

Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura

Maria do Carmo Soares de Freitas
Gardênia Abreu Vieira Fontes
Nilce de Oliveira
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FREITAS, MCS., FONTES, GAV., and OLIVEIRA, N., orgs. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura* [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Acepção da dieta pelos diabéticos de Serrinha (sertão da Bahia)

Núbia da Cruz Silva

Introdução

Este estudo traz a problemática do diabetes em pacientes atendidos na Santa Casa de Misericórdia do Município de Serrinha, sertão da Bahia, 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 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Na Bahia, 15,7%, e em Salvador 17,5% dos indivíduos com mais de 40 anos são suspeitos de serem diabéticos. Estes dados são alarmantes quando comparados aos de 1999, quando a prevalência na Bahia era de 7,6% (CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA, 2004).

Em Serrinha, dados de prevalência, mortalidade e internamento se encontram subnotificados, pois nem todos pacientes do município alimentam a base de dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia).

O diabetes Mellitus é uma doença crônica, heterogênea, caracterizada por alterações no metabolismo dos carboidratos, resultando em deficiência absoluta ou relativa de insulina (MAIAS NETO, 2003).

O diabetes tipo 1 – diabetes juvenil, compreende cerca de 10% do total de casos e o seu desenvolvimento pode ocorrer de forma rápida e progressiva, em crianças e adolescentes (pico entre 10 e 14 anos) ou de forma lenta e progressiva em adultos. O diabetes tipo 2 – diabetes do adulto, compreende cerca de 90% do total de casos, com presença de obesidade, hereditariedade, início com idade acima de 30 anos, proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual e não propensão a cetoacidose (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

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* (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001), incluem a educação, modificação dos hábitos de vida (incluindo o sedentarismo, o consumo de álcool e o tabagismo) e, se necessário, medicamentos. O tratamento deve ser individualizado observando-se

as restrições financeiras, os hábitos, as crenças e outros aspectos da cultura.

O Relatório Técnico do Ministério da Saúde para a Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 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.

Estudos sobre as características físico-químicas de farinhas de mandioca têm demonstrado que a mesma é rica na fração insolúvel da fibra, quando o ideal seria conter, em maior quantidade, a fração solúvel, pois esta é mais recomendada para compor o plano alimentar do paciente diabético, uma vez que, uma das suas funções no processo digestório é o de retardar a absorção da glicose pós-prandial (DIAS; LEONEL, 2006, LEONEL, 2001, RAUPP, 1999).

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 (O QUE..., [200?]). A partir de 1994 as recomendações de macronutrientes passam a se direcionadas para a avaliação nutricional e os objetivos do tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2000).

Trabalhos de educação nutricional e mudança no estilo de vida dos pacientes ratificam a capacidade de se evitar, ou de se retardar, o surgimento das complicações crônicas do Diabetes tipo 2 (CAZARINI, 2002; PORTERO, 2005).

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”.

Pretendo, desta forma, pela necessidade interior de me apropriar deste contexto, compreender, interpretar e analisar o cotidiano desses 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. Para tanto elejo uma abordagem fenomenológica para uma maior aproximação do sujeito/objeto do estudo.

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 socioeconômicos e culturais da época.

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 de ainda não encontrada em outros exemplos na história. Os canaviais foram desenvolvidos por eles tendo o negro da Guiné como trabalhador das fainas rurais. Devido às diferenças 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 (HOLANDA, 1969).

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, a fim de evitarem danos à mesma. A criação de gado era insuficiente. As carnes provinham de gado magro oriundos dos sertões, sem terem pastos para serem alimentados durante a longa viagem (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 empregado na atividade agrícola.” (FREYRE, 1992; ORNELLAS, 2000, p. 238).

Antes dos colonizadores chegarem aos sertões nordestinos, as terras já eram habitadas pelos índios (CAMPOS, 1998). A partir de 1609 começaram a chegar os colonizadores portugueses à região dos sertões dos Tocós, que é hoje o município de Serrinha (ARAÚJO, 1926). Antônio Guedes de Brito, o Conde da Ponte, era dono de todo o sertão dos Tocós (CAMPOS, 1998).

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. A região dos sertões dos Tocós era, como ainda hoje, prejudicada por fatores de natureza geográfica: a falta de rios perenes, a inconstância das chuvas e o flagelo das secas periódicas (ARAÚJO, 1926).

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 (QUEIROZ, 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, D. Joana vende as terras do Tambuatá e nele o sítio Serrinha ao Sr. Bernardo da Silva, que morre em 1750, sendo as terras partilhadas entre seus herdeiros, que doaram algumas braças de terra construindo uma capela, para a Senhora Santana, que ficou concluída em 1780 (ARAÚJO, 1926). Em 30 de junho de 1891 Serrinha foi elevada à categoria de Cidade (QUEIROZ, 1957).

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". De acordo com o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Serrinha possuía uma população de 83.206 habitantes (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.

A flora nativa é própria da vegetação de caatinga e tabuleiros. 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. São freqüentes os períodos de seca no município (FRANCO, 1996).

