 Divergências Conceituais sobre a Síndrome Metabólica..... | 30 |
| 1.3 O Comportamento Alimentar como Objeto de Estudo | 33 |
| 1.4 Contribuições da Psicossomática e Conceitos Psicodinâmicos | 37 |
| 1.5 A Abordagem Sócio-cultural do Comportamento Alimentar..... | 40 |
| 2. OBJETIVOS..... | 47 |
| 2.1 Objetivo geral | 49 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 49 |
| 3. PERCURSO METODOLÓGICO | 51 |
| 3.1 Questões Teóricas..... | 53 |
| 3.2 A Pesquisa qualitativa no Campo da Nutrição..... | 55 |
| 3.3 Critérios de Escolha do Tema e Pressupostos | 56 |
| 3.4 Questões Éticas e processo de aculturação..... | 59 |
| 3.5 Sujeitos e saturação dos dados..... | 61 |
| 3.6 Análise das entrevistas..... | 65 |
| 4. PUBLICAÇÕES | 69 |
| 4.1 Artigo 1 | 73 |
| 4.2 Artigo 2 | 83 |
| 4.3 Artigo 3 | 93 |
| 5. RESULTADOS | 107 |
| 5.1 Categoria 1 - O Corpo Gordo Estigmatizado: Corpo sem Saúde e sem Beleza..... | 109 |
| 5.2 Categoria 2 - O Fetiche da Cirurgia para Curar a Obesidade..... | 109 |
| 5.3 Categoria 3 - O Desejo Contido : Comer Muito pode ser Pouco para Aplacar a Fome de Ordem Emocional | 110 |

| | | |
|------------------|--|------------|
| 5.5 | Categoria 4 - A Conquista da Autonomia: Resignificar a Alimentação para a Convivência com os Sintomas da Síndrome Metabólica | 111 |
| 5.6 | Categoria 5 - O Estado Depressivo e Paralisante dos Sujeitos com Dificuldades para Estabelecer o Autocuidado | 112 |
| 5.7 | Categoria 6 - Significados da Dieta: a Perda do Prazer e da Liberdade de Comer | 113 |
| 5.7 | Categoria 7- Conquistas no Manejo do Tratamento a Partir do Enfrentamento de Situações de Vulnerabilidade | 115 |
| 5.8 | Categoria 8 - Autonomia versus Prescrição | 115 |
| 6. | DISCUSSÃO | 117 |
| 6.1 | O problema da Adesão às Prescrições Dietéticas..... | 119 |
| 6.2 | Encontro de Subjetividades no Processo de Cuidado Nutricional | 124 |
| 6.3 | A Rejeição à Obesidade e o Desvio do Foco do Problema | 125 |
| 6.5 | Comer para Satisfazer Demandas Emocionais | 128 |
| 6.5 | Significado da Dieta: A perda do prazer e da liberdade de comer..... | 132 |
| 6.6 | Novas Possibilidades na Prática do Cuidado Nutricional: Comensalidade e Família | 136 |
| 7. | CONCLUSÕES | 139 |
| 8. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 143 |
| ANEXO | | 157 |
| APÊNDICES | | 161 |

O comportamento alimentar é um tema relevante no tratamento da obesidade, dislipidemias, hipertensão, diabetes tipo II e outros agravos metabólicos crônicos. A associação de pelo menos três destes distúrbios tem sido reconhecida na literatura médica como Síndrome Metabólica, considerada um problema de saúde emergente. O objetivo desse estudo foi conhecer significados psicológicos e culturais do comportamento alimentar vinculados ao processo de adoecimento crônico por Síndrome Metabólica, de pessoas com excesso de peso, em situação de cuidado. Método Clínico Qualitativo foi aplicado em ambulatório de hospital universitário, na região sudeste do Brasil. Entrevistas individuais semidirigidas, conduzidas em profundidade com nove sujeitos portadores de Síndrome Metabólica, compuseram a amostra intencional fechada por critério de saturação. O *corpus* do trabalho composto pelas expressões verbais e não verbais foi analisado a partir do exercício de repetidas leituras flutuantes. Referencial psicodinâmico de base analítica complementado com contribuições da antropologia da alimentação apoiou a interpretação dos resultados organizados em oito categorias: 1- O corpo gordo estigmatizado: corpo sem saúde e sem beleza; 2- O fetiche da cirurgia para curar a obesidade; 3- O desejo contido: comer muito pode ser pouco para aplacar a fome de ordem emocional; 4- A conquista da autonomia: ressignificar a alimentação para a convivência com os sintomas da Síndrome Metabólica; 5- O estado depressivo e paralisante dos sujeitos com dificuldades para estabelecer o autocuidado; 6- Significados da dieta: a perda do prazer e da liberdade de comer; 7- Conquistas no manejo do tratamento a partir do enfrentamento de situações de vulnerabilidade; 8- Autonomia versus prescrição. Da discussão salientamos a rejeição à obesidade revelada pelos sujeitos que proporciona um desvio do foco no manejo do autocuidado, permeado pela cultura lipofóbica de enaltecimento da magreza e juventude. O desejo dos sujeitos por realizar uma cirurgia que seja capaz de curar o excesso de peso vincula-se ao

significado da gordura corporal como doença. São reflexos culturais da medicalização da obesidade que dificultam os sujeitos a aceitarem e assumirem o controle sobre o seu próprio corpo. A dissociação das práticas alimentares como determinantes do ganho excessivo de peso, assim como a utilização dos alimentos para preencher lacunas de ordem psíquica, revelaram fragilidade em lidar com conflitos emocionais e dificuldades para assumir a responsabilidade sobre o processo de cuidado. Os significados de perda de prazer e cerceamento da liberdade de comer atribuídos à dieta, igualmente colaboram negativamente para o manejo do processo de adoecimento. No entanto, o saber culinário, a valorização da identidade da cultura alimentar e a comensalidade em família demonstraram potencialidades na reorganização da alimentação no cotidiano. A baixa adesão às prescrições dietéticas encontra-se associada a um padrão ideal de comportamento alimentar e distingue-se da postura de respeito e apoio para o estabelecimento de autonomia na elaboração de recursos pessoais para enfrentamento do processo de adoecimento crônico ao longo da vida. O caráter interdisciplinar deste trabalho proporcionou a valorização do exercício de escuta dos significados psicológicos e culturais do comportamento alimentar com contribuições no âmbito do cuidado nutricional de portadores de Síndrome Metabólica.

Palavras Chave: Padrões alimentares, Dieta, Doença crônica, Pesquisa qualitativa, Doenças metabólicas, Cultura, Psicologia.

ABSTRACT

Eating behaviors are relevant issues in the treatment for obesity, dyslipidemias, hypertension, type II diabetes and other chronic metabolism disorders. Literature has established that an association of three or more of those disorders is referred to as Metabolic Syndrome, which is considered a growing health issue. The objective of the present study was to identify the psychological and cultural meanings of eating behavior linked to the process of developing chronic disease due to Metabolic Syndrome, in people receiving care. The Qualitative Clinical Method was applied at the outpatient clinic of a university hospital in Southeast Brazil. Semi-directed individual interviews were conducted in depth with nine Metabolic Syndrome patients, who comprised the purposive sample determined by saturation. The verbal and non-verbal statements composed the *corpus* of the study, which was analyzed based on repeated in-depth readings. Results were interpreted based on a psychodynamic framework with an analytical grounding, complemented with contributions from the anthropology of eating, thus permitting to organize the results into the following eight categories: 1- The stigmatized fat body: a body without health and without beauty; 2- The fetish of surgery to cure obesity; 3- The restrained desire: eating much could be little to quench their emotional hunger; 4-The conquest of autonomy: reassign meanings to feeding to manage the symptoms of Metabolic Syndrome; 5- The depressive and paralyzing state of subjects with difficulties to establish self-care; 6- Meanings of the diet: the loss of pleasure and the liberty of eating; 7- Achievements in handling the treatment based on dealing with vulnerability situations; 8-Autonomy versus prescription. A rejection towards obesity was revealed by the subjects, which shifts their focus from managing self-care, as it is permeated by a lipophobic culture that exalts thinness and youth. The subjects' desire to undergo a surgery that would

cure their excessive weight is associated to their associating a meaning of disease to body fat. The cultural thoughts of medicalizing obesity account for the difficulty that subjects have to accept and take control over their own body. The dissociation of eating habits as determinants of excessive weight gain and using food to fill in emotional gaps revealed fragility of dealing with emotional conflicts, and difficulties of taking responsibility over the care process. The meanings assigned to losing pleasure and the loss of liberty to eat, both associated with dieting, have a negative effect on the process of managing the disease. On the other hand, culinary knowledge, valuing the identity of eating culture and commensality in the family demonstrate the potential of reorganizing everyday eating. Poor adherence to diet prescriptions is associated to an ideal eating behavior standard and stands apart from a position of respect and support towards establishing autonomy in developing personal resources to deal with the process of chronic illness through life. The interdisciplinary character of the present study promoted the valorization of the practice of listening to the psychological and cultural meanings of eating behaviors, hence offering contributions regarding the nutritional care of individuals with Metabolic Syndrome.

Keywords: Feeding behavior, Diet, Chronic disease, Qualitative research, Metabolic diseases, Culture, Psychology

1. INTRODUÇÃO



1.1 Comportamento Alimentar Visto Sob a Ótica da Interdisciplinariedade

O referencial teórico que apóia o desenvolvimento deste estudo encontra-se em zonas de fronteira disciplinar: ramos das ciências humanas em complementaridade com a área da saúde/nutrição, para compreender a subjetividade do comportamento alimentar de pessoas em situação de cuidado (1,2,3,4,5).

Justificamos nossa escolha pela necessidade de compreender o comportamento alimentar de maneira multidimensional, historicamente contextualizada e integrativa na produção de saberes (6). Este desafio nos levou a empreender esforços para uma aproximação com abordagens que propõem a interdisciplinaridade no desenvolvimento desta pesquisa.

Abordar o fenômeno alimentar por meio de diferentes modos de pensar, sem que sofram mutilações é, portanto, a proposta deste trabalho. Procuramos recusar o reducionismo e a unidimensionalidade na elaboração dos saberes, convencidos de que qualquer conhecimento teórico é sempre provisório e insuficiente quando comparados à vivência real do fenômeno.

O homem é um ser biológico e cultural e, portanto, a alimentação humana é um fenômeno biocultural. Essa premissa, compreendida como uma via de acesso a uma visão holística das questões que envolvem o comportamento alimentar possibilita a aproximação das ciências biomédicas nutricionais com as ciências humanas. Essa aproximação permite que os pesquisadores e profissionais da nutrição entrem em contato com dimensões que ultrapassam as fronteiras da ciência da nutrição centrada nos nutrientes e nas necessidades nutricionais do humano e no processo saúde e doença. Aproximação para

reorientar sua prática complementada pelas dimensões do imaginário e do simbólico dos alimentos, entre outros aspectos subjetivos e socioculturais.

É recorrente o encontro com estudos sobre a alimentação e nutrição humana em que não há diálogo entre estas disciplinas. Caracterizam-se como estudos hiperespecializados e segmentados apesar de tratar de assuntos amplos (7). Além de estudos com esse matiz, programas e políticas públicas de alimentação e nutrição que desconsideram a necessidade da participação de diferentes olhares nas etapas de formulação, condução e avaliação concorrem para o fracasso ou retardo em termos de segurança alimentar e nutricional. Tanto quando se trata de problemas carenciais (de carência de nutrientes ou fome/desnutrição) de alta prevalência num passado recente em nosso país, como também de problemas decorrentes da superalimentação (7,8,9)¹.

Para Gracia (10) é possível observar em muitos estudos sobre alimentação o reconhecimento da sua complexidade bio-psico-cultural. Mas há dificuldade de incorporar múltiplos olhares sobre as práticas e principalmente sobre as políticas de alimentação e nutrição, pois são distintos os interesses dos atores sociais envolvidos, ou as divergências metodológicas impedem que as diferentes contribuições e visões sobre o problema possam ser complementares.

O esforço da interdisciplinaridade se justifica, na medida em que facilita a comunicação entre as especialidades, atravessando a todas ao mesmo tempo. Diante das questões teóricas e práticas relacionadas com a dieta, saúde e evolução humana, continua existindo a necessidade de investigar mais profundamente as bases culturais da alimentação, considerando o contexto temporal e histórico. Estudos que podem auxiliar a compreender em que medida os modelos nutricionais ameaçam ou contribuem a melhorar as perspectivas sanitárias, sufocam ou reforçam os valores culturais e simbólicos dos alimentos e a funcionalidade da alimentação, historicamente constituídos pelos grupos sociais em suas localidades de origem (7).

¹ Sobre esse assunto sugiro a leitura de Fernández (8). Trata-se de um estudo sobre o bócio endêmico e as políticas sanitárias correspondentes, em uma região da Espanha. Relata sobre as dificuldades no enfrentamento desse problema alimentar carencial e a necessidade de incorporar nas políticas públicas as contribuições socioantropológicas em conjunto com a abordagem biomédica.

Debruçar-se sobre o objeto de estudo “comportamento alimentar” a partir da fala dos sujeitos que vivenciam o sofrimento provocado por distúrbios metabólicos crônicos e pelo excesso de peso, em que a alimentação está em sua determinação e, portanto demandam mudanças na sua organização, exigiu um percurso pelos caminhos interdisciplinares. Caminhos que possibilitaram a ampliação do prisma de saberes para além das questões nutricionais nas propostas dietéticas.

Há reconhecimento de que o manejo do comportamento alimentar é um problema importante na convivência com processos de adoecimento por Síndrome Metabólica (SM). Diante desta questão este estudo pretende contribuir para que aspectos culturais e psicodinâmicos do fenômeno alimentar sejam conhecidos e considerados no âmbito do cuidado nutricional, o que representaria melhora no atendimento a essa população.

Para a população de adoecidos crônicos, a atuação na área do cuidado nutricional diz respeito à terapêutica nutricional, que busca ampliar o conceito de aconselhamento dietético. Essa modalidade de assistência, também reconhecida por aconselhamento nutricional, se estabelece com o desafio de promover mudanças de comportamento, de hábitos de vida, em geral e especialmente do comportamento alimentar (11).

O aconselhamento nutricional individual ou em grupo, no entanto é predominantemente prescritivo, voltado à melhora dos níveis pressóricos, do perfil lipídico e glicêmico, além da perda de peso. A restrição do consumo de sal e redução de alimentos ricos em sódio tais como embutidos, defumados, enlatados, salgadinhos, temperos industrializados, entre outros está no cerne do aconselhamento dietético destes indivíduos. As bebidas alcoólicas, doces, frituras, excesso de proteína animal e gorduras aparentes nas carnes também são restringidos, com ênfase na diminuição da densidade energética total da dieta. Alimentos integrais, vegetais, água e o fracionamento das refeições são estimulados para que seja aumentado o consumo de fibras e nutrientes

reguladores, acrescentando à dieta alimentos com características de funcionalidade em relação aos sintomas (12,13,14,15).

A proposta do cuidado nutricional aqui assumida não descarta a importância dessas orientações para a melhora dos sintomas da SM e na promoção da saúde em geral. No entanto, contribuições interdisciplinares apontam para novas possibilidades da prática de cuidado que busca a postura integrativa, mente e corpo, na terapêutica nutricional. A investigação de possibilidades de manejo do comportamento alimentar do sujeito em situação de cuidado, assim como o reconhecimento e respeito à singularidade e ao contexto sócio cultural, historicamente definido, são discutidas a partir da literatura visitada neste trabalho (16,17,18).

1.2 Divergências Conceituais sobre a Síndrome Metabólica

*No ninho quente
O pássaro aguarda
De bico aberto
(Vera Chvatal, 2006)*

O fenômeno de transição nutricional/epidemiológica está descrito como um processo de mudanças no comportamento alimentar e nos padrões nutricionais das populações. Delimita-se com uma diminuição significativa da desnutrição e aumento surpreendente da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis (19,20).

Dentre os determinantes desse processo destacam-se: 1- a diminuição do esforço físico tanto no trabalho, quanto nas rotinas de vida diária e no lazer; 2- o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho; 3 -a antiga e contínua migração campo-cidade levando às grandes concentrações urbanas, especialmente em periferias, com maior acesso aos bens de consumo, entre eles os alimentos; 4- a crescente industrialização dos alimentos; 5- a

substituição de culturas culinárias tradicionais pelo prático e energético *fast food*² que poupam tempo não só de preparo, mas também de ingestão, gerando o ganho excessivo de peso para uma parcela significativa da população (21).

Estudos recentes aprofundam as análises estatísticas e confirmam que essa problemática não vem só ocorrendo nas classes sociais de média e alta renda, mas também nas populações de baixo poder aquisitivo (22,23). Em famílias que vivenciam níveis variados de insegurança alimentar é possível observar que a adaptação metabólica ocorrida na infância, como uma das seqüelas da desnutrição e práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida, favorece o estabelecimento de disfunções metabólicas na vida adulta (23).

A adaptação metabólica das crianças com desnutrição, geralmente leve ou moderada, vincula-se a desestrutura familiar e outros fatores sociais de vulnerabilidade. A escassez de alimentos ao combinar-se com a abundância de recursos em diferentes períodos, ao longo da vida, favorece o acúmulo de gordura abdominal na juventude e vida adulta e predispõe ao diabetes tipo II e hipertensão arterial. Em particular posição, as mulheres têm sido mais atingidas por essa associação, agravando os fatores preditores de distúrbios metabólicos crônicos (24).

A associação de distúrbios metabólicos crônicos tem sido descrita na literatura como Síndrome Metabólica (12). Consensos internacionais indicam a possibilidade do diagnóstico de SM quando pelo menos três sintomas se associam. Dentre eles a alteração dos níveis de glicemia, com ou sem diabetes tipo II atrelado à gordura abdominal acumulada, dislipidemias, níveis pressóricos elevados, microalbuminúria entre outras alterações (25).

No entanto, esse conjunto de agravos nem sempre é reconhecido como SM. Entidades internacionais que organizam os consensos e estabelecem

² Termo em inglês, traduzido literalmente como comida rápida. Por outro lado, este termo representa um estilo de se alimentar que se caracteriza pelo consumo de alimentos de fácil preparo, de rápido consumo, desenvolvido por determinado tipo de agente comercial. Nesse tipo de preparações predomina o sabor intenso obtido principalmente por meio de alto teor de gordura ou açúcares, desenvolvidos para atender a demanda de comensais de centros urbanos ou que estão de passagem, com pouca disponibilidade de tempo para realizar refeições completas (10).

parâmetros de diagnóstico, tratamento e prevenção no campo de estudos da endocrinologia e metabologia apresentam divergências conceituais em virtude da complexidade dos fatores causais e das diferentes manifestações clínicas e abordagens terapêuticas, o que dificulta a delimitação epidemiológica do problema (25,26,27). Apesar dessa dificuldade há forte convergência de opiniões, descritas na literatura, sobre o aumento da prevalência dos sintomas e dos fatores de risco associados aos padrões dietéticos do mundo ocidental (25,27,28,29).

Considerando os pontos de congruência nos conceitos para SM entre as duas reconhecidas entidades internacionais: *International Diabetes Federation* e *National Cholesterol Education*, é amplamente defendida a prevenção através da prática clínica interdisciplinar, como uma via estrutural na gestão de modelos de saúde, em todos os níveis de assistência (30,31,32).

Sarno et al (33) esclarecem que há divergências em relação ao conceito de SM, porém defendem a idéia de sua utilização para fins de prognóstico e de pesquisa epidemiológica. Desta maneira, as organizações de saúde e sociedades científicas propõem critérios diagnósticos para padronizar sua definição, mas nem sempre são acatados por todos os grupos assistenciais e de pesquisa.

Conforme relatam Sarno et al (33):

Embora as definições disponíveis discordem em relação ao espectro de anormalidade da Síndrome Metabólica, a literatura é concordante em seus componentes essenciais [...] compartilham do mesmo objetivo: auxiliar na identificação de indivíduos de risco para doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, que se beneficiariam com a intervenção precoce sobre essas anormalidades (33).

Os autores do trabalho acima referido reconhecem que fatores ambientais, relacionados ao estilo de vida, estão fortemente implicados na fisiopatologia da SM. Tanto os hábitos dietéticos quanto o sedentarismo contribuem para o acúmulo de tecido adiposo na região abdominal, tecido diretamente envolvido na gênese da resistência à insulina (33).

Do ponto de vista psicológico, a convivência, por longos períodos da vida, com a obesidade, a hipertensão e o diabetes, estão relacionadas freqüentemente à depressão, ansiedade e distúrbios no campo alimentar (33,34).

Diante dessas constatações diversos autores que se dedicam à pesquisa e prática clínica com portadores de SM indicam, com ênfase, a prevenção e o estímulo ao comportamento de auto cuidado como tratamento de primeira linha (26,27,28). A redução dos riscos de eventos cardiovasculares graves e até mesmo a suspensão do uso contínuo de alguns medicamentos pode decorrer do abandono do tabagismo, menor sedentarismo e mudanças no comportamento alimentar (30).

Contudo, a baixa adesão às propostas de mudanças destes hábitos cotidianos tem sido descrita na literatura. Dificuldades para estabelecer padrões alimentares indicados para melhora dos sintomas, especialmente a perda de peso, são reconhecidas como um problema importante no tratamento da SM (14,35,36,37,38,39).

Esta problemática nos levou a empreender um esforço de pesquisa para buscar sua compreensão a partir da visão dos indivíduos que vivenciam estas dificuldades. Um esforço que demandou um percurso por campos que ultrapassam as fronteiras da área da saúde e da nutrição.

1.3 O Comportamento Alimentar como Objeto de Estudo

*Viver a vida
Com sabor e com saber
Um prato cheio
(Vera Chvatal, 2006)*

Os distúrbios no campo alimentar atingem populações ricas e pobres, predominantemente nas sociedades industrializadas. E esses distúrbios se relacionam com os novos padrões dietéticos adotados, com origens na forma como se organiza a atual sociedade de consumo(40).

O consumo alimentar deve ser identificado em termos de estrutura social, onde significa certa relação com o grupo, certa relação com a cultura. Nesta sistematização conceitual, o significado do consumo somente poderá ser compreendido e explicado a partir de sua relação estrutural com todas as demais práticas sociais (41).

Na perspectiva econômica do funcionamento deste tipo de sociedade de consumo, o processo de produção capitalista requer que os bens e serviços produzidos sejam inevitavelmente consumidos, o que significa considerar como resultado esperado a acumulação de capital que ocorre em escala progressiva e ampliada. Para que isso ocorra, são gerados mecanismos ativos de produção e distribuição de mercadorias na sociedade.

Por conseqüência, o mercado encontra-se repleto de bens e serviços, marcando seu caráter de opulência. Uma distribuição de mercadorias que mantém características de iniquidade e exclusão entre os grupos sociais, na forma que se estabelece sua condição de retro-alimentação (42).

As mercadorias precisam ser consumidas e, portanto, as necessidades de consumo são geradas para viabilizar este processo. A eficiente publicidade, como catalisadora desse processo, busca atingir o imaginário dos consumidores, despertando “desejos e aspirações de consumo” (42).

As necessidades de consumo fabricadas e despertadas são transformadas em “desejos e símbolos de beleza e poder” pelo mercado³. Em termos de alimentação, essas necessidades, determinantes das práticas alimentares, geralmente não correspondem às demandas energéticas, de reposição de nutrientes, da manutenção da vida e da identidade cultural (43,44,45).

³ Alguns grupos são mais vulneráveis a esses apelos. As crianças, por exemplo, por não terem atingido maturidade e discernimento entre a fantasia e a realidade para estabelecer a crítica sobre as mensagens publicitárias, são levadas ao consumo excessivo de alimentos ofertados pela mídia com garantia de felicidade. Assim como portadores de distúrbios alimentares e obesidade que vivenciam por longos períodos da vida a restrição alimentar tentando emagrecer, porém, com o desejo potencializado pela carência não satisfeita, recuperam peso e sonham com um modelo de beleza inatingível (43,46).

Neste estudo sobre o comportamento alimentar, nos seus aspectos psicológicos e culturais, não nos parece adequado deixar de recuperar o caráter mercadológico da alimentação em nossa sociedade. Da mesma maneira, saúde e educação, entre outros setores, ao se perpetuarem como produtores de mercadorias alimentam o sistema capitalista de consumo e expõem as pessoas e a biodiversidade a diversos riscos que se potencializam entre si.

Práticas alimentares é um termo oriundo da antropologia e sociologia. Comporta questões do contexto social e cultural, historicamente constituídas. Nessa perspectiva, a cultura, entendida como um conjunto de crenças, normas e valores e a ideologia como formas de pensar socialmente produzidas, encontram-se no centro da determinação das práticas alimentares (47). Porém, não deixa de expressar conteúdos do campo psíquico dos indivíduos.

Sistematizado no campo da psicologia o termo comportamento alimentar, por sua vez, expressa de forma mais predominante dimensões subjetivas de **como** as pessoas elaboram mentalmente seus atos de comer no cotidiano e fazem suas escolhas alimentares. Mas, igualmente às práticas alimentares, não se restringe ao indivíduo. São procedimentos relacionados aos grupos humanos associados a atributos socioculturais (48).

Para Poulain e Proença (49) as representações simbólicas da alimentação constituem um conjunto de núcleos de sentido, mais ou menos conscientes. As pessoas expressam em suas ações os sistemas de representações sobre o comer e a comida, que se estruturam e se organizam em sua mente, dinamicamente (49).

Na perspectiva das representações sociais que se ocupam do **como comer**, o comportamento alimentar engendra dimensões psicológica e cultural do fenômeno alimentar como um todo (50). Essa abordagem de pesquisa, além da ampliação na abordagem do objeto de estudo, permite maior flexibilidade para compreender a estrutura do comportamento alimentar. Flexibilidade orientada pelas circunstâncias cotidianas que desmistificam a objetividade esperada das informações sobre o consumo alimentar (50).

Na perspectiva do conceito de subjetividade de Gattarri e Rolnik (51), o comportamento alimentar pode ser compreendido como a expressão da subjetividade individual, a qual resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias dimensões. Determinações não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia que irão modelar o comportamento.

Os processos de subjetivação segundo Gattarri e Rolnik são duplamente descentrados, no indivíduo e no grupo. São expressões tanto de natureza extrapessoal, extraindividual, quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (51).

Na esfera infrapsíquica, o comportamento alimentar pode também ser compreendido como manifestação das construções do aparelho psíquico dos indivíduos, que estão mais ou menos conscientes. A “leitura” do comportamento alimentar diz respeito ao indivíduo como um todo, à maneira que ele é no mundo e como ele lida com o seu mundo interno. É o comportamento alimentar visto na sua potencialidade psicodinâmica de “fala” da pessoa como ela é na vida, como se relaciona com as pessoas, consigo mesmo e com seu corpo.

O comportamento alimentar é entendido como uma expressão da pessoa e de como ela se relaciona no mundo. Para Matthieu (52) a imagem do corpo e seu domínio relativo ocupam um lugar importante na relação do indivíduo consigo mesmo. E o interesse pelo comportamento alimentar se dá pela importância da alimentação no cotidiano e possibilita demonstrar nossa relação conosco mesmos.

1.4 Contribuições da Psicossomática e Conceitos Psicodinâmicos

*Na noite escura
Espiondo o lago
A lua cheia
(Vera Chvatal, 2006)*

Alguns conceitos básicos de teorias psicodinâmicas de base psicanalítica aplicadas ao campo da saúde contribuíram para o reconhecimento das relações entre o psíquico e o somático e para ampliar a compreensão sobre o comportamento alimentar no processo de adoecimento por SM. Relações entre o psíquico e o somático no sentido de que há razões psíquicas ocultas nas doenças orgânicas (53,54).

Eksterman (55) em artigo dedicado às relações entre a teoria psicanalítica e as manifestações das doenças, sintomas ou distúrbios psicossomáticos (55,56), afirma conceitos básicos da psicanálise e da psicossomática⁴, sem cair em sobreposições, considerando que seus fundamentos ainda não estão totalmente estabelecidos. Posiciona-se nesse campo ao advertir que a psicodinâmica têm efetiva aplicação na condução da prática assistencial, porém, exclui a idéia de cura de enfermidades somáticas.

