



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Escola de Nutrição
Programa de Pós-graduação
Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde



**SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO NUTRICIONAL POR
PACIENTES DIABÉTICOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
MUNICÍPIO DE SERRINHA, BAHIA**

Núbia da Cruz Silva

SALVADOR/BAHIA
Fevereiro de 2008

Núbia da Cruz Silva

**SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO NUTRICIONAL POR
PACIENTES DIABÉTICOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
MUNICÍPIO DE SERRINHA, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Nutrição.

**SALVADOR / BA
Fevereiro de 2008**

Núbia da Cruz Silva

**SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO NUTRICIONAL POR
PACIENTES DIABÉTICOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
MUNICÍPIO DE SERRINHA, BAHIA**

Esta dissertação foi apresentada, julgada e aprovada como requisito para obtenção do Título de Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 29 de fevereiro de 2008.

Ana Marlúcia Oliveira Assis
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria do Carmo Soares de Freitas
Universidade Federal da Bahia – Escola de Nutrição
Dr^a em Saúde Pública - Orientadora

Professora Doutora Lígia Amparo
Universidade Federal da Bahia – Escola de Nutrição
Dr^a em Antropologia

Professora Doutora Denise Oliveira e Silva
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz
Dr^a em Ciências da Saúde

À minha madrinha Antonina Bahia (in memoriam) por quem tudo começou... O sonho da faculdade se concretizou depois de um ano de cursinho pré-vestibular. Este empreendimento saiu das suas trêmulas mãos, e do seu coração generoso, que partiu antes que eu pudesse agradecer...

A “minha mãe Zilda – alma gêmea de minh’alma”. Suas fervorosas preces, na aurora e no crepúsculo de cada dia, são bênçãos na vida de seus filhos, pois sabemos que nos protegem e nos velam, de perto e de longe, todos os dias do seu viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida, e ao meu espírito protetor por me guardar nas estradas, deste semi-árido, durante todo o percurso desta caminhada.

Aos meus pais (Almir e Zilda) pelo amparo, abrigo e zelo que dedicaram a mim sempre que necessitei.

Ao meu irmão Moisés pelos socorros prestados sempre que a informática escapava ao meu controle e a minha irmã Denise pelo estímulo constante.

A minha cunhada Sítia por ser coadjuvante deste resultado, registrando com sua boa vontade e sensibilidade o acervo fotográfico deste trabalho.

A Dan pelas horas de paciência, pela cumplicidade e pelo carinho nos meus momentos de fragilidade.

A Maria (Mary), minha funcionária, por ser esse anjo bom na minha vida, todas as horas em que estive ausente do meu lar.

Aos meus tios e primos pelo carinho constante.

Aos meus pacientes diabéticos sertanejos serrinhenses com os quais reaprendi o sentido da minha profissão.

À Santa Casa de Misericórdia de Serrinha, particularmente, ao Diretor Dr. Hamilton Safira Andrade e ao Chefe do Setor Pessoal Sr. José Jean Silva de Jesus, pela compreensão e solicitude, removendo os empecilhos para consolidação deste trabalho.

À secretária do Ambulatório de Nutrição Neirivan pelo seu espírito prestativo e companheirismo em todas as etapas desta pesquisa. Bem como à secretária Patrícia que, por vezes, assumiu este papel.

Aos colegas de curso pelas horas de estudo, trocas de experiências, pela amizade e por me permitirem compartilhar um pouco de suas vidas.

Às professoras Adriana Mello e Rosângela Mazza pela colaboração prestada nas etapas iniciais deste trabalho.

A Ana Moraes e Ivan sempre prestativos.

Ao Sr. Edmundo Bacelar pela sua generosidade em abrir o acervo do Museu Pró-Memória de Serrinha para esta pesquisa.

Ao amigo Florisvaldo Moura pelo empréstimo de alguns exemplares da sua biblioteca pessoal.

Às alunas do tirocínio, em particular, Kate, Elisa, Aisi, Bárbara, Graciele e Rivania, por fazerem parte desta construção.

À professora e amiga Joseane Queiroz pelo auxílio nas traduções (curso FISK).

A Patrícia Carneiro pela dedicação e responsabilidade na edição das fotos desta pesquisa.

À professora Genoveva pelas correções ortográficas.

A amiga Silvelita que mesmo distante me incentivou com as suas palavras de ânimo.

A todos que, direta ou indiretamente, deram sua parcela de contribuição na produção deste conhecimento.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Dr^a Maria do Carmo Soares de Freitas – Carminha, por ser esse ser humano sensível, que ao me dar a mão, abriu uma nova estrada na minha vida!

“Estigmatizados e castigados pela dieta, a comida é dissociada do prazer e o corpo necessita buscar outras motivações, outros gostos, para a restauração a vida”.

Freitas

RESUMO

O diabetes em Serrinha, município baiano/Brasil, tem sido cada vez mais prevalente, e o tratamento proposto pelo serviço de saúde pública não tem sido eficiente para controlar este quadro. Nesse sentido, o presente estudo, de abordagem qualitativa, pretendeu compreender os significados desta enfermidade – tratamento, particularmente a nutrição - atribuída por pacientes que a vivenciam e são atendidos no Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia – entidade filantrópica sem fins lucrativos, neste município de Serrinha. Para atender este objetivo, buscou-se especificamente, descrever o cotidiano dessas pessoas em relação ao tratamento proposto pelo serviço de saúde, aceitação, rejeição, conflitos, hábitos e crenças através de entrevistas em profundidade com os pacientes. As narrativas desses sujeitos na Santa Casa formaram um conjunto de informações que foram analisadas. O processo de trabalho de campo pretendeu contribuir para uma maior aproximação do paciente diabético e a compreensão sobre seu tratamento. Sobre este aspecto, presume-se que, apesar da complexidade da significação sobre o sofrimento em geral, ao descortinar o mundo intersubjetivo dos sujeitos e seus significados sobre a doença, torna-se possível a parceria no tratamento. Foi realizado um questionário de perguntas semi-abertas para caracterizar alguns dados iniciais, para uma breve seleção dos principais informantes do estudo. Depois, foram feitas entrevistas semi-estruturadas ou em profundidade, em que cada paciente foi revisitado tantas vezes quantas foram necessárias para uma obtenção sobre os significados da doença diabetes: como a sente, como a interpreta, como se descreve o tratamento, foram as perguntas centrais desta investigação. Das narrativas acolhidas, os significantes foram separados para servirem como referências analíticas. Finalizando alguns hábitos alimentares sertanejos foram incorporados e adequados à prescrição dietoterápica dos pacientes, reforçando-se a noção de que é preciso entender a cultura, a tradição e os “*habitus*” dos pacientes, pois orientações sem interação e maleabilidade, reproduzem um discurso acadêmico autoritário, meramente normativo e com pouca ou nenhuma eficácia terapêutica. Os resultados das análises dos significados sobre o *diabetes* e o tratamento em Serrinha, foram discutidos com os profissionais de saúde e os próprios pacientes como uma contribuição para a melhoria dos serviços prestados à população neste município.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Significados. Terapia Nutricional.

ABSTRACT

The diabetes in Serrinha, municipal district from Bahia/Brazil, it has been more and more prevalence, and the treatment proposed by the service of public health has not been efficient to control this picture. In that sense, the present study, of qualitative approach, intended to understand the meanings of this illness – treatment, particularly the nutrition – attributed by patients that live it and they are assisted at the Clinic of Nutrition of Saint House of Mercy – philanthropic institution without lucrative purpose, in this municipal district from Serrinha. To assist this aim a, it was specifically looked for, to describe the daily of those people in relation to the treatment proposed by the service of health, acceptance, rejection, conflicts, habits and faiths through interviews in depth with the patients. The narratives of those subjects in Saint House formed a group of information that were analyzed. The process of field work intended to contribute for a larger approach of the diabetic patient and the understanding on his/her treatment. On this aspect, it presumes that, in spite of the complexity of the significance on the suffering in general, when pulling the curtain the world subjective of the subjects and their meanings on the disease, it becomes possible the partnership in the treatment. A questionnaire of half-open questions was accomplished to characterize some initials data, for an abbreviation selection of the main informers of the study. Then, they were made interviews semi - structured or in depth, in that how many was each patient one revisited so many times were necessary for obtaining on the meanings of the diabetes disease: as it feels it, as it interprets it, as the treatment is described, they were the central questions of this investigation. Of the welcomed narratives, the significant ones were separate for us to serve as analytical references. Finally some eating habits were incorporated in the appropriate prescription nutritional therapy of patients, strengthening up the notion that we must understand the culture, tradition and the "habitus" of the patients, because guidelines without interaction and suppleness, reproduce a speech academic authoritarian , purely regulatory and with little or no therapeutic efficacy. The results of the analyses of the meanings on the diabetes and the treatment in Serrinha, they were discussed with the professionals of health and the own patients as a contribution for the improvement of the services rendered the population in this municipal district.

Keywords: Diabetes Mellitus. Meanings. Nutritional therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de diabéticos cadastrados no hiperdia e taxa de prevalência (por 10.000 habitantes), segundo local de residência. Estado da Bahia, 2000 – 2005.....	16
Tabela 2: Internações por diabetes mellitus (nº e taxa de internação por 10.000 habitantes) na rede integrada ao SUS, segundo local de residência. Estado da Bahia, 2000 – 2006	16
Tabela 3: Óbitos por diabetes mellitus (nº e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes), segundo local de residência. Estado da Bahia, 2000 – 2004	17
Tabela 4: Índice glicêmico	20
Tabela 5: Contagem de carboidratos	21
Tabela 6: Mudanças nas recomendações nutricionais para pacientes com Diabetes mellitus	24
Tabela 7: Designação para os subprodutos da mandioca no século XVI e na sincronia atual	54
Tabela 8: Ambulatório de Nutrição: dados da evolução dos pacientes em 2007	93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice glicêmico	21
-----------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	14
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo geral.....	31
2.2 Objetivo específico.....	31
3 QUESTÕES DO ESTUDO	32
4 CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS, SOCIAIS, ECONÔMICAS, CULTURAIS E DEMOGRÁFICAS DO MUNICÍPIO DE SERRINHA: BREVES COMENTÁRIOS	33
4.1 Brasil colônia: o litoral e o sertão.....	34
4.2 Os sertões dos Tocós: a colonização.....	38
4.3 O município de Serrinha.....	41
4.4 A chegada do vaqueiro.....	45
4.5 A tríade: feijão, farinha e carne seca	48
4.6 A mandioca: da roça à casa de farinha	50
5. METODOLOGIA.....	56
6. ANÁLISE DAS NARRATIVAS.....	60
6.1 A acepção do diabetes para o paciente de Serrinha – a descoberta.....	60
6.1.1 O medo	60
6.1.2 O itinerário da descoberta da doença.....	61
6.1.3 Modelos etiológicos: ontológico e relacional (ou funcional), exógeno e endógeno ..	64
6.2 A ruptura com o hábito alimentar, a cultura e a tradição comum ao lugar.....	65
6.2.1 O primeiro passo... o mais difícil	65
6.2.2 A comida habitual, a monotonia e a comensalidade contemporânea.....	67
6.2.3 Lembranças da comida da roça	72
6.3 O sentido do tratamento para os diabéticos serrinhenses.....	74

6.3.1 Fé médica.....	74
6.3.2 Fé religiosa	75
6.3.3 O itinerário terapêutico.....	77
6.3.4 Dieta e cotidiano.....	79
6.3.5 As emoções dos diabéticos de serrinha	82
6.3.6 Adesão ao tratamento	85
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE	99
APÊNDICE A: Roteiro da entrevista com o paciente diabético	100
APÊNDICE B: Questionário (pacientes diabéticos)	101
APÊNDICE C: Caracterização dos Sujeitos do Estudo.....	104
APÊNDICE D: Síntese Analítica.....	109
ANEXO.....	111
ANEXO A: Termo de Consentimento	112
ANEXO B: Fotos.....	114

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este estudo traz a problemática do diabetes em pacientes atendidos na Santa Casa de Misericórdia do Município de Serrinha – entidade filantrópica sem fins lucrativos, sertão da Bahia.

Vale lembrar que o diabetes é uma doença de incidência crescente. Em 1995 atingia 4,0% da população adulta mundial e em 2025 deverá alcançar a cifra de 5,4%. A maior prevalência ocorre nos países em desenvolvimento, acentuando-se, na faixa etária de 45-64 anos. Hoje, estima-se que 11% da população do Brasil sejam diabéticos, na faixa de 40 anos ou mais, o que representa cerca de 5,5 milhões de doentes. (BRASIL, 2006)¹.

Segundo estimativas e projeções mundiais sobre o diabetes mellitus apresentadas por McCarty e Zimmet em 1994, no ano de 2000 haveria 175 milhões de diabéticos em todo o mundo, em 2010 este índice aumentaria para 236 milhões e em 2030, para 366 milhões de pessoas (MARCELINO, 2005). A Organização Pan-Americana de Saúde (2005) estima que em países em desenvolvimento, o número de pessoas com diabetes deverá aumentar em torno de 150% nos próximos 25 anos.

Em todo o mundo, 3,2 milhões de mortes são atribuídas ao diabetes, a cada ano. Uma a cada 20 mortes que acontecem pode ser atribuída a este problema de saúde; 8.700 mortes a cada dia; seis mortes a cada minuto (Idem).

Pelo menos uma em dez mortes nos adultos com idades entre 35 a 64 anos são atribuídas ao diabetes. Três quartos das mortes entre pessoas com diabetes em idades abaixo de 35 anos, são decorrentes de sua condição social e econômica. O diabetes é reconhecido como um dos principais problemas de saúde na América Latina e no Caribe, o diabetes mellitus afeta quase 19 milhões de pessoas na região (BRASIL, 2006), e quanto mais pobres e dependentes dos serviços públicos, mais se enfermam gravemente e morrem.

O aumento global de diabetes ocorrerá devido ao aumento de problemas como obesidade, dietas pouco saudáveis e estilos de vida sedentários. Nos países desenvolvidos, a maioria das pessoas com diabetes estão com idade superior a 64 anos, entretanto, nos países

¹ O primeiro caso de diabetes foi registrado no Egito em 1500 a.C. A denominação diabetes foi usada pela primeira vez por Apolonio e Memphis em 250 a.C. Diabetes em grego quer dizer sifão (tubo para aspirar a água), recebeu este nome devido à sintomatologia da doença que provocava polidipsia e poliúria. O diabetes só adquire a terminologia *mellitus* no século I d.C.; Mellitus, em latim, significa mel, logo a patologia passa a ser chamada de urina doce (MARCELINO, 2005).

em desenvolvimento os que são mais frequentemente afetados tem idade entre 35 e 64 anos (OPAS, 2005).

A morte por diabetes pode ser a consequência de um longo processo de sofrimento do paciente. Morre-se de insuficiência renal, e tantas vezes se amputam os membros inferiores, ou convive-se com a cegueira e doenças cardiovasculares. Sobre esta situação, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), estimou em 1997 que, em nível mundial, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Estimou-se também que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (Idem).

Tais previsões se tornam atuais. No Brasil, o diabetes já atinge aproximadamente 7,6% da população entre 30 e 69 anos. As estimativas ainda falam de 11 milhões em 2010, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos índices atuais (MARCELINO, 2005). Dos 5 milhões de brasileiros diabéticos, 2,6 milhões são pacientes do Sistema único de Saúde. Essa doença é considerada prioritária para o Ministério da Saúde porque têm grande incidência na população além de poder resultar em outras enfermidades degenerativas (BRASIL, 2001).

Até 2003 o Ministério da Saúde cadastrou mais de dois milhões de pacientes diabéticos em 3.170 municípios brasileiros que alimentam a base de dados do Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), um programa desenvolvido exclusivamente com o objetivo de realizar este cadastro. A partir da identificação, os profissionais da rede de saúde atuam para detectar fatores de riscos associados, como o tabagismo, a obesidade o sedentarismo, os antecedentes familiares de doenças crônico-degenerativas, etc. (BRASIL, 2003).

Também, no Brasil, no período de um ano, em 2002, esta enfermidade levou 36.631 brasileiros a óbitos. Mata mais pessoas que a pneumonia, com 32.712 óbitos. Causa mais mortes que o câncer de mama (9.082 óbitos), da próstata (8.389 óbitos) e a leucemia (4.816 mortes) (BRASIL, 2001).

Em 2004 o SUS gastou R\$ 18,7 milhões com 50 mil internações hospitalares por diabetes, R\$ 2 milhões a mais do valor custeado em 2003. Para o tratamento diabético com medicamento o Ministério distribuiu em 2000, 1,6 bilhão de medicamentos, crescimentos de 124,30% em relação a 2004. No total, o governo investiu R\$ 4,2 bilhões na distribuição gratuita de medicamentos, contra R\$ 2,4 investidos em 2002, incluindo diabéticos e hipertensos (Idem).

Na Bahia, 15,7%, e em Salvador 17,5% dos indivíduos com mais de 40 anos são suspeitos de serem diabéticos. Uma pesquisa realizada durante a Campanha Nacional de Detecção do diabetes Mellitus em 2004, desenvolvida pela endocrinologista Reine Chaves Fonseca, diretora do CEDEBA (Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia), mostra que os dados são alarmantes quando comparados aos de 1999, quando a prevalência era de 7,6% (CEDEBA, 2004).

Tabela 1: Número de diabéticos cadastrados no Hiperdia e taxa de prevalência (por 10.000 habitantes, segundo local de residência). Estado da Bahia, 2000 – 2005*

LOCAL	CASOS	TAXA
SERRINHA	198	26,4
BAHIA	43.818	31,7

Fonte: MS/DATASUSHIPERDIA

O número de casos de diabetes cadastrados no Sistema de Informações sobre Diabetes e Hipertensão e Taxa de Prevalência (por 10.000 habitantes), segundo local de residência/ Bahia, 2005, expresso na tabela 1, foi de 198 casos com taxa de prevalência 26,4 para a cidade de Serrinha e de 43.818 casos com taxa de prevalência 31,7 para o estado da Bahia (DICS, 2007).

Tabela 2: internações por diabetes Mellitus (nº. e taxa de internação por 10.000 habitantes) na rede integrada ao SUS, segundo local de residência. Estado da Bahia, 2000 – 2006.

ANO	SERRINHA		BAHIA	
	Nº	TAXA	Nº	TAXA
2000	123	14,8	8.642	66,1
2001	130	18,1	8.550	64,7
2002	121	16,7	8.442	63,4
2003	82	11,2	7.606	56,6
2004	71	9,6	8.064	58,9
2005	34	4,5	7.279	52,7
2006	34	4,5	7.970	57,1

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIH-SUS

De acordo com o número de internações por diabetes Mellitus e taxa de internação (por 10.000 habitantes), segundo o ano de ocorrência e local de residência. Bahia, 2000 e 2006, expressos na tabela 2, o número de internações foi de 123 em 2000 e 34 em 2006; a taxa de internação foi de 14,8% em 2000 e 4,5% em 2006, para cidade de Serrinha. O número de internações para a Bahia foi de 8.642 em 2000 e 7.970 em 2006, sendo a taxa de internações por diabetes na Bahia de 66,1% em 2000 e 57,1% em 2006 (DICS, 2007).

Observa-se uma redução na taxa de internamento tanto no município de Serrinha, quanto no Estado da Bahia.

Tabela 3: óbitos por diabetes Mellitus (nº. e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes), segundo local de residência. Estado da Bahia, 2000 – 2004.

ANO	SERRINHA		BAHIA	
	Nº	TAXA	Nº	TAXA
2000	9	10,8	2169	16,6
2001	11	15,3	2376	18,0
2002	8	11,1	2507	18,8
2003	8	11,0	2572	19,1
2004	10	13,5	2691	19,7
2005 ⁽¹⁾	20	26,7	2569	18,6
Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SIM		(1) Dados preliminares		

O número de óbitos por diabetes Mellitus e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo o ano de ocorrência e local de residência. Bahia, 2000 e 2004, expressos na tabela 3, foram de 9 em 2000 e 20 em 2005, para óbitos, e a taxa de mortalidade foi de 10,8 em 2000 e 26,7 em 2005, para a cidade de Serrinha. A taxa de óbitos para a Bahia foi de 2.169 em 2000 e 2.569 em 2005. A prevalência de óbitos na Bahia foi de 16,6 em 2000 e 18,6 em 2005 (DICS, 2007). Observa-se um aumento na taxa de mortalidade tanto no município de Serrinha, quanto no Estado da Bahia apesar da taxa de internamento ter sido reduzida.

As taxas de prevalência, internamento e mortalidade, acima apresentadas, para o município de Serrinha pela DICS (Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde), estão sub-notificadas, pois a alimentação da base de dados do Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) em Serrinha é feita pelo PACS (Programa de Agente Comunitários de Saúde), pelo PSF (Programa de Saúde da Família) e pelo Centro de Saúde do município e estes notificam também à 12ª DIRES (Diretoria Regional de Saúde). O paciente diabético registrado no Hiperdia possui duas fichas para controle: uma de cadastro e outra de acompanhamento, sendo o sistema realimentado com os dados deste paciente a cada três meses, nas consultas de revisão. Contudo, nem todos os pacientes diabéticos do município são atendidos pelos programas que alimentam o sistema, pois alguns procuram serviços particulares e/ou utilizam os seus convênios, deixando assim de alimentar o sistema Hiperdia, bem como os pacientes atendidos nas Santas Casas e Hospitais Particulares conveniados com o SUS, onde estes dados também são perdidos. Outro agravante é o fato de

que os pacientes diabéticos que não são acompanhados pelo PACS ou PSF, nem sempre recebem estes profissionais em suas residências, contribuindo para a sub-notificação. De uma maneira geral, tanto os pacientes cadastrados no Hiper-dia, como os atendidos pelo SUS, por convênios, ou por consultas particulares – nestas duas últimas formas de atendimento, os pacientes se dirigem aos hospitais conveniados com o SUS para adquirirem as receitas – utilizam a medicação cedida pela Farmácia Básica, o que gera uma demanda maior que a oferta, pois a medicação para a distribuição gratuita é proporcional ao número de pacientes cadastrados no Hiperdia.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, heterogênea, caracterizada por alterações no metabolismo dos carboidratos, resultando em deficiência absoluta ou relativa de insulina. A insulina é um produto da secreção endócrina do pâncreas sintetizada pelas células beta das ilhotas de Langerhans, sendo o principal hormônio anabolizante do organismo e atua a nível hepático, muscular e adiposo. Sintetiza e armazena glicogênio hepático, triglicerídeos (TGR) e colesterol VLDL. Inibe a glicogenólise, a gliconeogênese e a cetogênese. No músculo armazena e sintetiza proteínas e glicogênio e no tecido adiposo estimula a lipogênese e ativação do sistema de transporte de glicose para dentro do músculo e células adiposas, armazenando TGR e inibindo a lipólise dos TGR sintetizados (NETO, 2003).

De acordo com Santos (2006), a síndrome metabólica, já conhecida como síndrome da resistência à insulina, síndrome X, síndrome plurimetabólica ou quarteto mortal, corresponde a um distúrbio metabólico complexo, caracterizado, de acordo com a World Health Organization (WHO), pela associação de tolerância à glicose prejudicada/diabetes mellitus e/ou resistência insulínica, além de mais alguns fatores como: a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia, a obesidade central, o IMC (índice de massa corporal) superior a 30Kg/m^2 e a microalbuminúria.

O Diabetes Mellitus a longo prazo pode gerar conseqüências que incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001).

O diabetes tipo 1 é conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, é conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. O diabetes gestacional é um tipo de diabetes encontrado e cuja etiologia ainda não está esclarecida, sendo detectado no rastreamento pré-natal. Outros tipos específicos de diabetes menos freqüentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino (hemocromatose, fibrose cística, etc.), induzidos por drogas ou produtos químicos

(corticóides, beta-bloqueadores, etc.), endocrinopatias, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2006).

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos) ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA (BRASIL, 2006). Os pacientes desenvolvem magreza e grandes flutuações da glicemia. Há pouca influência hereditária e ocorrência de deterioração clínica, se não tratado imediatamente com insulina (BRASIL, 2001).

As características do tipo 2 incluem a presença de obesidade, especialmente a visceral, presente em 80% dos diagnósticos; o forte componente hereditário; a idade maior que 30 anos, embora possa ocorrer em qualquer época; a não obrigatoriedade dos sintomas clássicos de hiperglicemia; a evidência de complicações crônicas micro e macrovasculares, pelo fato da evolução lenta da doença com hiperglicemia não detectada e a não propensão a cetoacidose diabética, exceto em situações especiais de estresse agudo (sepsis, IAM, etc.). As complicações advindas do diabetes são a proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição (Idem).

O diabetes passa por estágios em seu desenvolvimento, sendo importante que o clínico perceba que os vários tipos de diabetes podem progredir para estágios avançados de doença, em que é necessário o uso de insulina para o controle glicêmico. E antes mesmo do diabetes ser diagnosticado, já é possível observar alterações na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada), o seu reconhecimento permite a orientação de intervenções preventivas (BRASIL, 2006).

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que a possui, muitas vezes permanecem não diagnosticados até que se manifestem os primeiros sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Os fatores indicativos para

rastreamento são: Idade >45 anos; sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25); obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas); antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes; hipertensão arterial (> 140/90 mmHg); colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicerídeos >150 mg/dL; história de macrosomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos; doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (Idem).

O termo índice glicêmico (IG) foi introduzido em 1981 para descrever a resposta glicêmica de um alimento considerado como referência, como pão ou glicose (SHILS, 2003, p. 1470). Alguns autores sugerem que quanto menor o IG, menor será a glicemia pós-prandial e melhores serão o perfil lipídico e a sensibilidade à insulina, contudo, fatores que alteram a biodisponibilidade do amido e outros carboidratos, tais como a estrutura do açúcar e os métodos de cocção, também interferem na resposta glicêmica (NETO, 2003). Carboidratos complexos em diferentes formas também promovem diferentes respostas glicêmicas. Pães e batatas elevam a glicemia muito mais que feijões. Diferenças no conteúdo de fibra e no tempo de ingestão influenciam a resposta glicêmica. Gorduras, proteínas, fibras hidrossolúveis e outros fatores influenciam o tempo de esvaziamento gástrico. Alimentos com proporções mais altas de amilopectinas são digeridos mais rapidamente O amido é hidrolisado em dextrina, maltose e por fim glicose (SHILS, 2003, p. 1470-1471). Alimentos como a mandioca, a tapioca, o milho e o fubá possuem índices glicêmicos elevados (IG > 85), vide tabela 4.

Tabela 4: Índice Glicêmico

I.G. BAIXO < 60	I.G.	I.G. MODERADO 60 - 85	I.G.	I.G. ALTO > 85	I.G.
Damasco seco	44	Aveia	78	Batata assada	121
Ervilha seca	56	Arroz branco	81	Batata frita	107
Grão de cevada	49	Batata doce	77	Cookies	90
Iogurte com açúcar	48	Banana	83	Corn flakes	119
Iogurte com adoçante	27	Chocolate	84	Cream cracker	99
Leite desnatado	46	Ervilha fresca	68	Farinha de centeio	92
Lentilha	38	Feijão cozido	69	Farinha de cevada	95
Maçã	52	Grão de centeio	71	Farinha integral	99
Nozes	21	Inhame	73	Fubá	98
Pêra	54	Kiwi	75	Glicose	138
Soja	23	Laranja	62	Mandioca	115
Sopa de Tomate	54	Macarrão	64	Mel	104
Suco de maçã	58	Manga	80	Milho	98
Feijão	42	Müsli	80	Pão branco	101
		Pipoca	79	Tapioca	115
				Sacarose	87

Fonte: Adaptação FAO/WHO, 1998.

A contagem de carboidratos é um método efetivo que possibilita aos diabéticos obterem a nutrição que necessitam enquanto atingem os valores desejados de glicemia. Essa abordagem destaca a ingestão de carboidratos, pois estes têm o efeito mais importante sobre os níveis de glicemia (SHILS, 2003, p. 1470-1471). A tabela 5 demonstra que a farinha de mandioca e o cuscuz de milho possuem os maiores valores na contagem dos carboidratos apresentados.

