

Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão

The significance of dietary and behavioral changes in patients with chronic metabolic disorders: a review

Carla Maria Vieira¹
Sílvia Nogueira Cordeiro¹
Ronis Magdaleno Júnior²
Egberto Ribeiro Turato²

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

Key words *Lifestyle, Eating habits, Metabolic syndrome, Diet, Literature review, Qualitative studies*

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

Palavras-chave *Estilo de vida, Práticas alimentares, Síndrome metabólica, Dieta, Literatura de revisão, Estudos qualitativos*

¹ Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo. 13083-887 Campinas SP
carlmari@fcm.unicamp.br

² Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

Introdução

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

Divergências conceituais são frequentes na literatura em relação à SM, dificultando a delimitação epidemiológica. Entretanto, há consenso sobre o aumento da prevalência das doenças a ela associada entre a população adulta de diversos países⁴⁻⁷.

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

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

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

Entretanto, as correlações entre fatores psicológicos e práticas alimentares tem sido bastante estudadas, reforçando a necessidade de se levar em conta as emoções/vivências dos pacientes ao propor mudanças de hábitos, também com raízes em diferentes contextos socioculturais¹³. O conhecimento das experiências de vida, visões e sentimentos dos pacientes contribui muito para

o desenvolvimento de uma prática clínica realmente interdisciplinar, voltada para a ampliação das possibilidades de bom manejo dos distúrbios metabólicos crônicos¹⁴⁻¹⁶.

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

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

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

Tabela 1. Relação dos artigos estudados segundo ano e local de produção, objetivos, recursos metodológicos.

Número corresponde à referência bibliográfica	Ano e local do estudo	Objetivo principal	Sujeitos	Método
17	2007 Canada	Descrever experiências pessoais de avaliação de risco e benefícios sobre o tratamento para DM ¹ tipo 2	18 pessoas com DM ¹ tipo 2 em tratamento na atenção primária	Ese ¹ associado à GF ² ao final do trabalho de campo
18	2004 Reino Unido	Comparar os padrões dietéticos para o autocuidado entre etnias distintas	25 asiáticos e 24 caucasianos portadores de DM ¹	Ese ² Registro de diários feitos pelos sujeitos, em domicílio
19	2007 Escócia	Identificar a visão de pacientes sobre a dieta e as mudanças no estilo de vida	24 pessoas em tratamento para obesidade	Ese ²
20	2000 Tennessee, EUA ¹	Identificar questões culturais e psicológicas, e a influência das variáveis do contexto social, no estilo de vida, dieta e atividade física entre moradoras de comunidade rural do sul dos EUA ⁴	70 mulheres afro descendentes portadoras de DM ¹ tipo 2	GF ³ 10 grupos
21	2005 Inglaterra	Revisar a compreensão de hipertensos sobre sua condição de saúde e sobre as estratégias para convivência com o problema	19 pacientes negros caribenhos com Hipertensão, moradores em periferia de Londres	Ese ²
22	2007 Reino Unido	Compreender o manejo das experiências e sentimentos vivenciados no processo de tratamento de hipercolesteronemia familiar	40 sujeitos com idade entre 10 e 50 anos	Ese ²
23	2006 Irlanda	Analisar a perspectiva dos pacientes no manejo das mudanças no estilo de vida, após infarto do miocárdio	10 sujeitos em reabilitação após infarto	Ese ² Diário de campo
24	2002 Inglaterra	Investigar as percepções sobre a convivência com a predisposição inerente para DCV ² , para portadores de hipercolesterolemia familiar em tratamento	7 sujeitos com DM ¹ tipo 2 e hipertensão	Ese ²
25	2004 Brasil	Avaliar práticas alimentares para pessoas em tratamento dietético	30 sujeitos com Hipertensão	Ese ²
26	2008 EUA ⁴	Identificar conhecimentos sobre o risco de DCV ⁵ e as barreiras à prática alimentar saudável e atividade física.	38 moradoras de área rural ou cidade pequena 25 agentes oficiais das comunidades	GF ³ 4 grupos com mulheres Ese ² com os agentes GF ³
27	2006 Michigan, EUA ⁴	Discutir o empenho demonstrado por pacientes e seus médicos em relação às mudanças no estilo de vida; Identificar a influência das recomendações médicas para os pacientes	23 Africanos-americanos, portadores de hipercolesteronemia e 12 médicos	Grupo com pacientes Grupo com médicos
28	2005 Taiwan	Investigar a percepção sobre DM ¹ e estratégias de tratamento	22 moradores de área rural, portadores de DM ¹ tipo 2	Ese ²
29	2006 Brasil	Identificar as dimensões do pensar, sentir e agir em relação à dieta prescrita.	8 mulheres com DM ¹ tipo 2	Ese ²
30	2006 EUA ⁴	Estudar as percepções sobre os riscos de hipercolesterolemia Avaliar estratégias de educação em saúde	50 portadores de hipercolesterolemia	GF ³ Com apresentação de material educativo
31	2005 Nottingham, Reino Unido	Explorar o entendimento e crenças sobre o controle da pressão arterial para pessoas com DM ¹ tipo 2	32 sujeitos de diferentes etnias – Asiáticos, Africanos Caribenhos e brancos	GF ³ 3 grupos organizados de acordo com a etnia

