

PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OS REGULADORES DA DIETA PARA OS DIABÉTICOS AMPUTADOS DE MEMBROS INFERIORES

Data de submissão: 08/03/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Rosimara Moraes Bonfim

Mestre GIT-UNIVALE
Governador Valadares - MG
<https://orcid.org/0000-0003-1871-2973>

Leonardo Oliveira Leão e Silva

Doutor GIT UNIVALE
Governador Valadares - MG
<https://orcid.org/000-0001-7482-7471>

Patrícia Falco Genovez

Phd GIT - UNIVALE
Governador Valadares - MG
<https://orcid.org/0000-0003-4453-7312>

RESUMO: Introdução: Os dados referentes a amputações de membros inferiores revelam que o Diabetes Mellitus é uma das causas mais recorrentes. No controle da doença, a dieta tem papel fundamental na redução de complicações, sendo cauda frequente de amputações, com inúmeras limitações. As ações da equipe de saúde e apoio multiprofissional são fundamentais na sua redução. Objetivo: Avaliar a percepção das restrições dietéticas orientadas pelos profissionais de saúde para um grupo de diabéticos amputados de membros inferiores em seu pós-operatório. Metodologia: Trata-se de um estudo

qualitativo de análise temática. A amostra é constituída de 05 homens e 02 mulheres, idade média 49,6 anos, atendidos no CADEF de Governador Valadares-MG. Foi utilizado como instrumento uma entrevista com questionário semiestruturado. Na temática “O diabetes mellitus e a amputação” analisamos as percepções sobre a dieta. Resultados: Todos os entrevistados receberam orientação para uma dieta com redução de açúcares e alimentação saudável. Três manifestaram mentir sobre suas “escapadas” da dieta. Para todos as restrições e as modificações alimentares foram consideradas imposições que fazem parte do tratamento, cumpridas de maneira pouco prazerosa e cercadas de dificuldades na sua execução. Conclusão: Todos perceberam a importância da dieta, dos cuidados e do apoio dos profissionais de saúde, avaliados de modo negativo, enquanto impositores da dieta apropriada. Estudos mais aprofundados poderão desenvolver dietas mais prazerosas, auxiliando tanto aos pacientes quanto a equipe profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Dieta para diabéticos. Amputação. Corpo clínico. Corpo humano.

HEALTHCARE PROFESSIONALS: DIET REGULATORS FOR DIABETIC LOWER LIMB AMPUTETS

ABSTRACT: Introduction: Data regarding lower limb amputations reveal that Diabetes Mellitus is one of the most recurrent causes. In controlling the disease, diet plays a fundamental role in reducing complications, being a frequent cause of amputations, with numerous limitations. The actions of the health team and multidisciplinary support are fundamental in its reduction. Objective: To evaluate the perception of dietary restrictions advised by health professionals for a group of diabetic lower limb amputees in their postoperative period. Methodology: This is a qualitative study of thematic analysis. The sample consists of 05 men and 02 women, average age 49.6 years, attended at CADEF in Governador Valadares-MG. An interview with a semi-structured questionnaire was used as an instrument. In the theme “Diabetes mellitus and amputation” we analyzed perceptions about diet. Results: All interviewees received guidance on a diet with reduced sugar and healthy eating. Three stated they lied about their “escapes” from the diet. For all, dietary restrictions and modifications were considered impositions that are part of the treatment, carried out in a way that is not very pleasant and surrounded by difficulties in their implementation. Conclusion: Everyone realized the importance of diet, care and support from health professionals, evaluated negatively, as enforcers of the appropriate diet. Further studies may develop more pleasurable diets, helping both patients and the professional team.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Diet, Diabetic. Amputation. Medical Staff. Human Body

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica, cuja estimativa global de afetados é de 382 milhões de pessoas, sendo a nona causa mundial de morbidades. No Brasil, conforme os dados de 2013, o DM afeta cerca de 6,9% da população, sendo causa de até 15,4% dos custos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre 2008 e 2010 por meio de informações do DATASUS, estimou-se que 9,4% da população brasileira seria afetada até 2020 (MUZY et al., 2022), demonstrando necessidade de melhor implementação das medidas preventivas das complicações por meio da Atenção Básica em Saúde (ABS). Com o aumento da expectativa de vida da população e da incidência de obesidade, a Sociedade Brasileira de Diabetes, em seu portal, alerta para a necessidade de medidas preventivas (SBD, 2021). A obesidade tem relação com o desenvolvimento do DM nos pacientes. Por meio deste aumento dos casos da doença, teremos uma população mais sujeita a alterações circulatórias secundárias à doença, e suas repercussões, com potencial para preenchimento dos critérios médicos para indicação de amputações nestes pacientes.

