

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE**

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma
pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire**

Amanda Donnangelo Martins

São Paulo – SP

2022

Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma
pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire

Amanda Donnangelo Martins

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

São Paulo – SP

2022

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma
pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire

Amanda Donnangelo Martins

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa

São Paulo – SP

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde – IS

Martins, Amanda Donnangelo

Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire – São Paulo, 2022.

172 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Área de concentração: Gestão e Prática de Saúde

Orientador (a): Tereza Etsuko da Costa Rosa

1. Diabetes mellitus 2. Educação em saúde 3. Métodos pedagógicos 4. Pesquisa participativa baseada na comunidade I. Rosa, Tereza Etsuko da Costa

CDD: 614

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho àqueles que dão sentido ao presente, ressignificam o passado e justificam o futuro: Antonella, Laura, Alice, Valentim e Elis.

AGRADECIMENTOS

A todos os participantes, que comigo construíram esta pesquisa. Minha gratidão é imensurável.

Aos meus pais, Ana Maria e Antonio José por todo apoio, suporte e amor ao longo de uma vida tão feliz.

À minha filha Elis, por me mostrar todos os dias o quanto é bom estar vivo e me incentivar a lutar por um futuro melhor.

Aos meus grandes amigos Anderson R Santos e Fabiana Bello por compartilharem comigo as dores e belezas da vida.

À equipe CEDI e a todos aqueles que passaram pelo equipamento nestes 4 anos, pelo incentivo, cooperação, carinho e compreensão. É muito bom trabalhar com vocês.

À Secretaria de Saúde do Município de Itanhaém, em especial à Tatiana Saran (Diretora da Rede Especializada) e Fabio Crivelari Miranda (Secretário de Saúde).

À direção e corpo docente do Instituto de Saúde pela forma exemplar que conduzem o mestrado profissional, com excelência técnica, mas também com respeito à dignidade humana, preocupação com a saúde física e mental dos alunos e, principalmente, ética e amorosidade.

Aos demais funcionários do Instituto pela atenção, gentileza e disposição em ajudar.

Aos meus amigos e colegas de turma do IS. Foi um enorme prazer aprender e dividir as sextas-feiras com vocês.

Aos professores Ausônia, Emílio e Humberto pelas contribuições valiosas a este estudo.

Por fim, à grande responsável pela alegria e satisfação que senti ao participar deste trabalho. À professora Tereza E. C. Rosa pelo carinho, compreensão, sensibilidade, honestidade e generosidade com os quais me guiou e caminhou ao meu lado nestes anos. Saiba que tem em mim uma grande admiradora e, se a senhora permitir, uma eterna aprendiz. Muito Obrigada.

“Como programa, a desesperança nos imobiliza e nos faz sucumbir ao fatalismo em que não é possível juntar as forças indispensáveis ao embate recriador do mundo. Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico”.

Paulo Freire

Martins, AD. Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2022.

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, endêmica e potencialmente mutilante, além de constituir-se fator de risco para a principal causa de morte no Brasil e no mundo – a doença cardiovascular. Suas bases fisiopatológicas incluem influências genéticas e ambientais. O tratamento proposto é complexo e divide-se em tratamento medicamentoso e tratamento não-medicamentoso. Como parte integrante do tratamento não medicamentoso temos as chamadas “mudanças do estilo de vida” e “educação em diabetes”. Os protocolos e diretrizes que embasam a atuação clínica de médicos endocrinologistas valorizam o autocuidado e a autonomia, porém em uma perspectiva behaviorista, utilizando-se de um modelo tecnicista de educação. Em contrapartida, propostas educativas baseadas na pedagogia crítica comprometem-se com a democracia, o respeito aos diferentes saberes e a busca pelo fim das iniquidades sociais. **Objetivos:** Criar coletivamente um programa educativo em diabetes através da Pedagogia Crítica no município de Itanhaém. **Método:** Estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação. Em uma Unidade Básica de Saúde realizamos encontros entre profissionais de saúde e pessoas com Diabetes Mellitus ou seus familiares para desenvolver ações educativas em diabetes utilizando-se da Pedagogia Crítica, com o referencial teórico de Paulo Freire. Seguimos o modelo de *Círculos de Cultura*, objetivando a transição da *curiosidade ingênua* para a *curiosidade epistemológica*, a identificação das *situações-limite* e o vislumbamento do *inédito viável*, em um ambiente democrático. **Resultados e discussão:** No primeiro encontro realizamos o levantamento das temáticas significativas e as reuniões seguintes pautaram-se nesses temas e em outros que surgiram no decorrer do período. As reuniões ocorreram quinzenalmente (salvo exceções), duraram cerca de 90 minutos e contaram com a participação conjunta de profissionais de saúde, pessoas com diabetes e/ou seus familiares. Para cada encontro utilizamos codificações diferentes (reportagens, teatro, manipulação de objetos, etc.) a fim de provocar o interesse e estimular a participação. As reuniões partiram de problemas reais e cotidianos e se desenvolveram no sentido de, além de encontrar soluções práticas às demandas colocadas, buscar as bases estruturantes das adversidades e as possibilidades de

enfrentamento destas estruturas. A restrição alimentar mostrou-se a principal fonte de preocupação e sofrimento. A partir deste mote discutimos alimentação saudável, *craving*, determinantes sociais de saúde, políticas públicas, sistemas de produção e comercialização dos alimentos, legislações, reformas tributária e agrária. As outras temáticas desenvolvidas foram: sofrimento na doença crônica, estigmas do DM, conceito de normal e patológico, paternalismo, patriarcado, biopoder e neoliberalismo. **Conclusão:** A pedagogia crítica oportunizou vivências de atividades educativas em diabetes que responderam à expectativa da população de resolver questões de natureza cotidiana, mas que, não se limitando a elas, também promoveram reflexões de ordem político-estrutural, que podem dar origem à ampliação da participação popular e, conseqüentemente, contribuir para o aperfeiçoamento do SUS.

Descritores: Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Métodos Pedagógicos, Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade.

Martins AD. Critical education in diabetes in Itanhaém city: an action research supported by theory of Paulo Freire. [Master's Dissertation]. São Paulo: Health Institute, Human Resources Coordination, São Paulo State Health Department; 2022.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus is a chronic, endemic, and potentially mutilating disease, besides being a risk factor for the leading cause of death in Brazil and worldwide - cardiovascular disease. Its pathophysiological bases include genetic and environmental influences. The proposed treatment is complex and is divided into drug and non-drug treatment. As an integral part of the non-drug treatment we have the so-called "lifestyle changes" and "diabetes education". The protocols and guidelines that support the clinical practice of endocrinologists value self-care and autonomy, but from a behaviorist perspective, using a technicist model of education. In contrast, educational proposals based on critical pedagogy are committed to democracy, respect for different knowledge, and the search for an end to social inequities. **Objectives:** Collectively create a Diabetes Educational Program through Critical Pedagogy in Itanhaém City. **Method:** Qualitative study of the research-action type. In a Primary Health Care Unit we held meetings between health professionals and people with Diabetes Mellitus or their families to develop educational actions on diabetes using the Critical Pedagogy, with Paulo Freire's theoretical reference. We followed the Crop Circles model, aiming at the transition from naive curiosity to epistemological curiosity, the identification of limiting situations, and the glimpse of the unpublished feasible in a democratic environment. **Results and discussion:** In the first meeting we made a survey of the significant themes and the following meetings were based on these themes and on others that arose during the period. The meetings occurred every other week (with some exceptions), lasted about 90 minutes and counted with the joint participation of health professionals, people with diabetes and/or their families. For each meeting we used different encodings (reports, theater, manipulation of objects, etc.) in order to provoke interest and stimulate participation. The meetings started with real, everyday problems and developed in the sense of, besides finding practical solutions to the demands placed on us, seeking the structural basis of the adversities and the possibilities

of confronting these structures. Food restriction proved to be the main source of concern and suffering. From this motto we discussed healthy eating, craving, social determinants of health, public policies, food production and commercialization systems, legislation, and tax and land reforms. The other themes developed were: suffering in chronic disease, stigmas of DM, concept of normal and pathological, paternalism, patriarchy, biopower, and neoliberalism. **Conclusion:** Critical pedagogy provided opportunities for experiences of educational activities in Diabetes that responded to the population's expectation on solving everyday issues, but which, not limited to them, also promoted reflections of a political-structural nature, which can give rise to the expansion of popular participation and, consequently, contribute to the improvement of the SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária, comparação entre o município de Itanhaém e o Brasil.....	52
Figura 2. Círculo de cultura.....	63
Figura 3. Evolução da temática alimentação.....	138
Figura 4. Evolução da temática autonomia.....	139
Figura 5. Evolução da temática sofrimento.....	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características da consciência ingênua e da consciência crítica.....	46
Quadro 2. Modificações avaliadas na pesquisa-ação.....	55
Quadro 3. Etapas da pesquisa-ação.....	57

ABREVIATURAS E SIGLAS

AADE: American Association of Diabetes Educators

ABA: Associação Brasileira de Agroecologia

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACs: Agentes Comunitários de Saúde

ADA: American Diabetes Association

ADCES: Association of Diabetes Care & Education Specialists

aGLP1: agonistas do receptor da Glucagon-like peptide-1

ANEPS: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

BR: Brasil

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEDI: Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém

CEMI: Centro de Especialidades Médicas de Itanhaém

CINI: Centro de Infectologia de Itanhaém

CKK: Colecistoquinina

DM: Diabetes Mellitus

DM1: Diabetes Mellitus do Tipo 1

DM2: Diabetes Mellitus do Tipo 2

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional

DRC: Doença Renal Crônica

DRD: Doença Renal do Diabetes

DRS-IV: Departamento Regional de Saúde IV (Baixada Santista)

DSMES: Diabetes Self-management education and support

EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EPS: Educação Popular em Saúde

ES: Educação em saúde

EUA: Estados Unidos da América

FDA: Food and Drug Administration

fMRI: Ressonância Magnética funcional

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1c: Hemoglobina Glicada

HIV/AIDS: Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Humana

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF: International Diabetes Federation

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

iDPP4: Inibidores da Dipeptidil peptidase-4

IMC: Índice de Massa Corporal

IPI: Imposto sobre Produto Industrializado

iSGLT2: Inibidores do cotransportador sódio-glicose 2

MODY: Maturity Onset Diabetes of the Young
MPOWER: Monitor, Protect, Offer, Warm, Enforce, Raise
MS: Ministério da Saúde
NPH: Protamina Neutra de Hagedorn
OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PCDM: Pessoa com Diabetes Mellitus
PL: Projeto de Lei
PNARA: Política Nacional de Redução de Agrotóxicos
PNCF: Programa Nacional de Combate ao Fumo
PT-SP: Partido dos Trabalhadores de São Paulo
PWD: People With Diabetes
PYY: Peptídeo YY
RRAS: Rede Regional de Atenção à Saúde
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes
SBEM: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SOP: Síndrome de Ovários Policísticos
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAs: Títulos da Dívida Agrária
TFD: Taxa de Filtração Glomerular
TV: Televisão
UBSs: Unidades Básicas de Saúde
UKPDS: United Kingdom Prospective Diabetes Study
UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
UPD: Úlcera de Pé Diabético
USF: Unidade de Saúde da Família
USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Diabetes Mellitus: definição e classificação.....	18
1.2. Diabetes Mellitus: epidemiologia.....	19
1.3. Diabetes Mellitus: tratamento, políticas públicas e legislação.....	21
1.4. Educação em Saúde e Educação em Diabetes.....	23
1.4.1. Educação em Saúde.....	24
1.4.1.1. Histórico da educação em saúde.....	24
1.4.1.2. Tendências Pedagógicas.....	26
1.4.1.3. Diretrizes de Educação em Diabetes.....	28
1.4.2. Relações de poder e a educação em saúde.....	36
1.5. Filosofia da Educação: o Pensamento de Paulo Freire.....	38
2. JUSTIFICATIVA	50
3. OBJETIVOS	51
3.1. Objetivo geral.....	51
3.2. Objetivos específicos.....	51
4. MÉTODOS	52
4.1. Contextualização municipal.....	52
4.2. A Pesquisa-ação.....	53
4.2.1. Planejamento da pesquisa.....	56
4.3. Círculos de Cultura.....	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1. O início.....	65
5.2. Mural.....	70
5.3. Dona Julia.....	76
5.4. Retirar o açúcar?.....	83
5.5. 100 anos de insulina.....	108
5.6. A pílula com chip.....	115
5.7. Análise das modificações no Plano Interpessoal: elaboração de projetos e perspectivas.....	133
5.8. Análise das modificações no Plano Interpessoal: colaboração e cooperação..	135
5.9. Análise das modificações no Plano Pessoal: mudanças de representações, comportamentos e atitudes.....	137
5.10. Análise de implicação pessoal e interpessoal.....	141
6. CONCLUSÃO	147
7. POTENCIAL DE APLICABILIDADE	149
8. REFERÊNCIAS	150
ANEXOS	159

APRESENTAÇÃO

Nascida em uma família composta por 15 profissionais de saúde, sendo destes 8 médicos, aos 3 anos de idade decidi tornar-me médica por influência cativante, não por imposição sub-reptícia, de meu pai, um profissional francamente admirado. Desde os 13 anos de idade comecei a estudar sozinha para o vestibular e, aos 17 anos iniciei o curso na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Tinha a perspectiva de concluir a faculdade, escolher um ramo de especialização e atuar no setor privado, assim como o fazem meus familiares.

Aos 23 me formei médica e, logo em seguida, me especializei em endocrinologia. Escolhi esta especialidade pela complexidade fisiopatológica e porque a rotina diária consistia em anamnese e raciocínio clínico. Na rotina diária da profissão, descobri que o que eu gosto mesmo é de conversar com pessoas. A medicina é apenas um instrumento.

No meio destas conversas situa-se o Diabetes. Iniciei meus estudos em educação em diabetes logo ao terminar a residência médica, através do curso Educando Educadores, em 2012. Posteriormente me engajei nas campanhas do Dia Mundial do Diabetes e, ao ser contratada pela prefeitura de Itanhaém, dediquei-me também à educação de profissionais através do apoio matricial (a partir de 2013).

Ao terminar a residência médica em 2011 trabalhei exclusivamente no setor privado por 18 meses e, desde junho de 2013 atuo no SUS no Município de Itanhaém em dois equipamentos da rede especializada, ambos prestando atendimento ambulatorial específico à endocrinologia: o Centro de Especialidades Médicas de Itanhaém e o Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém.

O SUS transforma todos aqueles que se permitem ser tocados. Infelizmente, na atenção especializada, nosso contato com o sistema é bastante raso, como se nosso trabalho fosse individual e dissociado do restante da rede. Eu tive a felicidade de estar inserida em uma equipe que, apesar de estar em um equipamento superespecializado, sempre alcançou a importância do atendimento integral e manteve relação estreita com as equipes das Unidades Básicas de Saúde. Mas voltemos um pouquinho à minha trajetória no estudo do Diabetes.

Por tratar-se de uma doença complexa, cujo sucesso do tratamento é muito baixo, busquei me cercar de todas as áreas do conhecimento que pudessem contribuir na

rotina da prática clínica – considerava que minha formação era demasiado centrada na medicalização. Fiz especialização em Nutrologia e uma pós-graduação (não concluída) na faculdade de educação física. Creditava o insucesso terapêutico à minha formação fragmentada e acreditava que, munido-me de conhecimentos ampliados, conseguiria “prescrever” o melhor tratamento possível.

Inconformada com o fracasso da comunicação dentro do consultório, com a dificuldade em “convencer” as pessoas do “certo a fazer”, resolvi estudar persuasão. Li meia dúzia de livros da área e comecei a aplicar estes conhecimentos na prática diária. Me senti uma fraude. Passei a observar que as pessoas pareciam cuidar-se como uma forma de satisfação a mim, o que era o oposto do que eu sempre entendi como cuidado.

Em 2017 fui convidada pela prefeitura a fazer um curso de Preceptoría de Residência Médica, ministrado pelo Hospital Sírio Libanês em parceria com o MS. Destinado a ensinar-nos a educar outros profissionais, este curso me deu uma nova luz: as *metodologias ativas* de educação. Passei a questionar-me se, empregando estes métodos também com os usuários, estes, por construírem o conhecimento ativamente, não estariam mais dispostos a participar efetivamente do tratamento.

Profundamente interessada pelo tema, passei a procurar programas de mestrado em educação em saúde e deparei-me com o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS, que tinha entre suas linhas de pesquisa a educação em saúde.

Construí um pré-projeto com o arcabouço teórico que tinha até então: uma proposta de ensaio clínico, comparando alguns métodos de ensino-aprendizagem, em particular a educação tradicional e a *metodologia ativa*. Eu estava determinada a descobrir, cientificamente, como fazer as pessoas “aprenderem direito para mudar suas atitudes”. Francamente positivista, reconheço. Deparei-me com a sabedoria e a sensibilidade da professora Tereza que, compreendendo melhor que eu minhas angústias, me indicou a leitura de Paulo Freire.

1. INTRODUÇÃO

A transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população associado a menores taxas de natalidade, é a realidade do Brasil e do mundo há algumas décadas e têm provocado a necessidade de modificar as políticas de saúde. As doenças crônicas não transmissíveis, em particular a doença cardiovascular e as neoplasias, ocupam papel protagonista nas estatísticas de morbimortalidade. Entre os fatores de risco para a doença cardiovascular encontram-se: Obesidade, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Tabagismo, Sedentarismo e Diabetes Mellitus (MALTA *et al*, 2017).

Fatores relacionados ao estilo de vida como alimentação, atividade física e tabagismo destacam-se como focos das intervenções de promoção e prevenção em saúde. A chamada *mudança de estilo de vida* tem potencial de favorecer o aumento da sobrevida e a melhora da qualidade de vida, tanto por impedir ou retardar o surgimento de doenças, como por reduzir complicações das doenças existentes (SBD, 2019). Para tal, as atividades educativas concentram-se em transmitir aos indivíduos quais atitudes, escolhas e rotinas são consideradas saudáveis, e o sucesso ou fracasso de uma intervenção é medido de acordo com o cumprimento das metas pré-estabelecidas (ADA, 2021; BECK *et al*, 2017; DAVIS *et al*, 2022; IDF 2008, 2015; SBD, 2019).

1.1. Diabetes Mellitus: Definição e Classificação

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e progressiva, de etiologia multifatorial, assim definida pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD): “*consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos.*” (SBD, 2019, p.19).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia classifica o Diabetes Mellitus em: a) DM Tipo 1 (DM1); b) DM Tipo 2 (DM2); c) DM Gestacional (DMG); 4) Outros tipos de DM (SBD, 2019).

O DM2 é a forma mais comum de Diabetes Mellitus e corresponde a 90-95% dos casos de DM. Sua etiologia envolve caracteres genéticos e ambientais. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do DM2 são: obesidade, sedentarismo, história familiar de DM, avançar da idade, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) prévio, diagnóstico de pré-diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e dislipidemia (SBD, 2019).

O DM1 é uma doença autoimune que leva à destruição de células beta-pancreática em poucos dias ou meses, gerando uma incapacidade completa e permanente deste órgão em produzir insulina. Corresponde a cerca de 5 a 10% dos casos de diabetes e pode ser dividida em 1A (quando a dosagem de anticorpos direcionada à célula beta é positiva) e 1B (quando a dosagem dos anticorpos é negativa, porém o quadro clínico é altamente sugestivo de DM1). Esta forma da doença é mais frequente em crianças e adultos jovens – por isto anteriormente era denominada diabetes juvenil - mas pode iniciar-se em qualquer fase da vida (SBD, 2019).

O Diabetes Mellitus gestacional é aquele que se desenvolve ou é pela primeira vez diagnosticado durante a gestação (excluídos critérios para diagnóstico de DM franco). Tem como fatores de risco: idade materna avançada; sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo durante a gravidez; obesidade central; história familiar de DM em parentes de 1º grau; polidrâmnio; antecedente obstétrico de DMG prévio, macrossomia, abortamentos de repetição ou malformações; Síndrome dos ovários policísticos (SOP) e estatura materna inferior a 150cm (SBD, 2019).

Classificados como “Outros tipos de Diabetes” estão: Diabetes Monogênicos (MODY); Diabetes neonatal; DM secundário a endocrinopatias; DM secundário a doenças do pâncreas exócrino; DM secundário a infecções e DM secundário a medicamentos (SBD, 2019).

1.2. Diabetes Mellitus: Epidemiologia

O DM é considerado uma pandemia pois, de acordo com estimativas atuais contamos com cerca de 537 milhões de indivíduos adultos (20-79anos) portadores desta condição no mundo (CAMPBELL, 2011; IDF, 2021). A prevalência da doença eleva-se exponencialmente nas duas últimas décadas, sendo o período de crescimento mais expressivo aquele entre 2003 e 2013 (crescimento de 96,9%). Em 2017 a expectativa da IDF para 2045 era de 629 milhões de pessoas com DM (crescimento de 48% em 28 anos) mas em 2021 esta expectativa foi atualizada para 783 milhões (IDF, 2017; IDF, 2021).

Um fator de especial preocupação é que três em cada quatro pessoas com diabetes vivem em países de renda média ou baixa e o aumento de prevalência está se dando de modo desigual, acentuando este cenário (IDF, 2021). Segundo a mesma organização, enquanto a prevalência de DM se elevaria em 27% nas ilhas do pacífico

ocidental, 13% na Europa e em 24% na América do Norte/Caribe, este aumento está previsto em 50% para América do Sul, 68% para Ásia, 87% para Norte da África/Oriente Médio e 134% para o restante do continente africano (IDF, 2021).

O Brasil está entre os países com prevalência de Diabetes superior a 10 milhões de indivíduos (12,5 milhões em 2017) e com estimativa de ultrapassar 20 milhões de pessoas em 2045 (IDF, 2017).

Segundo o estudo *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, realizado pelo Ministério da Saúde, a doença atinge atualmente 8,9% da população brasileira e houve um aumento de 61,8% no número de brasileiros com DM no período de 2006 a 2016. Esta prevalência é ainda maior em idosos acima de 65 anos (27%), mulheres (9,9%) e na população com baixa escolaridade (16,5%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Estudo brasileiro com 6671 adultos com diabetes publicado em 2009 mostrou que apenas 24% dos indivíduos estavam com esta condição dentro das metas de tratamento (Hemoglobina glicada <7%) (FITTIPALDI *et al*, 2009).

Por ser uma doença altamente prevalente e, infelizmente, mal controlada, o DM está relacionado a altos índices de morbimortalidade.

O Diabetes é responsável pelo óbito anual de 6,7 milhões de pessoas pelo mundo (IDF, 2021), a maioria por doença cardiovascular (SBD, 2022). Em relação às complicações macrovasculares, o DM aumenta em 2 a 4 vezes o risco de desenvolver doença coronariana e reduz a expectativa de vida em 4 a 8 anos (SBD, 2022). Cerca de 25% das pessoas com diabetes desenvolverão Úlceras de pé diabético (UPD) ao longo da vida e, entre os pacientes com UPD, 28% sofrerão amputações (GU *et al*, 1998; SBD, 2019).

Em relação às complicações microvasculares destacam-se a neuropatia periférica, a retinopatia e a doença renal diabética.

A polineuropatia diabética atinge 60% dos indivíduos com DM2 acima de 60 anos. A retinopatia diabética, igualmente prevalente – após 20 anos de DM, 90% das pessoas com DM1 e 60% daquelas com DM2 irão apresentar algum grau da complicação – é a principal causa de cegueira entre indivíduos de 16 a 64 anos. Já a Doença Renal do Diabetes (DRD) é um pouco menos comum, mas não por isto menos preocupante, pois, ao afetar 30 a 50% das pessoas com diabetes, configura-se a principal

causa de Doença Renal Crônica (DRC) entre os sujeitos que iniciam tratamento dialítico no Brasil (SBD, 2019).

Além do impacto que causa à vida dos indivíduos e à sociedade, o DM causa significativo impacto econômico aos governos uma vez que os custos referentes ao tratamento da doença e suas complicações, reabilitação, ausências no trabalho e invalidez, além da mortalidade precoce, são elevados e crescentes.

1.3. Diabetes Mellitus: tratamento, políticas públicas e legislação

O tratamento do Diabetes Mellitus, qualquer que seja sua classificação, envolve pelo menos 3 pilares fundamentais: alimentação saudável, prática regular de atividade física e terapêutica farmacológica. O Objetivo primário do tratamento é alcançar as metas de Hemoglobina glicada (HbA1c) a fim de reduzir o risco de complicações agudas e crônicas da doença. Com o surgimento das novas classes de drogas antidiabéticas e alguns estudos mostrando que estas são capazes de trazer benefícios secundários (além do controle glicêmico), o foco do tratamento farmacológico também está se dirigindo a perda de peso, controle de pressão arterial, tratamento de condições adjuvantes – como esteatose hepática – e proteção renal e cardiovascular (SBD, 2019).