¹ DM – Diabetes Mellitus; ² Ese - Entrevistas Semi-estruturadas; ³ GF – Grupo Focal; ⁴ EUA – Estados Unidos da América; ⁵ DCV –Doenças Cardiovasculares.

Processos dinâmicos de convivência com a cronicidade

As percepções dos pacientes sobre a adesão às propostas de mudanças das práticas alimentares e do estilo de vida são evidentemente processuais, com dinâmicas próprias e variações conforme origem étnica, contexto social e cultural e experiências individuais na convivência com a doença crônica¹⁷⁻²².

Sujeitos de diferentes estudos demonstraram que buscam certo equilíbrio entre o estabelecimento de um padrão dietético e, por outro lado, as práticas alimentares da família e as normas sociais e culturais de comensalidade^{17,18,22}. Outros se comprometem com as normas dietéticas prescritas, porém com flutuações e imprecisões nas representações no consumo de alimentos. As práticas alimentares observadas em domicílio ou registradas em diários por sujeitos das pesquisas mostraram-se contraditórias quando comparadas ao discurso verbal¹⁷⁻¹⁹.

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

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

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

Atitudes conflitivas e ambivalentes foram observadas entre os sujeitos que vivenciam frustrações relativas à superproteção familiar após terem sobrevivido a um evento cardíaco grave, decorrente da má evolução dos distúrbios metabólicos. Nesse caso, a baixa adesão está associada a aspectos subjetivos, revelados através de ati-

tudes tidas como impróprias com o autocuidado. A alegação desses indivíduos é o cerceamento da autonomia por serem considerados incapazes de estabelecer o autocuidado²³.

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

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

Os conflitos inerentes ao processo de convivência com as restrições dietéticas impostas pela cronicidade são sugeridos em distintos estudos. Em algumas situações a falta de apoio familiar, e em outras, o excesso de proteção, são consideradas obstáculos para estabelecer o auto cuidado esperado^{17,20,23,24}.

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

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

Do mesmo modo, os portadores dos distúrbios metabólicos delegam ao convívio social a justificativa para flexibilizar a adesão ao tratamento e ao compromisso com as dietas prescritas^{25,26}. Outras barreiras são atribuídas ao ambiente externo, tais como a falta de motivação frente

aos estímulos mercadológicos, com oferta mais frequente de alimentos classificados como proibidos, do que acesso aos alimentos in natura²⁷.

Conflitos semelhantes são revelados por mulheres norte-americanas, ao relatarem suas opiniões sobre as dificuldades para estabelecer mudanças nas práticas alimentares para o controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Alegam que, quando tem filhos vivendo em suas casas, a sobrecarga de trabalho não permite seguir a dieta. Quando os filhos já saíram de casa, declaram estar cansadas, depois de cozinhar por tantos anos e não querem utilizar seu tempo para isso. As solteiras pensam que com filhos seria mais fácil fazer comida saudável para toda a família. As casadas queixam-se que o marido e os filhos não aceitam a alimentação saudável que elas desejam fazer²⁶.