A maior incidência observada é de amputações em membros inferiores, majoritariamente relacionadas com doenças, em especial diabetes, e particularmente na população idosa. Correia et al. (2022) evidenciam que os diabéticos correspondem a 70% das cirurgias de amputação de membros inferiores no mundo, salientando que a

mortalidade destes pacientes após 90 dias pode chegar a 18% dos casos. Neste estudo são elencados diversos fatores de risco nos diabéticos para o desfecho de morte durante a amputação, todavia o efetivo controle da glicemia pode ser feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com as estratégias adequadas, mostrando a necessidade destes serviços para atenção à essa demanda. Ademais, o envelhecimento da população, o sedentarismo e os hábitos alimentares contribuem para o aumento da incidência da DM, impactando os serviços de atenção à saúde com a utilização de recursos públicos e privados para seu tratamento (SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2019). Os impactos econômico e social serão importantes, pois trata-se de pacientes que necessitam de cuidados especiais, tais como: apoio psicossocial, acessibilidade e recursos para transporte, escolarização e reinserção social (MATOS; NAVES; ARAUJO, 2020).

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), para 2019-2020, o indivíduo diabético teria o nível de glicose no sangue em jejum maior ou igual a 126 mg/dl, e no pré-diabético este nível seria de 100 a 125 mg/dl (SBD). Associada a outros critérios diagnósticos relevantes, é uma doença crônica que traz diversas complicações quando não tratada adequadamente, sendo importante causa de hospitalizações e mortalidade. Está associada a hábitos sedentários, dieta inadequada, excesso de peso, envelhecimento da população, dentre outros. É uma doença que afeta 3% da população mundial (MUZY et al., 2021), estimando-se que na faixa etária entre 20 a 79 anos, um em cada 11 adultos seria portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), sendo que 25% dos pacientes portadores da doença evoluirão com a chamada úlcera do pé diabético, e destes, 15% sofrerão amputação de pé ou do membro inferior afetado.

O Brasil ocupa o quarto lugar no mundo em casos da doença, com cerca de 12,5 milhões de casos em 2017. Os dados apresentados possuem projeções de alcançarem cerca de 20,3 milhões de casos em 2045. Mais recentemente, verificou-se prevalência variando de 9,2% a 9,4% da população brasileira, de acordo com a região analisada e o modelo de análise utilizado, havendo dados no estudo sugestivos de subnotificação de casos no país (MUZY et al., 2021).

A doença pode ser classificada em Diabetes tipo I (A e B), Tipo 2 (este mais predominante nos adultos), Diabetes gestacional e outros específicos (BERTONHI; DIAS, 2018). Em comum, todos os tipos se relacionam à resistência ou insuficiência orgânica ao hormônio insulina, produzido pelo pâncreas e fundamental no metabolismo da glicose. Essa falha na ação insulínica faz com que o nível de glicose no plasma sanguíneo se mantenha elevado, gerando lesões nas células que revestem internamente os vasos sanguíneos presentes em todo o corpo, e que gradativamente danificam órgãos, incluindo rins, retina, coração, bainhas de nervos, coração e outros (AGUIAR; VILELA; BOUSKELA, 2007). Dos portadores de DM amputados, 70% morrem dentro de cinco anos após as cirurgias, demonstrando menor expectativa de vida após o procedimento com relação à média geral da população (SILVA et al., 2021).

A eficiente gestão da atenção primária nos programas públicos para o atendimento do paciente diabético pode impactar positivamente na saúde da população. Nos estudos de Muzy et al. (2021) demonstra-se condutas de profissionais médicos durante atendimentos em diversas ações na atenção primária à saúde dos programas de cuidados ao portador de DM, concluindo que existem diversos aspectos que devam ser aprimorados, especialmente com relação à gestão e aplicação dos recursos federais nestes programas.

Após o diagnóstico correto da doença é fundamental a conscientização do paciente para mudanças nos hábitos, especialmente na dieta com redução de carboidratos e gorduras, incremento de ingestão de frutas, verduras e legumes. Além disso, a perda de peso é essencial, pois a obesidade é um dos fatores que levam à dificuldade de ação da insulina no controle da glicemia. Nos pacientes portadores de DM-2 e com critérios de baixo risco cardiovascular, o medicamento oral Metformina pode ser utilizado, associado a essas medidas de mudanças de hábitos (MARTINS et al., 2020).