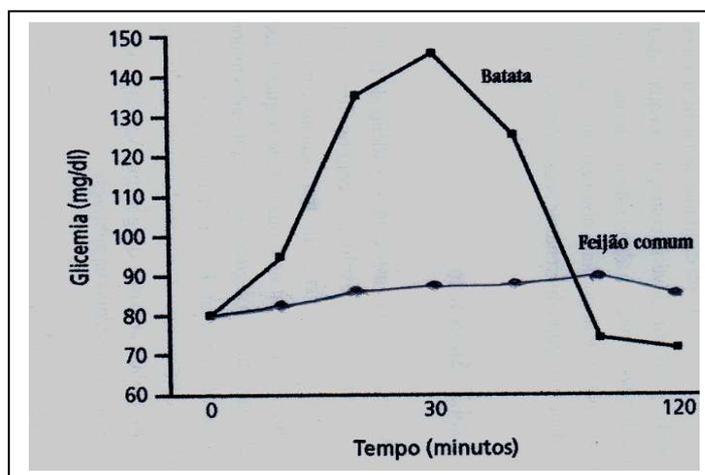
Tabela 5: Contagem de carboidratos

ALIMENTO	MEDIDA CASEIRA	PESO (G)	CHO (G)
Milho	01 ud	100 g	28
Cuscuz de milho	01 ft pequena	85 g	34
Pão francês	01 ud	50 g	28
Banana da terra	01 ud grande	100 g	27
Macaxeira frita	02 pdç médios	120 g	29
Batata doce	01 ud pequena	60 g	14
Inhame	01 ud média	30 g	8
Farinha mandioca	02 col. sopa cheia	40 g	36

Fonte: Adaptação Preventa – Consultoria em Saúde, 2005.

Os feijões têm índices glicêmicos mais baixos do que qualquer outro grupo de alimentos ricos em carboidratos, como mostra o gráfico 1. Esta baixa resposta glicêmica dos feijões se deve provavelmente ao conteúdo de fibra solúvel. Produtos de fermentação de fibra, como ácidos graxos de cadeia curta são absorvidos do cólon para dentro da veia porta, afetando diretamente o metabolismo da glicose (SHILS, 2003, p. 1470-1471).

Gráfico 1: Índice Glicêmico



Fonte: Manual oficial de contagem de carboidratos – SBD, 2003.

O Relatório Técnico do Ministério da Saúde para a Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (OMS, 2005), ratifica que os alimentos como a batata, a mandioca e a banana têm índice glicêmico alto e que a maçã, a cenoura e o feijão possuem índice glicêmico baixo.

Um estudo realizado por Dias (2006), sobre as características físico-químicas de farinhas de mandioca de diferentes localidades do Brasil demonstrou que 2,75% foi o maior teor de fibras encontrado nas farinhas secas e que os valores menores variaram de 0,89% a 0,57%. O teor de amido calculado nas farinhas secas variou de 81,92% a 91,56%, acima do valor mínimo preconizado pela legislação (mínimo de 70%). O teor de açúcares solúveis totais nas farinhas secas variou de 0,26% a 3,35%. Maiores teores se encontraram nas farinhas de mesma classificação (seca/fina/branca) das regiões de SE e SP.

Mattos & Martins (2000), estudaram a quantidade de fibras em diferentes alimentos adotando a seguinte classificação: alimentos com teor muito alto de fibras (mínimo 7 g fibras/100 g); teor alto (4,5 a 6,9 g fibras/100 g); teor moderado (2,4 a 4,4 g fibras/100 g) e teor baixo (inferior a 2,4g fibras/100 g). De acordo com esta classificação as farinhas de mandioca analisadas por Dias (op.cit.), apresentaram teores de fibras variando de moderados a baixos. A recomendação de fibras dietéticas na alimentação de acordo com a ADA – American Diabetes Association (2000), varia de 20 a 30g/dia.

Raupp (1999), demonstrou em sua pesquisa que o bagaço da mandioca produzido como descarte nas fecularias é rico em fibra alimentar insolúvel, podendo ser utilizado para enriquecer as farinhas de mandioca existentes no mercado.

Leonel (2000), estudando o uso do farelo da mandioca como base para produtos dietéticos, constatou que a mandioca é uma raiz eminentemente calórica, cuja fração mais significativa é o amido representando cerca de 35% da matéria fresca. Os estudos de Holloway (1985 apud LEONEL, 2000), revelaram, nas análises da composição da raiz da mandioca (% do peso seco), uma taxa de 84,9% de amido (valor acima do recomendado pela legislação), 5,8% de pectina, 2,7% de hemicelulose, 1,9% de celulose e 1,1% de lignina. Leonel (op. cit.), concluiu que o farelo da mandioca é um material rico em fibras insolúveis, sendo a fração hemicelulose a mais significativa, podendo ser aproveitada como fonte de fibras dietéticas nas indústrias processadoras de mandioca.

As fibras solúveis – pectinas, gomas e certas hemiceluloses, têm como efeitos fisiológicos retardar a passagem intestinal, o esvaziamento gástrico e a absorção da glicose, bem como ajudam a reduzir a taxa de colesterol no soro sanguíneo. As fibras insolúveis –

celuloses, ligninas e outras hemiceluloses, aceleram o trânsito intestinal, aumentam o peso das fezes, contribuindo para a redução do risco de algumas doenças do cólon intestinal (Idem).

Um estudo desenvolvido por Santos (2006), corrobora com a afirmativa de que as fibras solúveis reduzem o tempo de trânsito intestinal, bem como ajudam na diminuição das concentrações séricas de colesterol, além de influenciarem na taxa de tolerância à glicose, e que as fibras insolúveis aumentam a saciedade, auxiliando na redução da ingestão energética. Segundo a autora a recomendação de ingestão diária de fibras alimentares é de 20 a 30g, sendo que a dieta deve conter alimentos que ofereçam ao menos 5 a 10g de fibras solúveis ao dia, a fim de desenvolverem o seu papel benéfico no organismo.

Observa-se pelos estudos que a farinha de mandioca é rica na fração insolúvel da fibra, quando o ideal seria que fosse rica em fibras solúveis, pois estas são mais recomendadas para compor o plano alimentar do paciente diabético, uma vez que, como já foi referido, uma das suas funções no processo digestório é o retardo na absorção da glicose pós-prandial.

Segundo Neto (2003), na era pré-insulínica as recomendações de macronutrientes passaram por várias modificações: no início se usava altas quantidades de carboidratos (Antigo Egito), em seguida dietas hiperlipídicas que suplantavam os valores dos carboidratos prevalecendo como modelo alimentar durante todo o século XVIII e XIX, até a descoberta da insulina. A tabela 6 demonstra que ainda em 1921 o valor dos lipídios (70%) excedia ao dos carboidratos (20%). Em 1950 as recomendações nutricionais para as gorduras e os carboidratos haviam se equiparado em 40%; em 1971 a recomendação de carboidratos é estabelecida em 45% e em 1986 é estabelecida em 55 - 60% (ADA, 2000).

Por volta de 1980 as Associações Americana e Britânica de Diabetes abandonaram a antiga estratégia de dietas restritas em carboidratos preconizando, ao invés disso, uma dieta controlada em gorduras e ricas em carboidratos complexos e fibras alimentares (SBD, 2008).

A partir de 1994 há uma maior preocupação com a avaliação nutricional e os objetivos do tratamento. Neste mesmo período, a ADA (American Diabetes Association), preconizou o uso de proteína na faixa de 10 a 20% do total de calorias, recomendou que lipídios e glicídios fossem divididos em cotas iguais na tentativa de obter-se o controle metabólico e prevenir ou retardar as complicações associadas à doença sendo esta recomendação a mais aceita por americanos, canadenses e brasileiros (ADA, 2000).

Tabela 6: Mudanças nas recomendações nutricionais para pacientes com Diabetes Mellitus.

ANO	% CARBOIDRATOS	% PROTEÍNAS	% GORDURAS	FIBRAS (g/dia)
Pré - 1921	Dietas baseadas em jejum			
1921	20	10	70	8
1950	40	20	40	15
1971	45	20	35	20
1986	55-60	12-20	< 30	40
1994	*	10-20	**	20-35

*Baseado na avaliação nutricional e objetivos do tratamento

**Menos de 10% de gordura saturada

Fonte: American Diabetes Association. The Diabetes Care, Supplement 1. Vol. 23.200:543-546.

O National Cholesterol Education Program (NCEP 1993 apud NETO, 2003) estabeleceu o percentual de gordura em 30% do total calórico da dieta/dia sendo < 10% gordura saturada, 10% poliinsaturada, 15% monoinsaturada e 300 mg colesterol total dietético (NETO, 2003, p.413; MULS 1998).

O carboidrato é o nutriente que mais afeta a glicemia – quase 100% são convertidos a glicose em um tempo que pode variar de 15 minutos a 02 horas. Os carboidratos simples não necessitam ser tão restringidos como no passado e podem constituir um terço da ingestão total de carboidratos. Os carboidratos não refinados, com a fibra natural intacta, têm distintas vantagens sobre os carboidratos refinados, como a exemplo: menor índice glicêmico, maior poder de saciedade e ligação com o colesterol. Sendo assim, os carboidratos de todos os nutrientes, são os maiores responsáveis pela glicemia pós-prandial, evidenciando-se que a prioridade do tratamento nutricional deve ser dada à quantidade total de carboidratos e não mais à qualidade do mesmo. Os macronutrientes podem estar presentes de maneira combinada em um único alimento e ou refeição, podendo, desta forma, alterar a resposta glicêmica (SBD, 2008).

A orientação nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%. Esta orientação é planejada em função dos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável, editada no Guia Alimentar Para a População Brasileira Promovendo a Alimentação Saudável (BRASIL, 2006).

O tratamento deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações: idade do paciente, presença de outras doenças, capacidade de percepção de hipoglicemia, estado

mental, uso de outras medicações, dependência de álcool ou drogas, cooperação do paciente e restrições financeiras, hábitos, crenças, outros aspectos da cultura. O tratamento medicamentoso aplicado ao paciente diabético é feito com hipoglicemiantes orais (sulfoniluréias e biguanidas) e insulinas humanas ou de outros animais (BRASIL, 2001). Segundo Shils (2003), os planos de dieta pré-impressos disponíveis em vários serviços de saúde no país, fornecem indicações sobre alterações nos hábitos alimentares, mas não permitem flexibilidade e nem sempre são aceitos pelo paciente.

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, porque melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, promove o emagrecimento dos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida (Idem).

Moreira (2003), constata que a presença de depressão no paciente com diabetes mellitus (DM) se relaciona a alterações no curso clínico da doença. A prevalência de depressão variou de 0 a 60,5%. Sintomas depressivos se relacionaram a um pior controle glicêmico, a um aumento e a uma maior gravidade das complicações clínicas, a uma piora da qualidade de vida e ao comprometimento de aspectos sociais, econômicos e educacionais ligados ao DM. O tratamento da depressão está relacionado à melhora dos níveis glicêmicos, podendo contribuir para um melhor controle de diversos aspectos relacionados ao DM. Também, Duarte (2007), relata a depressão em 23,4% dos idosos diabéticos, em sua pesquisa, sendo mais freqüente entre as mulheres e menores de 75 anos. Como muitos idosos apresentam doenças crônicas e múltiplas, os profissionais de saúde devem estar atentos para a possibilidade de sintomatologia depressiva nesses pacientes.

Outro estudo desenvolvido por Moreira (2006), com 12 crianças na faixa etária entre 7 e 14 anos, teve por objetivo compreender a experiência das mesmas na vivência com o diabetes. Os resultados mostraram que a vivência com o diabetes é algo que a criança enfrenta a cada dia, desde o momento do diagnóstico, as limitações na dieta, a inserção da insulinoterapia, a mudança no estilo de vida, fatos esses que desencadeiam sentimentos que oscilam entre medo, insegurança, revolta, aceitação e adaptação.

Santos (2003), entrevistou 15 adolescentes que freqüentavam programas de saúde pública para pacientes diabéticos, que responderam também ao Mapeamento de Atividades Cotidianas. Este questionário foi aplicado também em 224 estudantes de escolas públicas que não possuíam diabetes. Os dados revelaram que os adolescentes, em geral, relataram fazer mais atividades dirigidas para si, sendo realizadas dentro de casa, como por exemplo assistir televisão. Os adolescentes com diabetes indicaram algumas dificuldades com a doença, como

faltas à escola para irem às consultas médicas, mas não consideraram ter seu cotidiano modificado, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos.

Em maio de 2005 o Ministério da Saúde, o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e a equipe ANAD/FENAD (Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes/ Associação Nacional de Assistência ao Diabético), reuniram-se em Brasília com os secretários de saúde e representantes dos municípios-pilotos do projeto. Este projeto que teria a duração de 4 anos capacitaria 3.213 profissionais de saúde escolhidos das Secretarias Municipais de Saúde e Programa da Saúde da Família. Além de 4.896 agentes de saúde, atingindo uma população de 244.800 diabéticos que seriam beneficiados com a capacitação desses agentes que, através de um programa de Educação em Saúde mais qualificada, levaria a um melhor controle da doença e conseqüente melhoria da qualidade de vida dos pacientes. O início das oficinas de capacitação ocorreu durante o 11º Congresso Brasileiro Multidisciplinar e Multiprofissional em Diabetes da FENAD (Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes), em São Paulo no final de julho. Esse piloto teve como objetivo testar e aprimorar a metodologia e os materiais educativos das oficinas que deveriam ser conduzidas nos demais municípios do projeto a partir de 2007 (BRASIL, 2005).

Para reduzir a morbi-mortalidade associada ao diabetes, o Ministério da Saúde do Brasil implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Como parte desse plano (composto de quatro etapas), se realizou, em março e abril de 2001, a campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes, o primeiro levantamento desse tipo realizado pelos serviços públicos de saúde no Brasil. De um total de 5 507 municípios participantes, 4 446 (81%) enviaram dados ao Ministério da Saúde. Foram testados 20 milhões de pessoas (71% da população-alvo), identificando-se 3,3 milhões de suspeitos de diabetes. A campanha contribuiu para a reestruturação do atendimento sistemático e resolutivo aos diabéticos no Sistema Único de Saúde. Os resultados preliminares confirmaram o diabetes como um dos principais problemas de saúde no Brasil. A prevenção de diabetes tipo 2 deve receber prioridade (BARBOSA, 2001).

Os princípios gerais que sedimentam o tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus, veiculados pelo Ministério da Saúde no Plano de Reorganização da Atenção ao Diabetes Mellitus (2002), incluem as seguintes estratégias: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. O Plano estabeleceu metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessa doença, a partir da reorganização

do trabalho de atenção à saúde das cerca de 40 mil unidades da rede básica dos Serviços de Saúde/ Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2002).

De acordo a Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência/ONU – 2003 e outros documentos, esta chegando-se ao consenso quanto à adoção da expressão: “pessoa com deficiência”, em substituição à expressão: “portadora de deficiência”, em todas as suas manifestações orais e escritas, pois segundo este consenso a condição de ter uma deficiência faz parte da pessoa e esta pessoa não porta sua deficiência. Uma pessoa só porta algo que ela não possa portar, deliberadamente ou casualmente. (SASSAKI, 2003).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para os programas de saúde, principalmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de vida, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá gerenciar sua vida com diabetes visando à melhoria da qualidade de vida e autonomia. O manual desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2006) apresenta recomendações específicas para o cuidado integral do paciente com diabetes para os vários profissionais da equipe de saúde. No processo, a equipe deve manter o vínculo paciente-equipe de saúde e implementar atividades de educação em saúde para promover a adesão do paciente e a efetividade das ações propostas (BRASIL, 2006).

Trabalhos de educação nutricional e mudança no estilo de vida dos pacientes diabéticos publicados nas últimas décadas mostraram a capacidade de se evitar, ou de se retardar, o surgimento das complicações crônicas que representam o maior problema do Diabetes tipo 2. Várias pesquisas demonstraram a eficiência da intervenção educacional, na prevenção do Diabetes tipo 2, agindo em indivíduos de risco, em pacientes com tolerância à glicose diminuída (IGT), em pacientes com complicações, bem como nos casos de diabetes já diagnosticados (CAZARINI, 2002; PORTERO, 2005).

O Diabetes Mellitus é uma doença que representa grandes desafios para a saúde mundial. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida como a manutenção do peso adequado, práticas regulares de atividade física, monitoramento da glicemia, hábitos alimentares saudáveis, redução da ingestão de bebidas alcoólicas e suspensão do fumo (BRASIL, 2003).

Segundo a abordagem nutricional em Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2000), para que a adesão do diabético ao programa alimentar proposto seja satisfatório é importante considerar seus hábitos alimentares anteriores ao diabetes, uma vez que estes são reflexos de suas origens culturais e regionais (BRASIL, 2000).

Elejo como sujeito/objeto de estudo o paciente diabético serrinhense, motivada pelo desejo de entender de uma forma mais próxima, angústias e conflitos vivenciados pelos pacientes diabéticos serrinhenses, quando se descobrem com a doença e procuram o Ambulatório de Nutrição estampando no semblante o medo, a falta de esperança e a *terrível visão* de que uma parte dos prazeres de suas vidas lhe será suprimida: sua comida habitual. Também a insatisfação por conta da “*não desejada geração de família*” ou “*fatalidade*”, Este, que trás consigo a herança de uma cultura local representada pela figura do sertanejo, do vaqueiro, filhos da terra *esturricada* no período da seca, produtiva e verdejante no período das chuvas, traz consigo hábitos alimentares adquiridos desde a infância, compostos por *manjares* – beiju, puba, tapioca, goma e farinha, originários dos índios, produzidos nas *casas de farinha* e combinados às carnes secas – adaptadas ao processo de salga para a conservação, trazidas pelos colonizadores portugueses, quando adentraram os sertões com o gado para criação; pelo feijão que ajustado ao paladar local compõe a tríade: feijão, farinha e carne seca; o milho muito utilizado no município para preparação de pratos como canjica, pamonha, mingau que se combinam às festas populares do município.

Pretendo desta forma, pela necessidade interior de me apropriar deste contexto, compreender, interpretar e analisar o cotidiano destes diabéticos, em particular, o processo de ruptura com a alimentação, tradicional e a cultura local, identificando sentimentos que advêm deste rompimento e os seus significados. A tentativa é gerar um maior entendimento da doença e do tratamento dietoterápico por parte dos pacientes, promovendo desta forma uma melhor aceitação das modificações na sua rotina, e uma maior colaboração no tratamento.

Nesse sentido, pretendo interpretar a acepção do diabetes mellitus e do alimento pelo diabético serrinhense, bem como compreender o sentido do tratamento para estes pacientes.

Quando cheguei a este município, há 14 anos – não havia nutricionista na cidade e nas regiões circunvizinhas, a dietoterapia prescrita por profissionais de saúde se baseava nas restrições rigorosas dos carboidratos comuns ao local como: arroz, feijão, batata, aipim, inhame e batata doce, bem como de muitas frutas e verduras: a banana, a manga, a melancia, a abóbora e a beterraba dentre outras. Entretanto, a farinha de mandioca e seus derivados eram consumidos à vontade.

Apesar da premissa de que a dietoterapia não se faz mais sobre bases tão rigorosas como no passado (NETO, 2003; SBD, 2006), e que temos como profissionais a liberdade de adequar o cardápio à realidade do paciente, esta ruptura ainda persiste, mesmo que de modo atenuado.

Minha conduta dietoterápica também sofreu influência do contexto local, no que se refere à incorporação e adequação os hábitos alimentares dos diabéticos serrinhenses.

A expectativa deste estudo é conseguir um elo entre o conhecimento técnico e o senso comum dos pacientes com o diabetes e a dieta, através dos significados apreendidos, mesclando desta forma, a cultura, hábitos e a tradição local à orientação alimentar.

Para tanto elejo uma abordagem fenomenológica para uma maior aproximação do sujeito/objeto do estudo. Entende-se que este método qualitativo possibilita a observação e a descrição de como ocorre a experiência através da qual se conhece o objeto investigado, reavivando a temática suscitada e permitindo a compreensão dos diversos significados oferecidos no interior das relações cotidianas. Para a fenomenologia, a observação direta e participante do mundo do ator e as suas falas são fundamentais para a compreensão do objeto de estudo. Por isso, se recomenda aproximar-se do objeto, situando-o no mundo da vida cotidiana (FREITAS, 2002).

Para Ricoeur citado por Freitas (2002), o método hermenêutico possui dois eixos juntos na linguagem: primeiro, o diálogo, em um movimento dinâmico, transmite mensagens; depois, na passagem da fala à escrita, o discurso vira texto, em um movimento autônomo em relação à intenção do ator. O significado vai revelar-se no mundo do texto, o qual traz à tona a pluralidade do contexto onde foi produzido. Trata-se da libertação das palavras do ator, no ato da recepção de quem acolhe a leitura. O informante entra com as palavras e o leitor, com a significação. Desse modo, o ato interpretante é povoado de idas e vindas ao texto, para explicar e esclarecer lacunas. Um ato tenso, que regula a ansiedade de respostas, as quais são infinitamente inesgotáveis para a compreensão. Mesmo havendo uma relação abismal entre os personagens envolvidos no processo da investigação, com distâncias sociais e culturais profundas, o pressuposto é de uma interseção do mundo do texto com o mundo do leitor, possibilitando a transposição dos abismos entre os mundos. No encontro humano real, ou quase real – e também conflitivo, porque é supostamente mediado por sentimentos – entre o informante e o pesquisador, busca-se interpretar aproximando os mundos para a compreensão do fenômeno. Esta é uma das premissas para iniciar o processo interpretante: afastar-se do estranhamento da cultura e dos sistemas de valores dos informantes e entender a referência do sujeito, para manter uma correspondência entre texto e fala.

O conceito de experiência da enfermidade, se refere basicamente à forma pela qual os indivíduos se situam perante a doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação, para tanto expressam respostas aos problemas gerados pela

doença e participam de um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores (Alves, 1999; Rabelo, 1999).

Para Ricoeur, citado por Paulo Alves (1999) dado o caráter privado das experiências vividas, é de esperar-se que, em situações de diálogo, os sujeitos procurem diversos meios para expressá-las aos outros. A linguagem conotativa assume nesta instância um papel fundamental, pois, ao pôr em relação sentidos explícitos e implícitos, permite aos indivíduos transmitir, até certo ponto, estados e sentimentos sutis, para cuja expressão a linguagem denotativa torna-se, muitas vezes, inadequada.

2 OBJETIVOS

Partindo do pressuposto de que as narrativas dos diabéticos, sobre os objetos que cercam esta doença (aceitação, índice glicêmico, censura, cuidados, etc), se ampliam as possibilidades de se conhecer e descortinar-se um mundo intersubjetivo desses sujeitos e seus significados sobre a problemática nosológica em pauta, e assim, contribuir com o tratamento.

Objetivo Geral

Compreender os significados dados pelos pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia de Serrinha, sobre sua doença, o tratamento e neste a orientação alimentar.

2.2 Objetivo Específico

Interpretar e analisar as narrativas dos sujeitos sociais, a partir do cotidiano dessas pessoas, seus hábitos, suas crenças, os significados dados à doença, ao tratamento e aos mecanismos de controle da mesma (alimentação, medicação e monitoramento da glicemia).

Demonstrar a necessidade de um maior entendimento da doença e do tratamento dietoterápico com o testemunho dos pacientes e com isto promover a aceitação das modificações na sua rotina e maior colaboração no tratamento.

Analisar os sentidos atribuídos pelos sujeitos entrevistados sobre as implicações das manifestações clínicas do diabetes no seu cotidiano e na qualidade de vida.

3 QUESTÕES DO ESTUDO

- Qual a acepção do diabetes para o paciente diabético em Serrinha?
- Qual a acepção do alimento para o diabético em Serrinha?
- Como o diabético interpreta seu cotidiano com a ruptura da alimentação comum ao lugar, a cultura do lugar e a nova orientação dietética?
- A relação do diabético com a família é um fator motivador do tratamento?
- Conhecendo e descortinando-se o mundo intersubjetivo dos sujeitos sociais e seus significados sobre a doença, tornar-se-ia mais fácil, sensibilizá-los quanto à aceitação do diabetes e a negociação com o tratamento?

4 CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS, SOCIAIS, ECONÔMICAS, CULTURAIS E DEMOGRÁFICAS DO MUNICÍPIO DE SERRINHA: BREVES COMENTÁRIOS

Assim, esgotadas as suas esperanças e reservas alimentares de toda ordem, iniciam os sertanejos a retirada, despejados do sertão pelo flagelo implacável. Sem água e sem alimentos, começa o terrível êxodo. Pelas estradas poeirentas e pedregosas ondulam as intermináveis filas dos retirantes “como se fossem uma centopéia humana”. Homens, mulheres e crianças, todos esqueléticos, “deformados pelas perturbações tróficas, com a pele enegrecida colada às longas ossaturas, desfibrados e fétidos pelo efeito da autofagia” (CASTRO, 1984, p. 227).

Na tentativa de corroborar para a contextualização dos hábitos alimentares do município de Serrinha e demonstrar como se formou um pouco da cultura, da tradição e dos hábitos dos pacientes diabéticos serrinhenses, faço um breve histórico perpassando pelo período do Brasil Colônia enfocando a origem da colonização brasileira no litoral da província da Bahia e posteriormente o desbravamento para os sertões, enfatizando alguns aspectos sócio-econômicos e culturais da época. Na seqüência, descrevo as características históricas do processo de colonização dos Sertões dos Tocós, região que, no passado, foi a sede do Sítio Serrinha, local onde a cidade nasceu, suas as características sociais, econômicas, culturais e demográficas. Teço uma abordagem sobre alguns aspectos da cultura local enfatizando a figura do vaqueiro – que contribuiu para a formação de uma parte dos hábitos alimentares dos pacientes serrinhenses, abordo a origem e o cultivo do feijão e do milho. Por fim, retrato o alimento que mais caracteriza a preferência dos pacientes diabéticos da região – a farinha de mandioca, incluindo a sua produção nas casas de farinha e a sua interação com os demais alimentos do cardápio do sertanejo.

Considero necessária uma abordagem histórica para entender os hábitos alimentares arraigados do sertanejo; o consumo da farinha de mandioca como a referência mais importante da vida na região. Sobretudo, como profissional de saúde, compreender a relevância da ruptura da deita cultural para a terapêutica.

4.1 Brasil Colônia: o litoral e o sertão

Passado um século da chegada dos portugueses em solos tropicais a sociedade colonial se estrutura de forma mais sólida e estável, no aspecto civil e econômico, trocando o fácil mercantilismo, desenvolvido também na Índia e nas feitorias Africanas, pela vocação agrícola (FREYRE, 1992).

Os portugueses e seus descendentes movidos pela plasticidade social enfrentaram as condições adversas encontradas no Brasil e recriaram maneiras e meios para se adaptarem, fazendo isto com uma facilidade ainda não encontrada em outros exemplos na história (HOLANDA, 1969).

Em 1532 se iniciou no Brasil uma sociedade de estrutura agrária, utilizando uma técnica de exploração econômica do tipo escravocrata, subjugando-se o índio, posterior e principalmente o negro. Como técnica de colonização o europeu se familiariza com o elemento nativo a fim de servir-se dele para o trabalho, a guerra, o desbravamento das matas e a conquista dos sertões (FREYRE, 1992).

A família era a grande mola propulsora do processo de colonização desde o século XVI, pois impulsionados por ela se desbravavam os solos, se instalavam fazendas, se compravam escravos, bois, ferramentas, e desta forma se formava a poderosa aristocracia colonial da América (FREYRE, 1992).

A monocultura da cana foi desenvolvida, pelos portugueses, em grande escala, teve o negro da Guiné como trabalhador das fainas rurais. A expansão deste sistema agrário foi possível porque a Europa ainda não se encontrar industrializada na época do descobrimento. Produziam-se, então, gêneros agrícolas para o consumo próprio, ao lado da exploração latifundiária e da monocultura adotada (HOLANDA, 1969).

As grandes plantações de açúcar foram, de fato, a sede do desenvolvimento da sociedade patriarcal e aristocrática do Brasil Colônia, mais expressivamente em Pernambuco e no Recôncavo da Bahia. Segundo Holanda (1969, p. 17): “dificilmente se acomodavam, porém, ao trabalho acurado e metódico que exige a exploração dos canaviais [...]. Todos queriam extrair do solo excessivos benefícios sem grandes sacrifícios.” (HOLANDA, 1969, p. 21). A pecuária, a agricultura latifundiária, a lavoura e a indústria da cana-de-açúcar encontraram nos pequenos rios perenes um aliado para o seu crescimento (FREYRE, 1992).