A intervenção psicanalítica na clínica, segundo este autor, tem como objetivo promover defesas, mais do que retirá-las, de forma contrária do que se espera do ato psicanalítico em psicoterapia. O campo transferencial estabelecido na relação terapêutica deve servir para garantir um ego auxiliar para o enfrentamento da crise biológica e para organizar defesas efetivas, que mantenham a homeostase necessária à recuperação (55).

A psicodinâmica das expressões corporais pretende não estabelecer causas de sintomas e doenças físicas, mas o sentido desses sintomas e doenças, incluindo-as na história do doente [...] compreendidos em seus aspectos metafóricos reveladores dos desejos e das fantasias inconscientes. É transportar o sintoma e a doença à dimensão cultural do

⁴ Psicossomática, segundo a Associação Brasileira de Medicina Psicossomática é um campo de estudo multidisciplinar. É a “medicina da pessoa” de forma organizada e sistemática que deve buscar compreender ser humano como um todo, em sua complexidade biopsicossocial. Assim o cuidador ganha uma perspectiva ampla e tridimensional de seu paciente e de sua ação profissional.

doente, quando ele se transfigura em *pessoa* [...] o corpo passa a ser um campo de leitura e a prioridade cognitiva desloca-se da doença para existência do paciente [...] a ênfase deixa de estar nos elementos constitutivos da patologia, mas no que ela representa dentro da história do sujeito. Não se pretende com isso curar doenças, mas atender à relação terapêutica [...] (55)

A psicodinâmica ocupa-se das relações de significado que os fatos inerentes ao homem guardam entre si. Relações de significados que geram uma estrutura simbólica que estabelece ao homem a qualidade de ser histórico, com identidade, alguém que tem algo para contar e que pode, desta forma, ser compreendido por um interlocutor, produzindo consciência (55).

A produção da consciência a partir da palavra se origina da noção de que existe uma linguagem básica, comprometida com o desejo. Sua transformação em palavras gera atividade mental simbólica compartilhável com outros. Essas transformações permitem a comunicação de nossos afetos, com reflexos no ambiente através da nossa organização social e na produção de cultura (56,57).

Para Eksterman (55) o enlace da psicossomática com a psicodinâmica se dá justamente na idéia de que o processo primário de pensar utiliza o corpo como cenário de suas representações. Se soubermos ler o corpo poderemos entender o que se passa nele enquanto desejo e como o desejo pode interferir em suas funções. “O corpo como campo representacional do processo primário de pensar é a questão essencial da abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos” (55).

Ao partir desse enfoque foi possível identificar que os distúrbios somáticos relacionados à alimentação podem se manifestar como uma dificuldade de lidar com as emoções. Manifestam-se como o resultado dos atos provocados pelo descontrole ou descarga que o corpo desencadeia para suportar a dor mental. O comer por ansiedade, o comer compulsivo, o comer para preencher um vazio ou para compensar um dia estressante é atitude comum que pode se associar aos distúrbios metabólicos crônicos, como causa ou como conseqüência.

Para MacDougall (54) os distúrbios somáticos se manifestam:

[...] quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais. Ao invés de contermos nossas emoções e de refletirmos sobre elas para encontrarmos uma resposta adequada, somos levados ao fazer alguma coisa: comer demais, beber demais, fumar demais, provocar uma briga [...] pegar uma gripe! Essas diferentes expressões-através-do-ato, cujo objetivo é dispersar o afeto tão depressa quanto possível (MacDougall, 2000, p.17).

Na abordagem psicodinâmica os distúrbios alimentares estão ligados a processos mentais muito primitivos em relação ao desenvolvimento do aparelho psíquico, à formação do pensamento, como um “momento em que os recursos para lidar com o real são escassos e pouco elaborados, funcionando de acordo com o princípio do prazer, isto é, evitando desprazer a todo custo” (58). Essas vivências primitivas formam a base psicológica da aceitação e rejeição e vão servir ao psiquismo infantil como modelo de respostas futuras, mais tarde ampliado pelas diversas interações em diversas situações ao longo da vida (59).

Spada (59) ao discorrer sobre a relevância da determinação dos aspectos emocionais no desencadeamento e manutenção de distúrbios nutricionais fundamenta-se no desenvolvimento do vínculo mãe-filho e observa os reflexos no campo alimentar. “Quando a criança busca o seio da mãe, não está envolvido apenas a satisfação alimentar, uma significativa troca de experiências frustradoras e amorosas que serão vividas como prazerosas e desprazerosas” (Spada, 2005, p.8).

Quando o comportamento alimentar se torna exclusivo do desejo, do apetite, não sendo mais regulado pela fome, pela demandas nutricionais, entre outras demandas cotidianas atendidas pelos rituais e normas alimentares, o alimento pode reproduzir de maneira primitiva a relação mãe-filho, mãe-alimento. Nestas situações, que podem se tornar patológicas, a alimentação é sempre tomada como pano de fundo dos conflitos psíquicos, seja por excesso, seja por rejeição a ela.

A abordagem psicodinâmica amplia as possibilidades de compreensão sobre o comportamento alimentar e o papel que a alimentação exerce na vida das

peças. Nesse sentido, não está em jogo acessar as questões nutricionais, as quais podem ser identificadas e tratadas com outros recursos metodológicos, mas sim como uma via de acesso ao conhecimento da pessoa, que em situação de cuidado, demanda do profissional os recursos de escuta das manifestações verbais e corporais. Uma escuta que possa contribuir positivamente para que o comportamento alimentar possa ser transformado de agente etiológico a um elemento positivo no manejo do processo de adoecimento crônico por SM.

1.5 A Abordagem Sócio-cultural do Comportamento Alimentar

“A abstração conceitual da cultura se concretiza no prato”⁵ (60)

Messer (7) apresenta a antropologia da alimentação como um dos campos de conhecimento das ciências humanas que reconhece a importância de trabalhar com o fenômeno alimentar em algumas fronteiras disciplinares, situar e identificar distintas possibilidades de interlocução⁶. Messer (7) indica o reconhecimento como campo de estudo e pesquisa, pois comporta diversos princípios teóricos e metodológicos e concebe a alimentação como um eixo cultural total. O que significa dizer que todas as questões estruturais de uma sociedade podem ser explicadas a partir do estudo da alimentação.

Dentre as correntes teóricas do campo da antropologia da alimentação exploramos com maior interesse o referencial teórico da abordagem sociocultural. O conceito da alimentação como uma construção cultural é um elemento chave que delimita esta abordagem.

Contreras (41) expõe o conceito da seguinte maneira:

[...] o conjunto de representações, de crenças, conhecimentos e de práticas herdadas e/ou aprendidas que estão associadas à alimentação e

⁵Língua original Espanhol, traduzida pela autora da Tese (Millán, 2002, p.277 Grifos do autor)

⁶Ellen Messer apresenta uma revisão sobre o desenvolvimento histórico e temático da antropologia da alimentação, em um texto considerado clássico, pelo seu aprofundamento e abrangência (7).

que são compartilhadas pelos indivíduos de uma cultura dada ou de um grupo social determinado dentro de uma cultura⁷(Contreras, 2002, p.222).

Para este autor (41) entender as razões das preferências e das aversões alimentares, exige a observação do contexto, da totalidade da sociedade em que são produzidos.

Para Millán (60), a comida materializa a estrutura da sociedade. Nessa abordagem as práticas alimentares possuem a potencialidade de atualizar a interação social e socioambiental. As representações socioculturais (crenças, normas, valores) que dão significado às práticas cotidianas, em geral e em particular, em uma mesma cultura, se atualizam por meio da comida (60).

Os autores mais identificados com essa corrente da antropologia da alimentação demonstram a magnitude que a alimentação exerce em nossa sociedade com base na sua produção histórica e contextualizada no passado para compreender o presente. Percorrer alguns estudos antropológicos sobre as origens das culturas alimentares em diversos povos, desde os tempos mais remotos, é um movimento frutífero para compreender questões da atualidade do comportamento alimentar e seu vínculo etiológico com processos de adoecimento crônico por distúrbios metabólicos.

Para Millán (60) muitas das modificações e rupturas nos sistemas alimentares repercutem nos modelos socioculturais gerais, pois a necessidade biológica e a necessidade de variação alimentar do onívoro se convertem em exigência social⁸. Assim, as diferentes formas de satisfação das necessidades orgânicas correspondem às respostas culturais no contexto espaço-temporal de uma situação social de variedade e acessibilidade alimentar (60).

Fome e sede, necessidades vitais, em circunstâncias ordinárias e extraordinárias, se formulam e satisfazem em termos culturais e sociais,

⁷ Língua original Espanhol traduzida pela autora da Tese.

⁸A necessidade de proteínas se converteu em apreço à carne de vaca como um modelo sociocultural em diversas situações civilizatórias, como descreveu Harris (61) em extenso trabalho de investigação sobre os diferentes modelos alimentares. O significado da carne de vaca na Índia, o consumo de carne de porco nos EUA, a rejeição e a aceitação da carne de cavalo entre os europeus, são exemplos de assuntos explorados em seu estudo antropológico.

históricos e diferenciais, em cada sociedade humana, tanto prepondera o local como o global⁹ (Millán, 2002,p.279).

O arbitrário cultural é definido por Millán (62) como a força dos condicionantes culturais que delimitam e definem a seleção alimentar que é exercida em qualquer sociedade. Constitui uma necessidade primordial discernir os elementos constitutivos que influenciam a seleção alimentar e seu grau de atuação. Os determinantes biológicos, ecológicos, econômicos, bem como outros tipos de determinantes das práticas alimentares, configuram-se de forma arbitrária pela cultura, considerando a cultura como o efeito da interrelação de vários elementos.

O chamado arbitrário cultural, contraposto ao determinismo biológico, ecológico, econômico, se fundamenta em uma racionalidade social e cultural distinta do racionalismo determinista. Ainda que a alimentação requeira um enfoque pluridisciplinar, nem a biologia, nem a ecologia, nem a economia, são suficientes para explicar o comportamento sócio alimentar. Tão pouco, podem substituir o enfoque sociocultural na interpretação do comportamento alimentar e de sua diversidade.

Ao deslocar-nos um pouco do centralismo culturalista no campo de estudos da antropologia da alimentação, outros estudos tomam como base a interação da psicologia, da biologia e da cultura na determinação das preferências e aversões alimentares. Essa interação demanda contribuições e enriquecimento advindos das investigações antropológicas.

Para Rozin (63) é importante que profissionais ocupados com a alimentação, interessados em suas preferências individuais e no comportamento alimentar, amplamente ou singularmente, reconheçam que as eleições dos diferentes tipos de comida dependem da identificação do processo histórico que determinou a aprendizagem ao longo do tempo. Um esforço de historiadores e antropólogos para o resgate do passado alimentar e culinário, socialmente elaborado, em conjunto com a psicologia e a nutrição.

⁹ Tradução do espanhol, pela autora da tese.

Para explicar essa interação, Rozin (63) ressalta a importância do reconhecimento do “dilema do onívoro”. A existência de um sentimento inato de aversão a alguns alimentos originado no dilema alimentar do homem, reconhecidamente onívoro, de medo de ingerir uma substância tóxica e a curiosidade de descobrir uma nova fonte de nutrição. Dilema que se soluciona a partir da vivência das experiências alimentares ao passar necessariamente por algum tipo de aquisição, conhecimento ou processo de aculturação.

O processo de aculturação exige a internalização das regras e prescrições para assegurar a obediência do apreço ou rechaço a alguma coisa compartilhada pelos membros de uma mesma cultura. Nesta perspectiva, as preferências e aversões alimentares não são adquiridas acidentalmente. Por exemplo, a aversão inata a alimentos amargos ou que provocam irritação, tal como o café e a pimenta, que se tornaram profundamente apreciados e valorizados em diferentes culturas, por meio de distintos processos de aculturação (63).

As variações intraculturais têm origem na maneira de produzir e preparar os alimentos. Assim como muitas das preferências atuais podem ser produtos de acontecimentos únicos ou casuais do passado. Ao longo do tempo a comida torna-se um elemento cultural de acúmulo de poder nos diferentes grupos sociais. Poderes que são determinantes no manejo das mudanças dos hábitos, preferências e aversões alimentares.

Fischler (64) vem se dedicando a discutir os problemas alimentares sob o ponto de vista das questões sócio-culturais emergentes tais como a abundância nas sociedades industrializadas. A referida abundância no consumo alimentar atual, que é constante, se distingue das ocasiões de festa de nossos antepassados acompanhadas de quantidades volumosas de comida, por exemplo, nos períodos de pós-colheita virtuosa.

A fome não nos ameaça mais como antes e os banquetes que eram restritos a uma parcela pequena da sociedade foram substituídos pelo grande

*picoteio*¹⁰ praticado por todos (64). Porém, a abundância constante é também iníqua e excludente, pois parcelas enormes de diferentes continentes vivenciam a fome/desnutrição e os problemas nutricionais carenciais que se manifestam, muitas vezes, acompanhados do excesso de peso, como um fenômeno paradoxal (65).

Em nossa sociedade capitalista de produção e consumo nos entregamos aos caprichos da oralidade, não só alimentares, mas também de consumo alcoólico, de tabaco, com características de desordem do apetite, acessos de ansiedade e compulsão alimentar. As doenças que surgem do excesso e da carência de qualidade da nossa alimentação atingem a todos. Preocupação que se manifesta na busca por dominar a “fome” ou vontade desenfreada de comer, por meio de inibidores de apetite, alimentos sem calorias, novas dietas e fórmulas de emagrecer sem passar fome para calar esta fome de *picoteio* (Fischler, 1995,p357).

No curto espaço de tempo de industrialização se comparado com o tempo do homem caçador-coletor e agricultor rudimentar, a comida moderna parece ter perdido as referências que marcam sua composição no cotidiano. Os rituais alimentares identificados pela cultura dos grupos sociais manifestam-se “evoluindo (ou ‘involuindo’) do sistemático ao paradigmático” (Fischler, 1995,p.371).

O processo de industrialização, nos séculos dezenove e vinte, provocou o rompimento da produção doméstica dos alimentos e a realização de tarefas domésticas foi transferida para as indústrias e restaurantes. As mudanças são muitas e muito rápidas, com inovações tecnológicas, por interesses científicos e econômicos, alavancadas pela urbanização crescente e o processo de globalização (64).

¹⁰ *Picoteio* é um termo do espanhol definido por Fischler (64). Significa beliscar, ingerir uma porção pequena de alimentos, comer várias vezes durante o dia ou à noite, sem regularidade na alimentação. O autor utiliza esse termo para ilustrar o contexto de abundância de produtos alimentícios, de fácil acesso, na sociedade atual, o que tem influenciado no comportamento alimentar do homem urbano, principalmente.

Ao longo deste processo, simultaneamente, o consumo de alimentos recai na esfera quase exclusiva do indivíduo e se massifica: a comunicação e a comunicação alimentar deixam lugar ao prazer solitário das massas. Trata-se de uma modalidade de alimentação que se opõe ao comensalismo, denominada *vagabond feeding*¹¹, que nos remete ao comer sozinhos, a qualquer hora, de qualquer maneira, qualquer coisa, em qualquer lugar (64).

Surgem novas tendências e movimentos particulares de reação a essa desestruturação que possam ser acompanhadas de reestruturações e contracorrentes. A crise do sistema alimentar dá lugar à emergência de representações e práticas alimentares para definir e redefinir marcos e normas gastro-nomicas ou gastro-anomicas (64).

¹¹ Termo em inglês, citado Fischler (64). Traduzido para o espanhol como *comida basura* remete a um estilo de vida, descrito por Garcia (48) em que o indivíduo é levado a isolar-se para comer, predominantemente nos centros urbanos, onde o tempo para comer é escasso e o espaço social é disputado por muitos, opondo-se ao comportamento alimentar socialmente ritualizado e compartilhado no universo doméstico.

2. OBJETIVOS



2.1 Objetivo geral

- Conhecer significados psicológicos e culturais do comportamento alimentar vinculados ao processo de adoecimento crônico por Síndrome Metabólica, de pessoas com excesso de peso, em situação de cuidado ambulatorial.

2.2 Objetivos específicos

- Interpretar significados psicodinâmicos do comportamento alimentar relacionados ao processo de adoecimento crônico e ao excesso de peso
- Interpretar significados culturais do comportamento alimentar relacionados ao processo de adoecimento crônico e ao excesso de peso
- Desvelar aspectos psicodinâmicos e culturais da imagem corporal relacionados ao processo de adoecimento crônico e ao excesso de peso
- Conhecer significados e sentidos atribuídos à alimentação e às prescrições dietéticas por pessoas em tratamento ambulatorial para Síndrome Metabólica.

3. PERCURSO METODOLÓGICO



3.1 Questões Teóricas

O percurso metodológico qualitativo percorrido se fundamenta em autores como Minayo(66), de base sociológica aplicada à saúde, a partir da argumentação de que a pesquisa qualitativa “responde a questões muito particulares... trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes... que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”(67).

Gonzalez-Rey(68) delimita o campo da pesquisa qualitativa ao defini-la em termos de sentidos subjetivos e processos de significação.

A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto, em que expressa o sujeito concreto. A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo (Gonzalez-Rey, 2002, p.51).

Ao sistematizar o método clínico-qualitativo de pesquisa qualitativa em saúde aplicado neste trabalho, Turato (53) discutiu os termos significado e sentido. Significado como representação, na linguagem, do significante. “Uma experiência, como por exemplo, uma doença, traz significados para a pessoa que a vive ou para a pessoa que a observa no outro, sendo eles conscientes ou inconscientes...”

A investigação sobre o sentido, por exemplo, das mudanças no comportamento alimentar de adoecidos crônicos como algo que “... pode ser percebido pelo próprio sujeito ou pelo observador como possuindo uma tendência e para que lado devemos jogar nosso olhar...” porém, mantendo-nos atentos para o fato de que, na abordagem humanística, os sentidos pesquisados têm sempre caráter polissêmico(53).

Em estudo sobre práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano Spink e Frezza (69) apresentam a compreensão sobre o tema a partir do contexto histórico em que se constitui a sua proposta teórica metodológica,

situada no âmbito da Psicologia Social. Nessa perspectiva, o sentido é concebido como uma “construção dialógica” e a linguagem como “práticas discursivas” (Spink e Frezza, pp.17-18).

Após uma retomada, nos seus diversos aspectos do contexto histórico no qual emergiu o projeto teórico-metodológico de estudo da produção de sentidos a partir das práticas discursivas, Spink e Frezza (69) identificam que novos horizontes se abriram e novas perspectivas puderam ser consideradas. A produção de sentido é reconhecida como uma força poderosa e inevitável da vida em sociedade como forma de conhecimento.

Gonzalvez-Rey (68) reforça a idéia de que a escolha do caminho a ser percorrido é uma questão teórica e epistemológica e não somente metodológica. Este autor sugere para os pesquisadores de investigações qualitativas reconheçam sua produção de conhecimento a partir de pontos de partida diferentes daqueles do positivismo (68).

Na pesquisa qualitativa o sujeito pesquisado é percebido como um agente ativo no curso da pesquisa, ele não é simplesmente um reservatório de respostas. O pesquisador, por sua vez, como sujeito de pensamento ocupa um lugar central na produção teórica. A presença do pesquisador na situação interativa representa um elemento de sentido que afeta de múltiplas formas o envolvimento do sujeito estudado com a pesquisa (68).

Dentre os pilares do referido método destaca-se a atitude existencialista do pesquisador que valoriza as angústias e ansiedades humanas, como força motriz para a pesquisa; a atitude clínica, que se debruça e faz uma escuta qualificada e do olhar para o sofrimento do indivíduo sob estudo, movido pelo hábito da ajuda terapêutica; e, a interação afetiva entrevistador – entrevistado, apoiada pelas teorias psicodinâmicas de base psicanalítica para as interpretações (53).

3.2 A Pesquisa qualitativa no Campo da Nutrição

*Redemoinho
Vento carrega folhas
E varre longe
(Vera Chvatal, 2006)*

Partimos da perspectiva que a pesquisa qualitativa busca a compreensão dos fenômenos humanos e sociais. A alimentação foi aqui entendida como um fenômeno sociocultural historicamente derivado e subjetivado, pois se estabelece em redes de significados psicológicos e manifestações culturais (70,71). Portanto, o objeto de estudo identificado neste projeto demandou o percurso por um referencial metodológico qualitativista.

Turato (72) em artigo que sistematiza algumas questões sobre o método qualitativo aplicado às ciências da saúde defende a idéia de que o conhecimento sobre os significados que os diferentes processos de saúde-doença adquirem na vida dos pacientes deve ser explorado não somente por antropólogos, sociólogos ou psicólogos (entre outros profissionais com formação no campo das ciências humanas), mas também por profissionais da área da saúde. O comportamento alimentar, por exemplo, é um tema de investigação das ciências humanas, porém, a atitude clínica e existencialista de nutricionistas e de outros profissionais da saúde que se ocupam da alimentação em sua prática clínica, lhe proporciona atributos que podem contribuir para a interpretação dos resultados de estudos qualitativos sobre o comportamento alimentar, complementar às contribuições dos estudiosos das ciências humanas (72).

Canesqui e Garcia (71) argumentam que as pesquisas nutricionais que têm no laboratório e na clínica suas principais fontes se contrapõem àquelas que se valem de metodologias qualitativas, “que são históricas, ideológicas e por muitas vezes ‘subjetivas’, porque lidam com os significados e os sentido das coisas, que se interpenetram na técnica” (Canesqui e Garcia,2005,p.255), o que colabora com a justificativa sobre a opção pelo caráter qualitativo desta investigação.

Segundo Boog (73) os estudos qualitativos sobre o fenômeno da alimentação humana têm sido mais fortemente desenvolvidos na área antropológica e sociológica, precedendo a área da saúde. Particularmente nas áreas da psicologia em saúde e psiquiatria, pode ser observada esta carência o que serve como estímulo e referência para os autores do núcleo específico da nutrição.

Fatores fundamentais da dinâmica emocional dos sujeitos que se manifestam através do fenômeno alimentar, podem ser desvelados através da abordagem qualitativa, tais como autopercepção, história pessoal e relações interpessoais, propiciando uma melhor compreensão do processo de adoecer, da recuperação ou da convivência com a cronicidade. A compreensão da alimentação no processo de adoecimento do ponto de vista do paciente, ou seja, da sua vivência, envolve a compreensão dos aspectos psicológicos e socioculturais, o que abre novas possibilidades para a atuação na área do cuidado nutricional.

3.3 Critérios de Escolha do Tema e Pressupostos

*Na terra escondida
A semente aguarda
A vida brotar
(Vera Chvatal, 2006)*

O quadro sinóptico dos critérios de escolha do tema- problema para pesquisa, citado por Turato (53), foi tomando como referência. O referido quadro é composto por quatro itens: comprometimento, oportunidade, prioridade e aspecto de novidade, descritos a seguir.

(a) *o comprometimento* da autora deste trabalho com o tema-problema deste projeto está vinculado ao seu engajamento no movimento sanitário para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Brasil e para a humanização das práticas clínicas estabelecidas no interior das instituições de saúde. O

desvelamento pedagógico e criativo dos saberes dos sujeitos envolvidos em situações de cuidado à saúde e no campo alimentar é uma diretriz deste comprometimento;

(b) oportunidade – Envolvimento da pesquisadora com as práticas de educação em saúde/nutrição no Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde (LACES) do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP nos anos de 90. Com predomínio de atividades de formação de profissionais de saúde, por meio do desenvolvimento de metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem em saúde, destaca-se a oportunidade de envolvimento com várias frentes de atuação dentre elas a pesquisa qualitativa (74).

A concretização de projetos de extensão universitária do Curso de Nutrição da Universidade Metodista de Piracicaba desenvolvidos em unidades públicas na rede de saúde do município de Piracicaba desde o ano de 1999 permitiu um acúmulo de vivências práticas e didáticas sobre o processo de cuidado nutricional. Ações individuais e coletivas voltadas à promoção do auto cuidado com sujeitos que convivem com a cronicidade dos distúrbios metabólicos crônicos oportunizaram o fazer e o pensar voltados para a investigação sobre o comportamento e práticas alimentares (75).

(c) prioridade - As reflexões aqui apresentadas são oriundas, principalmente, de três experiências no percurso profissional da pesquisadora que delimitaram o critério de prioridade na escolha do tema.

Participação como membro efetivo do grupo de pesquisadores e educadores em saúde do LACES, desde a sua origem até a sua dissolução. As intensas vivências na especialização realizada na Companhia de Teatro Espontâneo, em curso de imersão (76), possibilitaram o aprimoramento na atuação com grupos, aprofundamento de questões do campo da psicologia e as possibilidades da prática interdisciplinar. O ingresso no grupo de estudos e pesquisa do Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativa, em contato com

profissionais de diversas formações, mas com possibilidade de aprofundamento no campo da psicologia em saúde de orientação psicanalítica (53).

A atividade de atendimento individual em nutrição e em grupos na atenção primária, desenvolvida pela pesquisadora em atividades didáticas na graduação em nutrição, exigiu o aprimoramento dos recursos e métodos para promover o processo de ensino aprendizagem, na busca pela ampliação das possibilidades de convivência com as doenças crônicas, tendo em vista a necessidade de estabelecer mudanças no estilo de vida, principalmente por se tratar de enfermidades de longa duração, que requerem o auto conhecimento associado ao auto cuidado e autonomia dos indivíduos na convivência com a família e na sociedade. Esse percurso demandou compreender o processo de mudança do ponto de vista do indivíduo a quem se destinam as propostas de alteração no comportamento alimentar.

Mudanças no estilo de vida, e especialmente no comportamento alimentar, exigem uma construção pedagógica de troca de saberes e elaboração de novos significados para o auto cuidado e o controle do avanço dos sintomas no processo de convivência com a enfermidade crônica. A ampliação do conhecimento sobre como ocorrem as mudanças, se fez necessária (3). Paraphrasing Vasconcelos (77), é preciso conhecer e transpor o imenso fosso entre o saber técnico e o saber popular nas relações que envolvem as práticas de saúde:

... Favela / fosso / centro de saúde.
Quero quebrar a cabeça
buscando clarear
e depois divulgar
a anatomia
a fisiologia
dessa separação.
Saúde! (77)

(d) aspecto de novidade – Como critério de novidade identifica-se a discussão sobre a valorização da opinião da pessoa em situação de cuidado. Os saberes do paciente sobre a doença oferecem contribuições singulares para a ampliação das práticas em saúde e para a formulação das ações e políticas

públicas de prevenção e tratamento de agravos metabólicos crônicos vinculados à nutrição. Contribuições na forma de saberes sobre o manejo das diferentes fases do adoecimento crônico determinados pelas dimensões psicológicas e socioculturais que se complementam.

Finalmente, este trabalho foi mobilizado pela *pergunta*: por que e como os aspectos psicodinâmicos e socioculturais envolvidos no comportamento alimentar estariam interferindo no processo saúde doença e no manejo do tratamento dietético de adoecidos crônicos por distúrbios metabólicos, tais como diabetes tipo II hipertensão, dislipidemias e obesidade?

3.4 Questões Éticas e processo de aculturação

*Pedra redonda
Rolando pelas ruas
Percorre mundos
(Vera Chvatal, 2006)*

O presente projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Obteve o parecer favorável e homologação na reunião do dia 20 de dezembro de 2005, sob o protocolo número 809/2005 CAAE 1738.0.146.000-05 (anexo 1). Os pacientes participaram da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2).

A entrada em campo se deu em setembro de 2006, dando início ao processo de ambientação ao campo de pesquisa. O aceite para a realização da pesquisa de campo ocorreu a partir da concordância do chefe da disciplina de endocrinologia do Departamento de Clínica Médica da UNICAMP e coordenador do ambulatório de Síndrome Metabólica, no Gastrocentro, uma das unidades de assistência e pesquisa do complexo hospitalar universitário.

A entrada em campo é entendida por pesquisadores qualitativistas como um momento significativo, pois deve prever os detalhes do primeiro impacto

da pesquisa. Esta etapa merece preparação de como os investigadores se apresentam, a quem se apresentam e por meio de quem (66). Na fase da ambientação e posterior aculturação deve-se buscar o estabelecimento de um bom fluxo de relações, visando inibir sentimentos de invasão e estimular a cooperação da equipe (53,66).

Aculturação, para Turato (53) consiste em “assimilar idéias e costumes de uma sociedade para a qual migramos e na qual ficamos imersos temporariamente”. Ou seja, consiste num processo de relacionamentos contínuos, visando a assimilação de elementos de outra cultura (53).