A DM é uma doença crônica, cujo tratamento requer mudanças no estilo de vida, como dietas, exercícios físicos, modificações nos hábitos de ingestão alcoólica, adesão ao uso de medicamentos. Além disso, o tratamento requer controle médico, acompanhamento adequado e contínuo com especial atenção nas lesões da pele, principalmente em pés (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

A dieta adequada e a utilização de medicamentos são prescritas, mas a sua incorporação na vida do paciente é complicada. Além da ideia de substituição de açúcar por adoçantes, exige a restrição de carboidratos e gorduras nas suas mais diversas formas: massas, farinhas, biscoitos, batatas. Ademais, sabemos que é cultural promover a associação das refeições em comum com sociabilidade (ASSUMPÇÃO et al., 2022). Tal aspecto se torna relevante pelo fato de, culturalmente, os hábitos alimentares em comum serem festivos e trazerem o prazer de estar com a família. Ou seja, comer a mesma comida que a família é prazeroso e traz o pertencimento. A comida do diabético é dieta, e dieta tem conotação negativa na nossa cultura. Somos uma sociedade cuja culinária é rica em alimentos com carboidratos, sendo geralmente saborosos e atrativos ao olhar. As sobremesas doces são encerramentos prazerosos de refeições. Comidas ricas em carboidratos e gorduras são aparentemente mais prazerosas ao paladar brasileiro. E a disponibilidade de alimentos prontos ricos em carboidratos é abundante, além de frequentemente terem custo mais baixo, como por exemplo, macarrão e biscoitos. A aquisição de grandes volumes de alimentos desta natureza é menos onerosa que outras opções alimentares que seriam mais saudáveis, resultando em um menor gasto financeiro. Usualmente, seu preparo é também mais facilitado. Obedecer a um cardápio rico em verduras, legumes e proteínas adequadas, com baixas calorias, uso de substitutos menos calóricos e com baixo teor de carboidratos é mais trabalhoso e mais caro (JUSTO; FERREIRA, 2019).

Sobre o corpo

O conceito de técnicas do corpo apresentado por Mauss (2003) demonstra o processo de aprendizado e adaptação, de forma consciente ou inconsciente, que desenvolve todas as ações, posturas, sinais, caracterizações dos indivíduos, tornando-o o “Eu” que se relaciona com uma sociedade, inserido em um território comum, seja de sua família, seu bairro, sua cidade. O cidadão se reflete e se demonstra por meio do controle e utilização destas técnicas corporais. Cada unidade anatômica e fisiológica sofre um aprendizado desde o nascimento, imitando e treinando partes do corpo, desenvolvendo e aprimorando a mente para as suas necessidades e suas ambições. O seu poder é exercido pela forma como o corpo soma essas técnicas, expandindo ou não suas influências. O domínio destas técnicas o situa em uma normalidade para o que deseja.

De acordo com Le Breton (2007, p 26), “[...] O corpo é socialmente construído, tanto nas suas ações sobre a cena coletiva quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que mantém com o homem que encarna”

Ser obediente à regra significa evitar muitas de suas antigas relações e territorialidades, e até mesmo abandonar para não evoluir com as complicações, com suas perdas no corpo e no social, correndo menos risco de morrer. Portanto, seus limites corporais se associam aos externos de regras. O biopoder do paciente diminui à medida que o da equipe de saúde aumenta, pois a equipe é vigilante das regras. A doença traz este estigma, tornando o corpo “acessório” às regras (LE BRETON, 2013), moldado metabolicamente pela obediência ou não aos cuidados, dieta e medicamentos. A máquina maravilhosa de Le Breton (2013) só funciona sendo cuidada, e cuidar é com regras, limites e até sacrifícios de suas partes como ocorre nas amputações. Perder técnicas e partes é sobreviver.

Técnicas do corpo e o corpo-território:

O adulto é o resultado da evolução das técnicas de seu corpo, sendo representado pelo seu corpo, que ocupa um espaço, faz seu espaço e posição social. Ele se relaciona, se estabelece como um “Eu” muito particular, ambigualmente único e ao mesmo tempo sendo semelhante ao seu contexto social. Seus rituais são adequados à sua convivência social. A presença de uma doença o torna diferente, talvez com menor valor. Uma doença que não se cura como o DM, será presença marcante e alterará para sempre os seus rituais e técnicas. As refeições são desde a infância desafios das técnicas corporais.

A conquista do território boca-seio estabelece uma relação de territorialidade alimentar para o bebê (HAESBAERT, 2009). A criança desenvolve técnicas para se alimentar, baseada em sua cultura, em sua convivência, sendo aos poucos inserida nas refeições com adultos, momentos considerados prazerosos (JUSTO; FERREIRA, 2019). Este aprendizado de anos terá modificações importantes ao se descobrir diabético, pois

a alimentação deverá ser diferente daquela que foi construída durante o processo cultural histórico pessoal do hábito alimentar. Será restrita, regrada, com diversas mudanças, inclusive de volumes, horários e sabores. Esta norma de controle baseada em conceitos científicos é prova de uma fragilidade deste corpo, marcante na sua socialização, desafiadora dos seus desejos e limites. Tendo em vista a condição mencionada, os hábitos alimentares brasileiros, as restrições da dieta para o DM podem significar uma tortura, um limitador de compartilhamento de hábitos familiares e até festivos. Cabe ao indivíduo aprender a dominar seu corpo e seus desejos, se diferenciando dos demais por ser um corpo diferente, agora “frágil”, que não possui o controle sobre algo aparentemente simples como o açúcar no sangue.