Esboçava-se um quadro de antagonismo, ou seja, de um lado os homens de maior capital, os que podiam sustentar o custo da lavoura e sua indústria e do outro lado os menos

favorecidos de recursos, que tinham duas opções: adentrarem pelos sertões em busca de escravos ou ficarem no local como criadores de gado. Esta situação gerou o nascimento de uma sociedade indiferente à estrutura da escravidão. Esta condição, no campo é representada pela figura do sertanejo ou vaqueiro (FREYRE, 1992). Homens que se adaptaram a rebanhar o gado, cuidar dos cavalos, fazer longas viagens com tropas de animais.

A região Nordeste se destacou na cultura da cana-de-açúcar, e com isso se tornou a região mais escravocrata (FREYRE, 1992). Desta forma os grandes fazendeiros escravocratas dominavam a política no período da Monarquia (HOLANDA, 1969).

O processo de colonização e adaptação se fez entre o branco, o negro, o índio, envolvendo não só alimentos, mas também práticas alimentares. Um exemplo disto era o hábito indígena de cozinhar os alimentos fora de casa, o que levou as “sinhas” a construírem cozinhas externas. Outro foi a substituição das panelas de cobre e outros utensílios europeus por cestos, cuias e tipitis² de palha e ainda como mais um exemplo a incorporação alimentar do pirão, feito de caldo quente e farinha (SILVA, 2005).

“Apesar dos moldes muito primitivos de cultura do índio brasileiro, este impôs o uso da mandioca e derivados, bem como do milho, os quais passaram a constituir a base da alimentação do colonizador.” (ORNELLAS, 2000, p. 229). Cultivaram-se também frutas e verduras regionais pela influência do índio e do africano (FREYRE, 1992). Para Ornellas (2000), o que contribuiu para a popularização da mandioca entre os portugueses e os negros, foi o fato de ser um alimento básico para os índios, por se tratar de alimento de fácil cultivo e alta rentabilidade calórica, versátil na sua preparação por métodos rudimentares e de baixo custo operacional. “Sua influência penetra sinuosamente o recesso doméstico, agindo como dissolvente de qualquer idéia de separação de castas ou raças [...]” (HOLANDA, 1969, p. 24). E devido à diferença do solo (físicas e químicas), clima e temperatura não foi possível aos portugueses cultivar os mesmos gêneros produzidos em suas terras, tendo estes que substituir a lavoura do trigo pela lavoura da mandioca (FREYRE, 1992). Segundo Holanda (1969, p. 16): “Onde lhes faltasse o pão de trigo, aprendiam a comero da terra [...] a gente de tratamento só consumia farinha de mandioca fresca, feita no dia.” A farinha de mandioca era considerada mais sadia e proveitosa do que o trigo, por facilitar a digestão. Eram delegados aos índios,

² Cesto de palha, cilíndrico, onde se espreme a massa de mandioca (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

agricultores irregulares, a função da produção da farinha de mandioca, substituindo o trigo (FREYRE, 1992).

Em terras onde a agricultura se estabeleceu, o latifúndio predominou. Sendo que este sistema privava a população do acesso ao alimento de uma forma equilibrada e constante. Por este motivo se formava uma sociedade em que muitas pessoas viviam com má nutrição. Com o milho se faziam pratos como a canjica, o bolo, a pamonha, a pipoca e a farinha (FREYRE, 1992).

Para Freyre (1992) se a policultura fosse desenvolvida no lugar da monocultura do açúcar não haveria deficiência nutricional. Porém, os que se classificavam numa situação intermediária – os párias, não eram escravos nem cidadãos, encontravam-se em situação pior, tendo como base da sua alimentação a farinha com charque ou bacalhau (ORNELLAS, 2000). A deficiência na qualidade e na quantidade era disfarçada pela ilusão da farinha inchada pela água. A idéia de sustento do corpo, de barriga cheia. Os senhores eram considerados “*bem alimentados*”, e os escravos parcialmente – ao menos o suficiente para trabalhar na lavoura. O uso de vegetais era um hábito diário na alimentação destes últimos (FREYRE, 1992, grifo nosso).

Os senhores de engenho da Bahia e de Pernambuco consumiam esporadicamente carne de boi de má qualidade, raros legumes por vezes bichados e poucos frutos. Algumas provisões transportadas de Portugal ou das Ilhas como carnes, cereais e frutos secos, já chegavam ao destino em péssimas condições, devido aos precários armazenamentos, transporte irregular e moroso (FREYRE, 1992; ORNELLAS, 2000).

O Brasil se dividiu entre a monocultura do litoral e a pecuária dos sertões. Esta dicotomia é notória desde os primeiros tempos, influenciando a formação social do brasileiro (FREYRE, 1992).

“No Brasil colonial, as terras dedicadas à lavoura eram a morada habitual dos grandes. Só afluíam eles aos centros urbanos a fim de assistirem aos festejos e solenidades [...]. Nas cidades residiam apenas funcionários da administração, oficiais mecânicos e mercadores em geral.” Segundo Holanda (1969, p.60): “A pujança dos domínios rurais, comparada à mesquinhez urbana, representa fenômeno que se instalou aqui com os colonos portugueses desde que aqui se fixaram à terra.”

De grande importância foi a introdução da pecuária. A cultura negra do sul da África já aprendera com a maometana do norte a atividade pastoril, com

utilização da vaca, cabra e carneiro [...]”. (ORNELLAS, 2000, p. 230). “A expansão da pecuária no sec. XVII, sendo uma atividade nômade, exigia pouca mão-de-obra, e o índio se ambientava melhor ao pastoreio que à lavoura, contribuindo para o aumento da criação de gado. Rapidamente tornou-se riqueza de âmbito nacional [...]. O emprego do couro na indumentária do caboclo foi uma consequência da expansão da pecuária. (ORNELLAS, 2000, p. 238).

Na Bahia os Garcia D’Ávila – a família do Senhor da Torre e os Guedes de Brito – a família do Mestre-de-Campo, eram donas de uma grande parte das terras. Os grandes latifundiários se abstinham de animais domésticos nas suas lavouras e a criação de gado era insuficiente para abastecer engenhos, açougues e navios. As carnes provinham de gado magro oriundos dos sertões, sem pastos suficientes para serem alimentados. Com isso, praticamente não se fabricava queijo e manteiga – as vacas leiteiras eram poucas. A paisagem predominante era de fábricas de açúcar no reinado da monocultura (FREYRE, 1992).

“Em 1763, o governo português mudou a capital da Bahia para o Rio de Janeiro, transferindo benefícios e incentivando novas influências sobre formas de alimentação.” (ORNELLAS, 2000, p. 238). A partir do séc. XVIII Portugal toma uma providência com relação aos donos de engenhos, em virtude da escassez de farinha que a Bahia chegou a sofrer, decretando a partir de 1788 a seguinte cláusula: “nas culturas da terra obrigavam a plantar mil covas de mandioca, correspondentes a cada escravo que possuíssem empregados na atividade agrícola.” (ORNELLAS, 2000, p. 238; FREYRE, 1992).

Salvador se notabilizou pela deficiente alimentação, produtos em mal estado de conservação. Em contradição havia uma fartura de doces, geléias e pastéis, muito consumidos pelos frades e sinhás-dona (FREYRE, 1992).

Três séculos eram passados de contatos das três raças que deram origem ao povo brasileiro e já se havia estratificado uma tradição alimentar baseada no consumo rotineiro de alimentos acessíveis [...]: farinha de mandioca, farofa [...] feijão; arroz [...] o caboclo vaqueiro e a carne seca ou de sol, na região interiorana de pecuária. (ORNELLAS, 2000, p. 240).

Formou-se uma primeira dualidade de línguas – a do colonizador e a dos índios, uma formal e a outra popular. Mais tarde uma segunda dualidade se forma – os brancos personalizados pela casa-grande, e os negros pela senzala. Junto a esses estavam o analfabeto, o matuto, o sertanejo (FREYRE, 1992).

No terceiro século da colonização a vida urbana é preferida à vida rural, devido à “prosperidade dos comerciantes reinóis instalados nas cidades.” (HOLANDA, 1969, p. 59). Em 1711 preferia criarem-se os filhos na cidade a tê-los como tabaréus na zona rural (HOLANDA, 1969).

O modelo agro exportador dá sinais de deficiência no século XX. Com isso, se observou um intenso processo migratório, para a zona urbana, se desenvolveu no Brasil entre 1929 e 1930, devido à queda dos preços dos produtos agrícolas. Além disso, outras condições contribuíram para esta migração como a melhoria do sistema de comunicações, *as secas do Nordeste* e a estrutura latifundiária vigente. Os grandes latifúndios das regiões pecuaristas ocupavam, em 1960, 60% dos pastos, abastecendo 36,6% do rebanho (LINHARES, 1979, grifo nosso).

O sertão nordestino é uma das áreas de fome descritas por Josué de Castro na zona semi-árida que constitui a chamada área do *polígono das secas* pessoas vivem do milho associado a outros produtos da terra (CASTRO, 1984, p. 176, grifo nosso). O referido autor defende uma luta contra o subdesenvolvimento em todo o seu complexo regional, contra a expressão da monocultura e do latifúndio, do feudalismo agrário e da subcapitalização na exploração dos recursos naturais da região Nordeste, lançando uma visão profunda, pouco simplista, de se enxergar a luta contra a fome e a desigualdade [que remonta o processo de colonização] no Sertão Nordeste (CASTRO, 1984).

4.2 Os Sertões dos Tocós: a colonização

Antes dos colonizadores chegarem aos sertões nordestinos, as terras já eram habitadas pelos índios. Os primeiros moradores dos sertões foram os Índios Cariris, formados por vários grupos como os Tocós, os Beritingas, os Tapuias e os Paiaiás. Eles viviam do cultivo do milho, da mandioca, da caça, da pesca e consumiam frutos silvestres (CAMPOS, 1998).

O desbravamento dos sertões baianos, seguido do seu povoamento, se deve à lenda das minas de prata, defendida por Belchior Dias Moréia. Este era filho de Vicente Dias de Beja e Genebra Álvares, a segunda filha do português Diogo Álvares e Catarina Paraguaçu. Belchior Dias nasceu em 1558 e ligou o seu nome a uma lenda, tornando-se o estranho personagem da Prata. Esteve em Madrid para oferecer ao rei Filipe tesouros incontáveis. Porém, obrigado pelo governador Luis de Sousa a mostrar o local da mina, se negou e terminou por morrer de

lábios selados sem revelar o roteiro das minas de prata. Outros exploradores empreenderam essa procura, o que gerou como consequência o desbravamento e ocupação dos sertões (QUEIROZ, ca 1957)³.

Segundo Franco (1996), entre 1612 e 1891 os colonizadores portugueses e seus descendentes abriram a estrada para as boiadas, ligando o litoral ao alto sertão São Francisco. Foi um período marcado pela presença do colonizador exercendo atividades agropecuárias em diversas fazendas. Em 1880 é inaugurada a estrada de ferro – Chemin de Fer, ligando Serrinha a Salvador. Antes, toda a comunicação com a capital, era feita no lombo do cavalo ou do burro. A viagem era penosa, se levava dias para alcançar Feira de Santana e de lá se seguia para Salvador. Os comerciantes e os “coronéis” (fazendeiros), da época faziam com frequência este trajeto para comprar mercadorias e para manter contatos políticos (MEINKING, 2001).

A partir de 1609 começaram a chegar os colonizadores portugueses à região dos sertões dos Tocós, do Pindá e do Tucano, que são hoje os municípios de Queimadas, Tucano, Araci (Raso), Conceição do Coité, Serrinha e Riachão do Jacuípe (ARAÚJO, 1926). Antônio Guedes de Brito, o Conde da Ponte, era dono de todo o sertão dos Tocós (CAMPOS, 1998).

A região dos sertões dos Tocós era, como ainda hoje, prejudicada por fatores de natureza geográfica: falta de rios perenes, inconstância das chuvas e flagelo das secas periódicas. Contudo, era trajeto obrigatório da estrada da Bahia ao S. Francisco e Piauí, por onde as boiadas passavam. Estas terras se adequavam à criação bovina. Sendo assim, a colonização se fez com a criação pastoril, os currais e os pousos de vaqueiros (ARAÚJO, 1926). Houve lutas entre nativos e colonizadores, determinando o aniquilamento, de vários índios rebelados, dentre eles os Tocós e Beritingas (CAMPOS, 1998).

No povoado de Bela Vista havia o quilombo da Flor Roxa ou São Caetano, localizado junto a uma serra. Este quilombo foi exterminado pelo líder político da época – Sr. Miguel Carneiro da Silva (Idem).

³ As histórias de Belchior Dias influenciaram Francisco Dias de D’Ávila, descendente de Garcia D’Ávila, senhor da Casa da Torre, que tentou descobrir as minas de prata sem sucesso. Em 1630 a Casa da Torre transforma-se num porto fortificado, defendendo a Bahia de invasões. Aproveitando-se disso, Francisco D’Ávila, o senhor da Torre, adquire, em retribuição aos serviços prestados, títulos de sesmarias, aumentando a suas posses, demarcando os seus domínios até as regiões do S. Francisco. Tornou-se necessário delimitar essas terras com o seu poderoso vizinho e rival Antônio Guedes de Brito, descendente de Caramuru, pois sua tetravó era filha de Apolônia Álvares, filha de Caramuru. Seus pais eram Maria Guedes e Antônio de Brito Correia. Sendo assim, decidiram que os limites se processariam através de uma linha divisória de norte a sul, pelas cristas de Jacobina. Os D’Ávila ficariam com o baixo, o médio S. Francisco e as planuras da banda oriental e os Guedes com a largueza do sertão até as nascentes do rio das Velhas, incluindo-se a vertente interior da serra de Jacobina, desde o Morro do Chapéu, na Chapada (QUEIROZ, ca 1957).

Os colonos tinham a concessão de tomar conta das terras do Conde da Ponte. Eram construídos currais e casas próximas às lagoas ou aguadas para facilitar a criação do gado e evitar que os índios invadissem as terras. Essas terras eram divididas em grandes fazendas como Saco do Moura, Saco do Correio, Tambuatá, São Bartolomeu, Bom Sucesso e outras (Idem).

Antônio Guedes de Brito não se casou, contudo teve uma filha natural, chamada D. Isabel Guedes de Brito. Esta se casou com Antônio da Silva Pimentel, ficando como herdeira legítima de seu pai. Deste casamento nasceu D. Joana da Silva Guedes de Brito que se casou com João Mascarenhas, não tendo filhos. Torna-se viúva e novamente se casa com Manuel de Saldanha da Gama, não tendo também filhos (QUEIROZ, ca 1957).

O sertão dos Tocós em 1723 era formado por diversos sítios de lavouras e criação de animais, com pequena distância, um dos outros. Neste mesmo ano, por escritura pública, vende-se as terras do Tambuatá e nele o sítio Serrinha (ARAÚJO, 1926)⁴.

Nesta época já existiam moradores, posseiros e arrendatários no local, provavelmente desde o final do século XVII (FRANCO, 1996).

A economia local em fins do século XVIII era baseada na agropecuária, artesanato do couro, culturas de subsistência, alugueis de áreas para boiadas e plantio de milho, mandioca, feijão e batata (FRANCO, 1996).

Após a morte de Bernardo da Silva, em 26 de setembro de 1750 – segundo o 1º livro de óbito da freguesia de Água Fria, as terras foram partilhadas entre seus herdeiros, que doaram algumas braças de terra da fazenda Serrinha, para a Senhora Santana, onde construíram uma capela só concluída em 1780. É possível que o impulso poderoso, para erguer a capela [atual Igreja Velha], tenha partido da viúva de Bernardo da Silva, influenciada por seus filhos o Pe. Prudente e Maria da Purificação (ARAÚJO, 1926). E em 1763 ainda se falava em sítio de Nossa Senhora Santana de Serrinha e o termo sítio Serrinha também é registrado em documentos de 1775 (QUEIROZ, ca 1957).

O Sítio Serrinha deve ter sido elevado à condição de arraial por volta de 1780, ano em que foi concluída a capela, ficando filiada a Freguesia de São João Batista de Água Fria – atual Água Fria (FRANCO, 1996). Nos documentos de 1814 já se falava em Arraial da Serrinha (ARAÚJO, 1926).

⁴ Por simpatizar mais pelo local onde se encontrava o sítio Serrinha, Bernardo da Silva se transfere com sua esposa D. Maria do Sacramento e seus 10 filhos, para este sítio, transformado a sede da fazenda em sua residência (QUEIROZ, ca 1957). Era um local mais agradável e com maiores possibilidades de negócios, pois se encontrava na rota de tropeiros e boiadas, além do clima fresco à noite (FRANCO, 1996).

Serrinha é elevada à categoria de matriz da Freguesia de Senhora Santana de Serrinha em 1838, quando se instala o Distrito de Paz de Serrinha, ficando anexada ao termo da vila de Purificação dos Campos [atual Irará], criada em 1837. Por influência do capitão José Joaquim de Araújo, a freguesia de Serrinha alcança foros de vila em 1876, sendo desmembrada de Purificação dos Campos. E, em 30 de junho de 1891, por ato do então governador, Dr. José Gonçalves da Silva, foi elevada á categoria de Cidade (QUEIROZ, ca 1957).

Nesta época a área rural de Serrinha era mais populosa que o meio urbano e os fazendeiros só vinham à vila para tratar de negócios, assistirem a festas religiosas e participar de atos políticos. As propriedades dispunham de quase tudo para se viver, com exceção de sal, querosene, tecidos e medicamentos. A atividade laboral compreendia a criação de animais de pastagem e as plantações de subsistência – milho, mandioca, feijão, algodão e batata, ademais do pequeno comércio da vila (FRANCO, 1996).

4.3 O Município de Serrinha

A cidade de Serrinha está entre as coordenadas geográficas 11°39' lat. Sul e a 39° 00' long. Oeste, distando 173 km de Salvador. Localizado à porção Nordeste do Estado da Bahia, e inserido 100% no “*Polígono das Secas*”; Região 12 (Microrregião do Sisal), limitando-se ao norte com os municípios de Araci e Teofilândia, a leste com Biritinga, ao sul com Lamarão e ao oeste com Ichú e Conceição do Coité. É um importante entroncamento rodoviário do Estado da Bahia (CARVALHO, 2005). Sob a influência do clima semi-árido, a população é em geral pobre, sobrevive da lavoura e esta depende da quantidade de chuva.

Josué de Castro (1984) se refere ao clima semi-árido como seco, com chuvas escassas, irregulares. O ano inteiro as temperaturas médias são elevadas, associadas a baixos graus de umidade relativa do ar. Em contrapartida este aspecto geográfico torna o clima saudável, isento de inúmeras doenças tropicais, condicionadas pelo excesso de umidade do solo e do ar. Contudo, a irregularidade de chuvas resulta em empobrecimento progressivo do solo pela erosão e crises calamitosas de fome da população que depende da lavoura para viver.

O município de Serrinha possui uma altitude média de 360 m, posicionando-se no alto topográfico e conseqüentemente divide as águas entre a Bacia do rio Inhambupe e a Bacia do rio Paraguaçu (50% da área para cada Bacia), incluindo desta forma a sede. Sendo assim, os açudes e rios localizados no perímetro urbano, como também as águas pluviais drenam para a

última bacia. Na região as drenagens existentes são intermitentes, ou seja, de baixa densidade, apresentando declives baixos (CARVALHO, 2005).

De acordo com o censo de 2000 do IBGE o município de Serrinha, possuía uma população de 83.206 habitantes, Sendo a população urbana de 45.943, e a rural 37.263; (IBGE, 2000).

O serrinhense é um sertanejo com características próprias. A maior parte da população é constituída por brancos descendentes de portugueses. Há também mestiços, caboclos e negros. Não existem mais descendentes diretos dos índios Tocós e Beritingas. A figura típica da região é o vaqueiro – um administrador das propriedades (vide anexo, fig. 47). O trabalhador do campo: destocador⁵, capinador, leiteiro, e agricultor de uma maneira geral. É rara a figura da vaqueira. Outra figura típica é o feirante “uma espécie de novo tropeiro.” Existem dois tipos: o que mora no município e tira seu sustento dos negócios realizados nas feiras livres da cidade e o que vem de fora, com mercadorias para abastecer o mercado local. (FRANCO, 1996).

A vegetação nativa do município é o cerrado, bem como a caatinga, estando estas sobre um relevo que apresenta uma geomorfologia plana e levemente ondulada, destacando-se morros residuais que correspondem a pequenas serras que se sobressaem no relevo (CARVALHO, 2005, p.2).

A caatinga é o reino das cactáceas. No solo ríspido e seco estouram as coroas-de-frade e os mandacarus eriçados de espinhos. As árvores acoradas em arbustos e as formações herbáceas completam a paisagem adusta da caatinga. É a zona de maior aridez do Nordeste, com seus rios reduzidos nas épocas secas às faixas de areia, leitos ardentes inteiramente expostos ao sol [...]. Aí se apresenta a vegetação no máximo de sua agressividade e no máximo de sua convergente adaptação ao rigor climático, à extrema secura ambiente. O agreste e o alto sertão são formas atenuadas da caatinga (CASTRO, 1984, p.179).

Esta topografia regular sem serras de alto relevo é a origem do seu topônimo⁶ – Serrinha, de pequenas serras. As riquezas minerais e extrativas são raras, e representadas pela argila, coridon, pedra para construção e ouro (CARVALHO, 2005, p.2).

⁵ Tirar da toca. Arrancar os tocos de (árvores) (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

⁶ Nome próprio de lugar (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

A flora nativa é própria da vegetação de caatinga e tabuleiros⁷. As plantas nativas da caatinga armazenam água e agüentam a seca, pois o período de chuva, nesta região, vai apenas de maio a julho. Podemos encontrar no município as seguintes plantas da caatinga: quixabeira, alecrim, urtiga, mamona, angico, cansanção, baraúna, pau-d'arco, palma, mandacaru, umbuzeiro, jurubeba, caatingueira, pau-de-rato, ouricouri, cactus, ariri, pindoba, velame, cajueiro, xique-xique, sisal, etc (CAMPOS, 1998; FRANCO, 1996).

Existe ainda no município uma abundância de frutos como: umbu, cajá, pinha, caju, mangaba, manga, abacate, araçá, todas nativas (FRANCO, 1996).

Tem uma vasta área plantada sisal (vide anexo, fig. 44), que faz fronteira com o município de Conceição do Coité. O sisal ou gravatá (Agave Rígido Sisalana) chegou ao município por volta de 1910, dele se extrai uma espécie de madeira que serve para a produção de cercas, cordas, tapetes e esteiras. O sisal foi produzido por Serrinha em larga escala para exportação, com a instalação de uma fábrica de beneficiamento. Porém, entrou em decadência nos anos 70, mas ainda é uma atividade produtiva importante (CAMPOS, 1998).

Sobre a região Camello (1937) faz alusão ao cultivo do algodão, da mamona, do fumo, de cereais, da mandioca e do sisal na região.

A fauna própria desses tabuleiros são as perdizes, teiús, tatus, camaleões, cobras, seriemas, gatos-do-mato, raposas e várias espécies de aves e abelhas. Os peixes só existem em açudes como as traíras. As garças brancas aparecem, vez por outra, nesses açudes (FRANCO, 1996).

A agricultura teve um papel secundário na atividade econômica de Serrinha. O plantio da cana-de-açúcar não se adequava ao clima e a terra. Somente no século XX com a implantação de atividades comerciais passa a existir a agropecuária e posteriormente a agroindústria. A cultura mais antiga é a da mandioca. A partir dela se fabrica farinha, beiju, goma, puba ou carimã. Encontra-se disseminado em todo o município. Constitui-se a alimentação básica. É um produto de fácil transformação em rudimentares casas de farinhas localizadas nas roças. No período das secas a farinha e a rapadura formam uma combinação que socorre o sertanejo (Idem).

O milho também é cultivado para subsistência. O seu plantio e colheita são feitos de forma artesanal. No período dos festejos juninos são consumidos produtos derivados do milho como canjicas, pamonhas, cuscuz, mungunzás, bolos e farinhas. Para tanto, o município

⁷ Planalto pouco elevado, de vegetação rasteira (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

possui moinhos elétricos para a produção de fubás de milho e derivados. O feijão, o feijão de corda, o milho e a mandioca constituem a base da cultura de subsistência local. O feijão de corda ou verde [assim como o mangalô e o andu] são frequentes nos meses frios (Idem).

Segundo Campos (1998), quando o inverno é bom há fartura, principalmente, no plantio da mandioca, do milho e do feijão. O município possui diversas casas de farinha que sustentam muitas famílias tornando Serrinha conhecida na região. As lavouras (vide anexo, figs. 48 a 53), são o sustento para as famílias – subsistência, e quando ocorrem sobras, são vendidas nas feiras livres (vide anexo, figs. 30 e 32 a 35).

São frequentes os períodos de seca no município. Os períodos mais dramáticos, neste século, foram: 1931 – 1932; 1976 – 1977 e 1993 – 1994. Desde o século XVII são registrados dados sobre a seca. As medidas tomadas pelo governo se arrastam ao longo dos anos de uma forma paliativa. Os maiores representantes dessas ações periódicas são a distribuição de água em carros pipa e a construção de aguadas e açudes. Os reflexos da seca são visíveis tanto no meio rural – perda dos rebanhos e das pastagens e aumento do desemprego e no meio urbano – queda nas vendas do comércio, escassez de alimentos nas feiras livres e mercados municipais de carne (FRANCO, 1996).

A água utilizada na cidade é adquirida de açudes (Bomba, Gravatá, Aboboras, da Nação, dentre outros) ou pela aquisição das latas de água que vendidas por algumas pessoas da cidade (CARVALHO, 2005).

Entre 1890 e 1969 a cidade atingiu quase 20.000 habitantes e foram implantados equipamentos essenciais à vida moderna – energia elétrica 24 horas, Serrinha foi interligada à capital e ao centro-sul do país pela BR-116 (Rio-Bahia); nessa época o sistema ferroviário achava-se em decadência. A Chemin de Fer exerceu forte influência nas relações políticas, sociais e econômicas na sociedade local, durante mais de 70 anos. (FRANCO, 1996)⁸.

⁸ O trem representou civilidade. Na época da estrada de ferro – após 1880, muitas famílias começam a procurar a cidade em busca de descanso e de ares puros para a saúde. A ferrovia não trazia só visitante, mas dava emprego a muita gente (MEINKING, 2001). Os ferroviários trouxeram nova mentalidade nas relações sociais e trabalhistas. Construíram os açudes da Estação e o da Bomba, deram dinamismo ao comércio e a agricultura. Abriram frente de negócios com Alagoinhas e a capital, especialmente no comércio de peles, couros, fumo e cereais e introduziram nova cultura pela chegada de famílias de outras regiões. Também em 1969, se registra a instalação da Companhia Vale do Rio Doce no município de Teofilândia – a 13 km de Serrinha, a construção do Estádio Municipal, da Faculdade de Educação (UNEB) e a consolidação do município como centro regional dos serviços públicos estaduais sediando o Hospital Regional (hoje municipalizado), a 12ª DIRES, a DIREC, o CIRETRAN, o Ministério Público, a Delegacia Regional de Polícia, comportando-se também como sub-sede de órgãos como a EMBASA, a COELBA, a DERBA e o CREMEB. Hoje sedia também a Coordenadoria Regional de Polícia Técnica (DPT), o Matadouro Regional, regulamentado pela ANVISA, a Diocese – com a implantação de um Seminário Diocesano, para formação de padres, com matriz em Feira de Santana e a Sede Regional do Partido dos Trabalhadores – PT (FRANCO, 1996).

Serrinha não obteve uma acentuada urbanização ao longo dos anos, mesmo com a presença da ferrovia Salvador-Juazeiro, da BR-116, da Petrobrás e da Companhia Vale do Rio Doce, em virtude da proximidade de Feira de Santana, um dos centros regionais mais importantes do Estado. Nas décadas de 60 e 70, em função do crescimento da população, das facilidades dos meios de transporte e comunicação, da falta de perspectivas no meio rural, das constantes crises com as secas e do modelo econômico vigente no país, registra-se o maior êxodo dos filhos da terra à procura de emprego em Feira de Santana, Região Metropolitana de Salvador e no Centro-Sul do país, pela falta de geração de empregos para os seus munícipes. Os que partiram enviaram mesadas para os seus familiares que continuaram morando em roças (Idem).