No período de ambientação desta pesquisa foi realizada observação das atividades da equipe do ambulatório e da sala de espera, semanalmente, às terças-feiras, no período da tarde. Considerando como uma passagem para o processo de aculturação, pacientes foram escolhidos aleatoriamente para a realização de quatro entrevistas, sem roteiro de questões e sem gravação. Estas atividades possibilitaram à pesquisadora aproximação com a linguagem dos pacientes a serem estudados dando início à elaboração do roteiro de questões que auxiliaram o desenvolvimento das entrevistas gravadas (Apêndice 1).

Segundo Turato (53) as entrevistas preliminares e convivência com o ambiente natural onde o fenômeno foi estudado são fundamentais, pois permite ao pesquisador “vivenciar seu processo de assimilação do modo de pensar (a cosmovisão) daquela população-alvo no ambiente de pesquisa...” (53).

Durante o processo de aculturação e mesmo após o fechamento do número de casos a pesquisadora participou como auxiliar em grupos de apoio para pacientes em fases de pré e pós-operatório, no ambulatório de cirurgia metabólica coordenado pela enfermeira da equipe. Ambos, ambulatório de cirurgia metabólica e de síndrome metabólica passaram a funcionar em mesmo local e horário, com membros comuns às duas equipes assistenciais formadas por servidores, docentes e discentes da FCM a partir do início do ano de 2007. Esta atividade teve importância crucial para que a pesquisadora pudesse conhecer histórias de vida e demandas emocionais de outros pacientes, igualmente com

distúrbios metabólicos crônicos, sujeitos de um protocolo de pesquisa do Laboratório de Investigação em Metabologia e Diabetes - LIMED.

As entrevistas foram realizadas ao longo do ano de 2007 e início de 2008, paralelamente às atividades de convivência e 'conversas' com os pacientes dos dois ambulatórios e com as equipes, fora dos ambientes formais de atendimento. Essas atividades possibilitaram o registro em diário de campo de conteúdos que apoiaram a compreensão do objeto de estudo e a aculturação da própria pesquisadora por meio de um refinamento do olhar e da escuta, bem como a clareza de sua consciência, dando maior validade aos dados obtidos (32).

3.5 Sujeitos e saturação dos dados

As entrevistas gravadas com nove sujeitos tiveram a duração média de uma hora (quadro 1). Após a gravação os depoimentos foram transcritos pela própria pesquisadora em arquivos de texto do conjunto do material obtido, com exceção apenas da última entrevista. A transcrição desta entrevista esteve inserida como atividade de aprimoramento na técnica de pesquisa qualitativa, por uma estudante de nutrição, sob orientação docente.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos entrevistados: dados sócio demográficos e nutricionais. Campinas; 2006-2008

| Sujeitos | Idade; Situação conjugal; Ocupação atual; Tempo registrado de tratamento em prontuário; Estado nutricional. |
|----------|--|
| A | 48 anos; Casada; Dona de casa; 2 anos de tratamento; Obesidade Grau III |
| B | 63 anos; Casada; Empregada doméstica; 10 anos de tratamento; Sobrepeso com gordura abdominal acumulada |
| C | 45 anos; Casada; Atividade agropecuária; 7 anos de tratamento; Obesidade Grau III |
| D | 48 anos; Casado; Açougueiro licenciado; 4 anos de tratamento; Obesidade Grau III |
| E | 53 anos; Casada; Dona de casa; 6 anos de tratamento; Obesidade grau III |
| F | 37 anos; Casada; Dona de casa; 13 anos de tratamento; Obesidade grau III |
| G | 49 anos; Divorciada; Cozinheira licenciada; 11 anos de tratamento; Obesidade grau III |
| H | 55 anos; Casado; Pedreiro aposentado; 6 anos de tratamento; Obesidade grau II |
| I | 54 anos; Solteira; Auxiliar de enfermagem; 17 anos de tratamento; Sobrepeso após cirurgia bariátrica em 2003 |

Para o método proposto, utilizamos as entrevistas semidirigidas de questões abertas e as observações globais registradas em diário de campo. Sentimentos, observações e especulações relacionados à entrevista foram anotados após cada encontro com os sujeitos da pesquisa. Um conjunto de anotações que se constituíram como material importante no momento da análise dos resultados para elucidação das questões investigadas. No entanto, a entrevistadora – com sua percepção acurada e sua construção na consciência – foi considerada o instrumento principal como requer a abordagem das ciências humanas (78).

O critério de homogeneidade foi respeitado na escolha intencional dos sujeitos. Ou seja, a existência de uma característica comum a todos os sujeitos, sendo a característica-chave que os une ao próprio tema do trabalho e determina a inclusão no estudo (79). Para esta pesquisa a homogeneidade dos sujeitos foi estabelecida pela confirmação do diagnóstico para Síndrome Metabólica expresso em prontuário e a vivência do processo de cronicidade de adoecimento. Além desses critérios, salientamos outro que foi a ausência de diagnóstico para distúrbio mental ou físico que poderia representar incapacidade emocional para realizar a entrevista.

No desenvolvimento das entrevistas foi aplicado um roteiro de entrevista semi dirigida com uma questão disparadora: “como você está se dando no tratamento?”. Essa simples questão provocou a elaboração, por parte dos sujeitos, de depoimentos longos que tangenciaram ou envolveram diretamente as práticas alimentares. Muitas das perguntas presentes no roteiro não foram aplicadas e novas propostas foram elaboradas a partir do diálogo estabelecido e da técnica aplicada de livre associação de idéias (53) tornando-se o fio condutor das entrevistas.

A linguagem não verbal envolvendo os discursos e os silêncios foram aproveitados, em maior proporção na medida em que a pesquisadora foi aprimorando a técnica de entrevista em profundidade¹². Essa abordagem tem sido aprovada em pesquisas qualitativas no campo da saúde, como demonstrado na literatura (78,79).

A livre associação de idéias é um modo de desenvolver a entrevista que consiste em exprimir os pensamentos de forma indiscriminada e flexível, quer a partir de um elemento dado, tais como as palavras ou questões postas pelo entrevistador, quer de forma espontânea pelo entrevistado. Esta técnica permite duas situações que devem ser acolhidas durante a entrevista: um transcurso diferente da entrevista seguindo uma ordem de questões diversa daquela imaginada pelo entrevistador; e, surgimento de tópicos novos que poderão ser verbalizados pelo informante e ser de grande valor no conjunto do estudo (Turato, 2010, p.315).

Para Golzavez-Rey (80) o sujeito não responde linearmente as perguntas que lhe são feitas, mas realiza verdadeiras construções implicadas nos diálogos nos quais se expressa. No contexto da entrevista a pergunta representa apenas um dos elementos de sentido sobre os quais se constitui sua expressão e a resposta, como construção complexa que implique o sujeito. O potencial de uma pergunta não termina em seus limites, mas se desenvolve durante os diálogos que

¹² O referido aprimoramento ocorreu em curso teórico organizado por membros do LPCQ do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM com formação psicanalítica e por meio de supervisão técnica com psicóloga e investigadora sênior do grupo de pesquisa.

se sucedem na pesquisa e o cenário que facilita esse desenvolvimento é a comunicação entre pesquisador e pesquisado.

Nesse sentido os processos interativos-constructivos de comunicação que se constituem dinamicamente no curso da pesquisa devem ser o centro de atenção dos pesquisadores e não os instrumentos usados. Para Golçalvez-Rey “a informação que aparece nos momentos informais da pesquisa é tão legítima como a procedente dos instrumentos usados” (80).

As transcrições ocorreram ao longo do ano de 2007, entre uma entrevista e outra, provocando o aprimoramento do processo interativo entre pesquisadora e pesquisados. Após a transcrição de todas as entrevistas foram eliminados dos relatos, situações que possam identificar a pessoa entrevistada ou as pessoas mencionadas nominalmente na entrevista. À exceção da entrevistadora, ninguém mais teve acesso à identificação dos entrevistados.

A definição do número de casos foi intencional. Foi pequeno o número de pessoas consideradas portadoras de representatividade e capazes de trazer informações consistentes sobre o tema pesquisado. Desta forma, identificamos a partir de nosso ponto de vista, em sintonia com o objeto de estudo e embasamento teórico, os sujeitos que compuseram o estudo (53).

Não esteve em jogo elementos sociodemográficos para identificação/especificação dos pacientes, portanto, não coube a idéia de uma casuística previamente composta por construções amostrais randômicas. No entanto, foram considerados na discussão, enquanto possíveis detentores de sentido adjuvante e para contextualização da falas registradas, dados tais como idade, situação conjugal, estado nutricional, diagnóstico clínico, sexo (quadro 1).

O número de sujeitos/entrevistados não foi definido previamente, sendo aplicado o critério de saturação para encerrar a etapa das entrevistas. Para Fontanella et al (79):

[...] o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma

certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (79).

A percepção da repetição de conteúdos diz respeito, por sua vez, à verificação dos pressupostos e a identificação dos objetivos estabelecidos no projeto de pesquisa. Desta forma, a estruturação metodológica do trabalho de pesquisa foi fundamental para o desenvolvimento da capacidade de reconhecimento do critério de saturação, como indicado no método clínico-qualitativo (53).

Gonzalez-Rey (80) argumenta que a legitimação do conhecimento se produz pelo que significa uma construção ou um resultado em relação às necessidades do processo de pesquisa. Desta forma a informação expressa por um sujeito concreto pode converte-se em um aspecto significativo para a produção do conhecimento, sem que tenha de repetir-se necessariamente em outros sujeitos.

O número de casos a serem considerados em uma pesquisa tem a ver, antes de tudo, com as necessidades de informação que se definem em seu curso. Em certas ocasiões, é necessário abrir novas zonas de significado do problema estudado, sobre as quais são elaboradas diferentes hipóteses no curso da pesquisa, as quais, no entanto, não puderam se confrontar com a expressão dos sujeitos estudados (Gonzalez-Rey, 2002, p.36).

3.6 Análise das entrevistas

Para a análise das entrevistas, foi seguida a seguinte seqüência de passos sugerida por Turato (53):

(a) *Pré-análise* - Nesse primeiro contato com os sujeitos do estudo foram feitas intensas "leituras e releituras flutuantes"¹³ do material, num contato exaustivo com as entrevistas, provocando a imersão nos discursos dos sujeitos

¹³Expressão utilizada na pesquisa clínico-qualitativa em analogia ao conceito psicanalítico de atenção flutuante, ou seja, um modo psicanalítico de escutar. Baseado em vários autores Turato (53) salienta que a leitura do material obtido na pesquisa "não deve ficar apenas no explicitado, mas desvele mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas silenciados [...] investir no não dito e deixar a atenção nas entrelinhas [...] Por isso é sábio fazer a atenção flutuar, apenas tangenciar as palavras sem cair em ciladas, resistir a seu poder enfeitiçante" (53).

de forma a ocorrer uma "impregnação" por seu conteúdo e a busca pelo não dito pelas palavras para a formulação das significações latentes e dissimuladas.

(b) *Categorização e subcategorização do material* – Destacamento dos assuntos por relevância e/ou por repetição e eventuais reagrupamentos, transformando os conteúdos brutos em organizados, lapidados. As categorias receberam como títulos fragmentos dos discursos dos sujeitos, utilizando metáforas para caracterizar o conteúdo que emergia das análises

A estratégia de categorização dos dados foi aplicada para organizar as categorias de análise que emergiram a partir das leituras e releituras flutuantes das entrevistas. As categorias delineadas no presente estudo foram discutidas e interpretadas de acordo com o referencial psicodinâmico de orientação psicanalítica e complementarmente com a abordagem da antropologia da alimentação nos seus aspectos culturais das práticas alimentares.

As primeiras três categorias, ainda em fase de análise preliminar dos resultados, foram organizadas em um primeiro artigo após apresentação em eventos científicos na forma de pôster e apresentação oral. O segundo artigo, de revisão bibliográfica, foi elaborado com o material de estudo para a discussão dos achados da pesquisa, no decorrer da elaboração da tese. Cinco categorias de análise dos resultados foram apresentadas em um terceiro artigo, ainda antes da finalização da tese.

(c) *Validação externa* – supervisões com o orientador, encontros com uma pesquisadora sênior e apresentações dos conteúdos organizados para o grupo de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa/FCM/UNICAMP, precipitaram o processo de emergência das categorias de análise.

A validação dos conteúdos pelos pesquisadores do Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (SP) ocorreu nas diversas etapas da pesquisa. Os dados foram apresentados e

discutidos por profissionais de diferentes ramos da área da saúde, que atuam na pesquisa e na prática clínica.

Considerando que a pesquisadora teve a oportunidade de realizar um programa de mobilidade acadêmica internacional para complementação dos estudos, a validação externa contou com pesquisadores da área da alimentação, antropologia e história, membros do Observatório da Alimentação, Faculdade de Geografia e História da Universidade de Barcelona. Pesquisadores e estudantes de pós-graduação debateram conteúdos das entrevistas selecionados para apresentação em duas reuniões científicas promovidas pelo Observatório daquela Universidade.

(d) Apresentação dos resultados – De forma descritiva e com citações ilustrativas das falas os resultados foram organizados e discutidos à luz da literatura revisada. Desta forma, a discussão procurou manter a *perspectivaêmica*, isto é, gerar novos conhecimentos a partir do material trabalhado (53).

4. PUBLICAÇÕES



ARTIGO 1 - Vieira CM, Turato ER. *Percepções de pacientes sobre a alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo*. Revista de nutrição/brazilian journal of nutrition 2010; 23(3) (no prelo)

ARTIGO 2 - Vieira CM, Nogueira SC, Magdaleno Júnior R, Turato ER. *Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão*. Ciência & Saúde Coletiva, 2009. Disponível on line: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br> (0032/2009)

ARTIGO 3 - *Life experiences facing chronic diseases for patients with Metabolic Syndrome and impacts reported about the health promotion*. Vieira CM, Chvatal VLS, Nogueira SC, Turato ER. Qualitative Health Research. SUBMETIDO

4.1 Artigo 1

Revista de Nutrição

ARTIGO ORIGINAL

Título:

Percepções de pacientes sobre a alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo

Title:

Perceptions of patients with metabolic syndrome regarding their diet during the process of becoming ill: a qualitative study

Título reduzido:

Percepções de pacientes com síndrome metabólica

Short title:

Perceptions of patients with metabolic syndrome

Autores:

Carla Maria Vieira¹; Egberto Ribeiro Turato²

Instituição: Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas-SP

Autora responsável pela correspondência:

¹Nutricionista, Doutoranda em Saúde Mental pelo Curso de Pós-graduação de Ciências Médicas da FCM-Unicamp.

Endereço: Rua Carlos Guimarães, 230 Ap.82 - Cambuí - Campinas-SP - CEP: 13.024-200 - E-mail: carlmari@fcm.unicamp.br ou cmvieira@unimep.br - Telefone para contato: (19)32523581 (res) (19)91910941 (cel)

²Médico Psiquiatra, Prof. Dr., Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, FCM, Unicamp

Endereço institucional dos autores:
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade estadual de Campinas – UNICAMP
Cidade Universitária Zeferino Vaz
13083-970 – Campinas – SP
Fone: (19) 35217206

Contribuição dos autores: Esse artigo foi elaborado a partir da tese de doutoramento da primeira autora, em andamento, com dados das entrevistas realizadas pela mesma, com a participação do segundo autor na orientação, análise e discussão dos dados.

RESUMO: *Objetivo:* Investigar aspectos psicoculturais que envolvem as práticas alimentares e a imagem corporal no processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica. *Método:* Estudo clínico-qualitativo realizado através de entrevistas semidirigidas de questões abertas, submetidas à técnica de análise de conteúdo e interpretação dos dados com base no referencial teórico psicodinâmico. Foram entrevistados nove indivíduos em tratamento ambulatorial para síndrome metabólica em hospital universitário em Campinas, região sudeste do Brasil. *Resultados:* Os resultados foram organizados empiricamente em três categorias: “Quem é gordo é horrível”; “O peso é muito e a gordura estorva demais”; “Como muito pouco. Ninguém acredita”. Os sujeitos do estudo revelaram rejeição à obesidade, reforçada pela cultura de enaltecimento da magreza. A insatisfação com a imagem corporal leva os pacientes a um desvio de foco do problema, o que interfere no desenvolvimento do autocuidado e no manejo do tratamento dos distúrbios que caracterizam a síndrome metabólica. A dissociação entre as práticas alimentares e o excesso de peso, assim como a utilização dos alimentos para preencher lacunas de ordem emocional, expressam dificuldades de enfrentamento dos conflitos, o que colabora com o desvio de foco acima referido. *Conclusão:* O cuidado nutricional e as propostas dietéticas para portadores de síndrome metabólica devem estabelecer escuta acurada das demandas emocionais que se manifestam através da insatisfação com a imagem corporal, das dificuldades para estabelecer mudanças nas práticas alimentares e/ou nos episódios de compulsão alimentar.

Descritores: Síndrome Metabólica; Nutrição; Obesidade; Fatores psicológicos; Autocuidado; Práticas alimentares.

ABSTRACT: *Objective:* To investigate the psychological and cultural issues involving dietary habits and body image on the process of becoming chronically ill. *Method:* A clinical-qualitative study was conducted with a sample of nine individuals undergoing outpatient treatment for the metabolic syndrome at a university teaching hospital in Campinas, São Paulo, Brazil. Data were collected using semidirected interviews with open questions and then submitted to content analysis. Interpretation of data was based on a psychodynamic theoretical framework. *Results:* The results were organized empirically into three categories: “Fat people are horrible”; “I’m too heavy and my weight hampers me”; and “I eat so little; nobody believes it”. The participants in this study revealed their rejection of obesity, reinforced by a culture that exalts thinness. Dissatisfaction with their body image resulted in the patients deflecting the focus of the problem, thereby affecting their development of self-care and their management of the treatment for the metabolic disorders that characterize the metabolic syndrome. Dissociation between dietary habits and excess weight, as well as the use of food to fill emotional gaps, reflects difficulties in confronting conflicts and contributes towards deflecting the focus of the problem. *Conclusion:* Dietary care and the diets proposed for patients with metabolic syndrome should take into consideration emotional demands resulting from dissatisfaction with body image, difficulties in implementing changes in dietary habits and episodes of compulsory eating.

Keywords: Metabolic Syndrome; Nutrition; Obesity; Psychological factors; Self-care; Food practices

I - Introdução

Considerada um dos problemas de saúde pública emergentes em nossa sociedade, a síndrome metabólica (SM) apresenta-se na literatura com amplo reconhecimento da complexidade de fatores envolvidos em sua conceituação, etiologia e tratamento¹. A caracterização clínica da SM tem sido descrita através da associação de pelo menos três dos seguintes sintomas: alteração dos níveis de glicemia, com ou sem diabetes tipo II; gordura abdominal acumulada; dislipidemias; níveis pressóricos elevados; microalbuminúria e outros distúrbios renais que se agravam com a cronicidade do processo de adoecimento².

No entanto, esse conjunto de agravos nem sempre são reconhecidos como SM. Entidades internacionais que organizam os consensos e estabelecem parâmetros de diagnóstico, tratamento e prevenção no campo de estudos da endocrinologia e metabologia apresentam divergências conceituais em virtude da complexidade dos fatores causais e das diferentes manifestações clínicas e abordagens terapêuticas, o que dificulta a delimitação epidemiológica do problema^{1,3,4}. Apesar dessa dificuldade há forte convergência de opiniões, descritas na literatura, sobre o aumento da prevalência dos sintomas e dos fatores de risco associados a padrões dietéticos do mundo ocidental^{3,5}.

Ações preventivas e estímulo ao comportamento de autocuidado são frequentemente indicados como tratamento de primeira linha para portadores de SM^{4,6,7}. Porém, estudos envolvendo questões psicoculturais com pacientes de SM relatam baixa adesão às mudanças de hábitos, sobretudo no que se refere às práticas alimentares e ao estilo de vida^{8,9,10}.

Em relação ao fenômeno alimentar, tem sido discutido a importância da determinação dos aspectos psicoculturais nas práticas alimentares. Ao discutirem a questão da adesão às propostas de mudanças de hábito, essas abordagens reforçam a necessidade de se considerar a subjetividade nas práticas de cuidado nutricional^{8,9,11,12}.

Distúrbios no comportamento alimentar podem vincular-se a processos mentais muito primitivos da infância, com reflexos no desenvolvimento do aparelho psíquico, na

formação do pensamento. Essas experiências primitivas que formam a base psicológica infantil podem interferir nas respostas futuras de aceitação e rejeição aos alimentos, ampliadas ao longo da vida pelas redes de relações interpessoais e interações culturais, socialmente constituídas¹³.

Do ponto de vista psicodinâmico, o comportamento de compulsão alimentar é também compreendido como uma associação de eventos da vida de uma pessoa em que a mente encontra-se insuficientemente forte para suportar uma dor, um sofrimento psíquico, e descarrega a tensão de origem emocional em atos repetitivos. Nesta perspectiva, o comer por impulso pode ser a manifestação da dificuldade de uma pessoa lidar com um momento de fragilidade, de estafa, de um trauma, ou com histórias de vida em que predominam situações de vulnerabilidade, capazes de desencadear mecanismos psíquicos de compulsão no campo alimentar, com efeitos no estado nutricional¹³.

A dificuldade em aceitar e gostar do próprio corpo, entre outros problemas com a imagem corporal, encontra-se associada ao comportamento alimentar compulsivo. Muitos sujeitos que manifestam o excesso de peso como uma das consequências da compulsividade na maneira de se alimentar recorrem a dietas restritivas com o objetivo de perder peso e melhorar sua imagem corporal. Porém, com o desejo potencializado pelos períodos de carência não satisfeita, voltam a engordar sistematicamente^{14,15}.

Questões de ordem emocional mesclam-se às influências de origem cultural no campo alimentar, tais como a idealização de um modelo de beleza que se torna inatingível, o que dificulta o desenvolvimento de auto-estima e aceitação da imagem corporal. Nesse sentido, estudos socioantropológicos denunciam o surgimento da moral da boa forma como padrão estético hegemônico, uma cultura que exige dos indivíduos o controle de sua aparência física. A rejeição à obesidade é propagada pela mídia através do enaltecimento da magreza, do culto ao corpo jovem e saudável, o que dissemina a idéia de que o corpo gordo é sem saúde^{16,17,18}.

O fenômeno atual de repúdio à obesidade, entre outros aspectos psicoculturais que

envolvem as práticas alimentares e a imagem corporal tem reflexos no manejo das enfermidades metabólicas. A importância do tema é sugerida pelo estudo sobre as vivências e percepções dos sujeitos relativas ao processo de adoecimento crônico, que tem relações estreitas com o fenômeno alimentar.

A valorização do ponto de vista do paciente sobre a doença oferece contribuições singulares para a ampliação das práticas em saúde e para a formulação das ações e políticas públicas de prevenção e tratamento de agravos metabólicos crônicos vinculados à nutrição. Saberes sobre o manejo das diferentes fases do adoecimento crônico que se determina no contexto sócio cultural e na história de vida dos pacientes complementam o conhecimento técnico dos profissionais da saúde e contribuem na condução do processo terapêutico.

Ao desenvolver a escuta acurada sobre as questões psicoculturais que envolvem o fenômeno alimentar, este estudo pretende contribuir para que esses aspectos sejam considerados no âmbito do cuidado, o que representaria melhora no atendimento a essa população.

II - Sujeitos e Método

O modelo de pesquisa qualitativa em saúde foi aplicado neste estudo, adotando-se uma abordagem humanística na busca de sentidos e significados de experiências pessoais vivenciadas em situações cotidianas¹⁹. A adoção do método de pesquisa clínico qualitativa lhe confere um caráter exploratório, não experimental²⁰.

O método de pesquisa clínico qualitativa se sustenta em três pilares, que se caracterizam por: valorizar as angústias e ansiedades humanas, como força motriz para a pesquisa; desenvolver a postura clínica voltada a uma escuta qualificada sobre o sofrimento do indivíduo sob estudo, movida pela atitude de cuidado; e, a interação afetiva entrevistador – entrevistado²⁰.

Este estudo contou com nove pacientes (quadro 1) escolhidos de maneira intencional, para compor o grupo de sujeitos^{19,21}. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: pacientes adultos; em seguimento clínico com diagnóstico de SM, que concordaram explicitamente em participar da investigação, conforme Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, obteve o parecer favorável número 809/2005 CAAE 1738.0.146.000-05.

(Inserir o quadro 1)

Foram considerados como elementos de identificação/especificação dados sócio demográficos tais como: idade, estado civil, ocupação (Quadro 1). A pesquisa de campo foi realizada em ambulatório para síndrome metabólica, localizado num complexo hospitalar universitário público, na cidade de Campinas, região sudeste do Brasil, durante o período de outubro de 2006 a fevereiro de 2008.

A coleta de dados ocorreu através da observação das atividades clínicas ambulatoriais, registradas em diário de campo, da aplicação de entrevistas em profundidade, semidirigidas, com questões abertas, assim como da identificação das manifestações não verbais e sentimentos percebidos nas entrevistas. Trata-se de um processo indutivo que procura atingir, mediante o diálogo, o aprofundamento da entrevista e a interpretação do que não está dito, buscando significados atribuídos ao objeto do estudo em lacunas que se encontram além do que é gravado e transcrito²². Para tanto, impressões do pesquisador e anotações em diário de campo foram fundamentais na análise dos dados¹⁹.

As entrevistas foram gravadas e transcritas em arquivos de texto para posterior aplicação da técnica de leituras e releituras flutuantes, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo²². Para apreender a subjetividade dos entrevistados foram levados em conta o discurso manifesto e o discurso subentendido nas entrelinhas, nas expressões do olhar, dos gestos, ou seja, da linguagem corporal. O conjunto do material obtido a partir das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo, a fim de identificar as categorias empíricas. A categorização por núcleos de sentido foi a técnica adotada para o desenvolvimento da análise qualitativa de conteúdo²³.

As categorias delineadas no presente estudo foram discutidas e interpretadas com base no referencial teórico psicodinâmico²⁴. A abordagem interdisciplinar prevalece neste estudo, na qual conhecimentos das áreas da

psicologia da psicanálise e da socioantropologia são aplicados ao campo da saúde para a compreensão do fenômeno alimentar e questões subjacentes²⁵.

III - Resultados e Discussão

Foram levadas em conta, para esta análise as experiências pessoais de convivência com o processo de adoecimento de sujeitos portadores de SM. Suas respostas foram classificadas em três categorias, que receberam como títulos fragmentos dos discursos dos sujeitos, utilizando metáforas para caracterizar o conteúdo que emergia das análises: 1 -“*Quem é gordo é horrível*”; 2- “*O peso é muito! E a gordura estorva demais*”; 3- “*Eu como muito pouco... ninguém acredita*”.

1. “Quem é gordo é horrível”

A rejeição à obesidade e uma concepção de que o corpo gordo é um corpo sem saúde foram identificadas a partir da análise dos resultados:

...eu comecei a ver que eu não estava bem, estava ficando cada vez mais obesa, mais horrível, eu falo horrível mesmo, porque quem é gordo é horrível (I, ♀, 54a, Sobre p)

A insatisfação em relação ao excesso de peso se fez evidente como uma questão central na sua compreensão sobre o processo de adoecimento:

...não estou agüentando...por causa do peso... (D, ♂, 48a, Obes.III)

...problema de saúde sempre agrava... complicando mais porque fica mais pesado... (E, ♀, 53a, Obes.III)

O excesso de peso foi revelado como um pesado fardo emocional a ser carregado em suas vidas. Os sujeitos condensam no corpo gordo toda a problemática e justificam seus conflitos emocionais pela questão do peso. Assim, ao fixar-se na insatisfação com sua imagem corporal, o paciente tende a perder o foco do processo de adoecimento crônico por SM e do desenvolvimento de atitudes de autocuidado.

Não aparece com o mesmo sentido a percepção dos sujeitos quanto à convivência com os outros distúrbios metabólicos que caracterizam a SM, tais como diabetes, hipertensão e dislipidemia. Diferentemente da obesidade, estas doenças não parecem sofrer o mesmo grau de rejeição.

As percepções sobre o excesso de peso são reforçadas pelo fenômeno de rejeição social e cultural à obesidade. A obesidade é visualmente considerada um incômodo, uma característica que não se pode esconder, enquanto que outros distúrbios metabólicos podem passar quase despercebidos nas relações sociais¹⁷.