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

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

Entendemos que a simplificação na categorização dos pacientes como os aderidos e os não-aderidos não reflete a complexidade e dinamismo da convivência com esses agravos. Nesse sentido, a prática clínica deve levar em conta a individualidade, a fim de evitar generalizações impróprias e estereótipos ao estabelecer propostas terapêuticas e estratégias de promoção do autocuidado e para as mudanças nas práticas alimentares e no estilo de vida^{17,19,21,25,27-33}.

Representações simbólicas das dietas

A partir da compreensão do que representam simbolicamente as dietas prescritas, é possível ter alguma compreensão do fenômeno da baixa adesão ao tratamento dietético proposto. Nos artigos aqui pesquisados, oriundos de diversos paí-

ses, os aspectos culturais, étnicos e de classe social tiveram esperada influência marcante em tais representações.

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

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

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

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

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

Também para os autores desse estudo a prática clínica e a promoção do autocuidado exigem o conhecimento desses significados, que podem ser apreendidos a partir de uma escuta qualificada. Além disso, de um ponto de vista pragmáti-

co, os autores acreditam que o termo “Síndrome Metabólica” possa trazer novos insights para pacientes diabéticos chineses²⁸.

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

Sentimentos manifestos quanto ao manejo do problema

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

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

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

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

Diversos autores sugerem que seja evitado suposto uso de autoridade para desmoralizar os pacientes. Os profissionais devem voltar-se à es-

cuta dos sentimentos e valorizar questões da subjetividade^{19,22,29,31}.

Para Meetoo¹⁸, o conhecimento das vivências dos pacientes sobre o autocuidado deve levar em conta a decisão de não-adesão, pois o que põe mais em risco a capacidade de cuidar-se é a desmoralização e o sentimento de submissão diante das intervenções médicas.

Modos de autocuidado organizado na ótica do paciente

Os artigos apresentados nesta revisão, de maneira geral, apresentam contribuições para o desenvolvimento de estratégias clínicas, o fomento de educação em saúde e de programas coletivos de prevenção, a partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados. Alertam que a promoção do autocuidado nem sempre está dentro dos padrões estabelecidos como saudáveis, mas são escolhas que precisam ser respeitadas¹⁷⁻³¹.

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

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

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

Entender as experiências de pacientes com distúrbios metabólicos de longa duração com

consequências graves, tais como infarto ou amputações, oferece elementos importantes para desenvolver programas integrados entre os níveis primário e secundário de assistência e prevenção dirigidas para grupos populacionais específicos^{19,21,27,31}.

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

Conclusões

A cronicidade e a presença de longos períodos assintomáticos interferem dinamicamente no significado simbólico das práticas alimentares, da dieta e das mudanças propostas pelos profissionais e na promoção do autocuidado. Os estudos aqui revisados apresentam contribuições impor-

tantes para a compreensão das razões da baixa adesão às mudanças. Os sentimentos suscitados nos sujeitos pesquisados, as diferentes formas de enfrentamento do problema, de acordo com os contextos sociais e culturais, características particulares dos grupos étnicos e experiências pessoais, foram fundamentais nessas abordagens.

Finalmente, constatamos que métodos qualitativos de pesquisa têm sido relativamente pouco utilizados referentes aos estudos sobre agravos metabólicos. Além disso, observamos que diversos artigos pesquisados, embora apresentados como estudos qualitativos, trabalham com amostras numerosas de sujeitos. Sob o ponto de vista metodológico, ocorre uma limitação na investigação que deveria ser em profundidade. O aprofundamento da análise dos depoimentos exige leituras e releituras tangenciais ao texto, para realizar interpretação das expressões verbais, para perceber o que não é dito explicitamente, mas presentes nas entrelinhas dos discursos e nas manifestações corporais. Consideramos esta questão crucial para o conhecimento das singularidades dos sujeitos entrevistados.

Colaboradores

CM Vieira, SN Cordeiro, R Magdaleno Júnior e ER Turato participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do texto.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. Conceituação, epidemiologia e diagnóstico. *Rev Sociedade Brasileira de Hipertensão* 2004; 7(4):130-131.
2. Passos VMA, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. *Medical Journal* 2005; 123(2):1516-3180.
3. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome - a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *DM* 2006; 23(5):469-480.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde*. Brasília, 2003.
5. The World Bank. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale Action*. Washington. Washington: The World Bank; 2006. [cited 2011 Jun 12]. Available from: www.worldbank.org
6. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):885-895.