A relação com o açúcar e calorias foram limitadas pelo corpo, com limites autodefinidos para o metabolismo e ao mesmo tempo por uma dieta limitada pelos conceitos e orientações biomédicas. Sem a restrição da dieta, o remédio, que é considerado um recurso externo, não possui funcionalidade, tendo em vista que a doença definiu limites ao corpo.

Haesbaert e Bruce (2009) demonstram que o corpo está presente para ocupar e agir demarcando um determinado território, mas as técnicas do corpo são as que trazem os aspectos da socialização. No cotidiano, verificamos o indivíduo podendo “viver” em territórios diversos: na sua casa, seu corpo e suas relações assume um determinado aspecto social e necessita de técnicas diferentes das do ambiente de trabalho, da escola ou no lazer. Essa é uma visão descrita por que exemplifica a dinâmica da territorialização, observando determinados aspectos da sociedade, como por exemplo, o desejo de se capacitar para uma determinada profissão: o filho, que na casa dos pais possui uma postura submissa, ao se graduar, terá o desejo de assumir outro território que não sua casa, mas o do exercício de sua profissão. Então, no trabalho ele se desterritorializa do território lar, e se reterritorializa no território trabalho/profissão, mas sem que uma relação exclua totalmente a outra. O corpo é o veículo para realização de suas vontades e de suas ambições. As técnicas que o tornam adequado ao seu meio o tornarão bem-sucedido. O corpo então reproduz materialmente a vontade de um indivíduo. O aprendizado das técnicas aprimora essas formas de se manifestar.

O corpo deve ser visto como um território formado por vários miniterritórios de relações anatômicas e fisiológicas, como aprendido em ciências biológicas durante nossa educação, em especial, na medicina. Várias atividades humanas são mais específicas de um ou outro sistema: o andar pertence aos membros inferiores, mas terá que ter relações com os sistemas circulatórios para se manter vivo, bem como com o sistema respiratório. E são controladas pelo sistema nervoso. Ou seja, materialmente específicos como sistemas diferentes, estes territórios se tornam um conjunto, cujas funções interagem ou se separam, de acordo com a necessidade ou a forma como são analisadas as diversas performances do indivíduo. As regras da dieta trazem mudanças no paladar, nos desejos, na rotina diária, nas formas de se socializar, ou seja, há uma verdadeira “invasão” do território corporal,

com a doença como desencadeador e a equipe de saúde precisa ser o vigilante. Cabe ao indivíduo obedecer, pois a desobediência leva a grandes perdas corporais e inclusive a morte. Mas todas estas relações são complexas e mudam significativamente a vida do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e uso da análise temática. O estudo qualitativo nos permite analisar o comportamento humano pela visão dos indivíduos (MINAYO, 2007). Esse tipo de estudo é importante por trazer os significados observados pelos sujeitos, contribuindo para o entendimento de um fenômeno estudado de forma humanística.

Universo de estudo

Os entrevistados foram todos submetidos à cirurgia de amputação no Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV), dentro de um projeto já em andamento. Todos fizeram acompanhamento regular no Centro de Apoio ao Deficiente Físico Doutor Octávio Soares (CADEF) em 2022. Com a pandemia por SARS COV-19, as restrições sanitárias criaram dificuldades para as entrevistas, além dos problemas de acesso a prontuários pelas mudanças estruturais do arquivo. Considerando esses aspectos buscamos indivíduos que, após a liberação sanitária, pudessem ser entrevistados com maior segurança, utilizando os dados dos registros de acompanhamento ambulatorial no CADEF, tudo devidamente atualizado junto a Comissão de Ética em pesquisa (CEP). Os pacientes referenciados ao CADEF pelo HMGV preencheram os critérios sanitários necessários, considerando já possuírem liberação da equipe de saúde para socializar e receber visitas. Este aspecto fundamental traria mais segurança sanitária a entrevistador e entrevistado. Essa foi uma preocupação pertinente dada às questões imunológicas relacionadas ao DM.

A amostra foi composta por sete indivíduos (cinco homens e duas mulheres), todos maiores de 18 anos, portadores de diabetes mellitus, sorteados de maneira aleatória, de acordo com o registro de prontuário existente no HMGV. A definição do número de indivíduos não se fez com base em amostragem probabilística, sendo o número de sujeitos delimitado pela saturação dos discursos (BAUER; AARTS, 2002).

Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos na amostra indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na cidade de Governador Valadares, que foram submetidos à amputação em membros inferiores no Hospital Municipal. Apresentavam função cognitiva preservada, ou seja, tinham capacidade para autorizar a pesquisa e consentir a participação na mesma,

entender as perguntas e para responder aos instrumentos utilizados. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados no HMGV e no CADEF de acordo com a disponibilidade de acesso.

A pandemia por SARS COV-19 influenciou a seleção e local de pesquisa, face às questões sanitárias e o fato destes pacientes serem considerados imunodeprimidos, mesmo com doença controlada. A supervisão frequente da equipe de saúde em suas visitas foi um facilitador e minimizador de eventuais riscos. Não foram incluídos na pesquisa os pacientes que não possuíam amputações em membros inferiores, os que se recusaram a ser entrevistados e os com quadro clínico desestabilizado, os indivíduos menores de 18 anos, moradores de cidades circunvizinhas a Governador Valadares, que não possuíam condições cognitivas preservadas para responder as questões desta pesquisa e os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do questionário, foi realizado um estudo piloto com dois indivíduos em tratamento no HMGV, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém, os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância à realização do estudo piloto a possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

As entrevistas foram realizadas respeitando-se o distanciamento e protocolos de segurança surgidos após a Pandemia por SARS COV-19. Em dois casos foi mantida a presença de acompanhante, duas esposas, que em alguns momentos auxiliaram nos relatos das rotinas de tratamentos. Estas fazem o papel de cuidadoras dos pacientes. Os entrevistados solicitaram sua permanência e foi respeitado este aspecto. Foi mantida a privacidade em cada caso, facilitando a tranquilidade para a entrevista, considerando também mais segurança sanitária pela individualidade na abordagem. Para registro, as entrevistas foram gravadas via gravação digital, com a devida autorização dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas, mantendo fiel relato descritivo de perguntas e respostas. O formulário de pesquisa foi construído em duas partes, a primeira possui dados de identificação do entrevistado, dados da cirurgia, presença ou não de doença associada, questões sociodemográficas, uso de medicações e assiduidade em seu uso. Após obtenção desses dados, passou-se às perguntas abertas descritas a seguir: 1. O que o seu corpo significa para você?; 2. O que a amputação significa para você?; 3. Na sua visão/compreensão, amputação trouxe mudança na sua vida (social, espiritual, profissional, laços familiares/amizade)? Poderia relatar quais as principais mudanças observadas?; 4. Após a amputação, quais suas expectativas? 5. Como você se sente com relação ao tratamento do diabetes Mellitus depois da amputação? Ocorreram mudanças? 6. Que orientações você tem recebido dos profissionais de saúde?

Análise dos dados

Foi utilizada para a análise dos dados a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Pela leitura fluente do material transcrito para conhecimento, buscou-se elementos importantes para a observação de similaridades entre os discursos, tentando assim, obter um panorama inicial sugestivo das percepções, atentando para as respostas que informassem sobre as perdas e limitações em suas atividades, suas relações com seu grupo social, mudanças e referências à sua amputação e ao DM. Por meio dessa leitura inicial, passamos à codificação, de forma a encontrar e estabelecer temáticas abordadas, presentes nas respostas obtidas. As leituras permitiram agrupamentos de significados em cada temática, que seriam os conteúdos de cada uma. Esses conteúdos foram reunidos em categorias, permitindo análises dos dados, agrupando de uma forma mais sistemática, para possibilitar resultados de categorias organizadas dentro de cada temática. Os resultados foram apresentados mantendo o anonimato, apenas atribuindo um número a cada entrevistado. Todas as respostas não tiveram as palavras revisadas em correta grafia e gramática, mantendo a sua originalidade. Nos momentos em que os acompanhantes se manifestaram, foram citados com esta denominação. A interpretação destes resultados é baseada em literatura científica sobre os temas envolvidos na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

A amostra do trabalho apresenta sete pacientes portadores de diabetes que realizaram procedimentos de amputação de membros inferiores no Hospital

Municipal de Governador Valadares. Destes, cinco homens e duas mulheres, com a idade média de 49,6 anos, variando de 47 a 68 anos e amplitude de 21 anos. Dois entrevistados receberam o diagnóstico de DM apenas no momento da indicação do procedimento cirúrgico para amputação do membro inferior, já os demais eram portadores e conhecedores da doença. Quatro entrevistados realizavam o uso contínuo da medicação oral e insulina. Com relação à amputação, dois homens eram amputados unilaterais abaixo do joelho, os demais parcialmente de um pé. Estes achados são semelhantes aos de Silva et al. (2021), que encontraram a maior incidência anual de amputações em homens, sendo observado apenas para o ano de 2009 um índice inferior a 50% dos amputados de menor porte em membros inferiores. No mesmo estudo, verificou-se em 2018, que 73,9% das amputações foram classificadas como de menor porte. Quanto à média de idade, quando comparado os resultados dos estudos, observa-se média de idade inferior para o presente estudo (63,9 anos). Outro estudo, de Rodrigues et al. (2022), mostrou predominância de amputações no sexo masculino e DM como causa principal. A explicação para a diferença entre os gêneros, de acordo com Correia et al. (2022), estaria no fato de

as mulheres participarem de maneira mais ativa das atividades de cuidado em saúde. Todos entrevistados estavam sendo acompanhados e orientados pela equipe de saúde. Durante as visitas domiciliares, que acontecem de maneira rotineira, recebem orientações sobre as medicações, comparecimento na ESF e agendamentos para atendimento no CADEF.