Além da terapêutica supracitada, indivíduos com diabetes lidam com alguns instrumentos que auxiliam na adequação de seu tratamento e nas tomadas de decisão da rotina diária. Neste panorama situa-se a monitorização domiciliar da glicemia capilar, particularmente importantes para as pessoas em uso de insulinas.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, as medicações atualmente encontradas no mercado brasileiro reduzem, em média, a hemoglobina glicada em 0,5-2,0% (SBD, 2019). Estes resultados são clinicamente relevantes pois um grande estudo denominado UKPDS, que envolveu 5102 pessoas com diabetes tipo 2 no Reino Unido, mostrou-nos diminuição de 25% em complicações crônicas microvasculares e de 10% em mortalidade, quando atingida a redução de 0,9% na HbA1c (KING *et al*, 1999).

Frente à importância epidemiológica do DM na saúde pública, em 2002 o Ministério da Saúde (MS) publicou o *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus; manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Este documento, destinado aos profissionais da atenção básica, objetivava entre outras coisas “Orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos

hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 11).

Em 04 de março de 2002, a portaria nº 371 do Ministério da Saúde instituiu o *Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus* como parte do *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus* na qual determinou como responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde a implementação do *Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus* (Hiperdia) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Precedendo a publicação do MS, em 09 de março de 2001 o Governo do Estado de São Paulo, já havia promulgado a Lei nº 10.782 (SÃO PAULO, 2001) visando regulamentar as ações de atenção em saúde às pessoas com diabetes, porém, apenas em 27 de setembro de 2006, foi sancionada a Lei nº 11.347 (BRASIL, 2006) garantindo às pessoas com diabetes o acesso a medicamentos em insumos em todo o território nacional.

Art. 1ª Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar (BRASIL, 2006).

A Portaria Nº 2583 de 10 de outubro de 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) que regulamenta a lei supracitada, em seu artigo terceiro, condiciona o fornecimento de insumos e medicamentos à inscrição dos pacientes em programas educativos:

Art. 3º Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Diabéticos, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.49).

A partir destas regulamentações os municípios têm implantado atividades educativas destinadas aos indivíduos com Diabetes Mellitus, particularmente nas Unidades Básicas de Saúde. Em Itanhaém, além dos grupos que se desenvolvem nas UBSs, em novembro de 2006 foi criado o Programa Municipal de Educação em Diabetes (Promedi) que, em 2012, deu origem ao Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém (CEDI). Este equipamento de saúde é responsável pelo fornecimento de insulinas e insumos – que em nosso município encontra-se centralizado – atendimento multiprofissional e desenvolvimento de ações educativas (educação popular em saúde, educação permanente em saúde e eventos municipais).

1.4. Educação em Saúde e Educação em Diabetes:

A educação em saúde entrelaça duas grandes áreas do conhecimento sendo, por conseguinte, diretamente influenciada pelos processos pedagógicos da educação escolar e pelos paradigmas da saúde (MACIEL, 2009). Estas diferentes concepções podem ser compreendidas a partir do momento histórico em que se desenvolveram e serão apresentadas em uma perspectiva linear, no entanto, é importante sublinhar que o surgimento de uma nova corrente de pensamento não significa o banimento das precedentes, de modo que todas elas coexistem na atualidade (PEREIRA, 2003). Deste modo, o que determina a escolha da abordagem pedagógica não é apenas a sua localização no tempo, mas sim uma confluência entre os valores e habilidades dos envolvidos, os objetivos do processo educativo e o projeto político em exercício (MACHADO e WANDERLEY, 1997).

Neste capítulo proponho uma análise crítica das principais diretrizes de educação em saúde direcionadas à educação em diabetes a partir de três eixos principais: objetivos, tendência pedagógica e posicionamento político (ADA, 2021; BECK *et al*, 2017; DAVIS *et al*, 2022; SBD, 2019). Complemento com a contraposição entre estes consensos e o II Caderno para Educação Popular em Saúde publicado pelo Ministério da Saúde em 2014 e desconhecido pela ampla maioria de médicos endocrinologistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Por fim, introduzo uma possível linha de interpretação da correlação de forças envolvida nos processos educativos em diabetes, a partir do referencial foucaultiano de biopoder.

Antes de iniciar esta análise, apresento meus referenciais teóricos de educação em saúde e tendências pedagógicas.

1.4.1. Educação em Saúde

Segundo o Glossário Temático do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), educação em saúde pode ser definida como:

Educação em saúde, *fem.* 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.19-20).

Neste sentido, o MS define outras três categorias que aliam educação e saúde:

Educação na saúde, *fem* - Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.20).

Educação permanente em saúde, *fem* - Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.20).

Educação popular em saúde, *fem* - Ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.20).

O termo Educação em Saúde também é encontrado em artigos científicos como um guarda-chuva que contém a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde.

1.4.1.1. Histórico da educação em saúde

Os paradigmas da saúde que orientaram as práticas educativas em saúde serão divididos em 4 momentos históricos:

- Era bacteriológica e educação sanitária: caracteriza-se pela compreensão biológica do processo saúde-doença e pela responsabilização do indivíduo por sua enfermidade. Por entender que os problemas sanitários derivam da ignorância e imoralidade das pessoas, os processos educativos almejam o

convencimento quanto às práticas de higiene, por meio da propaganda. As ações são direcionadas a evitar agravos e adotam um cunho autoritário, diretivo e coercitivo, com o objetivo final de normatizar comportamentos de “bem-viver” (DONATO, 2009; LOPES E TOCANTINS, 2012).

- Período entre 1930 e 1945: a educação em saúde foi contaminada pelos conceitos de eugenia e raça sadia. Se propagou a associação da pobreza à feiura e à doença, e da riqueza à saúde e à beleza. As mensagens autoritárias enfatizavam hábitos saudáveis e controle pré-natal. As práticas higienistas se mantiveram, tal qual a responsabilização do doente por sua doença. As ações educativas consistem em folhetos, cartazes e filmes (DONATO, 2009).
- Período entre 1950-1970: diferencia-se pela incorporação dos fatores socioeconômicos e culturais, todavia por um viés organizacional da sociedade. A integração dos substratos sociais e ordenação da sociedade passava pelo diagnóstico de problemas e planejamento de ações, visando produtividade e melhor custo-benefício. A educação adotou práticas inspiradas no behaviorismo, objetivando reduzir as subjetividades e tornar-se operacional (DONATO, 2009).
- Período após 1970: surgimento da educação popular em saúde a partir da organização de profissionais de saúde em reação à piora da saúde da população ocorrida no período militar. As experiências de educação com as classes populares muitas vezes contavam com o apoio de outros segmentos sociais e deram origem ao movimento de Reforma Sanitária. Com a criação do SUS, houve a ampliação desta abordagem educativa e o avanço para propostas dialógicas radicais (MACIEL, 2009). Fundamentado nesta nova propositura, a educação em saúde extrapola o campo da saúde e passa a considerar todos os atores implicados em qualidade de vida e cidadania (LOPES E TOCANTINS, 2012).

A Educação Popular em Saúde configura-se como um processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses. Ela é caracterizada como a teoria a partir da prática e não a teoria sobre a prática como ocorre na educação em saúde tradicional (MACIEL, 2009, p.775).

1.4.1.2. Tendências Pedagógicas:

As abordagens pedagógicas são, via de regra, organizadas em grupos de acordo com sua perspectiva educativa e seu contexto histórico.

Donato (2009) inicia dividindo em dois grandes grupos: teorias não críticas e teorias críticas. As teorias não críticas posicionam a educação como instrumento para corrigir as marginalidades da sociedade, sem expectativas de transformações estruturais. A teoria crítica, por seu lado, fundamenta-se na democracia e propõe, através da reflexão e da problematização, a superação das desigualdades (DONATO, 2009).

Inseridas na teoria não-crítica, descreveremos três escolas:

- **Pedagogia Tradicional:** a principal característica é a educação verticalizada e dissociada da sociedade. O educador é o detentor do conhecimento, o centro da atividade educativa e o único responsável por escolhas e decisões (tanto de conteúdo, quanto de processo). A “marginalidade” é a ignorância, portanto, o objetivo é a transmissão dos conhecimentos acumulados pela humanidade (desde arte até a ciência). Ao aluno cabe ser atento e silencioso, para memorizar o máximo de informações transmitidas (DONATO, 2009; MACHADO e WANDERLEY, 1997). Na saúde, esta concepção de educação pode ser observada em ações de recomendação de comportamentos “certos” e “errados” (como palestras, folhetos), campanhas de prevenção a agravos e aconselhamentos individuais nos quais a relação entre profissional de saúde e população sob cuidado é impositiva. Muitas vezes há a culpabilização do indivíduo pela sua doença e o entendimento de que são atitudes individuais que geram melhoria das condições de saúde. A vantagem desta abordagem é a possibilidade de ampliar o acesso da população aos conhecimentos científicos, e sua melhor aplicação são campanhas envolvendo um número muito grande de pessoas, como aquelas de abrangência nacional (FIGUEIREDO et al, 2010).
- **Pedagogia Nova:** também chamada de corrente humanista, foca-se na personalidade e nas potencialidades do sujeito que aprende. A “marginalidade” é a rejeição e o objetivo é a construção individual do conhecimento, com respeito às diferenças. O centro do processo educativo é o aluno e ele é o autor de sua aprendizagem; o educador age como facilitador. Baseia-se na ciência cognitivista, que busca compreender os caminhos da cognição na construção do conhecimento. Pode haver

um prejuízo aos alunos de classes sociais mais baixas que não têm outra fonte de obtenção de conteúdo (DONATO, 2009; MACHADO e WANDERLEY, 1997).

- **Pedagogia Tecnicista ou por Condicionamento:** a marginalidade é a ineficiência. O centro da educação é a técnica e a parte principal do decurso educativo é o resultado comportamental. O processo de aprendizagem apoia-se no behaviorismo e na tecnologia, busca objetividade e inunda-se de métodos de avaliação e mensuração. Há uma tendência à perda de criatividade e originalidade pois anseia-se pelo gabarito com a resposta correta (robotização da população). Objetiva o mercado de trabalho e estimula a competição através de recompensas. A escola funciona como modeladora, integrando os indivíduos à máquina social (DONATO, 2009; MACHADO e WANDERLEY, 1997; PEREIRA, 2003). Como possíveis consequências sociais desta abordagem de ensino-aprendizagem temos: dependência de fontes estrangeiras, desenvolvimento da necessidade de um líder, falta de consciência crítica e noção de cooperação, suscetibilidade à manipulação ideológica e pragmatismo utilitário (PEREIRA, 2003).

Na teoria crítica os contextos político, socioeconômico e cultural estão no centro do processo educativo. Toda atividade educativa parte da ótica dos participantes e fundamenta-se na reflexão, no diálogo e na valorização do saber popular. As ações valorizam a criatividade e respeitam liberdade e autoridade dentro de um ambiente democrático. A problematização é a principal estratégia de aprendizagem e o educador assume um papel mediador, porém com postura crítica e politicamente posicionada. O objetivo é transformar a realidade através de soluções factíveis para problemas reais, visando superar as desigualdades sociais. Paulo Freire é o principal representante desta corrente no Brasil (DONATO, 2009; MACHADO e WANDERLEY, 1997; MACIEL, 2009; PEREIRA, 2003).

Na área da saúde, a educação crítica, além de respeitar a autonomia dos indivíduos na condução de sua vida, incentiva a participação da população no controle social do SUS. Nesta perspectiva, a promoção da saúde trata do apoderamento do indivíduo através da formulação de projetos que proporcionem nas comunidades uma consciência crítica de suas vivências (PEREIRA, 2003).

1.4.1.3. Diretrizes de Educação em Diabetes

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes são os mais relevantes documentos que norteiam as ações de endocrinologistas brasileiros no que tange o atendimento de pessoas com diabetes. Estas diretrizes, publicadas bianualmente, desde a edição 2015-2016 contam com um capítulo específico sobre educação em diabetes. Entre as principais referências bibliográficas destes artigos estão consensos de duas sociedades médicas dos EUA: American Diabetes Association (ADA) e Association of Diabetes Care & Education Specialistis (ADCES). Tanto a ADA quanto a ADCES publicaram versões posteriores à última diretriz brasileira, de modo que não estão citadas na SBD 2019-2020, mas certamente estarão presentes na edição 2021-2022 cujo capítulo de educação em diabetes ainda não está disponível. A ADCES denominava-se AADE (American Association of Diabetes Educators) até janeiro de 2020 e, por este motivo, a sigla AADE estará presente em alguns momentos a seguir (ADA, 2021; BECK *at al*, 2017; DAVIS *et al*, 2022; SBD, 2019).

Como dito nas primeiras linhas deste capítulo, analisaremos os consensos a partir de três eixos: objetivos, tendências pedagógicas e posicionamento político. Utilizarei de citações diretas para demonstrar as semelhanças textuais e conceituais entre a diretriz brasileira e as estadunidenses em contraposição à imensa diferença entre o que é proposto pela SBD e o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SBD, 2019). Apesar do II Caderno para Educação Popular em Saúde não tratar especificamente de Diabetes, este deveria ser a base inspiradora de todas as ações de educação popular em saúde no SUS, no entanto, na prática, sua atuação restringe-se às ações promovidas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde sem influenciar atuações de médicos especialistas – ao menos no que diz respeito à educação em diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Início transcrevendo os objetivos da educação em diabetes para cada publicação:

The purpose of DSMES is to give people with diabetes the knowledge, skills, and confidence to accept responsibility for their self-management. This includes collaborating with their health care team, making informed decisions, solving problems, developing personal goals and action plans, and coping with emotions and life stresses (POWERS *et al*, 2020, p.1636).

The overall objectives of DSMES are to support informed decision-making, selfcare behavior, problem-solving, and active collaboration with the health care team to improve clinical outcomes, health status, and well-being in a cost-effective manner (ADA, 2021, p.54).

Os principais objetivos da educação em diabetes são: a) reduzir as barreiras entre indivíduos que tem diabetes, seus familiares, comunidades e os profissionais de saúde; b) capacitar o indivíduo com diabetes para o autocuidado; c) melhorar os resultados clínicos; d) prevenir ou retardar o diabetes e suas complicações agudas e crônicas; e) proporcionar qualidade de vida (SBD, 2019, p.163).

O *corpus* principal destes consensos consiste em fomentar o *autocuidado em diabetes* (*diabetes self-management*, em inglês) cuja essência envolve favorecimento da autonomia, desenvolvimento de habilidades e desfecho clínico (ADA, 2021; DAVIS *et al*, 2022; SBD, 2019). Para tal, os objetivos são bastante focados em resultados, sejam eles institucionais, clínicos ou financeiros, e a educação é colocada como um instrumento para o alcance destes fins. Existem diferenças entre os *guidelines* que são pertinentes às realidades às quais se dirigem - principalmente no âmbito do financiamento dos sistemas de saúde - porém ambos compreendem o autocuidado pela mesma perspectiva de responsabilidade do indivíduo pela própria saúde, com pouca ou nenhuma discussão a respeito de questões amplas de responsabilidades sociais, exceto aquelas de contextualização de particularidades.

Dois valores orientam a perspectiva ideológica destes artigos: a participação das pessoas com diabetes na elaboração de seu plano terapêutico e o respeito à autonomia do indivíduo. Estes valores são apresentados a partir do viés liberal de individualização dentro de uma estrutura pré-formatada. As prioridades, a sequência de abordagem dos temas, o modo de buscar cada objetivo e as possibilidades reais de aplicação das propostas são discutidas individualmente entre o educador e a pessoa com diabetes, porém, o cardápio está dado e ao indivíduo cabe escolher entre as opções oferecidas pelo profissional. As circunstâncias do sujeito, sejam elas de natureza econômica, cultural, emocional, nutricional, física ou pessoal são ouvidas, respeitadas e consideradas, todavia, de modo verticalmente direcionado (ADA, 2021; DAVIS *et al*, 2022; SBD, 2019).

The DSMES team will explain and demonstrate psychosocial and behavior change strategies that can be used by the PWD to meet their self-determined goals and targets. The role of the DSMES team is to provide support in problem solving during this process. The ADCE7 Self-Care Behaviors can be used for tracking progress in behavior goals (DAVIS *et al*, 2022, p.489).

Patient-centered care is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values. It ensures that patient values guide all decision making (ADA, 2021, p.54)

O educador não deve impor conceitos e rotinas, mas, sim, ouvir o educando para que, juntos, decidam a melhor maneira de introduzir hábitos saudáveis, realizar cuidados básicos e estabelecer terapêuticas (SBD, 2019, p.163).

Em todas as diretrizes existe uma notável e onipresente negação de posturas autoritárias. O educador não age como um prescritor, mas como alguém que deve ser capaz de identificar e suprir as demandas da pessoa com diabetes. A premissa de centramento do processo educativo no educando também é comum a estes documentos e configura-se o cerne do entendimento do respeito à autonomia (ADA, 2021; BECK et al, 2017; DAVIS et al, 2022; SBD, 2019).

A escolha da abordagem tecnicista também é concordante e condizente aos declarados objetivos. A educação técnica é a educação do ajustamento. Existe uma realidade dada e, ao educando, cabe adquirir capacidades para melhor se adaptar a ela. Há aqui um pequeno avanço em relação a posicionamentos mais antigos: a realidade vigente é aquela vivida pela pessoa com diabetes (novamente a contextualização), não uma suposta realidade padrão abstrata desconectada da vivência concreta (ADA, 2021; BECK et al, 2017; DAVIS et al, 2022; SBD, 2019).

Com um forte componente behaviorista, a diretriz brasileira possui outra notável característica da educação técnica: a burocratização. Inicia propondo o uso de uma escala de avaliação de comportamento (modelo de Prochaska) a fim de analisar o “estágio de mudança de comportamento” (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação ou manutenção) que cada indivíduo se encontra e programar as ações educativas mais eficazes (SBD, 2019). Continua por um questionário pré-intervenção para “*identificar o nível de informação antes do início do programa*” (SBD, 2019, p,165), segue pela aplicação das sete medidas da AADE (comer saudavelmente, praticar atividade física, vigiar as taxas, tomar os medicamentos, adaptar-se saudavelmente, resolver os problemas, reduzir os riscos) e finaliza com um novo questionário para avaliar o resultado do processo educativo (escalas que avaliam conhecimento, qualidade de vida, atitudes e sentimentos). As medidas AADE são originadas na ADCES e também estão presentes nos *guidelines* internacionais (ADA, 2021; BECK et al, 2017; DAVIS et al, 2022; SBD, 2019).

O uso de instrumento avaliativo antes e após uma intervenção é a clara manifestação de que se espera a aquisição de conteúdo pré-estabelecidos, através de transmissão vertical (deseja-se o gabarito). Neste sentido, a professora Ausônia nos

ensina que, em alguns contextos cuja finalidade é a persuasão, a boa comunicação confunde-se com uma boa divulgação. Considera-se, portanto, bom comunicador aquele com notável capacidade de alastrar a informação e, com isto, modificar a opinião de um grande número de pessoas (DONATO, 2004).

No que interessa à concepção de educação transformadora no âmbito da Saúde, a falta de um referencial teórico-metodológico relativo à comunicação faz com que assumamos de pronto que o que importa é fazer com que uma mensagem, partindo de um ponto de emissão, chegue a um receptor, situado num contexto (DONATO, 2004, p.11).

Se a escolha pela padronização de objetivos, metas e comportamentos, por um lado facilita o direcionamento da pauta e a priorização de temas cuja relevância esteja solidamente ancorada em bibliografia científica, por outro lado, incorre-se o risco de propor um programa engessado e que não tenha significado real àqueles que o executarão diuturnamente. Os autores dos programas aqui discutidos compreendem esta dificuldade e propõe como solução espaçamento máximo de 6 meses entre os encontros de educadores e pessoa com diabetes, suporte familiar e educação por pares (DAVIS et al, 2022; SBD, 2019).

Muitas vezes, a difícil adaptação do indivíduo com diabetes tem como base a falta de motivação, relacionada com o desconhecimento das complicações. Mudanças no estilo de vida são difíceis de implementar, mas muitos hábitos podem ser modificados com estimulação constante ao longo do acompanhamento multidisciplinar, com estabelecimento de metas alcançáveis e progressivas de acordo com cada indivíduo (SBD, 2019, p.165-166).

Não obstante todo o corpo da diretriz brasileira orientar para uma educação tecnicista, de forma contraditória e superficial o documento incorpora em seu discurso acenos a Paulo Freire (ADA, 2021; DAVIS et al, 2022; POWERS et al, 2020; SBD, 2019).

Desse modo, o educador em diabetes deve despertar no indivíduo o interesse em entender sua doença e conscientizá-lo de que o conhecimento auxilia no autocuidado, é capaz de prevenir complicações, além de melhorar a qualidade de vida e de aumentar a longevidade. Sendo assim, reforça-se o conceito de que ensinar não é transferir conteúdo para outro indivíduo. O educador tem de estar “com” o educando e não “sobre” o educando; precisa ajudá-lo a superar as dificuldades e adaptar os novos conceitos propostos (SBD, 2019, p.163)

Em momento posterior, nota-se menção a uma perspectiva crítica de educação conduzindo a um “conhecimento crítico”, o que não se sustenta em nenhuma das propostas do texto.

Ações educativas realizadas em perspectiva dialogal, reflexiva e crítica podem ser instrumento efetivo para formação de um conhecimento crítico. Este possibilitará ampliar a compreensão dos indivíduos e a sua autonomia diante das condições de vida e saúde, no caso, o diabetes (SBD, 2019, p.164).

A perspectiva freireana de uma educação libertadora conduz a uma abordagem educativa que se proponha a enfrentar o *status quo*:

Seguindo a ideologia freireana, o objetivo da educação popular em saúde não é formar sujeitos polidos, que bebam água fervida, mas ajudar as classes mais humildes na conquista de sua autonomia e de seus direitos (MACIEL, 2009, p.775).

Uma proposta de educação crítica será apresentada no II Caderno de Educação Popular em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Neste momento iremos interpretar o segundo pilar destas diretrizes: o respeito à autonomia.

O principal ponto colocado é a caracterização de autonomia e liberdade na relação entre profissionais de saúde e população sob cuidado (pessoas com diabetes), a partir do viés liberal de indivíduo livre (ADA, 2021; DAVIS et al, 2022; POWERS et al, 2020; SBD, 2019). Esta discussão envolve diretamente um aspecto bastante caro ao estudo da promoção em saúde: o Paternalismo.

O paternalismo versa a respeito da ingerência, ou não, de terceiros nas escolhas individuais, interferindo de forma mais ou menos impositiva nos estilos de vida (ALMEIDA, 2000; CONLY, 2013; GARRAFA, 2005; SCHRAMM, 2006; SILVA, 2010). Enquanto Conly (2013) defende o chamado “paternalismo fraco”, Schramm (2006) problematiza o deslocamento da saúde de posição de direito para um lugar de dever:

Eu argumento que pode ser moralmente permissível coagir as pessoas a fazerem o que é bom para sua saúde. (...). Boas medidas paternalistas são destinadas a promover objetivos de longo prazo e a impedir que as pessoas tomem decisões de curto prazo que interfiram em sua conquista (CONLY; 2013, p.241).

(...) podemos sintetizar da seguinte maneira: a saúde não é mais, em última instância, um direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado. Em outros termos, a hospitalidade incondicional seria uma resistência à instauração de uma biopolítica global baseada numa suposta necessidade de comportamentos individuais considerados saudáveis de acordo com o “paradigma” dominante do momento, mas que, de fato, é um modelo construído sobre uma confusão entre dados de um evento e probabilidades de um evento, e entre potencialidade e atualização (SCHRAMM, 2006, p.196).

O paternalismo pode também ser entendido como uma medida protetiva do Estado, favorecendo aos indivíduos escolhas saudáveis por meio de legislações que melhorem o equilíbrio de forças entre os interesses da população e da burguesia. As indústrias têm instrumentos muito poderosos - ciência, propaganda, recursos financeiros, influências em órgãos de poder, controle das artes - de direcionamento de opiniões e atitudes, de modo que alguma interferência do Estado se faz necessária para limitar a exploração da massa popular (GARRAFA, 2005).

Assim, a bioética de intervenção defende como moralmente justificável, entre outros aspectos: a) no campo público e coletivo: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas; b) no campo privado e individual: a busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados com o próprio contexto onde os mesmos acontecem (GARRAFA, 2005; p.130-131).

Isto posto, mais importante do que afirmar ou negar o paternalismo é a apuração dos interesses envolvidos em cada ato:

Importante salientar que a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção de saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, pode constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas (como são as propostas de educação popular) (Castiel, 2004, p.617).

As diretrizes de educação em diabetes, pela ótica liberal de responsabilidade individual, encaminham a orientação de hábitos saudáveis por duas veredas: melhora da qualidade de vida e redução de custos (ADA, 2021; BECK *at al*, 2017; DAVIS *et al*, 2022; POWERS *et al*, 2015; SBD, 2019). Já os modelos apoiados na educação crítica e

em uma perspectiva radical posicionam o Estado como mantenedor de um estado de bem-estar coletivo (SCHRAMM, 2014).