Inicialmente a atividade industrial do município era voltada para a produção de fibras, charutos e vinhos de frutas; descaroçamento de algodão; curtimento de peles; produção de lã e seda e da farinha da mandioca. Mais tarde outros estabelecimentos e produtos começam a fazer parte da atividade industrial como: sapatarias, padarias, moinhos de café e milho, marmorites e ladrilhos, laticínios, fábricas de doces e balas, sisal e extração mineral – ouro. (Idem).

A cidade de Serrinha ainda possui edificações do século XVIII, centenas de árvores para dar sombra ao sol abrasador da região, movimentos culturais com música e literatura, vaquejada, algumas religiões: candomblé, católica, e evangélicas.

A pesar destas atividades, a maioria da população continuava pobre e trabalhando em roças, muitas vezes arrendadas de grandes proprietários. A tradição de viver entre o campo e a pequena cidade de Serrinha vai modificando os habitus em relação à apreensão de novos valores, tanto no que concerne ao itinerário de tratamento das enfermidades como na alimentação, no cotidiano do trabalho, etc. A exemplo, como sabemos gerações passadas com menor acesso a medicamentos utilizavam recursos de rezas e plantas para a doença do açúcar no sangue.

4.4 A chegada do vaqueiro

A idéia central da preferência dos serrinhenses pela carne de boi é a sustentação do corpo; o tamanho do animal, a opulência, o cuidado do pasto, a dominação pelos fazendeiros pecuaristas, representa a força do boi na alimentação⁹.

Aclimatado ao sertão o gado se desenvolveu livre de doenças e outras pragas (GALVÃO, 2002).

Em 1956 a pecuária era significativa na vida do município, os rebanhos se compunham de bovinos, caprinos, ovinos, suínos e eqüinos. O gado bovino era criado com três finalidades: a produção do leite e o corte. O gado que existiu na fase áurea da pecuária dos sertões foi o pé-duro, depois o mestiço, resultado da mistura de várias raças¹⁰. Um dos componentes da alimentação básica da população era fornecido pelo gado, ou seja, a carne fresca e seca que era apreciada com farinha e feijão, ou tipicamente no prato conhecido como “carne seca com farofa” (QUEIROZ, ca 1957). Antes do vaqueiro existia o tropeiro, era a figura típica dos sertões entre os séculos XVII e início do século XX. Comandava tropas de burros daí a denominação, e abastecia a comunidade com alimentos. Trazia informações dos centros mais avançados, pernoitava em lugarejos, hospedava-se por vários dias (FRANCO, 1996).

Entretanto, o vaqueiro é o personagem típico da região (GALVÃO, 2002). É descendente do curiboca¹¹. Homem de confiança dos fazendeiros. Costuma ser desconfiado e de pouca conversa. Medita antes de fazer quaisquer negócios. Assemelha-se a um administrador de propriedades, cuida dos animais de pastagem, da terra, dos equipamentos. O vaqueiro conduz a boiada com aboios¹² e cantos (FRANCO, 1996). O gibão¹³, o jaleco, o chapéu de couro, a perneira, as luvas são vestimentas próprias para lidar-se com o gado no sertão (GALVÃO, 2002). Bem como os paramentos dos cavalos – selas, arreios

⁹ Entre 1612 e 1891 os colonizadores chegam a Serrinha trazendo o gado para criação. Com o passar dos anos o rebanho cresceu e os seus donos passaram a vender algumas cabeças. O crescimento desse comércio favoreceu o aumento populacional da cidade. Serrinha era lugar de passagem de outras boiadas que vinham do Piauí e do Maranhão pela Estrada Real com destino a Salvador. Com o movimento de pessoas e mercadorias o comércio local foi desenvolvendo-se (CAMPOS, 1998).

¹⁰ Cf. Franco (1996), Tomé de Souza trouxe as primeiras raças de gado para o arquipélago de Cabo Verde e da Capitania de Pernambuco. Mais tarde veio o zebú-indiano, guzerate e nelore que predominam até hoje (FRANCO, 1996, p.174).

¹¹ Caboclo (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

¹² Canto monótono com que os vaqueiros guiam as boiadas (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

¹³ Casaco de couro curto, usado pelo vaqueiro por sobre a camisa (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

complementares, protetores e viseiras (FRANCO, 1996). Camello (1937, p. 235) retrata que: [...] “Nos dias de feira constitui um espetáculo interessante a afluência de vaqueiros, vestidos de couro e montados em fogosos cavalos.” A montaria tradicional dos vaqueiros da zona rural à cidade é o cavalo, jegue e burro. Este deslocamento normalmente acontece nos dias de feira, sob o sol quente. A partir da década de 80, muitos vaqueiros e trabalhadores rurais passaram a utilizar bicicletas. Sendo os carros de boi substituídos por caminhões e caminhonetes (FRANCO, 1996). Atualmente, motocicletas também fazem parte do transporte dos vaqueiros. Nem sempre usam mais o gibão se modernizou e passa a incorporar novos valores culturais. Apreciam a pinga (cachaça ou foinha¹⁴ e rabo-de-galo¹⁵) nas bodegas próximas ao mercado, sendo o consumo de cerveja mais freqüente, incorporando-se atualmente aos seus hábitos. (Idem).

O veículo de comunicação de massa predileto do vaqueiro é o rádio, e as emissoras locais lhe dedicam programas (Idem). São freqüentes as realizações de vaquejadas e jogos de argola (CAMPOS, 1998)¹⁶.

Segundo Josué de Castro (1984, p. 198) ao estudar a região do sertão nordestino:

Além do leite, tem o sertanejo uma fonte liberal de proteínas na carne. Carne de boi, carne de carneiro e, principalmente, carne de cabrito, que constitui o grosso do consumo da região. Abatendo o seu gado para alimentar-se, o sertanejo come, no dia da matança, as vísceras e partes mais perecíveis em famosas *buchadas e paneladas*, reservando para outros dias a carne dos músculos, fresca ou seca como charque, ou secada ao sol e vento [...].

Até hoje os mitos que envolvem o boi continuam como representações populares, através das festas dos vaqueiros celebrando os donos da fertilidade, da sobrevivência e da fartura proporcionada por esse animal *quase sagrado*. Músicas, cantos, danças, fala do boi

¹⁴ Cachaça local feita como folhas podres (nota da autora).

¹⁵ Cachaça pingada com Cinzano (FRANCO, 1996, p. 170).

¹⁶ A vaquejada é uma prática antiga no município. Na época da criação de Serrinha, no final do século XVII, a pecuária já se constituía na principal atividade econômica local. E na década de 60, em alguns pontos do país, principalmente no Nordeste, os fazendeiros já começavam a transformar a prática do trabalho (a prática da vaquejada), em atividade de lazer organizado, com as atividades de conduzir o gado, vaquejar, derrubar o boi, laçar, ferrar, dentre outros. Assim, em 1968 um grupo de fazendeiros cria a Vaquejada de Serrinha num curral improvisado. O sucesso foi tão grande que em 1969 a vaquejada instalou-se no perímetro urbano da cidade reunindo cavaleiros de várias localidades do Nordeste. A festa é organizada mesclando-se uso e costumes do campo – a montaria a cavalo, as vestimentas do vaqueiro e a derrubada do boi, com elementos da vida citadina – concurso de miss, festa dançante e barracas com vendas de iguarias típicas. Agradou-se, dessa forma, o homem do campo – quer fazendeiro, quer peão, e o homem da cidade (FRANCO, 1996, p. 303).

exaltando coragem, força, vitalidade, riqueza (GALVÃO, 2002, p. 73-74, grifo do autor). “A composição vaqueiro, cavalo e boi estabelece um universo de grandeza que representa a alma da região.” (FRANCO, 1996).

Não é o vaqueiro, de forma alguma, uma figura esmaniada e perdida na caatinga. Tem pouso, o vaqueiro. Tem morada, embora rude e modesta. Anda, viaja, trabalha, desgarrar-se da malhada, mas vem dormir perto do curral. Não necessita de boa casa, é verdade, porque se acostuma a descansar sob o umbuzeiro, sob o juazeiro, mais distante, sob qualquer sombra de quixabeira amiga. Uma fronde convidativa e aí o descanso do vaqueiro. Mas conta com rancho melhor, com utensílios domésticos melhores do que possuía o peão

Argentino [...]. A terra o prende. Gruda-lhe a malhada, o passo. Não é um nômade (BOAVENTURA, 1989, p. 29).

4.5 A tríade feijão, farinha e carne seca

A mistura com a farinha e a carne seca se configura como a principal associação do hábito alimentar da população desta região.

O feijão foi cultivado pelo colonizador representou o sustento dos trabalhadores dos sertões do Nordeste. Foi o brasileiro, descendente de portugueses, ameríndios¹⁷ e africanos quem propagou o consumo do feijão (CASCUDO, 1968), conforme documentos do séc. XVIII, na Terra de Santa Cruz havia uma fartura de favas e feijões. Algumas espécies de feijões, vindos de Portugal para o Brasil foram denominadas de fava¹⁸ e feijão. Algumas espécies como o gandu, cuandu, andu e outras, são nativas do Brasil pré-colonial (CASCUDO, 1968).

De 1622 a 1653 o feijão consta de lista de compras adquirido em alqueires [...]. As tribos nativas da América Central e do Sul conheciam diferentes espécies de “frijoles” (feijões), que também o africano cultivava e consumia. Portugueses e espanhóis eram apreciadores de várias espécies de leguminosas,

¹⁷ O indígena do continente Americano (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

¹⁸ Planta leguminosa, medicinal. A vagem ou semente, comestível, dessa e de outras plantas (XIMENES, Sérgio. Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa. 2.ed. São Paulo: Ediouro, 2000).

transmitidas de povo a povo ao longo de seus contatos na história (ORNELLAS, 2000, p. 236).

Os indígenas chamavam os feijões de cumandá, comaná ou cumaná. Os registros dos séculos XVI e XVII referem que os indígenas comiam feijões e favas, mas que a preferência era pela farinha de mandioca. O feijão, a mandioca, o inhame, e a macaxeira, reduziram e praticamente extinguiram o ciclo nômade dos amerabas (CASCUDO, 1968).

Desde a primeira metade do séc. XVII o binômio *feijão e farinha* já comandavam o cardápio do Brasil. Cascudo (op. cit.) relata sobre a marcha dos bandeirantes para o oeste, e das provisões alimentares à base de farinha de mandioca e carne assada ou paçoca, guardadas nas bruacas de couro. Quando a marcha parava para descansar, os índios plantavam a mandioca e aguardavam a sua maturação para depois produzirem a farinha (CASCUDO, 1968).

Karl Von den Steinem em 1884 e 1887, citado por Ornellas (2000) em viagem ao Xingu leva como farnel farinha, feijão, carne-seca e sal.

Os alimentos tradicionalmente levados para as incursões pelo sertão do Nordeste, desde o interior da Bahia até os limites do Piauí, eram a paçoca¹⁹, a carne assada e a farinha de mandioca. A paçoca era amarrada à sela do vaqueiro, estando em serviço atrás do gado, e quando o mesmo sentia fome, a fim de não interromper a caminhada ou parar o trabalho, *levavam a mão ao saco e jogavam um punhado na boca*. Freyre (1992) se refere a esta mistura como um elemento tradicional da região Norte, entretanto também se observou no sertão. Os sertanejos conservavam o feijão secado ao sol em “cabaços ou cumbucas” imersos em sebo animal. (CASCUDO, 1968).

Um estudo desenvolvido pela antropóloga Paula Pinto e Silva (2005), revelou que a tríade *farinha, feijão e carne seca* se constituem em um sistema alimentar nascido no âmago da sociedade colonial e demonstra como esta sociedade se desenvolveu possuindo como cenário a hierarquia, a dicotomia, a diversidade e a fome. A pesquisa levanta aspectos simbólicos da cultura alimentar do país na época do Brasil Colônia.

Silva (2005) fez uma distinção sobre a diversidade da utilização do feijão no território brasileiro, como por exemplo, o uso do feijão de caldo nos engenhos devido à vida no litoral ser mais sedentária, alicerçada pela estrutura das casas grandes e das senzalas. Já no sertão o

¹⁹ Carne seca torrada, pilada com farinha de mandioca e outros ingredientes (ORNELLAS, 2000, p.235).

feijão era preparado escorrido, ao modo indígena, uma vez que o modo de vida do sertanejo era mais itinerante.

Houve também a inserção do homem branco no sertão determinando mudanças nos hábitos alimentares com a criação de gado e a produção da *carne seca*. Um dado importante da época relativo à pecuária é que neste período a carne de porco, conservada em banha, era muito utilizada como carne cotidiana por ser considerado mais saboroso e macio, além do processo criatório ser mais fácil. A carne seca era tida como de *qualidade inferior*. Na região nordestina o gado era criado solto, sendo também utilizado para o transporte o que conferia uma dureza à carne. Pela carente estrutura de transporte e armazenamento a carne bovina chegava apodrecida ao seu destino (SILVA, 2005).

Em termos de adaptação o modo de preparo e a prática de conservação da farinha e da carne revelaram uma sobreposição da cultura nativa à estrangeira, assim como feijão com caldo reflete o inverso. Entretanto, incorpora-se o hábito de se utilizar a farinha de mandioca para aparar o caldo da comida, em substituição ao pão de trigo utilizado na Europa (Idem).

4.6 A mandioca: da roça à casa de farinha

A mandioca, originária da América do Sul, é conhecida popularmente por aipim, macaxeira ou maniva. Cientificamente se chama *Manihot esculenta*. É Dos mais de 80 países produtores da mandioca o Brasil é detentor de mais de 15% da produção mundial. Situa-se entre os 9 (nove) primeiros produtos agrícolas do país, sendo consumida em todo o território nacional (BRASIL, 2002).

Classifica-se em mandioca brava, com alto teor de ácido cianídrico, uma substância tóxica ao organismo, necessitando de processamento adequado e mandioca mansa que possui um teor menor do ácido. O rendimento da mandioca se deve à sua capacidade de permanecer no solo por longo tempo, podendo ser colhida quando necessário ou desejado. Quando a colheita atrasa, o diâmetro da raiz e o seu comprimento aumentam sem causar alterações nutricionais ao produto, contudo seu valor comercial fica prejudicado (BRASIL, 2002).

No Nordeste as casas de farinhas produzem, de forma artesanal, diversos tipos de farinha, como exemplo a goma, a tapioca, a carimã ou a puba e a

própria farinha. Esta produção envolve o trabalho intra-familiar e até mesmo o comunitário, que gera recurso próprio de renda e garante o próprio consumo. (BRASIL, 2002, p.75).

A mandioca é um produto fundamental na alimentação brasileira e sua produção ainda guarda estreita relação com as técnicas indígenas. No Nordeste se fabrica a farinha seca, também *chamada de farinha de guerra*, em contraposição do extremo Norte quando a preferência é pela farinha d'água rica em carboidratos (FREYRE, 1992).²⁰

No Nordeste são produzidos alimentos à base de mandioca, arroz e milho, envoltos em folhas de bananeira, de provável origem africana. Nestas preparações estão reunidas algumas etnias, através dos ingredientes, como exemplo o coco, o sal e a mandioca, respectivamente de origem asiática, européia e indígena (Idem).²¹

Santos (1997, p. 74), de acordo com o seu estudo, classifica a mandioca em: “manífa, maniba e maniva²² que são as formas empregadas para designar o caule do pé de mandioca que é cortado em pedaços para servir de semente (do tupi *mani'iua* – *pé de mandioca*) e a maniçoba que se refere, somente, á folha da mandioca (di tupi *manisoua* – folha de mandioca).”

A produção da farinha começa com o plantio das manivas. Colhe-se a raiz da mandioca da roça e se leva para a casa de farinha. O Tubérculo é descascado, manualmente, e colocado em água para amolecer, fermentar ou apodrecer (*pubar*), numa gamela, logo depois

²⁰ Segundo Gabriel Souza (19 – apud SANTOS, 2003, p.16), a farinha era denominada de “farinha de guerra” pelos “gentis” quando partiam para guerrear com as tribos inimigas. A farinha era embrulhada em fardos de folhas e mesmo que precisassem atravessar rios ou chuva, a mesma não se molhava. Souza relata que a farinha era usada pelos portugueses para alimentar criados e escravos e que nos engenhos de açúcar era a principal fonte de alimentação “em tempos de necessidade.” Refere também que a farinha era usada como metalotagem nas viagens marítimas. Freyre (1992) também se refere a Souza nos relatos deste em 1500 quando descreve o tratamento dado à raiz da mandioca desde o processo inicial de cevar até o produto final. Para Léry (1980, p.124), não se registra a denominação *farinha de guerra*, contudo ele faz referência a um tipo de farinha “muito cozida e dura, a que os selvagens chamam de *uhiantan*, usada nas expedições guerreiras por se conservar melhor.” O padre Fernão Cardim (1980, p.41, grifo nosso), também faz referência à *farinha de guerra* quando diz: “[...] se faz uma farinha biscoitada que chamão *de guerra*, que serve aos índios e portugueses pelo mar, e quando vai à guerra como biscoito.”

²¹ As casas de farinha do Norte e Nordeste foram criadas pelos colonizadores portugueses, através da técnica da maquinaria da uva e da azeitona, já utilizadas por eles. (VAINSENER, 2006). “Vemos aqui que a matéria básica da culinária Tupinambá foi inteiramente assimilada pelos portugueses, que a utilizaram para confeccionar os seus próprios quitutes, em lugar da habitual *farinha do reino*.” (SANTOS, 1997, p. 103). No período pré-colonial as casas de farinha eram feitas de sapê, muitas das vezes somente com um lado fechado (prática comum ainda no Nordeste), a cobertura era de palha e o chão de terra batida. Nas casas de farinha se transforma a mandioca em farinha. Esta técnica artesanal colaborou com a fixação do homem à terra (FUNDAÇÃO JOAQUIM NABUCO, 2006).

²² Maniva e suas formas variantes designavam a princípio toda a planta e, posteriormente, passou a se referir apenas aos pedaços do seu caule que são utilizados para a semeadura (SANTOS, 1997, p. 74).

é triturada no ralador (*caititu*) ou pilão. Normalmente o trabalho de mover o ralador, através de uma roda grande, é uma tarefa masculina, cabendo às mulheres a função de despejar a massa no ralador ou ralo fino. Na seqüência a mandioca, já ralada, cai num cocho onde é prensada no moinho ou no *tipiti* (*tipi* = espremer; *ti* = líquido, em tupi), que é um instrumento confeccionado com talas de arumã, uma espécie de palmácia. Ao fim deste processo é retirado o ácido cianídrico (*manipueira*) através do líquido desprezado (*pubagem*) (FUNDAÇÃO JOAQUIM NABUCO, 2006). A massa retirada da prensa fica como em formato de blocos que são desfeitos e peneirados na *arupema*. Finalizando a operação o produto é levado ao forno de pedra para secar, de forma manual, tendo-se o cuidado para não passar do ponto. Se houvesse um melhor aproveitamento do amido residual proveniente das prensas e das raspas, não se perderiam nutrientes, no processo de produção da farinha, como as proteínas, vitaminas e minerais (VAINSENER, 2006).

Segundo Flávio Araújo Pimentel (2001) a obtenção da farinha e seus derivados por micro indústrias de produtores rurais, passam por um beneficiamento de forma artesanal, na qual a fase da prensagem, que ocorre no tempo mínimo de três horas, na maioria das casas de farinha, [com prensagem mecânica] é realizada por meio de toras de madeira, utilizando cabo de aço ou macaco hidráulico. Os dois tipos de prensas possuem vários inconvenientes, dentre eles, o longo tempo para secagem, a elevada demanda de força humana associada a acidentes de trabalho e a contaminação da farinha ocasionada pelo vazamento do óleo do macaco hidráulico (PIMENTEL, 2001, p.1).

Do convívio com o indígena se incorporou a técnica do preparo dos produtos derivados da mandioca como a farinha, a carimã, o mingau, o beiju ou tapioca e o bolo de carimã fermentado (FREYRE, 1992). Santos (1997) relaciona os produtos derivados da mandioca, além do principal – a farinha de guerra, como o beiju, a carimã ou massa puba, a goma e a tapioca.

Destas raízes exprimidas, e raladas se faz farinha que se come; também se deita de molho até apodrecer, e depois de limpa, exprimida, se faz também farinha, e huns certos beijus como filhós²³, muito alvos, e mimosos. (CARDIM, 1980, p. 41).

²³ É um tipo de bolinho ou biscoito de farinha e ovos, frito em azeite (SANTOS, 197, P. 105).

A lexia **beiju** conservou o seu conteúdo semântico original e continua sendo uma iguaria muito apreciada nos de hoje. O modo como é feito pelas mulheres do lugar ainda é bastante artesanal e muito faz lembrar o trabalho das índias do passado [...] (SANTOS, 1997, p. 107, grifo do autor).

Come-se farinha de mandioca em várias refeições do dia. Pela manhã a carimã, e à noite o cuscuz de tapioca, no almoço a farinha seca para fazer pirão com o feijão de caldo. A carimã que era denominada de *farinha originada de raízes secas* pelos cronistas passa a ser chamada de farinha feita das raízes amolecidas na água, lavadas e peneiradas (> tupi *pub* ‘podre, apodrecido’) (SANTOS, 1997, p.106).

Léry (1980) descreve a carimã como uma farinha menos cozida e mais tenra, chamada pelos índios de *uhipon* (ui-pub ‘farinha apodrecida’) e comenta sobre sua preferência pela carimã à farinha de guerra:

[...] muito mais agradável do que a primeira por que dava na boca a sensação do miolo de pão branco ainda quente (Léry, 1980, p.125).

As tapiocas eram obtidas por outro processo que não o utilizado para a obtenção da farinha de guerra. Analisando-se a etimologia temos que a palavra tapioca é derivada do tupi *tipioka* > ti ‘suco’ *pi* ‘sedimento’, um tipo de farinha feita a partir do caldo da mandioca. Outra caracterização dada à tapioca é a de serem “*como filhós de polme²⁴ e moles*” (SANTOS, 1997, p. 105, grifo do autor).

A farinha do *caldo da mandioca* se identifica com o produto que hoje os falantes da localidade chamam de goma. Segundo o testemunho dos mais idosos, até pouco tempo atrás, a técnica utilizada para a obtenção da goma era bastante similar àquela descrita pelos cronistas do século XVI: a água que escorria da prensa (que substitui o tapiti), enquanto se enxugava a massa, era aparada numa vasilha e deixada, de um dia pro outro para *assentar*. No dia seguinte, aquela água era escorrida e, no fundo do recipiente, ficava *assentada* a goma. Para se obter uma farinha *mais alva* era só repetir a troca de água, quantas vezes fosse necessário (SANTOS, 1997, p. 107, grifo do autor).

²⁴ É definido pelos dicionários como ‘uma massa um pouco líquida’ (SANTOS, 1997, p. 105).

Tabela 7: Designação Para os Subprodutos da Mandioca no Século XVI e na Sincronia Atual

DESCRIÇÃO	DENOMINAÇÃO	
	SÉC. XVI	ATUAL
Farinha de raízes secas, depois de curtidas na água.	Carimã	-
Farinha de raízes bastante curtidas na água e peneiradas na arupemba	Uhi-pon (Léry)	Carimã, puba, massa puba
Farinha feita da água da mandioca	Farinha biscoitada (Cardim)	Goma, tapioca
Iguaria feita da água da mandioca, mais grossa e mais mole que os beijus	Tapioca	-
O bolo da massa da mandioca assado no alguidar	Beiju	Beiju

Fonte: Santos, 1997, p. 105

A farinha produzida pelo caldo da mandioca recebeu várias denominações desde o século XVI até os dias atuais com é demonstrado na tabela 7.

De acordo com Santos (1997), duas outras definições se explicam à luz das relações sociais e econômicas estabelecidas entre os membros da comunidade: a farinha de comer e a farinha de vender. A primeira é mais grossa e não é adicionada de um produto à base de urucum para lhe dar a cor amarelada, a segunda é mais fina, amarelada e sua fabricação esta condicionada às exigências do mercado de consumo. “Na localidade, farinha de ganho é fazer farinha para os outros, em troca daquela remuneração”. Segundo a autora podem se compara a expressão “de ganho” com o mesmo conteúdo semântico “como atividade profissional para garantir o sustento” (SANTOS, 2003, p.18).

“Lá em casa a gente faz farinha de vender mais fina e a de comer mais grossa” (inf.9) (SANTOS, 2003, p. 17).

Tanto os donos das casas de farinha quanto aqueles envolvidos no trabalho desaprovam essa prática em relação à farinha para uso próprio; portanto, não adicionam o pó de urucum à farinha que consomem. Referem-se a essa farinha “impura” como farinha de produto, que tem uma conotação pejorativa entre eles. (SANTOS, 2003, p. 18, grifo do autor).

Quanto à forma de produção da farinha encontramos as designações de “farinha motorizada” que é a produzida em forno movido por processo mecânico e um motor de maior proporção. Podendo ser chamada de farinha de produto, que é utilizada para comercialização.

Dependendo da força de tração empregada para ativar a peça principal do aparelho de ralar, as casas de farinha podiam ser qualificadas em: “*casa de farinha de moenda* ou *bolandeira*; *casa de farinha de roda de mão* e de *roda d’água*”. (SANTOS, 2003, p. 20, grifo do autor). Das tarefas nas casas de farinha cabe ao elemento masculino ralar a mandioca, sendo justificado por ser um “trabalho mais duro”, onde se precisa “botar mais força” ou porque é mais “perigosa.”. Porém, segundo a autora, o processo de produção da tapioca é estabelecido como uma atividade eminentemente feminina (Idem, p. 18-21). Léry (1980) relata quanto à divisão do trabalho entre os índios, no processo da produção da farinha da mandioca, que as mulheres indígenas trabalhavam mais do que os homens. E que às mais velha cabia a função de fazer a farinha e de transportarem a mandioca nas costas para a casa.

A manutenção da estrutura das casas de farinha trás um aspecto histórico-cultural, pois neste ambiente onde se reuniam escravos, desenvolviam-se manifestações culturais, que hoje podem ser resgatadas através dos instrumentos utilizados no período colonial, da linguagem indígena quando se nomeiam fases e produtos obtidos do processo da produção da farinha e nas cantigas utilizadas durante o trabalho (LIMA, 1983).

Contempla-se ainda um aspecto de caráter social, nas etapas de produção nas casas de farinha, pois se desenvolve uma forte cooperação entre as pessoas, com a participação da família ou da comunidade na produção da farinha. Esta relação social poderia ser reproduzida como modelo transcendendo os limites físicos, despertado a capacidade participativa gerando cidadania (Idem).

A farinha como elemento cultural que produz identidade social, é o acesso mais permanente para a sobrevivência. Sagrada, como o seu próprio nome em Yorubá (Mãe Grande) é o alimento que não pode faltar.

Estudar a linguagem nas atividades e em torno delas é [...] introduzir a relação com o tempo, com o outro, com o coletivo [...] porque aproxima o saber, a capacidade de interpretação acadêmica aos saberes do homem comum, [...] tendo a linguagem como um valioso instrumento que lhe permite representar a sua realidade e a sua percepção dela própria (SANTOS, 2003, p.25-26).

5 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida no Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia de Serrinha. Este ambulatório foi inaugurado em outubro de 2002, sendo a própria pesquisadora a única nutricionista desde então. E nesse período de tempo já atendeu a 242 pacientes de variadas patologias, sendo 76 os diabéticos. Atualmente acompanha 28 pacientes diabéticos de várias faixas etárias incluindo diabéticos tipo 1 e 2. O funcionamento do ambulatório ocorre aos sábados pela manhã no horário das 8:00 às 13:00, e o retorno das visitas dos pacientes se dá mensalmente. Atendidos por ordem de chegada ficam na sala de espera, desde cedo, para uma interação intencional. Esta é a necessidade de manter a intersubjetividade da enfermidade para se sentirem “normais” e não enfermos em suas realidades. Paulo Alves (1993), estudou a experiência da enfermidade enquanto uma realidade construída por processos significativos intersubjetivamente partilhados. A secretária organiza o serviço e o fluxo das atividades do dia, incluindo o agendamento dos pacientes, o fichário com o registros de acompanhamento, etc.