Todos demonstraram conhecer a importância da dieta, no entanto, manifestaram dificuldades para seguir o orientado, referindo ser uma regra difícil para ser cumprida. Desta forma, torna-se um procedimento considerado por eles bastante restritivo. Diversos artigos na literatura trazem o papel da dieta como elemento importante no processo terapêutico, no entanto, marginalizada e negligenciada por muitos pacientes (CORREIA et al., 2022; MILIOLI et al., 2012; SEARA, RODRIGUES, ROCHA; 2013). A equipe de saúde indica as opções de cuidado e terapêutica, mas cabe ao paciente segui-las (TAVARES et al., 2021)

Análise da temática e da categoria “A prisão chamada dieta”

A percepção da doença diabetes mellitus e da amputação, em especial as modificações ocorridas na vida dos entrevistados, puderam ser sistematizadas em quatro temáticas e demais categorias, estando a categoria A “prisão” chamada dieta” na temática 3: “ O diabetes e a amputação”. Esta temática demonstra as referências dos entrevistados quanto ao processo de adoecimento pelo diabetes mellitus, suas consequências, alterações nas rotinas de vida, bem como as orientações e mudanças do processo terapêutico estipuladas pela equipe de saúde. Observa-se nas falas dos entrevistados, uma necessidade de seguir as orientações referentes à dieta, selecionando alimentos e mudando hábitos de vida, e as orientações do autocuidado. Essas medidas são fundamentais para controle do nível de glicose no sangue, pois este quando se eleva, pode causar complicações nos sistemas corporais. Em decorrência das mudanças metabólicas causadas pela doença, a barreira de proteção formada pela pele perderá resistência e não retornará às condições anteriores ao adoecimento, além do mais, tal fragilidade se repete nos demais órgãos do corpo. Não seguir as regras condicionadas pelo processo de adoecimento pode ocasionar uma nova amputação, perda dos rins, da visão, problemas cardíacos e outras complicações (CORREIA et al., 2022). Uma disciplina Foucaultiana se estabelece: medir o nível de glicose no sangue, seguir a dieta sem açúcares, usar medicações prescritas, cuidar de determinada forma de seu corpo e cuidar da pele como ensinado, se tornam questão de vida ou morte (TAVARES et al., 2022). As normas biomédicas exercem o poder sobre o corpo, se estabelecendo uma vigilância do corpo e pelo próprio corpo, pois o “Eu” precisa praticar seu autocuidado.

As regras são conhecidas por todos com relação aos cuidados com a doença, como manifestado por um entrevistado e sua resposta:

“Ah, ir no horário certinho, medicamento, comida, alimento né, e assim, sal, gordura, não comer muito. O dia que ce comer macarrão, massa, diminuir no arroz, mais legumes, esses trem aí.” (Entrevistado 5)

Os entrevistados demonstraram possuir conhecimento da importância da dieta e atribuem esta informação aos profissionais de saúde. As restrições orientadas e as modificações necessárias são como imposições que fazem parte do tratamento, cumpridas de maneira pouco prazerosa e cercadas de dificuldades na sua execução. As regras agora estão fazendo parte do guia dos comportamentos em casa ou fora dela. Estes achados sobre as orientações da equipe de saúde não foram encontrados por Tavares et al. (2021) em suas pesquisas sobre as orientações em saúde neste grupo de pacientes. Neste estudo, há uma percepção de limitação das orientações feitas pelos profissionais de saúde, e os pacientes citam na abordagem pela equipe de saúde a priorização de orientação sobre os medicamentos, com menos informações sobre os hábitos de vida. No nosso estudo, a orientação sobre a dieta é frequente.