É importante ressaltar, entretanto, que paternalismo de Estado não deve ser confundido com o estado de bem-estar social (welfare state), que – de acordo com o Manifesto em defesa da civilização – não pode ser interpretado como uma mera reforma do capitalismo, mas sim como uma grande transformação econômica, social e política [e como] emergência de um Estado que institucionalizou a ética da solidariedade no qual o bem-estar de um só é possível quando os demais à sua volta encontram-se na mesma situação e a liberdade só é possível com igualdade e respeito ao outro, pois a autonomia do indivíduo significa a liberdade de se autorrealizar (SCHRAMM, 2014, p.12).

Neste contexto de bem-estar social, a educação em saúde se torna relevante ferramenta de promoção da saúde.

A concepção de saúde como produto social, decorrente de fatores relacionados com a qualidade de vida, padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação, saneamento e educação, embasa o paradigma da promoção da saúde. As ações a serem desenvolvidas, com o objetivo de produzir melhorias nas condições de vida e de saúde, devem estar voltadas para a coletividade e para o ambiente, por meio de políticas públicas favoráveis para o desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BÓGUS, 2004, p.16).

As políticas públicas saudáveis devem ser entendidas como um campo de referenciais conceituais e empíricos, em construção, rejeitando a adoção de políticas sanitárias minimalistas ou de experiências institucionais e normatizadoras de saúde perfeita (BÓGUS, 2004, p.16)

Por fim, em concordância com a proposta de educação crítica e promoção de saúde para cidadania defendidas neste trabalho, discorro brevemente sobre o II Caderno de Educação Popular em Saúde. Este é um documento do Ministério da Saúde, fruto da ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde) cujo interesse é:

(...) fortalecimento da organização popular, aproximação de bandeiras de luta de cada segmento, formação política e de interlocução propositiva com os espaços instituídos, mantendo suas identidades. Resgata assim, o sentido de projeto coletivo de saúde como idealizado na reforma sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.25-26).

Nesta concepção, o papel da educação passa por:

Dentre os princípios da EPS, podemos destacar a defesa intransigente da democracia em contraposição ao autoritarismo ainda comum em nossa jovem democracia; a articulação entre os saberes populares e os científicos promovendo o resgate de saberes invisibilizados no caminho de um projeto popular de saúde onde haja o sentido do pertencimento popular ao SUS; a aposta na solidariedade e na amorosidade entre os indivíduos como forma de conquista de uma nova ordem social; a valorização da cultura popular como fonte de identidade; a concepção de que a leitura da realidade é o primeiro passo para qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.18).

Diferentemente dos textos anteriores, cujo objetivo estava na transformação de hábitos de vida pelo convencimento, esta escritura nos alerta para um uso ético dos conhecimentos da população e reforça a necessidade de distanciarmo-nos da posição de referencial teórico, compreendendo a natureza distinta da construção do conhecimento científico e popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.37).

Outro alerta importante àqueles que se aventurarem na educação popular, ao meu ver em especial quando em exercício de uma pesquisa-ação, é a distorção que fazemos a respeito do entendimento que a população tem de sua própria condição de exploração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

É possível que um dos grandes problemas para os profissionais, pesquisadores e militantes seja a forma com que as classes subalternas encaram uma vida, existência marcada, cercada de pobreza e sofrimento. É bem provável que estes setores da população tenham uma enorme lucidez sobre sua situação social, como no caso da liderança da favela acima. Mas clareza da sua situação social pode significar também clareza de que uma melhoria significativa seja uma ilusão. Neste sentido, a crença em melhorias e numa solução mais efetiva pode apenas ser um desejo, embora importante, da classe média comprometida. Isso significaria que a percepção da população seria mais lúcida e realista, a não ser que se configure uma conjuntura com indicações de possibilidades reais de mudança que favoreça as classes subalternas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.45).

Em suma, os documentos destinados à educação em diabetes, nacionais e internacionais, entendem promoção a saúde como mudanças individuais de estilo de vida, objetivam a normatização de comportamentos com foco em resultados, utilizam a abordagem tecnicista e são guiados pela ideologia liberal. Por outro lado, projetos que

propõem uma educação crítica – como este trabalho e o caderno do MS – compreendem promoção a saúde como parte do exercício da cidadania, objetivam a mudança da estrutura social e o fim das desigualdades e apoiam-se em uma ideologia radical de esquerda. Uma das possíveis explicações para a negação enfática, em discurso, de posturas autoritárias, sem a disposição material de abdicar da condição de comando, organização e decisão, são as relações de poder em saúde.

1.4.2. Relações de Poder e a Educação em Saúde

Gastaldo (1997) analisou as relações de poder da educação em saúde (ES) a partir do conceito de biopoder de Foucault (1988). Para Foucault (1988) poder não é uma condição presente ou ausente, pertencente a um grupo e destituída de outro, é um movimento constantemente construído pelas desigualdades nas relações de força. Neste contexto, o autor situa o discurso como articulador do poder:

Os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o, mas também o mina, expõe, debilita e permite barra-lo. Da mesma forma, o silêncio e o segredo dão guarida ao poder, fixam suas interdições; mas também, afrouxam seus laços e dão margem a tolerância mais ou menos obscuras (FOUCAULT, 1988, p.96).

No primeiro volume de *História da Sexualidade (A vontade de Saber)*, Foucault nos introduz o conceito de biopoder: modo como o poder se utilizou da vida para exercer-se. Anteriormente à Idade Clássica, o poder era exercido através do controle da morte:

A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. (...) aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto de técnicas diversas e numerosas para obterem sujeição dos corpos e controle das populações. Abre-se assim a era do bio-poder (FOUCAULT, 1988, p. 131-132).

O biopoder foi fundamental ao desenvolvimento do capitalismo, pois, através dele, o Estado, que tem por obrigação promover a vida, passou a adequar os corpos às

exigências do sistema de produção. O poder de morte tornou-se normativo, através das leis (FOUCAULT, 1988).

Segundo Gastaldo (1997) quando a dicotomia saúde x doença foi substituída pelo conceito de risco, a prevenção e, posteriormente, a promoção de saúde ganharam espaço como estratégia de saúde pública. O biopoder – que versa a respeito do controle social exercido através do corpo, da saúde e da reprodução – explicaria a orientação normativa e autoritária que o modelo tradicional de Educação em Saúde adotou entre o século XIX e o século XX (GASTALDO, 1997).

Na visão tradicional, a escolha saudável é a única escolha. Assim, os profissionais sabem qual é a escolha ideal, e deles é esperado que convençam os clientes a ter o estilo de vida mais saudável possível. A possibilidade de um cliente optar por atitudes não saudáveis, após ter participado de alguma atividade de Educação em Saúde, é interpretada pelos profissionais como uma falha (GASTALDO, 1997, p. 152).

Durante a década de 1980, houve um movimento internacional de mudança de paradigma que coincidiu com a Reforma Sanitária no Brasil (GASTALDO, 1997).

Em 1981 (...) a política de Educação em Saúde iniciou a mudança de um enfoque tradicional para a promoção da participação comunitária nas atividades da saúde. Esta política não tinha seu foco na promoção de mudanças comportamentais. Ao invés disso, o documento concentrava-se no papel dos postos e profissionais da saúde como promotores de educação crítica, com vistas a facilitar a participação da população. A linguagem e as referências utilizadas no texto revelam uma influência marcante das ideias de Paulo Freire e de sua teoria de educação libertadora (GASTALDO, 1997, p. 154).

Entretanto, a autora entende que ambos os modelos de ES constroem relações de poder que envolvem a “submissão pela ignorância”. Nas identidades de *saúde* e *doença*, desenvolvidas em ambientes educativos, o desequilíbrio de forças que mantém o poder dos dominantes encontra-se reforçado por “um sistema complexo de premiações e punições” (GASTALDO, 1997). O Ministério da Saúde orienta-nos na mesma direção:

Assim, um crescente número de profissionais vem sendo despertado para repensar suas práticas assistenciais para torná-las mais integradas aos interesses e à cultura da população. Mas isto não é fácil. Não basta querer se integrar. É preciso saber fazê-lo. O mundo popular é marcado por valores, interesses e modos de organizar o pensamento e a rotina de vida muito diferente daqueles que orientam a classe média, ambiente cultural de origem

de grande parte dos profissionais de saúde. O poder do doutor e das instituições inibe a fala autêntica das pessoas mais fragilizadas, dificultando o diálogo. Por isto, tem sido usual encontrar profissionais frustrados e até rancorosos com as possibilidades desta integração. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.34).

Por fim, a autora aplica o conceito foucaultiano de “política anatômica” como forma de disciplinar corpos e espaços. Convida-nos a refletir sobre a organização dos serviços, sobre as necessidades das filas de espera – por vezes no frio e na chuva – e o controle de agenda; sobre como o sistema de saúde configurou-se em um “*gerador de experiências de disciplinamentos de corpos*” (GASTALDO, 1997, p.160).

O processo de disciplinar corpos é também alcançado através de uma regulação metódica dos “menores fragmentos de vida”. Para os usuários do sistema público de saúde, há regras e normas para o menor procedimento a ser requisitado. Esta experiência de disciplina é reforçada por pequenas punições ou premiações, baseadas na “atuação” individual dos usuários (GASTALDO, 1997, p. 159)

Uma vez observado todos os controles exercidos pela educação em saúde sobre os corpos, e as relações de poder inerentes ao desequilíbrio de forças, ainda nos cabe a possibilidade de propor um projeto participativo que os enfrente, dentro de seus limites de viabilidade. A educação crítica se desenvolve na materialidade, portanto submete-se a existências reais, porém desloca o foco de comportamentos individuais e busca a mudança da estrutura social.

O grande desafio da promoção à saúde, principalmente no contexto latino americano é a de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los. A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde (HEIDMANN et al, 2006, p.356).

1.5. Filosofia da Educação: o Pensamento de Paulo Freire

O primeiro parágrafo do primeiro livro de Paulo Freire (*Educação como Prática da Liberdade*) inicia a discussão de um de seus conceitos mais caros, aquele que irá permear toda a sua obra, tanto literária quanto de vida (FREIRE, 2018a). Este conceito, que posteriormente será o mote de sua obra-prima (*A pedagogia do Oprimido*), trata da exclusão a que alguns homens se encontram submetidos por não terem ingerência sobre

a própria vida, uma vez que sua ação no mundo deve ser a do ajustamento às decisões de outros. A esta condição de silenciamento, Freire dá o nome de *Desumanização*.

Humanização e desumanização são termos polissêmicos, de modo que se faz necessário ter clareza do que estes significam na filosofia freireana. Quando Freire (2018b) refere-se a *humanizar-se* o autor não está evocando a atitude de sensibilidade benevolente habitualmente associada ao senso comum. *Humanizar-se* aqui é recuperar sua condição humana, assumir a condição que nos diferencia dos animais.

Portanto, enquanto o animal é essencialmente um ser da acomodação e do ajustamento, o homem o é da integração. A sua grande luta vem sendo, através dos tempos, a de superar os fatores que o fazem acomodado ou ajustado. É a luta por sua humanização, ameaçada constantemente pela opressão que o esmaga, quase sempre até sendo feita – e isso é o mais doloroso – em nome de sua própria libertação (FREIRE, 2018a, p.59-60)

Os animais vivem em uma condição dada, uma natureza à qual eles devem se acomodar pois não possuem ferramentas para modificá-la. A relação dos animais com o mundo é uma relação de *contato*, de proximidade, sem interferência. Os animais vivem *no mundo*.

De outra sorte, os seres humanos são seres de *interação*, modificam constantemente a realidade para satisfazer seus interesses – estão *com* o mundo. Assim o são por *vocação* e por terem consciência de sua temporalidade. O homem é um ser histórico, “(...) *não está preso a um tempo reduzido a um hoje permanente que o esmaga, emerge dele. Banha-se nele. Temporaliza-se*” (FREIRE, 2018a, p.57). A consciência do ontem e do amanhã faz com que o homem perceba que o que existe hoje, não existiu sempre e nem existirá para sempre; a permanência está submetida à vontade dos homens, assim como a mudança. Percebe-se um ser inacabado, compreende sua finitude e busca a transformação. A esta vocação (de significado cristão), Freire chama *ser mais* (FREIRE, 2018a).

Entretanto, o filósofo destaca que existe uma estrutura social, por ele denominada por *Opressão*, que desumaniza parte dos homens. A desumanização é, portanto, neste contexto, a perda da vocação de *ser mais*, transformando estes homens em quase-humanos, pois vivem em situação de ajustamento, assim como os animais. O homem desumanizado passa a *ser menos* (FREIRE, 2018a).

Vem sendo expulso da órbita das decisões. As tarefas do seu tempo não são captadas pelo homem simples, mas a ele apresentadas por uma “elite” que as interpreta e lhes entrega em forma de receita, de prescrição a ser seguida. E, quando julga que se salva seguindo as prescrições, afoga-se no anonimato nivelador da massificação, sem esperança e sem fé, domesticado e acomodado: já não é sujeito. Rebaixa-se a puro objeto. Coisifica-se [grifos do autor] (FREIRE, 2018a, pp. 60-61).

Uma vez que a vocação do homem é *ser mais*, a *desumanização*, apesar de fato concreto, não é destino dado, portanto é passível de modificação. No entendimento do autor, o instrumento pelo qual o *ser menos* será capaz de recuperar sua humanidade é o *diálogo* (FREIRE, 2018a).

Já presente nesta primeira obra, porém melhor trabalhado na Pedagogia do Oprimido, o diálogo é “*uma das categorias centrais de um projeto pedagógico crítico, mas propositivo e esperançoso*” (STRECK *at al*, 2018, p. 139) presente na educação libertadora de Freire.

O diálogo se inicia com o respeito ao saber popular e com o entendimento de que a ação educadora não consiste em transmitir o mundo ao aprendiz, mas em construí-lo *com* ele. Para tal, Freire enfatiza que a “*leitura do mundo precede a leitura da palavra*” em várias de suas obras (FREIRE, 2018a, 2018b).

Neste contexto, o entendimento do mundo é também o entendimento de seu lugar no mundo, porém o próprio sistema de opressão impede que o cidadão apreenda a realidade hostil em que vive. Freire propõe um método de ensino-aprendizagem que permite ao oprimido emergir de seu mundo e vislumbrar sua condição a partir de uma perspectiva ampliada. O autor chama esta visão inicial, restrita à vivência de *focalista*, em oposição, a visão de mundo acrescida de criticidade e fundamentação teórico-científica é designada *totalista*. Discutiremos este método posteriormente (FREIRE, 2018b).

Antes de atermo-nos ao *diálogo*, precisamos compreender o porquê de o homem *oprimido*, preso a esta realidade violenta, não conseguir, previamente a luta por sua *humanização*, sequer vislumbrar uma realidade diferente como possível (FREIRE, 2018b).

Como dito anteriormente, a impossibilidade de avistar uma nova realidade, destituída de opressão, faz com que o oprimido se ajuste à realidade vigente e busque ascender socialmente nela. O oprimido, hospedando em si o opressor, tem como único objetivo de transformação social, tornar-se ele o opressor (FREIRE, 2018b).

Na “imersão” em que se encontram, não podem os oprimidos divisar, claramente, a “ordem” que serve aos opressores que, de certa forma, “vivem” neles. “Ordem” que, frustrando-os no seu atuar, muitas vezes os leva a exercer um tipo de violência horizontal com que agridem os próprios companheiros (FREIRE, 2018b, p. 68).

A nova realidade, na qual não há o sistema de opressão, Freire denomina *inédito viável* (FREIRE, 2018b).

O **inédito-viável** não é, pois, uma simples junção de letras ou uma expressão idiomática sem sentido (...). Uma **palavra** epistemologicamente empregada por Freire para expressar, com enorme carga afetiva, cognitiva, política, ética e ontológica, os projetos e os atos, das possibilidades humanas. Uma **palavra** que carrega no seu bojo, portanto, crenças, valores, sonhos, desejos, aspirações, medos, ansiedades, vontade e possibilidade de saber, fragilidade e grandeza humanas. (...) **Palavra** na qual estão intrínsecos o dever e o gosto de mudarmos a nós mesmos dialeticamente, mudando o mundo e sendo por este mudado (STRECK et al, 2018, p. 263).

Na citação acima, o termo *palavra* foi destacado pelo autor por tratar-se de mais uma categoria de conceito da educação freireana. Em Freire, *palavra* não é o mesmo que discurso (STRECK et al, 2018).

O conceito de palavra está diretamente relacionado ao de *práxis*: “Não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí que dizer a palavra verdadeira seja transformar o mundo” (FREIRE, 2018b, p. 107). A *palavra*, portanto, assume o próprio conceito de *práxis*, o de ação-reflexão, dentro do diálogo. Apenas aqueles que estão *com* o mundo *pronunciam* a *palavra*, pois tem a consciência crítica da realidade a ser transformada, os oprimidos têm sua palavra roubada pela opressão (FREIRE, 2018b).

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado [grifo do autor], por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes [grifo do autor], a exigir deles novo pronunciar [grifo do autor] (FREIRE, 2018b, p. 108).

O *diálogo*, em função de suas especificidades técnicas, pode ser entendido como um método, mas é fundamental se ater a jamais interpretá-lo de forma fria e apartado dos conceitos filosóficos que o embasam e sustentam. As tecnicidades metodológicas do *diálogo* e dos *círculos de cultura* serão discutidas no capítulo referente ao método

(Capítulo 4.3) deste trabalho, neste momento exploraremos sua participação dentro da filosofia freireana como elemento fundante da *Educação Dialógica*.

Os opressores se utilizam de alguns meios para manter o sistema de opressão e, conseqüentemente, beneficiar-se dele. Estes meios, presentes tanto na educação como na propaganda, são descritos por Paulo Freire na *Teoria da Ação Antidialógica* e consistem em: conquista, divisão, manipulação e invasão cultural (FREIRE, 2018b).

O autor inicia descrevendo a *conquista*, característica responsável pela introjeção do opressor no oprimido. A conquista é uma opressão cultural que mitifica a realidade e age através da incorporação destes mitos como verdades. Dentre as características da Teoria Antidialógica esta é tão importante que o autor considera que as demais são ferramentas para operacionalizá-la (FREIRE, 2018b).

Tão ou mais maléfica à libertação que as outras características, a *conquista* é difícil de ser identificada como hostil pois muitas vezes passa por atenção, carinho, dedicação, incentivo e crença na capacidade de superação do indivíduo (FREIRE, 2018b).

O antidialógico, dominador, nas suas relações com o seu contrário, o que pretende é conquistá-lo, cada vez mais, através de mil formas. Das mais duras às mais sutis. Das mais repressivas às mais adocicadas, como o paternalismo (FREIRE, 2018b, p.186).

Um exemplo, citado pelo autor, é o mito da meritocracia no qual a classe opressora conquista os oprimidos inculcando neles a ideia de que são capazes de vencer pelo esforço próprio, mantendo assim a estrutura social que favorece os dominantes. Cita também, entre outros, o “*mito da caridade*” – que na realidade é assistencialismo – o “*mito da propriedade privada*” e o “*mito da operosidade dos opressores e da preguiça e desonestidade dos oprimidos*” (FREIRE, 2018b, p. 188-189).

A segunda característica da *Teoria da Ação Antidialógica* é “Dividir para manter a opressão”. Trata-se da diferença de força dos indivíduos, ou grupos de indivíduos, agindo individualmente versus unidos e organizados em coletivos, na transformação do *status quo*. A ação se dá pela busca de cisão entre os grupos, “ilhando-os” em suas particularidades *focalistas* (FREIRE, 2018b).

A seguir nos apresenta a *manipulação*, característica que busca moldar a sociedade a favor da elite dominante, porém com uma falsa aparência de diálogo com os

oprimidos, através de pactos. Esta estratégia é fundamental para o momento no qual os oprimidos começam a emergir de sua realidade e enfrentar os opressores. “*Antes da emersão das massas, não há propriamente manipulação, mas o esmagamento total dos dominados. Na sua imersão quase absoluta, não se faz necessária a manipulação*” (FREIRE, 2018b, p. 199).

Por fim temos a *invasão cultural*, retratada como “*penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibir sua expansão*” (FREIRE, 2018b, p. 205). A invasão cultural se dá explicitamente por meio da linguagem, da moda, da música e dos comportamentos sociais, porém, de modo dissimulado, inocula valores, ambições, temores, possibilidades e olhares. Através desta ação a classe dominante desenvolve e dissemina os conceitos de cultura, beleza, vitória, justiça e felicidade.

A *Teoria da Ação Antidialógica* está a serviço de uma concepção de educação, assim como a *Teoria Dialógica* está a serviço de outra. Freire (2018b, 2018c) nega explicitamente a possibilidade de uma educação neutra e nos provoca a buscarmos, a cada vez que se exige neutralidade, qual a cultura implícita na educação proposta e a serviço *de quem* – ou *de que* – ela age. Esta reflexão está exposta em vários de seus livros, mas encontra-se bem descrita no trecho a seguir:

Não há nem jamais houve prática educativa em espaço-tempo nenhum de tal maneira neutra, comprometida apenas com ideias preponderantemente abstratas e intocáveis. Insistir nisso e convencer ou tentar convencer os incautos de que essa é a verdade é uma prática política indiscutível com que se pretende amaciar a possível rebeldia dos injustiçados. Tão política quanto a outra, a que não esconde, pelo contrário, proclama, sua politicidade (FREIRE, 2018c, p. 108).

Ao refletir sobre os conteúdos e as práticas educativas, o educador precisa ter em consideração algumas perguntas: Em favor de que se ensina? Em favor de quem? Contra o que se ensina? Contra quem? (FREIRE, 2018c).

Esta reflexão nos leva ao entendimento político a que Freire se refere anteriormente. Se não há conteúdo neutro, não há educação neutra e, conseqüentemente não há processo ensino-aprendizagem neutro. Ao educador se faz mandatório assumir uma posição política. No entendimento de Freire havia duas posições possíveis: a *Educação Bancária* e a *Educação Dialógica* (humanista-libertadora) (FREIRE 2018c).

A *Educação Bancária* visa a manutenção do *status quo*, é autoritária, vertical, centrada no saber do educador e, por conseguinte, antidialógica. Esta prática é ainda desamorosa, acrítica, arrogante, autossuficiente e desesperançosa, nas palavras escolhidas pelo próprio autor. Trata-se de uma educação fundamentalmente técnica, cujo objetivo é transmitir ao educando conhecimento, partindo do princípio básico de que ele não possui conhecimento algum, utilizando-se principalmente da memorização (FREIRE 2018a, 2018b, 2018c).

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro (FREIRE, 2018b, p. 81).

Todavia, ressaltamos novamente a importância de não esvaziar a leitura de Freire de seus significados políticos. A Educação Bancária não é apenas um modelo antigo de educação, que poderia ser substituído por outros mais flexíveis, como o socioconstrutivismo. A Educação Bancária é uma concepção de educação que está a serviço do sistema de opressão, ela existe com um fim (FREIRE, 2018b).

O silenciamento do educando, a ausência de preocupação com o desenvolvimento do aprendizado crítico e a distinção de lugares de saber, servem, tanto às aulas de matemática ou língua portuguesa, quanto ao aprendizado de como se dá a sociedade, quais posturas devem ter estes indivíduos na vida e qual a posição “natural” deles no mundo. Assim, homens e mulheres, mas também crianças, aprendem a ajustar-se, a acomodar-se, a adaptar-se. Assim, homens, mulheres e crianças vão *coisificando-se* (FREIRE, 2018b).

Não é de se estranhar, pois, que nesta visão “bancária” da educação, os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhe são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos. (FREIRE, 2018b, p. 83)

A *Educação Dialógica* é aquela proposta por Freire (2018b) para libertar os oprimidos, destarte, revolucionária - por este motivo também é chamada de Educação Libertadora. Fundada no diálogo, tem como pilares a consideração da realidade do

educando, a construção mútua do conhecimento, o respeito ao saber do educando, a amorosidade e a criticidade.

Esta educação se dá nos chamados *Círculos de Cultura*, com participação de educadores e educandos, uns ensinando aos outros, uns aprendendo com os outros. Segundo o autor: “*Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa*” (FREIRE, 2018b, p. 95-96). Em alguns momentos Freire (2018b, 2018c) os chama de educadores-educandos e educando-educadores, justamente para reafirmar que não há quem ensine e quem aprenda, que o processo é mútuo.

O pensador afirma-nos que na educação dialógica o objeto de investigação é a realidade, não o indivíduo. Em sua percepção, quando deslocamos nossa atenção aos indivíduos, propomos que estes se mudem para adequar-se à realidade, postura incompatível com o educador revolucionário e que deve ser reservada aos dominadores (FREIRE 2018b).