Fizeram parte da pesquisa 10 (dez) pacientes diabéticos incluindo 7 (sete) do sexo feminino e 3 (três) do sexo masculino. Dentre os pacientes do sexo feminino hávia uma adolescente de 13 (treze) anos, cujo termo de consentimento livre e pré-informado foi assinado pelo responsável e pela própria criança, e seis pacientes adultas com idades variando entre 43 (quarenta e três) e 65 (sessenta e cinco) anos. A idade dos pacientes do sexo masculino variou entre 53 (cinquenta e três) a 65 (sessenta e cinco) anos. Quanto à classificação da patologia havia apenas 1 (um) paciente diabético tipo 1 (a paciente adolescente) e 9 (nove) pacientes diabéticos tipo 2.

Os pacientes foram voluntários, obedecendo apenas ao critério de participarem do acompanhamento nutricional – anamnese: história familiar, história pregressa, história da moléstia atual, patologias associadas, história social, queixas principais, uso de medicamentos, dados antropométricos (peso/altura; IMC), exames laboratoriais, avaliação clínica e nutricional, no Ambulatório de Nutrição, independentemente de sexo, idade e nível de escolaridade, puderam fazer parte da pesquisa pacientes analfabetos, bem como moradores do município de Serrinha e cidades circunvizinhas, ou seja, pacientes que residiam em cidades próximas e que já eram atendidos neste ambulatório tanto da zona urbana, quanto da rural.

As entrevistas foram realizadas nas datas apazadas para o retorno dos pacientes às consultas de revisão no ambulatório.

Utilizando-se técnicas de coleta de informações, puderam ser obtidos mediante a entrevista, dados primários ou secundários. Os primários se referiram aos dados apreendidos da realidade pelo próprio pesquisador, também, denominados de “subjetivos”. Os dados secundários disseram respeito aos coletados por outras fontes como estatísticas, censos, registros civis, etc., chamados também de “objetivos” (Minayo,1999).

O presente trabalho elegeu a entrevista semi-estruturada como instrumento para a coleta dos dados primários, que segundo Minayo (1999), combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Tendo como característica a utilização de um roteiro que norteia a abordagem de tópicos relevantes a respeito do objeto em estudo (Idem).

O instrumento utilizado na coleta dos dados para a caracterização dos sujeitos do estudo foi um questionário de perguntas semi-abertas, com os pacientes, e consulta à própria ficha de cadastro e acompanhamento dos mesmos, a fim de selecionar alguns dados iniciais como: nome, idade, escolaridade, profissão, região, migração, habitação, saneamento básico; anamnese: história familiar, história pregressa, história da moléstia atual, patologias associadas, história social, queixas principais, uso de medicamentos; dados antropométricos (peso/altura; IMC), exames laboratoriais, avaliação clínica e nutricional.

Foi construído um roteiro para nortear a confecção dos questionários a serem utilizados nas entrevistas com os pacientes. Os tópicos abordados no roteiro das entrevistas para os pacientes foram os seguintes:

- A acepção do diabetes para o paciente de Serrinha; a acepção do alimento para o diabético em Serrinha; a interpretação do cotidiano do diabético com a ruptura com a alimentação comum ao lugar; o alimento como parte terapêutica do tratamento; a interpretação do cotidiano do diabético com a ruptura com a cultura e a tradição comum ao lugar; a convivência com a dieta; a convivência com os familiares e com os vizinhos; a influência do estado emocional na qualidade de vida do paciente diabético; a sensibilização quanto à aceitação do diabetes e a parceria no tratamento com a equipe de saúde.

Após coletados os dados iniciais foram feitas as entrevistas semi - estruturadas ou em profundidade. Foram realizadas várias entrevistas gravadas em gravador com fita cassete de sessenta minutos, com os 10 (dez) pacientes diabéticos voluntários para a pesquisa.

As entrevistas como fontes de informações, são muito utilizadas na pesquisa qualitativa. Para Cecília Minayo (1999), “ao lado da observação participante, a entrevista – tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico – é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo”. Uma etapa posterior às entrevistas é a transcrição e análise das falas, na qual se separa os significantes tomando-os como referências analíticas. Os significados são dados a partir da experiência dos atores sociais. Suas vivências em relação ao problema.

Esta pesquisa faz uma correspondência com os estudos de Laplantine e Goffman, na tentativa de desenvolver uma análise mais profunda dos significados da doença, no caso, o diabetes.

Após a transcrição das entrevistas foram realizadas leituras preliminares, para a familiarização do material e pre-análises das narrativas. Em seguida, foram observadas as unidades semânticas mais importantes para a compreensão do objeto, extraindo-se as informações que tornaram possível o confronto ou a correspondência entre os fatos empíricos, a literatura e as concepções do pesquisador para a compreensão dos significados do fenômeno. Foram estabelecidas noções analíticas ou categorias de trabalho onde se reorganizaram e agruparam os significados semelhantes e as diferenças. Nesse processo, realizamos um breve diagrama analítico com as mensagens disponíveis. Após as leituras se pôde separar ou recortar os significados, para entender-se o objeto de estudo e as associações possíveis que o envolveram, elegendo-se palavras e sentenças mais importantes em cada entrevista e registrando-se o contexto específico de cada paciente, a partir da interpretação dos textos. Nesse sentido, para uma organização mínima dos textos acolhidos, foram inicialmente sistematizado um conjunto de idéias conceituais que deveriam se cruzaram como verdadeiros feixes na linguagem em busca do sentido da alimentação desses pacientes. Foram destacados os significantes mais importantes para significar o problema. Por fim, obtivemos os conteúdos significativos baseados na interpretação dos textos dos narradores (Macedo, 2000).

Essa técnica possibilitou uma melhor interação entre o pesquisador e o informante, no sentido de conhecer o cotidiano dessas pessoas, seus hábitos, suas crenças, os significados dados à doença e ao tratamento, através das narrativas dos sujeitos sociais (Minayo, 1999).

Segundo Roland Barthes (1992) a semiologia tem por objeto qualquer sistema de signos, havendo portanto outros sistemas de signos, além da linguagem humana. Contudo, quanto ao conjunto de objetos (alimentação, etc.), estes só alcançam o estatuto de sistemas quando passam pela mediação da língua, que lhes recorta os significantes e lhes denomina os significados. Topologicamente falando a conotação vem assegurar a disseminação dos

sentidos, que semiologicamente é o início de um código – a articulação de uma voz que esta tecida com o texto. O significante é recortado em *lexias* – unidades de leitura, que podem conter alguns sentidos a serem enumerados, onde o comentador traça ao longo do texto zonas de leitura observando-se a migração dos sentidos, o afloramento dos códigos e a passagem das citações.

Em relação aos procedimentos éticos as entrevistas foram concedidas, de forma voluntária, com o intuito de respeitar os direitos dos indivíduos entrevistados. Foi utilizado um termo de consentimento livre e informado, apresentado aos pacientes, firmando com eles o conhecimento das justificativas, objetivos e propósitos da pesquisa, esclarecimentos da ausência de danos de qualquer ordem e a manutenção do sigilo de suas verdadeiras identidades. Estando a pesquisadora disponível para dirimir eventuais dúvidas por parte dos pesquisandos. Nesse sentido foram utilizados nomes fictícios para todos os participantes do estudo. Os aspectos éticos foram garantidos como o caráter voluntário, a privacidade, a confidencialidade e o consentimento em si com a liberdade de recusa a qualquer fase da entrevista, não prejudicando, desta forma, a continuidade da assistência prestada aos mesmos pela nutricionista. Igual procedimento foi adotado para os registros fotográficos. Este documento foi elaborado de acordo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Foram incorporados ao trabalho fotografias na tentativa de exemplificar as características demográficas, sociais, culturais e históricas do município de Serrinha, inseridas no cotidiano dos sujeitos do estudo.

6. ANÁLISE DAS NARRATIVAS

6.1 A Acepção do diabetes para os pacientes de Serrinha – a descoberta da doença

6.1.1 O medo

Todos falam do medo da doença; o temor do Diabetes. De acordo com Del Porto (1999), medo e tristeza se constituem na resposta humana universal a situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Esta assertiva pode ser observada em vários depoimentos dos diabéticos investigados:

Eu tinha que fazer uma cirurgia, antes fiz exames, e descobri. Foi muito triste (Dalva);

Eu me senti um pouco abalado [...], senti aquela coisa assim [...] fiquei meio impressionado (Pedro);

Eu tinha medo porque eu sempre adorei chocolate, doce [...] e agora? Fiquei desarmada [...], meio triste [...] (Jacira);

[...] então, me senti meio apagado [...] Ainda me sinto apagado (José).

Nesse caso, entendo o meio como a expressão que simboliza o lugar da linguagem para dizer sobre uma metade que se perde. Uma parte da vida que parece ausente, como coisa do destino ou de um destinatário que se teme. Para Martin Heidegger (2005), 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 a pela falta de algo que faz sentido sobre o corpo. O autor atrela a angústia ao projeto de vida do homem que tem origem no seu passado (em suas experiências) e continua para o futuro, o qual o homem não pode controlar [...] limitado pela morte (ou pela doença) que não pode evitar.

Há nas falas desses pacientes de Serrinha, a confirmação do temor da doença antes mesmo de se tornarem diabéticos. Nesse sentido, a interpretação ontológica da possibilidade

da presença do sofrimento é a antecipação mesma do sofrimento. Trata-se, então, de uma interpretação pré-ontológica para dar lugar à *entrada* da doença no corpo que a espera.

Tinha muito medo (risos) (Rosa);

Tenho muito medo (Joana);

Eu tinha e era muito. Ave! Dava um pavor tão grande quando eu via as pessoas diabéticas (Clara);

Eu morro de medo (Maria).

O tempo verbal referido ao medo, mostra, aparentemente, relações do passado e do presente desse sentimento, mas a complexidade de sobreviver aos limites impostos pelo tratamento revela que o medo da doença não se limita ao processo temporal. Observamos em diversos momentos das entrevistas, que a sensação de medo permanece. Há um espanto no diagnóstico, como um registro surpreendente do medo de adoecer e morrer. Depois, surge a necessidade da adaptação ao tratamento e à doença e, que a sensação de medo, pavor, angústia permanecem.

6.1.2 O itinerário da descoberta da doença

Da descoberta ao itinerário da cura do Diabetes, há muitas etapas e significações. Dalva já tinha ouvido falar da doença, mas diz que “nunca tinha conversado com pessoas assim”, doentes. Para ela é um problema “natural”, pois já está incorporado em seu cotidiano. Conforme, Geertz (1989), o sentido objetivo da ordem institucional, na qual o conhecimento define áreas de conduta, designa situações, define papéis e prenuncia condutas, apresenta-se a cada indivíduo como dado universalmente conhecido, socialmente admitido como “natural”.

Desse modo, uma paciente – Dalva faz um contraponto quando se refere a um problema herdado e a sua tristeza em conviver com esta enfermidade. Antes, afirma que: “*não dava importância porque não tinha ninguém na família*”. Depois, recorda seu pai. Os demais pacientes também se referem ao pouco interesse dado ao diabetes, antes de desenvolverem a doença, mesmo possuindo parentes diabéticos na família.

Minha família toda tem. Mas eu não sabia o que era (Rosa);

Minha avó tem diabetes tipo 2, então, mesmo eu não tendo interesse por saber mais sobre a doença, alguma coisa eu sabia (Jacira, adolescente);

Já conhecia a doença, mas a pessoa só sofre quando ela sente, enquanto não sente não sofre nada (José);

[...] quando esta nos outros... (risos), mas se a pessoa sofre o mesmo problema tem que chamar por Deus (João).

A dor do outro, mesmo da pessoa mais próxima, não sendo vivida pela pessoa que relata somente se apropria da sensação de mal estar e da dor, quando radicada no corpo (ALVES & RABELO, 1999).

A doença, no conceito de Paulo Alves (1993), deve ser vista como um desvio social e ser analisado pelo sistema leigo de referência, ou seja, pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Sobre isso diz: *“A interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos [...], pois é constituído de e por experiências diversas”* (ALVES, op. cit., p.6). Espera-se que o indivíduo produza várias explicações sobre a sua enfermidade, pois seu conhecimento é sempre recorrente e processual.

[...] na família do meu pai muitos parentes adoeceram por conta do diabetes, teve até amputações. Uma tia minha amputou a perna. E não teve jeito! Ai quando eu soube que tinha diabetes, vixe! (demonstra profunda indignação), (Pedro);

Eu sabia que era uma doença que quando se feria não sarava que amputava perna, braço. Ouvi falar que não tem cura (Tereza);

Depois de três ou quatro anos apareceu essa doença, essa doença *“mardita”*, *“nojenta”*, que Deus me perdoe, mais acabou com minha vida (José).

O estudo dos processos discursivos pelos quais os indivíduos constroem e expressam seus sofrimentos se constitui em um recurso importante para a análise antropológica da enfermidade (ALVES; RABELO, 1999).

Uma paciente em particular tenta fugir da sua realidade ao negar a doença, apesar de ser diabética – sua glicemia é controlada apenas com a dieta sem a necessidade do uso de hipoglicemiantes orais, sua taxa glicemia varia de 100 mg/dl a 169 mg/dl. A OMS considera normal para um indivíduo não diabético valores abaixo de 100 mg/dl. Insiste, mesmo assim, a paciente, em não reconhecer-se como tal. A mesma se aposentou como auxiliar de enfermagem na cidade, o que nos mostra que o grau de instrução não pode ser tomado como justificativa para tal atitude. Enquanto o paciente não toma consciência da sua enfermidade, transformando-a em algo compreensível, apreendido, ou seja, significativo, a condição de doente não será percebida, o componente subjetivo da enfermidade não será reconhecido como uma experiência interior problemática. Geertz (1989), diz que a relação real entre o homem e seu mundo é invertida na consciência, e nesse processo ele é capaz de produzir uma realidade que a nega: “*Eu não sou diabética em nome do Senhor. Não tenho nada. Só sou hipertensa. Eu tenho uma tendência a ter diabetes. Eu não tenho diabetes que Deus não vai deixar*” (Maria).

A experiência de sentir-se mal origina representações e transforma a doença em conhecimento. É através das impressões sensíveis produzidas pelo mal-estar físico e/ou psíquico que os indivíduos se consideram doentes. É a sensação de que "algo não vai bem" que nos confronta com a doença. A sensação de sentir-se mal está associada à compreensão do seu significado. Nesse aspecto, a enfermidade não é fato, mas significação. Os significados só são lógicos para os indivíduos porque são socioculturalmente legitimados pelos seus semelhantes (ALVES, 1993). Os pacientes de Serrinha dizem quando são acometidos por um “mal estar passageiro” que tiveram um “*passamento*”, representando uma situação em que a necessidade de atendimento hospitalar não se faz necessário. *Passamento* é um conjunto de sintomas; signos da iniciação da enfermidade.

Atacou-me uma dor nas pernas, eu bebia muita água... Fui ao médico e descobri diabetes (Rosa);

Eu comecei assim... Era uma fraqueza no corpo, sem ânimo para fazer as coisas, meio cansada... Eu estava emagrecendo. Fiz o exame, então deu diabetes (Joana).

Nos dias das consultas de revisão os diabéticos, deste estudo, ficavam na sala de espera desde cedo para uma interação intencional. Enquanto aguardavam para serem

atendidos eles trocavam confidências sobre a saúde, o “bem” e o “mal”, assim vivenciavam uma intersubjetividade da enfermidade sentindo-se normais em suas vivências (vide anexo, fig. 60).

6.1.3 Modelos etiológicos: ontológico e relacional (ou funcional), exógeno e endógeno

Laplantine (1991), descreve vários modelos de interpretar a enfermidade a partir da experiência do sujeito. O modelo ontológico está centrado no sistema de representações, a exemplo da doença-objeto – como coisa, encontrada na fala dos pacientes estudados pelo autor: “*A maldita estava lá [...], ela ia me assaltar com a angústia [...], o medo*”. (LAPLANTINE, op. cit., p.54). Também, em Serrinha observamos na fala de Maria, a negação da doença em si: “*Fiquei preocupada, eu não sou diabética, é alguma coisa, uma medicação que está me causando essa coisa*” (Maria). O paciente não vive a doença como uma alteração de seu ser, a percebe como um destino e luta contra.

O modelo funcional ou relacional é centrado no doente e os sistemas de representações são pensados em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos ou sociais. O normal e o patológico são pensados em forma de harmonia e desarmonia, de equilíbrio e desequilíbrio. A doença não é mais vista como uma entidade inimiga e estranha, mas por um desarranjo pelo excesso ou pela falta. A partir do século XX os problemas funcionais (tidos como originais e não derivados), passaram a receber maior atenção. Trata-se das doenças onde não se observa um agente patogênico propriamente dito ou que não tem localização precisa, a exemplo, o Diabetes Mellitus. Ampliando-se a visão do modelo ontológico para o relacional, se muda a perspectiva fazendo surgir não apenas uma percepção anatômica, mas também biológica da doença. O espaço semântico vai além não somente do corpo que sofre, mas, a pessoa em sua doença (LAPLANTINE, 1991).

Quando eu me acidentei, o médico em Salvador me disse que eu poderia desenvolver diabetes... Eu me preocupei, fiquei fazendo controles em casa, mas não estava tendo sucesso. O açúcar estava sempre aumentando (Maria).

No modelo exógeno a doença é tida como um acidente resultante de uma intervenção

exterior, real ou simbólica, a exemplo de um vírus ou uma infecção, e que vem abater-se sobre o paciente (Laplantine, 1991). No presente estudo, os pacientes de Serrinha se referem ao Diabetes como algo externo. Uma externalidade que vez por outra pode contagiar, e denuncia a noção da existência de uma coisa, um mau que tomou conta do sujeito contra sua vontade, como podemos observar na fala de João: “[...] minha mãe era diabética, pegou ela com 82 anos e hoje me pegou mais jovem do que ela”.

O modelo endógeno explica a doença através das noções de temperamento, constituição, disposição, predisposição, de organismo, de hereditariedade, dentre outros. Trata-se principalmente das doenças da nutrição, os desarranjos do metabolismo, os desequilíbrios hormonais (fisiopatológicos das glândulas de secreção interna), como o diabetes. A doença é deslocada para o indivíduo e não considerada como uma entidade que lhe é estranha; vem do interior do sujeito. Este modelo aborda também as causas psicológicas, psicanalíticas e psicossomáticas da doença e a importância atribuída ao indivíduo, não apenas como participante de sua doença, mas também como criador de seu estado atual (LAPLANTINE, 1991). Quase a totalidade dos pacientes entrevistados cursa com o diabetes tipo 2, cujo fator preponderante entre eles é a hereditariedade. *“Eu não tive medo, logo me disseram que era coisa de geração de família [...]”* (José).

6.2 A ruptura com o hábito alimentar, a cultura e a tradição comum ao lugar

Para Woortmann (1987), alimento e comida são categorias que expressam modos diversos de perceber a mesma coisa, em contextos diferentes, em que a culinária transforma o alimento em comida. A palavra alimento se refere a uma propriedade da comida – sua *fortidão*, vitamina ou substância.

No discurso dos pacientes fica explícita a associação do alimento com a saúde do corpo. O alimento está ligado à noção de energia. *“Serve pra me fortalecer pra eu viver mais ainda (José); Pra tudo. Pra manter a gente saudável, equilibrada e forte (Maria); Serve como fonte de energia”* (Jacira).

6.2.1 O primeiro passo... o mais difícil

O sentimento coletivo ou o próprio discurso coletivo quanto ao primeiro passo para a mudança do hábito alimentar, para uma dieta do diabético de Serrinha é de insatisfação associada ao conformismo forçado. A constatação observada revela a complexidade sobre o abandono de determinados prazeres, mesmo que temporariamente (para redução da taxa glicêmica), em função da manutenção da saúde. Muitas vezes, a mudança vem mascarada pelo medo das complicações que outros diabéticos, ditos descompensados, foram acometidos pela “resistência” em seguir a dieta. As expressões abaixo atestam este comentário:

A maior dificuldade foi mudar a alimentação. Foi muito ruim olhar para as coisas, ter vontade de comer e não poder [...] tem gente que morre, mas come. Perde a vida por causa da ganância de comer as coisas, mas eu. Deus me livre eu quero minha saúde! (Joana);

O mais difícil é o problema de não poder comer as coisas (risos), mais dá pra ir passando, o mais difícil que eu acho é deixar a farinha; largar meio dia é mais difícil (Clara);

Ah! Foi muito difícil mudar a alimentação...eu via os outros comendo, sentia falta; aquela agonia, mas é isso mesmo tem que se acostumar com o que não pode, o que é que eu vou fazer? (Pedro);

O mais difícil é ter que esquecer as coisas que eu comia antes pra me adaptar o que eu deveria comer (Jacira, adolescente).

Os pacientes se referem aos outros tipos de dificuldades enfrentados por eles para seguirem o tratamento dietético – uma delas é o custo dos produtos. Uma pesquisa realizada por Neto (2003), também revela que a compra dos produtos dietéticos e dos medicamentos, pelos pacientes, é limitada para os que não têm suficientes recursos financeiros. Quando questionei os pacientes de Serrinha sobre o que achavam dos preços dos produtos dietéticos que precisam ser adquiridos para seguir a dieta, a resposta foi unânime em demonstrarem a dificuldade financeira de comprar os produtos dietéticos. Com exceção de três pacientes, todos os outros diabéticos da pesquisa são aposentados como lavradores ou por incapacidade para o trabalho – como Tereza, Maria e José. O que vale dizer que o salário mínimo não é digno o suficiente para prover o aposentado dos direitos humanos que lhe assistem, como saúde (compra de medicamentos), alimentação, moradia, etc. Outro paciente analfabeto e sozinho sente dificuldades em adquirir alimentos.

6.2.2 A comida habitual, a monotonia e a comensalidade contemporânea

Quando questionados sobre a comida que mais sentem falta, ou que mais gostavam de comer, os pacientes prisioneiros de suas dietas, dizem que já não podem mais se deleitar. Podemos listar uma repetição de pratos da culinária sertaneja que já não têm acesso. São estes pratos habituados que conservam para o sujeito seu caráter significativo fazendo parte da sua rotina, acarretando um ganho psicológico e centrando o indivíduo em sua realidade. A ausência de diversas referências do gosto, marca a história recente da sobrevivência. Pois, a partir do momento que os sertanejos diabéticos passam a seguir uma dieta restrita de seus hábitos, podemos constatar falas deles o saudosismo que se faz presente:

Era mocotó (risos), feijoada... Tudo à vontade principalmente pirão de mocotó de buchada, eu amo buchada... (Dalva);

Antes eu comia tudo, mocotó, fato, ovos, carne de porco, eu gostava de uma carinha frita, aquela costelinha... (Joana);

Eu comia fritura, fato, mocotó, às vezes comia carne de porco, comia feijão, farinha... [...] desde pequena fui criada com farinha de mandioca, desde pequeninha, fazendo mingaus e comendo carne assada, pisada, e pirão puro (Clara);

Eu fazia um pirão de leite para comer, *eu gostava muito*. Às vezes até com a carne assada. [...] Já não posso comer manteiga... (José);

Eu comia fritura quatro vezes no dia, carne de sertão no feijão, era de noite, de madrugada, sentava assim, de noite [...] não tinha hora, era farinha, farofa, fritura... (João);

Comia tudo, mocotó, sarapatel, feijão, tomava leite de gado, farinha, beiju (Tereza).

Podemos observar nestas falas que o hábito alimentar é voltado para as comidas ditas “pesadas”, como fato e mocotó – regados ao pirão de farinha, feijão, fritura, farofa com carne seca: comidas de vaqueiros. O consumo de legumes, verduras, frutas e carboidratos complexos é pouco referido, sendo incorporado, realmente, ao hábito alimentar dos diabéticos serrinhenses a partir do início da sua dieta.

A monotonia alimentar se relaciona com a monocultura e com o latifúndio que não permitiam, no período colonial, a diversidade no cultivo dos produtos de subsistência (FREYRE, 1992). Nesse sentido, a tríade: feijão, mandioca e milho teve o seu plantio restrito a um pequeno espaço determinado pela história, ou seja, teve que desenvolver-se ocupando um espaço reduzido no meio da lavoura no litoral e da pecuária no sertão. Woortmann (1987), também relata que com a introdução do sisal no sertão nordestino, os lavradores converteram suas pequenas lavouras – feijão, gerimum (abóbora), farinha e outros em plantações de sisal, privando-se dos alimentos essenciais, que lhes assegurava uma alimentação razoável, tornando-se dependentes do comércio local. O autor também defende a idéia de que uma eventual monotonia alimentar não impede que haja “fartura”, uma vez que existem poucos alimentos na dieta, porém grande quantidade de cada um.

Do ponto de vista nutricional constato que a dieta básica do paciente serrinhense era composta na maioria das vezes por amido, proteína animal e gordura, trazendo no seu bojo certa monotonia. Para a ciência da nutrição (SHILS, 2003), uma alimentação deve ser variada a fim de garantir uma alimentação adequada, evitando-se a monotonia do cardápio que favorece a deficiência de nutrientes específicos.

Contudo para o diabético serrinhense o que existe é uma alimentação habitual e não uma monotonia alimentar. Segundo Geertz (1989, p.31), “biologicamente há o metabolismo e a saúde; culturalmente, os hábitos alimentares e os processos de cura”.

Esta tradição alimentar encontra a sua origem também na colonização do município pelos portugueses e seus descendentes que abriram as estradas por onde a boiada passava, trazendo com isso a criação pastoril, os currais e os pousos para vaqueiros (ARAÚJO, 1926). Um dos componentes da alimentação básica da população, na época, e que se perpetuou pela tradição foi a carne fresca e seca apreciada com farinha e feijão (QUEIROZ, ca 1957).

Dos pacientes da pesquisa 8 (oito) se encontram na faixa etária entre 43 (cinquenta e três) e 64 (sessenta e quatro) anos de idade, as exceções são duas pacientes: uma de 30 (trinta) anos e outra de 13 (treze) anos. Do total dos pacientes, metade reside na zona rural, sendo que os outros moram na cidade, mas possuem parentes nas roças – mantendo o vínculo com o campo. Estas pessoas não fazem parte cronológica e geograficamente de uma geração ostensivamente influenciada pela mídia da alimentação contemporânea. Não estou negando o fato de que as práticas alimentares vão tornando-se permeáveis a mudanças, como por exemplo, a incorporação de novos alimentos, porém segundo Garcia (2003, p. 485), “é possível que tais mudanças encontrem mais ou menos resistência, dependendo da cultura

alimentar e da consolidação de suas práticas estabelecidas e simbolicamente valorizadas”. É possível que os descendentes desses pacientes mais velhos, filhos e netos, façam parte da cultura alimentar mundializada em que pizzas, hamburgeres e batatas fritas já encontrem lugar na área urbana de Serrinha e disputem espaço com outros produtos da roça, ao menos para os jovens.

O grau de instrução dos diabéticos que residem tanto na zona urbana quanto na zona rural varia do analfabetismo até a 4ª (quarta) série do ensino escolar. As exceções são a paciente Tereza (zona rural), que cursou até a 6ª (sexta) série do ensino fundamental, Maria (zona urbana), que concluiu o 2º (segundo) grau e a paciente adolescente (zona urbana), que ainda cursa a 7ª (sétima) série. Este aspecto associado ao fato de que setenta por cento (70%) dos pacientes são aposentados e recebem apenas um salário mínimo, corrobora para uma situação limitante na aquisição dos produtos industrializados e globalizados, uma vez que eles necessitam prover o sustento mínimo da família, não sobrando muito para outras escolhas. Para Garcia (2003), nos países mais pobres as tendências de consumo alimentar estão distribuídas diferentemente nos segmentos de classes sociais de acordo com as possibilidades de acesso aos bens de consumo.

