



1

## **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

**Maria Marta Amâncio Amorim**  
**Doutoranda em Enfermagem/Educação em Saúde/UFMG**  
**[martamorim@hotmail.com](mailto:martamorim@hotmail.com)**

### **1. INTRODUÇÃO**

O diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) é uma das doenças crônicas mais comuns na contemporaneidade e com impacto na saúde pública no âmbito mundial, implicando em problemas sociais - diminuição da qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, contribuição para o surgimento de outras doenças e econômicos - redução da produtividade dos portadores e altos custos de tratamento (SBD, 2009).

O tratamento baseia-se no plano alimentar, atividade física, medicamentos anti-diabéticos e/ou insulina, com fins de restabelecimento da concentração sanguínea da hemoglobina glicada (ADA, 2010). Dentre os diversos tipos de auto-cuidado, a alimentação é uma questão reconhecida como um dos principais problemas para essas pessoas quanto à adaptação às recomendações dietéticas e ao controle permanente de desejos, sensações e ansiedades (ANDERSON et al., 1998).

Assim a pessoa com DM 2, após o diagnóstico médico deverá adotar uma nova filosofia de comer, reestruturando a sua rotina. A formação de novos hábitos alimentares inicia com os rompimentos dos limites de sentido considerados comuns, como os comportamentos realizados antes de ser doente e em seguida com as rupturas profundas na biografia e auto-conceito dos envolvidos (BURY, 1982). Esse processo é geralmente acompanhado por um estado de tensão psíquica, por sentimentos confusos vivenciados, nos quais misturam ansiedade e certa nostalgia ante a ordem passada (MAISONNEUVE, 1977;

A convivência com os limites impostos pela condição de ser uma pessoa com DM 2 é cheia de conflitos, rupturas, questionamentos e inconformismo. O conhecimento da experiência e da subjetividade dessas pessoas, dos significados por eles atribuídos à alimentação favorecem a identificação dos aspectos limitantes e da forma como elas articulam aspectos diferentes que se interagem na produção do auto-cuidado e conseqüentemente no controle glicêmico.



2

Uma das formas de se aprofundar na visão subjetiva da pessoa com DM 2 é buscar suas representações sociais. As representações sociais que se pretende estudar são partilhadas pelos sujeitos com DM 2 e são relativas a um objeto do seu entorno, as práticas alimentares. Elas fazem parte da vida diária dos sujeitos e da sociedade, carregam em si a força dos seus pensamentos, que inseridos no contexto social, experienciam os sabores e os dissabores de um cotidiano marcado pela convivência com uma doença crônica. A partir do levantamento das representações sociais sobre a alimentação, objetivo do presente estudo, pretende-se aproximar do comportamento alimentar, com o intuito de compreender como as informações referentes à comida associadas ao conviver com o DM 2 são incorporadas pelos participantes no seu cotidiano.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte (UBS). Os usuários com diagnóstico de DM 2, levantados dos registros da UBS fizeram parte da amostra e foram excluídos aqueles com complicações crônicas da doença (n=34). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, pelos pareceres 061.0.410.203/09 e 0061.0410.203-09A, respectivamente.

A coleta das representações sociais foi realizada por meio da técnica de associação livre de palavras, solicitando aos sujeitos que falassem quatro palavras ou expressões, após serem estimulados pela questão indutora: *quando se fala em alimentação do diabético, o que vem à sua mente?* Logo após foi solicitado que apontassem a evocação considerada mais importante com a respectiva justificativa. As entrevistas foram gravadas no programa de computador *Free Audio Editor 2009*<sup>®</sup> e as falas transcritas na íntegra. As categorias e subcategorias foram levantadas e os discursos dos sujeitos interpretados com base na técnica de análise do conteúdo (BARDIN, 2006), adotando com referencial teórico a teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 2004).



### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Três categorias referentes às representações sociais da alimentação das pessoas com DM 2 - alimentação saudável, restrições e dificuldades, impregnadas de significados culturalmente determinados e de experiências pessoais foram levantadas.

#### **3.1. Alimentação saudável**

A representação “alimentação saudável” emergiu dos discursos dos participantes e revestiu-se não somente do significado científico, mas também do subjetivo, social, religioso, econômico, hedônico e identitário. Quatro subcategorias, normal, saudável, evitar doces e comer verduras e frutas foram eleitas para nortear a discussão dessa representação.

##### *3.1.1. Alimentação normal*

Como a alimentação cotidiana desses participantes assemelha-se à anterior, antes do advento da enfermidade e também à alimentação de outras pessoas, eles a classificaram como normal: “desde quanto fiquei sabendo que era diabético em 1996 eu tenho uma vida normal”, “a alimentação minha é normal do dia a dia, eu me sinto bem” e “eu me sinto bem, eu como normal”.

A caracterização da alimentação em “normal” pelos participantes advém das convicções íntimas muito fortes sobre esse assunto, que resultam das experiências pessoais (MINTZ, 2001) e que dão as pessoas o sentimento de ser um verdadeiro especialista no quesito alimentação. Segundo Santos (2008) o comer, uma prática socialmente construída, é uma das necessidades básicas do ser humano, que os indivíduos reservam algum espaço e tempo em suas vidas para essa atividade.

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

Reduzir a quantidade de alimentos por meio das prescrições alimentares é uma prática comum entre as pessoas advinda do imaginário simbólico referente a



4

representação da energia dos alimentos (LUPTON, 1996). Embora os carboidratos, lipídeos, proteínas, nutrientes, geradores de energia, sejam conhecidos e façam parte do cotidiano popular (SANT'ANNA, 2003) a compreensão da manutenção do equilíbrio desse nutrientes, guardando uma relação de proporções entre si, ainda é incipiente.

Diferentemente da abordagem empregada pelos participantes para caracterizar a alimentação, o normal do ponto de vista científico, refere-se à dieta ou a alimentação adequada, ou seja, regida pelas leis fundamentais da alimentação, referentes à quantidade, qualidade, harmonia e adequação. Os termos alimentação e dieta, são sinônimos e referem-se aos alimentos consumidos e selecionados adequadamente no dia a dia, tanto por enfermos como por sadios (SOLÁ, 1988).

Porém, no senso comum dieta refere-se a uma lista de alimentos permitidos e proibidos com respectivas quantidades que devem ser comidos geralmente como forma de conter o peso. A partir desse conhecimento, um dos participantes confidenciou que a simples redução de alimentos recomendada pelo médico, que não proibiu o consumo de determinados alimentos, não foi considerada por ele uma dieta: “o médico disse para eu diminuir, mas nunca passou dieta”.

Ao perceberem o mal-estar, taquicardia, tremores e suores os leigos e os profissionais da saúde recomendam uma estratégia simples e de fácil execução para combater os sintomas da hipoglicemia, conforme relato: “O médico do convênio da empresa me disse que como viajo o tempo todo é bom eu chupar uma bala, senão pode dar hipoglicemia”.

A informação “comer em intervalos regulares evita a hipoglicemia” ainda não circula comumente entre as pessoas. Os lanches intermediários entre as refeições são recomendações recentes e ainda pouco difundidas entre as pessoas, principalmente aquelas com diabetes: “Eu como normal, sem exagero. Tomei café da manhã, depois, eu só almoço e eu não fico sem jantar. Faço 3 refeições”.

Muitas pessoas ainda têm o pensamento errôneo de que se deve comer quando tem fome, hábito muito antigo e arraigado, praticado desde a pré-história em que as pessoas comiam até se fartar e depois quando a fome aparecia novamente.

### *3.1.2. Alimentação saudável*



5

O comportamento alimentar é constituído por representações construídas pela preocupação em selecionar alimentos saudáveis, conforme relata uma participante: “devo comer coisas saudáveis”.