O objetivo principal da educação libertadora é a passagem da ingenuidade para a criticidade. Apenas o conhecimento crítico da realidade é capaz de modificá-la, daí que Freire entende o diálogo como instrumento para reconquistar o direito à vocação de *ser mais*. A percepção ingênua mostra-se *fatalista* e aceita as limitações a que está submetida, uma vez que não é capaz de encarar a *situação-limite* como um desafio e, por conseguinte, vislumbrar o *inédito viável* (FREIRE 2018b, 2018c).

Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissolavelmente à sua ação sobre o mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso. (...) somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isso, de comprometer-se (FREIRE, 2018d, p.19-20).

Quadro 1: Características da consciência ingênua e da consciência crítica

Características da consciência ingênua	Características da consciência crítica
<ul style="list-style-type: none"> • Encara os desafios de maneira simplista. Suas conclusões são apressadas e superficiais • Saudosista • Tende a aceitar formas gregárias ou massificadoras de comportamento • Subestima o homem simples • É impermeável à investigação. Satisfaz-se com as experiências • Pretende ganhar discussões com argumentos frágeis e emocionais. Acredita saber o suficiente. É polêmico. • Fortemente passional. Tendência ao fanatismo ou sectarismo. • Apresenta fortes compreensões mágicas. • Diz que a realidade é estática e imutável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anseio de profundidade na análise de problemas. Não se satisfaz com aparências. • Reconhece que a realidade é mutável • Substitui explicações mágicas por princípios autênticos de causalidade • Procura verificar e testar descobertas. Está sempre disposta a revisões. • Faz o possível para livrar-se de preconceitos, tanto na captação quanto na análise e na resposta aos fatos. • É intensamente inquieta e autêntica (não valoriza aparências). • Assume responsabilidades. • É indagadora. • Ama o diálogo, nutre-se dele. • Não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os na medida em que são válidos.

*adaptado de Educação e Mudança (FREIRE, 2018d, pp. 52-53)

Na *Pedagogia da Autonomia*, o educador descreve como a passagem da *curiosidade ingênua* para a *curiosidade epistemológica* através da criticização do pensamento é capaz de conferir autonomia ao homem (FREIRE 2018e).

Freire afirma em suas primeiras reflexões, entre outras coisas: “*ensinar exige rigorosidade metódica*”; “*ensinar exige respeito aos saberes dos educandos*” e “*ensinar exige criticidade*” (FREIRE, 2018e, p. 28-32).

A rigorosidade metódica a que o autor se refere é o entendimento de que a função do educador, muito além de ensinar conteúdos, é ensinar a “pensar certo”.

Só, na verdade, quem pensa certo, mesmo que, às vezes, pense errado, é quem pode ensinar a pensar certo. E uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiado certos de nossas certezas. (...) O professor que pensa certo deixa transparecer aos educandos que uma das bonitezas de nossa maneira de estar no mundo e com o mundo, como seres históricos, é a capacidade de, intervindo no mundo, conhecer o mundo. Mas, histórico como nós, o nosso conhecimento do mundo tem historicidade. Ao ser produzido, o conhecimento novo supera o outro que antes foi novo e se fez velho e se “dispõe” a ser ultrapassado por outro amanhã (FREIRE, 2018e, p. 29-30).

Muitas vezes mal interpretado, Freire desabafa em *Pedagogia da Solidariedade* ao referir-se ao papel do educador e do educando no processo ensino-aprendizagem (FREIRE et al, 2018). Quando lido cuidadosamente em sua completude, o autor mostra-se um defensor da ciência, do ceticismo científico e da busca pela verdade. Sua postura, política, contrária à transmissão vertical do conhecimento, não significa que o educador acredita que os indivíduos devam limitar-se a sua visão ingênua de mundo e sua explicação simplista das coisas, pelo contrário, prega consistentemente a necessidade da superação da ingenuidade pela epistemologia. O que o autor afirma, quando mal interpretado, é que o conhecimento de experiência feito não deve ser ignorado – “*ensinar exige respeito aos saberes dos educandos*” – e sim, superado, pela consciência crítica (FREIRE 2018a, 2018e; FREIRE et al, 2018).

E eu gostaria de dizer, porque às vezes as pessoas não me entendem bem, acham que para mim não há diferenças entre professores e estudantes, entre educadores e aprendizes. Eu nunca escrevi isto, eu nunca disse isto, mas porque insisto em criticar a arrogância de professores e professoras, porque eu insisto em criticar o autoritarismo dos professores, algumas pessoas concluem que para mim os professores são iguais aos estudantes e que não reconheço nenhum tipo de autoridade. (...) se os estudantes fossem como os professores, nós não precisaríamos dizer professores e estudantes, porque todos seriam o mesmo (FREIRE et al, 2018, p. 29).

Neste trecho, Freire cita a *autoridade*. Outro conceito marcante na obra do educador, autoridade é frequentemente posta em oposição ao autoritarismo, assim como a liberdade opõe-se à licenciosidade. Autoridade e liberdade são partes constituintes uma da outra: “não há liberdade sem autoridade, não há também esta sem aquela” (FREIRE, 2018b, p. 244). Quando a liberdade se abstém de autoridade, deixa de ser liberdade e torna-se licenciosidade. Por outro lado, quando a autoridade nega a liberdade, deixa de ser autoridade e torna-se autoritarismo (FREIRE, 2018b).

O educador também afirma “ensinar exige liberdade e autoridade” (FREIRE, 2018e, p. 102). É a liberdade de decisão que permite a autonomia. É a autoridade que garante a liberdade.

Por outro lado, faz parte do aprendizado da decisão a assunção das consequências do ato de decidir. Não há decisão a que não se sigam efeitos esperados, pouco esperados e inesperados. Por isso é que a decisão é um processo responsável (FREIRE, 2018e, p. 104).

Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões que vão sendo tomadas (FREIRE, 2018e, p. 105).

Uma vez livre, o que faz o educando aproximar-se do objeto cognoscível é a curiosidade. Ao entender-se como ser histórico, portanto, incompleto, o indivíduo busca conhecer o mundo. Na primeira busca por entender do mundo, através de uma aproximação natural entre cognoscente e objeto na prática diária, o sujeito desenvolve a curiosidade ingênua (FREIRE 2018e).

O bom professor refina a curiosidade do educando. A superação da curiosidade ingênua pela curiosidade epistemológica, não é um evento natural, dá-se pela consciência crítica do objeto cognoscível: “*E a curiosidade assim metodicamente rigorizada faz achados cada vez mais exatos*” (FREIRE, 2018e, p. 120). O desenvolvimento da consciência crítica, propõe Freire, dá-se através dos círculos de cultura e da Educação Libertadora (FREIRE, 2018a).

Para que seja possível a prática da Educação Libertadora, em oposição à *Teoria Antidialógica*, o autor nos descreve a *Teoria da Ação Dialógica*. As ferramentas desta teoria, são a colaboração, a união, a organização e a síntese cultural. A colaboração opõe-se à conquista pois enquanto a segunda coisifica o sujeito ao agir sobre ele, a primeira une-se a ele para transformar o mundo. A união opõe-se a divisão como forma de somar forças aos oprimidos. A organização das massas populares opõe-se a manipulação, fazendo valer seu testemunho. Por fim, a síntese cultural opõe-se à invasão cultural, pois, ao invés dos atores chegarem impondo sua cultura, aprendem com as massas populares e integram-se a elas, incidindo sua ação sempre sobre a realidade, nunca sobre as pessoas (FREIRE, 2018b).

Por fim, dedicaremos as últimas linhas deste capítulo a discorrer sobre a solidariedade do opressor, fundamental a aplicação da *Teoria da Ação Dialógica* e da *Educação Libertadora*.

Freire nos apresenta a posição desconfortável na qual se vê o opressor ao entender o sistema de opressão. Este desconforto faz com que muitos de nós, ao tentarmos modificar a realidade perversa em que nos encontramos, ajamos de modo contrário à libertação, pois, acostumados à posição de prescritores tendemos a tomar para nós o controle da situação, mesmo quando visamos favorecer a autonomia do outro (FREIRE, 2018b). Creio ser este o cerne da problemática discutida anteriormente nos

capítulos referentes à educação em diabetes, por este motivo me alongarei um pouco em descrevê-lo.

O mesmo se pode dizer ou afirmar em relação ao opressor, tomado individualmente como pessoa. Descobrir-se na posição de opressor, mesmo que sofra por este fato, não é ainda solidarizar-se com os oprimidos. Solidarizar-se com estes é algo mais que prestar assistência a trinta ou a cem, mantendo-os atados, contudo, à mesma posição de dependência. Solidarizar-se não é ter a consciência de que explora e “racionalizar” sua culpa paternalisticamente. A solidariedade, exigindo de quem se solidariza que “assuma” a situação de com quem se solidarizou, é uma atitude radical (FREIRE, 2018b, p. 49).

O educador propõe em sua filosofia que ao oprimido cabe a libertação, tanto de si quanto do opressor (FREIRE, 2018b). Isto porque o opressor apenas é opressor porque existe a opressão. Se o oprimido, ao libertar-se, extinguir a opressão – e esta é a única forma verdadeira de libertação – o opressor será extinto junto com ela (FREIRE, 2018b). Se a libertação dos oprimidos viesse por ação do opressor, então este novamente estaria reafirmando sua posição de detentor da palavra e construtor do mundo, portanto mantendo o sistema de opressão, de modo que libertação de fato não haveria, apenas transformação de uma opressão por outra.

Isto não significa que, no quefazer dialógico, não haja lugar para a liderança revolucionária.

Significa, apenas, que a liderança não é proprietária das massas populares, por mais que a ela se tenha de reconhecer um papel importante, fundamental, indispensável.

A importância de seu papel, contudo, não lhe dá o direito de comandar as massas populares, cegamente, para a sua libertação. Se assim fosse, esta liderança repetiria o messianismo salvador das elites dominadoras, ainda que, no seu caso, estivessem tentando a “salvação” das massas populares (FREIRE, 2018b, p. 227-228)

Neste contexto, retornemos à situação do opressor. Consciente da realidade opressiva e sem a legitimidade para debelá-la cabe ao opressor solidarizar-se com o oprimido e, unindo-se a ele, posicionar-se contra a opressão. Esta ação solidária permite a superação da contradição opressor-oprimido apenas quando associada à reflexão, no exercício da *práxis*. A *práxis* oportuna ao opressor que este também se reconheça em libertação, ao invés de sentir-se ele oprimido pela perda de seu direito de oprimir (FREIRE, 2018b).

2. JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus é uma doença endêmica e potencialmente mutilante que tem sua incidência aumentando em países pobres (IDF, 2017).

Nos últimos anos cresceu exponencialmente a oferta de tecnologias de saúde para tratamento de DM2, especialmente os medicamentos, que elevaram substancialmente o custo do tratamento do Diabetes, sem conseqüente melhora nos índices de mortalidade e incidência de complicações crônicas (SBD, 2019).

A Lei Federal 11.347 (BRASIL, 2006) condiciona o fornecimento de medicamentos e insumos a pessoas com Diabetes Mellitus à participação em programas educativos.

As sociedades de classe têm se empenhado em produzir documentos norteadores para implementação de programas de educação em Diabetes. As Diretrizes da SBD e os *guidelines* da ADA e ADCES – considerados os impressos mais relevantes para a prática da endocrinologia brasileira – utilizam-se de uma abordagem tecnicista que visa mudança de estilo de vida, sustentada por uma ideologia liberal que foca no indivíduo. Apesar de apoiados no respeito à autonomia, estas propostas acabam por responsabilizar o indivíduo por sua doença, incorrendo no risco de se tornarem instrumentos de culpabilização (ADA, 2021; DAVIS et al, 2022; SBD, 2019).

Por outro lado, o II Caderno para Educação Popular em Saúde, publicado pelo MS, encaminha para a educação crítica e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Paulo Freire é um eminente pensador brasileiro e um dos principais representantes desta tendência pedagógica no mundo (FREIRE, 2018a, 2018b, 2018c, 2018d, 2018e; FREIRE et al, 2018). A pesquisa-ação, método regularmente empregado pelo autor, destaca-se pelo caráter democrático e participativo, e impõe-se como dispositivo mais apropriado ao exercício desta proposta educativa (ANDALOUSSI, 2004).

Tanto a *práxis* freireana quanto a pesquisa-ação constituem-se dispositivos de ação refletida que permitem construção de conhecimento aliado a mudanças sociais (ANDALOUSSI, 2004; FREIRE, 2018c). Experiências de superação da educação em saúde como atividade disciplinadora de corpos, encaminhando a um conceito ampliado de saúde como exercício de cidadania (GASTALDO, 1997), contribuem para o fortalecimento de evidências científicas que contrapõe o paradigma atual da educação em diabetes.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Criar coletivamente um programa educativo em diabetes através da Pedagogia Crítica no município de Itanhaém.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as *situações-limite* das vivências das pessoas com diabetes alcançadas por meio da Pedagogia Crítica, revelando o *inédito viável*.
- Identificar com os profissionais de saúde e população de Itanhaém as demandas educativas em Diabetes a serem contempladas nas atividades municipais (campanhas, matriciamento, rotina de assistência).
- Elaborar soluções coletivas de enfrentamento das iniquidades sociais.

4. MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa participante do tipo pesquisa-ação. Realizamos reuniões baseadas no modelo freireano de Círculos de Cultura, com participação de pessoas com DM ou seus familiares e de profissionais de saúde que trabalham da Unidade de Saúde da Família.

Todos os participantes foram informados quanto ao conteúdo e objetivo desta pesquisa, assim como potenciais riscos e benefícios decorrentes de sua participação na mesma, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes receberam uma via do referido termo, na qual constará o contato da pesquisadora para eventuais esclarecimentos.

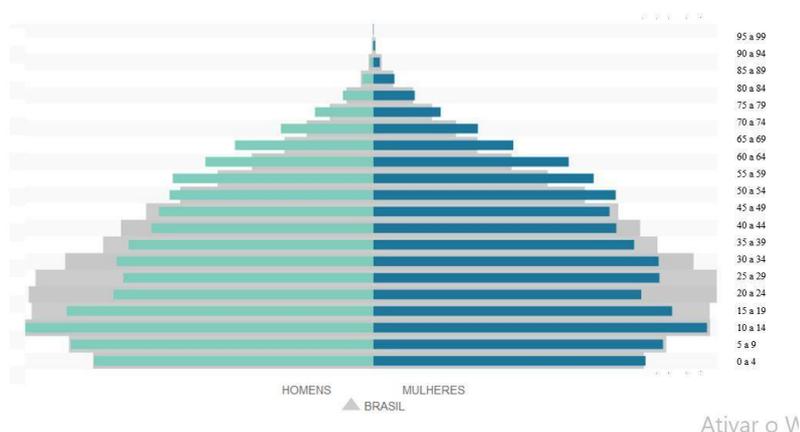
Após breve apresentação do contexto municipal e das características da pesquisa-ação, detalharemos a aplicação do método freireano.

4.1. Contextualização Municipal

A Estância Balneária de Itanhaém, localizada no Litoral Sul do Estado de São Paulo é o segundo município mais antigo do Brasil, fundado em 22 de abril de 1532 por Martin Afonso de Souza (SECRETARIA DE ESTADO DO TURISMO DE ITANHAÉM, 2019).

Em 2018, segundo estimativa do IBGE, ultrapassou os 100 mil habitantes, o que corresponde a um aumento de 13,4% em relação ao censo de 2010. Possui uma população predominantemente jovem, porém mais envelhecida que a média nacional, como podemos observar na imagem abaixo (IBGE, 2010; IBGE, 2021).

Figura 1: Pirâmide etária, comparação entre o município de Itanhaém e o Brasil



Legenda: em azul e verde dados de Itanhaém, em cinza sombreado dados nacionais

Apenas 15,7% da população encontra-se ocupada, sendo que 35,4% da população tem rendimento per capita mensal de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. A renda média em 2010 era de 2,1 salários mínimos. O IDH era de 0,745 na mesma época, abaixo do valor estadual (0,783) e do nacional (0,755) (IBGE, 2010).

A taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos é de 97,5%, o que coloca o município na posição 446 entre as 645 do Estado de São Paulo. Em relação à mortalidade infantil ocupa posição bastante melhor (220º) pois apresentou 13,95 óbitos a cada mil nascidos vivos (IBGE, 2010).

Em relação à rede de saúde, o município pertence à DRS-IV (Baixada Santista) e à RRAS 07 (Baixada Santista e Vale do Ribeira). Possui 11 equipamentos no Departamento de Atenção Básica, sendo 10 Unidades de Saúde da Família e 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). O Departamento de Atenção Especializada contempla os seguintes serviços: 1 CAPS II, Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém (CEDI), Central Reguladora de Vagas, Centro de Especialidades Médicas de Itanhaém (CEMI), Centro de Infectologia de Itanhaém (CINI), Cescri Paula Vegas, Centro Municipal de Reabilitação, Fisioterapia Municipal, Programa Amamentar, Programa Cuidar e Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Além destes departamentos, o município possui o Centro de Especialidades Odontológicas, 1 UPA, SAMU (Regional Litoral Sul), Farmácia Solidária, Laboratório e os serviços de Vigilância.

O município conta ainda com um equipamento de saúde estadual, o Hospital Regional de Itanhaém, atualmente sob administração de uma Organização Social.

4.2. A pesquisa-ação

A *práxis* freiriana apoia-se na dialética teoria-prática, no respeito ao saber do educando, na ação transformadora da realidade, no posicionamento político, na humildade do educador e na união entre ensino e pesquisa (ANTUNES et al, 2018). Uma pesquisa que se proponha a utilizar o referencial freiriano de educação necessita compartilhar destes valores. Nesta perspectiva, a pesquisa-ação impõe-se como método mais adequado aos objetivos deste trabalho.

Segundo Andaloussi (2004), a pesquisa-ação não pode ser considerada uma técnica de coleta de dados – deve ser encarada como um método de pesquisa – posto que esteja inserida em um paradigma particular e apresenta características, finalidades e

fundamentação teórica próprias. Diferencia-se da pesquisa participante por “supor uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro” (THIOLLENT, 2011, p.13-14) e ter por objetivo a solução de problemas reais, no universo em que eles ocorrem, através de ações transformadoras (THIOLLENT, 2011). De fato, a integração entre construção de novos saberes e ações transformadoras da sociedade é o que torna a pesquisa-ação uma forma efetiva pela qual a universidade cumpre seu papel social (TOLEDO et al, 2018).

Uma vez que os métodos positivistas utilizados nas ciências da matéria têm se mostrado insuficientes para responder aos objetivos das ciências humanas, a pesquisa-ação vem, não em oposição, mas em complemento a eles, sendo cada vez mais utilizada, em especial nas pesquisas de educação (ANDALOUSSI, 2004).

A pesquisa-ação é um método de pesquisa no qual há, além da participação, a implicação do pesquisador e dos atores, tanto nos processos de pesquisa, quanto nas ações (ANDALOUSSI, 2004). A participação ativa dos sujeitos, a construção coletiva de novos conhecimentos, a articulação entre teoria e prática, a preocupação em investigar situações reais, a sua intencionalidade, o seu potencial crítico-reflexivo e o seu direcionamento ao apoderamento e autonomia dos sujeitos são alguns dos principais fundamentos deste tipo de pesquisa (TOLEDO et al, 2018).

Na pesquisa-ação, a pesquisa tem a função de diagnosticar uma situação, iniciar uma ação, acompanhá-la, observá-la, conferir-lhe sentido, avaliando-a e incitando-a a desencadear novas ações. A pesquisa permite analisar uma situação para trazer um auxílio, esclarecer o significado do comportamento dos diferentes parceiros e também reduzir as divergências entre os participantes para que alcancem objetivos comuns (ANDALOUSSI, 2004, p.86).

Para ser considerada uma pesquisa-ação, além de haver a necessidade de implicação dos sujeitos – para que não seja apenas pesquisa – é necessário que a ação não seja trivial, seja um problema que requeira investigação e pesquisa – para não se resumir a uma prática. O resultado de uma pesquisa-ação deve auxiliar na resolução de problemas de modo eficiente, bem como aumentar o conhecimento dos pesquisadores e dos atores participantes (THIOLLENT, 2011).

Além da participação dos atores e implicação dos sujeitos, uma pesquisa-ação diferencia-se de outros métodos qualitativos em relação a seus fundamentos. São quatro elementos: fundamentos epistemológicos, ideológicos, sociais e culturais. O

fundamento epistemológico apoia-se na crítica às abordagens positivistas, fenomenológicas e praxiológica, e na pesquisa aplicada (ANDALOUSSI, 2004). O fundamento ideológico pode ser explicado pela *militância pedagógica*:

Quando um pesquisador em educação entra em uma escola e procura com os professores transformar uma situação (mesmo em caso de mudança muito reduzida), seu projeto científico é necessariamente portador de um projeto sociopolítico. A fronteira entre o científico e o político é ínfima. Só pode haver rigor e pertinência científica quando todos os participantes identificam as fronteiras e trabalham no quadro de uma ética e de uma política bem definida (ANDALOUSSI, 2004, p.80-81).

O fundamento social é a finalidade da pesquisa-ação, ou seja, sua disposição de atuar na realidade para modificar uma condição existente enquanto contribui com o conhecimento científico (ANDALOUSSI, 2004). Por fim, o fundamento cultural:

O estilo com o qual o diagnóstico é conduzido, as estratégias e táticas usadas para planejar a ação, a organização e o acompanhamento da mesma e a identificação e a avaliação dos resultados adquirem valor e significações culturais do pesquisador e dos atores envolvidos na pesquisa-ação (ANDALOUSSI, 2004, p.92).

Em relação à análise dos resultados, a pesquisa-ação possui uma *démarche* avaliativa própria, dinâmica, focada na evolução e na trajetória dos fenômenos. Nesta perspectiva, avalia-se um projeto durante os acontecimentos, contribuindo para a construção de sentidos e a regulação das ações. A avaliação não tem um papel de controle e mensuração, mas sim de formação (ANDALOUSSI, 2004). O quadro abaixo apresenta algumas modificações avaliadas durante uma pesquisa-ação:

Quadro 2: Modificações avaliadas na pesquisa-ação

Plano pessoal	Plano interpessoal	Plano organizacional	Plano institucional
Participação Implicação Mudanças nas representações Comportamentos Atitudes	Colaboração Cooperação Modos de negociação Elaboração de projetos e perspectivas	Estruturas e dispositivos instalados em diversos níveis (local, regional e nacional)	Vontade política de construir ou ampliar projetos Financiamento Regulamentações Legislação

Adaptado de Andaloussi, 2004, p.165

A implicação refere-se ao compromisso do pesquisador com a ação e dos participantes com a pesquisa. Este compromisso é parte fundamental do processo de transformação participativa da problemática, com real inserção do pesquisador no campo de pesquisa, porém Andaloussi (2004) nos alerta acerca de alguns elementos.

O primeiro ponto de atenção é o envolvimento psicoafetivo do pesquisador com a realidade pesquisada. Embora inevitável em algum grau, este não pode ocorrer em intensidade tal que priorize ações inconscientes e prejudique o controle da contratransferência (ANDALOUSSI, 2004).

O segundo ponto é uma anulação das características histórico-existenciais do pesquisador. Assim como os atores carregam em si as marcas de suas vivências, também o pesquisador precisa reconhecer suas próprias particularidades socioculturais e contribuir para o desenvolvimento das ações a partir de seu lugar (ANDALOUSSI, 2004).

O terceiro ponto é a implicação estruturo-profissional. Compreende-se que a profissão do pesquisador, assim como seus afetos e suas características socioculturais, intermedia a leitura que ele faz da problemática e a busca das soluções pode ser afetada pelos seus próprios projetos profissionais (ANDALOUSSI, 2004).

A análise da implicação permite compreender a influência destes três elementos (psicoafetivo, histórico-existencial e estruturo-profissional) tanto nos métodos, instrumentos e teorias escolhidos pelo pesquisador, quanto em seus objetivos, possibilitando uma atuação crítica (ANDALOUSSI, 2004).