Foi no início da década de 90 que houve no Brasil um crescimento considerável nas importações de produtos alimentares industrializados como, refrigerante, cerveja, cacau, embutidos, congelados, bebidas lácteas, bolachas doces, etc. Com a globalização alguns produtos sofreram uma desterritorialização, sendo considerados como alimentos pertencentes ao mundo como é o caso da cerveja, do biscoito, do chocolate e do refrigerante. A comida deixa de ter vínculo territorial, sendo assim tanto faz uma pizza ou um hambúrguer todos perderam suas origens e tornaram-se produtos da cozinha industrial que incute nas pessoas uma idéia de modernidade, como símbolo do primeiro mundo. Surge a dieta “afluente”, rica em alimentos de grande densidade energética, gorduras e açúcar refinado simples, com estreita relação com as doenças crônicas não degenerativas (GARCIA, 2003).

Assim como alguns costumes dos sertanejos se modernizaram ao longo do tempo, como o uso da bicicleta e da moto no lugar do cavalo para o deslocamento da roça à cidade, a alimentação destes sujeitos também sofreu influência da contemporaneidade, apesar da dieta básica do paciente sertanejo reproduzir-se ao longo das gerações, mantendo a tradição da comida habitual e da cultura local, como foi exposto pela autora, contudo a incorporação de novos hábitos alimentares como, por exemplo, o consumo da cerveja em substituição à cachaça é um exemplo dessa influência (FRANCO, 1996).

Alguns alimentos globalizados como a pizza, e o hambúrguer (sanduíche), faziam parte, esporadicamente, do cardápio de alguns dos pacientes diabéticos – os que moravam na zona urbana, antes destes se tornarem diabéticos. A paciente Jacira (diabética tipo 1), por ser adolescente consumia com mais freqüência estes alimentos. O refrigerante era o produto mais incorporado ao hábito alimentar, tanto dos pacientes da zona urbana quanto da rural, e mesmo após o diagnóstico do diabetes continuaram fazendo uso do refrigerante, porém diet. Este fato pode ser constatado na fala das pacientes: Tereza (zona rural): “[...] *chupar geladinho, bala, tomar guaraná eram os meus alimentos favoritos*”; e Joana (zona urbana): “[...] *eu gostava de refrigerante, bolo, balas e doces*” Os pacientes da zona rural não tinham o hábito de consumir os alimentos globalizados, a exceção do refrigerante, como afirma o paciente João (zona rural): “*Eu não gostava de pizza, bolo, lasanha, sanduíche, não... eu gostava de bala, picolé e refrigerante*”.

A paciente adolescente (diabética tipo 1), demonstra o desejo pela alimentação contemporânea mais ao mesmo tempo não relega a sua comida habitual, ou seja, a sua tradição. Diz “*sentir falta de pizza e farofa “para fazer bolinho e comer de mão”* (Jacira).

Garcia (2003), retrata que apesar da nossa culinária ser composta pelas culturas, indígena, negra e ocidental ibérica, ainda desconhecemos de fato nosso repertório culinário dos últimos 500 (quinhentos) anos por falta de interesse das elites dominantes, reservando desprezo pelo nativo.

Freyre (1969), retrata o uso do açúcar – em quindins culinários, desde o esplendor patriarcal das casas-grandes de engenho na sub-região açucareira do Nordeste. Preparações como mungunzá, canjica, pamonha de milho verde são pratos ortodoxos nas comemorações juninas. Estas preparações se encontram, ainda hoje, presentes nos festejos populares do município:

Aprendi desde criança com meus pais, a plantar o milho com o feijão. Faço cuscuz, canjica, angu, pamonha e mungunzá (Maria);

Faço a canjica, o mingau e o mungunzá, quando o milho seca eu tiro a casca e bato no pilão, faço um mungunzá muito do gostoso, faço pamonha também (Dalva).

A modernidade trouxe adaptações para as dispendiosas receitas tradicionais de origem nordestina, contudo estes novos produtos têm nos carboidratos simples a sua mais alta

expressão como a cocada, o doce de calda, o doce de leite, o bolo, etc. Contudo, para a paciente Dalva, que é doceira autônoma, o desejo pelo açúcar pode ser substituído pelos produtos diet. Este sentimento também está presente na fala da paciente Jacira (adolescente): “*Hoje o açúcar para mim não tem muita importância porque o adoçante substitui o açúcar [...] eu descobri que aqui em Serrinha vende chocolate e biscoito diet*”. Porém, apesar desta compensação pelo produto “diet”, no estudo que desenvolvi pude constatar os efeitos da ruptura com o açúcar no cotidiano destes pacientes:

Às vezes eu fico pensando ai meu Deus como era tão gostoso o meu suco com açúcar e hoje é com adoçante! (risos). Ah!... Eu amava beiju e cuscuz, meus pratos prediletos, criei meus filhos comendo essas coisas... Mas hoje eu evito (Dalva);

Eu gostava muito de açúcar, agora eu não posso comer. Eu tenho que me conformar que o meu açúcar é outro. Eu sinto saudade, mas não posso (Rosa);

Eu gostava muito de bolo de leite era o meu bolo favorito (Joana);

Tem hora que eu saio do quintal, tem o café lá, eu vou pegar o açúcar, depois é que me eu lembro que eu não posso comer o *danado* do açúcar, aí eu tenho que largar a lata pra lá, eu fico... aquilo ali me dá aquela penúria, aquela coisa, eu fico meio doido (José);

Eu gostava de bala, chupar geladinho, guaraná. Eram os meus favoritos. Antes, era a melhor coisa, hoje pra mim é tudo *veneno* (Tereza).

A farinha de mandioca tem um alto índice de glicose que facilita o aumento do nível glicêmico e não existe uma versão “*diet*” no mercado, por isso é necessário, muitas vezes, reduzir o seu consumo e até mesmo suprimi-la, ainda que temporariamente. Quando questionados sobre a retirada da farinha ou do açúcar, eles disseram:

Difícil tirar farinha, porque açúcar tem adoçante. Sem farinha não tem nada para se jogar por cima de um peixe de uma galinha. Se não tiver farinha não como direito (José);

Toda vida eu gostei mais da farinha (Clara);

O mais difícil foi retirar a farinha (Pedro);

Eu acho difícil tirar as duas coisas porque tanto gostava de açúcar como de farinha (Rosa).

Dos dez pacientes, entrevistados várias vezes ao longo da pesquisa, três (Tereza, Joana e Maria), responderam sobre a dificuldade de retirar o açúcar, e apenas uma paciente não encontrou dificuldade em retirar os dois itens da dieta. O que me leva a concluir, por este estudo, que o alimento que causa maior pesar em ser restringido na dieta do diabético sertanejo serrinhense ainda é a farinha de mandioca.

Aguilar (2004), conclui em sua pesquisa que alguns dos itens que causaram maior impacto na condição de vida dos pacientes diabéticos foram: “a liberdade para comer” e o “prazer pela comida”, refletindo uma forte influência das restrições causadas pela doença sobre a qualidade de vida dos mesmos.

6.2.3 Lembranças da comida da roça

Dos pacientes da pesquisa a maioria freqüentou, quando crianças, as casas de farinha na roça, a única exceção é a paciente Jacira – a adolescente, que apesar de não conhecer uma casa de farinha, tem uma avó que viveu na roça e conhece o ofício. Os que lembram, relatam com detalhes a rotina nessas casas em que o serviço é pesado, sendo necessárias várias pessoas (normalmente dez ou mais), para a confecção da farinha.

Fui criada na casa de farinha; raspava mandioca. Quando eu cresci comecei a cevar mandioca, fazer beiju (Dalva);

Rapava, tirava goma (Tereza);

Ficava ali me divertindo com os colegas, esperando o beiju (João);

Na minha roça tinha casa de farinha. Eu raspava a mandioca, ralava, mexia a farinha e peneirava a massa (Maria);

Beijus no forno, trabalhei foi muito (Clara).

Há uma divisão de tarefas. “*O serviço do homem é mexer e torrar a farinha, a mulher fica para raspar a mandioca, para tirar a massa. O beiju quem faz é mulher*” (Clara) (vide anexo, figs. 9, 21 a 24). “*O homem é para arrochar a prensa e mexer*” (João) (vide anexo, figs. 12, 13 e 15). Sobre semelhante situação, Santos (2003), relata a divisão de tarefas de acordo com o sexo e

com a força física a ser empregada nas etapas da produção da farinha. Um dos pacientes serrinhenses descreve bem estas etapas (vide anexo, figs. 9 a 25):

Vamos primeiro para a roça arrancar as raízes da mandioca e transportar para a casa de farinha. Lá fazemos uma pilha e sentamos ao redor, com uma faca raspamos a mandioca, depois levamos o cesto para a banca e ali uma pessoa vai cevando a mandioca no rodete e a massa vai caindo no tanque de cimento. Depois, botamos a massa numa prensa de madeira com um bocado de buracos – suspiros. Aquela água vai sentando e forma a goma, nós tiramos aquela goma no outro dia e fazemos o beiju. Depois tiramos da prensa aqueles blocos de massa de mandioca bem enxuta, bem dura e levamos para peneirar, aí levamos para o forno e vamos mexendo com o rodo – o fogo fica em baixo, esquentando, ali a farinha torra e depois de fria, no outro dia, ensacamos, porque se ensacarmos quente a farinha fica ruim (Pedro).

Nesse ritual há um aspecto de caráter social em que as etapas da produção desvendam cooperação mútua entre as pessoas, com a participação da família ou da comunidade na elaboração da mesma (vide anexo, figs. 9, 11, 17, 19, 23 e 24).

Com relação à farinha como produto de subsistência ou para comercialização, os diabéticos demonstram que não há uniformidade nas suas respostas, pois dependendo do tamanho da família e das condições financeiras do grupo doméstico a farinha pode ser usada apenas para o consumo próprio. Santos (2003), se refere à expressão “*farinha de ganho*” como uma forma de trabalho vigente na comunidade, ou seja, fazer “*farinha de ganho*” é fazer farinha para os outros, em troca da remuneração (vide anexo, figs. 26, 27 e 31).

Há ainda uma variação da farinha – a branca e a amarela (de copioba). Os diabéticos serrinhenses se referem as duas, porém a preferência é a farinha branca, sem aditivos químicos como urucum para dar a cor amarelada (vide anexo, figs. 16 e 31).

Muitos pacientes entrevistados deixaram o convívio com a roça e a sua rotina pelo fato de perceberem que o esforço no campo poderia agravar a doença, ademais do meio ambiente hostil: espinho, algum graveto, pedras e quedas; outros pacientes continuaram trabalhando no roçado apesar de receosos com a saúde (vide anexo, figs. 48 a 50).

Assim como o trabalho do roçado é reconhecido como perigoso pelos diabéticos sertanejos, uma das tradições da cultura serrinhense é a vaquejada; tida como perigosa para o vaqueiro diabético.

Assim, o cotidiano limitado com adoção de outros hábitos, faz desses diabéticos serrinhenses saudosos de seus passados. Estão atrelados às suas tradições como uma necessidade. Para entender melhor, recorremos a Geertz (1989), quando se refere aos padrões culturais enquanto sistemas de significados criados historicamente para dar objetivo e direção à vida. O ofício nas casas de farinha é apreendido desde cedo e desta forma a tradição se perpetua de geração a geração. Farinha de mandioca, beiju, goma, casa de farinha, fazem parte do mundo do paciente sertanejo desde a sua infância como lugar de subsistência, de sustento da família.

As mudanças impostas pela dieta ao hábito alimentar dos pacientes e o abandono de determinadas atividades prazerosas, realizadas por eles, como por exemplo os trabalhos no roçado, desencadeiam na vida da maioria dos sertanejos diabéticos muita tristeza, pesar, insatisfação, saudade, melancolia.

O ponto global da abordagem semiótica da cultura auxilia-nos a ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos. A cultura é definida por Geertz (Idem) como teias de significados que se entrelaçam; foram produzidas pelo próprio homem para mostrar como ele mesmo enxerga seu mundo. Do mesmo modo, o diabético de Serrinha faz sua leitura sobre seu corpo, sua comida e sua doença e se envolve numa trama de muitas falas para objetivar uma cultura que presencia e recria.

6.3 O sentido do tratamento para os diabéticos serrinhenses

6.3.1 Fé médica

Sobre este assunto, lembramos estudos de Laplantine (1991, p. 237), quando analisou a crença na medicina oficial pelo doente, e os valores morais por este atribuído a esta estrutura. Para o autor, a medicina ocidental anuncia o que é bom: “o saber por excelência, tornada diretriz de nossas condutas e estendendo seu monopólio bem além dos limites do domínio biológico. É ela quem ordena, prescreve, certifica, promete e também ameaça”. Ele observou algumas questões da qualidade moral entre os doentes. Formulações como: “meu médico me proibiu de fumar”, “me proibiu álcool”, “café”, “açúcar”, “sal” foram freqüentemente expressas ao longo das suas entrevistas. Em geral, para o enfermo as

proibições de certas condutas funcionam como uma impossibilidade, uma auto-responsabilidade sobre o corpo e a doença valorizados como um código moral pelo paciente e que o imobiliza com o domínio da fé médica.

Podemos constatar a crença na medicina oficial e a obediência do paciente à autoridade médica nas falas dos pacientes de Serrinha. Para eles,

As pessoas que ficaram diabéticas devem continuar indo para o médico, fazendo tudo certinho que ele manda, que ela vai ser muito feliz (Dalva).

A pessoa tem que se cuidar e ir sempre no médico para se dar bem e viver mais (José).

É bom continuar com a dieta. [...]. Eu acredito muito no tratamento porque eu estou tendo resultado. Minha saúde está melhorando (Joana).

É importante seguir a dieta porque a gente não tem uma base de se alimentar, a gente conversa com a nutricionista e ela explica e a gente controla a glicemia (Pedro).

A fé médica se estende aos diversos profissionais de saúde. Observa-se a fé na dieta prescrita cuja obediência espera.

6.3.2 Fé religiosa

Medicina e religião se assemelham. Para Laplantine (1991), a medicina intervém cada vez mais e intensamente na vida cotidiana de cada um de nós, como uma questão moral religiosa em que a saúde como um bem ocupa, no campo semântico, o lugar da salvação. Para os pacientes entrevistados em Serrinha: Joana e Pedro, a fé religiosa faz proximidade com a fé médica²⁵. Como se o médico fosse uma divindade, um mensageiro de Deus. Médico para o paciente é também a nutricionista.

²⁵ De acordo com Laplantine (op. cit), o discurso religioso não visa apenas a salvação da alma. Ele fala também de saúde, ou seja, de medicina. E o discurso médico que se apresenta como o mais objetivo e despojado de qualquer pressuposto religioso, fala de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, ou seja, de promessas de salvação comuns a todas as grandes religiões. Isso nos remete a um encontro do discurso médico com o religioso nos tratamentos convencionais.

Vim procurar a nutricionista e *graças a Deus* estou me dando bem, sinceramente estou me sentindo outro (Pedro).

[...]

Às vezes a minha glicemia sobe um pouco, mas *graças a Deus* nunca foi para 400, 600 (Joana).

A dieta se encontra no campo do sagrado como uma necessidade de purificar o corpo, limpar a doença. Esta que já não perturba o sono, limpa o corpo.

Desde que eu comecei a seguir o tratamento não sinto mais nada. Durmo bem. Tem gente que se admira quando eu falo que tenho diabetes, pois tenho uma pele bonita. Quem tem diabetes tem uma pele amarela, feia (Joana).

Para Laplantine (1991), enquanto o paciente seguir fielmente as prescrições da medicina ele estará seguro de não ser punido pela doença. Trata-se da salvação pela obediência à norma e suas boas ações – justificação pelas obras (pensamento cristão). Contudo, o paciente que não obedece a esses mandamentos, em razão da sua própria desobediência, é punido pela doença – o que se espera dele é o arrependimento. Porém, mesmo este ser, desobediente, pode ser reconhecido pela sociedade como um dos seus, contanto que obedeça estritamente o que lhe for apresentado. Assim, o indivíduo em sociedade vive em um processo contínuo de “*justificação permanente*”. Esta explanação pode ser observada nos relatos abaixo:

Antes do tratamento eu sentia aquela fome absurda. Queria comer tudo. Quando passei a fazer o controle alimentar, os seis horários certinhos, a quantidade da dieta correta, a contagem de carboidratos – que é muito importante, parei de sentir aquela fome (Jacira).

[...]

Eu estou me sentindo saudável, estou me sentindo bem normal porque eu tenho controle, o controle é tudo. Eu sei o que é controlar e pronto (Pedro).

Os que se recusam a submeter-se às injunções do tratamento médico, se sentem punidos pela doença.

Se a pessoa não segue o tratamento não sobrevive. E tem gente que morre, mas come as coisas, perde a vida por causa da ganância de comer. Deus me livre. Eu quero é a minha saúde. Eu quero é viver mais! (Joana).

Quando se abate sobre um indivíduo, que segue as regras médicas, uma enfermidade, e não sendo ele responsável pelo que lhe acontece, admite-se um escândalo médico, ou seja, uma coisa injustificável, uma injustiça. Assim, constata-se que há um limite à liberdade do paciente e que a salvação não é oferecida a todas as pessoas (LAPLANTINE, 1991). Um estudo realizado por Neto (2003), sobre a experiência de diabéticos atendidos em uma unidade pública de saúde no Rio de Janeiro, retrata o domínio da religião sobre o tratamento, ainda que os pacientes reconheçam que nem todos são merecedores de cura.

A percepção médica contemporânea dominante pode ser lida como o resultado de um processo combinatório entre a doença-castigo (maldição genética) e a doença-punição (transgressão da normalidade preventiva). Esta concepção continua a se inscrever no interior de uma compreensão médica devido ao modelo pasteuriano, que tende a dominar a relação da doença sobre o social (LAPLANTINE, op. cit.). Nas observações junto aos pacientes de Serrinha, em geral a doença se sobrepõe a outras questões do cotidiano. Sentem-se prisioneiros do diabetes.

6.3.3 O itinerário terapêutico

Ao ser socialmente definido como enfermo, o indivíduo escolhe o seu tratamento desenvolvendo práticas voltadas para uma solução terapêutica. Desta forma, o indivíduo percorre um itinerário que pode levá-lo a experimentar várias agências de tratamento (ALVES, 1993). Lugares de religião, rezadeiras, uso de chás, promessas católicas, ritos diversos e mesclados por crenças são itinerários comuns no sertão nordestino (ROSA, Guimarães. Grandes Sertões Veredas, 1956).

O tratamento oficial do diabetes mellitus tem por objetivo o controle metabólico e a prevenção de suas complicações crônicas. Sendo assim, há diferentes estratégias que são traçadas e introduzidas segundo a resposta de cada indivíduo: a educação em diabetes, a automonitoração, aliadas a um plano alimentar e atividade física (NETO, 2003).

De fato, há uma intencionalidade no tratamento oficial, para tentar moldar e disciplinar o corpo dos pacientes, talvez por isso eles procurem formas alternativas de tratamento, como a medicina popular, pois esta se apresenta de forma menos arbitrária e controladora delegando ao paciente certo livre-arbítrio quanto ao destino do seu tratamento.

Segundo Queiroz & Puntel (1997), os pacientes recorrem a três tipos diferentes de terapêutica, simultaneamente ou não, sendo a medicina oficial a mais utilizada. Porém, os mesmos não descartam o uso da medicina popular e suas ramificações – a caseira e a religiosa. Enfocarei neste capítulo apenas o aspecto da medicina caseira.

De acordo com Neto (2003), a medicina caseira é composta pelo uso de chás e ervas medicinais, bem como de simpatias ou qualquer outro meio compartilhado entre os pacientes. As receitas preparada em casa, com ervas ou outros produto é qualificada como medicina caseira. Em seu estudo quase todos os entrevistados demonstraram conhecer diferentes chás e outras receitas para o controle do diabetes.

Os diabéticos de Serrinha também seguem itinerários terapêuticos, utilizando a medicina oficial associada à medicina popular, como expresso abaixo:

Eu uso a cassutinga à noite, para tomar o remédio, porque é amarga (José).

[...]

Eu uso pau de ferro, pata de vaca, chá de alumã – que é amargo, a raiz da jurubeba, pau de rato, boldo, a folha da insulina, eu já usei também miroró (Tereza).

[...]

Eu uso o chá da pata de vaca. Eu estou tomando também o carrapicho de ovelha, para diabetes, dizem que é ótimo (Rosa).

[...]

Eu tomo o chá da pata de vaca, já tomei quina-quina, carqueja, e agora estou tomando a berinjala com o limão e a babosa (Joana).

Observa-se uma curiosidade nas falas de dois pacientes: a crença de que o chá amargo é bom para o tratamento do diabetes. Sendo assim, para eles, um alimento amargo – oposto ao doce, será sempre benéfico ao diabético.

Um aspecto também interessante é a visão do “*alimento medicamentoso*”, ou seja do alimento como remédio, desenvolvida por alguns pacientes serrinhenses. Contudo, nem todos comungam deste mesmo pensamento:

Acho que o alimento é como um remédio, porque quando a gente come se sente melhor (Rosa).

É remédio, sim (Pedro).

Remédio a gente usa a pulso, comida não. A pessoa come para se alimentar (Clara).

O remédio a gente toma. O alimento a gente come, não sabendo o que faz bem ou mal, nem o que vai acontecer depois (José).

O povo sempre fala que o alimento cura tudo, mais não é assim. O alimento pode ser a cura, em algumas doenças, mais no caso do diabetes isso não ocorre (Jacira).

No dizer de Clara o alimento não pode ser tomado como remédio pois o ato de comer é diferente. Transmite prazer, diferentemente do remédio. Contudo, para Rosa se ao comer ela se sente melhor, então o “*alimento medicamentoso*”, não lhe causa qualquer desprazer. Observa-se que alimento e remédio, são os propagadores da cura, e seu funcionamento depende da relação do paciente com os mesmos.

A cura representa, segundo Duarte (1998), a compensação pelo sofrimento. É a condição de ser ou estar curado, sendo legitimado por um grupo, que transmite credibilidade ao sofrimento. Para a paciente Joana: “*peço a Deus que um dia os médicos arranjem um remédio para curar esta doença...*”. A identidade de sofrimento se constrói primeiro pela cura e depois pela tentativa de esquecimento desta experiência.

6.3.4 Dieta e cotidiano

Controlar a vontade de ingerir os alimentos que são proibidos pela dieta oficial, e que podem fazer mal ao diabético, aumentando a taxa glicêmica, é um dos grandes desafios dos pacientes. E nesta espécie de luta contra a doença, que afluem alguns sentimentos, como por exemplo: o desejo pela comida contra indicada contrastando com o esforço para controlar a vontade de comer. As falas dos pacientes expressam bem esta angústia:

Eu evito fazer determinadas comidas e se me disserem: coma só um pedacinho, eu digo não, não e não (Dalva).

[...]

Eu me controlo porque sei que eu não posso comer. Me seguro, porque não posso comer, fico com vontade e não posso (Rosa).

[...]

Olho a comida e me dá vontade. Controlo a pulso. Fico com vontade das coisas, mas não posso comer, tenho que me conformar (Clara).

[...]

Eu penso assim: isso passa. Essa vontade passa, aí esqueço naquela hora e pronto, já não estou pensando mais... Já passou (Pedro).

O controle é o domínio do desejo que reclama. A maioria dos pacientes canaliza o pensamento para o receio em acontecer algo ruim, caso sigam o impulso de comer o que não podem. Ou melhor: controlam a vontade de comer o que não podem e desejam. Então, apegam-se a pensamentos punitivos, como uma *tábua de salvação*, gerando frustração, ressentimento. Normalmente, eles substituem o desejo pela comida proibida por uma fruta ou outro alimento permitido na dieta. A racionalidade do comer se impõe no mundo cotidiano. E o lugar de subjetividade, desejos, valores afetivos, gostos, apegos se confunde com outros valores. Pois, todo o tempo, a racionalidade da dieta confere espaço e dominação. Então, ser diabético é se submeter a uma estrutura cognitiva em que o racional autoriza ou não o comer. Cada caso é um caso, mas em geral, a aceitação da dieta faz parte do esforço em transformar a doença em naturalidade, habitualidade; perda de desejo e modificação dos valores.

Sei que se eu ficar usando certos alimentos vai piorar o meu estado de saúde. Não quero viver só doente. Não tenho quem cuide mim, não tenho uma pessoa para dizer você não pode fazer isso, você não pode fazer aquilo. Eu é que tenho que cuidar de mim mesma se eu quiser viver mais tempo (Dalva).

[...]

Eu faço cada bolo gostoso lá em casa, mas eu não como. Às vezes minhas filhas falam: mas *mainha* para que a senhora faz se senhora não come? Mas eu tenho prazer em fazer para elas. Às vezes eu pego uma coisa que eu posso comer e como no lugar, então vai passando a vontade (Joana).

[...]

Eu boto na mente que se eu comer aquilo vai me fazer mal. Eu penso assim: já está chegando o horário da alimentação das dez horas. Se eu não resistir eu vou me prejudicar, e assim eu vou levando a vida (Pedro).

[...]

Eu penso assim: se eu comer, o diabetes vai subir e eu vou ter que cortar as minhas pernas, outra hora eu penso que vou ficar na cama sem poder levantar – sem as duas pernas, outra hora eu tenho medo de ficar cega, ai eu me conformo (risos) (Tereza).

Os eventos sociais são outros palcos onde o paciente diabético tem que se por à prova mais uma vez, gerando novas tensões e angústias. Ao questioná-los como se comportavam nestes lugares as respostas obtidas foram as seguintes:

Ah! Eu quase não como nada só um pouquinho do salgado, porque tudo tem gordura. Não bebo nada porque lá não tem refrigerante diet. Bolo eu não como de jeito nenhum (Rosa).

[...]

Se tiver salgado eu como um pouco. Mas o bolo mesmo eu não como. Como a empanada, o pastel, o pãozinho de queijo, mas bem pouco (Clara).

[...]

Depois que deu esse negócio aí... (o diabetes), eu não vou mais a festas, não vou mais em canto nenhum, não saio de casa para nada, só para comprar e pronto (José).

[...]

Eu converso logo com as pessoas e digo: olha eu sou diabético e não posso comer certas comidas. Aí eles dizem: ah! Você não pode mesmo não, está certo! Ai eu fico na minha, se lá não tiver da minha comida, eu já levo o meu *negocinho* na sacola, já vou preparado (Pedro).

[...]

Ah! Eu me controlo, eu me aquieto num canto, o povo faz a farra deles lá e eu fico controlado, não uso nada que sai naquele aniversário. Foi a primeira coisa que um rapaz me falou quando eu fiz os primeiros exames – que essas coisas de doces de aniversários eu podia esquecer. Isso eu sigo até hoje. Eu não uso álcool nenhum e não fumo (João).

[...]

Eu fico normal, eu fico na minha, eu sei que eu não posso comer mesmo, fico conversando com os amigos e não como nada. Eu como antes de ir para a festa, porque tenho medo da tentação (Tereza).

Podem-se observar nos relatos que cada um deles desenvolveu sua estratégia própria para se defender do desejo tentador de manter a tradição, os antigos hábitos alimentares, antigas referências. Ficar *normal* é ficar sem atender as tentações do prazer de comer. O prazer fica na lembrança e vês por outra aparece, como tentação, pecado.

Ao lembrar Marcel Proust (1956, p.52), o hábito é um importante instrumento de adaptação à realidade. Para ele: “*não conseguimos modificar as coisas conforme nosso desejo, mas pouco a pouco o que muda é o nosso desejo, e a situação que esperávamos modificar, porque nos era insuportável, torna-se então indiferente*”.

Em Serrinha, ao perguntar se a comida deles hoje tem o mesmo sabor de antes de tornarem-se diabéticos, pude constatar que, na maioria dos casos, as respostas foram negativas, e se referiram à alimentação atual como a mais saudável. Porém, por mais que os

processos de adaptação, as mudanças de hábitos, os autocontroles, as estratégias de sobrevivência, possam ter sido assimilados, pela imposição, o que eles sentem e guardam na memória são lembranças, saudades, vontades etc., que permanecem latentes, guardados, reservados. Nem sempre há outro desejo deslocado de um outro do passado. A narrativa da paciente Clara consegue resumir o sentido a adaptação na vida dos pacientes diabéticos serrinhenses: “*A comida não tem o mesmo sabor de antes, a gente não pode comer como antes*” (Clara).

6.3.5 As emoções dos diabéticos de serrinha

Para Marcelino (2005), a doença, nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados têm uma dose de revolta por trás de sua tolerância, porque ninguém quer ficar doente. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao se depararem com algo diferente e invasivo, demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão (MARCELINO, 2005).