Em estudo sobre a cultura de enaltecimento da magreza e preocupação excessiva com a gordura corporal, Sudo & Madel Luz¹⁷ identificaram o respaldo dessa cultura pelas mensagens na mídia que colocam o gordo como vilão da sociedade, e que favorecem a opressão sobre um tipo de indivíduo que possui no seu corpo uma marca que o põe em uma condição oposta ao que é considerado ideal. Esse indivíduo não estaria cumprindo um dever, ao não aproveitar os recursos que estão sendo ofertados pela ciência e pelo saber biomédico, onerando a sociedade pelas consequências da obesidade para o sistema de saúde¹⁷.

Nesse contexto, a pessoa com excesso de peso vivencia estigmas paradoxais. Por um lado é simpático, extrovertido, corresponde ao gosto pela boa mesa e pelo convívio. Por outro lado, suscita reprovação, discriminação social por portar um estereótipo de doente, depressivo e irresponsável. Sem controle sobre si mesma é considerada portadora de uma característica pessoal de fraqueza diante dos apelos da gula¹⁸.

2. “O peso é muito! E a gordura estorva demais”.

A percepção dos sujeitos sobre sua gordura corporal nos revela um sentido de desvitalização. O excesso de gordura foi revelado como algo que lhe rouba saúde e que não lhe pertence.

E faz muito mal... sinto muito cansaço... O peso é muito! E a gordura... estorva demais... (F♀, 37a, Obes.III)

A gordura, simbolizada pelos sujeitos como algo que, além de não lhes pertencer, atrapalha suas vidas, faz emergir a dificuldade em assumir a responsabilidade pela condição de excesso de peso. Os sujeitos, ao denunciarem a falta de controle sobre seu próprio corpo, revelam também a dificuldade de lidar com suas emoções e seus conflitos.

Se tivesse peso normal não estaria correndo tanto risco assim... (F♀,37a, Obes.III)

... eu pensei que eu tivesse emagrecido... o exame me deixou triste... Comi dois salgados, tomei refrigerante... (G, ♀, 49a, Obes III)

Foram revelados sentimentos de medo, tristeza e impotência, tendo em vista do insucesso na busca pela redução do excesso de peso. Associado a esses sentimentos, os sujeitos manifestaram o desejo de submeter-se às intervenções cirúrgicas indicadas para obesidade severa.

A gente tenta, tenta e não consegue perder o peso... eu fico mais triste é que eu não consigo perder o peso. Mesmo fazendo a dieta... eu deveria perder pelo menos uns 40 quilos... eu feço de tudo (sorriso) ... pra ... fazer a redução do estômago, porque todos os regimes eu fiz mas... nada consegui (F♀,37a, Obes.III).

Nesse contexto, a cirurgia bariátrica significa uma possibilidade de livrar-se da gordura corporal. Porém, o significado da cirurgia como solução “mágica” denuncia a dificuldade dos sujeitos em assumir uma postura ativa no manejo da obesidade assim como dos outros agravos metabólicos.

O desejo de submeter-se a cirurgia para solucionar seus problemas de excesso de peso revela também mais uma tentativa de camuflar seus conflitos de ordem emocional, vinculados à insatisfação com a imagem corporal e à rejeição do corpo gordo.

3. “Como muito pouco... ninguém acredita”.

Com o objetivo de explicar o ganho excessivo de peso, os sujeitos não consideram o excesso de gordura corporal como um resultado das suas práticas alimentares.

...Eu venho ganhando peso direto... como muito pouco... ninguém acredita... eu me sinto como uma mentirosa... (C,♀,45a, Obes III)

A contradição nos discursos sobre o fenômeno alimentar, expressa através de um jogo de palavras “muito” e “pouco”, nos revela que o “muito” pode ser “pouco” para satisfazer ou preencher lacunas, que podem ser constatadas nas entrelinhas, nas manifestações não verbais ou no silêncio das entrevistas. Os alimentos, mesmo sendo “muito” e satisfazendo momentaneamente, ainda são insuficientes para aplacar uma fome

de ordem emocional, que poderá se manifestar em atos de compulsão alimentar.

... não acharam o problema que eu tenho por não comer... já passei muito mal por ficar sem comer... (C,♀,45a, Obes III)

...engordei devido à preocupação. Porque minha filha não está se dando bem também com meu genro. (G, ♀, 49a, Obes III)

Não alimento bem... tomo 30 comprimidos por dia... essa é a alimentação razoável minha... Tenho é raiva... da comida... (A,♀, 48a, Obes III)

Como os sujeitos que apresentam distúrbios alimentares nem sempre conseguem perceber a fome, como uma manifestação fisiológica, o ato de comer acaba cumprindo funções de satisfazer demandas emocionais. Quando o ato alimentar se torna exclusivo do desejo, não sendo mais o apetite regulado pela fome, a alimentação pode configurar um pano de fundo de conflitos psíquicos, seja por excesso, seja por rejeição a ela^{26,27}.

Bruno¹³, em artigo sobre compulsão, aborda os distúrbios alimentares como uma “articulação da mente que não está suficientemente preparada para enfrentar o real e desenvolve recursos de fuga”. Na medida em que o sofrimento psíquico não consegue ser vivenciado conscientemente, chega a provocar quebra do sistema regulador dos afetos, podendo ser canalizado para a ação motora: a compulsão. Portanto, a compulsão ocorreria para ajudar a suportar uma dor de ordem emocional, transformando-a em dor corporal. O corpo vem em socorro da mente através de um agir repetitivo e angustiante, para proteger a pessoa de uma dor psíquica que não tem condições de resolver ou suportar¹³.

Esses indivíduos nem sempre conseguem perceber que utilizam os alimentos para “satisfazer” demandas emocionais. Desta forma o cuidado nutricional e as propostas dietéticas devem considerar as dificuldades dos portadores de SM em adequar suas práticas alimentares.

IV - Conclusão

A insatisfação com o excesso de peso e o sentimento de impotência diante de tentativas fracassadas para emagrecer significaram, tal como relatados pelos sujeitos deste estudo, uma esperada preocupação pessoal quanto às vivências da evolução crônica no adoecimento por SM. Enquanto a percepção desses

indivíduos dá relevo ao fenômeno da obesidade, sua linguagem verbal e não-verbal naturalmente ressaltavam sua rejeição à gordura corporal.

Mesmo os pacientes reconhecendo a obesidade como problema importante de saúde, nossos resultados sugerem que o manejo adequado, por parte deles, da evolução crônica do adoecimento por distúrbios metabólicos, pode estar fortemente dificultado pelo padrão cultural atual de enaltecimento da magreza e pela cultura lipofóbica.

Observamos, nas falas, determinada dissociação feita entre as práticas alimentares e os determinantes do ganho excessivo de peso, assim como emerge a uso dos alimentos para preencher lacunas de ordem afetiva, revelando dificuldades desses sujeitos em lidar com conflitos emocionais. A falta de elementos

psicológicos internos para a elaboração da autonomia, do desenvolvimento da capacidade de tomar a responsabilidade por cuidar de si, indica uma inibição das possibilidades de adaptações psicossocial referente ao campo alimentar, dentre outras dimensões do autocuidado.

Sugerimos que a compreensão sobre os fenômenos alimentares, por parte dos pacientes e profissionais, necessita ser ampliada para além dos aspectos nutricionais, justificando-se pela crucial importância da boa condição desta nutrição para a melhora do quadro que compõe a SM, bem como para a prevenção em especial de eventos cardiovasculares. As dificuldades relatadas pelos pacientes para estabelecer mudanças nesse campo de vida confirmaram-se associados aos afetos ambivalentes, mobilizados na sua relação simbólica com a comida e com o próprio corpo.

V - Referências

1. Alberti KGMM, Zimmet P & Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *DM* 2006; 23:469-80.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. Conceituação, epidemiologia e diagnóstico. *Rev Bras Hipertens.* 2004; 7(4):130-1.
3. Geloneze B. Síndrome metabólica: mito ou realidade?. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(3):409-11.
4. Opie LH. Metabolic Syndrome. *Circulation* 2007; 115:e32-e35.
5. Oliveira EP, Souza MLA, Lima MDA. Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural do semi-árido baiano. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50 (3):456-465.
6. McLellan KCP, Barbalho SM, Cattalini M, Lerario AC. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Rev. Nutr.* 2007; 20(5):515-24.
7. Santos CRB, Portella ES, Ávila SS, Soares EA. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Rev. Nutr.* 2006; 19(3):389-401.
8. Sharovsky LL, Perez GH, Romano BW & Lopes HF. Psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica. *Rev Soc Cardio Estado de São Paulo* 2004;14:646-51.
9. Perez GH; Romano BW. O comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Rev Soc Cardio Estado de São Paulo* 2004; 14(4):652-60.
10. Corica F; Corsonello A; Apolone G; Mannucci E; Lucchetti M; Bonfiglio C; Melchionda N; Marchesini G. Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS study. *Int J Obes.* 2008; 32(1): 185.
11. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica.* 2002;4:611-24.
12. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciê. Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1641-50.
13. Bruno CANB. Com pulsão e distúrbios alimentares. *Ciência e Vida. Psique* 2009; 39.
14. Contreras Hernández J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zinak. Cuadernos de Antropología-Etnografía* 2005; 27:31-52.
15. Bernardi F; Cichelero C; Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nut* 2005; 18(1):85-93.

16. Ferreira FR. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface* 2008;12(26):47-83.
17. Sudo N, Madel Luz T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Ciêns.Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1033-40.
18. Yoshino NL. O corpo “em excesso” e o culto da “boa forma”. In: Canesqui AM (org.). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo:Hucitec FAPESP 2007. pp.111-27.
19. Minayo MCS. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
20. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas humanas e da saúde*. 3ª.ed. Petrópolis:Vozes; 2008.
21. Fontanella BJB; Rica J; Turato ER. Abordagem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-24.
22. Fontanella BJB; Campos CJG; Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(5):812-20.
23. Campos CJG; Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2009; 17(2):259-264.
24. Ferraz FC, Volich RM (org.). *Piscossoma: psicossomática psicoanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
25. Garcia RWD. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui AM; Garcia RWD (org). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p.287-303. Coleção Antropologia e Saúde.
26. Espíndola CR; Blay SL. Bulimia e transtorno de compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr RS*. 2006; 28(3):265-75.
27. Castillo DC. *Apetito y nutricion*. *Rev Chil Pediatr*. 1990; 61(6):346-53.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos entrevistados: dados sócio demográficos e nutricionais. Campinas; 2006-2008.

| Sujeitos | Idade; Situação conjugal; Ocupação atual; Tempo registrado de tratamento em prontuário; Estado nutricional. |
|----------|--|
| A | 48 anos; Casada; Dona de casa; 2 anos de tratamento; Obesidade Grau III |
| B | 63 anos; Casada; Empregada doméstica; 10 anos de tratamento; Sobrepeso com gordura abdominal acumulada |
| C | 45 anos; Casada; Atividade agropecuária; 7 anos de tratamento; Obesidade Grau III |
| D | 48 anos; Casado; Açougueiro licenciado; 4 anos de tratamento; Obesidade Grau III |
| E | 53 anos; Casada; Dona de casa; 6 anos de tratamento; Obesidade grau III |
| F | 37 anos; Casada; Dona de casa; 13 anos de tratamento; Obesidade grau III |
| G | 49 anos; Divorciada; Cozinheira licenciada; 11 anos de tratamento; Obesidade grau III |
| H | 55 anos; Casado; Pedreiro aposentado; 6 anos de tratamento; Obesidade grau II |
| I | 54 anos; Solteira; Auxiliar de enfermagem; 17 anos de tratamento; Sobrepeso após cirurgia bariátrica em 2003 |

4.2 Artigo 2

Revista Ciência & Saúde Coletiva –
ARTIGO DE REVISÃO - DISPONÍVEL ON LINE 0032/2009

SIGNIFICADOS DA DIETA E MUDANÇAS DE HÁBITOS PARA PORTADORES DE DOENÇAS METABÓLICAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO

THE SIGNIFICANCE OF DIET AND BEHAVIOR CHANGES IN PATIENTS WITH METABOLIC CHRONIC DISORDERS: A REVISION

CARLA MARIA VIEIRA

Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa - Unicamp

SILVIA NOGUEIRA CORDEIRO

Psicóloga. Doctor em Ciências Biomédicas. Membro do Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa da FCM/Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Brasil. E-mail: silvianc2000@hotmail.com

RONIS MAGDALENO JÚNIOR

Médico Psiquiatra. Doutorando em Saúde Mental do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/Unicamp - e-mail: ronism@uol.com.br

EGBERTO RIBEIRO TURATO

Médico. Profº Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/Unicamp. Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM/Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Brasil. E-mail: erturato@uol.com.br

RESUMO: Comportamento alimentar e significados psicoculturais da alimentação para portadores de distúrbios metabólicos crônicos têm sido foco de interesse em virtude da dificuldade de adesão às mudanças de hábitos e promoção do autocuidado. Revisão bibliográfica foi realizada a partir das bases de dados Lilacs e Medline® e no sistema de busca Pubmed, visando estudos qualitativos que analisam a visão dos pacientes sobre dieta e estilo de vida. Palavras chaves: metabolic syndrome, eating behavior, diet, obesity, psychological factors, qualitative study e dietary habits. Critérios de inclusão: idioma inglês, espanhol ou português; período 2000 a 2008; população adulta; contendo um ou mais descritores no título. A partir de 15 artigos analisados foi concluído que a adesão às mudanças de hábitos é um processo dinâmico, dependente de vários fatores individuais para seu estabelecimento e requer maior interação entre profissionais e pacientes na prática clínica. A promoção do autocuidado depende do respeito às decisões e aos sentimentos decorrentes da vivência pessoal.

Descritores: estilo de vida; práticas alimentares; síndrome metabólica; dieta; literatura de revisão; estudos qualitativos.

ABSTRACT: Eating behavior and the psychocultural significance of food for patients with chronic metabolic disorders are subjects that have constituted a focus of interest in view of the difficulty in obtaining the compliance of these patients with changes of habit and in encouraging self-care. A literature review was performed using the LILACS and MEDLINE databases and the PUBMED search engine to identify qualitative studies in which the opinion of patients with respect to diet and lifestyle was analyzed. Key words used were: metabolic syndrome; eating behavior; diet; obesity; psychological factors; qualitative study; and dietary habits. Inclusion criteria consisted of: articles in English, Spanish or Portuguese, published between 2000 and 2008; studies carried out in adult populations; containing one or more of the key words in the title. Based on the 15 papers analyzed, it was concluded that compliance with a change of habit is a dynamic process that depends on various individual factors and requires greater interaction between professionals and patients in clinical practice. Promoting self-care depends on respecting the decisions and feelings resulting from personal experience.

Descriptors: life style, eating habits; metabolic syndrome; diet; revision literature; qualitative studies.

Introdução:

Diabetes mellitus (DM) tipo 2, dislipidemias, hipertensão arterial (HA), obesidade, excesso de gordura abdominal são comorbidades ou fatores de risco para doenças cardiovasculares. A manifestação desses agravos de forma associada vem sendo reconhecida como Síndrome Metabólica (SM)^{1,2,3}.

Divergências conceituais são freqüentes na literatura em relação à SM, dificultando a delimitação epidemiológica. Entretanto, há consenso sobre o aumento da prevalência das doenças a ela associada entre a população adulta de diversos países^{4,5,6,7}.

Maiores investimentos na atenção básica - para a qualificação do sistema de saúde voltado para a prática clínica preventiva e interdisciplinar - vêm sendo propostas, como uma via estrutural, por organismos internacionais e por importantes centros de pesquisa no campo da saúde^{8,9}. Ao contrário das práticas preventivas, temos que estudos convencionais no campo da medicina analisam esses agravos através da delimitação diagnóstica e tratamento através da manifestação dos sintomas¹⁰.

Sabemos que diversos autores consideram a prevenção e o estímulo ao comportamento de auto-cuidado como tratamento de primeira linha para os portadores de SM^{3,7}. Mudanças no estilo de vida, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo, dentre outras atitudes preventivas, levam à redução do risco para a saúde, prevenção do aparecimento de novos sintomas e até mesmo suspensão do uso contínuo de alguns medicamentos^{8,10}.

No entanto, a adesão às propostas de mudanças, sobretudo no que se refere às práticas alimentares para perda - ainda que tímida - no excesso de peso, tem sido muito baixa^{11,12}. Somado a esse fato, há uma grande carência de informações sobre as vivências dos portadores dessas enfermidades crônicas. A opinião dos pacientes sobre os resultados das prescrições dietéticas e os significados simbólicos do evento do tratamento para suas vidas tem sido pouco explorada na literatura^{1,3}.

Entretanto, as correlações entre fatores psicológicos e práticas alimentares tem sido bastante estudadas, reforçando a necessidade de levar em conta as emoções/vivências dos pacientes ao propor mudanças de hábitos, também com raízes em diferentes contextos socioculturais¹³. O conhecimento das experiências de vida, visões e sentimentos dos pacientes contribui muito para o desenvolvimento de uma prática clínica realmente interdisciplinar, voltada para a ampliação das possibilidades de bom manejo dos distúrbios metabólicos crônicos^{14,15,16}.

Assim, considerando particularmente significados psicoculturais da alimentação como atribuídos por portadores de distúrbios metabólicos crônicos, levantamos questões sobre as dificuldades/facilidades, por exemplo, da adesão às propostas de mudanças de hábitos e à promoção do autocuidado. Realizamos uma revisão bibliográfica de textos de enfoque qualitativo/narrativo, a partir das bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline®, auxiliados pelo sistema de busca Pubmed (*Services of US National Library of Medicine*). Utilizamos as palavras *metabolic syndrome, eating behavior, diet, obesity, psychological factors, qualitative study e dietary habits*, respeitando o recorte do objeto de estudo. Para focar este artigo, selecionamos intencionalmente os estudos redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa e publicados a partir do ano de 2000.

Primeiramente, os artigos foram escolhidos por seu título e resumo. Posteriormente, foram eleitos estudos qualitativos conduzidos com portadores de distúrbios metabólicos crônicos, desenvolvidos através de metodologias qualitativas. Foram excluídos aqueles trabalhos, em que já no título ou o resumo, focalizavam síndromes de natureza distinta da síndrome metabólica e/ou doenças crônicas não metabólicas, bem como estudos bioquímicos, trabalhos de cunho epidemiológico, com gestantes e nutrízes e aqueles que tratavam exclusivamente do uso de fármacos.

Na estruturação deste artigo, fechamos a amostra com quinze referências consideradas pertinentes ao descrito recorte do objeto

(Tabela 1). Os resultados divididos em tópicos, após a técnica de leituras e releituras 'flutuantes' do *corpus* – conjunto do material coletado –, equivaleram a quatro categorias emergentes: (1) processos psicodinâmicos de convivência com a cronicidade; (2) representações simbólicas das dietas; (3) sentimentos manifestos quanto ao manejo do problema; (4) modos de autocuidado organizado na ótica do paciente. Os critérios de inclusão dos artigos, a categorização do material e a discussão dos resultados passaram pelo processo de validação pelos pares (*peer review*), em reunião do grupo de pesquisa ao qual estão filiados os autores, intitulado "Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa", da Unicamp, e credenciado junto ao CNPq.

Processos dinâmicos de convivência com a cronicidade

As percepções dos pacientes sobre a adesão às propostas de mudanças das práticas alimentares e do estilo de vida são evidentemente processuais, com dinâmicas próprias e variações conforme origem étnica, contexto social e cultural e experiências individuais na convivência com a doença crônica^{17,18,19,20,21,22}.

Sujeitos de diferentes estudos demonstraram que buscam certo equilíbrio entre o estabelecimento de um padrão dietético e, por outro lado, as práticas alimentares da família e as normas sociais e culturais de comensalidade^{17,18,22}. Outros se comprometem com as normas dietéticas prescritas, porém com flutuações e imprecisões nas representações no consumo de alimentos. As práticas alimentares observadas em domicílio ou registradas em diários por sujeitos das pesquisas mostraram-se contraditórias quando comparadas ao discurso verbal^{17,18,19}.

Escolhas alimentares indiscriminadas são relatadas por sujeitos que apresentam um grau mais flexível de adesão às dietas. Como exemplo, alguns indivíduos com DM tipo 2, nos contextos sociais favoráveis ao consumo de alimentos proibitivos, buscam a satisfação imediata através do alimento. Porém, atentos ao monitoramento dos níveis glicêmicos, ajustam a dose de insulina para evitar as complicações¹⁸.

A compreensão sobre os benefícios do tratamento e a conseqüente adesão às propostas de mudanças, varia também conforme o tempo de convivência com o problema. Viver saudável, compreender melhor a doença, obter estabilidade dos sintomas e melhorar a qualidade de vida, entre outros, são objetivos traçados por aqueles que convivem com esses distúrbios há longo tempo. Confusos, portadores que convivem com o problema há curto tempo, estão mais preocupados com a manifestação dos sintomas¹⁷.

Nesse sentido, a adesão é um processo ao longo da vida, sempre em discussão e experimentação na busca de um equilíbrio ideal. É, portanto, um processo contínuo de avaliação do risco e dos benefícios, de acordo com as expectativas e experiências pessoais¹⁷.

Atitudes conflitivas e ambivalentes foram observadas entre os sujeitos que vivenciam frustrações relativas à superproteção familiar após terem sobrevivido a um evento cardíaco grave, decorrente da má evolução dos distúrbios metabólicos. Nesse caso, a baixa adesão está associada a aspectos subjetivos, revelados através de atitudes tidas como impróprias com o autocuidado. A alegação desses indivíduos é o cerceamento da autonomia por serem considerados incapazes de estabelecer o autocuidado²³.

Outros estudos mostram que o período de recuperação dessas complicações vem acompanhado de grande motivação para fazer mudanças no estilo de vida. No entanto, este pode ser considerado o período mais difícil para realizar essas mudanças, especialmente em relação ao manejo dos eventos estressores de vida e prescrições usualmente excessivas^{23,24}. Entendemos que outras motivações de ordem psicológica estariam associadas à determinação destes comportamentos.

A convivência com a cronicidade leva os sujeitos a se engajarem em ciclos de decisões dinâmicos, equilíbrios potenciais e avaliação de riscos de cada período. As decisões envolvendo a adesão às dietas propostas ou as práticas alimentares do cotidiano pode ter um sentido de controle, equilíbrio e domínio, com maior ou menor grau de benefício^{17,24}.

Os conflitos inerentes ao processo de convivência com as restrições dietéticas

impostas pela cronicidade são sugeridos em distintos estudos. Em algumas situações a falta de apoio familiar, e em outras, o excesso de proteção, são consideradas obstáculos para estabelecer o auto cuidado esperado^{17, 20, 23, 24}.

O conflito entre o processo de assumir a responsabilidade por sua saúde e a tendência de evitar a responsabilidade resulta em culpar a 'situação injusta', imposta pela condição de doente, bem como a necessidade de comparar-se com outras pessoas. Acreditam que suas dietas e práticas alimentares sejam equivalentes ou melhores, julgando-se submetidos à sua condição de portadores de agravos irremediáveis, especialmente no caso da presença da obesidade¹⁹.

Na convivência com a SM, sintomas manifestos ou resultados de exames desfavoráveis provocam conflitos que levam a ressignificações das práticas alimentares e do estilo de vida. Esses conflitos aparecem em diferentes contextos. Por exemplo, a dificuldade em recusar alimentos servidos em ocasiões de finais de semana e eventos especiais de convívio social, seguida de frustração por não poder comer aquilo que outros, especialmente os familiares, estão desfrutando^{18, 23}.

Do mesmo modo, os portadores dos distúrbios metabólicos delegam ao convívio social a justificativa para flexibilizar a adesão ao tratamento e ao compromisso com as dietas prescritas^{24,26}. Outras barreiras são atribuídas ao ambiente externo, tais como a falta de motivação frente aos estímulos mercadológicos, com oferta mais freqüente de alimentos classificados como proibidos, do que acesso aos alimentos in natura²⁷.

Conflitos semelhantes são revelados por mulheres norte-americanas, ao relatarem suas opiniões sobre as dificuldades para estabelecer mudanças nas práticas alimentares para o controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Alegam que, quando tem filhos vivendo em suas casas, a sobrecarga de trabalho não permite seguir a dieta. Quando os filhos já saíram de casa, declaram estar cansadas, depois de cozinhar por tantos anos e não querem utilizar seu tempo para isso. As solteiras pensam que com filhos seria mais fácil fazer comida saudável para toda a família. As casadas queixam-se que o marido e os filhos não aceitam a

alimentação saudável que elas desejam fazer²⁶.

Esses depoimentos nos levam a refletir sobre os reais motivos que não estariam manifestos no discurso destas mulheres. Motivos de ordem psicológica, que precisam ser pesquisados no latente do discurso – no não-dito – e na linguagem não-verbal. Quando desvelados, podem levar ao maior conhecimento de si próprio e, assim, auxiliar na compreensão e superação dos obstáculos para o autocuidado e aumentar a adesão ao tratamento.

Para Samuel-Hodge e colaboradores, a polissemia dos significados do fenômeno alimentar para portadores de DM exige uma visão ampliada para entender o comportamento de autocuidado. Os autores do artigo indicam que o sentido de comportamento saudável é determinado nas interações interpessoais, assim como através das interações com o ambiente, nos contextos sociais e culturais distintos²⁰.

Entendemos que a simplificação na categorização dos pacientes como os aderidos e os não-aderidos não reflete a complexidade e dinamismo da convivência com esses agravos. Nesse sentido, a prática clínica deve levar em conta a individualidade, a fim de evitar generalizações impróprias e estereótipos ao estabelecer propostas terapêuticas e estratégias de promoção do autocuidado e para as mudanças nas práticas alimentares e no estilo de vida^{17,19 21,25,27,29,31}.

Representações simbólicas das dietas

A partir da compreensão do que representam simbolicamente as dietas prescritas, é possível ter alguma compreensão do fenômeno da baixa adesão ao tratamento dietético proposto. Nos artigos aqui pesquisados, oriundos de diversos países, os aspectos culturais, étnicos e de classe social tiveram esperada influência marcante em tais representações.

No estudo de Jones, Furlanetto, Jackson e Kinn, desenvolvido na Escócia com adultos em tratamento dietético para obesidade, o termo 'alimentação saudável' teve uma representação mais positiva em relação à adesão. Por outro lado, a representação de 'dieta' esteve vinculada à vontade de 'comer mais' para algumas pessoas estudadas¹⁹.

Representações negativas da dieta foram observadas, tornando-se um fator que dificulta a promoção de mudanças nas práticas alimentares. A dieta associada a sentimentos de raiva e tristeza, diante das restrições alimentares impostas pela doença, foi considerada por alguns pacientes como prejudicial à saúde, obtendo assim o significado de fonte de fraqueza. O alto custo de uma alimentação saudável ou o reconhecimento da dieta como privilégio para pessoas ricas são outros exemplos de representação também impeditiva para se estabelecer o autocuidado²⁹.

Os significados de perda do prazer e da liberdade, atribuído à dieta, foi visto entre sujeitos de um estudo brasileiro. Os alimentos doces identificados como os mais atraentes e apreciados, ao adquirirem o sentido de proibição e cerceamento de uma fonte de prazer em seu cotidiano, transformaram-se em algo ainda mais atrativo, o que poderia justificar a conhecida transgressão como uma nova fonte de prazer ('o gosto do doce proibido') e o efeito paradoxal da prescrição dietética²⁹.

A baixa adesão e a dificuldade de adaptação às dietas restritivas vêm sendo reconhecidas na literatura pelos profissionais da saúde¹¹. Também nos estudos revisados, para alguns indivíduos a exclusão de determinados alimentos da prática alimentar significa um benefício à saúde, mas reconhecem que o cumprimento dessa restrição é difícil no cotidiano, justificando esta dificuldade pelo comprometimento da liberdade e do prazer na comensalidade^{28,29,31}.

Em um estudo chinês com portadores de diabetes, uma excessiva importância foi dada à ingestão do açúcar de adição, com desconsideração por outros fatores de risco, como o tabagismo e consumo de alimentos gordurosos. Esses sujeitos referem a doença como "açúcar na urina" e o rim como "órgão portador da essência vital"²⁸.

Também para os autores desse estudo a prática clínica e a promoção do autocuidado exigem o conhecimento desses significados, que podem ser apreendidos a partir de uma escuta qualificada. Além disso, de um ponto de vista pragmático, os autores recomendam que o termo "Síndrome Metabólica" pode trazer novos *insights* para pacientes diabéticos chineses²⁸.