“Comer coisas saudáveis” significa comer alimentos que proporcionam saúde. Os profissionais da mídia veiculam propagandas de produtos alimentícios associando o consumo desses alimentos aos efeitos benéficos ao organismo. Assim a saúde torna-se o eixo norteador para as escolhas alimentares das pessoas.

Essa participante possui a crença de que a glicose poderá ficar normal se ela aceitar o metabolismo do seu organismo acometido pelo DM 2: “devo aceitar o metabolismo do meu organismo para ele ficar mais no nível normal. Depois que a gente adoece voltar a trás é muito difícil, principalmente para o diabético”.

Como essa enfermidade não tem cura, o seu organismo não poderá retornar ao estado anterior de normalidade, mas ela poderá encontrar o equilíbrio dinâmico entre a saúde e a doença. Segundo Canguilhem (2006) a saúde constitui um conjunto de comportamentos assumidos pelo indivíduo que obedecem e toleram as variações das normas ao ultrapassar as crises orgânicas para instalar uma nova ordem fisiológica. O funcionamento saudável do corpo depende do equilíbrio harmonioso entre as forças externas como a dieta e o ambiente, assim como as influências internas, fraqueza herdada ou estado de espírito (HELMAN, 2009). Assim ao vivenciar e expressar os seus sentimentos de negação do DM 2, ela poderá lidar com essa situação de uma forma harmoniosa, aceitando a doença e colocando em prática as normas da alimentação saudável.

Outra característica a ser observada na seleção dos alimentos contribuiu para o entendimento do conteúdo representacional da alimentação saudável: “Consciência para comer. Temos que ter consciência do que vai comer, não é qualquer coisa que entra, se ele for comer uma comida que não serve, ele pode passar mal.”

Para esse participante a comida possui um significado simbólico que se inicia com a seleção consciente, primando pela qualidade ao excluir alimentos que podem fazer mal: “não é qualquer coisa que pode entrar” e “comida que não serve”.

Embora a alimentação seja um processo consciente e voluntário pelo qual o ser humano seleciona os alimentos para o seu consumo, recomenda-se que não seja centrada nos hábitos alimentares e instintos, pois o homem não tem consciência de suas



6

verdadeiras necessidades químicas (CHAVES, 1978). Porém quando os alimentos são consumidos em excesso, em horários muito espaçados, com níveis elevados de microorganismos ou parasitas, não adequados à patologia do indivíduo podem provocar alterações do estado nutricional (SOLÁ, 1988).

Aprendemos desde cedo a incorporar gostos, alimentos e tipos de comida e esse aprendizado, apesar de individual, insere-se no contexto cultural mais amplo e determina a valoração dos diferentes tipos de alimentos. Esse aprendizado é mediado por nossos pais, adultos com grande respaldo afetivo, conferindo ao comportamento alimentar um poder sentimental duradouro (MINTZ, 2001). Os hábitos alimentares são formados pela seleção dos alimentos que se pode comer ou pela discriminação entre o que é comido por nós e o que é comido por outros, definindo a identidade do indivíduo (WOORTMANN, 2006).

Outro participante ao selecionar alimentos que irão fazer parte da alimentação, evita comida gordurosa, expressão evocada em primeiro lugar: “Eu não exagero. Gordura eu evito a máximo, ainda mais com esse problema da vesícula. Eu não tenho muita preocupação”.

Para colocar em prática o comportamento de evitar as gorduras, deve-se conhecer e saber identificar na alimentação os alimentos gordurosos, embora esses conhecimentos não garantam para a maioria das pessoas o seguimento do plano alimentar recomendado, pois esses alimentos são carregados de representações sociais.