A alimentação, além de satisfazer às necessidades fisiológicas de nutrição, possui importância cultural dentro de diversas populações. As refeições são momentos de interação social, de manifestação de condutas corporais e de comportamento frente ao se portar à mesa e de se preparar refeições cativantes para todos os sentidos corporais. Comer em conjunto, a mesma comida, traz um pertencimento a um determinado grupo, traz uma sensação de inclusão para o indivíduo (JUSTO, G.; FERREIRA, J., 2019) O prazer de uma refeição também está ligado ao emocional, a boas lembranças de momentos passados e futuros. No Brasil, as festas que reúnem grupos maiores com interesses em comum, como aniversários, casamentos, batizados e rituais de passagem social, são momentos de prazer e alegria comuns a todos os grupos. Em decorrência das condições metabólicas e das restrições (regras) estipuladas pela equipe de saúde, o diabético não poderá participar desses encontros plenamente. Um exemplo está na fala:

“Tudo, a hora de fazer o, como é que fala, comida, a comida né... A hora certa, que hora que é, de 3 em 3 hora né.” (Entrevistado 1)

“Não, o mais é só açúcar mesmo, o, né, eu tenho que comer de manhã um, uma batata, uma mandioca ou, sabe, uma coisa assim. Não assim, ficar comendo pão todo dia, né, porque o pão tem muito açúcar, arroz, essas coisas, eu comia um tanto, mas era pra mim comer outro, né, mais... Assim que eles falaram pra mim.” (Entrevistado 6)

A orientação nutricional indicada por profissionais deve ser ofertada a todos os pacientes com diabetes. Dentre as orientações realizadas é fundamental a redução de açúcares na dieta, sob as suas diversas formas, inclusive as ocultas como farinhas, batatas e derivados do trigo, sendo considerada uma ótima estratégia terapêutica para redução dos açúcares sanguíneos (ASSUMPÇÃO et al., 2022). Vigilância para o controle de gorduras na alimentação, presentes em diversos tipos de carnes e frituras, pode repercutir positivamente no controle direto da glicemia. Mas para isso, há a necessidade de modificação do preparo e dos ingredientes que irão compor a dieta: cozinhar utilizando menos óleos e gorduras, evitar massas, cortar os açúcares, inclusão de mais verduras, frutas e legumes. As

tradicionais comidas festivas são ricas no que se deve evitar. A comida recomendável para controle glicêmico, dita “saudável”, não é igual à preparada e consumida antes do regime de tratamento, tão pouco idêntica ao que os outros membros da família compartilham durante a refeição. A dieta possui restrições, estabelecendo limites e fronteiras que não podem ser ultrapassadas em observância às regras e normas estabelecidas pelos profissionais (TAVARES et al., 2021).

Rituais sociais comemorativos são reconhecidos em muitas culturas e já fazem parte da socialização de pertencimento a um grupo. Trazem consigo as técnicas do corpo coerentes com o que se está simbolizando e celebrando (LE BRETON, 2007; MAUSS, 2003). Aprendemos e convivemos com grandes celebrações seladas com brindes, um ato celebratório traz consigo o uso de bebida alcoólica e as refeições fartas, ricas em gorduras e açúcares complexos, bem como a finalização com as sobremesas com alta concentração de açúcares simples. Caso tenha bebida alcoólica na taça de algum brinde, será repreendido por alguém por não seguir a regra, para manter estável um corpo que possui uma doença incurável. O paciente com DM é um dependente de cuidado e de disciplina. Não é um “igual”. Tais características demonstram sua mudança na posição da família e em seu grupo. Por essas situações, os pacientes com DM frequentemente enfrentam dificuldades para mudar os hábitos, mudanças ressaltadas e solicitadas pelos profissionais de saúde.

O hábito de manter uma alimentação saudável faz parte de uma saúde de qualidade. A população brasileira não mantém esse hábito, e para agravar, as regionalidades culinárias tornam específicas e prazerosas determinadas combinações de alimentos, pratos típicos que muitas vezes não poderão mais ser livremente ingeridos por paciente com DM. Alimentos e bebidas para os pacientes devem ser racionados, modificados, o que causa na maior parte das vezes, perda de sabor e alteração de paladar. Além disso, o consumo de sobremesas açucaradas após as refeições é um hábito que deve ser cuidadosamente modificado. Retirar o açúcar simples e realizar o uso de adoçantes torna-se rotina necessária (ASSUMPCÃO et al, 2022).

Às vezes, para socializar, o paciente com DM ocultará sua não adesão ao regime alimentar diferenciado em decorrência dos desejos alimentares ou por ordem econômica, já que os alimentos processados são ricos em açúcares, mais rápidos de consumir e frequentemente mais baratos (JUSTO, FERREIRA, 2019). Mentir sobre a dieta facilita muitas relações, mas não consegue enganar o organismo, pois este refletirá o resultado do consumo excessivo e suas consequências.