Segundo Campos (1998), quando o inverno é bom há fartura, principalmente, no plantio da mandioca, do milho e do feijão. São produtos derivados da mandioca a farinha, a carimã ou puba, a goma, o beiju e a tapioca. O município possui diversas casas de farinha que sustentam muitas famílias tornando Serrinha conhecida na região. As lavouras são sustentos para as famílias – subsistência, e quando ocorrem sobras, são vendidas nas feiras livres. Santos (2003, p.18,), diz que a expressão “farinha de ganho associa-se às relações de trabalho vigentes na comunidade [...] fazer *farinha de ganho* é fazer farinha para os outros, em troca daquela remuneração”. 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 (LIMA, 2003). 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 farinha como elemento cultural 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.

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, 1957). 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 alimentação. A mistura com a farinha e a carne seca se configura como a principal associação do hábito alimentar da população desta região.

Análise das narrativas

Todos falam sobre o sentido do medo da doença; o temor em ficar diabético. 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); **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.

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, 1993, 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 (demonstra profunda indignação), (Pedro); Depois de 3 ou 4 anos apareceu essa doença, essa doença “mardita”, “nojenta”, que Deus me perdoe, mais acabou com minha vida (José).

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 Organização Mundial da Saúde (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.

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. 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. 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, 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, predisposição, de organismo, de hereditariedade, dentre outros, como por exemplo o diabetes. A doença é deslocada para o indivíduo e não considerada como uma entidade que lhe é estranha; vem do interior do sujeito. A maioria 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).

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 sustança.

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).

O primeiro passo... foi o mais difícil: Este é o sentimento coletivo ou o próprio discurso coletivo sobre a mudança do hábito alimentar para uma dieta restritiva de controle da doença, em Serrinha. É a 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).

Os pacientes se referem a outros tipos de dificuldades enfrentados por eles para seguirem o tratamento dietético – uma delas é o custo dos produtos. Uma pesquisa realizada por Maias 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 que lhe assistem, como saúde (compra de

medicamentos), alimentação, moradia, entre outros Outro paciente analfabeto e sozinho sente dificuldades em adquirir alimentos.

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

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, jerimum (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, 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 se tornando permeáveis a mudanças, como por exemplo: a incorporação de novos alimentos; porém, para 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 série do ensino escolar. As exceções são a paciente Tereza (zona rural), que cursou até a 6ª série do ensino fundamental, Maria (zona urbana), que concluiu o 2º grau e a paciente adolescente (zona urbana), que ainda cursa a 7ª série. Este aspecto associado ao fato de que 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 incutem 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 frequência 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 meus alimentos favoritos”; e Joana (zona urbana): “[...] gostava de **refrigerante**, bolo, balas e doces”. Os pacientes da zona rural não tinham o hábito de consumir alimentos industrializados, a exceção de refrigerantes. A paciente adolescente (diabética tipo 1), diz que sente falta de pizza e farofa (fazia bolinho com as mãos), (Jacira). A tradição se mescla com os novos alimentos industrializados, sem estranhamentos, como se um novo gosto fizesse parte do mundo moderno (dos rótulos, marcas, tecnologias, mídias).

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. Até hoje, a preparação de mungunzá, canjica, pamonha de milho verde são pratos ortodoxos nas comemorações juninas.

A modernidade trouxe adaptações para as dispendiosas receitas tradicionais de origem nordestina, contudo estes novos produtos têm com carboidratos simples a mais alta expressão. São cocadas, doce de calda, de leite, bolos etc. Em meio a tantos doces, ser diabético é uma tortura. Dalva é doceira autônoma, seu desejo pelo gosto doce pode ser substituído por produtos *diet*. Mas, será sempre uma ruptura com seu hábito. Este sentimento também está presente na fala de 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 aí meu Deus como era tão gostoso o meu suco com açúcar e hoje é com adoçante! (risos) (Dalva); Tem hora que saio do quintal, tem o café lá, vou pegar o açúcar, depois é que me lembro que não posso comer o danado do açúcar, aí tenho que largar a lata pra lá. Aquilo me dá penúria, uma coisa, fico meio doido (José); Eu gostava de bala, chupar geladinho, guaraná. Eram os meus favoritos. Antes, era a melhor coisa. Hoje é tudo veneno pra mim (Tereza).

A farinha de mandioca tem um alto índice de sacarose 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.

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). O homem é para arrochar a prensa e mexer (João).* 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.

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.

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), refere-se 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.

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.

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. 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 sentido do tratamento para os diabéticos serrinhenses: fé médica e fé religiosa

Para Laplantine (1991), a medicina ocidental anuncia o que é bom. 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 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 (LAPLANTINE, 1991). Para o paciente entrevistado em Serrinha a fé religiosa faz proximidade com a fé médica: *Vim procurar a nutricionista e graças a Deus estou me dando bem, sinceramente estou me sentindo outro* (Pedro).

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). Os diabéticos de Serrinha também seguem itinerários terapêuticos, utilizando a medicina oficial associada à medicina popular, como expressa a paciente: *[...] 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).

Observa-se uma curiosidade na fala da paciente: 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); *Remédio a gente usa a pulso, comida não. A pessoa come para se alimentar* (Clara).