Os significados das práticas alimentares, das dietas, dos alimentos, entre outros aspectos atribuídos pelos sujeitos e relacionados à adesão ao tratamento dos distúrbios metabólicos crônicos, explorados nesta revisão, apóiam a idéia de que existe um 'universo de significados', aos quais os profissionais de saúde, envolvidos na prática do cuidado, devem estar atentos. Os significados, ao serem reconhecidos, colaboram para compreender o sentido da doença na vida dessas pessoas³⁴.

Sentimentos manifestos quanto ao manejo do problema

A transgressão dos padrões dietéticos e os resultados de exames bioquímicos não favoráveis são frequentemente vinculados aos sentimentos de frustração, culpa e vergonha por portadores de distúrbios metabólicos crônicos^{18,23, 25, 29, 30}. Estudos analisados identificaram o predomínio do sentimento de culpa manifestado pelos pacientes, diante de resultados de exames e condições clínicas desfavoráveis após avaliações negativas pelos profissionais de saúde²³.

No entanto, culpa e vergonha nem sempre são referidos pelos sujeitos na prática clínica e podem se transformar em raiva e frustração. Sentimentos estes identificados pela postura corporal: cabeça baixa, olhar furtivo, postura caída²².

O medo do uso de medicamentos e seus efeitos colaterais aparecem com frequência e provoca o abandono de fármacos. A utilização de recursos naturais, tais como a fitoterapia foi considerada pelos pacientes como uma prática mais segura em diferentes estudos^{21,28}. A adoção de banhos que provocam o suor, na visão de pacientes estudados na China, é benéfica na eliminação de toxinas e mais compatível com as funções fisiológicas humanas²⁸. Mesmo assim, o medo pela desaprovação por parte dos profissionais de saúde manteve-se presente nas declarações dos sujeitos^{21,28}.

Há relatos sobre sentimentos de tristeza, perda da auto-confiança e frustração na busca pelo emagrecimento. Associam-se à perda de controle no consumo de alimentos, tal como comer compulsivamente, comer noturno, comer petiscos frente à televisão ou perda de controle na ingestão de alimentos¹⁹.

Diversos autores sugerem que seja evitado suposto uso de autoridade para desmoralizar os pacientes. Os profissionais devem voltar-se à escuta dos sentimentos e valorizar questões da subjetividade^{19, 22, 29,31}.

Para Meeto¹⁸, o conhecimento das vivências dos pacientes sobre o autocuidado deve levar em conta a decisão de não-adesão, pois o que põe mais em risco a capacidade de cuidar-se é a desmoralização e o sentimento de submissão diante das intervenções médicas.

Modos de autocuidado organizado na ótica do paciente

Os artigos apresentados nesta revisão, de maneira geral, apresentam contribuições para o desenvolvimento de estratégias clínicas, o fomento de educação em saúde e de programas coletivos de prevenção, a partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados. Alertam que a promoção do autocuidado nem sempre está dentro dos padrões estabelecidos como saudáveis, mas são escolhas que precisam ser respeitadas^{17, 18, 19, 20,21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31}.

Uma organização no modo de lidar com o autocuidado tem sido adotada tradicionalmente na prática clínica, mas nem sempre levando em conta a opinião dos pacientes, estabelecendo assim propostas unilaterais para as mudanças que os mesmos devem estabelecer para a promoção de práticas alimentares saudáveis e de outros hábitos de vida¹⁷.

No que tange às campanhas e orientações voltadas para prevenção de doenças metabólica associadas ao aumento de colesterol sanguíneo, alguns estudos identificaram frustração com relação às mensagens sobre saúde e dieta. Os sujeitos estudados declararam-se relutantes em acreditar nas recomendações dietéticas. Isto acontece já que o risco à saúde não é percebido quando os agravos são assintomáticos. Os sujeitos costumam alegar que os profissionais superestimam o impacto das mudanças em relação ao peso, nível glicêmico e pressórico e acabam por subestimar as dificuldades em estabelecer as mudanças³¹.

Pesquisas sugerem que explicações complexas sobre colesterol e riscos de

doenças cardiovasculares são insuficientes para promover mudanças no comportamento. Deve-se trazer para o centro do debate a necessidade de mensagens simples e individualizadas, evitando termos médicos ou estatísticas massificadoras de difícil compreensão. O momento educativo deve suscitar a emoção necessária para auto-avaliação do risco da doença cardíaca^{24, 27, 30}.

Entender as experiências de pacientes com distúrbios metabólicos de longa duração com conseqüências graves, tais como infarto ou amputações, oferece elementos importantes para desenvolver programas integrados entre os níveis primário e secundário de assistência e prevenção dirigidas para grupos populacionais específicos^{19, 21, 27,31}.

Contribuições para o campo da saúde coletiva são apontadas por vários autores ao repensar as propostas governamentais de modelos de promoção da saúde. O protagonismo dos portadores de agravos metabólicos crônicos é indicado como um dos elementos centrais para melhor adesão às propostas de mudanças de estilo de vida^{18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 29,31}.

Conclusões

A cronicidade e a presença de longos períodos assintomáticos interferem dinamicamente no significado simbólico das práticas alimentares, da dieta e das mudanças propostas pelos profissionais e na promoção do autocuidado. Os estudos aqui revisados apresentam contribuições importantes para a compreensão das razões da baixa adesão às mudanças. Os sentimentos suscitados nos sujeitos pesquisados, as diferentes formas de enfrentamento do problema, de acordo com os contextos sociais e culturais, características particulares dos grupos étnicos e experiências pessoais, foram fundamentais nessas abordagens.

Finalmente, constatamos que métodos qualitativos de pesquisa têm sido relativamente pouco utilizados referentes aos estudos sobre agravos metabólicos. Além disso, observamos que diversos artigos pesquisados, embora apresentados como estudos qualitativos, trabalham com amostras numerosas de sujeitos. Sob o ponto de vista metodológico, ocorre uma limitação na investigação que deveria ser em profundidade. O aprofundamento da análise dos depoimentos

exige leituras e releituras tangenciais ao texto, para realizar interpretação das expressões verbais, para perceber o que não é dito explicitamente, mas presentes nas entrelinhas

dos discursos e nas manifestações corporais. Consideramos esta questão crucial para o conhecimento das singularidades dos sujeitos entrevistados.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. Conceituação, epidemiologia e diagnóstico. Rev Sociedade Brasileira de Hipertensão 2004; 7 (4):130-131.
2. Passos V M A; Barreto S M; Diniz L M; Lima-Costa M F. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. Medical Journal, 2005 Mar; 123 (2): 1516-3180.
3. Alberti KGMM; Zimmet P; Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. DM, 2006; 23: 469-80
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília, 2003.
5. The World Bank. Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale Action. The World Bank. Washington, 2006. Disponível em: www.worldbank.org
6. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciência e Saúde Coletiva, 2004; 9 (4):885-895
7. Geloneze, B. Síndrome metabólica: mito ou realidade?. Arq Bras Endocrinol Metab 2006; 50 (3): 409-11.
8. Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med 2007; 20: 518-526.
9. Shi L; Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60: 201-18.
10. Smith TW; Orleans CT; Jenkins CD. Prevention and health promotion: decades of progress. New challenges and an emerging agenda. Health Psychol 2004; 23(2): 126-31
11. Mattos L; Cravo C. Síndrome Metabólica e dieta. In: Godoy-Matos AF de. Síndrome Metabólica. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 303-311.
12. Sharovsky LL; Perez GH; Romano BW; Lopes HF. Psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica. Rev Soc Cardio Estado de São Paulo 2004; 14(4):646-51.
13. Garcia RWD. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui AM; Garcia RWD, org. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2005. p. 287-303. Coleção Antropologia e Saúde.
14. Petribu K; Ribeiro ES; Oliveira FMF de; Braz CIA; Gomes MLM; Araújo Dede; Almeida NCN de; Albuquerque PC de; Ferreira MNL. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. Arq Bras Endocrinol Metab 2006; 50(5):901-908.
15. Rocha FF; Bezerra BPS. Síndrome metabólica e transtornos psiquiátricos: uma associação que não pode ser esquecida. Arq Bras Endocrinol Metab 2006; 50(6):1138-1139.
16. Espíndola CR; Blay SL. Bulimia e transtorno de compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. Rev Psiquiatr RS. 2006; 28(3):265-75.
17. Nair KM; Levine MAH; Lohfeld LH; Gerstein HC. "I take what I think works for me": a qualitative study to explore patient perception of diabetes treatment benefits and risks. Can J Clin Pharmacol 2007; 14(2): e251-e259
18. Meetoo D. Dietary pattern of self-care among asian and caucasian diabetic patients. Br J Nurs 2004; 13 (18): 1074-78.
19. Jones N; Furlanetto DLC; Jackson JA; Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. J Hum Nutr Diet 2007; 20: 486-94.
20. Samuel-Houge CD; Headen SW; Skelly AH; Ingram AF; Keyserling TC; Jackson EJ; Ammerman AS; Elasy TA. Influences on day-to-day self-management of Type 2 diabetes

- among African-American women *Diabetes Care* 2000; 23(7): 928-33.
21. Connell P; McKeivitt C; Wolfe C. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 357-61.
 22. Frich JC; Malterud K; PerFugelli. Experiences of guilt and shame inpatients with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 108-13.
 23. Condon C; Mc Carthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 37-44.
 24. Senior V; Smith JA; Michei S; Marteu TM. Making sense of risk: an interpretative phenomenological analysis of vulnerability to heart disease. *J Health Psychol* 2002; 7(2): 157-68.
 25. Garcia RWD. Representations on food intake and its implications in nutritional investigations: qualitative study with subjects submitted to dietary prescriptions. *Rev Nutr* 2004; 17(1): 15-28.
 26. Folta SC; Goldberg JP; Lichtenstein AH; Seguin R; Reed PN; Mirian NE. Factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1):1-9.
 27. Dailey R; Kendra LS; Binienda J; Moorman J; Neale AV. Challenges in making therapeutic lifestyle changes among hypercholesterolemic african-american patients and their physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98:1895-903.
 28. Lai WA; Lew-Ting C-Y; Chiet W-C. How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan. *Diabet Med* 2005; 22: 286-92.
 29. Peres DS; Franco LJ; Santos MA. Eating behavior among type 2 diabetes women. *Rev Saúde Públ* 2006; 40(2): 310-7.
 30. Goldman R; Parker D; Eaton CB; Borkan J; Cover R; Abern D. Patients' perceptions of cholesterol, cardiovascular disease risk, and risk communications strategies. *Ann Fam Med* 2006; 4(3): 205-12.
 31. Stewart J; Brown K; Kendrick D; Dyas J. Understanding of blood pressure by people with type 2 diabetes: a primary care focus group study. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 298-304.
 32. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002.
 33. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1984. p.161.
 34. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferença e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Públ* 2005; 39(3): 507-14.

4.3 Artigo 3

Life experiences facing chronic diseases

LIFE EXPERIENCES FACING CHRONIC DISEASES FOR PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME AND IMPACTS REPORTED ABOUT THE HEALTH PROMOTION

ABSTRACT: Receiving and understanding the psychological aspects associated to health problems and the difficulties to make eating behavior changes are relevant issues when treating individuals with Metabolic Syndrome. The reports given by chronic individuals in the present study allowed for analyzing the subjective expressions related to food, treatment management and patient adhesion to self care propositions. In-depth interviews and interviews for psychodynamic orientation in conducting dialogues were performed with nine patients from the endocrinology outpatient clinic of a university hospital located in Southeast Brazil. In this article, elements that mediate the process of developing autonomy in eating habits, living with the illnesses and vulnerability factors experiences by Metabolic Syndrome patients are identified in this study, such as the contribution to the analysis on clinical nutrition practice, of a multidisciplinary approach, which value listening to intersubjective questions in the therapeutic process.

Keywords: *Nutrition, behavior and change; illness and disease experience; self-care; resilience; qualitative methods.*

Metabolic Syndrome (MS) has been referred to as being a group of clinical manifestations of type II Diabetes, hypertension and obesity, among other associated metabolic symptoms (Alberti, Zimmet, & Shaw, 2006). Conceptual differences are evidenced by several authors, which, in part, make epidemiological delimitation more difficult. There is, however, consensus about the increased prevalence of these associated symptoms among the adult population in several countries (Geloneze, 2006; Opie, 2007).

International organizations debate about MS and disagree about the need to establish broad prevention measures (Alberti et al., 2006). There are also recommendations for interdisciplinary clinical practice for MS, combining contributions from different fields of knowledge in the development of specific actions for the treatment and broader public policies (PAHO, 2003; Beasley, Starfield, Van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Smith, Orleans, & Jenkins, 2004).

Several authors agree that it is possible to reduce the risk for severe cardiovascular events and even suspend the continuous use of some medications if individuals give up smoking, lead a less sedentary life, along with following a balanced diet. Furthermore, many authors encourage self care behavior (Opie, 2007; Alberti et al., 2006) as the firstline therapy for individuals with chronic metabolic disorders.

Lifestyle changes, especially eating habits are extensively disseminated as a health protection measure. Several authors, however, acknowledge that, among individuals with MS, there is low adhesion to the health promotion proposals for self care (Folta et al., 2008; Meetoo, 2004; Mattos & Cravo, 2005).

To comprehend the patients' low ability of adhesion to the self care attitudes proposed by

health care professionals, especially in terms of eating, it is necessary to surpass the frontiers of medical knowledge. Understanding the process of patient adhesion to the behavior changes proposed in health practices implies to look at understanding human behavior and subjectivity, among other psychosocial issues.

The term 'adhesion', according to Yoshimo (2007), coined in the biomedical model, consists of the group of actions expected by health professionals regarding what they prescribed to diminish patients' distress. In health practices with prevalence on the clinical look on the body and disease, the expectations regarding the individuals' behavior, that is, in terms of adhesion, tends to disregard the history, the associations between the disease and the sociocultural context and the implication of the individuals' psychological aspects in the management of their physical and psychic distress.

In more prescriptive health practices, predominant in the biomedical model, the scientific technical interventions seek to control the risk factors at the individual level (Yoshino, 2007). In these cases, a relationship is established between the subject and the object, in which the patient, when presenting low adhesion to the prescriptions, is considered responsible for losing control over the risk factors.

Approaches that offer further support to accept the manner that patients live with the process of becoming chronically ill has contributed to improve the resources for health professionals to establish a more dynamic relationship and mediate the health care process. Therefore, if there is a concern to increase the levels of MS patient adhesion to behavior change it is necessary to invest in interdisciplinary health care practices so the complexity of the process is considered as a whole.

It is frequently observed that MS patients live, for long periods of their life, with obesity, hypertension, diabetes and other correlated illnesses, such as depression, anxiety and a binge-eating disorder (Sharovsky, Perez, Romano, & Lopes, 2004). Health teams that seek to expand clinical practice have the challenge to improve the patients' ability of psychological adaptation and development to achieve autonomy in everyday care management (Corica et al., 2008).

The concept of resilience, which is interdisciplinary among the social, psychological and health environments, is a tool that permits subjects to discover their own strengths to overcome hardships. This concept contributes by expanding the listening tools in the health area, in conducting joint therapeutic process, in the encounter between patient and health professional (Melillo, Ojeda, & Rodríguez, 2006).

For Yunes & Szymanski (2001), coping is a key component in the concept of resilience, which represents a feeling of confidence that it is possible to overcome the obstacles, with emphasis on individual psychological constructs. However, the protection resulting from satisfactory parental relationships and from the available social support from the neighborhood, school, health service and community can be considered in the development of treatment strategies.

Tavares (2001) stresses that resilience is a process that varies among individuals. One situation might be for insuperable for some patients while others see it as a challenge and motivation. If the circumstances change, resilience changes according to the life history process of individuals and groups.

Evaluation studies about the factors that promote resilience have shown that self-esteem is significantly associated to the individuals' development in the sense of becoming more confident and capable of accepting and discovering mechanisms to cope

with their life history, even in the most adverse and difficult situations (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004). In the same way, the mobilization and activation performed by the family or social support groups are essential to encourage the capacity of self-regulation and self-esteem (Tavares, 2001).

Adapting to chronic illness and acquiring habits for health recovery and maintenance are complex processes that involve different points of view in the debate about the role of health teams that provide patient support and education programs (Balcou-Debussche & Debussche, 2009). Promoting patients' ability for adaptation and psychic development in the search for autonomy in treatment management could provide benefits by encouraging the development of resilience-constituting elements: self-esteem, introspection, empathy, mood, initiative, creativity, capacity for critical thinking (Melillo et al., 2006).

Considering these theoretical contributions, the objective of the present study was to analyze the subjective aspects of the personal experience of patients living with chronic illness due to MS and under treatment at an outpatient clinic. From this broader objective, a selection was made of some experiences reported by the subjects, which were related to the process of managing treatment and eating behavior, implied in chronic metabolic disorders.

Methods

This study had a clinical-qualitative design. Thus, a humanistic model in seeking to scientifically interpret the meanings that individuals' life experiences acquire, considering these persons' natural settings, is adopted. Hence, the present work had an exploratory, non-experimental character.

If one wants to explain metabolic syndrome scientifically, this is a matter for researchers of nutrology, endocrinology, metabology, and so on. But if one wishes to understand what metabolic syndrome means for the patient's

life, qualitative researches are specified. These can be psychologists, psychoanalysts, sociologists or anthropologists. But it is extremely useful for nutritionists and physicians themselves to make use of qualitative methods (Turato, 2005).

The data collection instrument in the present research was the so-called semi directed interview with open-ended questions. This approach aimed to ensure that the matter were discussed with the interviewees in depth. It has been proved to be appropriate for qualitative research within the field of healthcare, as shown in the literature (Turato, 2005; Fontanella, Campos, & Turato, 2006).

The study sample consisted of nine patients with metabolic syndrome (table 1). It was closed at this number by utilizing the saturation criterion. Thus, it was considered that the incorporation of additional interviews would make little significant contribution with regard to the objectives initially considered for this study. The transcriptions from the interviews formed the corpus for the study and were subjected to qualitative content analysis. Free-floating readings of the interviewees' responses had been made, so that the researchers would be able to familiarize themselves with the material (Fontanella, Rica, & Turato, 2008).

The interviews were conducted with patients of the Endocrinology Ambulatory of the University Hospital of Campinas, in the Southwest of Brazil. The criteria established for selecting patients were: confirmed diagnosis of metabolic syndrome by the respective medical team; clinical, emotional and intellectual conditions to the research interview; agreement to their participation, expressed through a statement declaring their free and informed consent, in accordance with the approval for the study granted by the Ethics Committee of the Institution. The following criteria were not used for patient inclusion/exclusion: gender, age, origin, marital status, family composition,

educational level, socioeconomic status and religion.

After applying the categorization strategy, the categories for this study were selected. The topics thus delineated in the present study were discussed and interpreted according to psychodynamic concepts (Ferraz & Volich, 1997). The theoretical framework encloses an interdisciplinary approach in health, in which there are psychologists, psychoanalysts and health professionals to understand and manage medical matters, such as difficulties in health professionals-patient relationship.

Results

Diet is a matter of opinion

The subjects were happy to reveal their ability to establish adaptations to their eating behaviors. They consider that reducing the use of medication and controlling the symptoms were results of their active position in view of the evolution of the process of becoming ill.

My diabetes was always high . . . The doctor told me what I was supposed to eat... I did what she said... I took the medications. The diabetes improved! The vision problem was gone. (H, ♂, 55y)

I took medications for two years . . . They suspended . . . Not eating sweets is good for me . . . eating candies all the time, I'll get diabetes. I don't have diabetes! (B, ♀, 63y)

Patients present themselves as subjects of their treatment and feel proud for being able to control the clinical manifestations of diabetes, for instance, which is one of the most common diseases among individuals with MS. The consistent self-esteem can be recognized as an element that promotes this active position.

I get good results from the treatment. . . I walk. . . I try to balance my diet. . . I take good care of myself. . . I enjoy living.

I am 62 years old and I want to live longer (B, ♀, 63y)

Diet is a matter of opinion. If you lose the opinion, the motivation. . . the treatment. . . it is all useless, worth nothing. . . (E, ♀, 53y)

The meanings of “opinion” and “motivation” linked to the diet, in this case, indicate that the changes in eating behaviors depend on the patients’ development of internal resources. The degree of autonomy to establish adaptations to eating behaviors, useful for promoting self care and the patients’ well-being, therefore, are linked to their ability to think about and develop self-esteem.

My favorite place is my bed or my sofa.

The subjective aspects identified in the study suggest that poor self-esteem is related to the individual’s lack of ability to analyze emotional conflicts. The subjects in this situation presented themselves as victims of the circumstances, assuming a motionless and passive position when facing the everyday barriers in the process of becoming chronically ill by MS.

I lost . . . my will to live. . . My favorite place is my bed or my sofa. . . That is all my life is about. (G, ♀, 49y)

Reading in-between the lines of the roll of complaints related to the subjects’ process of living with the worsening of their symptoms reveals a feeling of self-pity, a feeling that does not permit the subject to establish an active position in managing the treatment.

The health problem always gets worse. . . the back . . . kidney problems. . . the blood pressure is always high. And the bone problems. . . arthritis, knee osteoarthritis (E, ♀, 53y)

I spend my life sitting on an armchair. I’m too weak to walk, too

weak to go down the stairs, too weak to go up... (A, ♀, 48y)

The subjects’ statements of distress and physical limitations related to the feeling of self-pity were not restricted to the content of their reports. Body elements that suggest self-pity were also identified during the interviews:

I take insulin three times a day. . . on the leg (shows leg) . . . I can’t take any more shots on my belly... with time the mass grows. . . It stays purple all over, oh! (G, ♀, 49y)

The physical and emotional distress associated to the prolonged insulin use should not be minimized. However, a certain attachment to body marks configured an attempt to show powerlessness in view of the worsening of chronic disease symptoms. The look focused on physical limitations often masks the emotional fragileness that makes it more difficult for subjects to achieve resources to overcome everyday hardships.

Eating is very good!

The search for losing the excessive weight, in the MS treatment, requires patients to be autonomous to establish adaptations to their eating behaviors. It was identified that subjects who reported having poor autonomy related to food believe in an outer solution, because they do not see themselves as capable of dealing with the difficulties implied in changing their eating behavior toward self care.

... I do everything (smile) ... to see if I can get a stomach reduction, because... I’ve tried to get on a diet but ... I didn’t get anywhere (F, ♀, 37y).

Among the difficulties regarding food, there was emphasis on the loss of liberty and pleasure to eat. Subjects regret the losses and report feeling unmotivated to follow the prescribed diet.

You get used to. . . not eating this, and that. . . you have to cut

everything. . . I feel sadder because I can't lose weight. Even on a diet (F, ♀, 37y).

I practically live for the water I drink. . . I used to enjoy reading recipes, to try them. Now I lost the pleasure in that (A, ♀, 48y).

Subjects do not feel free to savor the pleasure of eating, and report feeling guilty for breaking diet rules. In this situation, they are imprisoned by the difficulty to establish positive attitudes and seek creative adaptations to their eating behaviors that would be more adequate to the process of living with a chronic illness.

The test already made me sad. . . (silence and looking down) then I go to the back of the cafeteria. . . I ate two snacks, I had soda. . . I get really nervous. Because one thing improves and the other gets worse. . . I didn't lose weight! (G, ♀, 49y).

However, when subjects are not imprisoned to prescriptions and restrictions, eating can gain new meanings. Discovering the pleasure of eating foods in a way that is in line with self care demands, the admiration by how family members and friends prepare their food, permeated by dialogue and affection are forms of bringing new meanings to eating behaviors.

In the beginning it was very difficult. . . I enjoyed eating... Eating is very good! But with time I started seeing I couldn't (B, ♀, 63y).

People. . . like how I prepare my food. . . I really like cooking. . . I enjoy making. . . *feijoada*. . . in a lighter way. . . I go to a barbecue with my friends. . . I take my beverage. . . I spend Christmas at my mother's house. . . big family. . . we decide about which plate each one will prepare (B, ♀, 63y).

To overcome the loss of pleasure and liberty in eating, individuals must assume the position of subjects of their own history and take care of themselves. In this way, it is possible for them to discover new meanings related to eating, which will collaborate to manage diet prescriptions and live with the self care demands required by the process of becoming chronically ill.

It could have been better if there was comprehension from my mother and father.

The ability to establish self care behaviors in eating is associated with the emotional development marked by significant experiences in one's life history. Eating behaviors are often a means for expressing these issues, which appear in the form that patients develop their ability for self-protection and managing self care demands.

When a child is molested by an adult, like I was. . . I was 5 years old. . . until I was 11. . . it was exactly at that time. . . that I started gaining weight. . . it could have been better if there was understanding from my mother, my father (I, ♀, 54y).

Some patients develop active positions, and are able to reestablish their self-esteem, and deal with, overcome, recover, and grow stronger. These positions offer benefits to life as a whole and, therefore, provide a better condition for an inner organization toward self-care.

I try to sow my own destiny. . . I didn't feel like doing anything, today I am back in school and enjoying it. . . I feel much more valuable now than I did before (I, ♀, 54y).

At the outpatient clinic... the rule must be obeyed

The quality of relationships between patients and the health service and the attachment with the technical team is also

noticed as a mediator of autonomy and self-esteem. In this case, these are the non-prescriptive resources that patients recognize as being the support for them to recover the self care process.

The doctor . . . who saw me last time. . . called my attention. . . she was right. . . because I was gaining weight. . . we talked a lot (D, ♂, 48y).

Patients stated some resources that can, at some point and in a certain context, promote treatment autonomy. Those resources include the trust relationships developed through dialogue, the creation of collective areas for exchanging experiences, in addition to a position of welcoming and being open to listening.

In the group. . . one motivates the other. It is easier. . . they take care of us. . . The nutritionist, the psychologist, social worker, the physician... they are ready to help (E, ♀, 53y).

However, other feelings that permeate the relationships between patients and the health team were also stated. One of them is the dissatisfaction with the rules and goals established unilaterally, which can consist of a source of isolation and loss of motivation.

At the outpatient clinic. . . rules must be obeyed. . . After I stop losing weight I quit. . . I stayed alone at home. . . lonely . . . "attacking" problems and ended up gaining weight again. (silence). That gets you removed from the surgery waiting line (E, ♀, 53y).

The health care process performed by part of the professionals does not always take patient subjectivity into consideration, which is expressed to reveal different meanings. Some patients reported lack of understanding and feel dissatisfied regarding the team, and saw themselves as victims of failing the treatment.

I've seen several nutritionists. . . but I can't lose weight. . . It's not because of eating. . . On the contrary, I've gotten really sick for not eating. . . Nobody believes it. . . I feel like a liar (C, ♀, 45y).

This experience can be understood as a way of expressing, once again, the difficulty of taking responsibility for the self care process. However, feelings of dissatisfaction or misunderstanding toward the health team should be welcomed, so that it is possible to understand their meanings with the purpose of making the support network stronger and developing the patients' ability of assuming the leading role, necessary to manage the process of becoming chronically ill.

Discussion

Consistent self-esteem is one of the intrapsychic resources that help patients live, with an active position, the process of becoming chronically ill (Melillo et al., 2006). The ability to act and become motivated for self care promotes well-being and indicates the possibility of controlling MS symptoms and risk factors, with special attention to glycemic disorders (Torsch & Ma, 2000; Perez & Romano, 2004).

The development of self-esteem is a trigger of resilience and empowerment for individuals with health care needs. It is a resource that aims at the search for a balance between risk and protection, opposed to perfectionism, considering this balance is dynamic. Therefore, it does not refer to simply improve patients' adherence to treatment or seeking a perfect, standard behavior, which is an artificial, forced perfection that hinders creativity and the ability to discover new ways of living with the process of becoming ill (Melillo et al., 2006)

To promote the self-esteem of patients living with chronic illness processes means to promote the discovery of their own strengths to overcome hardships. It is a process of

transferring the authority and responsibility of self care (Pesce et al., 2004).

The promotion of self-esteem, from this perspective, implies to consider that patients often have conceptions about health and disease that differ from the professionals' conceptions (Ailinger, Gonzalez, & Zamora, 2007). Health practices that disregard the patients' conceptions about their process of becoming ill can be seen as moralizing, judging and causing feelings of guilt for the disease. In this perspective, the idea of health promotion consists of a duty and not as a wish of patients becoming owners of themselves and their bodies, souls, and of the process of activating their life strengths (Machado & Lavrador, 2009).