Segundo Woortmann (2006) até os anos de 1950 a gordura foi muito valorizada no Brasil, como símbolo de comida forte e fartura, destacando-se a carne de porco e seus derivados, como o bacon, banha, lingüiça, carne bovina, nata e manteiga. Na contemporaneidade esses alimentos são considerados inimigos (LAPLANTINE, 2004), mesmo assim, são consumidos em todas as refeições, seja na forma visível, como na gordura presente na carne, na manteiga do pão ou na invisível, como no óleo usado na cocção das preparações, na gema do ovo e na manteiga constituintes do bolo.

Além da preocupação com a gordura, ao partilhar a refeição com os familiares, preparada pela esposa, o participante procura adaptar-se às normas sociais, ao deixar de lado no prato o que não pode comer, respeitando assim a esposa: “o que ela faz e eu não posso eu deixo de lado”.



7

Outro participante ressalta o cuidado da esposa na seleção de alimentos mais leves para o jantar, servindo para ele pequenas porções de alimentos: “Como pouco e nas horas certas, assim eu vou levando a vida. À noite eu tomo mais é uma sopa, mingau de aveia, pois não pesa no estômago. Como frutas. A minha esposa cuida de mim, se não fosse ela”.

No contexto familiar as decisões alimentares e o preparo das refeições são em grande parte delegadas à dona de casa (POULAIN, 2004), que define dentro das suas possibilidades os alimentos que irão compor a refeição e a forma que será distribuída entre os membros da família, cabendo ao pai a provisão dos gêneros alimentícios conforme sua renda (WOORTMANN, 2006).

A representação da alimentação adequada desse participante inclui selecionar alimentos *light* com a finalidade de contribuir para a manutenção do controle glicêmico: “A comida nossa é *light*. Para tá sem problema. Como mais feijão, arroz, muita verdura crua”.

Novos produtos como os *light* e os *diet* foram introduzidos no mercado e divulgados pela mídia, sem esclarecimentos sobre a sua composição, deixando o consumidor às vezes confuso ao empregar esses termos para designar os alimentos que consome. Na realidade, existe na sociedade a crença de que as pessoas com DM 2 devem consumir alimentos *diet*, caracterizados por serem isentos de um ou mais ingredientes da fórmula original ou que foram integralmente trocados por outra substância. Os alimentos *light* devem apresentar uma diminuição mínima de 25% de nutrientes ou calorias em relação ao alimento convencional.

Selecionar o pão como alimento saudável integrante da alimentação diária faz parte da representação da alimentação das pessoas com DM 2: “Como pão. O pão não faz tanto mal, porque ele é leve”. O pão pode fazer bem à saúde, se comido em quantidade moderada. O equilíbrio é mantido por meio da vigilância constante, caso contrário, explica a participante, “se erra a mão um pouquinho”, descontrola o metabolismo.

Essa participante não possui a crença de que a pessoa com DM2 não pode comer alimentos ricos em carboidratos, como o pão, arroz, macarrão e tubérculos que nascem debaixo da terra. Antes da descoberta da insulina, os médicos prescreviam uma dieta



8

restrita nesses alimentos. Na contemporaneidade, muitas pessoas ainda continuam afirmando que esses alimentos são prejudiciais ao controle metabólico da pessoa com DM 2.

O receio de acontecer algo ruim é o pensamento dominante de algumas pessoas com DM2. Por isso elas controlam a vontade de comer grandes quantidades do alimento preferido. A aceitação do plano alimentar faz parte do esforço em transformar a doença em naturalidade, habitualidade, perda do desejo e modificação dos valores (SILVA, 2008).

### 3.1.3. Evitar doce

As pessoas gostam e sentem prazer ao comer alimentos adocicados, pois o sabor doce causa sensações de recompensa e bem-estar, transmitidas do cérebro para o corpo. Pode-se observar pelos relatos que cada um dos participantes desenvolveu estratégia própria para se defender do desejo tentador de manter os antigos hábitos alimentares: “doce não pode nem falar”, “eu gosto de doce, mas eu não como”, “doce, parei de fazer e de comer”, “evitar ao máximo o açúcar, porque o diabético não pode comer açúcar” e “às vezes eu faço doce, mas não como”.