4.2.1. Planejamento da pesquisa

Na pesquisa-ação não há necessidade de rigor no ordenamento sequencial das ações. O movimento, característica medular deste tipo de pesquisa, também se aplica às etapas de sua construção (THIOLLENT, 2011). Estas etapas estão resumidas no quadro abaixo:

Quadro 3: Etapas da pesquisa-ação

Etapa	Atividades
1. Fase exploratória	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o campo de pesquisa e as características da população (diagnóstico da situação) • Levantamento dos problemas prioritários e expectativas • Avaliar a viabilidade de uma intervenção do tipo pesquisa-ação • Detectar apoios e resistências • Planejamento da estratégia metodológica • Pesquisa teórica • Treinamento complementar para os pesquisadores • Definição dos objetivos da pesquisa
2. Tema da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Eleição do problema • Seleção das áreas de conhecimento aplicáveis e do referencial teórico
3. Colocação dos problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Definir uma problemática: colocar o problema dentro de um determinado campo teórico e prático (marco teórico-conceitual) • Discutir a relevância teórica e prática da investigação
4. O lugar da teoria	<ul style="list-style-type: none"> • Discussões teóricas (linguagem adaptada ao entendimento dos participantes)
5. Hipóteses	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação de hipóteses • Seleção de indicadores
6. Seminário	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir os grupos de estudos e pesquisa • Examinar as informações • Discute as interpretações • Tomada de decisões acerca da pesquisa • Elaborar diretrizes de ação • Buscar soluções • Avaliar as ações
7. Campo de observação	<ul style="list-style-type: none"> • População: totalidade, amostra ou escolha por intencionalidade * a escolha por intencionalidade é considerada adequada às ciências sociais pois a representatividade satisfaz a pesquisa qualitativa, apesar de perder em objetividade pela ausência de aleatoriedade
8. Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista coletiva • Entrevista individual • Observação participante • Diário de campo • Sociodrama • Outros
9. Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura de aprendizagem conjunta (aprendizagem ocorre durante a investigação e pode ocorrer de forma sistemática ou não)
10. Saber formal, saber informal	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito aos diferentes saberes • Aprimorar a comunicação entre o saber da academia e o saber da experiência
11. Plano de ação	<ul style="list-style-type: none"> • Definir: atores, objetivos, participações e decisões, avaliação dos resultados, dificuldades
12. Divulgação externa	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno da informação aos implicados • Canais formais (congressos, revistas) • Canais informais (mídia, reuniões)

Adaptado de Thiollent, 2011, pg.56.

4.3. Círculos de Cultura

O método desenvolvido por Paulo Freire parte do *Universo Temático* da época. Este universo é o conjunto de ideias e desafios pertinentes a cada momento da história, que o autor denomina *temas da época* (FREIRE, 2018b).

Uma unidade epocal se caracteriza pelo conjunto de ideias, de concepções, esperanças, dúvidas, valores, desafios, em interação dialética com seus contrários, buscando a plenitude. A representação concreta de muitas destas ideias, destes valores, destas concepções e esperanças, como também os obstáculos ao ser mais [grifo do autor] dos homens, constituem os temas da época (FREIRE, 2018b, p.128-129).

Estes temas existem para todos, independentemente de haver ou não proximidade ou interesse dos educandos neles. Por outro lado, dentro do *Universo Temático* há temas que dizem respeito diretamente à realidade do educando, sendo então classificados como *Temas Geradores* (FREIRE, 2018b).

Os temas, em verdade, existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos. Um mesmo fato objetivo pode provocar, numa subunidade epocal, um conjunto de temas geradores, e, noutra, não os mesmos, necessariamente. Há pois uma relação entre o fato objetivo, a percepção que dele tenham os homens e os temas geradores (FREIRE, 2018b, p. 137).

É importante observar que os temas geradores não existem soltos, vagos no mundo. Eles existem de forma concreta na vida das pessoas e são significados de modos diferentes a depender de quem os selecione. O modo como um cidadão morador de favela no RJ, um policial em Curitiba, um indivíduo de alta renda em Salvador ou um pequeno agricultor no Mato Grosso absorvem, compreendem e vivem uma mesma temática é absolutamente diferente. É necessário, portanto, que os temas geradores sejam *significados* entre os participantes do círculo de cultura, dando origem à *Temática Significativa* (FREIRE, 2018b).

Esta é a razão por que o fato de os investigadores, na primeira etapa da investigação, terem chegado à apreensão mais ou menos aproximada de um conjunto de contradições, não os autoriza a pensar na estruturação do conteúdo programático da ação educativa. Até então, esta visão é deles ainda, e não a dos indivíduos em face de sua realidade. (FREIRE, 2018b, p. 149-150)

Ao selecionar a temática geradora, os cidadãos por encontrarem-se *imersos* nela, têm da realidade uma visão *localista* que não os permite enxergar os problemas maiores que cercam aquela situação. Paulo Freire descreve as temáticas geradoras como círculos concêntricos, de forma que nos círculos externos estão as questões mais gerais e nos círculos mais internos as questões particulares. De modo objetivo e concreto, costuma-se perceber apenas as questões particulares pois, para ter-se uma visão maior dos problemas que a envolvem é necessário um exercício de abstração. A este exercício, Freire chama de *emersão* (FREIRE, 2018b).

Para o autor, o “tema fundamental”, aquele que ocupa círculo maior e, portanto, contém em si todos os outros, é o tema da opressão e da libertação. Entende que frequentemente o tema da libertação não será levantado como tema gerador pois, muitas vezes este nem é percebido pelos participantes, e que este fato em si é também resultado do próprio sistema de opressão (FREIRE, 2018b).

Como tema fundamental desta unidade mais ampla, que podemos chamar de “nossa época”, se encontra, a nosso ver, o da libertação, que indica o seu contrário, o tema da dominação (FREIRE, 2018b, p. 131).

Em círculo mais restrito, observaremos diversificações temáticas, dentro de uma mesma sociedade, em áreas e subáreas em que se divide, todas, contudo, em relação com o todo [grifo do autor] de que participam. (...). Nas subunidades referidas, os temas de caráter nacional podem ser ou deixar de ser captados em sua verdadeira significação, ou simplesmente podem ser sentidos [grifo do autor]. Às vezes nem sequer são sentidos (FREIRE, 2018b, p. 132).

Presos na condição de *ser menos, coisificados* - os oprimidos - *treinados* a ajustar-se, não educados a pensar criticamente, permanecem *imersos* na realidade concreta. Apenas através do diálogo estes conseguem emergir, ver os problemas “de fora” (abstratamente) a partir de uma perspectiva mais ampla, adquirir novos conhecimentos e se inserir novamente na realidade, agora, portanto outra perspectiva do problema em questão (FREIRE, 2018b).

Por isso é que a investigação se fará tão mais pedagógica quanto mais crítica e tão mais crítica quanto, deixando de perder-se nos esquemas estreitos das visões parciais da realidade, das visões “focalistas” da realidade, se fixe na compreensão da totalidade [grifo do autor] (Freire 2018b, p. 139).

A *emersão*, estágio superior à *imersão*, permite ao indivíduo a passagem da visão *focalista* para a visão *totalista*. A *inserção*, estágio superior à *emersão*, permite a ele retornar ao concreto, reinserir-se na realidade com poder de modificá-la (FREIRE, 2018b).

Da *imersão* em que se achavam, *emergem*, capacitando-se para se *inserirem* na realidade que se vai desvelando. Desta maneira, a *inserção* é um estado maior que a *emersão* e resulta da conscientização da situação. É a própria consciência histórica. Daí que seja a conscientização o aprofundamento da tomada de consciência, característica, por sua vez, de toda *emersão* [grifos do autor]. (FREIRE, 2018c, p. 141-142)

A função do educador está em auxiliá-lo no momento da *emersão*. A superação da *curiosidade ingênua* pela *curiosidade epistemológica* se dá neste processo (FREIRE, 2018e).

Os Educadores, portanto, recebem a *Temática Significativa* codificada. Esta codificação também é recebida pelos educadores/investigadores durante as visitas de exploração da área que precedem a atividade educativa. Cabe a eles *descodificarem-na*, juntamente com os investigadores auxiliares (representantes dos educandos) (FREIRE, 2018b).

Obtém-se como resultado desta descodificação um conjunto de contradições com as quais os profissionais confeccionam relatórios e, posteriormente, discutem em equipe seus achados. Utilizam-se de sua bagagem técnico-científica (teórica) e de sua visão da totalidade para compreender este conjunto de contradições e *reduzindo-os* selecionar os temas que serão problematizados (FREIRE, 2018b).

Os educadores buscam identificar os problemas que permeiam cada temática e que aqui se mostram como *situação-limite*. Freire nos alerta: “(...) embora as ‘situações-limite’ sejam realidades objetivas e estejam provocando necessidades nos indivíduos, se impõe investigar, com eles, a consciência que delas tenham” (FREIRE, 2018b, p. 148). Isto porque estas situações, quando vistas a partir da perspectiva inicial dos educandos, podem parecer intransponíveis, como se fossem fatos dados da realidade, por vezes “naturais”, daí a postura *fatalista* que os oprimidos assumem frente a estes problemas (FREIRE, 2018b).

Além de acolher a demanda dos educandos, os educadores também podem sugerir temas, caso durante a “redução” da temática sugerida pela população observem a necessidade de abordar questões não levantadas por estes (FREIRE, 2018b).

A introdução destes temas, de necessidade comprovada, corresponde, inclusive, à dialogicidade da educação, de que temos tanto falado. Se a programação educativa é dialógica, isto significa o direito que também têm os educadores-educandos de participar dela, incluindo temas não sugeridos. A estes, por sua função, chamamos de “temas dobradiça” (FREIRE, 2018b, p. 161).

A partir da temática reduzida, os educadores desenvolvem materiais nos quais esta temática é apresentada como um problema a ser resolvido (chamado de *desafio*) e este processo é chamado de *codificação*. De forma sintética: os educadores recebem a temática codificada pela realidade dos educandos, decodificam-na através do arcabouço teórico e novamente a codificam para devolvê-la aos educandos na forma de problemas através de materiais didáticos (FREIRE, 2018b).

Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição, (...), mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada. (FREIRE, 2018b, p. 116).

Nos círculos de cultura, parte-se para a descodificação da nova situação (codificada pelos educadores). Os educadores-educandos e os educando-educadores, de forma horizontal, dialogam a respeito dos desafios apresentados, uns aprendendo com os outros, na busca de soluções, através da *problematização*. Há neste momento o entendimento de que a realidade pode ser transformada e a postura de aceitação fatalista transforma-se em uma postura revolucionária a fim de se alcançar o *inédito-viável*. O *inédito-viável* é, pois, não uma realidade fantasiosa e idealizada, pelo contrário, fruto do entendimento real de ações-reflexões práticas, fruto da *práxis* (FREIRE, 2018b).

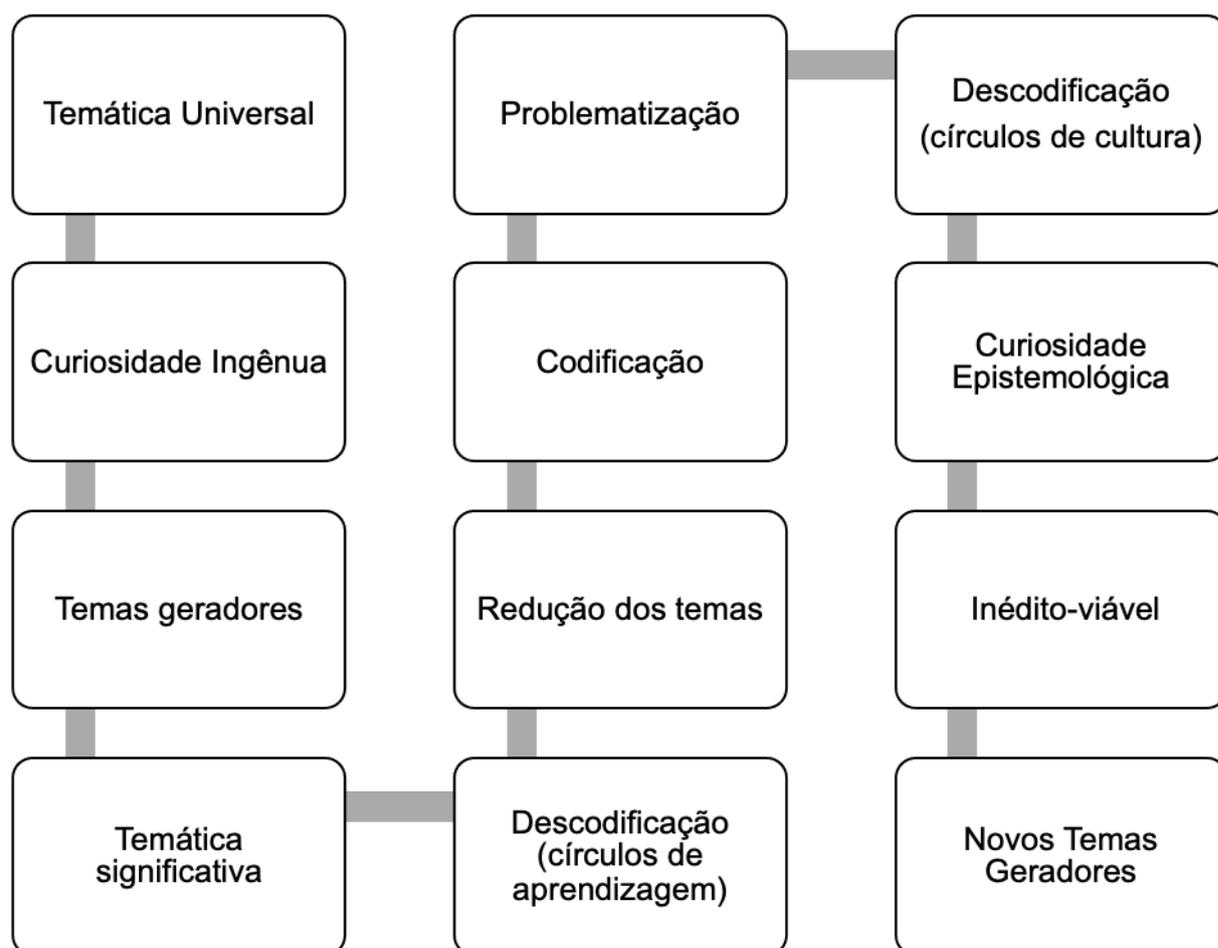
Como a descodificação é, no fundo, um ato cognoscente, realizado pelos sujeitos descodificadores, e como este ato recai sobre a representação de uma situação concreta, abarca igualmente o ato anterior com o qual os mesmos indivíduos haviam apreendido a mesma realidade, agora representada na codificação. Promovendo a percepção da percepção anterior e o conhecimento do conhecimento anterior, a descodificação, desta forma, promove o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento (FREIRE, 2018b, p. 152-153).

Com as reflexões desencadeadas no processo dialógico, novos *temas geradores* são levantados. Para cada um destes temas o processo se repete (FREIRE, 2018b).

Na medida em que os homens, simultaneamente refletindo sobre si e sobre o mundo, vão aumentando o campo de sua percepção, vão também dirigindo sua “mirada” a “percebidos” que, até então, ainda que presentes (...), não se destacavam, “não estavam postos por si”. (...) O que antes já existia como objetividade, mas não era percebido em suas implicações mais profundas e, às vezes, nem sequer era percebido, se “destaca” e assume o caráter de problemas, portanto, de desafio. A partir desse momento, o “percebido destacado” já é objeto da “admiração” dos homens, e, como tal, de sua ação e de seu conhecimento (FREIRE, 2018b, p.99-100).

De modo prático, Freire (2018b) propõe as seguintes etapas:

1. Reunir um número significativo de pessoas para uma conversa informal na qual irá apresentar a proposta e selecionar aqueles que aderirem a ela.
2. Formar um grupo de investigadores auxiliares, a partir daqueles que se voluntariarem a tal entre os presentes desta primeira reunião.
3. Visitar a área onde será realizada a atividade educativa, como um *observador simpático*. Neste momento a intenção é apreender os costumes locais, os vocábulos utilizados e banhar-se da realidade daquelas pessoas.
4. Levantamento dos Temas Geradores
5. Apreensão da Temática Significativa
6. Descodificação (círculos de investigação temática)
7. Estudo sistemático dos achados pelos investigadores
8. Redução dos temas
9. Codificação
10. Problematização
11. Descodificação pelos educandos (círculos de cultura)
12. Percepção do Inédito-viável
13. Identificação de novos Temas Geradores

Figura 2: Círculo de cultura

Como descrito anteriormente, o *diálogo* em Freire (2018b, 2018c) é um método de ensino-aprendizagem, não um sinônimo para “conversa”, “proza” ou “colóquio”. O autor é por vezes criticado por aqueles que, mal interpretando o diálogo, entendem que o mesmo propõe que o aprendizado se daria de modo espontâneo a partir de uma

simples troca de palavras e ideias. Observamos que na Educação Dialógica existe uma sistematização bastante clara, reproduzível e com um objetivo-fim. Freire defende-se:

O diálogo, na verdade, não pode ser responsabilizado pelo uso distorcido que dele se faça. Por sua pura imitação ou por sua caricatura. O diálogo não pode converter-se num “bate-papo” desobrigado que marche ao gosto do acaso entre professor ou professora e educandos (FREIRE, 2018c, p. 163).

No livro *Educação como Prática de Liberdade*, Freire nos sugere iniciar a discussão a partir da temática “o que é cultura?”. Isto o faz no contexto da alfabetização de adultos (FREIRE, 2018a).

Durante sua experiência constatou que os educandos se sentiam desprovidos de cultura por não dominarem a escrita e que o apoderamento destes fazia com que eles estivessem mais preparados para o processo de ensino-aprendizagem (FREIRE, 2018a). Trabalhava-se, portanto, o conceito de cultura a partir da ótica de que esta é toda a atividade humana transformadora do mundo:

A cultura como o acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez. A cultura como o resultado de seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador. O sentido transcendental de suas relações. A dimensão humanista da cultura. A cultura como aquisição sistemática da experiência humana. Como uma incorporação, por isso crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições “doadas” (FREIRE, 2018a, p. 142-143).

Após esta discussão iniciava-se o levantamento do universo vocabular daqueles indivíduos e dava-se início à aprendizagem da leitura e da escrita (FREIRE, 2018a).

Apoiando-nos nos preceitos freireanos, não poderíamos nos abster de nossa posição de educadores que, ao diferenciarmos-nos dos educandos, temos a função de, além de acolher e organizar a temática levantada por estes, apresentar a fundamentação científica vigente e contribuir com a temática geradora. Assumimos nossa responsabilidade no processo educativo, tanto em garantir a liberdade, quanto no exercício consciente da autoridade (FREIRE, 2018a).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição dos resultados será realizada através da narrativa reflexiva. Esta técnica apoia-se no entendimento de que a prática profissional não é apenas um terreno para aplicação das teorias, mas também um lugar de construção de novos conhecimentos a partir da investigação de situações complexas que envolvem incertezas e particularidades locais (MARCOLINO E MIZUKAMI, 2008). Para tal:

(...) o profissional precisa se envolver em um processo de reflexão sobre a ação, com base no qual ele poderá descobrir se suas ações estão coerentes com suas crenças e compreensões pessoais, redefinir seus significados e até produzir novos conhecimentos valendo-se dessas reflexões (MARCOLINO E MIZUKAMI, 2008, p.542).

A narrativa reflexiva é uma das técnicas que visam acessar o processo reflexivo na prática. Utiliza-se da descrição das ações e reflexões de um indivíduo sobre determinadas situações para conectar o pensamento do indivíduo à sua experiência e dar novos sentidos a sua trajetória (MARCOLINO E MIZUKAMI, 2008).

5.1. O início

Durante os meses de setembro, outubro e novembro realizei visitas de reconhecimento de território, inicialmente na Unidade de Saúde da Família do Centro e, posteriormente, na Unidade de Saúde da Família do Grandesp. A USF do Centro foi a princípio escolhida devido a minha participação em outros dois projetos que ocorriam naquela Unidade no ano de 2019, além de fatores facilitadores como a proximidade territorial, o bom relacionamento com a equipe, uma estrutura organizacional mais bem desenvolvida e a existência prévia de grupos de HiperDia.

Os grupos HiperDia ocorriam duas vezes por semana, em um local bastante afastado da Unidade de Saúde (em outro bairro), o que dificultaria a participação dos profissionais de saúde, em especial médicos. Participei de três encontros nesta Unidade e identifiquei que o foco do grupo era a prática de atividade física – com aulas de alongamento conduzidas por uma agente de saúde – e questões assistenciais diretas como renovação de receita, aferição de pressão arterial e glicemia capilar – conduzidas por um enfermeiro a cada quinze dias.

Enquanto realizava as visitas de reconhecimento na Unidade do Centro, participei de atividades de matriciamento na Unidade de Saúde do Grandesp e

testemunhei o interesse da equipe em participar do projeto, somada a um espaço físico adequado dentro da Unidade e à existência de grupo HiperDia com participação de toda a equipe de saúde (médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e agentes de endemias). Apesar de denominado HiperDia, o grupo era misto e realizava atividades educativas diversas (seguindo as campanhas nacionais com orientações sobre dengue, câncer de mama, câncer de próstata, etc.), Terapia Comunitária e sessões festivas em datas comemorativas, além de atividades assistenciais como troca de receita e aferição de pressão arterial, peso e glicemia. Particpei de quatro reuniões neste grupo e, em conjunto com a equipe, decidimos criar um novo grupo para o desenvolvimento do projeto, uma vez que este grupo não possuía a educação em diabetes como temática central.

No dia 21 de novembro de 2019 realizamos um encontro apenas entre os profissionais de saúde para apresentação do projeto à equipe. Nesta reunião eu afirmei que existem diversos protocolos desenvolvidos para educação em diabetes, para as diferentes categorias (protocolos para médicos especialistas, para médicos da rede básica, para ACSs, etc.) porém, todos eles desenvolvidos por especialistas a partir daquilo que nós consideramos importante. Foi salientado que a intenção deste projeto é elaborar um programa educativo que parta da escuta para sua criação e não apenas exercite a escuta na sua aplicação. A opinião da população e das diferentes classes profissionais acerca dos temas de interesse e abordagens mais adequadas seria o construto desta proposta, não havendo nenhuma determinação *a priori*. Uma participante, agente de endemias, sintetizou do seguinte modo:

“O objetivo então é o que? É você pegar a vivência de cada um e fazer um todo, é isso? E botar na prática. É esse o objetivo?”

Segundo a médica da Unidade:

“Tudo que é assim diferente é bem-vindo, eu acho que tem uma boa aceitação. Porque se você sai do arroz com feijão, acho que abre a mente, né?”

Prossigo descrevendo o caráter inovador do projeto, destacando a proposta de transprofissionalidade:

“Tem coisa que é da demanda, que vocês chegam lá pra fazer alguma coisa e não está escrito que é a função de vocês fazerem. Mas às vezes ter algum conhecimento neste sentido, mesmo que não seja a função fazer, facilita o trabalho de vocês no que é a função”

No campo da saúde coletiva, coexistem práticas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. Estes termos originalmente referem-se ao surgimento histórico das disciplinas e dos campos de saberes.

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. (LUZ, 2009, p.306).

Luz (2009) ressalta que existe um poder simbólico no conhecimento, e que este está inserido no contexto cultural e social, relacionando-se com as instituições e práticas normativas de determinado momento histórico. Embora exista uma hierarquia de saberes e práticas, com um domínio específico exercendo hegemonia e reivindicando legitimidade (no caso, o saber científico, mais especificamente as ciências biomédicas), há constantes conflitos gerados pela disputa por “espaços discursivos”. A convivência entre as diferentes disciplinas e, conseqüentemente, as diferentes profissões, pode ser dar de três modos principais (LUZ, 2009):

- Multidisciplinaridade: caracteriza-se pelas as chamadas “disciplinas mães” (medicina, história, sociologia, etc.), cada qual atuando na sua área, separadamente, mas com um objetivo em comum.
- Interdisciplinaridade: é caracterizada pela emergência de subdisciplinas a partir da intersecção das “disciplinas mães”. Como exemplo, cita-se a epidemiologia social.
- Transdisciplinaridade: o saber gerado parte de um tema relevante e abrangente, sendo o objeto de investigação construído ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Tanto na multidisciplinaridade quanto na interdisciplinaridade, as disciplinas partem para a investigação de problemas com objetos, métodos e perspectivas teóricas pré-definidos. São justamente estas as características que singularizam cada disciplina e diferenciam as contribuições de cada uma em relação ao tema central. Já na transdisciplinaridade, não há nenhuma definição à priori (LUZ, 2009).

Na aplicação profissional, temos os conceitos de multiprofissionalidade, interprofissionalidade e transprofissionalidade. Na multiprofissionalidade temos uma associação de profissionais para resolução de um problema, atuando individualmente, de forma fragmentada (ARAÚJO et al, 2017). Na interprofissionalidade os profissionais atuam em colaboração, como em um trabalho em equipe. Na transprofissionalidade as barreiras de cada profissão desaparecem, os saberes são disponibilizados ao grupo e o novo conhecimento gerado é instrumento para resolução do problema. Experiências transprofissionais engrandecem o conhecimento e a prática dos diferentes profissionais, beneficiando o trabalho interprofissional (OHTA et al, 2021).