Self care, as described by Machado & Lavrador (2009), is a social practice that implies the desire of transformation. A practice that is considered an ethical exercise that involves taking responsibility and inventing life possibilities that escape ailment, subjection, and self-victimization.

Subjects who report being victimized by the circumstances suggest fragileness in their autonomy for self care and assume a passive and motionless position, showing no possibility of making changes and dealing with everyday difficulties. This eventually affects treatment management. These patients focus on suffering, physical limitations and on the feeling of self-pity, which keeps them from taking responsibility for promoting their own health.

Distress is an experience of being in a passive position, because it implies the individual is under the action of an event that is somehow related to him or her. To undergo distress means being the victim of a situation that causes physical or psychic pain. It is possible, however, for distress to be experienced as the passage from passivity to activity. The disturbance that causes distress can awaken the subject to action and to the desire for self care. If this does not occur, the

person, victimized by distress, remains a stranger to him/herself (Machado & Lavrador, 2009).

The process of becoming chronically ill because of a group of metabolic disorders, as in MS, requires patients to move from passive distress to taking possession of themselves, so they are able to perform the proposed changes in eating behaviors and reduce their excessive body weight. These demands are difficult to manage because they imply symbolisms linked to the pleasure and liberty of eating.

Subjects regret losing the pleasure and liberty of eating comer, and claim being victimized by distress. However, some patients live this experience as an opportunity to develop their cooking skills, mediated by affection and the desire to achieve the potential of adapting to the limitations imposed by the chronic disorders. The support and admiration from family and friends in their social living, generated by commensality, promote the patients' potential for self care.

Health care professionals should be aware about the universe of meanings that diets and foods have for patient. When recognized, the meanings help understand the connotation that the disease has in these people's lives (Garcia, 2004).

The meanings of losing pleasure and liberty, associated with the diet, evidenced in this study, were also discussed in previous studies. Sweet foods, for instance, have been identified as being the most attractive and appreciated by individuals with type 2 diabetes. When sweets acquire a meaning of prohibition and restriction to their source of everyday pleasure, they become even more attractive. This could justify the known transgression being a new source of pleasure ('the taste of the forbidden sweet') and the paradoxical effect of the diet (Peres, Franco, & Santos, 2006).

Authors of similar studies that discuss on experience of patients with chronic metabolic

disorders, show that the perceptions related to the adhesion to the proposals of changing eating behaviors are procedural, with specific dynamics and variations according to the individuals' ethnic origin, social and cultural context, and personal experiences in living with the disease (Nair, Levine, Lohfeld, & Gerstein, 2007; Metoo, 2004; Connell, McKeivitt, & Wolfe, 2005). Managing diets and living with chronicity lead subjects to engaging in dynamic decision cycles, with potential balances. Therefore, it refers to a continuing process of evaluating risks and benefits, according to each individual's personal expectations and experiences (Fric, Malterud, & PerFugelli, 2007; Condon & Mc Carthy, 2006).

The conflict lived by patients between the process of taking responsibility for their health and the tendency to avoid that responsibility results in blaming the 'unjust situation', victimized by the condition of being ill (Jones, Furlanetto, Jackson, & Kinn, 2007). In this way, they are unable to manage diet prescriptions and adapt them to their customs, values and beliefs, which determine their eating behaviors.

Eating behavior has recognized determination in family history and childhood experiences, with repercussions on the process of organizing eating behaviors in adult life. A negative event in an individual's life, as well as living for long periods with situations involving violence or lack of family or social structure, can have significant repercussions on personal development and eating behavior.

Studies show that in both acute and chronic situations these experiences of vulnerability can mean, for some people, the encouragement for making changes or at least for adaptation and personal development. Something that is insuperable for some, can represent difficulties and positive obstacles for others, and is seen as a challenge and motivation (Pesce et al., 2004).

In the same way, the patients' experiences at health services and with the professionals

are particular and range according to the quality of health care practices and the intersection of intersubjectivities. A bond of trust permeated by dialogue and exchanging experiences, can, for instance, help to develop autonomy to thinking and act with creativity.

On the other hand, excluding rules and treatment goals that are established unilaterally make the relationships fragile and can promote isolation among patients who are unable to achieve the idealized behavior (Metoo, 2004). People who have more difficulty to establish an active position in self care are more dependent on resources offered by health practices. When those people face exclusion due to the rules imposed by the health team, they reaffirm their distress and present themselves as victimized by the lack of understanding from their caregivers.

In a theoretical article about care management, Sá (2009) considers that the specificity of health work, or what composes its essence, is the intersubjective and particular intervention characteristic of one subject over the other, in their unique experiences of life, pleasure, suffering and death. Health work, due to the focus of its intersubjective dimension, is highly demanding regarding the psychic work because it considers being responsible for others as the essence of care.

The encounter of subjectivities that occurs in health care practice can be positive, with regards to others, but can also express the desire for domination, jealousy, attacks to attachment, denying the other. This implies saying that the psychic work performed by health professionals (individually or in groups) affects the quality of health care and the health professionals, who should also consider these issues regarding their own desires and psychic conflicts to better recognize their own distress (Sá, 2009).

Active listening and welcoming subjectivities that occur in health care practices is essential for professionals that give diet orientations for

patients with chronic metabolic disorders. Foods have specific meanings, socio-psychocultural dimensions, which determine that eating behaviors are established with different meanings in the health disease process.

This study has implications for clinical practice, due to the identification of some resources, based on the patients' view, to focus

care/assistance actions on the development of autonomy in managing eating and self care in the process of becoming chronically ill due to metabolic disorders. It is mandatory for health professionals to focus on the individual, to be able to notice, in the patients themselves and in their socio-psycho-cultural context, the instruments to establish behavior changes.

References

- Ailinger, R. L., Gonzalez, R., & Zamora, L. (2007). Health and illness concepts among lower income Nicaraguan women. *Qual Health Res*, 17(3), 382-385.
- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *DM*, 23, 469-480.
- Beasley, J. W., Starfield, B., Van Weel, C., Rosser, W. W., & Haq C. L. (2007). Global Health and Primary Care Research. *J Am Board Fam Med*, 20, 518-526.
- Balcou-Debussche, M., & Debussche, X. (2009). Hospitalization for Type 2 Diabetes: the effects of the suspension of reality on patients' subsequent management of their condition. *Qual Health Res*, 19(8), 1100-1115.
- Condon, C., & Mc Carthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patient's perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 5, 37-44.
- Connell, P., McKeivitt, C., & Wolfe, C. (2005). Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract*, 55, 357-361.
- Corica, F., Cornonello, A., Apolone, G., Mannucci, E., Lucchetti, M., Bonfiglio, C., Melchionda, N. & Marchesini, G. (2008). Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the Quovadis Study. *Int J Obes*, 32, 185-191.
- Ferraz, F. C., & Volich, R. M. (org.) (1997) *Piscossoma: psicossomática psicoanalítica* [Piscossoma: psychoanalytical psychosomatic]. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Folta, S. C., Goldberg, J. P., Lichtenstein, A. H., Seguin, R., Reed, P. N., & Mirian, N. E. (2008). Factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. *Prev Chronic Dis*, 5(1), 1-9.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Fontanella, B. J. B., Rica, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad Saúde Pública*, 24(1), 17-24.
- Frich, J. C., Malterud, K., & Fugelli, P. (2007). Experiences of guilt and shame inpatients with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. *Patient Educ Couns*, 69, 108-113.
- Garcia, R.W. D. (2004). Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética [Representations on food intake and its implications in nutritional investigations: qualitative study with subjects submitted to dietary prescriptions]. *Rev Nutr*, 17(1), 15-28.
- Geloneze, B. (2006). Síndrome metabólica: mito ou realidade? [Metabolic Syndrome: myth or reality?] *Arq Bras Endocrinol Metab*, 50(3), 409-411.
- Jones, N., Furlanetto, D. L. C., Jackson, J. A., & Kinn, S. (2007). An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet*, 20, 486-494.
- Machado, L. D., & Lavrador M.C.C. (2009). Por uma clínica da expansão da vida [For a clinic to expand life]. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, 13(supl.1), 515-521.
- Mattos, L., & Cravo, C. (2005). Síndrome Metabólica e dieta [Metabolic Syndrome and diet]. In: Godoy-Matos, A. F. *Síndrome Metabólica* [Metabolic Syndrome] (pp. 303-311). São Paulo: Atheneu.
- Meetoo, D. (2004). Dietary pattern of self-care among Asian and Caucasian diabetic patients. *Br J Nurs*, 13(18), 1074-78.
- Melillo, A., Ojeda, E. N. S., & Rodríguez, D. (org.) (2006). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos da vida* [Resilience and subjectivity: the life cycles]. Buenos Aires: Paidós.

- Nair, K. M., Levine, M. A. H., Lohfeld, L. H., & Gerstein, H. C. (2007). "I take what I think works for me": a qualitative study to explore patient perception of diabetes treatment benefits and risks. *Can J Clin Pharmacol*, 14(2), e251-e259.
- Opie, L.H. (2007). Metabolic Syndrome. *Circulation*, 115, e32-e35.
- PAHO. Pan-American Health Organization (2003). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde* [Chronic diseases and obesity: the global strategy on diet, physical activity and health]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Peres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2 [Eating behavior among type 2 diabetes women]. *Rev Saúde Públ*, 40(2), 310-317.
- Perez, G. H., & Romano, B. W. (2004). O comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos [The feeding behavior and metabolic syndrome: psychological aspects]. *Rev Soc Cardio Estado de São Paulo*, 14(4), 652-660.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência [Risk and protection: looking for an equilibrium that provides resilience]. *Psic: Teor Pesq*, 20(2), 135-143.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão [The resilience in debate]. *Psicol Estud*, 9, 67-75.
- Sá, M. C. (2009). A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde [On fraternity: a psychosociological view of healthcare and the humanization of healthcare practices]. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, 13(supl.1), 651-664.
- Sharovsky, L. L., Perez, G. H., Romano, B. W., & Lopes, H. F. (2004). Psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica [Group psychotherapy in patients with Metabolic Syndrome]. *Rev Soc Cardio Estado de São Paulo*, 14(4), 646-651.
- Smith, T. W., Orleans, C. T., & Jenkins, C. D. (2004). Prevention and health promotion: decades of progress. New challenges and an emerging agenda. *Health Psychol*, 23(2), 126-131.
- Tavares, J. (org.) (2001). *Resiliência e educação* [Resilience and education]. São Paulo: Cortez.
- Torsch, V. L., & Ma, G. X. (2000). Cross-cultural comparasion of healh perceptions, concerns, anda coping strategies among asian and pacific islander american elders. *Qual Health Res*, 10(4), 471-489.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferença e seus objetos de pesquisa [Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects]. *Rev Saúde Públ*, 39(3), 507-514.
- Yoshino, N. L. (2007). O corpo em "excesso" e o culto a "boa forma"[The body "in excess" and the cult to "good shape"]. In: Canesqui AM (org.). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos* [Socio-Anthropological views about individuals chronic illness]. (pp. 111-27). São Paulo: Hucitec FAPESP.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas [Resilience: concepts, related concepts and critical considerations]. In: Tavares, J. (Org.). *Resiliência e Educação* [Resilience and education] (pp. 7-42). São Paulo: Cortez.

Table 1 - Characterization of the subjects interviewed: socio demographic data and nutritional status. Brazil, 2006-2008.

| Subjects | Age, Marital situation, Current occupation, Time registered for treatment in hospital, Nutritional state |
|-----------------|---|
| A | 48 years old, married, Housewife, 2 years of treatment, Obesity |
| B | 63 years old, married, Maid, 2 years of treatment, With abdominal fat accumulated and overweight |
| C | 45 years old, married, agricultural activity, 7 years of treatment, Obesity |
| D | 48 years old, married, Unemployed, Obesity |
| E | 53 years old, married, Housewife, 6 years of treatment, Obesity |
| F | 37 years old, married, Housewife, 13 years of treatment, Obesity |
| G | 49 years old, divorced, Housewife, 11 years of treatment, Obesity |
| H | 55 years old, married, Pensioner, 6 years of treatment, Obesity |
| I | 54 years old, divorced, Pensioner, 17 years of treatment, Overweight 5 years after the bariatric surgery |

5. RESULTADOS



Para a apresentação dos resultados foram levadas em conta as experiências pessoais de convivência com o processo de adoecimento crônicos dos sujeitos entrevistados, portadores de SM. As repostas orais, o subtexto e as expressões não verbais obtidas nas entrevistas foram organizadas em forma de categorias.

Oito categorias compuseram o conjunto dos resultados. Os títulos atribuídos às categorias expressam o conteúdo emergente do material obtido nas entrevistas, interpretadas a partir do referencial teórico psicodinâmico e das contribuições do campo da antropologia da alimentação.

5.1 Categoria 1 - O Corpo Gordo Estigmatizado: Corpo sem Saúde e sem Beleza

*O rio na minha aldeia não faz pensar em nada
Quem está ao pé dele está só ao pé dele
Acho tão natural que não se pense...
Alberto Caieiro (F.Pessoa, 1911-12)*

A rejeição à obesidade e a concepção de que o corpo gordo é um corpo sem saúde foram identificadas a partir da análise dos resultados:

[...]eu comecei a ver que eu não estava bem, estava ficando cada vez mais obesa, mais horrível, eu falo horrível mesmo, porque quem é gordo é horrível. (I, ♀, 54a)

A insatisfação em relação ao excesso de peso se fez evidente como uma questão central na sua compreensão do processo de adoecimento:

*[...]não estou agüentando[...] por causa do peso [...] (D, ♂, 48a)
[...] problema de saúde sempre agrava [...] complicando mais porque fica mais pesado[...] (E, ♀, 53a)*

5.2 Categoria 2 - O Fetiche da Cirurgia para Curar a Obesidade

A percepção dos sujeitos sobre sua gordura corporal nos revela um sentido de desvitalização. O excesso de gordura foi revelado como algo que lhe rouba saúde e que não lhe pertence.

E faz muito mal[...] sinto muito cansaço[...] O peso é muito! E a gordura[...]. estorva demais[...] (F♀,37a)

A gordura, simbolizada pelos sujeitos como algo que, além de não lhes pertencer, atrapalha suas vidas, faz emergir a dificuldade em assumir a responsabilidade pela condição de excesso de peso. Os sujeitos, ao denunciarem a falta de controle sobre seu próprio corpo, revelam também a dificuldade de lidar com suas emoções e seus conflitos.

Se tivesse peso normal não estaria correndo tanto risco assim[...] (F♀,37a)

[...] eu pensei que eu tivesse emagrecido[...] o exame me deixou triste[...] Comi dois salgados, tomei refrigerante [...] (G, ♀, 49a)

Foram revelados sentimentos de medo, tristeza e impotência, tendo em vista o insucesso na busca pela redução do excesso de peso. Associado a esses sentimentos, os sujeitos manifestaram o desejo de submeter-se às intervenções cirúrgicas indicadas para obesidade severa.

A gente tenta, tenta e não consegue perder o peso... eu fico mais triste é que eu não consigo perder o peso. Mesmo fazendo a dieta... eu deveria perder pelo menos uns 40 quilos... eu faço de tudo (sorriso) ... pra ... fazer a redução do estômago, porque todos os regimes eu fiz mas... nada consegui (F♀,37a).

A atribuição à cirurgia de uma dimensão mágica, definitiva e sem sacrifício pode ser identificada no conteúdo das entrevistas. A cirurgia se revela como salvadora e libera a pessoa do tormento do excesso de peso.

5.3 Categoria 3 - O Desejo Contido : Comer Muito pode ser Pouco para Aplacar a Fome de Ordem Emocional

Com o objetivo de explicar o ganho excessivo de peso, os sujeitos não consideram o excesso de gordura corporal como resultado das suas práticas alimentares.

[...] Eu venho ganhando peso direto [...] como muito pouco [...] ninguém acredita [...] eu me sinto como uma mentirosa [...] (C,♀,45a)

A contradição nos discursos sobre o fenômeno alimentar, expressa através de um jogo de palavras “muito” e “pouco”, nos revela que o “muito” pode ser “pouco” para satisfazer ou preencher lacunas. Lacunas que podem ser constatadas nas entrelinhas, nas manifestações não verbais ou no silêncio das entrevistas. Os alimentos, mesmo sendo “muito” e satisfazendo momentaneamente, ainda são insuficientes para aplacar uma fome de ordem emocional, que poderá se manifestar em atos de compulsão alimentar.

[...] não acharam o problema que eu tenho por não comer[...] já passei muito mal por ficar sem comer[...] (C, ♀, 45a)

[...] engordei devido à preocupação. Porque minha filha não está se dando bem também com meu genro. (G, ♀, 49a)

Os processos que originam a obesidade são revelados nas falas dos pacientes com um sentido de perpetuação na dinâmica cotidiana. As falas colocam no outro a origem da obesidade o que impossibilita qualquer forma de ação por parte do sujeito.

Não alimento bem[...] tomo 30 comprimidos por dia[...] essa é a alimentação razoável minha[...] Tenho é raiva[...] da comida[...] (A, ♀, 48a.)

O não comer declarado e a raiva da comida revelam componentes de agressividade e desejo contido. O comportamento alimentar revelado expõe o insucesso para cumprir as normas dietéticas prescritas e o sofrimento com o agravamento dos sintomas da SM, que demanda o uso de diversos medicamentos.

5.5 Categoria 4 - A Conquista da Autonomia: Resignificar a Alimentação para a Convivência com os Sintomas da Síndrome Metabólica

Foi com expressão de alegria que os sujeitos revelaram sua capacidade de estabelecer adaptações nas práticas alimentares. Consideram que a diminuição do uso de medicação e o controle dos sintomas foram por eles alcançados como resultado de uma postura ativa diante da evolução do processo de adoecimento.

A minha diabetes era sempre alta[...] A médica passou o que eu tinha que comer[...] eu segui [...] fui tomando os remédios. Baixou o diabetes! Acabou o problema de visão. (H, ♂, 55y)

Tomei remédio dois anos [...]. Suspenderam[...]. Não comer doce é um bem para mim mesmo[...] comer doce sem parar, eu vou ficar diabética. Não sou diabética! (B, ♀, 63y)

O paciente, ao manifestar-se como sujeito do seu tratamento, sente-se orgulhoso por ter conseguido controlar as manifestações clínicas, por exemplo, do diabetes, uma das doenças mais freqüentes entre os portadores de SM. A autoestima consistente pode ser reconhecida como um elemento promotor dessa postura ativa.

Tenho bom aproveitamento do tratamento[. . .] Faço caminhada[. . .] minha alimentação eu procuro balancear[. . .] Me cuido bem[. . .] gosto muito de viver. Estou com 62 anos e quero chegar a mais (B, ♀, 63y)

A dieta é uma opinião. A pessoa perdeu a opinião, perdeu o ânimo[. . .] o tratamento[. . .] é tudo inútil, tudo inválido[...] (E, ♀, 53y)

Os significados de “opinião” e “ânimo” vinculados à dieta, nesse caso, indicam que as mudanças nas práticas alimentares dependem da elaboração de recursos internos dos pacientes. O grau de autonomia para estabelecer adaptações no campo alimentar, desejáveis para a promoção do autocuidado e do bem estar do paciente, se vinculam, portanto, a sua capacidade de reflexão e de desenvolvimento da autoestima.

5.6 Categoria 5 – O Estado Depressivo e Paralisante dos Sujeitos com Dificuldades para Estabelecer o Autocuidado

Aspectos subjetivos identificados no estudo sugerem que a autoestima pouco estabelecida relaciona-se à baixa capacidade de reflexão sobre conflitos emocionais. Os sujeitos nesta situação manifestaram-se como vítimas das circunstâncias, adotando uma postura de paralisia e passividade diante das barreiras cotidianas no processo de adoecimento crônico por SM.

Perdi [...] minha vontade de viver [. . .] Meu lugar preferido é minha cama e meu sofá [. . .] Minha vida é só isso. (G, ♀, 49y)

A leitura das entrelinhas do elenco de queixas relacionadas ao processo de convivência dos sujeitos com o agravamento dos sintomas revela um

sentimento de auto-piedade. Um sentimento que não permite ao sujeito estabelecer postura ativa no manejo do tratamento.

*Problema de saúde sempre agrava [. . .] a coluna [. . .] problema de rins .
. . pressão sempre é alta. E os problemas de ossos [. . .] artrite, artrose
no joelho (E, ♀, 53y)*

*Minha vida é sentada em uma poltrona. Não agüento andar, não agüento
descer escada, não agüento subir [. . .] (A, ♀, 48y)*

As manifestações de sofrimento e de limitações físicas relacionadas ao sentimento de auto-piedade não se restringiram ao conteúdo das falas. Elementos corporais que sugerem a autopiedade foram também identificados durante as entrevistas:

*Eu tomo insulina três vezes por dia[. . .] na perna (mostra a perna) [. . .]
não agüento mais aplicar na barriga[...] com o tempo vai crescendo a
massa [. . .] Fica tudo roxo, oh! (G, ♀, 49y)*

Não se pode minimizar o sofrimento físico e emocional associado ao uso prolongado de insulina. No entanto, um certo apego às marcas corporais configurou uma tentativa de demonstrar impotência diante do agravamento dos sintomas da doença crônica. O olhar voltado para limitações físicas chega por vezes a mascarar a fragilidade emocional que dificulta o alcançar recursos para superação das adversidades do cotidiano.

5.7 Categoria 6 - Significados da Dieta: a Perda do Prazer e da Liberdade de Comer

A busca pela perda do excesso de peso, no tratamento da SM, requer do paciente autonomia para estabelecer adaptações nas práticas alimentares. Identificamos que os sujeitos que manifestaram baixa autonomia no campo alimentar apostam em uma solução externa, pois não se percebem com potencialidade para lidar com as dificuldades em alcançar mudanças no comportamento alimentar, na direção do autocuidado.

*[...] eu faço de tudo (sorriso) [...] pra ver se eu conseguia fazer a redução
do estômago, porque [...] tentativa de regime eu fiz mas [...] nada
consegui(F, ♀, 37y).*

Dentre as dificuldades que se estabelecem no campo alimentar, destacam-se a perda da liberdade e do prazer de comer. Os sujeitos lamentam as perdas e manifestam-se desmotivados para seguir a prescrição dietética.

Você acostuma[. . .] não comer aquilo, aquele outro[. . .] tem que cortar tudo[. . .] eu fico mais triste é que eu não consigo perder o peso. Mesmo fazendo a dieta (F, ♀, 37y).

Eu praticamente vivo pela água que eu tomo[. . .] gostava de ler receita, de experimentar. Agora perdi o gosto (A, ♀, 48y).

Não se sentindo livres para desfrutar do prazer de comer, os sujeitos manifestam sentimento de culpa pelo descumprimento das regras dietéticas. Nessa situação, eles se mantêm presos pela dificuldade em estabelecer atitudes positivas e em buscar adaptações criativas das práticas alimentares, que seriam mais adequadas ao processo de convivência com o adoecimento crônico.

O exame já me deixou triste[. . .] (silêncio e cabeça baixa) daí eu vou pro fim da lanchonete[. . .] Comi dois salgados, tomei refrigerante[. . .] Eu fico muito nervosa. Porque melhora uma coisa, piora outra[. . .] eu não emagreci! (G, ♀, 49y).

No entanto, quando os sujeitos não ficam presos às prescrições e restrições, a alimentação pode ganhar novos significados. A descoberta do prazer de comer alimentos de forma adaptada às demandas de autocuidado, a admiração pelo modo de preparar os alimentos por parte de amigos e familiares, permeada pelo diálogo e pela afetividade, são formas de ressignificar as práticas alimentares.

*No começo eu senti bastante dificuldade [. . .] eu gostava de comer[...]
Comer é muito bom! Mas depois com o tempo eu fui vendo que eu não podia (B, ♀, 63y).*

*As pessoas [. . .] gostam do jeito que preparo a minha alimentação [. . .]
gosto muito de cozinhar[. . .] tenho o prazer de fazer[. . .] feijoada [. . .]
mais light[. . .] Vou ao churrasco com a turma [. . .] levo a minha bebida
[...] O natal passo na casa de minha mãe [. . .] família grande[. . .]
combina os pratos que vai fazer (B, ♀, 63y).*

Para poder superar a perda do prazer e da liberdade de comer, a pessoa precisa colocar-se como sujeito de sua própria história e cuidar de si. Desta forma, poderá descobrir novos significados no campo alimentar, o que irá colaborar no manejo das prescrições dietéticas e na convivência com as demandas de autocuidado exigidas pelo processo de adoecimento crônico.

5.7 Categoria 7- Conquistas no Manejo do Tratamento a Partir do Enfrentamento de Situações de Vulnerabilidade

A capacidade de estabelecer práticas de autocuidado no campo alimentar relaciona-se ao desenvolvimento emocional marcado por vivências significativas da história de vida. As práticas alimentares são muitas vezes um canal de expressão dessas questões, que se refletem na forma como os pacientes desenvolvem sua capacidade de autoproteção e de manejo das demandas de autocuidado.

Quando uma criança é molestada por um adulto, como eu fui [. . .] tinha 5 anos [. . .] até os 11 anos [. . .] foi justamente nessa época [. . .] que eu comecei a engordar[. . .] poderia ter sido melhor se houvesse compreensão de mãe, de pai (I, ♀, 54y).

Alguns pacientes desenvolvem posturas ativas, com capacidade de restabelecer a autoestima, enfrentar, superar, restaurar-se e prosperar fortalecidos. São posturas que proporcionam benefícios para a vida como um todo e, conseqüentemente, maior condição de organizar-se internamente para o autocuidado.

Procuro fazer meu destino[. . .] não tinha vontade de nada, hoje eu voltei a estudar com gosto e prazer[. . .] estou me sentindo muito mais valorizada agora do que antigamente (I, ♀, 54y).

5.8 Categoria 8 – Autonomia versus Prescrição

A qualidade das relações do paciente com o serviço de saúde e do vínculo com a equipe técnica destaca-se também como um mediador de autonomia e autoestima. Nesse caso, são os recursos não prescritivos que os pacientes reconhecem como apoio para retomarem o processo de autocuidado.

A doutora[. . .] que me atendeu a última vez[. . .] me chamou a atenção [...] ela estava certa [. . .] porque eu estava ganhando peso[. . .] a gente conversou bastante (D, ♂, 48y).

Foram apontados pelos pacientes alguns recursos que podem ser, em determinado momento e determinado contexto, promotores de autonomia no tratamento. Entre eles, as relações de confiança desenvolvidas por meio do

diálogo, a promoção de espaços coletivos para a troca de experiências, além de uma postura de acolhimento e escuta.

*No grupo[. . .] um incentiva o outro. É mais fácil[. . .] cuidam da gente[. . .]
A nutricionista, a psicóloga, assistente social, o médico [...] eles se dispõem
a ajudar (E, ♀, 53y).*

No entanto, outros sentimentos que permeiam as relações entre pacientes e equipe de saúde também foram manifestados. Um deles é a insatisfação com regras e metas estabelecidas de forma unilateral, que podem constituir-se em fonte de isolamento e desmotivação.

*No ambulatório [. . .] a norma tem que ser cumprida[. . .] Depois que eu
empatei o peso eu saí[. . .] fiquei só em casa [. . .] sozinha [. . .]
...]"acatando" os problemas e acabei engordando outra vez. (Silêncio).
Exclui você da fila da cirurgia (E, ♀, 53y).*

A condução do processo de cuidado por parte dos profissionais nem sempre leva em conta a subjetividade dos pacientes, subjetividade que se manifesta para expressar diferentes significados. Alguns pacientes se disseram incompreendidos e insatisfeitos na relação com a equipe, apresentando-se com postura de vítimas do fracasso do tratamento.

*Passei por vários nutricionistas[. . .] mas eu não consigo
emagrecer[. . .] Não é por causa de comer[. . .] Pelo contrário, eu já
passei muito mal por ficar sem comer[. . .] Ninguém acredita[. . .] me
sinto como uma mentirosa (C, ♀, 45y).*

Essa vivência pode ser compreendida como uma maneira de manifestar, mais uma vez, a dificuldade em assumir a responsabilidade pelo processo de autocuidado. No entanto, os sentimentos de insatisfação ou de incompreensão em relação à equipe de saúde precisam ser acolhidos, para que os seus significados possam ser apreendidos. O fortalecimento da rede de apoio e o desenvolvimento da capacidade de protagonizar, necessários ao manejo do processo de adoecimento crônico.