Quando perguntei aos pacientes que palavras ou sentimentos lhes vinham à mente quando pensavam em Diabetes, pude observar nas respostas que lhes causavam aversão, desagrado, denotando uma sensação ruim:

É uma *doencinha ruim!* (Rosa).

[...]

Doença *miserável, disgramada!* (Joana).

[...]

É muito *ruim* é uma palavra feia, mas fazer o que né? (Clara).

[...]

Ah! É uma palavra meio *ruim*, meio feia, porque é uma doença que não vale nada, [...] ela é *desagradável*, muito desagradável (José).

[...]

Chega me *dói*, misericórdia é *terrível!* (Maria).

Segundo Goffman (1986), a sociedade categoriza as pessoas, estabelece normas, firma atributos tidos como normais, e quando estes predicados se depreciam se tornam estigmas. Para o autor o estigma deve ser considerado como o resultado de uma particular relação entre os atributos de uma determinada pessoa e os estereótipos sociais. O “estigmatizado” sente sua

diferença. E a tentativa de esconder o sentimento pelo estigma representa um alto preço psicológico para o sujeito estigmatizado. Alguns pacientes de Serrinha apontam, em seus relatos, para esta vertente ao confessarem que preferiram não contar para as pessoas sobre sua doença. Alguns diabéticos em Serrinha, dizem se sentirem estigmatizados e a doença atua como um traço da identidade que se mistura ao caráter, a personalidade, ao ser no mundo.

Eu não falava não. Porque eu acho uma doença estranha, não é uma doença da pessoa ter vergonha mas....eu não gostava de falar (Rosa).

[...]

Isso a gente sente no início, não gosta de falar, fico preocupado, a gente acha que as pessoas vão ficar com preconceito (Pedro).

[...]

Não falo nada (Maria).

Silêncio e receios cercam a existência desses diabéticos. Entretanto, há os que se sentem normais com a doença. A paciente Jacira (adolescente) faz parte do grupo dos pacientes que diz não se incomodar em revelar a doença e que, muito pelo contrário, mantém uma postura bem enérgica contra aqueles que tentam compadecer-se.

Eu não gosto que o povo fique tendo pena de mim, achando que eu sou uma coitadinha! Não é assim. Eu sei me cuidar. Agora vou para as festas de aniversário sozinha. Eu sei o que eu posso e o que eu não posso comer. As pessoas acham que sabem alguma coisa e não sabem de nada. Ficam falando besteira. E ainda tem aquelas que falam em diabetes como se fosse a pior coisa do mundo, como se o mundo tivesse se acabando porque a diabetes surgiu. Elas falam assim: oh! Coitadinha tem diabetes – é uma doença tão infernal! Oh! Que pena tão novinha. Aí eu respondo: é sou tão novinha mesmo, mas eu tenho diabetes e pode parar de muxoxo! (Jacira).

A doença pode atingir o “eu” do paciente, a sua “auto-estima”, a qualidade de vida, a capacidade de amar, de ter esperanças, bem como as possibilidades e qualidades de relações pessoais. Pessoas com doenças crônicas têm um maior risco para o isolamento social (ROSSI, 2005). Os relatos dos pacientes de Serrinha sobre como costumam agir quando estão tristes, não corroboram com esta assertiva, pois apenas 3 (três) deles responderam que preferem se isolar quando estão tristes, os demais buscam o convívio como uma forma de terapia, para

escapar da melancolia. Como relata a paciente Rosa: *“Eu procuro as pessoas para conversar porque aí eu me distraio mais”*.

Com relação ao auto-cuidado dos pacientes e à ligação com o seu estado de tristeza ou alegria, metade dos diabéticos responderam que diminuem os cuidados consigo mesmos quando estão tristes e o restante respondeu que se cuidam da mesma forma independente do seu estado de humor.

Goffman (1986), declara que o sentimento de insegurança costuma dominar o indivíduo estigmatizado, na medida em que ele não tem certeza se será aceito pelos “normais”. Por esta razão costuma ficar isolado e deprimido. A diferença ou o sentir-se diferente impede uma melhor interação social na mesma realidade. O autor mostra que o pertencimento, o sentido de estar no mundo e interagir a seu modo na realidade, fazem parte de algum modo do processo terapêutico. Sendo assim, a sala de espera (vide anexo, fig. 58), do ambulatório de nutrição da Santa Casa de Misericórdia de Serrinha, funciona como um espaço onde eles vivenciam sem máscaras seus papéis sociais, suas crenças, o caráter simbólico de cada sujeito para se sentir interagindo no mundo.

Alguns pacientes se sentem incomodados quando as pessoas tecem comentários sobre o diabetes na presença deles, outros, porém, não se importam. Esta observação revela que para certos pacientes a doença ainda é motivo de constrangimento em suas vidas. Como podemos observar nas falas abaixo:

Não me incomodo. Hoje eu faço questão de falar que eu tenho diabetes. Porque assim eu transmito experiência para as pessoas. Antes me incomodava (Pedro).

[...]

Me incomoda porque acho que é uma doença que não tem cura. Fico impressionada. Eu não gosto que fiquem falando (Rosa).

“Tanto faz eu estar triste como estar alegre, eu me cuido igual (Joana). [...] Quando eu estou muito ruim não tem jeito, de me cuidar, me largo porque eu fico desprezado” (José). É possível que os indivíduos diabéticos menos otimistas, por não se sentirem confiantes em relação ao futuro e, sobretudo, ao confrontar-se com a adversidade, não exerçam esforços continuados no sentido de alcançar os seus objetivos, negligenciando o tratamento (SILVA, 2004).

Existem dois fatores que sugerem correlação entre a depressão e o diabetes: a aceitação da doença e a capacidade do paciente em lidar com as alterações que a doença impõe sobre alguns aspectos da vida cotidiana. Quando acontece o oposto, ou seja, quando há dificuldade de adaptação à doença, existe uma maior possibilidade de aumento dos sintomas depressivos, prejudicando o funcionamento diário destes indivíduos, dificultando ainda mais as modificações no estilo de vida relacionado à doença (MOREIRA, 2003).

Dos dez pacientes da pesquisa apenas dois responderam que a forma deles se relacionarem com os seus familiares, foi afetada, após se tornarem diabéticos, em virtude deles se tornarem mais ansiosos: “*Mudei, depois que adoeci fiquei nervoso, muito nervoso (José). [...] A mudança que me pegou foi um tipo de nervoso, às vezes sobe um nervoso na mente*” (João).

Mais uma vez emerge da narrativa de um paciente – João, a visão do modelo exógeno estudado por Laplantine (1991), no qual o mal ou a doença que lhe abate é uma forma de intervenção externa ao corpo – *que pega* (real ou simbolicamente), contágia, adquire.

Quando um paciente se encontra mais conformado com a sua doença, ele desenvolve uma consciência da importância do auto-cuidado e preserva melhor a sua auto-estima, acrescentando, até mesmo, uma pitada de vaidade, como podemos observar na narrativa de Dalva ao ser questionada quanto ao *piercing* que usava no dente: “*Eu achei interessante, eu peguei e coloquei! (risadas). Sei lá! Eu botei assim por vaidade*”.

O conselho dado pela paciente Jacira (adolescente), revela que o diabetes em sua vida esta sendo trabalhado dia-a-dia, gerando menor dor, revolta e angústia. Quando um paciente se torna receptivo fica mais fácil interagir como o seu mundo, colher dele suas experiências e implantar algumas modificações benéficas para a sua saúde, sem agredir tanto os seus costumes, a sua forma de ser e de viver dentro da cultura e da tradição à qual está inserido.

O conselho que eu daria para uma pessoa que acabou de se tornar diabética é que ela não agisse como eu agi. Eu fui muito imatura. Agora já abri mais a minha cabeça. Devemos procurar entender as coisas do diabetes, procurar estudar sobre a doença, porque eu só procurei isso agora, depois de um ano. Antes, fiquei revoltada. Ah! Eu dizia: eu odeio a minha vida, eu não quero mais viver, eu não tenho mais gosto pela vida. Porque para mim foi um baque na época (Jacira).

6.3.6 Adesão ao tratamento

O suporte social é de fundamental importância para a manutenção de um funcionamento global adequado do indivíduo, principalmente em situações adversas. Este, pode ser definido como o apoio disponível no ambiente familiar, no ambiente de trabalho e interpessoal. Pacientes com melhor suporte social apresentam menos sintomatologia depressiva, inclusive os diabéticos (MOREIRA, 2003).

Laplantine (1991), relata sobre a doença como experiência de gratificação social: o que ele chama de “Renascimento pelo Outro”. O doente experimenta, em função da doença um sentimento de prazer, pela consideração nova com que o gratifica a sociedade. Na maioria das vezes, uma pessoa acometida por uma doença crônica, busca compartilhar com sua família ou pessoas próximas a necessidade de enfrentamento do sofrimento, readaptando-se à realidade (ROSSI, 2005). Também, a relação que se estabelece entre a doença crônica e a família depende da natureza da doença, do estágio de desenvolvimento vital da pessoa, bem como da própria família, da percepção da situação, das estratégias de enfrentamento, das opiniões sobre a doença, assim como, do contexto sócio-econômico (Idem).

Dos dez pacientes da pesquisa apenas dois não contam com o apoio da família para o auxílio no tratamento, um, por viver sozinho, distante dos familiares e outro, por incompatibilidade entre eles, como mostro nas seguintes narrativas:

Minha família tem despeito porque diz que eu sou milionária e metida a besta. Porque eu me cuido. Eu não como e não mando pessoa nenhuma comer o que eu sei que não faz bem (Maria).

[...]

Somos somente eu e o meu filho (criança), dentro de casa, eu não tenho mais ninguém para cuidar de mim (José).

Conflitos familiares, ressentimentos, em relação à afetividade se encontram associados à adesão dos pacientes ao tratamento. Apoio é estar junto, presente, estar perto, mostrar ao paciente que não está só para enfrentar dificuldades e necessidades impostas pela doença (ROSSI, 2005). Esta assertiva pode ser confirmada nestas falas:

Meu marido me dá apoio, me ajuda nos remédios – toda hora ele está falando o horário do remédio. Ele fica com pena (Joana).

[...]

A família me ajuda, às vezes eu fico querendo comer o que eu não posso, aí ela diz (a esposa) não coma isso não, faz mal (Pedro).

[...]

Minha família me dá todo apoio. Às vezes falam assim: não coma isso....não (Tereza).

[...]

A família é a primeira a ficar do meu lado. Dizem: não desista, daqui a alguns anos pode estar vindo a cura, quem sabe? (Jacira).

Vários são os fatores que interferem na manutenção do controle glicêmico – econômicos, grau de atividade física, hábitos, medicação, dieta, dentre outros, e não se pode afirmar que somente o apoio da família ou a sua falta, seja o responsáveis pelo bom controle glicêmico dos pacientes e pela adesão ao tratamento, contudo este é um fator importante que deve ser considerado no cuidado diário (ROSSI, 2005; CAZARINI, 2002; AGUILAR, 2004).

O medo do diabetes é o medo da amputação de um membro, e o medo da morte. Para Alves (1999), no convívio com a enfermidade, o doente e aqueles que estão envolvidos com a doença – familiares, amigos, vizinhos e terapeutas, formulam, produzem e transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas de acordo com o contexto social no qual estão inseridos. Para a maioria dos pacientes de Serrinha a influência dos vizinhos não chega a interferir de maneira negativa ou positiva na questão da dieta, como cita o paciente João: “*Os vizinhos nem ajudam nem atrapalham*”.

É apresentada na tabela 8 (oito), abaixo, a média das taxas de glicemias oriundas dos registros mensais, colhidas durante as consultas de revisão dos pacientes no Ambulatório de Nutrição, durante todo o ano de 2007. É demonstrado também o tempo de diagnóstico da doença, o número de vezes que o diabético retornou para as revisões, a idade, o nome fictício do mesmo, e se o paciente encontra o apoio da família para o seu tratamento.

Tabela 8: Ambulatório de Nutrição: dados da evolução dos pacientes em 2007.

NOME	IDADE (anos)	DIAGNÓSTICO (anos)	NÚMERO DE CONSULTAS (meses)	APOIO FAMILIAR	MÉDIA DAS GLICEMIAS		
					70 -100 mg/dl (bom controle)	110 – 140 mg/dl (controle aceitável)	>140 mg/dl (mau controle)
DALVA	43	2	7	SIM		138,0	
ROSA	65	12	9	SIM			143,0
JOANA	59	10	9	SIM			161,2
CLARA	64	02	6	SIM	100,0		
JOSE	53	02	5	NÃO	77,6		
PEDRO	65	10	5	SIM	90,0		
MARIA	58	02	6	NÃO		127,16	
JOÃO	58	02	8	SIM			159,87
TEREZA	30	11	4	SIM			221,75
JACIRA	13	02	5	SIM			293,6

Fonte: Dados de campo e adaptação Rossi, 2005.

Dos pacientes da pesquisa 6 (seis) cursam com o diagnóstico há dois anos e 4 (quatro) com diabetes entre 10 (dez) a 12 (doze) anos. Observa-se, neste estudo, que o controle da glicemia independe do tempo de diagnóstico da doença, pois valores acima da taxa de normalidade são encontrados nos diabéticos com menor ou maior tempo de diagnóstico. Metade dos pacientes diabéticos manteve suas taxas glicêmicas dentro de valores aceitáveis a bom, porém a outra metade manteve um mau controle da glicemia. Os dois pacientes que não possuem o apoio da família – Maria e José, cursaram com um melhor controle glicêmico, que alguns pacientes que têm o apoio dos familiares, demonstrando que o controle da glicemia não foi favorecido por este aspecto.

O tempo transcorrido desde a descoberta do diabetes até a procura do profissional nutricionista, pelos pacientes serrinhenses, variou de uns seis meses a mais, com exceção de dois pacientes que procuraram este profissional quase que imediatamente após a confirmação do diagnóstico, sendo um deles a paciente adolescente, cuja justificativa encontra-se no fato

de possuir o diabetes tipo 1, cujos sintomas iniciais são bastante abruptos, ainda ser menor de idade e estar sobre os cuidados da genitora. A carência de nutricionistas que atendam pelo SUS (Sistema Único de Saúde), na cidade, e o fato dos pacientes, muitas vezes, não terem conhecimento desta existência, pode ter influenciado na demora dos diabéticos em procurar a assistência nutricional. Normalmente, os pacientes recorrem primeiro aos médicos, que lhes prescrevem noções de alimentação, muitas vezes errôneas, em virtude da falta de reciclagem dos mesmos.

A frequência com que os pacientes fazem os exames de glicemia e com que retornam para as consultas de revisão, com o nutricionista, está interligada, pois, em média, a cada um ou dois meses eles retornam para as consultas, e, normalmente trazem consigo os resultados dos exames solicitados, incluindo o de glicemia. Quanto à questão de tomarem a medicação na hora certa, todos responderam que sim, contudo a maioria deles referiu dificuldade para adaptar-se aos horários dos medicamentos. Alguns pacientes realizam atividade física específica, outros trabalham no roçado e apenas três deles, realmente são sedentários, não desenvolvem nenhuma atividade física. Sabemos o quanto a atividade física trás benefícios para o tratamento do diabetes (SBD, 2008; AGUILAR, 2004), devendo ser incentivada entre os pacientes.

Mais da metade dos pacientes da pesquisa respondeu que as suas taxas de glicemias costumam oscilar entre os valores normais e os valores fora do padrão. Encontram-se, para este fato, várias justificativas nas narrativas dos pacientes, dentre elas se destacam, de forma mais ostensiva, o fator emocional e a própria alimentação:

Ultimamente minha glicemia tem ficado descontrolada. Tive um problema emocional, pois meu pai faleceu e depois disso fiquei desorganizada (Dalva).

[...]

Sempre a glicemia fica mais para o normal. Quando ela sobe eu acho que a alimentação não foi própria e também algumas coisas que vêm acontecendo na vida da gente...contrariedades (João).

[...]

Às vezes a glicemia fica dentro do valor normal e às vezes fica fora. Quando eu estou estressada – aquele dia que você não está para conversar com ninguém, fica alta, quando eu estou bem, fica normal (Jacira, adolescente).

[...]

A minha glicemia fica oscilando de alta para baixa, por causa da alimentação e muitas coisas (Pedro).

[...]

A glicemia fica mais para o normal. Se eu comer alguma coisa, tipo uma pinha, eu acho que ela sobe, porque a *bicha é doce!* (Clara).

As dificuldades na obtenção do controle adequado geram tanto nos pacientes, quanto nos familiares, um processo de sofrimento que pode ser observado através de comportamentos como: negação, depressão, raiva, censura, acomodação, culpa, dependência, impotência e desesperança.

Minha glicemia fica alta e fica baixa também. Não sei por quê. Tomo os remédios certinhos, faço a *indieta*. Uma hora eu erro. Já está com um bocado de tempo que ela nunca mais baixou (Rosa).

[...]

Minha glicemia fica sempre alta, não sei por que (Tereza).

A oscilação da taxa de glicemia é sempre um estado de risco em que o paciente se sente ainda mais aprisionado à dieta, à disciplina do corpo. O descontrole glicêmico afeta a vida do trabalho, o mundo doméstico, a vida da adolescente, o humor desses pacientes. O temor de adoecer ainda mais, é uma propriedade que permanece no diabético quase sempre a tomar conta de suas relações com o outro.

Trabalhos apontam para a formação de grupos educativos e para o atendimento multiprofissional, como fatores que favorecem a uma maior adesão ao tratamento, contribuindo, desta forma, para um melhor controle do diabetes pelos pacientes (ROSSI, 2005; BATISTA, 2004; CAZARINI, 2002). Também em Serrinha, a proposta de grupos de conversação sobre a doença e as questões do cotidiano, tem sido um forte apoio para este controle.

De todo modo, o diabetes para os serrinhenses é sempre uma doença de Deus e nada pode mudar esta realidade. Nessa conformação, a dieta tradicional, à base de farinha de mandioca ou mesmo a tríade feijão, farinha e carne seca, continua sendo a alimentação desses sujeitos que não concebem a vida sem estes valores. Como profissional de nutrição tento convencê-los em controlar o uso da farinha, principalmente. Mas, ser diabético no sertão, com tantas raízes e carboidratos como referências da identidade sociocultural e do comer, é uma realidade a ser apreendida a cada dia, em meio a outros sentidos, numa dinâmica interpretativa que não se esgota neste estudo, apenas inicia.

CONCLUSÃO

Os diabéticos de Serrinha – pessoas com características próprias, oriundos da cultura sertaneja, inseridos no “*Polígono das Secas*” (vegetação de caatinga e tabuleiros) expressam, desde tenra idade, seus “*habitus*”, costumes e tradições provenientes da herança dos colonizadores portugueses e dos seus descendentes, que abriram as estradas das boiadas, tendo no tropeiro, anterior ao vaqueiro, a figura típica dos sertões, comandando suas tropas de burros e abastecendo a comunidade com alimentos. Seguindo este fluxo a pecuária passa a constituir-se na principal atividade econômica local, emergindo assim a tríade: *farinha, feijão e carne seca*, como um sistema alimentar nascido no âmago da sociedade colonial que se formava, relegando a agricultura a um papel secundário na atividade econômica do município, sendo a cultura da mandioca a mais antiga.

O presente estudo buscou apropriar-se deste contexto histórico, compreendendo, interpretando e analisando o cotidiano destes diabéticos, elegendo como foco o processo de ruptura com a alimentação tradicional no tratamento desta enfermidade. Nesse sentido, foi relevante se aproximar dos valores da cultura alimentar local identificando os anseios que advinham deste rompimento e os significados dados à interação entre a dietética prescrita, outros valores da comensalidade contemporânea e as lembranças de infância da comida da roça. Observei a aceitação da doença Diabetes Mellitus e os sentimentos de medo e tristeza que acompanham os pacientes, durante o itinerário da doença para entender o sentido do tratamento dietoterápico por parte desses sujeitos e contribuindo, desta forma, para uma melhor proposição nas modificações na sua rotina, e uma maior colaboração no tratamento.

A partir do momento que o paciente se torna receptivo ao tratamento, fica mais fácil interagir com o seu mundo, colher dele suas experiências e implantar algumas direções benéficas para a sua vida, sem interferir demasiadamente em seus costumes, no modo de ser dentro da sua cultura e da sua tradição. Entretanto, este é um processo lento que exige receptividade do paciente e do profissional de saúde, sobretudo exige desapego a determinados atavismos gerados ao longo do tempo.

Neste trabalho a autora e a sua conduta dietética também sofreram influência do contexto local, no sentido da incorporação e adequação dos hábitos alimentares dos diabéticos serrinhenses sertanejos à sua prescrição dietoterápica.

Esturricada é a terra pela falta de chuva. A chuva é divina, é de Deus. O diabetes é uma doença de Deus. O sangue doce é um desígnio divino, assim como a seca. O diabético de

Serrinha faz analogia de sua doença com a seca. São herdeiros de vaqueiros, caminhantes e retirantes da seca. Trazem como herança genética ou “*geração de família*” a doença do açúcar no sangue, “*uma sina*”, um destino, uma marca. Esturricado está o corpo do diabético, como ressequida esta a terra. Sertão, sertanejo, diabético – esta é a tríade que compõe o imaginário do paciente serrinhense.

É necessário o esforço do aprendizado no sentido de enxergar os pacientes antes de rotulá-los como diabéticos *descompensados*, com *mau controle glicêmico*, etc., afim de compreendê-los melhor, apropriando-se das suas angústias, das suas revoltas que geram resistências e dos seus conflitos. Ser diabético no sertão, com tantas raízes e carboidratos como referências da identidade sociocultural e do comer, é uma realidade a ser apreendida a cada dia, em meio a outros sentidos, numa dinâmica interpretativa que não se esgota neste estudo, apenas inicia.

É preciso entender a cultura dos pacientes, suas tradições, seus “*habitus*”, para, desta forma, alcançá-los com as orientações nutricionais, pois a insistência na propagação das informações de forma vertical e descendente, sem interação, sem maleabilidade, sem sensibilidade, desprezando o elo entre o conhecimento técnico e o senso comum dos pacientes, acaba por produzir um discurso acadêmico autoritário, meramente normativo e com pouca ou nenhuma eficácia terapêutica.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Patricia Isolina del S. G. **Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. 2003.** Dissertação (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, S. P., 2004.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes care supplement 1, vol. 23, 2000, 543-546.
- ALVES, Paulo César. **A experiência da Enfermidade:** considerações teóricas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul./set. 1993.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. **Significação e metáforas na experiência da enfermidade.** In: *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ARAÚJO, Antônio José. **A família Serrinhense.** Bahia: Typografia do Jornal o Serrinhense, 1926.
- BARBOSA, R. B., et al. **Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes mellitus no Brasil:** relatório preliminar. Revista Panamericana de Salud Publica. 2001.
- BARTHES, Roland. S/Z. **Uma análise da novela Sarrasine de Honoré de Balzac.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. Tradução: L. Novaes, 1992.
- BATISTA, M. C. R., et al. **Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário.** Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2008.
- BOAVENTURA, Eurico Alves. **Fidalgos e vaqueiros.** Salvador, Ba. Centro Editorial e Didático da UFBA, 1989. 458 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem Nutricional em Diabetes Mellitus.** Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações da Saúde. **Promoção da Saúde do Diabético e Hipertenso – HIPERDIA.** Cap. 6, 2001. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/>>. Acesso em: 15 out. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentos regionais brasileiros.** 1. ed. Brasília, 2002. 140. (Série F. Comunicação e educação em Saúde, 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Cadernos de Atenção Básica, 7. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, 16. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMELLO, Constantino Nery. **Através dos Sertões**. Rio de Janeiro: S. A. A noite, [1937]. 327 p.

CAMPOS, Maria de Fátima. Hanaque. et al. **Conhecendo Serrinha: História e geografia**. Feira de Santana, Ba. UEFS: SEPLANTEC, 1998. 90 p.

CARDIM, Fernão. **Tratados da terra e da gente do Brasil**. São Paulo: EDUSP; Belo Horizonte: Itatiaia, 1980. 206 p. (Coleção Reconquista do Brasil, 13).

CARVALHO, E. C. **Saneamento básico e suas repercussões sócio-ambientais no município de Serrinha**. Anais do XI Simpósio Brasileiro de Geografia Física Aplicada. USP, set. 2005.

CASCUDO, Luís da Câmara. **História da Alimentação no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1968. 539 p.

CASTRO, Josué. Geografia da Fome: **O dilema brasileiro: pão ou aço**. Rio de Janeiro: Antares, 1984. 361 p.

CAZARINI R. P., et al. **Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas**. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 142-150, abr./jun, 2002.

CEDEBA. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes **Endocrinologia da Bahia**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/index.php>>. Acesso em: 05 abr. 2006.

CRUZ, Renato. **Fabricação de farinha, polvilho e raspa**. Brasília: SENAR, 2004. (Coleção SENAR, 90). Disponível em: <http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/Feijao/FeijaoPrimSegSafrasulMG/mercado_comercializacao.htm>. Acesso em: 05 abr. 2006.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Mar 1999, vol.21 suppl.1, p.06-11. ISSN 1516-4446.

DIAS, L. T.; LEONEL, M. **Características físico-químicas de farinhas de mandioca de diferentes localidades do Brasil**. Ciênc. Agrotec., Lavras, v. 30, n. 4, p. 692-700, jul./ago., 2006.

DICS – DIRETORIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. DATASUS/HiperDia./SIH-SUS. 2007.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 210 p.

DUARTE, Meirelayne Borges e REGO, Marco Antônio Vasconcelos. **Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria.** *Cad. Saúde Pública.* [online]. 2007, vol. 23, no. 3 [citado 2007-04-16], pp. 691-700. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 15 abr. 2007.

FRANCO, Tasso. **Serrinha:** A colonização portuguesa numa cidade do sertão da Bahia. Salvador: EGBA/ Assembléia Legislativa do Estado, 1996. 386 p.

FREITAS, M. C. **Uma abordagem fenomenológica da fome.** *Revista de Nutrição, Campinas*, 15(1): 53-69, jan/abr., 2002.

FREYRE, Gilberto. **Açúcar:** Em torno da etnografia da história e da sociologia do doce no nordeste canavieiro do Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto do Açúcar e do Alcool, 1969. (Coleção canavieiras, 2).

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala:** Formação da Família Brasileira sob o Regime da Economia Patriarcal. 28. ed. Rio de Janeiro: Record, 1992. 569 p.

FUNDAÇÃO JOAQUIM NABUCO. **Casa de farinha.** 2006. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=300&textCode=965&date=currentDate>> Acesso em: 30 abr. 2007.

GALVÃO, Almiro. **Valente, um oásis no sertão.** Salvador, Ba: Contraste Editor Gráfica, p. 82, mar. 2002. (1000 exemplares)

GARCIA, Rosa Wanda Diez. **Reflexos da globalização na cultura alimentar:** considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.*, 16(4):483-492, out/dez., 2003.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOFFMAN, Erving. **Stigma.** New York: Simon/Schuster, 1986. Bibliotecas pessoais. Biblioteca PUC-Rio, 2004. (Fichamento: Heloísa Serzedello Corrêa).

GOMES, R., et al. **As representações sociais e a experiência da doença.** *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.18, n.5, set./out. 2002.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil.** 5. ed. Rio de Janeiro: J. Olímpio, 1969. (Coleção Documentos Brasileiros, 1).

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1991, p. 272

LEONEL, M. **Caracterização da fibra e uso do farelo de mandioca como base para produtos dietéticos.** *Culturas de Tuberosas Amiláceas Latino Americanas.* v. 4, cap. 17, 2000, 221-229.

LÉRY, J. **Viagem à terra do Brasil.** Tradução para o português por Sérgio Milliet. São Paulo: EDUSP; Belo Horizonte: Itatiaia, 1980. 303 p. (Coleção Reconquista do Brasil, 10).

LIMA, Luíza Botelho. **Casas de Farinha em Mataraca** - Fortalecimento Cultural, Social e Econômico. UFPB. Área Temática: cultura. 1983.

LINHARES, Maria Yedda Leite. **História política do Abastecimento: 1918-1974**. Brasília: Binagre, 1979. 242 p. (Estudos sobre o desenvolvimento agrícola, 6).