Nas unidades básicas de saúde são comuns experiências interprofissionais, como o Projeto Terapêutico Singular. A proposta deste trabalho é desenvolver grupos educativos nos quais novos conhecimentos são gerados a partir dos múltiplos saberes dos participantes envolvidos, com o objetivo de solucionar um problema de saúde, no caso, a educação em diabetes. O produto deste projeto configura-se um constructo tipicamente transprofissional. Exemplifico iluminando as benfeitorias que trará à atuação de agentes de saúde o conhecimento de recomendações nutricionais:

"Por exemplo, o que é muito importante para todo mundo, acho, é a questão da alimentação, né? E uma orientação de alimentação saudável não precisa ser (ofertada por) nutricionista. Pelo contrário, o programa brasileiro, o Guia Alimentar (para a população brasileira), é para ser utilizado por qualquer pessoa, em escolas, em sindicatos..."

O Guia Alimentar para a População Brasileira, em sua introdução, afirma: "Este guia é para todos os brasileiros" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.11). Ainda no mesmo parágrafo, logo após salientar a importância dos profissionais de saúde na divulgação do material e no auxílio à compreensão de seu conteúdo, reitera:

Almeja-se que este guia seja utilizado nas casas das pessoas, nas unidades de saúde, nas escolas e em todo e qualquer espaço onde atividades de promoção da saúde tenham lugar, como centros comunitários, centros de referência de assistência social, sindicatos, centros de formação de trabalhadores e sedes de movimentos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.11).

A aceitação à proposta foi imediata e manifestada pela ampla maioria dos participantes, porém, preocupações operacionais como tempo, datas e agendas dominaram parte considerável deste encontro. Apesar de um interesse genuíno na promoção à saúde e em práticas educativas, a necessidade de atender às demandas assistenciais foi colocada como um obstáculo, todavia transponível, à participação de alguns profissionais em todas as reuniões. Foi então esclarecido o caráter democrático da pesquisa-ação - caracterizado aqui pela composição conjunta do plano de ação e pela proposta de um grupo aberto e fluído - e reiterada a participação voluntária, nos modos do TCLE.

Ficou determinado que os encontros ocorreriam semanalmente ou quinzenalmente, a depender de interesses e disponibilidades, sempre com a próxima data a ser definida ao final da reunião vigente. As reuniões teriam duração de 60 a 90 minutos e se iniciariam às 09:30h da manhã, às quintas-feiras. As atividades se dariam dentro das dependências da USF Grandesp, na área externa ou em uma sala fechada, de acordo com a dinâmica desempenhada. O número de participantes seria irrestrito e, sempre que possível, a equipe da USF se dedicaria a convidar pessoas de diferentes faixas etárias, gêneros, condições socioeconômicas e níveis de alfabetização.

O nome do grupo foi escolhido por sugestão da médica da UBS, que afirmou:

"O nome é importante, também. Não pode ser assim: grupo diabético. Entendeu?"

Ao que continuou uma agente de saúde:

“Que motive a participar”

A denominação BomDia surgiu então como proposta e foi acatada na reunião seguinte.

5.2. Mural

O primeiro encontro do grupo BomDia ocorreu em uma quinta-feira ensolarada aos 5 de novembro de 2019. Os objetivos deste encontro foram: formação do grupo e apresentação da proposta à população; interação entre os participantes; levantamento dos temas geradores.

Após solicitação verbal para registro de som (aceita por todos) e leitura e entrega do TCLE, o grupo foi informado de que criaríamos um protótipo de pessoa com diabetes (PCDM-modelo) que seria utilizado como situação-problema em discussões posteriores.

Inicialmente sentados na sala dos agentes de saúde, os 19 participantes (10 profissionais e 9 PCDM ou familiares) receberam, cada um, uma prancheta com folhas sulfite coloridas e um canetão azul. As folhas foram numeradas de acordo com a sequência de perguntas.

A pesquisadora aplicou verbalmente um questionário contendo características deste PCDM-modelo e os participantes escreveram suas respostas anonimamente, uma em cada folha. Os participantes foram instruídos a responder de modo a manifestar suas principais dúvidas e dificuldades vivenciadas no dia-a-dia, a fim de que a personagem represente a realidade vivenciada por PCDM no município, porém as características pessoais (idade, sexo, profissão, preferências) poderiam corresponder ou não às suas próprias.

O questionário (ANEXO 3) propôs-se a levantar discussão sobre temas como identidade (gênero e idade), atividades (trabalho, lazer, rotina), rede de apoio, preocupações, dúvidas, temores, arrependimentos e esperanças. Com pouco espaço para escrever e pouco tempo para responder, a intenção foi gerar respostas diretas, que captem o primeiro pensamento aventado.

Ao término do questionário, as folhas foram organizadas de acordo com a numeração, sem nenhuma forma de identificação do participante. Por fim, aproveitamos o belo dia de sol e montamos um grande mural na parte externa da Unidade. Os participantes foram convidados a passear pelo mural, ler os resultados e identificar semelhanças e diferenças entre as respostas (as fotografias estão disponíveis no ANEXO 4). Após alguns minutos, todos juntos percorremos o mural ouvindo as impressões dos participantes, enquanto a pesquisadora registrava as conclusões

levantadas pelo grupo. Ao final, o grupo se reuniu novamente na sala para definir a data do próximo encontro, que ficou acordado ser realizado em quinze dias.

Diversos participantes mostram-se surpresos com a concordância de algumas respostas, em especial a importância dada à alimentação e os relatos de tristeza. Abraçando todos os temas, fizeram-se presente as noções de culpabilidade pela doença e diminuição da qualidade de vida por restrições.

As atividades citadas como prazerosas envolvem ações e circunstâncias que não se relacionam diretamente à doença como cozinhar, viajar, ler, passear, realizar trabalhos manuais e frequentar bailes. As atividades físicas como caminhar na praia, jogar bola, surfar e praticar hidroginástica e natação também foram mencionadas como momentos de deleite. Curiosamente, o ato de comer ou frequentar restaurantes não foi citado por nenhum participante, assim como atividades sedentárias como assistir televisão ou navegar na internet.

Por outro lado, ao responder o que a personagem odiaria fazer, observamos diversas alusões à doença e ao sistema de saúde como “ir ao médico” (com 3 indicações), “consulta médica” e “tomar remédio”; além de obrigações profissionais e de cuidados com a casa e família como trabalhar, ir ao banco, acordar cedo, fazer faxina e cuidar de crianças. A atividade física foi apontada por 2 participantes.

Em relação ao sentimento ao diagnóstico, os termos “tristeza/triste” apareceram oito vezes, seguidos distante por “preocupação/preocupada” e “medo/apreensão” com três citações cada, e, “dúvida” com 2 menções.

É sabido que o diagnóstico de doenças crônicas causa aflições, principalmente devido seu caráter de ruptura biográfica e a ausência de uma perspectiva de cura (BARROS, 2012).

Sabe-se que a doença crônica é toda condição que causa uma ruptura biográfica, alterando condições de saúde de maneira irreversível, deixando incapacidades residuais que persistem no tempo. Caracterizam-nas, também, graus de incapacidade com variedade e caráter progressivo pelo aspecto degenerativo. Estas condições geram limitações no paciente e profundas alterações no seu estilo de vida (BARROS, 2012, p.33).

A ruptura biográfica se dá ao diagnóstico, quando o indivíduo “normal” se torna o “doente”. A conceituação de “normal” obedece a critérios epidemiológicos, fisiopatológicos e sociológicos, tem uma intenção normativa e uma subjetividade muitas

vezes ofuscada por argumentos estatísticos, em especial na ciência positivista (CANGUILHEM, 1982).

Na doença em questão, esta distinção se dá através de um exame laboratorial, muitas vezes sem que haja nenhuma manifestação clínica evidente. A aceitação deste diagnóstico, e das eventuais consequências advindas a ele, perpassa a contradição entre o sentir-se “normal” e ser considerado “doente”. Canguilhem (1982) defende que “o homem é são, na medida em que é normativo em relação às flutuações de seu meio” (CANGUILHEM, 1982, p.92). Assim sendo, a existência do patológico não pressupõe a anormalidade, pode apenas significar vigência de uma norma diferente daquela experimentada pelo indivíduo são.

Uma vez que o indivíduo se sente “normal” e que, muitas vezes, ao diagnóstico, a diabetes não provoca nenhuma mudança objetiva a seu viver (isto ocorrerá após o desenvolvimento das complicações crônicas), o sentimento de tristeza, tão fortemente marcado nas respostas dos participantes, não se relaciona à hiperglicemia em si, mas a fatores outros relacionados à terapêutica e a projeções futuras.

Perturbações à rotina como a administração de múltiplas doses de medicações, necessidades frequentes de coleta de exames e maior número de consultas com profissionais de saúde são comuns a uma série de condições crônicas. Do mesmo modo são comuns a presença de efeitos colaterais de medicamentos, a existência de sintomas físicos e/ou psíquicos e uma perspectiva de piora a médio ou longo prazo.

No caso da Diabetes, todas estas características estão presentes e são acrescidas do desconforto das medicações injetáveis e da aferição da glicemia capilar, e das constantes cobranças de mudanças de estilo de vida. Diante de tantas perturbações, a restrição alimentar se mostrará protagonista, quase onipresente, das recorrentes manifestações de sofrimento, inquietação e insegurança.

Ao serem solicitados a exprimir uma preocupação e uma dúvida ao diagnóstico, os participantes manifestaram o que seria o mote da maioria das discussões futuras: a angústia da restrição alimentar. Os relatos foram: “parar de comer doces”, “ficar sem comer muitas coisas que gosta”, “preocupada com a alimentação”, “o que comer?”, “não poder consumir açúcar”, “nunca mais vou poder comer doce?”. Desassossegos com a morte, insulino terapia e limitações físicas estiveram presentes em menor grau.

Em contrapartida, ao serem convidados a imaginar estas mesmas questões dez anos após o diagnóstico, apreensões a respeito das complicações crônicas

(“preocupação com as dores que sente”, “não conseguir enxergar”, “ficar cega”, “perder a visão”, “muita dor no pé e perna inchada”, “se terá outros problemas decorrentes da doença”, “vou precisar fazer diálise?”) mostraram-se tão frequentes quanto as inquietações alimentares – ainda robustas – assim expressas: “cuidar da alimentação”, “ficar para sempre sem comer guloseimas”, “será que posso comer pudim?”, “se pode comer doces”, “o alimento correto”, “tirar o açúcar de vez”, “será que eu posso comer um bolo ou sorvete?”, “dúvida quanto de doce posso comer”, “qual alimento ajuda a diminuir a diabetes?”.

O tema “arrependimento” também foi dominado por culpabilidades alimentares, tais quais “porque comeu doce”, “ter comido doces; tem sentido?”, “hábitos alimentares ruins”, “ter abusado da alimentação”, “comeu mal”, “ter abusado de certos alimentos”, “ter tido uma alimentação descontrolada em relação a refrigerantes e doces” e “abusar demais de doces”.

O consumo de alimentos doces, em oposição ao que se consagrou popularmente, não se configura fator de risco independente para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus. Os fatores de risco para desenvolvimento de DM são: história familiar da doença; sedentarismo; obesidade; idade acima de 40 anos; diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes gestacional; presença de outros componentes da síndrome metabólica, como hipertensão arterial e dislipidemia (SBD, 2019). O excessivo consumo de alimentos doces ou bebidas adoçadas podem contribuir para a obesidade, atuando indiretamente no desenvolvimento do diabetes, entretanto, a obesidade também ocorre na ausência destes alimentos. A culpa e o arrependimento relacionados a ingestão de doces, assim como o sofrimento pela privação deste grupo de alimentos, não se justificam do ponto de vista biológico, sendo, portanto, componentes do estigma social da doença.

Segundo Schabert et al (2013), o conceito social negativo, ou estigma, há muito associado a doenças como obesidade e HIV/AIDS, passou a permear a vida de pessoas com diabetes a partir dos estudos que revelaram que a doença pode ser prevenida por mudanças individuais de comportamento.

Em 2013 a IDF passou a considerar o estigma do diabetes como um problema premente (PUHL et al, 2020). Recente revisão da literatura identificou que, enquanto pessoas sem diabetes tendem a considerar a DM uma doença sem estigma - principalmente por inexistirem alterações físicas perceptíveis - pessoas com diabetes

relatam preocupações em expor sua doença a terceiros, pois passam a ser tratados de modo diferente dos demais (SCHABERT et al, 2013). Além da diferença no trato social, pessoas com diabetes sentem-se estereotipadas pela doença, e acabam por introjetar uma autoestima que envolve julgamentos e culpa (PUHL et al, 2020). Esta condição é ainda mais forte nos indivíduos em insulino terapia e, em parte, explica a rejeição a esta forma de tratamento (SCHABERT et al, 2013).

Como consequência do estigma social, pessoas com diabetes relatam sentimentos de fracasso e culpa pelos comportamentos e escolhas do passado, medo de perder o emprego, vergonha de recusar alimentos em eventos sociais e olhares de desprezo ao aplicarem insulina em público. Além disso, escondem sua condição clínica das outras pessoas, o que acaba por atrapalhar seu tratamento, pois muitas vezes deixam de aferir glicemia capilar, não aplicam a insulina e fraudam resultados de glicemias capilares para evitar cobranças e reprovações. Em razão dos julgamentos e do desabono social, indivíduos com diabetes tendem a sentar-se para comer separados dos demais e servem-se de um menu extremamente limitado (SCHABERT et al, 2013).

Em relação à rede de apoio, ao serem orientados a indicar um possível apoiador no processo de tratamento, quatorze participantes referiram pessoas do sexo feminino (mães, filhas, amigas, vizinhas e esposas), quatro participantes escolheram pessoas do sexo masculino (amigo e esposo) e uma pessoa designou ambos (“minha filha e meu esposo”). O contrário se deu ao apontarem um possível atrapalhador, com amplo predomínio de pessoas do sexo masculino (dez indicações), em especial cônjuges, e apenas cinco pessoas do sexo feminino.

Família é um conceito socialmente criado, não é algo natural ou biológico, e configura-se como uma das formas que a humanidade historicamente se organizou para relacionar-se entre si e com a natureza, tendo em vista a sobrevivência e a reprodução da espécie. O patriarcado, origem da disposição social vigente, pressupõe a organização da família centrada no indivíduo masculino e determinada a partir da descendência masculina (NARVAZ E KOLLER, 2006).

Nas ditas “sociedades primitivas”, nômades e tribais, não havia o conceito de monogamia pois desconhecia-se o envolvimento do homem na reprodução. A comunidade arranjava-se em torno da mãe, a descendência familiar era feminina e os papéis sociais de gênero não eram bem definidos. Todo o grupo, homens e mulheres, era responsável pela coleta de alimentos e criação das crianças. Entretanto, com o

surgimento da agricultura e fixação a um território, começou a diferenciação da função de gênero, cabendo majoritariamente ao homem a caça e à mulher o cultivo da terra e o cuidado das crianças. A partir do momento em que a participação masculina na reprodução tornou-se conhecida, a sexualidade e o corpo femininos passaram a ser controlados, e assim instituiu-se o patriarcado (NARVAZ E KOLLER, 2006).

A atual configuração de família deriva da Roma antiga, na qual o patriarca tinha sob seu poder, inclusive de vida e morte, a mulher, os filhos, os escravos e os vassalos. Com a continuidade do tempo desenvolveu-se uma sociedade em que a mulher é hierarquicamente inferior ao homem, tanto nas prerrogativas de função, quanto na valoração das atividades (NARVAZ E KOLLER, 2006).

A dominação masculina é anterior ao capitalismo, todavia, com o surgimento deste sistema político-econômico houve a produção de novas formas de subordinação da mulher, entre elas a feminização da pobreza. No Brasil, o trabalho feminino foi regulamentado apenas em 1941 pela Consolidação das Leis Trabalhistas e somente em 1962 mulheres casadas puderam trabalhar sem autorização de seus cônjuges (NARVAZ E KOLLER, 2006).

Apesar da Constituição de 1988 assegurar igualdade entre os gêneros, a sociedade brasileira se desenvolveu por séculos com a mulher como coadjuvante no sustento da família, no mais das vezes dependente do pai ou do marido. Embora haja esforços formais de enfrentamento à discriminação e violência contra mulheres - como promulgação de leis e participação em convenções da ONU como signatário - o estereótipo sexista das relações familiares se mantém. Ainda cabe às mulheres o cuidado da casa, do marido e dos filhos, enquanto aos homens está reservado o sustento da família e os posicionamentos de liderança, autoridade e disciplina (NARVAZ E KOLLER, 2006).

Com o envolvimento cada vez menor dos homens na subsistência econômica da família, em especial entre os mais pobres, as mulheres passaram a acumular esta função sem, entretanto, desfazer-se das demais. Isto porque as mulheres não alcançaram a legitimidade como provedoras do lar, sendo o trabalho feminino desvalorizado e compreendido como complementar às suas atribuições tradicionais de mãe e esposa (NARVAZ E KOLLER, 2006).

A configuração normativa e prescritiva do papel da mulher no núcleo familiar faz com que mulheres que não consigam exercer a maternidade de modo integral

sintam-se culpadas e incapazes (NARVAZ E KOLLER, 2006). Neste contexto, não surpreende que a maioria dos participantes responderam nominando mulheres, particularmente mães e esposas, como os sujeitos que mais contribuem para o cuidado da enfermidade.

Por fim, o processo de aceitação de uma doença crônica se explicitou na temática esperança. Enquanto que, ao diagnóstico, a esperança mais recorrentemente manifesta foi a perspectiva de cura (“curar a diabetes”, “ficar boa”, “a cura”, “que não tenha mais diabetes”), após dez anos da doença, as respostas se deslocaram para uma perspectiva de viver bem e gerenciamento da doença (“ter um bom controle”, “viver bem a velhice”, “que eu possa estar melhor”, “como controlar a doença, que Deus me ajude”, “sem depender das pessoas”, “conseguir manter diabetes equilibrado na média”, “de continuar enxergando e controlar a Diabetes”).

Os temas geradores identificados nesta dinâmica foram: 1) alimentação; 2) insulino terapia; 3) tratamento crônico; 4) papel da mulher no cuidado; 5) rejeição aos serviços e profissionais de saúde; 6) sofrimento; 7) complicações crônicas da diabetes; 8) esperança de cura; 9) medo; 10) atividade física; 11) ter saúde e viver bem; 12) metas de tratamento.

5.3. Dona Julia

Infelizmente, enquanto estávamos reunidos na sala aguardando o horário para iniciarmos o grupo, a coordenação da USF veio informar aos agentes de saúde que havia sido assinada a demissão destes profissionais. Este fato já era esperado desde meados do ano, quando o Ministério Público apontou irregularidades nos contratos e solicitou à Prefeitura Municipal que realizasse concurso público, porém não havia perspectiva de quando ocorreria. Apesar de haver imediata queda nos ânimos e alguma perda de foco temporária, estes profissionais mantiveram sua participação na dinâmica e garantiram que ela ocorresse de forma animada e divertida, ao que eu me coloco novamente grata. A postura destes profissionais demonstra seu compromisso com a população e com o SUS, sua honradez e solidariedade.

Os temas geradores abordados neste encontro foram a rejeição à consulta médica e a esperança de cura. Os objetivos deste encontro foram: descodificação dos problemas contidos na temática, em especial aqueles ligados às relações de poder, opressão e

silenciamento; identificação das situações-limite que precisam ser superadas para resolução destes problemas.

Para este encontro, optei por codificar a temática geradora em um teatro. A partir das características levantadas na reunião anterior, montei uma personagem feminina, de 65 anos, professora aposentada, que acabara de receber o diagnóstico de diabetes. A personagem foi denominada como Dona Júlia em homenagem ao bairro que hospeda a USF Grandesp, que se chama Santa Julia.

Os participantes receberam uma folha com a descrição da cena impressa e, após uma leitura coletiva do texto, foram convidados a assumir, de forma voluntária, os personagens para executarmos a dramatização. Tanto os profissionais quanto os PCDM se voluntariaram a participar do teatro, incorporando quatro personagens: 1) Dona Julia; 2) Filho da D. Julia; 3) profissional do Upa; 4) filha da D. Julia. Os demais participantes foram estimulados a formular perguntas e a assumir a posição de profissionais de saúde respondendo às perguntas e dando as orientações que julgarem pertinentes.

A rejeição à consulta médica esteve contida em críticas ao SUS como “como é três horas (de espera) no SUS, a gente vai ficar lá na fila de triagem” e “cinco horas depois...” e relatos pessoais de atendimentos malsucedidos como “o primeiro médico nem deu atenção”, “fez os exames e disse que deu cetoacidose. Eu nem sei o que é isso, até hoje, porque ele nunca nem me explicou”. O objetivo de investigar as situações-limite de opressão e silenciamento não foi atingido.

O grupo focou-se em questões clínicas e imediatas, relacionadas à condição crônica e seu cuidado. As preocupações mantiveram-se acerca de atitudes individuais e soluções de problemas domésticos. Apesar de tentar interferir o mínimo possível no desenvolvimento da dinâmica, estimulando os próprios participantes a buscar respostas às questões levantadas, fui chamada por diversas vezes a esclarecer conceitos técnicos e frequentemente posta na posição de autoridade no tema.

Os assuntos mais discutidos foram: sintomas; valores de normalidade da glicemia; como agir frente a hipoglicemias e hiperglicemias; cetoacidose e alimentação.

Entre as preocupações expressas, destacou-se o temor em relação a possíveis emergências hipo ou hiperglicêmicas, em especial sua ocorrência em indivíduos que moram sozinhos ou distantes de seus familiares. Um participante questionou:

“Se a pessoa tá desacordada... que nem ele, tá sozinho, de repente cai... de repente fica que nem tá em coma... de repente! Como é que ele pode fazer?”

A hipoglicemia é a principal complicação aguda do Diabetes Mellitus e importante barreira a se atingir as metas terapêuticas; afligindo tanto PCDM quanto profissionais de saúde. Os intensos sintomas, experimentados pela quase totalidade de indivíduos em tratamento com insulina e parcela considerável daqueles em tratamento com medicações hipoglicemiantes, leva, muitas vezes, ao desenvolvimento de uma condição denominada “medo de hipoglicemia”, comumente abreviado como “FoH” (em inglês, “fear of hypoglycemia”). Por outro lado, a preocupação com a progressão da hipoglicemia a quadros graves (perda de consciência, crises convulsivas, coma e óbito), faz com que muitos profissionais de saúde optem por objetivar metas glicêmicas mais elevadas, podendo refletir em uma piora dos desfechos clínicos em longo prazo (COX et al, 1987; WILD et al, 2007).

O FoH é mais comum em pessoas que vivenciaram hipoglicemias graves, naquelas que sofreram consequências negativas de episódios hipoglicêmicos anteriores e naquelas que sofreram prejuízos à qualidade de vida. Também são mais vulneráveis pessoas com antecedente de transtorno de ansiedade e pessoas que moram sozinhas. Diagnosticar esta condição é muito importante pois pessoas com FoH tendem a adotar comportamentos compensatórios como redução ou omissão de doses de insulina e hiperalimentação. Este diagnóstico pode ser realizado através de uma escala que avalia comportamento (10 itens) e sentimento de medo (13 itens), denominada HFS (Hypoglycemic Fear Scale). A HFS (ANEXO 5) também pode ser utilizada como instrumento de avaliação de iniciativas que visem reduzir o FoH (como terapias cognitivo-comportamentais ou grupos educativos) pois está cientificamente validada para este fim (COX et al, 1987; WILD et al, 2007).

Apesar de comprovados efeitos psicológicos e comportamentais do FoH, a literatura ainda não nos permite relacionar diretamente o medo de hipoglicemia à elevação da hemoglobina glicada, sendo necessários novos estudos nesta área (WILD et al, 2007). Em contrapartida, a existência em si dos episódios de hipoglicemia tem seu prejuízo ao manejo da DM largamente fundamentado (CRYER et al, 2003)

Durante tratamento intensivo, até 11% das pessoas com diabetes tipo 2 e 65% daquelas com diabetes tipo 1 apresentaram hipoglicemias graves e cerca de 2-4% das

pessoas com DM1 faleceram em decorrência desta complicação. Os fatores de risco para desenvolvimento de hipoglicemia são: dose excessiva de insulina ou medicamentos, ingestão alimentar insuficiente ou períodos prolongados de jejum, após esforço físico, após consumo de bebidas alcólicas e durante perda de função renal. Entretanto, muitos episódios de hipoglicemia não apresentam uma causa facilmente identificável (CRYER et al, 2003).

Uma vez que a hipoglicemia é uma complicação comum, potencialmente grave e geradora de consequências físicas e psicológicas, três abordagens terapêuticas, complementares entre si, podem ser utilizadas objetivando reduzir tanto a frequência quanto a gravidade dos episódios.

A primeira abordagem é o uso de medicamentos e insulinas com menor potencial de causar hipoglicemias. Novas classes terapêuticas como iDPP4, aGLP1, iSGLT2 e pioglitazona, assim como medicamentos já tradicionais como a metformina, possuem risco de hipoglicemia significativamente inferior às sulfoniluréias (MALONEY et al, 2019). Do mesmo modo, análogos de insulina de ação lenta, ultralenta e ultrarrápida tem o mesmo benefício quando comparados às insulinas NPH e Regular. Entretanto, excetuando-se a metformina, as demais opções terapêuticas não estão disponíveis no SUS para a maioria da população brasileira (apenas dapagliflozina e insulina glulisina, para grupos especiais) e possuem um custo impeditivamente elevado a muitos brasileiros.