6. DISCUSSÃO



6.1 O problema da Adesão às Prescrições Dietéticas

*No sol poente
Cor vermelho-serpente
O dia se esvai
(Vera Chvatal, 2006)*

A tendência a não assumir a responsabilidade no manejo do tratamento pode ser observada em diversas expressões dos discursos analisados. Obteve destaque na análise dos resultados a maneira de os sujeitos justificarem o ganho de peso corporal dissociada das suas práticas alimentares e vinculadas a problemas de ordem emocional ou a conflitos familiares.

Em estudos semelhantes, autores identificaram o conflito vivenciado pelos pacientes entre o processo de assumir a responsabilidade por sua saúde e a tendência a evitá-la. Um conflito que pode resultar em culpar a 'situação injusta' e perceber-se vitimados pela condição de doente (81).

Sentimentos de medo, culpa, tristeza e impotência, associados ao insucesso na realização das dietas, na busca pela redução do excesso de peso e no controle dos sintomas metabólicos, foram interpretados como uma manifestação da dificuldade de assumir uma postura ativa no tratamento. Os indivíduos, ao se mostrarem como vítimas da doença deixaram emergir tanto a falta de elementos psicológicos internos para a elaboração da capacidade de cuidar de si como o desejo de delegar a outros essa responsabilidade.

O desejo de submeter-se à cirurgia bariátrica como solução definitiva para solucionar o problema fez evidenciar-se a busca por livrar-se da gordura corporal por meio de uma solução "mágica". Uma solução que pode significar um esforço menor do que imprimir mudanças no comportamento alimentar, que exigiria certa capacidade de autorreflexão e/ou níveis elevados de autoestima.

Considerar-se como vítima das circunstâncias revela baixa resiliência, manifestada pelos sujeitos deste estudo com uma postura paralisante e passiva. As dores, o sofrimento, as limitações físicas e o sentimento de autopiedade se destacam no conteúdo dos discursos, sem demonstrar possibilidade de estabelecer mudanças e de enfrentamento das dificuldades cotidianas. Elementos que irão se refletir no manejo do comportamento alimentar e das prescrições dietéticas.

Autores reconhecem a necessidade de entender o sofrimento como uma vivência de passividade, pois sofrer é estar sob ação de algum evento que por algum motivo nos diz respeito. Sofrer é ser vítima de uma situação que gera uma dor física ou psíquica (16).

O sofrimento, no entanto, pode ser um propulsor de um movimento de superação da situação de passividade. A perturbação que gera o sofrimento deve despertar o sujeito para a ação e para o desejo de cuidar de si. Caso contrário, vitimada pelo sofrimento, a pessoa mantém-se alheia de si (16).

O movimento de passagem do sofrimento passivo para a prática de tomar posse de si, de cuidar de si, aparece neste estudo na forma de posturas ativas. Em estudo semelhante foi observado que a capacidade de restabelecer a autoestima, enfrentar, superar, de restaurar-se e de prosperar fortalecido, promove o bem estar e indica a possibilidade de controle dos sintomas, com destaque para os distúrbios glicêmicos (13,82).

O enfrentamento do sofrimento e a capacidade de mover-se em direção a sua superação dependem de muitos fatores, entre eles os mecanismos psíquicos promotores da autoestima. Pesquisadores que se ocupam com o conceito de resiliência consideram que a autoestima consistente é um dos principais recursos intrapsíquicos que favorece aos pacientes manejar o processo de adoecimento crônico (83).

O conceito de resiliência é interdisciplinar, pois abrange os âmbitos social, psicológico e da saúde. Resiliência é considerada uma ferramenta que

permite identificar as forças do próprio sujeito para superar as adversidades (83). Este conceito tem origem no campo da física dos materiais e tem sido reinterpretado para as áreas da saúde, da psicologia e da educação.

A resiliência é compreendida como a capacidade de estabelecer mudanças ou adaptações diante de situações de adversidade ou de fatores de risco, bem como de estresse físico ou mental. Sob a ótica dos profissionais da área da saúde, pacientes com maior capacidade resiliente sofreriam transformações provocadas por essas situações, conseguindo superá-las (84). Superação, não eliminação. Superação no sentido de conseguir elaborar novos significados do problema, descobrir novos sentidos para as experiências vividas (84,85,86).

Melillo et al (83) identificaram elementos centrais que sustentam as atitudes de resiliência: a autoestima consistente, a introspecção, independência, capacidade de relacionamento, iniciativa, humor, criatividade e moralidade. A capacidade de pensamento crítico também é considerada por esses autores como um elemento fundamental para o desenvolvimento de resiliência, porém, com ressalvas por este último elemento que se encontra num patamar superior quando comparado aos anteriores. Ou seja, para conseguir o pensamento crítico é necessário desenvolver outras habilidades, o que elevaria o grau de resiliência.

O desenvolvimento pessoal no plano da resiliência possibilitaria estabelecer mecanismos mediadores de autocuidado e de autonomia, na convivência com fatores de risco ou de vulnerabilidade. Segundo Yunes e Szymanski (87), os fatores de risco e de proteção são dois elementos importantes que operam na “modelagem” da resiliência. O termo *coping*¹⁴ é o componente chave, que representa o sentimento de confiança de que os obstáculos podem ser superados, com ênfase nos aspectos psicológicos (87).

¹⁴ Termo em inglês derivado do verbo *cope* que significa lutar, competir (com sucesso ou em condições de igualdade, *with* com) enfrentar, poder com (88).

A resiliência é, por um lado, um processo individual: dificuldades e obstáculos podem significar para alguns pacientes algo insuperável, enquanto que para outras pessoas esses eventos podem ser encarados como desafio e motivação, principalmente quando discutidos e acordados no processo terapêutico(89).

Por outro lado, o processo de desenvolvimento da resiliência, envolve aspectos protetores, decorrentes das relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de suporte social na vizinhança, escola e comunidade. A resiliência não é um atributo fixo do indivíduo. Se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera, podendo ser comparada ao conceito de risco. Deve ser sempre pensada como um processo, em determinado ponto da história da pessoa, e não como uma variável em si (87).

O desenvolvimento da autoestima se constitui como propulsor de resiliência e empoderamento dos indivíduos em situação de cuidado. É um recurso que está voltado para a busca de um equilíbrio entre o risco e a proteção; opõe-se ao perfeccionismo, uma vez que esse equilíbrio é dinâmico.

Não se trata, pois, de simplesmente buscar um padrão de comportamento ideal, perfeito, enquanto perfeição artificial imposta. A imposição da prescrição pode em certa medida bloquear a criatividade e a capacidade de descobrir maneiras de convivência com o processo de adoecimento ou então provocar a rejeição ao padrão de comportamento proposto (83).

Em relação à adesão às mudanças de comportamento alimentar propostas no tratamento, observou-se neste estudo uma rejeição às prescrições dietéticas. Sujeitos que manifestaram sofrimento e postura de passividade no manejo do tratamento, com dificuldades de lidar com demandas emocionais, referiram-se aos alimentos da dieta como intoleráveis, prejudiciais à saúde, de difícil preparo, entre outros atributos negativos, com declarações contrárias à adesão ao tratamento dietético.

Balcou-Debussche e Debussche (39) recomendam em artigo sobre o processo de hospitalização e período após a alta de pacientes com diabetes tipo 2 que eles necessitam mais do que a prescrição de mudanças de comportamento alimentar (entre outras práticas cotidianas). Este autores apontam que os pacientes, quando não aderem às prescrições, nem sempre é porque eles não querem fazer progressões. As razões são muitas e complexas e vão além da questão de perda de motivação (39).

A adesão, segundo Yoshimo (90) é um termo baseado no modelo biomédico. Constitui-se do conjunto de atos esperados pelos profissionais de saúde em relação a aquilo que foi prescrito aos pacientes, para alívio do sofrimento. Nas práticas de saúde em que predominam o olhar clínico no corpo e na doença, as expectativas em relação ao comportamento do indivíduo, ou seja, em relação à adesão, tendem a desconsiderar a história, as relações da doença no contexto sociocultural e a implicação dos aspectos psicológicos dos sujeitos no gerenciamento de seus sofrimentos físicos e psíquicos (91).

A questão da prescrição clínica e da adesão almejada pelos profissionais de saúde, quando centradas na doença, identifica-se com um padrão de comportamento ideal, perfeito, do paciente em relação ao tratamento imposto. É distinta de uma proposta que busca respeitar e apoiar a pessoa em situação de cuidado, no manejo e no gerenciamento de seu problema de saúde, compreendido nos âmbitos biopsicossociais e culturais.

Em práticas de saúde prescritivas, predominantes no modelo biomédico, as intervenções técnicas científicas buscam o controle dos fatores de risco no plano individual (90). Nesses casos, é estabelecida uma relação na qual o paciente, ao apresentar baixa adesão às prescrições, é responsabilizado pelo descontrole sobre os fatores de risco.

Vários autores recomendam que a busca por soluções para o problema de baixa adesão descrita na literatura médica, especialmente no que se refere às propostas de mudanças de comportamento alimentar, por parte dos portadores de

distúrbios metabólicos crônicos, não pode limitar-se à imposição de mudanças de comportamento dos indivíduos (13,34,90,91,92). De acordo com essa idéia, há necessidade de considerar a promoção da capacidade de adaptação e elaboração psíquica, para que o paciente tenha elementos para exercitar sua autonomia e sua capacidade de resiliência (32,34).

6.2 Encontro de Subjetividades no Processo de Cuidado Nutricional

As vivências dos pacientes, nos serviços de saúde e na relação com os profissionais são distintas, de acordo com a qualidade das práticas de saúde e do encontro de subjetividades. Um vínculo de confiança, permeado pelo diálogo e troca de experiências pode, por exemplo, ser favorável ao desenvolvimento da autonomia para o pensar/agir criativo.

Em sentido contrário, regras excludentes e metas de tratamento estabelecidas de forma unilateral fragilizam as relações. Metoo (36) identificou que a rigidez das regras impostas pela equipe de saúde promove o isolamento dos pacientes que não conseguem alcançar o comportamento idealizado (36).

Alguns sujeitos do presente estudo manifestaram-se como pessoas com maior dificuldade em estabelecer posturas ativas quando se trata do cuidar de si diante da forma de condução do tratamento instituída nos serviços de saúde. Mais dependentes de recursos ofertados nas práticas de saúde, alguns indivíduos, ao se depararem com a exclusão, em função de regras ou prescrições determinadas sem a participação e o diálogo, tendem a reafirmar seu sofrimento e a demonstrar-se vitimados pela incompreensão dos profissionais.

Em artigo teórico sobre a gestão do cuidado, Sá (17) considera que a especificidade do trabalho em saúde, ou o que constitui sua essência, é sua característica intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. O trabalho em saúde, pela centralidade de sua dimensão intersubjetiva, é altamente exigente

no tocante ao trabalho psíquico, pois considera a responsabilidade para com o outro a essência do cuidado (17).

O encontro de subjetividades que se estabelece nas práticas de saúde pode ser positivo, com relação ao outro, mas também pode expressar o desejo de domínio, de inveja, ataques ao vínculo, negação do outro. Isto significa dizer que o trabalho psíquico empreendido pelos profissionais de saúde (individual ou coletivamente), na realização de seu trabalho, produz efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde e sobre os profissionais, que precisam levantar essas questões também em relação aos seus próprios desejos, seus conflitos psíquicos, para um reconhecimento de seu próprio sofrimento (17).

O exercício de escuta ativa e o acolhimento de subjetividades, que se manifestam nas práticas em saúde, são essenciais aos profissionais que se ocupam com a orientação dietética de pacientes com distúrbios metabólicos crônicos. Os alimentos têm distintos significados, dimensões psíquicas e socioculturais, o que determina que as práticas alimentares se estabeleçam com diferentes sentidos no processo saúde doença.

Para Machado & Lavrador (16) seguir as prescrições como um dever e não como um desejo do paciente de tomar posse de si e de seu corpo, de sua alma, irá inibir o seu processo ativador de potências de vida. Práticas de saúde que esperam apenas a adesão dos pacientes às prescrições dietéticas e desconsideram as concepções dos pacientes sobre seu processo de adoecimento podem se posicionar como moralizantes, julgando e gerando sentimentos de culpa pela doença (16).

6.3 A Rejeição à Obesidade e o Desvio do Foco do Problema

A vivência com excesso de peso ou acúmulo de gordura é bastante comum para as pessoas com distúrbios metabólicos, assim como são freqüentes as disfunções no campo alimentar. A insatisfação em relação ao excesso de peso

se fez evidente como uma questão central na compreensão sobre o processo de adoecimento dos sujeitos deste estudo.

Os sujeitos condensam no corpo gordo toda a problemática de saúde, um pesado fardo emocional a ser carregado na vida. A gordura corporal simbolizada por um “objeto” que está no corpo, mas não pertence à pessoa, lhe rouba saúde e atrapalha o desenvolvimento das rotinas do cotidiano, revela uma determinada falta de controle sobre o próprio corpo. Ao mesmo tempo em que faz emergir a dificuldade de lidar com suas emoções e conseqüentemente com a imagem corporal.

Na cultural atual a obesidade é visualmente considerada um incômodo, uma característica que não se pode esconder, enquanto que outros distúrbios metabólicos podem passar quase despercebidos nas relações sociais. Essas percepções sobre o excesso de peso por parte dos pacientes recebem influências do fenômeno de rejeição social e cultural à obesidade.

Estudos socioantropológicos sobre as práticas alimentares e a imagem corporal apontam para uma nova moral na cultura atual: a cultura da boa forma, que exige dos indivíduos o controle de sua aparência física (93).

Segundo Yoshino (90) “cobra-se a magreza, dentro de um ideal estético cada vez mais difícil de atingir.” (Yoshino, 2007, p.112). A rejeição social e cultural à obesidade, o enaltecimento da magreza, propagado pela mídia através do culto ao corpo jovem e saudável, dissemina a idéia de que o corpo gordo é sem saúde, visualmente desconfortável, porque se encontra fora do padrão estético hegemônico (94,95).

Os valores culturais atuais estão voltados para a saúde, a juventude e a beleza. A ordem moral de nossa sociedade considera que os pecados já não são mais castigados com o inferno depois da morte: o castigo é em vida com a obesidade, a enfermidade e o envelhecimento (41).

O medo da morte vem sendo substituído pela preocupação obsessiva com a saúde. A abundância alimentar da nossa sociedade de consumo gera

temores com a imagem corporal e estética e ao medo da enfermidade se agrega o medo ao excesso de peso (41,96)

Nesse contexto, cultural, histórico e economicamente determinado, o gordo vivencia estigmas paradoxais. Por um lado é simpático, extrovertido, corresponde ao gosto pela boa mesa e pelo convívio. Por outro lado, suscita reprovação, discriminação social por portar um estereótipo de doente, depressivo e irresponsável e sem controle sobre si mesmo (90).

Na cultura vigente, há mensagens na mídia que colocam o gordo como vilão da sociedade, favorecem a opressão em relação a um tipo de indivíduo que possui no seu corpo uma marca que lhe opõe ao que é considerado ideal. Esse indivíduo não estaria cumprindo um dever, se opondo a aproveitar os recursos que estão sendo ofertados pela ciência e pelo saber biomédico, onerando a sociedade pelas conseqüências da obesidade para o sistema de saúde (95).

O processo de estigmatização de obesos e da obesidade predomina no modelo biomédico e nas suas intervenções. A delimitação dos parâmetros diagnósticos da obesidade como uma doença e um mal a ser combatido, reforçou o processo de medicalização onde predominam as abordagens unicasais e as intervenções focais. O saber técnico científico, nessa ordem, se distancia da compreensão multirreferencializada (96) do problema.

Imposto a partir da égide científica que, ao equacionar o excesso de gordura à doença, traz a culpa para as pessoas que vivenciam a condição de ser gordo, ou de imaginar-se gordo. Em nome de adquirir saúde, de ter um corpo firme, sem flacidez, o indivíduo deve ser enquadrado em programas de emagrecimento que não comportam mais o prazer. Programas que exigem disciplina e persistência (90,94,95).

O reconhecimento da gravidade da obesidade como um problema de saúde não deve impedir que os profissionais da nutrição percebam que o manejo, por parte dos pacientes, do seu processo de adoecimento crônico por distúrbios metabólicos, pode ser dificultado por essa cultura do enaltecimento da magreza.

Esta postura pode agravar a condição de saúde dos pacientes e gerar vergonha e baixa autoestima por não terem alcançado o resultado esperado.

É verdade que o excesso de peso se vincula a várias enfermidades. Mas é verdade também que o baixo peso também aumenta os riscos. No entanto, o temor por aumento de peso, com as conseqüências negativas que pode provocar na autoestima e na valorização social, incide em muitas práticas alimentares (41,97). Práticas alimentares que buscam apenas alcançar o emagrecimento (nem sempre por motivos de saúde) através de regimes restritivos podem ser mais perigosas para a saúde do que o próprio excesso de peso.

A cultura lipofóbica e a imposição de regimes de emagrecimento podem dificultar o estabelecimento de elementos psíquicos promotores de autoestima e, portanto, de resiliência. Elementos que são fundamentais, para que as mudanças de comportamento alimentar, necessárias à promoção do bem estar e melhora dos sintomas no processo de adoecimento crônico por SM, sejam alcançados.

6.5 Comer para Satisfazer Demandas Emocionais

O uso dos alimentos para preencher lacunas de ordem afetiva foi também uma maneira dos sujeitos manifestarem dificuldades em lidar com conflitos emocionais. A perda de controle emocional relatada se vinculou marcadamente à busca pela comida como uma forma de saciedade, para suprir demandas emocionais (46,98).

Na abordagem psicodinâmica de base psicanalítica, a dificuldade para diferenciar a demanda emocional do sinal fisiológico de fome pode ocorrer quando a mente não está suficientemente preparada para enfrentar o real (58,99). Os alimentos podem satisfazer em um momento, porém são insuficientes para aplacar uma fome de ordem emocional, que poderá manifestar-se em atos de compulsão alimentar, como um “recurso de fuga” de nossa mente (99).

Em situações de sofrimento psíquico o que não consegue ser vivenciado ou racionalizado, pode gerar a quebra do sistema regulador dos afetos, que poderão ser canalizados para a ação motora: a compulsão. São mecanismos que se manifestam em situações em que o aparelho psíquico encontra-se frágil, com estafa, ou porque a dor é grande demais, um trauma (99).

Nesta perspectiva, a compulsão é compreendida como um agir angustiado, repetitivo, intenso. É um conjunto de atos para “anestesiá-lo” o sofrimento psíquico e transformá-lo em dor corporal. Nas palavras de Bruno (99) “[...] o corpo vem em socorro da mente, entra em cena pra protegê-la de uma dor psíquica insuportável” (99).

Outros mecanismos psíquicos da compulsão alimentar são descritos na literatura de orientação psicodinâmica. O excesso de pulsão, que é o oposto da pulsão que gera vida, energia, pode provocar desequilíbrios emocionais graves, leva ao excesso de um determinado comportamento. É um tipo de pulsão que está associado à descarga de tensão, de dor que se manifesta no corpo, através dos atos repetitivos. O que é psíquico é vivido no corpo, que sofre com esses excessos (59,99).

Mecanismos psíquicos da compulsão alimentar são identificados em quadros clínicos de psicopatologia, em transtornos alimentares. Porém, esses mecanismos podem também ser observados entre pessoas que não apresentam tal diagnóstico, mas utilizam a comida para aplacar momentos de ansiedade ou tristeza, como visto entre os sujeitos deste estudo (58).

Bruno (58), representante da teoria psicanalítica, argumenta que nessa situação a mente desenvolve uma tentativa de evitar o aniquilamento psíquico. A pessoa desenvolve uma série de recursos intrinsecamente relacionados, que lhe garante não o conforto, mas sobrevivência. Não uma boa solução, mas uma acomodação possível (58).

Esta abordagem teórica oferece aos profissionais da nutrição uma possibilidade de compreensão sobre os mecanismos psíquicos da compulsão e

seus efeitos no campo alimentar, capaz de auxiliar no manejo do cuidado nutricional. Porém, concepções teóricas no campo da antropologia da alimentação colaboram complementarmente para o entendimento dos aspectos socioculturais de como os alimentos estão sendo utilizados na nossa sociedade de consumo, como gratificações psicológicas.

Fischler (64) argumenta que a característica de abundância da sociedade de consumo contribui para uma desordem no sistema biológico do homem contemporâneo. Uma desordem que ocorre para reverter a relação do homem com a sua comida (64).

A liberdade conferida pela nova abundância determina que o *homo sapiens* busque o prazer, deixando de preocupar-se com os limites fisiológicos. Em outras palavras, é como se o homem tenha se esquecido, historicamente e culturalmente, do princípio de realidade biológica, impedido de perceber os sinais de saciedade (Fischler, 1995, p.359).

Em nossas sociedades de abundância observamos a proliferação de sinais externos que interpelam sem cessar o nosso apetite. Apelos publicitários constantes que interferem de tal maneira na nossa subjetividade que os sinais internos de saciedade e de limite no consumo de alimentos não podem mais ser escutados, percebidos (41,64).

A industrialização e a relativa acessibilidade alimentar não trouxeram tudo o que se esperava para a saúde. Não é suficiente ter um mínimo de comida garantida, temos que nos preocupar com a moderação, variedade e equilíbrio, segundo as autoridades sanitárias, para manter ou melhorar nossa saúde, de uma sociedade sedentária, fazendo com que tenhamos que negar-nos e abster-nos dos inimigos que são culpáveis por incrementar os problemas de saúde. Evitar o colesterol e os açúcares, que a indústria de alimentos nos apresenta de maneira tão sedutora e prazerosa (10).

Para Gracia (10) encontramos-nos em um triângulo paradoxal – hedonismo, saúde e estética - de difícil resolução diante da necessidade diária de comer e selecionar alimentos:

Como negar a uma boa parte das ofertas alimentares que veiculam a mensagem predominante de comer bem e com prazer, com satisfação física, psicológica e social? Comer para atender ao hedonismo?

Como resistir aos apelos culinários deliciosamente ofertados e assumir o perigo de comer o que não é recomendável para a saúde? Assumir o perigo de colocar-se em contato com os vilões da atualidade – colesterol, açúcares, alimentos refinados, gorduras saturadas – que colocam a saúde em risco e promovem o envelhecimento? Comer para manter a saúde?

Como manter a beleza e juventude eterna: comer (ou não comer) para alcançar a estética do corpo magro a qualquer custo? Comer nutrientes e fibras para garantir (ou desejar) o corpo delgado e a estética juvenil?

No entanto, segundo Gracia (10) o critério básico de eleição de alimentos e o seu preparo buscam a satisfação do paladar, minando seus sentidos. Como se pode interiorizar e por em prática as três mensagens sem contradizê-las, sem criar problemas de saúde física e/ou mental (10)?

É preciso reconhecer que se trata de uma crise alimentar que não ocorre isolada. É uma manifestação das várias dimensões de uma crise no sistema alimentar mais ampla e cíclica. É uma atualização de outras crises não só alimentares, que não são inéditas na história da civilização (Fischler, 1995, p.360).

Uma das reações a essa crise contemporânea e à massificação dos alimentos é a manifestação dos consumidores de sua necessidade de sentir-se identificado com sua comida. Vários setores desse sistema reconhecem essa necessidade de busca de identidade e valorizam seus produtos dando-lhes certificação de origem, etiquetas biológicas, ecológicas, orgânicas, a comida com rótulo, atendendo diferentes demandas de consumidores em busca de identidade no consumo de seus alimentos (41, 100).

Podemos observar que novas dinâmicas alimentares já estão em curso. Turmo (100) ressalta que os grupos (tribos) de comedores individuais prevalecem entre os jovens, identificados com o estilo de comportamento alimentar *vagabond feeding*¹⁵. Essa forma de se alimentar marca a identidade do jovem, estabelecida nas ruas, mais do que na família (100).

No entanto, Fischler já questionava em meados dos anos 90 o rumo dessas manifestações: “[...] como saber se as novas tendências poderão chegar a reconciliar o bom com o são, a arte culinária e a nutrição? O prazer e a necessidade?” (Fischler,1995,p.378). São questionamentos instigantes e desafiantes para aqueles que se estão interessados em novas possibilidades de atuação na prática de cuidado nutricional.

6.5 Significado da Dieta: A perda do prazer e da liberdade de comer

Existe um universo de significados das dietas e dos alimentos, para os pacientes, aos quais os profissionais de saúde, envolvidos na prática do cuidado, devem estar atentos. Os significados, ao serem reconhecidos, colaboram para compreender o sentido da alimentação e da imagem corporal na vida dessas pessoas (101).

Significados de perda do prazer e da liberdade, atribuídos à dieta, evidenciados neste estudo, foram também discutidos em outros trabalhos. Os alimentos doces, por exemplo, identificados como os mais atraentes e apreciados por portadores de Diabetes tipo II, ao adquirirem o sentido de proibição e cerceamento de uma fonte de prazer em seu cotidiano, transformaram-se em algo ainda mais atrativo, o que poderia justificar a conhecida transgressão como uma nova fonte de prazer (‘o gosto do doce proibido’) e o efeito paradoxal da prescrição dietética (102).

¹⁵ Termo em inglês. Ver definição no rodapé da página 31 desta tese.

Autores de estudos semelhantes, que discutem a vivência de pacientes com distúrbios metabólicos crônicos, demonstram que as percepções relacionadas com a adesão às propostas de mudanças das práticas alimentares são processuais, com dinâmicas próprias e variações conforme origem étnica, contexto social e cultural e experiências individuais na convivência com a doença (36,103,104).

O manejo das prescrições dietéticas e a convivência com a cronicidade levam os sujeitos a se engajarem em ciclos de decisões dinâmicos, equilíbrios potenciais. Trata-se, portanto, de um processo contínuo de avaliação do risco e dos benefícios, de acordo com as expectativas pessoais (103,105).

Sob o prisma da abordagem sociocultural as práticas alimentares se relacionam com enfermidades crônicas a partir da interação dos fatores culturais, biológicos e psicológicos historicamente determinados e em constante mudança. Para Messer (7) os profissionais que se ocupam com o fenômeno alimentar devem considerar as implicações culturais e nutricionais do conjunto de crenças alimentares e dietéticas em contextos sócio-culturais e econômico-culturais “cambiantes” (7).

A racionalidade nutricional biomédica em oposição à racionalidade cultural desse fenômeno é uma das questões a serem enfrentadas no atual contexto “cambiante” de nossa sociedade. Os significados das dietas e o manejo que os pacientes estabelecem de suas práticas alimentares nos revela a dificuldade, ou melhor, os obstáculos que a racionalidade nutricional biomédica impõe para ressignificar a comida e a cozinha.

Carceres e Expeitix (97), ao tratarem da percepção de riscos alimentares em um estudo etnográfico sobre o comportamento alimentar na Espanha, identificaram que o risco vinculado ao consumo alimentar está relacionado à saúde e à estética. O risco de uma alimentação não saudável se contrapõe aos benefícios de uma dieta correta. De acordo com a forma de consumo e ao conjunto da dieta, os alimentos, ou bem podem ser um verdadeiro

perigo ou podem ser uma panacéia, graças às suas propriedades terapêuticas e preventivas. Trata-se da ambivalência da alimentação, seu grande potencial positivo e negativo sobre o bem estar físico (Carceres e Expeitix, 2002 ,p.329).

A racionalidade biomédica analisa a comida como forma de expressão, comunicação, mas descarta os inúmeros significados que ao longo da história das sociedades foram construídos sobre a comida. Somente se fala em comida e dieta para se obter saúde, evitar a doença e como alcançar um corpo delgado. No tratamento a regularidade alimentar, a dieta baseada em critérios nutricionais, desconecta a comida e os alimentos de fonte de prazer, inclusive “satanizando” alguns alimentos que são maus para a saúde (106).

Em um contexto contemporâneo de consumo abundante de alimentos, característico de nosso modelo alimentar, a dieta individualizada é a manifestação de uma fragmentação da prática alimentar que carece de comensalidade (106). Práticas de cuidado nutricional centralizadas na prescrição dietética contribuem para a perda do prazer de comer, para o isolamento e a culpabilização pelos insucessos alcançados nas tentativas de mudança de hábitos alimentares.