MACEDO, R. S. **A Etnometodologia Crítica e Multirreferencial nas Ciências Humanas e na Educação**. Salvador: EDUFBA, 2000.

MARCELINO, D. B., et al. **Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(1), p. 72-77.

MATTOS, L. L.; MARTINS, I. S. **Consumo de fibras alimentares em população adulta**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, p. 50-55, 2000.

MEDEIROS, Aldalita. **Serrinha – Bahia**. IBGE. Diretoria de Documentação e Divulgação, Rio de Janeiro, n. 59, abr. 1965. (Coleção de Monografias, Série B).

MEINKING, Maria da Glória Valverde. (Org.). **Minhas lembranças de Serrinha**. Salvador, Ba: Marchete Cinema & vídeo LTDA. Editora e Agencia de Notícias, 2001. 112 p.

MINAYO, C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

MOREIRA, Patrícia. **Vivendo com o diabetes: uma experiência contada pela criança**. Revista Latino-americana de Enfermagem, jan.-fev. 2006, 14 (1): 25-32.

MOREIRA, Rodrigo. et al. **O Diabetes Mellitus e Depressão: Uma Revisão Sistemática**. Arq. Bras. Endocrinologia Metabolismo. vol 47, n. 1, fev. 2003.

MULS, E. **Nutrition recommendations for the person with diabetes**. Clinical Nutrition. 17:518-522, 1998.

NETO, Faustino Teixeira. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 519.

NETO, Rosa Cristina M. **Vivendo com o Diabetes Mellitus: a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública de saúde no Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Representação Brasil. **Prevenção e controle de enfermidades**. 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/prevencao/temas.cfm?id=46&Area=Documentos>> Acesso em: 30 out. 2006.

ORNELLAS, Lirselotte. **A alimentação através dos tempos**. 2. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2000.

PELIÇON, Eliane Cristina Vieira. et al. **A cultura do feijão e a produção do espaço agrícola em Assis Chateaubriand/Pr** (Graduanda em Geografia). UNIMEO/CTESOP-

Centro Técnico Educacional superior do Oeste Paranaense. 2006. Disponível em: <www.unimeo.com.br/artigos/artigos_pdf/2006/cultura_dofeijao_12_08.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2006.

PIMENTEL, Flávio Araújo. **Prensagem para obtenção de farinha de mandioca**. Embrapa. Instruções Técnicas. Acre, n. 39, p. 1-3, dez. 2001.

PORTERO, Kátia Cristina da Cruz., et al. **Mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Saúde Rev., Piracicaba, 7(16): 63-69, 2005.

PROUST, M. **Em busca do tempo perdido: No Caminho de Swan** (livro 1). Ed. Globo. Rio de Janeiro, 1956.

QUEIROZ, Marília. **O município de Serrinha**. [Bahia]: [s.n.], [Ca 1957].

QUEIROZ, M. de S; PUNTEL, M. A. **A Endemia Hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 1997.

RAUPP, D. S. et al. **Composição e propriedades fisiológico-nutritivas de uma farinha rica em fibra insolúvel obtida do resíduo fibroso de feculária de mandioca**. Ciênc. Tecnol. Aliment. Campinas, v.19, n.2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010120611999000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2008.

RELATÓRIO DO GRUPO TÉCNICO ASSESSOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ANÁLISE DA ESTRATÉGIA GLOBAL PARA ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. **Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005**; 14(1) : 41 - 68.

ROSSI, Vilma Elenice Contatto. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. 2005. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 146 f.

SALVADOR: **EGBA/ Assembléia Legislativa do Estado**, 1996. p. 386.

SANTOS, C. R. B., et. al. **Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica**. Rev. Nutr. Campinas, v.19, n.3, maio/jun, 2006.

SANTOS, Denise G. D. **Modos de dizer e modos de fazer: Reflexões sobre linguagem e trabalho**. Feira de Santana, n. 29, p. 9-27, jul./dez. 2003.

SANTOS, Denise G. D. **O léxico da casa de farinha**. 1997. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

SANTOS, Jocimara R. **Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença**. Reflexão e Crítica, 2003, 16(2), p. 411-425.

SASSAKI, R. K. **Como chamar os que têm deficiência?** Revista da SBO. Ano 1, n. 1, 1. sem. 2003.

SHILS, E. M., et al. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença**. 9. ed. São Paulo: Manole Ltda., 2003. 2106 p.

SILVA, Denise Oliveira, et al. **Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.5, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500030&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2008.

SILVA, I. et al. **Dificuldade em perceber o lado positivo da vida?** Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crônicas da doença. Análise Psicológica, 2004, 3 (XXII): 597-605.

SILVA, Paula Pinto. **Farinha, feijão e carne-seca** – um tripé culinário no Brasil colonial. São Paulo: Senac, 2005, 149 p. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2670,1.shl>>. Acesso em: 07 abr. 2007.

SBD - **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/aprendendo/contagem_carboidratos/contcarb01.php. Acesso em: 09 jan. 2008.

VENANCIO, Rafael Duarte Oliveira, et al. **O entretenimento no caminho do impessoal à cura do ser do dasein**. Morpheus - Revista Eletrônica em Ciências Humanas - Ano 06, número 10, 2007 - ISSN 1676-2924.

VAINSENER, Semira Adler. **Mandioca**. Fundação Joaquim Nabuco. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=300&textCode=965&date=currentDate>> Acesso em: 30 abr. 2007.

VIANNA, Francisco Vicente; Ferreira, José Carlos. (Dir.). **Memória sobre o Estado da Bahia**. Bahia: Typographia e encadernação do Diário da Bahia, 1893.

WANDER, Alcido Elenor. **Cultivo do Feijão da Primeira e Segunda Safra na Região Sul de Minas Gerais**. Mercado e Comercialização. Embrapa Arroz e Feijão. 2005.

WOORTMANN, Klaas A. A. W. **Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda. Relatório final**. Brasília: [s.n.], 1987. 183 p. (Série Antropologia).

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O PACIENTE DIABÉTICO

Caracterização do sujeito: nome, idade, escolaridade, profissão, região, migração, habitação, saneamento básico.

- Anamnese: história familiar, história pregressa, história da moléstia atual, queixas principais, uso de medicamentos.
- Dados antropométricos (peso/altura; IMC), exames laboratoriais, avaliação clínica e nutricional.
- A acepção do diabetes para o paciente de Serrinha.
- A acepção do alimento para o diabético em Serrinha.
- A interpretação do cotidiano do diabético com a ruptura com a alimentação comum ao lugar.
- O alimento como parte terapêutica do tratamento.
- A interpretação do cotidiano do diabético com a ruptura com a cultura e a tradição comum ao lugar.
- A convivência com a dieta.
- A convivência com os familiares e com os vizinhos.
- A influência do estado emocional na qualidade de vida do paciente diabético.
- A sensibilização quanto à aceitação do diabetes e a parceria no tratamento com a equipe de saúde.

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO (PACIENTES DIABÉTICOS)

• A ACEPÇÃO DO DIABETES PARA O PACIENTE DE SERRINHA (A DESCOBERTA)

1. Há quanto tempo descobriu que tinha a doença? Como descobriu? O que sentiu ao descobrir?
2. Já tinha ouvido falar em Diabetes? O quê?
3. Tinha medo da doença?
4. O que a senhora acha da sua vida hoje, como diabético?

• A ACEPÇÃO DO ALIMENTO PARA O PACIENTE DIABÉTICO DE SERRINHA

1. O que é o alimento para você?
2. Para que serve o alimento?
3. Quais os alimentos que você mais gosta?

• A INTERPRETAÇÃO DO COTIDIANO DO DIABÉTICO COM A RUPTURA COM A ALIMENTAÇÃO COMUM AO LUGAR

1. Qual a maior dificuldade que você enfrentou após o início do tratamento com a dieta?
2. Como era a sua alimentação antes da doença? E como é agora?
3. Quais os alimentos que você sente mais falta?
4. O que era antes o açúcar na sua vida e o que ele (o açúcar) é para a sua vida agora?
5. O que você sente por ter deixado de comer estes alimentos?
6. Tem algum alimento que você continua ingerindo mesmo sabendo que é prejudicial para a sua saúde?

• O ALIMENTO COMO PARTE TERAPÊUTICA DO TRATAMENTO

1. Você vê o alimento como se fosse um remédio para o tratamento do diabetes? Por quê?
2. O alimento transmite saúde? Como?
3. O alimento pode fazer você adoecer? Como? O alimento pode transmitir doença?
4. A magreza, a obesidade, a diabetes, o colesterol alto tem alguma relação com a comida?
5. Você utiliza algum outro tratamento para o diabetes além dos remédios (folhas, etc.?).

- **A INTERPRETAÇÃO DO COTIDIANO DO DIABÉTICO COM A RUPTURA COM A CULTURA E A TRADIÇÃO COMUM AO LUGAR**

1. Sua família ou vizinhos possuem casas de farinha na roça?
2. Quando você era criança você ia para as casas de farinha? O que você fazia lá?
3. Você costuma participar da produção da farinha com a sua família ou com seus vizinhos nas casas de farinha?
4. Quais são as etapas da produção da farinha?
5. Quantas pessoas precisam trabalhar na casa de farinha na época de fazer a farinha?
6. Você já produziu um beiju?
7. Vocês revendem a farinha e o beiju na feira? Ou usam para o consumo próprio?
8. Vocês plantam milho? Plantam junto com o feijão? Que pratos vocês preparam com o milho?
9. Você ainda trabalha na roça? Tem medo de se ferir no trabalho da roça?
10. Sua família consome o leite in natura comprado na mão do leiteiro ou o leite industrializado? E você?
11. Você gosta de vaquejada? Você já participou de derrubadas de boi? (para o sexo masculino)? Você acha esta atividade perigosa para quem tem diabetes? Você gosta de comer carne vermelha?
12. Que atividades você deixou de fazer na sua vida por conta do diabetes?

- **A CONVIVÊNCIA COM A DIETA**

1. Como você controla a vontade de comer os alimentos que podem lhe fazer mal?
2. Como é seu comportamento em relação aos alimentos nos eventos sociais (aniversários, churrascos, comemorações, etc.)?
3. A sua comida hoje tem o mesmo sabor de antes, quando você não era diabético?
4. Você acha que é válido continuar o tratamento com a dieta? Por quê?

- **A DIETA A FAMÍLIA E OS VIZINHOS**

1. Sua família lhe dá apoio para continuar o tratamento com a dieta?
2. Os vizinhos ajudam ou atrapalham a continuar a sua dieta?
3. Quem prepara sua comida?

- **A INFLUÊNCIA DO ESTADO EMOCIONAL NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE DIABÉTICO**

1. Quando você pensa no Diabetes que palavra ou sentimento lhe vem à cabeça?
2. Por que você acha que desenvolveu o diabetes?

3. As pessoas falam alguma coisa sobre o diabetes? Você se incomoda?
4. Você teve algum tipo de dificuldade em falar para as pessoas que você desenvolveu a doença diabetes? Por quê?
5. Houve alguma mudança na forma como você se relacionava com as pessoas (família, amigos, companheiro)?
6. Você prefere estar só ou acompanhado de outras pessoas? (depende do que está sentindo?)
7. Os cuidados que tem consigo mesmo dependem de como se sente no momento (se está triste, alegre, chateado)? Há períodos que você se cuida melhor ou pior?
8. Quando você está triste como costuma agir? Prefere se isolar ou busca o convívio com as pessoas?
9. Você dorme bem?
10. Que conselho você daria para uma pessoa que acabou de descobrir que tem diabetes?

• **A SENSIBILIZAÇÃO QUANTO À ACEITAÇÃO DA DIABETES E A PARCERIA NO TRATAMENTO COM A EQUIPE DE SAÚDE**

1. Após descobrir que tinha diabetes quanto tempo levou para procurar o nutricionista?
2. Quem indicou o acompanhamento com o Nutricionista?
3. Acha importante continuar com o nutricionista? Por quê?
4. O que mudou na sua saúde com relação aos sintomas do diabetes, após o início do tratamento com o nutricionista?
5. Com que frequência você faz exames de glicemia?
6. Você toma a medicação na hora certa? Teve dificuldades para se adaptar aos horários dos medicamentos?
7. Como você adquire os medicamentos para o diabetes?
8. Com que frequência você retorna para as consultas com o médico clínico?
9. Com que frequência você retorna para as consultas com o nutricionista?
10. Você faz os exames passados pelo médico clínico e/ou pelo nutricionista?
11. A sua glicemia costuma ficar dentro dos valores normais ou não?
12. Que razão faz com que a sua glicemia fique fora da normalidade?
13. Você já teve hipoglicemia? Como foi?
14. O que você sente quando ela fica alta?
15. Você faz alguma atividade física?

APÊNDICE C: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

PACIENTE 1: D. D. N. (Dalva) – Tem 43 anos (d.n. 06/11/63), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há aproximadamente dois anos. História patológica pregressa: possui problemas de coluna devido ao peso das mamas (fez recentemente cirurgia para redução do volume das mesmas). História familiar: pai diabético. História social: casada, três filhos, cursou até a 3ª série do primário, lavradora, costureira e doceira autônoma, natural de Santa Terezinha, reside em Serrinha na zona urbana, com três pessoas no domicílio, mora em casa própria, com piso, água encanada, saneamento básico e coleta de lixo. O esposo trabalha de turno à noite. Plantam na roça para consumo próprio (farinha, feijão, milho, verduras, frutas e produzem beiju). Patologias associadas: hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo. Medicamentos em uso: glifagem, puran, sinvastatina e hidroclorotiazida. Avaliação Clínica: ritmo urinário e intestinal normais; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome globoso. Dados antropométricos: peso – 66 kg; altura – 160,5 cm; IMC – 25. Avaliação nutricional: pré-obeso. Exames laboratoriais: glicemia – 139 mg/dl (15/12/07).

PACIENTE 2: M. J. G. (Rosa) – Tem 63 anos (d.n. 09/11/42), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há doze anos. História patológica pregressa: catapora, sarampo e papeira na infância. História familiar: mãe, filha e irmãos diabéticos. História social: casada, onze filhos, cursou até a 3ª série do primário, aposentada, trabalhou como dona de casa e em escolas como merendeira, natural de Entre Rios, reside em Serrinha na zona urbana, com sete pessoas no domicílio, mora em casa alugada, com piso, água encanada, saneamento básico e coleta de lixo. Patologias associadas: hipertensão arterial, constipação, flatulência, problemas circulatórios. Medicamentos em uso: glibenclamida, captopril, e insulina. Avaliação Clínica: ritmo urinário normal, ritmo intestinal irregular; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome plano. Dados antropométricos: peso – 46 kg; altura – 146,5 cm; IMC – 21. Avaliação nutricional: eutrofia. Exames laboratoriais: glicemia – 181 mg/dl (15/12/07).

PACIENTE 3: M. J. B. S. (Joana) – Tem 58 anos (d.n. 01/04/49), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há dez anos. História familiar: mãe diabética.

História social: viúva, doze filhos, constituiu nova união, cursou até a 2ª série do primário, lavradora aposentada, natural de Serrinha, reside na zona rural, com duas pessoas no domicílio, mora em casa própria, com piso, água encanada, saneamento básico, não há coleta de lixo, o mesmo é queimado. Patologias associadas: hipertensão arterial e nervosismo. Medicamentos em uso: glibenclamida, propranolol e metformina. Avaliação Clínica: ritmo urinário e intestinal normais; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome plano. Dados antropométricos: peso – 68 kg; altura – 165,5 cm; IMC – 24. Avaliação nutricional: eutrofia. Exames laboratoriais: glicemia – 175 mg/dl (15/12/07).

PACIENTE 4: A. F. A. L. (Clara) – Tem 62 anos (d.n. 09/11/44), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há dois anos. História patológica pregressa: catapora, sarampo e papeira e demais doenças da infância. História familiar: mãe diabética. História social: casada, quatorze filhos (nove vivos), não frequentou a escola, aprendeu a ler com uma irmã, porém não sabe escrever apenas assina o nome. Aposentada, é lavradora desde os sete anos de idade, natural de Barrocas, reside na zona rural com o marido, mora em casa própria, com piso, água de tanque de cimento que apara a água da chuva ou é abastecido por carro pipa, não possui saneamento básico – a fossa esta entupida, o lixo é queimado. Patologias associadas: hipertensão arterial, reumatismo, homorróida. Medicamentos em uso: glibenclamida, e metildopa. Avaliação Clínica: ritmo urinário normal, ritmo intestinal normal; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome globoso. Dados antropométricos: peso – 69 kg; altura – 144 cm; IMC – 33. Avaliação nutricional: obesidade grau I. Exames laboratoriais: glicemia – 105 mg/dl (07/12/07).

PACIENTE 5: D. C. (José) – Tem 53 anos (d.n. 25/01/54), sexo masculino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há aproximadamente dois anos. História patológica pregressa: acidente de trabalho quando morava em São Paulo, com a máquina fita serra para cortar madeira, necessitando reconstruir a mão e acidente com a explosão do compressor de uma máquina, perdendo parcialmente a coordenação motora das pernas. História familiar: não sabe informar. História social: separado, quatro filhos, não frequentou a escola, apenas assina o nome, aposentado por invalidez, trabalha na lavoura, natural de Jaguaquara, reside em Serrinha na zona rural com um filho, mora em casa própria, com piso, água encanada, não

tem saneamento básico, possui fossa, o lixo é queimado. Patologias associadas: hipertensão arterial. Medicamentos em uso: captopril, glibenclamida e fenitoína. Avaliação Clínica: ritmo urinário e intestinal normais; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome globoso. Dados antropométricos: peso – 66,5 kg; altura – 160,5 cm; IMC – 25. Avaliação nutricional: pré-obeso. Exames laboratoriais: glicemia – 60 mg/dl (07/12/07).

PACIENTE 6: A. F. S. (Pedro) – Tem 64 anos (d.n. 05/06/43), sexo masculino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há aproximadamente dez anos. História patológica pregressa: Acidente por queda de andaime (construção civil), ficou encostado por oito anos, com seqüela neurológica (uso de valium), passado de tuberculose, teve catapora e sarampo na infância e fez tratamento para *Schistosoma mansoni*. História familiar: irmãos e pai diabéticos. História social: desquitado, constituiu união novamente, sete filhos, cursou até a 4ª série do primário, aposentado, trabalhou como alfaiate em Serrinha e auxiliar de pedreiro com carteira assinada em Salvador. Natural de Serrinha reside na zona urbana com oito pessoas no domicílio, casa própria, com piso, água encanada, saneamento básico e coleta de lixo. Patologias associadas: hipertensão arterial, impotência sexual. Medicamentos em uso: glibenclamida e nefidipina. Avaliação Clínica: ritmo urinário e intestinal normais; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome plano. Dados antropométricos: peso – 60 kg; altura – 171 cm; IMC – 20. Avaliação nutricional: eutrofia. Exames laboratoriais: glicemia – 87 mg/dl (15/12/07).

PACIENTE 7: M. E. S. A. (Maria) – Tem 57 anos (d.n. 02/02/50), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há dois anos. História patológica pregressa: acidente por queda em escada, na residência, quebrando o braço, necessitando colocação de platina. História familiar: sem antecedentes. História social: separada, cinco filhos, cursou o 2º grau completo, fez o curso de auxiliar de enfermagem e magistério, aposentada por acidente, natural de Serrinha, reside na zona urbana, com uma filha, casa própria, com piso, água encanada, saneamento básico e coleta de lixo. Patologias associadas: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida e propranolol. Avaliação Clínica: ritmo urinário normal, ritmo intestinal irregular; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome globoso. Dados antropométricos: peso – 71 kg; altura – 168 cm; IMC – 25. Avaliação nutricional: pré-obeso. Exames laboratoriais: glicemia – 118 mg/dl (08/12/07).

PACIENTE 8: J. A. J. A. (João) – Tem 58 anos (d.n. 28/01/49), sexo masculino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 há aproximadamente dois anos. História familiar: não sabe informar. História social: viúvo constituiu união novamente, quatorze filhos, cursou até a 2ª série do primário, trabalha na lavoura, já trabalhou como pedreiro com carteira assinada, é membro da CUT. Natural de Serrinha reside na zona rural com oito pessoas no domicílio, casa própria, com piso, água de tanque de cimento que apara a água da chuva, não tem saneamento básico, nem fossa, o lixo é queimado. Patologias associadas: não possui. Medicamentos em uso: glibenclamida. Avaliação Clínica: ritmo urinário e intestinal normais; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome plano. Dados antropométricos: peso – 60 kg; altura – 166,5 cm; IMC – 21. Avaliação nutricional: eutrofia. Exames laboratoriais: glicemia – 133 mg/dl (15/12/07).

PACIENTE 9: H. A. N. (Tereza) – Tem 30 anos (d.n. 07/09/76), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 2 ha onze anos. História patológica pregressa: catapora e papeira na infância, desnutrição GI, aborto espontâneo. História familiar: pai, avó paterna e uma tia diabética. História social: casada, sem filhos, cursou até a 6ª série ginásial incompleta, aposentada por invalidez há um ano, natural de Serrinha, reside na zona rural, com o marido, casa própria, com piso de vassoura, água de tanque de cimento que apara a água da chuva, não tem saneamento básico, nem fossa, o lixo é queimado. Patologias associadas: dislipidemia. Medicamentos em uso: insulina regular e NPH. Avaliação Clínica: ritmo urinário normal, ritmo intestinal com diarreia freqüente; unhas fracas, pele e mucosas desidratadas, abdome distendido, edema de membros inferiores, amenorréia. Dados antropométricos: peso – 46,5 kg; altura – 162,5 cm; IMC – 17. Avaliação nutricional: desnutrição grau I. Exames laboratoriais: glicemia – 151 mg/dl (15/12/07).

PACIENTE 10: J. R. S. L. (Jacira) – Tem 13 anos (d.n. 24/05/94), sexo feminino. História da doença atual: desenvolveu diabetes tipo 1 ha dois anos. História patológica pregressa: Não consta. História familiar: avó materna e bisavós. História social: estudante da 7ª série ginásial, natural de Serrinha, reside na zona urbana com os avôs, em casa própria, com piso, água encanada, saneamento básico e coleta de lixo. Patologias associadas: hipotireoidismo. Medicamentos em uso: novorapid, lantus, puran 88. Avaliação Clínica: ritmo urinário e intestinal normais; unhas, pele e mucosas sem alterações, abdome plano. Dados

antropométricos: peso – 40 kg; altura – 165 cm; IMC – 14,69 (percentil 25 para peso e percentil 75 para altura). Avaliação nutricional: desnutrição. Exames laboratoriais: glicemia – 322 mg/dl (15/12/07).

APÊNDICE D: SÍNTESE ANALÍTICA

Do conjunto de significantes obtidos dos enunciados dos sujeitos, analiso associações em contextos específicos. Uma rede de sentidos se entrelaça para revelar situações que ora se assemelham ora se opõem entre os diabéticos entrevistados.

Alguns significantes destacados:

1. Sobre o tratamento:

- Continuar indo para o médico, fazendo tudo certinho que ele manda;
- Se cuidar;
- Ir sempre no médico para se dar bem e viver mais;
- Seguir a dieta;
- A gente não tem uma base de se alimentar;
- A gente conversa com a nutricionista;
- A nutricionista explica e a gente controla a glicemia;
- Procurar a nutricionista;
- *Graças a deus* estou me dando bem;
- Comecei a seguir o tratamento;
- Durmo bem.

2. Controle glicêmico:

- Pele amarela;
- Aquela fome absurda;
- Estou me sentindo bem normal;
- Eu tenho controle;
- O controle é tudo;
- Evito fazer determinadas comidas;
- Não posso comer;
- Me seguro;
- Fico com vontade e não posso;
- Olho a comida e me dá vontade;
- Controlo a pulso.

3. A doença:

- Tenho que me conformar;
- Não quero viver só doente;
- Eu tenho que cuidar de mim mesma;
- Se eu não resistir eu vou me prejudicar;

- Assim eu vou levando a vida;
- Diabetes vai subir e eu vou ter que cortar as minhas pernas.

4. Itinerário terapêutico:

- Quina-quina, carqueja;
- Berinjela com o limão, babosa;
- Alimento é como um remédio.
- Cassutinga, pau de ferro, pata de vaca, chá de alumã – que é amargo;
- Raiz da jurubeba, pau de rato, boldo, a folha da insulina, miroró;
- Pata de vaca, carrapicho de ovelha;
- Alimento é como um remédio;
- Remédio a gente usa a pulso.

5. As emoções dos diabéticos de serrinha:

- Doencinha ruim;
- Doença miserável, disgramada;
- Palavra feia;
- Desagradável;
- Terrível;
- Eu não gostava de falar;
- Preconceito;
- Coitadinha;
- Não me incomodo, me incomodo;
- Me cuida igual, me largo, fico desprezado;
- Me pegou um tipo de nervoso;
- Vaidade;
- Fiquei revoltada.

6. Adesão ao tratamento:

- Família me dá todo apoio;
- Família é a primeira a ficar do meu lado;
- Família me dá todo apoio;
- Alimentação não foi própria
- Contrariedades;
- Problema emocional;
- Estressada;
- Fica alta e fica baixa; fica sempre alta.
- Nunca mais baixou;
- Indieta;

ANEXO

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO

Convidamos vossa senhoria para participar da pesquisa: *A Percepção do “Diabetes Mellitus” pelos pacientes de Serrinha: Um estudo sobre seus significados para o tratamento nutricional na Santa Casa de Misericórdia.*

Apresentação da pesquisa: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que pretende conhecer os significados dados pelos pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia de Serrinha, sobre a doença (Diabetes), o tratamento e neste a orientação alimentar, sob a responsabilidade da aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde da Escola de Nutrição da UFBA, a nutricionista Núbia da Cruz Silva. A pesquisa terá as seguintes atividades junto à comunidade: serão realizadas várias entrevistas gravadas em fita cassete de sessenta minutos, com os agentes sociais acima referidos (pacientes diabéticos do tipo 1 e 2 do Programa de Atenção Básica ao Diabético), podendo fazer parte da mesma, pacientes menores e/ou adolescentes, desde que o termo de consentimento livre e pré-esclarecido seja assinado pelo responsável e pela própria criança e/ou adolescente, pacientes analfabetos, bem como moradores do município de Serrinha e cidades circunvizinhas, ou seja, pacientes que residem em cidades próximas e que já são atendidos neste ambulatório, tanto da zona urbana, quanto da rural. Aos pacientes será garantido o direito de recusa e abandono ao estudo em qualquer fase da entrevista, não prejudicando, desta forma, a continuidade da assistência prestada aos mesmos pela nutricionista, estando a pesquisadora disponível para dirimir eventuais dúvidas por parte dos pesquisandos. Com esta pesquisa pretende-se promover a conscientização e o entendimento do diabetes e do tratamento dietoterápico por parte dos pacientes, promovendo desta forma uma melhor aceitação da doença e das modificações na sua rotina, bem como a adesão ao tratamento, pois se presume que interpretando os significados dados por eles à doença, tornar-se-á mais fácil quanto à aceitação do diabetes e a parceria no tratamento.

Compromisso: O resultado final do trabalho será divulgado aos participantes. Será também assegurado o sigilo das informações e não serão divulgados os nomes verdadeiros das pessoas entrevistadas para preservar suas identidades. Este termo se respalda na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Autorização da população: Autorizo participar da pesquisa sobre *A Percepção do “Diabetes Mellitus” pelos pacientes de Serrinha: Um estudo sobre seus significados para o tratamento nutricional na Santa Casa de Misericórdia.* (marcar no quadrado ao lado do item autorizado):

- Questionário de perguntas semi-abertas, para caracterizar dados iniciais como: nome, idade, escolaridade, profissão, região, migração, habitação, saneamento básico, história familiar, história pregressa, história da moléstia atual, queixas principais, uso de medicamentos.
- Dados antropométrico (peso/altura; IMC), exames laboratoriais, avaliação clínica e nutricional.
- Entrevistas semi-estruturadas ou em profundidade com os pacientes diabéticos.
- Entrevistas semi-estruturadas ou em profundidade com os familiares.
- Entrevistas semi-estruturadas ou em profundidade com os profissionais de saúde do município.

Autorização: _____.

Responsável pela pesquisa: _____.

Localidade: _____ Data: _____.

ANEXO B: FOTOS