7. Geloneze, B. Síndrome metabólica: mito ou realidade? *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(3):409-411.
8. Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global Health and Primary Care Research. *J Am Board Fam Med* 2007; 20(6):518-526.
9. Shi L, Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60(3):201-218.
10. Smith TW, Orleans CT, Jenkins CD. Prevention and health promotion: decades of progress. New challenges and an emerging agenda. *Health Psychol* 2004; 23(2):126-131.
11. Mattos L, Cravo C. Síndrome Metabólica e dieta. In: Godoy-Matos AF de. *Síndrome Metabólica*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 303-311.
12. Sharovsky LL, Perez GH, Romano BW, Lopes HF. Psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica. *Rev Soc Cardio Estado de São Paulo* 2004; 14(4):646-651.
13. Garcia RWD. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 287-303. (Coleção Antropologia e Saúde)
14. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF de, Braz CIA, Gomes MLM, Araújo Dede, Almeida NCN de, Albuquerque PC de, Ferreira MNL. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(5):901-908.
15. Rocha FF, Bezerra BPS. Síndrome metabólica e transtornos psiquiátricos: uma associação que não pode ser esquecida. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(6):1138-1139.
16. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno de compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr RS* 2006; 28(3):265-275.
17. Nair KM, Levine MAH, Lohfeld LH, Gerstein HC. "I take what I think works for me": a qualitative study to explore patient perception of diabetes treatment benefits and risks. *Can J Clin Pharmacol* 2007; 14(2):e251-e259.
18. Meetoo D. Dietary pattern of self-care among asian and caucasian diabetic patients. *Br J Nurs* 2004; 13(18):1074-1078.
19. Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet* 2007; 20(5):486-494.
20. Samuel-Houge CD, Headen SW, Skelly AH, Ingram AF, Keyserling TC, Jackson EJ, Ammerman AS, Elasy TA. Influences on day-to-day self-management of Type 2 diabetes among African-American women. *Diabetes Care* 2000; 23(7):928-933.
21. Connell P, McKeivitt C, Wolfe C. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract* 2005; 55(514):357-61.
22. Frich JC, Malterud K, PerFugelli. Experiences of guilt and shame inpatients with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. *Patient Educ Couns* 2007; 69(1-3):108-113.
23. Condon C, Mc Carthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5(1):37-44.
24. Senior V, Smith JA, Michei S, Marte TM. Making sense of risk: an interpretative phenomenological analysis of vulnerability to heart disease. *J Health Psychol* 2002; 7(2):157-168.
25. Garcia RWD. Representations on food intake and its implications in nutritional investigations: qualitative study with subjects submitted to dietary prescriptions. *Rev Nutr* 2004; 17(1):15-28.
26. Folta SC, Goldberg JP, Lichtenstein AH, Seguin R, Reed PN, Mirian NE. Factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1):1-9.
27. Dailey R, Kendra LS, Binienda J, Moorman J, Neale AV. Challenges in making therapeutic lifestyle changes among hypercholesterolemic african-american patients and their physicians. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(12):1895-903.
28. Lai WA, Lew-Ting C-Y, Chiet W-C. How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan. *Diabet Med* 2005; 22(3):286-292.
29. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Eating behavior among type 2 diabetes women. *Rev Saude Publica* 2006; 40(2):310-317.
30. Goldman R, Parker D, Eaton CB, Borkan J, Cover R, Abern D. Patients' perceptions of cholesterol, cardiovascular disease risk, and risk communications strategies. *Ann Fam Med* 2006; 4(3):205-212.
31. Stewart J, Brown K, Kendrick D, Dyas J. Understanding of blood pressure by people with type 2 diabetes: a primary care focus group study. *Br J Gen Pract* 2005; 55(513):298-304.
32. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002.
33. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1984. p. 161.
34. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferença e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publ* 2005; 39(3):507-514.

Artigo apresentado em 02/03/2009

Aprovado em 07/08/2009

Versão final apresentada em 01/09/2009