Em artigo que analisa práticas de cuidado nutricional na França, Matthieu (52) aponta características desta prática que ampliam a atuação profissional e superam o modelo biomédico centrado na prescrição dietética. O grupo de profissionais estudado revelou não estar preocupado com uma imagem ideal do corpo e desta forma não definiam um corpo objeto a ser “consertado” por meio de uma sujeição normativa dietética (52).

Os profissionais estudados por Matthieu (52) identificaram-se com uma prática holística, de concepção do paciente em seus vários aspectos bio-psico-sócio-culturais. O objetivo da prática do nutricionista (e de outros profissionais ocupados com o cuidado nutricional) indicado foi o de promover maior reflexividade do paciente sobre si mesmo, ressaltando a importância da alimentação no cotidiano, tendo em vista que essa prática é capaz de demonstrar nossa relação conosco. Nesse sentido, esse grupo de profissionais considera que

as soluções para os problemas nutricionais não devem ser puramente técnicas (52).

A regulação culinária, identificada no referido trabalho (52) é percebida pelos profissionais estudados não como uma ruptura temporal dos costumes e sim como um processo de reeducação em longo prazo, aspirando uma alimentação equilibrada. Esse processo demanda a necessidade de repensar a relação cotidiana do indivíduo com ele mesmo, uma reorganização global do cuidado de si mesmo o que demanda um processo reflexivo (52).

No entanto, o autor tece uma crítica importante sobre as concepções dos profissionais que participaram de sua pesquisa.

Se o desejo dietético pretende uma análise do próprio sujeito sobre sua identidade e é guiado por uma lógica de responsabilidade, então todo o aumento de peso é necessariamente vivido como um fracasso do sujeito sobre si mesmo. Assim se dá a confrontação, sem mediação nenhuma, com sua própria identidade, de maneira dolorosa. E o indivíduo é o único culpado (Matthieu,2002,p.93)¹⁶.

A falta de apoio psicológico para estabelecer um processo reflexivo capaz de gerar a capacidade de reorganização de práticas alimentares foi observada entre os sujeitos deste estudo. O relato de vivências diante dos fracassos nas tentativas de seguir as orientações dietéticas perda de peso ou de melhora dos sintomas dos distúrbios metabólicos crônicos fez emergirem sentimentos de solidão e culpa.

Esses resultados apoiados pela literatura reforçam a necessidade imperiosa da busca pela interdisciplinariedade, para que seja possível acolher e apoiar os fracassos (entre outras inúmeras demandas desse campo), em tratamentos para melhora do estado nutricional. No entanto, os próprios profissionais da nutrição podem assumir uma postura acolhedora de partilhar com o paciente a responsabilidade no processo de cuidado.

¹⁶ Texto original em espanhol traduzido pela autora da tese

6.6 Novas Possibilidades na Prática do Cuidado Nutricional: Comensalidade e Família

A prescrição dietética também pode ser vivenciada como uma oportunidade de desenvolver-se por meio da arte culinária, mediada pelo afeto e pelo desejo de ativar o potencial de adaptação às limitações impostas pelos distúrbios crônicos. O apoio e a admiração de amigos e familiares no convívio social, engendrados pela comensalidade, são promotores da potencialidade de autocuidado, observadas neste estudo.

Sentimento de orgulho de saber cozinhar e a valorização pessoal reconhecida pelo saber culinário demonstram o potencial desta prática cotidiana, que implica a comensalidade. O apoio de familiares e amigos, assim como a falta deste, foi ressaltado como determinante na organização de práticas alimentares com adaptações para alcançar os resultados desejados pelos sujeitos no manejo do tratamento.

Sob o enfoque sociocultural esse tema é discutido no contexto das mudanças culturais rápidas e significativas da atualidade que provocam interferências significativas na identidade alimentar, como um fenômeno oriundo do modelo de consumo que atinge a todos. Entre a tecnologia e a publicidade são destruídas as referências culturais da alimentação e o alimento convertido em um objeto sem história conhecida. A indústria proporciona um fluxo de alimentos sem memória e o consumidor acaba sem saber o que está comendo (41).

A indústria de alimentos e os agentes distribuidores recorrem ao discurso biomédico para vender mais os alimentos-mercadorias. Os produtos agregados de valor com propriedades funcionais se difundem e prosperam no mercado da alimentação (97).

Em contrapartida, manifestações sociais contra essa cultura alimentar massificada e sem identidade, podem ser observadas nas práticas sociais. A proliferação de grupos de vegetarianos, consumidores orgânicos, participantes do *slow food*, entre outros, sugerem a necessidade do homem contemporâneo de

resgatar as referências culinárias e identificar-se culturalmente por meio da alimentação (41).

A magnitude da alimentação na sociedade se identifica na individualidade desse fenômeno, mas também no seu aspecto imperioso de coletividade, ou seja, da comensalidade. Millán (60) afirma que ao mesmo tempo em que uma necessidade individual, intransferível, que não pode ser retardada por muito tempo, que cada um tem de dar conta de alimentar-se, é também sempre coletiva.

A busca de alternativas dietéticas identificadas no contexto cultural dos sujeitos em situação de cuidado nutricional pode representar a promoção do sentimento de pertencimento por meio da comensalidade. Comer e beber juntos são acordos implícitos de renunciar uma parte em favor de outro. Afirma o coletivo, pois ocorre o partilhar de cada comensal (60).

As práticas alimentares na família e em outros contextos sociais devem ser abordadas no processo de cuidado nutricional. As relações intrafamiliares que se estabelecem em torno da “mesa”, relações mediadas pelos alimentos, podem fornecer elementos importantes para compreender os mecanismos psicodinâmicos e socioculturais que auxiliarão na organização da alimentação, na identificação da identidade alimentar, da comensalidade, para apoiar o manejo das mudanças do comportamento alimentar no processo de adoecimento crônico por SM.

7. CONCLUSÕES



*De tudo ficaram três coisas
A certeza de que estamos começando
A certeza de que é preciso continuar
A certeza que podemos ser interrompidos antes de terminar
Façamos da interrupção um caminho novo
Da queda, um passo de dança
Do medo, uma escada
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro
(Fernando Sabino)*

A questão da adesão às propostas de mudanças de comportamento alimentar por parte de pacientes em tratamento para SM implica um redirecionamento do olhar dos profissionais envolvidos com a prática do cuidado nutricional. O exercício de escuta acurada dos pacientes e a percepção de aspectos psicológicos e culturais, por parte de nutricionistas e de outros profissionais da saúde que se ocupam da alimentação na sua prática clínica, contribuem para as mudanças de compreensão sobre os determinantes do comportamento alimentar.

Os pacientes ao revelarem raiva e rejeição à comida e à dieta denunciam um tipo de prática clínica centrada na prescrição dietética e na doença. Nesse sentido observamos que a racionalidade biomédica prescritiva explicitada nas entrevistas, nutricionalmente saudável, pode gerar a rejeição aos alimentos, a perda do prazer e da liberdade de comer.

Elementos mediadores no processo de desenvolvimento de autonomia nas práticas alimentares, na convivência com os agravos e com fatores de vulnerabilidade vivenciados pelos pacientes demandam a abordagem interdisciplinar. Uma abordagem que valoriza questões subjetivas e possibilitam a reorganização das práticas alimentares e no processo de autocuidado.

O processo de autocuidado depende, por sua vez, de um exercício de reflexão do sujeito em situação de cuidado, um olhar para si mesmo. Nesse sentido, são desveladas possibilidades de identificar e interferir nos mecanismos psíquicos que colaboram na manutenção da utilização dos alimentos como forma de preencher lacunas de ordem psíquica.

A dissociação das práticas alimentares como determinantes do ganho excessivo de peso, revelam dificuldades de lidar com conflitos, manifestadas por meio de posturas passivas no manejo do tratamento. A baixa capacidade de resiliência e dificuldade de assumir a responsabilidade sobre o processo de adoecimento vinculam-se a essa postura.

A utilização de alimentos para satisfazer demandas emocionais dificulta o estabelecimento de mudanças nas práticas alimentares para os sujeitos em tratamento dietético. Os significados atribuídos às dietas como perda de prazer e cerceamento da liberdade, igualmente colaboram negativamente para o desenvolvimento da prática de autocuidado.

A rejeição à obesidade e a insatisfação com a imagem corporal proporcionou um desvio do foco do processo de cuidado relativo aos distúrbios metabólicos que não são facilmente percebidos nas relações sociais. O manejo, por parte dos pacientes, do seu processo de adoecimento, pode ser dificultado pela cultura lipofóbica de enaltecimento da magreza e rejeição à obesidade, agravando, dessa forma, sua condição de saúde.

O saber culinário, a valorização da identidade da cultura alimentar e a comensalidade foram valorizados pelos sujeitos. A potencialidade destas práticas deve ser reconhecida quando estamos diante da reorganização do comportamento alimentar ajustado às necessidades nutricionais. Práticas que possam promover o bem estar da pessoa em situação de cuidado numa perspectiva integrativa de corpo e mente culturalmente contextualizada e historicamente delimitada.

A cozinha como contexto e o cozinhar como forma de expressão de liberdade, de prazer, de convivência e criatividade são elementos que podem ser pensados também no processo de cuidado como uma possibilidade de alcançar resultados mais positivos no processo de manejo do adoecimento crônico por distúrbios metabólicos. A cozinha e a culinária podem ser vistas como uma mediação para “alimentar” o processo de cuidado de pessoas portadoras de SM.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Garcia RWD. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p.p.287-303. Coleção Antropologia e Saúde.
2. Canesqui AM; Garcia RWD (org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 303p. Coleção Antropologia e Saúde.
3. Oliveira NLS; Smeke ELM. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM (org.). A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001. p.p.115-36.
4. Campos GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de Saúde da Família. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec; 2003.185p.
5. Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo:Hucitec FAPESP; 2007. 149p.
6. Moysés MAA, Geraldi JW, Collares CAL. As aventuras do conhecer: da transmissão à interlocução. Educ Soc 2002; 78:91-116.
7. Messer E. Perspectivas antropológicas sobre la dieta. In: Contreras, Jesús (compilador). Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres. Universidad de Barcelona, 1995.p.p.28-81.
8. Fernadéz, R. Creencia biocultural y profilaxis con productos yodados: el caso de Escobinos. In: Gracia, MA. (coord.). Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España. Barcelona: Ariel, 2008.
9. Gracia MA. La emergencia de las sociedades obsogénicas o de la obesidad como problema social. Rev.Nutr. 2009; 22(1):5-18.
10. Gracia MA (coord.). Somos los que comemos: estudios de alimentación y cultura en España. Ariel: Barcelona; 2008. 382p.

11. Rodrigues EM, Toledo FP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev Nutrição 2005; 18(1):119-128.
12. Sociedade Brasileira de Hipertensão I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. Conceituação, epidemiologia e diagnóstico. Rev Sociedade Brasileira de Hipertensão 2004;7(4):130-31.
13. Perez GH; Romano BW. O comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. Rev Soc Cardio Estado de São Paulo 2004;14(4):652-60.
14. Mattos L & Cravo C. Síndrome Metabólica e dieta. In: Godoy-Matos AF. Síndrome Metabólica. São Paulo: Atheneu, 2005.p.p.303-11.
15. Steemburgo T, Dall'Alba V, Gross JL, Azevedo MJ. Fatores dietéticos e Síndrome Metabólica. Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51(9):1425-1433.
16. Machado LD, Lavrador MCC. Por uma clínica da expansão da vida. Interface- Comunic Saúde Educ 2009;13(supl.1):515-521.
17. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. Interface- Comunic., Saúde, Educ. 2009;13(supl.1):651-664.
18. Carvalho MC, Martins A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. Ciên. Saúde Coletiva 2004; 9(4):1003-1012.
19. Batista Filho M; Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública 2003;10(sup1):S181-S191.
20. Monteiro CA; Moura EC; Jaime PC; Lucca A; Florindo, AA; Figueiredo ICR; Bernal R; Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. Rev. Saúde Pública 2005;39(1):47-57.
21. Monteiro CA; Mondini L; Costa RBL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). Rev. Saúde Pública 2000;34(3):251-8.

22. Darmon N; Briend A; Drewnowski A. Energy-dense are associated with lower diet costs: a community study of French adults. *Public Health Nutrition* 2004;7(1):21-27.
23. Mendez MA; Monteiro CA; Popkin BM. Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *Am J Clin Nutr* 2005;81:714-21.
24. Ferreira VA; Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6):1792-800.
25. Alberti KGMM, Zimmet P & Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *DM* 2006;23:469-80.
26. Geloneze B. Síndrome metabólica: mito ou realidade?. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006;50:409-11.
27. Opie LH. Metabolic Syndrome. *Circulation* 2007;115: e32-e35.
28. Passos VMA, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. *Medical Journal* 2005;123:1516-3180.
29. Oliveira EP, Souza MLA, Lima MDA. Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural do semi-árido baiano. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006;50(3):456-465
30. Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global Health and Primary Care Research. *J Am Board Fam Med* 2007;20: 518-526.
31. Shi L, Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60:201-18.
32. Smith TW, Orleans CT, Jenkins CD. Prevention and health promotion: decades of progress. New challenges and an emerging agenda. *Health Psychol* 2004;23:126-31.

33. Sarno F, Jaime PC, Ferreira SRG, Monteiro CA. Consumo de sódio e síndrome metabólica: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009; 53(5):608-616.
34. Corica F, Cornonello A, Apolone G, Mannucci E, Lucchetti M, Bonfiglio C, Melchionda N, Marchesini G. Metabolic syndrome, psychological status and a quality of life in obesity: the Quovadis Study. *Int J Obes* 2008;32(1):185-91.
35. Folta SC, Goldberg JP, Lichtenstein AH, Seguin R, Reed PN, Mirian NE. Factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. *Prev Chronic Dis* 2008;5:1-9.
36. Meeto D. Dietary pattern of self-care among asian and caucasian diabetic patients. *Br J Nurs* 2004;13:1074-78.
37. Sharovsky LL, Perez GH, Romano BW, Lopes HF. Psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica. *Rev Soc Cardio Estado de São Paulo* 2004;14:646-51.
38. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília, 2003.
39. Balcou-Debussche M, Debussche, X. Hospitalization for Type 2 Diabetes: the effects of the suspension of reality on patients' subsequent management of their condition. *Qual Health Res* 2009; 19(8), 1100-1115.
40. Garcia RW. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr* 2003;16(4):83-492.
41. Contreras, JH. Los aspectos culturales en el consumo de carne. In: Arnaiz, Mabel Gracia (coord.). *Somos los que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*. Ariel: Barcelona; 2002. pp.221-48.
42. Vieira CM. A contribuição dos organismos de consumidores para a promoção da qualidade dos alimentos [Dissertação]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.

43. Boog MCF; Vieira CM; Oliveira NL; Fonseca O; L'Abbate S . Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: “comer... O fruto ou o produto?”. Rev Nut 2003;16(3):281-293.
44. Rios J. O direito como instrumento de mobilização social – um estudo de caso: o movimento pela conquista e aplicação do Código de Defesa do Consumidor [Dissertação]. São Paulo(SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.
45. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev Nut 2005;18(1):85-93.
46. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. Rev Psiquiatr RS 2006; 28(3):265-75.
47. Canesqui AM. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui AM; Garcia RWD (org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.pp.167-210.
48. Garcia RWD. Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações pra o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. Cad. Debate 1994; 2:12-40.
49. Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. Rev. Nutr. 2003;16(4):365-386.
50. Garcia RWD. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. Cad. Saúde Publi. 1997; 13(3):455-467.
51. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do desejo. 4ª.ed, Petrópolis: Vozes; 1996. 326p.

52. Matthieu L. Dietética y reflexividad el cuidado de sí mismo contemporáneo. In: Millán AAF (compilador). Arbitrario cultural: racionalidad y irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine. La Val de Onsera: Barcelona, 2005. pp.83-94.
53. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Ed. Vozes, 4ª ed., 2010.688p.
54. McDougall J. Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. 2ª. Ed.São Paulo: Martins Fontes; 2000. 194p.
55. Eksterman A. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. Rev.Bras.Psican. 1994;28(1):9-24.
56. Mello Filho J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre:Artmed; 1992.385p.
57. Ferraz FC, Volich RM (org.). Psicossoma: psicossomática psicanalítica. Casa do Psicólogo; 1997.231p.
58. Bruno CANB. Considerações sobre os distúrbios alimentares a partir da teoria psicanalítica. In: Psicossoma III. Interfaces da psicossomática. Volich RM, Ferraz FC, Ranña W (orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.p.p.159-70.
59. Spada PV. Aspectos psicológicos da alimentação. In: Vínculo mãe/filho. Nóbrega FJ. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.p.7-12.
60. Millán A. Malo para comer, bueno para pensar: crisis en la cadena socioalimentaria. In: Arnaiz, Mabel Gracia (coord.). Somos los que comemos: estudios de alimentación y cultura en España. Ariel: Barcelona; 2002.p.p.277-95.
61. Harris M. Bueno para comer. Madri:Alianza, 7ª.ed., 2009.331p.
62. Millán AAF. Introducción. In: Millán AAF. (compilador). Arbitrario cultural: racionalidad y irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine. La Val de Onsera: Barcelona, 2005.p.p.11-25.

63. Rozin, Paul. Perspectivas psicobiológicas sobre las preferencias y aversiones alimentarias. In: Contreras, Jesús (compilador). Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres. Barcelona:Universidad de Barcelona,1995. pp.85-109.
64. Fischeler C. Gastro-nomia y gastro-anomia: sabedoria del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. In: Contreras, JH. Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres. Barcelona:Universitat de Barcelona. 1995:357-380.
65. Batista Filho M, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(sup.2):S247-S257.
66. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo:Hucitec; 2007.269p.
67. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. 80p.
68. Gonzalez Rey. Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Caminhos e desafios. São Paulo:Thompson Pioneira; 2002.188p.
69. Spink MJP, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: Spink MJ (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. pp.17-39.
70. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Rev Port Psicos 2000;2(1):93-108.
71. Canesqui AM, Garcia RWD. Ciências sociais e humanas nos cursos de nutrição. In: Canesqui AM (org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.p. 255-74.
72. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39(3):507-14.

73. Boog MCF. A pesquisa qualitativa no campo da alimentação e nutrição. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, (org.). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Anais do Seminário Interno de Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos olhares, Unicamp, Campinas, 2005.p.p.97-108
74. L'Abbate S, Smeke ELM, Oshiro JH. A educação em saúde como um exercício de cidadania. Saúde em Debate, 1992; 32:81-85.
75. Lopes LC, Simões R, Martins RCB, Vieira CM. Oficina de saúde: ações interdisciplinares de promoção do auto cuidado. In: 8o. Seminário de Extensão, 2006, Piracicaba/São Paulo. Anais do 4ª. Mostra Acadêmica. Piracicaba/São Paulo: Universidade Metodista de Piracicaba; 2006.
76. Vieira CM. Relembrando a escola. In: Aguiar M (org.). Psicodrama e emancipação. São Paulo: Ágora; 2009. p.p. 156-165.
77. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999. 336p.
78. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev. Latino-Am Enfermagem 2006; 14(5):812-20.
79. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública 2008; 24(1):17-27.
80. Golzalez-Rey F. O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito. Petrópolis:Vozes; 2004.181p.
81. Jones N, Furlanetto D L C, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. J Hum Nutr Diet 2007; 20:486-494.
82. Torsch VL; Ma GX. Cross-cultural comparison of health perceptions, concerns, and a coping strategies among asian and pacific islander american elders. Qual Health Res 2000; 10(4): 471-489.

83. Melillo A, Soriano R, Méndez J, Pinto P. Salud comunitaria, salud mental e resiliencia. In: Melillo A, Ojeda ENS, Rodríguez D (org.). Resiliencia y subjetividad: los ciclos da vida. Buenos Aires: Paidós 2006.p.p.288-300.
84. Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicol Estud* 2004;9(1):67-75.
85. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic: Teor Pesq* 2004;20(2):135-143.
86. Chacra FC. Uma clínica ampliada para atender famílias. 2004 manuscrito
87. Yunes MAM; Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares, J. (Org.). Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez 2001. pp. 7-42.
88. Michaelis. Dicionário inglês-português, português – inglês. Melhoramentos: São Paulo, 1985.
89. Tavares J (org.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez 2001.144p.
90. Yoshino NL. O corpo “em excesso” e o culto da “boa forma”. In: Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo:Hucitec FAPESP 2007.p.p.111-27.
91. Canesqui AM. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo:Hucitec FAPESP 2007.p.p.87-108.
92. Barsaglini RA. “Com açúcar no sangue até o fim”: um estudo de caso sobre o viver com diabetes. In: Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo:Hucitec FAPESP 2007. p.p.54-85.
93. Contreras JH. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zinac. Cuadernos de Antropologia-Etnografia* 2005; 27:31-52.
94. Ferreira FR. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface* 2008;12(26):47-83.

95. Sudo N, Madel Luz T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Ciêns. Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1033-40.
96. Martins JB. Contribuições epistemológicas da abordagem multirreferencial para a compreensão dos fenômenos educacionais. *Rev. Bras. Educ.* 2004; 26:85-94.
97. Carceres J, Expeitix E. Riesgo alimentario y consumo: percepción social de la seguridad. In: Gracia, MA. (coord.). *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España.* Barcelona: Ariel, 2002.p.p.317-348.
98. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciêns. Saúde Coletiva* 2007; 12(6):1641-50.
99. Bruno CANB. Comulsão e distúrbios alimentares. *Ciência e Vida. Psique* 2009; 39.
100. Turmo IG. Comida de pobre, pobre comida. In: Gracia, MA. (coord.). *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España.* Barcelona: Ariel, 2002.p.p.300-316.
101. Garcia, R.W. D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Rev Nutr* 2004;17(1):15-28.
102. Peres DS, Franco LJ, Santos M A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Públ* 2006;40(2):310-317.
103. Condon C, Mc Carthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patient's perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5:37-44.
104. Connell P, McKeivitt C, Wolfe C. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract* 2005; 55:357-361.
105. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Experiences of guilt and shame in patients with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. *Patient Educ Couns* 2007; 69:108-113.

106. Gracia MA. Comer mucho, comer poco, no comer: razones culturales para la anorexia nerviosa. In: Millán, AAF. (compilador). Arbitrario cultural: racionalidad y irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine. La Val de Onsera: Barcelona, 2005. pp.51-64.

ANEXO



ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP.

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-7187

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 13/03/06.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 809/2005

CAAE: 1738.0.146.000-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “O SENTIDO DAS MUDANÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR PARA PORTADORES DE SÍNDROME METABÓLICA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carla Maria Vieira

INSTITUIÇÃO: FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/12/05

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 20/12/07

II - OBJETIVOS

Conhecer os significados da vivência de portadores de Síndrome Metabólica relacionada com as mudanças no comportamento alimentar propostas em settings do cuidado nutricional e nas atividades educativas com grupos na atenção primária.

III - SUMÁRIO

É uma pesquisa qualitativa, com aplicação do método de pesquisa clínico qualitativo. Serão avaliados cerca de 60 pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes tipo 2 e/ou dislipidemias e/ou obesidade atendidos no HC/UNICAMP. Serão realizadas entrevistas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está bem estruturado. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi adequando às normas da Resolução 196/96 e complementares, estando em uma linguagem de fácil compreensão, conforme solicitação dos assessores.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de dezembro de 2005.


Prof. Dr. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

APÊNDICES



APÊNDICE 1

Modelo do instrumento de coleta de dados

Roteiro/Diário de Campo (Instrumento Auxiliar de Pesquisa)

Significados Psicológicos da Alimentação e de Mudanças deste Hábito Relatados por Pacientes Crônicos com Síndrome Metabólica Vistos em Ambulatório Universitário: Um Estudo Clínico-Qualitativo

Entrevista Nº

Local (Instituição):

Cidade e data: / / /

Início: hs. Término: hs. - Duração em min.:

Parte 1 – Dados pessoais de identificação do entrevistado:

- 1) Nome completo:
- 2) Endereço:
- 3) Sexo:
- 4) Data de nascimento: __/__/____ . Idade em anos completos:
- 5) Situação conjugal atual
- 6) Profissão e Ocupações

Parte 2 – Dados da entrevista semidirigida de questões abertas (gravados em fita)

- 7) Pergunta disparadora:
Comece contando como é que você vem se dando com o tratamento.
- 8) Conte como se faz para seguir à risca as recomendações dadas sobre alimentação.
- 9) Relate com você lida com as dificuldades de manter-se firme na dieta proposta.
- 10) Fale como você se arranja em casa ou fora para cuidar da alimentação.
- 11) Conta como é essa história do prazer em comer.
- 12) Comente como se sente desfrutando boa comida com pessoas próximas.
- 13) Conte como se faz para resistir ao prazer quando se tem que fazer uma dieta
- 14) Gostaria de comentar mais algo sobre essas coisas que conversamos?

Parte 3 – Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

- 15) Apresentação do informante, comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), riso, sorriso, choro e afins.

Parte 4 – Dados clínicos do paciente obtidos no prontuário e com equipe de saúde:

- 16) Tempo suposto do início do problema
- 17) Diagnóstico Clínico
- 18) Outros problemas de saúde mental registrados em prontuário

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Instituição: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ)

Pesquisa: “Sentidos das mudanças do comportamento alimentar para portadores de Síndrome Metabólica”

Pesquisadora: Carla Maria Vieira – nutricionista e aluna de doutorado em Saúde Mental

Responsável: Prof. Egberto Ribeiro Turato – orientador da pesquisa

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da FCM / Unicamp - (19) 3788-8926.

Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental – (19) 3788-7206

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O **objetivo** desta pesquisa científica é conhecer **experiências de vida de pessoas**, que apresentam problemas de saúde que são ligados à hipertensão arterial (pressão alta), diabetes tipo 2 (do adulto) e obesidade, e que também são conhecidos como “Síndrome Metabólica”. As vivências que desejamos estudar são as relativas às **possíveis mudanças nos hábitos de alimentação** que são normalmente propostas nas consultas com profissionais da equipe de saúde.

Para tanto, será realizada **entrevista**, se necessário dividida em duas vezes, podendo durar aproximadamente uma hora. Durante a entrevista, você será convidado(a) a falar sobre assuntos colocados pela entrevistadora para que os objetivos deste estudo sejam alcançados.

Os registros feitos durante a entrevista ficarão em **sigilo**, não sendo divulgados aos profissionais de saúde que atendem nesta Instituição. Mas trechos dos relatos serão estudados em reunião fechada de pesquisadores de um grupo que estuda reações psicológicas frente a doenças, sem no entanto revelar a identidade do(a) colaborador(a). O relatório final, com citações anônimas, **estará disponível a todos** quando concluído o estudo, inclusive para apresentação em congressos e publicação em revistas científicas.

Poderá não haver **benefícios** diretos ou imediatos para você, enquanto entrevistado(a) deste estudo, além da oportunidade de você poder falar livremente de suas coisas. No entanto, poderá haver mudanças, futuramente, na melhora aos cuidados prestados a pacientes, tais como você, quando profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões da pesquisa.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em Campinas SP, homologado, protocolo número 809/2005.

Este **TERMO**, em duas vias, é para certificar que eu, _____, *concordo* em participar na qualidade de voluntário(a) do projeto científico acima mencionado, sem gastos ou ganhos financeiros diretos para nenhuma das partes. Por meio deste documento, dou *permissão* para ser entrevistado(a) e para estas entrevistas serem gravadas em fita cassete.

Estou *ciente* de que as fitas gravadas ficarão em posse do pesquisador para prosseguimento do estudo, mas também disponíveis a mim, e finalmente serão apagadas em 05 anos. Os resultados do estudo serão divulgados, considerando o conjunto das informações dadas por várias pessoas entrevistadas, porém sem que meu nome ou de nenhum outro participante apareçam associados à pesquisa.

Estou *ciente* de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas de nosso grupo de pesquisa poderão conhecer o conteúdo para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou *ciente* de que não estão previstos riscos para minha saúde que sejam resultantes da participação na pesquisa.

Estou *ciente* de que, durante a entrevista, poderei ter recordações e emoções, que talvez eu não gostaria de lembrar e de sentir.

Estou *ciente* de que sou livre para recusar a dar resposta a possíveis questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação, a qualquer momento, sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo neste serviço.

Por fim, estou *ciente* de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas elas deverão ser respondidas, a meu contento, ao final da entrevista.

NOME: _____ **ASSINATURA:** _____

Pesquisadora: _____

Entrevistado: _____

Testemunha: _____

Entrevista N. _____ **Local:** _____ **Data:** _____