Uma segunda abordagem, infelizmente também pouco disponível, é o uso de sensores de monitorização contínua da glicose. Existem diferentes tipos destes aparelhos, que diferem entre si principalmente em relação ao envio de dados e tempo de permanência no indivíduo, no entanto, todos eles avaliam a glicose intersticial, sem o desconforto das glicemias capilares. Estes sistemas, por facilitarem um maior número de aferições, permitem maior compreensão do comportamento glicêmico ao longo do dia, indicam se a glicose está em queda e possibilitam ao indivíduo agir antes mesmo da hipoglicemia instalada (SBD, 2019). No SUS dispomos apenas da glicemia capilar e o fornecimento de glicosímetro e insumos é restrito a indivíduos em insulino terapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Por fim, temos a educação em saúde com ênfase em compreensão dos fatores desencadeantes dos episódios de hipoglicemia, reconhecimento dos sintomas e aptidão para reparar os eventos de forma rápida e eficaz (CRYER et al, 2003). É importante que

não apenas as PCDM, mas também seus familiares, estejam aptos a agir rapidamente, fornecendo ao indivíduo alimentos fonte de carboidrato de alto índice glicêmico e acionando serviços de emergência (em especial o SAMU), quando necessário. Especial atenção deve ser dispensada a educação de familiares de crianças e idosos, pois estes indivíduos podem ter dificuldades em expressar sintomas e serem incapazes de agir sozinhos.

Uma situação de particular gravidade é a existência de hipoglicemias assintomáticas, nas quais os indivíduos não notam os sintomas iniciais e, conseqüentemente, possuem maior risco de evoluir para quadros graves. Para estes casos, além de conhecimentos e habilidades, a monitorização glicêmica frequente e a adequação terapêutica são essenciais.

Como forma de educação comunitária em saúde, visando facilitar o auxílio de terceiros a episódios de hipoglicemia, decidimos por solicitar à Secretaria de Saúde do Município que desenvolva um impresso de identificação para PCDM. Este impresso teria o tamanho de um cartão de crédito e conteria informações que auxiliariam serviços de resgate (SAMU, bombeiros) ou qualquer outra pessoa disposta a socorrê-los, a agir frente a hipoglicemias graves. Nas palavras do participante que sugeriu esta solução educativa:

"Por exemplo, o senhor mora sozinho. O senhor tem que ter uma carteirinha, escrever no documento: eu tenho diabetes, eu uso insulina"

Devido à proximidade das festas de final de ano, a ceia de Natal também foi alvo de discussão pelo grupo. Novamente a temática alimentação esteve circundada de temores, restrições e culpas:

"Eu como com tanto medo que no outro dia amanheço com hipoglicemia!"

"Quando você olha aquela mesa farta, aí vem o pecado da gula! Você olha e você não resiste àquela coisa gostosa"

Ao introduzir a visão de que a alimentação da PCDM não deve ser apartada da alimentação da família e que, em uma data festiva, é natural que haja comidas não

habituais (tanto pelo preço, quanto pela complexidade de preparo), e, portanto, é legítimo que a rotina alimentar seja alterada, uma participante comentou:

“Na minha casa, a gente faz a ceia de natal, com os filhos tudinho... a gente come o que fez, só que é assim, a gente não vai comer, comer... a gente experimenta daquilo ali que a gente fez. Pode ser um salgado, pode ser um chester, não deixa de comer não! Só que a gente não vai comer que nem outros estão comendo.”

A alimentação pode impactar substancialmente no tratamento, pois tem potencial de influenciar diretamente glicemia, perfil lipídico, pressão arterial e peso corporal. A melhora destas variáveis é capaz de reduzir complicações crônicas da DM e aumentar a longevidade, por redução da mortalidade cardiovascular (SBD, 2022). Entretanto, o “comer” vai muito além do “nutrir” e aspectos socioeconômicos e culturais, assim como aqueles relacionados à cadeia de produção, forma de preparo e consumo, são determinantes para as escolhas alimentares. Esta temática irá permear todos os encontros do grupo BomDia e, portanto, será revisitada e detalhada ao longo deste trabalho. Neste momento, irei ater-me às orientações nutricionais.

A Sociedade Brasileira de Diabetes orienta que a distribuição de macronutrientes recomendada a PCDM é semelhante àquela recomendada a população geral (para todas as faixas etárias), a saber: 45-60% das Kcal fornecidas por carboidratos, sendo 5-10% do VET em sacarose; 20-35% em lipídios e 15-20% em proteínas. Além dos macronutrientes, recomenda-se a ingestão de 14-20 gramas de fibras a cada 1.000 Kcal e um bom aporte de micronutrientes, em quantidades semelhantes à população geral. Estas recomendações devem compor um plano alimentar individualizado, elaborado conjuntamente ao indivíduo e sua família (SBD, 2022).

Outro ponto a ser notado é a importância dada pelo grupo à possível elevação da glicemia em uma data festiva. A já manifesta preocupação com emergências hiperglicêmicas confunde-se com a influência alimentar no controle de longo prazo. As emergências hiperglicêmicas (cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar) não ocorrem por libações alimentares efêmeras; independente da glicemia prévia. Esta confusão ocorre frequentemente, inclusive entre profissionais de saúde, e foi explicitada na sentença a seguir:

“Pode vírgula! Depende de como está o controle deste paciente também!”

Ao passo que 20-55% dos casos de complicações agudas hiperglicêmicas devem-se a infecções (principal causa), os demais são resultados de: omissão da medicação (especialmente doses de insulina); outras doenças agudas graves como infarto agudo do miocárdio, traumas e queimaduras; abertura do quadro de DM1; uso de drogas como corticóides, interferon e psicotrópicos; drogas de abuso como álcool, cocaína e ecstasy; e o uso de nutrição parenteral. Isto porque o mecanismo fisiopatológico destas complicações é a redução da insulina circulante, associada ao aumento dos hormônios contrarreguladores, acompanhadas por desidratação; e não um efeito direto da hiperglicemia de curto prazo (LALLI e SAAD, 2007).

Não havendo risco imediato de complicações agudas graves, deveria haver preocupação com impacto da hiperglicemia ocasionada pela ceia de Natal no desenvolvimento de complicações crônicas? Certamente não. Os principais parâmetros de avaliação do diabetes, como a hemoglobina glicada e o Tempo no Alvo (TA), não seriam afetados de modo significativo. A nova Diretriz da SBD (2022) recomenda, como meta de tratamento, que a glicemia se mantenha no alvo (entre 70 e 180 mg/dl) em > 70% das medidas de glicemia capilar ou glicose intersticial para indivíduos jovens ou idosos saudáveis, e > 50% para idosos comprometidos.

A variabilidade glicêmica, apesar de relacionar-se com ativação de proteínas de atividade inflamatória e estresse oxidativo, não se relaciona, até o presente momento, com o desenvolvimento de complicações crônicas macro e microvasculares. O objetivo de reduzir a variabilidade glicêmica deve mirar principalmente em diminuir os episódios de hipoglicemia (BERGENSTAL, 2015). Na recomendação da SBD (2022) citada acima, o tempo em hipoglicemia não deve ultrapassar 4% das aferições para indivíduos jovens e idosos saudáveis, e deve se manter < 1% para idosos comprometidos.

A inexistência de razões técnicas para tamanho temor em relação a hiperglicemias pontuais levantou outras duas temáticas geradoras para reuniões futuras: fisiopatologia do diabetes e biopoder.

A discussão a respeito da ceia de Natal progrediu no sentido de tentar manter hábitos alimentares saudáveis, como o consumo de legumes e verduras, e escolher com

parcimônia, entre as opções disponíveis, aquelas que mais agradam, servindo-se de pequenas porções. Constatamos outras duas dificuldades:

“É difícil a gente ir em alguma ceia que tenha salada de folha.”

“Quem é que faz com moderação, doutora?”

Deste modo, os hábitos alimentares dos brasileiros e a cultura do exagero alimentar foram temas selecionados para a próxima reunião.

Frente à necessidade patente de abordarmos a temática alimentação, esta foi a escolha para o próximo encontro, agendado para 16 de janeiro de 2020, após quatro semanas, em função das festas de final de ano e férias de verão.

5.4. Retirar o açúcar?

Esta dinâmica foi realizada duas vezes, nos mesmos moldes, de modo que ambos encontros serão analisados conjuntamente. A primeira reunião ocorreu como planejado em 16 de janeiro de 2020, porém, devido à forte chuva e ausência dos ACSs, contou com a participação de um grupo muito reduzido (5 PCDM e 1 profissional de saúde). Optei por repetir esta dinâmica em um outro momento e realizamos o segundo encontro no dia 05 de março de 2020. Para fins desta pesquisa, particularidades de datas e cronologias não modificarão o entendimento do resultado, portanto não serão discriminadas. Os objetivos de ambos os encontros foram: conhecer as preferências alimentares dos participantes; conhecer as dificuldades e sentimentos relacionados à alimentação das PCDM; discorrer sobre os macronutrientes e sua conversão em glicose; apresentar o conteúdo de carboidrato presente em alguns dos alimentos mais comuns na dieta do brasileiro; diferenciar alimentos in natura, processados e ultraprocessados e orientar trocas saudáveis; demonstrar que a alimentação recomendada à pessoa com diabetes é semelhante à orientação oferecida à população em geral e não deve ater-se exclusivamente à quantidade de açúcar; demonstrar que o consumo de sacarose não é proibido a PCDM.

Os participantes posicionaram-se ao redor de uma mesa na qual estavam dispostos modelos réplicas de alimentos e embalagens (fotografias no ANEXO 7). Após uma breve explicação da dinâmica, o grupo dividiu-se em duas equipes. Foi solicitado a

cada equipe que, utilizando o material sobre a mesa, montasse seis refeições: café da manhã, colação, almoço, lanche, jantar e ceia.

A proposta foi simular o hábito alimentar dos participantes, sem a preocupação em escolher alimentos considerados corretos. Uma vez que os alimentos disponíveis não se repetiam e havia grande probabilidade de concordância entre os grupos, foi estimulado que imaginassem possibilidades de escolhas alimentares, mesmo que não refletissem exatamente seus hábitos. Alguns participantes demonstraram dificuldade em compor uma refeição sem seus alimentos habituais:

“Geralmente eu como um pãozinho (...) outra coisa de manhã? Ixi!”

Outro participante repetiu diversas vezes que tem o costume de tomar chá e não havia modelo disponível.

Optei por dar seguimento à dinâmica e discutir a formação dos hábitos alimentares adiante.

Ao término desta etapa, entreguei tubetes contendo a quantidade equivalente de açúcar de cada alimento selecionado. Os participantes mostraram-se negativamente impressionados, particularmente com a quantidade de carboidratos presentes no pão francês:

“Isso aí é o açúcar que tem nos alimentos? Meu senhor!”

“Ai doutora, eu estou assustada”

“Mas o pãozinho francês tem isso tudo de açúcar?”

“Gente, mas eu estou boba de ver o negócio do pão!”

“Gente, eu tô encabulada de ver o tanto de açúcar que tem nos alimentos”

“Tudo isso de açúcar em um pãozinho?”

"Eu estava falando para ele do pão francês... acha que não é nada um pãozinho? Olha o tanto que vai!"

"Parece que tudo tem açúcar, né?"

"Esse do pão eu tô impressionada até agora. Porque eu gosto de pão francês. Comer pão francês de manhã. Eu tô horrorizada com o pão. Fiquei traumatizada, porque eu gosto muito do pãozinho francês."

A intenção de mostrar que todos os alimentos contêm alguma quantidade de açúcar (ou contêm carboidrato ou parte dos nutrientes se transformarão em glicose) e que, uma vez que trocas proporcionais podem ser realizadas, nada é proibido, não foi atingida e, pelo contrário, esta informação teve um efeito reverso no entendimento do grupo. Alguns dos relatos mais marcantes foram:

"A gente chega à conclusão que a gente não vai poder comer nada."

"Se for analisar essa mesa aí tem que morrer, porque tudo tem açúcar!"

Frente a esta interpretação equivocada, optei por intervir de forma mais assertiva:

"Então, se tudo tem açúcar, eu posso comer tudo, não é isso? É só uma questão de equilibrar a quantidade e a qualidade do alimento. Então eu vou consumir com mais frequência alimentos que são melhores - melhores pro corpo - e com menos frequência alimentos que são piores. (...), mas é proibido de comer bolo? É proibido de comer doce? É proibido de comer quindim? É proibido... não! É só não comer com frequência e em grande quantidade".

Houve então uma discussão a respeito da composição alimentar, das recomendações nutricionais para uma alimentação saudável e das recomendações nutricionais às pessoas com diabetes.

O ato de alimentar-se não representa apenas o fato de incorporar nutrientes importantes para o funcionamento do corpo, mas também, antes de tudo, é um ato social influenciado pelo convívio, pelas diferenças, pela liberdade e pela dominação (PINHEIRO, 2005, p.175).

A minha atenção neste momento estava voltada a, ao mesmo tempo, tirar o caráter proibitivo do aconselhamento nutricional, orientando trocas por equivalência e desmistificando o consumo de sacarose, e, enfatizar a importância de uma alimentação saudável composta por alimentos *in natura* ou minimamente processados, em quantidades recomendadas a um adulto médio.

Os trechos a seguir sintetizam esta minha preocupação:

“Importa a quantidade de açúcar que tem no alimento? Importa! Eu não estou dizendo que é a mesma coisa comer um pão que tem 28 (gramas de carboidrato) e uma banana que tem 14? Não é a mesma coisa! Só que não é proibido comer o pão, e se comer duas bananas é a mesma coisa que comer pão também. Então importa a quantidade de açúcar que tem no alimento, mas também importa o quanto que a gente vai comer aquele alimento, como ele é fabricado, e os outros nutrientes que ele contém.”

“Se é igual comer isso (bolacha Wafer) e comer arroz... aqui tem 24 (gramas de carboidrato), o arroz tem 20. Então se é praticamente a mesma coisa, eu posso comer só bolacha doce? Eu posso comer só bolo doce e controlar o diabetes? Pode. Mas isso é bom para a saúde da pessoa? Não! Nem pra quem não tem diabetes. Pra quem não tem diabetes é bom ficar comendo bolacha doce, esses alimentos cheios de gordura, cheios de conservantes? Também não é bom!”

“Eu não tô dizendo que é pra ficar comendo doce a torto e a direito, nem que é pra ficar comendo bolacha, nem suco industrializado, nada disso, só o que eu tô dizendo é que não é proibido.”

Posto que a recomendação nutricional à PCDM é semelhante àquela destinada à população geral, cabe desta feita pormenorizar estas orientações.

O Guia Alimentar para a População Brasileira apoia-se em cinco princípios, sendo o primeiro deles:

Alimentação é mais que ingestão de nutrientes: alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes, como também aos alimentos que contêm e fornecem os nutrientes, a como alimentos são combinados entre si e preparados, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.22).

Os outros quatro princípios são: recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo; alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável; diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares; guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Em relação às orientações de escolha alimentar, o Guia abandonou o conceito de pirâmide e valorizou o tipo de processamento a que são submetidos os alimentos.

Divide os alimentos em quatro categorias: in natura (obtido diretamente das plantas e animais, sem sofrer nenhuma alteração) e minimamente processados (sofreram alterações mínimas como grãos secos, carnes resfriadas e leite pasteurizado); ingredientes culinários (usados para tempero e preparo de alimentos como sal, açúcar, óleos); alimentos processados (preparados pela adição de sal ou açúcar a alimentos in natura: queijos, frutas em calda, pães); alimentos ultraprocessados (submetidos a diversas técnicas de processamento, inclusive com uso de ingredientes industriais: refrigerantes, biscoitos recheados). Esta divisão respeita não somente as características nutricionais dos alimentos, mas também o impacto social e ambiental de sua produção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Recomenda-se priorizar o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, limitar a quantidade de ingredientes culinários e alimentos processados e evitar o consumo de ultraprocessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, são a base para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.26).

Avançamos a discussão versando sobre os fatores envolvidos na escolha dos alimentos, em especial aqueles relacionados a questões socioeconômicas e culturais. Segundo o Guia Alimentar para População Brasileira:

Finalmente, alimentos específicos, preparações culinárias que resultam da combinação e preparo desses alimentos e modos de comer particulares constituem parte importante da cultura de uma sociedade e, como tal, estão fortemente relacionados com a identidade e o sentimento de pertencimento social das pessoas, com a sensação de autonomia, com o prazer propiciado pela alimentação e, conseqüentemente, com o seu estado de bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.16).

Eu começo com a seguinte provocação:

“Mas, assim, o que a gente poderia levar em consideração para escolher? Quando a gente vai escolher um alimento para comer, no que a gente pensa?”

A primeira resposta foi:

“O que vai satisfazer, né?”

Aproveitamos o ensejo e debatemos a importância das fibras e da proteína nos processos de saciação e saciedade. Fortaleci a recomendação de dar preferência a cereais e grãos integrais, assim como de comer frutas, legumes e verduras. Adicionei a recomendação de tentar inserir alguma fonte de proteína na maioria das refeições, em especial lácteos e ovos, com objetivo de aumento de saciedade e preservação da massa muscular, particularmente em idosos.

Tanto a fome quanto a saciação e a saciedade sofrem influência de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Dentre os elementos biológicos destacam-se a velocidade de esvaziamento gástrico, sinalizações neuronais (neuropeptídeos orexígenos e anorexígenos atuando no hipotálamo), componentes endócrinos e adipocitários (leptina, insulina) e fatores intestinais (GLP-1, CCK, PYY, oxintomodulina) (HALPERN et al, 2004). A proteína é o macronutriente que gera maior saciedade e menor fome, em partes por ser menos palatável que carboidratos e gorduras, e em partes por levar a ativação de respostas neuronais através da estimulação de quimiorreceptores intestinais e ação vagal (HERMSDORFF et al, 2007).

Para além disso, a ingestão adequada de proteínas (25-30 g de proteína de alta qualidade por refeição) é recomendado para prevenir a perda muscular decorrente do envelhecimento (PADDON-JONES E RASSMUSSEN, 2009). Estimativas para 2025 preveem 33 milhões de idosos no Brasil, de sorte que outras doenças que incidem nesta população, afora as cardiometabólicas, devem ser alvo de nossa atenção (SILVA et al, 2006). Ademais, disfunções no metabolismo muscular de idosos aumentam o risco de DM2 por desencadearem resistência insulínica (WOLFE et al, 2008). Estudo pioneiro no tema mostrou que até 25% das pessoas entre 65 e 70 anos e mais da metade daqueles acima de 80 anos apresentam algum grau de sarcopenia (BAUMGARTNER et al, 1998). A sarcopenia é associada a maior risco de fraturas, dependência de terceiros, hospitalização e mortalidade, influenciando diretamente na qualidade de vida de idosos (SILVA et al, 2006).

Em relação às fibras, recente revisão demonstrou aumento da saciedade ao consumo de grãos integrais de aveia, centeio e cevada em relação a suas versões refinadas, com resultados ainda controversos para milho e trigo (COOPER et al, 2015). O consumo de alimentos de baixo índice glicêmico está associado a menor média glicêmica de 24h, menor secreção de insulina e peptídeo C e menor hemoglobina glicada que refeições similares com alimentos de alto índice glicêmico, tanto em pessoas com diabetes quanto em pessoas sem diabetes (LUDWING, 2002).

Não completamente satisfeita com a resposta, pois já havíamos abordado recomendações nutricionais, provoqueei novamente:

“Então, a composição do alimento é uma coisa que a gente pode levar em consideração, o fato de você se sentir ou não saciado. O que mais? Se eu tenho todas essas opções e todas têm a mesma quantidade de açúcar, o que mais eu posso levar em consideração na hora de decidir: ah eu vou comer isso?”

Um participante respondeu:

“Eu vou ficar com o omelete mesmo, porque é mais fácil”

Seguiu-se uma conversa a respeito de ter o alimento disponível versus a necessidade de deslocamento para adquiri-lo.

Ainda inconformada com o fato do grupo não abordar a palatabilidade, fiz uma terceira provocação:

“A praticidade. A disponibilidade do alimento, vamos dizer assim. (...) então, o fato de você ter ou não este alimento disponível. E o que faz a gente ter ou não um alimento? Algumas coisas...”.

A resposta foi:

"Primeiro eu acho que é a grana, né?"

A constituição da autonomia para escolhas mais saudáveis no campo da alimentação depende do próprio sujeito, mas também do ambiente onde ele vive. Ou seja, depende da capacidade individual de fazer escolhas de governar e produzir a própria vida e também de condições externas ao sujeito, incluindo a forma de organização da sociedade e suas leis, os valores culturais e o acesso à educação e a serviços de saúde. Adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. Muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.22).

Fiquei bastante entusiasmada com a resposta e os rumos que a reunião poderia tomar, porém, como gostaria de debater as interferências culturais juntamente com as questões econômicas, tentei, novamente sem sucesso, abordar os hábitos alimentares:

“Exato! É isso mesmo! Uma das coisas é o preço. (...) além do preço, o que mais? Por que tem alguns alimentos na sua casa e não tem outros?”

E novamente foram abordadas questões de armazenamento, validade dos alimentos e necessidade de deslocamento para compra.

Sem desistir de fomentar a discussão, continuei:

“Mas tem mais uma coisa que vocês não estão falando e que é muito importante, e é o principal fator que as pessoas levam em consideração na hora de escolher o que vão comer”

Neste momento obtive a resposta:

“O sabor?”

Emendei comentando que, escolher todas as refeições apenas pelo sabor não é uma conduta alimentar adequada pois a qualidade nutricional é importante, porém, por outro lado, compreender que a PCDM se encontra inserida em nossa sociedade e, portanto, exposta frequentemente a alimentos hiperpalatáveis desenvolvidos pela indústria, faz com que estes alimentos façam parte de sua rotina alimentar e isto deve ser considerado e respeitado.

A palatabilidade depende de respostas sensoriais e condicionamentos culturais e está fortemente relacionada à saciação, interferindo diretamente no conteúdo calórico ingerido. A presença de carboidratos e gorduras tornam um alimento mais palatável (HERMSDORFF et al, 2007). Alimentos ultraprocessados são geralmente ricos em açúcar, sal e gordura e pobres em fibras, proteínas e vitaminas (MONTEIRO et al, 2019).

O grupo debruçou-se no fato de receberem sempre a recomendação de uma alimentação saudável, composta por “fruta”, “legumes e carne”, “integral”, sem haver conversa a respeito da possibilidade de consumirem doces ou alimentos ultraprocessados.

A contagem de carboidratos é uma estratégia nutricional mais frequentemente adotada para indivíduos com DM do tipo 1 pois envolve a administração de insulina a partir da quantidade de carboidratos ingerida, em esquema *basal-bolus*. Esta estratégia proporciona maior individualização e flexibilidade alimentar e constitui-se a principal recomendação para crianças e adolescentes (SBD, 2021).

Não obstante, o tratamento do DM2 difere bastante do tratamento do DM1 e, na maioria dos casos, adaptações à contagem de carboidratos como a orientação de grupos de substituição com a fixação de quantidades de carboidratos por refeição podem ser adotadas no intuito de propiciar maior autonomia de escolha alimentar. Nesta situação, o nutricionista calcula a recomendação de carboidrato por refeição para cada indivíduo e orienta o consumo através da leitura de rótulos (para alimentos industrializados) e tabelas de substituição (contendo alimentos *in natura*, minimamente processados ou já preparados, em porções por medidas caseiras). Esta proposta é mais complexa e de

difícil aplicação em larga escala, pois exige a presença do profissional nutricionista e certo grau de alfabetização da PCDM, porém pode ser oferecida em situações especiais. À maioria da população, orientações simples de alimentação saudável e trocas por equivalência (daqueles alimentos consumidos com maior frequência) associadas ao combate ao terrorismo alimentar (proibições, restrições, culpabilizações) já serão de grande valia na promoção de um ambiente mais democrático e sadio.

A quantidade de alimento também foi levantada como um problema. Os participantes questionaram quais alimentos poderiam ser consumidos “à vontade” e em momentos de ansiedade. Relataram a dificuldade em se satisfazer com um pedaço pequeno de bolo ou de chocolate:

“Porque o doce instiga, comeu o primeiro...”

A partir desta problemática, discutimos três aspectos: a cultura do comer em grande quantidade; a ansiedade e sua relação com o comer; a proibição/restrição alimentar e suas consequências. Derivando desta conversa, modificamos o enfoque do grupo, abandonando a abordagem de adversidades individuais e prosseguindo para o debate coletivo, a respeito de determinantes sociais de saúde, modo de produção e consumo de alimentos.