Controlar a vontade de come doce, tradicionalmente proibido no plano alimentar, é um dos grandes desafios da pessoa com DM2, pois esses alimentos servidos nas festas de casamento, aniversários e outras confraternizações, têm um significado especial de pertencimento à sociedade em que se vive. Segundo Proust (1995) como não conseguimos mudar o hábito conforme nosso desejo, conseguimos aos poucos mudar o desejo. Assim a situação que gostaríamos de mudar se torna indiferente.

“Tenho medo de doce, da batata, do macarrão”, depoimento de uma das participantes, que decorre da vivência com o DM 2, o qual se aflora ou retrai em momentos distintos, evidenciando que viver implica em uma experiência que não está previamente definida, mas que gradualmente, vai sendo construída.

O medo é uma espécie de sentimento de angústia e fragilidade, uma aquisição humana e que se relaciona com a subjetividade do temor pela perda do corpo ou pela falta de algo que faz sentido sobre o corpo (HEIDEGGER, 2005).



#### 3.1.4. Comer verduras e frutas

Os participantes receberam orientações nutricionais dos profissionais da saúde referentes ao consumo de verduras e frutas: “alimentar do jeito que pedem, mais verduras e frutas” devido aos benefícios de proteção que proporcionam esses alimentos: “os legumes ajudam na alimentação”.

Comer verduras e frutas representa para esses participantes uma estratégia de alimentação saudável que foi construída com a informação recebida pela mídia e pelos profissionais de saúde. Essa informação origina-se das evidências científicas convincentes de que as verduras, legumes e frutas diminuem o risco da obesidade, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares.

Porém alguns participantes já acostumados com o consumo diário desses alimentos deixam de consumi-los no domingo, dia destinado ao descanso para a maioria dos cristãos: “Folha e legumes, de segunda a sábado. Eu sinto normal, nessas coisas. É almeirão, é alface, é couve com legumes. Eu já to acostumada. No domingo a gente falta”.

Comer verduras e frutas envolve mudança de comportamentos que aflige valores e experiências anteriores. Portanto, os determinantes e constituintes do risco e seus conceitos agregados como perigo, medo, confiança e proteção devem ser avaliados (GOMES, 2007).

O consumo desejado das verduras e frutas ainda tem sido muito limitado (LOCK et al. 2005) no Brasil. Desde a antiguidade e em muitas comunidades esses alimentos são considerados secundários, pois não dão saciedade e não satisfazem as necessidades alimentares (ZALUAR, 1985; ALVES; BOOG, 2008). Assim a simples prescrição não tem valor para o leigo, há que se considerar a construção sócio-cultural do risco que a envolve. Cada grupo constrói o seu conceito dos alimentos a partir dos seus aspectos identificadores que incluem além do valor biológico, os valores sociais, afetivos e culturais dos alimentos e das preparações (ALVES; BOOG, 2008).

Alguns participantes mencionam os alimentos preferidos: “gosto de verdura”, “eu adoro banana e os alimentos que não gostam: “maça eu não gosto, pois dá fome” e “só não gosto de pepino”. Outros citam a alternativa utilizada para evitar a monotonia alimentar: “de vez em quando eu compro melancia e abacaxi”.



10

As preferências alimentares consistem numa expressão de identidade que opera por meio da experiência e socialização, podendo variar de uma sociedade para outra. A memória, o impacto do primeiro aprendizado alimentar e algumas formas sociais aprendidas através do aprendizado permanecem, talvez para sempre na consciência das pessoas (MINTZ, 2001).