Controlar a vontade comer o proibido pela dieta oficial, não é fácil. E nesta espécie de luta contra a doença, afluem alguns sentimentos, como o desejo pela comida contra indicada contrastando com o esforço

para controlar a vontade de comer. As falas dos pacientes expressam esta ansiedade: *Eu evito fazer umas comidas e se me disserem: coma só um pedacinho, eu digo não posso* (Dalva); *Eu me controlo porque sei que eu não posso comer. Me seguro* (Rosa).

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. 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. [...] *Eu penso assim: se comer, o Diabetes vai subir e vou ter que cortar as minhas pernas, outra hora penso que vou ficar na cama sem poder levantar – sem as pernas, outra hora tenho medo de ficar cega, aí me conformo* (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: *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).

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. 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).

Emoções dos diabéticos de serrinha

Para Marcelino e Carvalho (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. 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* (Clara); *Chega me dói, misericórdia é terrível!* (Maria).

Segundo Goffman (1986), o “estigmatizado” sente sua diferença. E a tentativa de esconder o sentimento pelo estigma representa um alto preço psicológico para o sujeito estigmatizado. 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).

Dos relatos dos pacientes de Serrinha sobre como costumam agir quando estão tristes, apenas 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 ai 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.

O suporte social é de fundamental importância para a manutenção de um funcionamento global adequado do indivíduo, principalmente em situações adversas. Pacientes com melhor suporte social apresentam menos sintomatologia depressiva, inclusive os diabéticos (MOREIRA, 2003).

O apoio é estar junto, presente, estar perto, mostrar ao paciente que ele não está só para enfrentar as dificuldades e necessidades impostas pela doença.

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).

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 baixa, não sei por que. Tomo remédios certinhos, faço indieta. Uma hora eu erro. (Rosa); [...]a minha é sempre alta (Tereza).

A oscilação da taxa de glicemia é perceptível pelos pacientes. É sempre um estado de risco que os fazem prisioneiros da dieta, da disciplina do corpo. O descontrole glicêmico afeta a vida do trabalho, o mundo doméstico, a vida da adolescente, o humor desses pacientes, de qualquer idade.

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 de 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.

Referências

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993.

_____. ; RABELO, M. C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: _____. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition recommendation and principles for people with diabetes mellitus (position statement). **Diabetes care**, v. 23, p. 543-546, 2000. Supplement 1.

ARAÚJO, A. J. **A família serrinhense**. Bahia: Serrinhense, 1926.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações da Saúde. **Promoção da saúde do diabético e hipertenso – HIPERDIA**. Brasília, DF: MS, 2001. Cap. 6. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/>>. Acesso em: 15 out. 2006.

CAMPOS, M. F. H. et al. **Conhecendo Serrinha**: história e geografia. Feira de Santana: UEFS: SEPLANTEC, 1998. 90 p.

CARVALHO, E. **Saneamento básico e suas repercussões sócio-ambientais no município de Serrinha**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA FÍSICA APLICADA, 9., 2005. São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2005.

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

CENTRO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA. Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes. Endocrinologia da Bahia. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes/index.php>>. Acesso em: 5 abr. 2006.

DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico**. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 6-11, mar. 1999.

DIAS, L.; 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.

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

FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 28. ed. Rio de Janeiro: Record, 1992. 569 p.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2003.

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

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

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

LEONEL, M. Caracterização da fibra e uso do farelo de mandioca como base para produtos dietéticos. In: CEREDA, Marney Pascoli (Org.). **Manejo, uso e tratamento de subprodutos da industrialização da mandioca no Brasil**. São Paulo: Fundação Cargil, 2001. v. 4. cap. 17, p. 221-228.

LIMA, Luíza Botelho. **Casas de farinha em Mataraca**: fortalecimento cultural, social e econômico. In: CONGRESSOS BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2002, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: EDUEPB, 2003. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/cultura/casasdefarinha.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2008.

MAIAS NETO, R. C. **Vivendo com o diabetes mellitus**: a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública de saúde no Rio de Janeiro. 2003. Disserta-

ção (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MARCELINO, D.; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

MOREIRA, R. O Diabetes *mellitus* e depressão: uma revisão sistemática. **Arq. Bras. Endocrinologia e Metabologia**, v. 47, n. 1, fev. 2003.

ORNELLAS, L. **A alimentação através dos tempos**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2000.

PORTERO, K. C. Mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. **Saúde Rev.**, v. 7, n. 16, p. 63-69, 2005.

QUEIROZ, M. **O município de Serrinha**. [S.l.: s.n, 1957].

O QUE é uma alimentação saudável? Sociedade Brasileira de Diabetes, [200?]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/aprendendo/contagem_carboidratos/contcarb01.php. Acesso em: 9 jan. 2008.

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.**, 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.

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

SANTOS, Denise G. D. Modos de dizer e modos de fazer: reflexões sobre linguagem e trabalho. **Sitientibus**, n. 29, p. 9-27, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.uefs.br/sitientibus/pdf/29/modos_de_dizer_e_modos_de_fazer.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2008.

SHILS, E. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2003. 2106 p.

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