Mesmo sendo ensinado que o problema é a insulina, pertencente ao sistema endócrino, é o digestivo o de maior vigilância. Na fragilidade da captação, produção ou aproveitamento da insulina reside a incapacidade corporal, fonte de todas as suas limitações e problemas, no entanto, é a restrição dietética a maior sensação de perda e cobrança, já que é considerado o problema manifestado, o “grande” desafio, ou seja,

difícil de ser enfrentado. O alimento é prazer e o sabor deles se associa a alimentos característicos, sendo que tal processo de degustação é função do aparelho digestivo. O território psicológico corporal desse sistema é enormemente afetado pelas regras, e é deste aparelho corporal o grande castigo da não observância à dieta, pois pode levar a complicações, inclusive à morte. Mudar a alimentação é modificar uma territorialidade. As modificações necessárias devem conviver com a noção de que aqueles sabores continuam existindo e até são acessíveis, mas o domínio individual do seu corpo, do seu desejo, do seu território psicológico, é fator determinante neste contexto e pertence apenas ao indivíduo.

CONCLUSÃO

Neste estudo pudemos verificar aspectos importantes humanísticos para compreender melhor sobre a aceitação da dieta e suas regras na relação paciente X equipe de saúde. Apesar da limitação pelo número pequeno de entrevistados, nos forneceu dados importantes sobre as percepções destes diabéticos no contexto de corpo-território, o que pode auxiliar nas estratégias de planejamento para orientações e cuidados destes diabéticos. Novos estudos além de ampliar as análises destas percepções podem inclusive auxiliar no desenvolvimento de dietas mais prazerosas para estes pacientes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. G. K., VILLELA, N. e BOUSKELA, E. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [online]**. 2007, v. 51, n. 2, pp. 204- 211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302007000200009>>. Acesso em: 12 out. 2021.
- ASSUMPÇÃO, D. de et al. Hábito Alimentar de Idosos Diabéticos e não Diabéticos: Vigitel, Brasil, 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2022, v. 118, n. 2, pp. 388-397. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201204>>. Acesso em: 15 set. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011
- BAUER, M.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 39-63.
- BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, 2018, 2.2: 1-10. Disponível em: <<https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/13042018180355.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 1 ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.88.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2021.

CORREIA, E.F.; et al. Main risk factors for lower limb amputation in patients with diabetic foot: a systematic review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e59511831599, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.31599. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31599>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

HAESBAERT, R; BRUCE, G. A Desterritorialização na Obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, v. 4, n. 7, p. 7-22, 21 set. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13419>>. Acesso em: 30 set. 2021.

JUSTO, G. F.; FERREIRA, J.T.. Tortura da dieta versus prazer de comer: percepções de usuários de um ambulatório de Nutrição do Rio de Janeiro. **Equatorial - Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, 2019, 6.11: 1- 16. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/16184>>. Acesso em: 12 out. 2022.

LE BRETON, D. **A sociologia do Corpo**. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

LE BRETON, D. **Adeus ao Corpo**. 6ª ed. Campinas: Editora Papyrus, 2013.

MARTINS, E. B. et al. Pharmacological therapy and cardiovascular risk reduction for type 2 diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2020, v. 66, n. 9, pp. 1283-1288. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1283>>. Epub 30 Sept 2020. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1283>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MATOS, D. R.; NAVES, J. F.; ARAUJO, T. C. C. F. Qualidade de vida em pacientes com amputação de membros inferiores e em uso de próteses. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 37, e190047, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000101002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Tradução: Paulo Neves, São Paulo: Cosac Naify, 2003 536 pp., 6 ils. ISBN 978-85-7503-229-9.

MILIOLI, R.; VARGAS, M. A. de O.; LEAL, S. M. C.; MONTIEL, A. A. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 311–319, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4703>>. Acesso em: 11 nov. 2022. DOI: 10.5902/217976924703.

MINAYO M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>>. Acesso em: 28 mai. 2021.

MUZY, J. et al. Oferta e demanda de procedimentos atribuíveis ao diabetes mellitus e suas complicações no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 27, n. 04, pp. 1653-1667. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05612021>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PEDRAS, S., CARVALHO, R., PEREIRA, M. da G. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2016, v. 62, n. 2, pp. 171-178. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.171>>. Acesso em: 13 set. 2021.

RODRIGUES, A.S. R. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos a amputação de membros inferiores. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 20, 2022. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1212>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SEARA, S.S; RODRIGUES, A. S; ROCHA, R.M. “É muito dificultoso a gente controlar: Percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento”. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11830/14239>>. Acesso em: 02 nov. 2022

SILVA, A. A. S. et al. Amputation lower limb due to Diabetes Mellitus the states and regions of Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e11910413837, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13837>>. Acesso em: 01 ago 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.13837.

SOUZA, Y. P.; SANTOS, A. C. O; ALBUQUERQUE, L. C. Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 18, e20190064, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492019000100315&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2020.

TAVARES, P.P. C. et al. Percepção de portadores de diabetes sobre educação em saúde e adoção de hábitos saudáveis. **Saúde e Pesquisa**, 2021, 14.3: 643-654. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/9459>>. Acesso em: 05 nov. 2022