As interações pessoais e relações propiciadas pela prática da comensalidade favorece as relações afetivas, mas podem interferir no seguimento do plano alimentar, conforme depoimentos: “a gente faz uma festinha e não dá para segurar”, “o meu marido diz que “nós vamos ficar verde de tanto comer folha”, “eu perdi minha mãe, eu não estava seguindo a dieta direitinho por causa do hospital”, “eu como bolo, de vez em quando, quando eu vou à casa da minha mãe, lá na casa da minha mãe eu desconto”.

A intimidade do ato de comer, a necessidade da companhia de amigos, parentes ou o colega mais próximo seja em casa ou na rua despertam emoções, leis e reações. As pessoas preferem sair para comer acompanhadas por aquelas que têm ligação afetiva e que valorizam a comida caseira (GARCIA, 1997). Assim às vezes é necessário que algum membro da família deixe de ingerir algum tipo de alimento de sua preferência para compartilhar a refeição com a pessoa com DM 2 ou casos em que a pessoa necessite de se alimentar separadamente, quando não é possível o acordo da alimentação comum com os membros da família (PONTIERI; BACHION, 2010).

### **3.2. Restrições**

A recomendação da alimentação desses participantes é percebida como proibitiva, restritiva e unilateral, sendo diferente do padrão alimentar adotado antes do advento da enfermidade: “a dieta deve ser rigorosa, às vezes eu não posso comer tudo, tudo meu é dietético”, “alimentar o que pode” e “não podemos comer massa”.

As normas alimentares não podem ser tão restritivas e radicais, como as expressas por esses participantes. O controle intenso dos cuidados restritivos não é tão fácil de ser colocado em prática e pode se tornar estressante e desnecessário, quando os participantes se defrontam com a dualidade dos desejos impulsivos de fazer aquilo que desejam e as normas a serem seguidas (MARCELINO; CARVALHO, 2007).

O comportamento de comer em excesso produz conseqüências negativas, pois foi reforçado negativamente, tendo em vista que uma participante relata “não podemos



11

comer muito, pois faz mal para o diabético ou para qualquer pessoa, pois dá um certo mal estar”. Nesse sentido esse comportamento torna-se mais difícil de ocorrer devido à percepção dos sintomas de mal estar.

O comportamento relacionado ao seguimento do tratamento prescrito tem conseqüências naturais imediatas muito fracas, sendo primeiramente iniciado a partir de regras, para somente depois ser mantido por meio dos benefícios obtidos a longo prazo (COELHO; AMARAL, 2008). As relações entre as regras e as contingências devem ser analisadas a fim de compreender quais são as contingências de reforçamento presentes no ambiente de vida dessas pessoas, pois as instruções dadas pelos profissionais de saúde poderão competir com as mesmas contingências que mantinham os comportamentos habituais do indivíduo (FRANCIONI; SILVA, 2007).

Uma participante segue a regra recomendada pelo médico de não seguir a dieta de uma forma muito rigorosa, consumindo esporadicamente os alimentos não permitidos: “Nunca fazer extravagância e nunca fazer regime demais. Eu não faço aquele regime, pois a pessoa que faz um regime rigoroso morre mais depressa”.

Devido à complexidade do comportamento alimentar, não se deve simplesmente suprimir alimentos ou preparações que são parte das práticas alimentares estruturadas dos sujeitos. As restrições alimentares devem impor aos sujeitos alternativas alcançáveis e desejadas, a partir dos constituintes das representações que permitam manter as características da vida habitual (GARCIA, 1997).

### **3.3. Dificuldades**

Apesar de todo o conhecimento acerca das ações a serem realizadas para manter o controle metabólico, alguns participantes insistem em manter velhos hábitos alimentares e não seguem o plano alimentar, pois tem dificuldades: “Eu não sigo direito as orientações. Por eu não seguir as orientações a minha diabetes não é controlada”

Segundo Laplantine (2004) a pessoa que não obedece às prescrições é punido pela doença e se arrepende, vivendo um processo contínuo de justificação permanente. De outro lado, se a dieta é muito restritiva pode emergir nas pessoas com DM 2 o desejo pelos alimentos permitidos. Efetiva-se então a transgressão à dieta, que na realidade é uma fuga às difíceis exigências percebidas por essas pessoas no seguimento do plano



12

alimentar (SANTANA, 2002), podendo provocar amargura, tristeza e assim muitas vezes os alimentos são acompanhados por sentimentos negativos, como a sensação de perda do prazer de comer e beber (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

O adoecer é acompanhado por sentimentos negativos, pois as pessoas se deparam com algo invasivo e diferente e manifestam sentimentos de incapacidade, conforme relato: “Não consigo fazer dieta. Eu gostaria de ter força de vontade para fazer dieta”.

A enfermidade pode atingir o “eu” da pessoa com DM2, a sua auto-estima, a qualidade de vida, a capacidade de amar, de ter esperanças, bem como as possibilidades e qualidades de relações pessoais (ROSSI, 2005). Os indivíduos pessimistas tendem a lidar com as situações estressantes através da negação e não exercem esforços continuados de alcançar os seus objetivos (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2004).

Trabalhar fora de casa implica em comer em restaurantes e isso dificulta o cumprimento do plano alimentar, conforme relatos dos participantes: “não faço como deveria fazer, por causa do meu trabalho de representante comercial” e “ no restaurante é complicado, eles põe o arroz com macarrão e batata frita, só coisas que você não pode comer”.

Diferentemente do contexto familiar, no qual as decisões alimentares são em grande parte delegadas à dona de casa, nos restaurantes o consumidor constrói individualmente a sua escolha.

Os restaurantes criam múltiplas opções de servir as refeições que variam desde o prato-feito até o *self service*. No prato-feito as preparações e respectivas quantidades são definidas pelo restaurante, mas o cliente pode solicitar a diminuição da quantidade conforme experiência relatada por um participante: “Às vezes eu como PF (prato-feito). Eu peço para retirar uma coisa. Eu peço para diminuir no arroz ou só como o macarrão. No sistema *self service* a decisão das preparações que irão compor a sua refeição é delegada ao consumidor, conforme depoimento desse participante: “Quando é *self service*, eu como mais é legumes e verduras”.

A escolha alimentar efetuada nos restaurantes tem um impacto maior na adequação do plano alimentar em relação ao domicílio (POULAIN, 2004).



13

Ao comparar as sensações que a sua alimentação proporcionava ao corpo antes da enfermidade outro participante relata que necessita comer menor quantidade de alimentos. Hoje a sua alimentação cheia de restrições não lhe dá conforto, conforme relato: “Educar a alimentação. Antes de ser diabético a educação em relação a alimentação fazia parte, a alimentação dava mais conforto”.

Mesmo na presença da doença e ciente que o alimento desempenha função de acaento (HELMAN, 2009), ele deverá construir sua saúde organizando-se e estabelecendo uma relação de conforto consigo mesmo, com o outro e com o ambiente em que vive. Os indivíduos possuem a capacidade inata de aplicar conhecimentos adquiridos no transcorrer da vida devido à percepção dos desejos, sede, fome, cansaço, afeto e solidão e também pela transmissão de conselhos e experiências advindas da convivência com os familiares e amigos (MIRANDA-JÚNIOR et al., 2005).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Uma parte significativa dos relatos apontou que as representações sociais sobre a alimentação dos participantes estão relacionadas à alimentação saudável. A análise das práticas discursivas distribuídas nas sub categorias, normal, saudável, evitar doces e comer verduras, legumes e frutas permitiu acessar as representações das pessoas com DM 2 sobre esse tema recorrente, presente em todas os momentos da vida cotidiana e carregado de representações sociais. Assim na contemporaneidade, a pessoa com DM 2, ao fazer escolhas alimentares fica diante de um grande impasse sobre os tipos, a quantidade e qualidade dos alimentos a serem consumidos, devido aos diferentes discursos abordando normas dietéticas que veiculam na sociedade, muitas das vezes carregados de representações sociais.

Esses resultados mostram que os princípios e a preocupação com a alimentação adequada são socialmente construídos e apreendidos a partir de uma lente impregnada de valores e conceitos significantes já existentes na bagagem da cultura alimentar dos participantes.

Diferentemente da alimentação saudável, a representação social de outros participantes é percebida como proibitiva e restritiva, não semelhante ao hábito



14

alimentar anterior. Os depoimentos a cerca da alimentação de alguns participantes perpassam por significações variadas para justificar as dificuldades de seguir o plano alimentar. Alguns participantes representam a sua alimentação tendo como referência a alimentação de outros que almejam ou praticam a alimentação saudável. Assim as restrições e as dificuldades representadas podem impedir os participantes de colocar em prática a alimentação saudável.

Esses achados contribuem para entender o fato de que a alimentação das pessoas com DM 2 é um dos obstáculos mais difíceis de serem superados.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standarts of medical care in diabetes – 2010. **Diabetes Care**, v.33, suplem. 1, p.11-61, 2010.

ANDERSON, R. M.; GODDARD, C. E.; GARCIA, R.; GUZMAN, J. R.; VASQUEZ, F. Using focus group to identify diabetes care and education issues for Latinos with diabetes. **Diabetes Educ.**, v. 24, n.5, p. 618-625, 1998.

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

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2006. 223 p.

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

CANGUILHEM, G. C. **O normal e o patológico**. 5ª . ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006. 293 p.

CHAVES, N. O que é nutrição. In: CHAVES, N. **Nutrição básica e aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978. p. 3-7.

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise das contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. **Psico- USF**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 243-251, 2008.



15

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-11, 2007.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 51-68, 1997.

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

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 14 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005, 600 p.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408 p.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 274 p.

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

LUPTON, D. **Food, body and the self**. London: Sage Publications, 1996, 175 p..

MAISONNEUVE, J. **Introdução à Psicossociologia**. São Paulo: Ed. Nacional, 1977, 258 p.

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

MINTZ, S. W. Comida e antropologia – uma breve revisão. **RBCS**, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.

MIRANDA-JUNIOR, D. J.; SANT'ANNA, E. M. C.; MIRANDA, M. L.; STARLING, R.M. **O eu-cuidado** – um ser em construção. São Paulo: Paulinas, 2005. 149 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais** – investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 404 p.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.310-317, 2006.



16

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

POULAIN, J. **Sociologias da alimentação** – os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. UFSC, 2004. 310 p.

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

ROSSI, V. E. C. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005, 146 f.

SANTANA, M. G. O desejo, o controle e o limite: possíveis enfrentamentos no cotidiano diabético. In: SANTANA, M.G. **Redes de saberes em diabetes e saúde**: um exercício de interdisciplinaridade. Pelotas: Edição independente, 2002, cap. 4, p. 53-72.

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

SANTOS, L. A. S. **O corpo, a comer e a comida**: um estudo sobre as práticas alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia. Salvador: EDUFBA, 2008. 329 p.

SILVA, N. C. **O significado do tratamento nutricional por pacientes diabéticos na Santa Casa de Misericórdia do Município de Serrinha, Bahia**. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2008, 114 p.

SILVA, I., PAIS-RIBEIRO, J., CARDOSO, H. Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 22, p. 597-605, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Dados sobre diabetes no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatisticas/>>. Acesso em 01: 1 julh. 2009.

SOLÁ, J. **Manual de dietoterapia do adulto**. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1988, 550 p.

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



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

17

WOORTMANN, K. A. O sentido simbólico das práticas alimentares. In: ARAUJO, W. M. C., TENSER, C. M. R. (orgs.). **Gastronomia – cortes & recortes**, v. 1. Brasília: Ed. SENAC, 2006. p. 23-55.