A melhor maneira de se avaliar a história dos hábitos alimentares é através da noção de “sistemas alimentares”. Este conceito permite compreender o hábito alimentar a partir de todos os atores sociais envolvidos, desde a produção, distribuição e consumo, até as relações sociais e as políticas envolvidas diretamente com disponibilidade, acesso e escolhas alimentares (OLIVEIRA E THÉBAUD-MONY, 1997; FRANÇA et al, 2012).

O Brasil possui uma cultura alimentar tradicional farta e variada. Influenciadas pelas culinárias indígena, africana, portuguesa e pelos demais povos imigrantes, assim como pela disponibilidade regional de alimentos, as regiões brasileiras têm características próprias (FRANÇA et al, 2012).

Os avanços técnico-científicos como aprimoramento das técnicas de cultivo e conservação, mecanização, conhecimentos de genética, solo e clima, atuaram intimamente na modificação dos hábitos alimentares ao longo das décadas (FRANÇA et al, 2012), entretanto, fatores diretamente ligados ao capitalismo como a exploração

desmedida (da terra e do trabalho) e a lucratividade assumem posição de destaque como determinantes da cadeia de produção. O preço dos alimentos - intimamente atrelado a incentivos fiscais, políticas de câmbio e exportação - e a distribuição agrária serão analisados posteriormente.

Em relação ao consumo, o binômio urbanização/industrialização distanciou quase toda a população mundial do contato direto com a natureza e do cultivo domiciliar. A variedade e facilidade oferecidas pela indústria de alimentos e pela globalização, associadas a um estilo de vida caracterizado pela escassez de tempo e uma forte atuação das empresas de publicidade estão fazendo os brasileiros substituírem a rica alimentação tradicional regional por produtos artificiais (FRANÇA et al, 2012; PINHEIRO, 2005).

Diante dessa tendência, a cultura fast food se apresenta como uma realidade condizente com a mentalidade moderna global. A predileção pela quantidade, em detrimento da qualidade e do sabor, e a ausência de uma tradição local ligada à gastronomia, favorecem produtos de *status* que influenciam os hábitos de consumo da população, principalmente a jovem (FRANÇA et al, 2012, p.3).

A chamada “dieta ocidental”, fruto da transição nutricional que estamos vivenciando atualmente, é caracterizada pelo alto teor de gordura saturada, carboidratos simples e açúcares e baixo teor de fibras e micronutrientes, amplamente representada nos alimentos ultraprocessados (FRANÇA et al, 2012). Alimentos ultraprocessados compõem 50% da ingesta energética dos EUA e 20-30% de países de renda média como Brasil e México, sendo que o consumo destes alimentos aumenta 10% ao ano em países em desenvolvimento (MONTEIRO et al, 2019).

A influência cultural dos Estados Unidos, através do cinema e das redes de fast food, foi mencionada como um dos promotores de nosso comportamento alimentar. Indicamos a impressão de que, além da qualidade nutricional ruim (com excessos de açúcares e gorduras), o “modo de se alimentar” do norte-americano foi importado por parte da população brasileira. Uma vez que somos frequentemente estimulados, por filmes e séries, a comer com pressa, às vezes enquanto trabalhamos ou andamos pela rua, houve uma glamourização de um comer problemático, caracterizado pela sensação de otimização do tempo produtivo (gerador de renda). Para além disto, as porções

tornaram-se cada vez maiores, à semelhança do que ocorre nos EUA e diferindo de outros locais, como alguns países europeu e asiáticos.

Considerei importante substanciar que, não apenas aqueles que desenvolveram diabetes têm hábitos alimentares nocivos. Relembrando a culpa manifestada pelos participantes da primeira reunião, salientei:

"Então, outra coisa que as pessoas falam da diabetes, o que dificulta, é porque a pessoa não se contenta em comer uma quantidade pequena – um prato, digamos assim. Mas é só quem tem diabetes que come demais?"

Prontamente os participantes responderam que não.

A relação de afeto que, antes, permeava a refeição nas trocas familiares e entre amigos, hoje, cede lugar à alimentação cujo parceiro é o aparelho de televisão. Uma das características desse modelo é o apelo a comer demais, procurando satisfação onde não se pode encontrar, na quantidade de alimentos ingerida. A tendência em comer demais é típica das sociedades industriais (PINHEIRO, 2005, p.175).

Abordamos então a dificuldade em comer pequenas porções de doces como um reflexo da posição de proibição a que estes alimentos são rotineiramente delegados. Os participantes concordaram que, se pequenas porções de doces fossem pactuados em seus planos alimentares, como quaisquer outros alimentos, sem nenhuma carga de culpa, eles teriam uma relação melhor com estes alimentos.

Craving, ou melhor *food craving*, é termo em inglês utilizado para designar um intenso desejo de consumir um alimento específico e não tem tradução direta para o português. Muito estudado em dietas restritivas com objetivo de emagrecimento, o *craving* tem consequências físicas e emocionais bastante conhecidas. Estudo observacional da USP de Ribeirão Preto mostrou que 77,42% das mulheres com sintomas de estresse apresentavam *craving* por doces, e estas mulheres tiveram dosagens basais de leptina significativamente maiores que as mulheres sem esta manifestação (MACEDO E DIEZ-GARCIA, 2014).

Outro estudo mostrando as consequências físicas do *craving* foi realizado com Ressonância Magnética funcional (fMRI). Vinte indivíduos voluntários foram divididos em 2 grupos, 10 foram previamente submetidos a uma dieta monótona e 10 mantiveram

sua dieta habitual, por 36h. A dieta monótona consistia em consumir exclusivamente (além de água) um preparado industrializado (*shake*) que continha todos os nutrientes recomendados a uma dieta completa, em quantidade adequada para manutenção do peso de acordo com IMC, idade e sexo. Os indivíduos em dieta habitual também receberam algumas doses do *shake*, porém estavam liberados a consumir outros alimentos. Ambos os grupos, durante o exame (fMRI), foram estimulados a imaginar as características de seus alimentos preferidos e também as características do *shake* que haviam ingerido. Todos os indivíduos submetidos a dieta monótona relataram *craving* ao imaginar os alimentos escolhidos, enquanto que apenas metade daqueles que seguiam a dieta habitual apresentaram esta manifestação. Nenhum indivíduo referiu *craving* ao imaginar o *shake*. Apenas indivíduos em dieta monótona apresentaram diferenças na ativação do Sistema Nervoso Central quando imaginaram os alimentos escolhidos e o *shake*, os indivíduos com dieta habitual apresentaram o mesmo padrão de ativação. Apenas o grupo em dieta monótona apresentou maior ativação de hipocampo, ínsula esquerda e núcleo caudal direito, áreas comumente ativadas no *craving* por drogas (PELCHAT et al, 2004).

O *craving* está relacionado ao comer compulsivo, à redução do autocontrole alimentar, maior IMC e pior desempenho de dietas, especialmente quando ocorre durante dietas restritivas e muito controladas. Dietas flexíveis, focadas principalmente em comer lentamente e reduzir porções obtém menores índices de *craving* e maior sucesso em longo prazo (MEULE et al, 2011).

Em um momento posterior, retomo o ponto de vista reforçando:

"Então, o que eu quero dizer com isso? É muito comum quando a pessoa descobre que tem diabetes, as pessoas começam a acusar aquela pessoa de ter se alimentado mal a vida inteira. Não é assim? Se você não tivesse comido tanto doce, se não tivesse tomado refrigerante, se não tivesse feito isso... (dizem). Só que isso que essa pessoa faz é diferente do que outras pessoas fazem?"

Um dos participantes me respondeu:

“Não, só que um tem um organismo, outro tem outro”

Na sequência, um participante questiona:

"No meu caso, eu sou muito ansioso. Aí a primeira coisa, dá vontade de comer alguma coisa, se comer uma fruta ou comer uma gelatina, atrapalha?"

Ao que questiono de volta:

"Será que só o senhor é ansioso? Como a gente tem visto o mundo? Todo mundo tá ansioso! É mais fácil encontrar alguém ansioso do que alguém que não é ansioso, né?"

E completei:

"E por que será? Pelos mesmos motivos do que a gente come. Porque faz parte da realidade que a gente está vivendo agora. Esse mundo que a gente vive hoje, que exige respostas muito rápidas, que tudo tem que ser feito na mesma hora. Você está fazendo um monte de coisas ao mesmo tempo. Isso, ao invés de facilitar a nossa vida, deixou a gente cada vez mais ansioso, né? E aí, uma forma da gente diminuir a ansiedade, desacelerar, é sair um pouco disso".

O questionamento do participante envolvia uma forma "menos danosa" de combater a ansiedade com alimentos, porém debatemos que a intenção nesta ação é mascarar o problema (ansiedade), ao invés de enfrentá-lo. Conversamos um pouco sobre práticas e comportamentos que melhoram a ansiedade como meditação, atividade física, trabalhos manuais e práticas de respiração, e vários participantes citaram atividades que costumam realizar e contribuíram para a busca de soluções. Por fim, apontamos que o auxílio profissional pode ser necessário e está disponível no SUS.

Compreendendo a necessidade de enfatizar a importância da responsabilidade social, eu afirmo:

"Infelizmente, a vida que a gente leva hoje, é uma vida que favorece muito mais o desenvolvimento destas doenças do que uma vida saudável. Então, a pessoa que desenvolve diabetes, não é que é culpa dela, ela faz a mesma coisa que os outros. Todo mundo faz aquilo. Todo mundo come mal. Todo mundo é ansioso. Todo mundo é

sedentário. Mais de 70% da população do Brasil não faz nenhuma forma de exercício. Então, não é aquela pessoa que tem que mudar, sozinha. É claro que é bom para aquela pessoa que ela adquira novos hábitos, não estou dizendo que não, só que todo mundo, a gente deveria tentar mudar tudo, né?”

Um participante responde:

“O sistema todo, né?”

Ao que continuo:

“Mudar tudo. Começar pela família toda, o país todo, toda forma de produção...”

E sou advertida por outro participante:

“Nossa, isso é muito difícil!”

Tivemos então uma excelente discussão a respeito da historicidade. Eu continuo:

"A gente tem que pensar que de alguma forma a gente veio para aqui, né? (...) então, isso foi feito. Então, se foi feito, eu acho que dá pra mudar. Não é assim porque é. O mundo não era assim antes, né? E ele não vai ser assim pra sempre. A gente vai construir o mundo pra frente. Então a gente tá fazendo parte desse processo de construção. E a gente consegue, em escalas pequenas, depois organizadas, né, maiores e maiores, tentar mudar isso pra um futuro”

Vários participantes concordaram com a possibilidade de mudança e manifestaram a esperança transformadora quando questionei se deveríamos desistir frente ao tamanho da dificuldade.

Aproveitei a oportunidade para mencionar o projeto de lei que tramita no congresso nacional visando aumentar a tributação de bebidas açucaradas. O PL 8541/17 do deputado Paulo Teixeira (PT-SP) prevê aumento na alíquota de IPI (Imposto sobre Produto Industrializado) de 4% para 5% sobre importação e saída da fábrica de sucos,

refrigerantes e outras bebida não-alcóolicas açucaradas. O PL prevê ainda que o IPI cobrado em outras fases da cadeia será sempre 25% para bebidas não-alcóolicas açucaradas em relação a bebidas que sejam naturalmente doces, sem adição de açúcares. Este PL está atualmente sendo discutido no contexto de Reforma Tributária na Câmara dos Deputados. A proposta que corre na Câmara, entre outras coisas, pretende simplificar a tributação de produtos, e a taxaço de bebidas açucaradas entraria conjuntamente à taxaço de cigarros e bebidas alcóolicas, no que se convencionou chamar de “imposto do pecado” (CÂMADA DOS DEPUTADOS, 2018).

Assim como ocorreu com o combate ao tabagismo – que será explicitado adiante – esta iniciativa parte uma propositura da Organização Mundial de Saúde. Este PL, àquela época (2019) pouco discutido, teve o recente apoio público da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), através da publicação de um posicionamento em conjunto com outras quinze entidades em junho de 2021. O documento intitulado *Tributaço de Bebidas Açucaradas na Prevenço de Doenças Crônicas Não Transmissíveis* afirma:

A obesidade é uma doença complexa e multifatorial, que resulta da exposiço de uma populaço biologicamente vulnerável a um ambiente obesogênico, caracterizado sobretudo por uma grande disponibilidade de alimentos ultraprocessados. Estes produtos possuem aditivos, são ricos em açúcar, sal e/ou gordura, e pobres em fibras, o que favorece a baixa saciedade e o consumo exagerado, contribuindo para o ganho de peso progressivo (SBEM, 2021).

O posicionamento prossegue, esclarecendo que o consumo de açúcar em bebidas é um dos grandes responsáveis pela obesidade, atribuindo a estes alimentos 10% dos casos de obesidade infantil (corresponde a quase 205 mil crianças), e citando recomendaço da OMS para aumento de tributaço e a ampla aceitaço da medida, atualmente implementada por mais de 50 territórios. Encerra estimando uma reduço de 19% a 49% no consumo de bebidas açucaradas se o imposto adotado for de 20-50%, com aumento de 4,7 a 7 bilhões de reais em arrecadaço de tributos e geraço de até 200 mil empregos (SBEM, 2021).

Faço objeço ao PL utilizado como instrumento único de melhora do padrão alimentar, sem contrapartida de reduço de impostos de outros produtos e maior incentivo a agricultura familiar com redistribuiço de terras e combate ao latifúndio improdutivo. Também considero pouco produtivo a alteraço pontual de tributos uma

vez que uma Reforma Tributária mais ampla, reduzindo imposto sobre consumo e ampliando o imposto sobre renda faz-se necessária ao equilíbrio fiscal e redução de desigualdades sociais.

Atualmente a tributação no Brasil é considerada regressiva, o que significa que as parcelas mais baixas de renda contribuem proporcionalmente mais com impostos do que as faixas de renda mais elevadas. Isto ocorre porque 68,2% da carga tributária brasileira corresponde ao consumo, enquanto apenas 24,1% à renda e 3,52% ao patrimônio, ao passo que, nos países da OCDE os números são 30,4% (consumo), 36,9% (renda) e 5,4% (patrimônio). O resultado disto é que famílias cuja renda ultrapassa 30 salários mínimos tenham 26,3% de seu rendimento comprometido com impostos, enquanto que para famílias com renda de até dois salários mínimos este valor sobe para 48,8% (GASSEN et al, 2013).

Esta distorção fere um dos mais importantes princípios tributários, que é o princípio da capacidade contributiva. Segundo este princípio, cada cidadão deve contribuir com o Estado dentro de sua capacidade econômica. Quando respeitado, o princípio da capacidade contributiva garante, por um lado, que não haverá excessos de tributação, e por outro lado, uma condição mínima de dignidade ao cidadão mais pobre (GASSEN et al, 2013).

Como limite inferior da capacidade contributiva, poder-se-ia falar no mínimo vital ou mínimo existencial, de modo que não há que se falar em capacidade contributiva aquém desse mínimo. Somente depois de satisfeito esse mínimo, há a capacidade contributiva e, por conseguinte, poderá haver tributação. Por sua vez, como limite superior, temos a proibição ao confisco, isto é, a proibição ao excesso da tributação (GASSEN et al, 2013, p.221).

Ainda versando sobre políticas públicas, o incentivo à agricultura familiar e à produção de produtos orgânicos também terá impacto limitado se ocorrer de modo particular, sem o enfrentamento do agronegócio exportador, da destruição do meio ambiente e da indústria de alimentos. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira:

A depender de suas características, o sistema de produção e distribuição dos alimentos pode promover justiça social e proteger o ambiente; ou, ao contrário, gerar desigualdades sociais e ameaças aos recursos naturais e à biodiversidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b, p.18).

Parte destas pautas foram abordadas neste encontro e outra parte ficou postergada para reuniões seguintes, que infelizmente não ocorreram em função da pandemia de Covid-19.

Começando pela PL de tributação de bebidas açucaradas:

"A gente precisaria então favorecer o consumo de alimentos mais naturais e dificultar mesmo o consumo de alimentos industrializados. Só que não adianta só dificultar o consumo de alimentos industrializados, tem que ter o outro lado. (...) agora, você não pode, em uma população que já tem uma dificuldade enorme de comprar as coisas porque o salário está baixo, o preço das coisas estão aumentando, aí você vai e dificulta mais ainda de comprar uma coisa e não facilita do outro lado, aí não dá, né? Então, é uma alternativa você dificultar a compra de alimentos industrializados ricos em açúcar, ricos em gordura? Sim, mas tem que ter a facilidade do outro lado de comprar os alimentos naturais".

Um participante responde:

"Eu gosto muito de fruta, mas a fruta é cara. Toda semana? Eu sou fácil de fazer dieta, às vezes o que quebra é a falta. Você não tem isso hoje, então vou comer um pão".

Eu continuo:

"Se a gente vivesse numa situação diferente, né, numa sociedade diferente. Se no lugar em que a gente vivesse, fosse muito mais barato comprar fruta, verdura, ovo, leite, e muito mais caro comprar pão, bolacha..."

E obtenho a seguinte resposta:

"Aí mudaria!"

Passamos então a debater quem teria interesse neste modo de produção e um participante intervém:

"Seria o caso das indústrias também, né? Um pouco é o fator financeiro, né?"

E outro completa:

"O mercado."

Eu prossigo:

"Então, também não é abaixar o preço de alimento natural enchendo de transgênicos e de agrotóxicos pra render mais, pra grande produtor ganhar mais dinheiro às custas da nossa saúde né? Então, uma forma que também já tem em alguns países é, por exemplo, o incentivo, ao que a gente chama de agricultura familiar, pequenos produtores, que geralmente não ganham nada, né?"

Três participantes se manifestaram:

"Fica tudo na mão..."

"Fica tudo pro governo!"

"O imposto, né?"

Uma reforma tributária que desonere consumo e taxe mais enfaticamente renda, assim como lucros e dividendos, aliada a uma reforma agrária que possibilite a ampliação do incentivo à agricultura familiar, garantiria maior acesso a produtos orgânicos, terra e renda. Neste ambiente seria possível a discussão de taxaço de produtos específicos, como bebidas açucaradas.

A atual proposta em tramitação na Câmara ainda contém uma polêmica interrupção da desoneração dos produtos da cesta básica, com restituição do imposto cobrado às parcelas mais pobres da população mediante transferência direta de renda. O argumento de alguns é que este fato reduziria desigualdades pois os indivíduos com maior renda arcaíam com o imposto enquanto as pessoas mais pobres seriam restituídas, configurando o tão almejado imposto progressivo. Por outro lado, outros

levantam a possibilidade dessa renda não chegar a todos, questionam os critérios de corte, preocupam-se com as burocracias e temem dificultar o acesso a alimentos básicos, principalmente em um contexto de aumento da fome (ALENCAR, 2020).

Borges et al em estudo de 2015 baseado em dados de 2009 mostrou que, para atender às recomendações nutricionais do Guia Alimentar para a População Brasileira, geraria um aumento de 58,1% nas despesas com alimentação para pessoas com renda per capita menor que US\$ 1,00/dia; de 39,6% para aqueles que ganhavam 1 salário mínimo (R\$ 415,00 em 2009) e 30,8% para o todo da população. Na população mais pobre isto significa que o gasto com alimentação corresponderia a 145,8% da renda (BORGES et al, 2015).

A ampliação do acesso a alimentos *in natura* de qualidade foi apoiada por todo o grupo como forma de melhorar o padrão alimentar do brasileiro. Este debate está ainda mais aprofundado pois, com o violento aumento da fome, infelizmente migramos o objetivo de “garantir uma alimentação de qualidade” para “garantir, ao menos, o mínimo necessário à sobrevivência”. Tanto a questão da alimentação saudável quanto o enfrentamento definitivo da fome atravessam a necessidade de uma reformulação do sistema de produção de alimento que, por sua vez, está ancorada na premência de uma reforma agrária (SANTOS, 2021).

Apesar do direito à alimentação estar garantido na Constituição desde 2010, a compreensão do alimento como mercadoria faz com que a garantia deste direito se dê em uma lógica de mercado, na qual o fator determinante é a renda.

Tal estruturação das políticas sociais encontra inúmeros desafios, uma vez que a alimentação tem uma dimensão econômica, ou seja, configura uma mercadoria e, nessa condição, o acesso pelos sujeitos é desigual, dependendo de fatores como a classe social, as condições de produção, distribuição e oferta, as disputas nos mercados, flutuações de preços ao se inserir nos circuitos de valorização do capital, servindo a expropriação das classes trabalhadoras. Por isso, a estrutura do modo de produção capitalista impõe limites à efetivação do direito à alimentação (SANTOS, 2021, p.269-270).

O setor agropecuário - latifundiário, monocultor e exportador - está projetado para atender ao mercado externo. A produção de alimentos, portanto, não é instrumento garantidor do direito à alimentação e sim ferramenta de acúmulo de capital e desenvolvimento econômico (SANTOS, 2021).

No entanto, a ideia de que o desenvolvimento econômico do país propiciaria melhores condições de vida e acesso a alimentação, marcou o desenvolvimento das políticas de alimentação até os dias atuais, de forma que se tem dado preferência à ampliação da produção, atendendo aos interesses dos grandes produtores e da indústria de alimentos (SANTOS, 2021, p.282).

A má nutrição e sua pior versão - a fome - não são consequência, como anteriormente previsto, da baixa capacidade de produção, pelo contrário:

Desde os anos 70, a produção de alimentos aumentou a ponto de hoje ser suficiente para fornecer dois quilos de alimentos por dia, para cada pessoa na Terra. Isto inclui mais de um quilo de cereais, feijões e castanhas; quase meio quilo de frutas e legumes e quase outro meio quilo de carne, leite e ovos. Esta dieta diversificada supriria todas as calorias, proteínas, vitaminas e minerais que o corpo precisa para cumprir com a definição de segurança alimentar produzida pela CMA de 1996. Assim, a situação atual no mundo da oferta de alimentos é de abundância, não de escassez (VON DER WEID, 2005 p.63).

O Brasil segue a mesma conjuntura: a modernização da agricultura durante o regime militar nas décadas 1960-1970 provocou aumento expressivo da produção. Entretanto, não se pode ignorar que este processo aprofundou a desigualdade social, uma vez que investimentos em infraestrutura, incentivos fiscais, acesso a pesquisa e crédito favoreceram as grandes propriedades rurais (SANTOS, 2021, OXFAM, 2016). A concentração de terras está se mantendo praticamente inalterada desde então (OXFAM, 2016).

A produção de alimentos, assim sendo, se alinha com a lógica de *commodities* do mercado internacional: modernização, aumento da produção e barateamento do custo. Num primeiro momento este sistema parece ser conveniente pois gera produtos mais baratos, todavia:

A redução constante nos preços mundiais de “commodities” desde os anos 70 (com altas muito ocasionais) beneficia os pobres da cidade, mas provoca o caos em muitas áreas rurais. Os preços baixos, frequentemente obtidos com subsídios oficiais à exportação em países desenvolvidos, trazem a ruína para produtores nacionais em países em desenvolvimento e a fome maior ainda lá onde ela sempre imperou, nas áreas rurais. Esta concorrência desigual se soma ao impacto dos modelos de desenvolvimento agrícola já mencionados, para marginalizar camponeses e trabalhadores rurais e para promover mais migração do campo para a cidade, deslocando a fome e a pobreza de um lugar para outro. Resultado: aquilo que é dado com uma mão (alimentos baratos) é tirado com a outra, através da ruína da população mais vulnerável e próxima à fome, ou seja, os pequenos agricultores (VON DER WEID, 2005, p.64)

A conversão do direito à alimentação em mercadoria, além de aumentar a pobreza rural e vincular a comida à renda, transforma a participação do Estado. O Estado deixa de responsabilizar-se por garantir acesso universal à alimentação de qualidade e passa a atuar no limite da subsistência, no qual tudo o mais é considerado excedente. Por conseguinte, as políticas públicas de combate à fome adotadas até então focam na transferência de renda à população miserável, sem enfrentar a cadeia produtiva que gera a miséria, apenas minorando os efeitos da exploração capitalista (SANTOS 2021)

Neste cenário, a reforma agrária de mercado, financiada pelo banco mundial, foi responsável pelo assentamento de centenas de milhares de famílias a partir de 1997. Este procedimento foi realizado através de crédito (financiamento para compra de terras) e subsídios (para investimentos em infraestrutura e produção) a trabalhadores rurais pobres. Com essas medidas, pequenos produtores adquiriram terras por preços menores, sem desapropriação dos latifúndios (PEREIRA, 2015). Argumentava-se que:

(...) a reforma agrária redistributiva havia falido historicamente, por ser um modelo discricionário, confiscatório, conflitivo e inviável politicamente em regimes democráticos ao se basear no instrumento da desapropriação e na indenização (quando existente) aos proprietários de terra por meio de TDAs. Além disso, tal modelo seria também centralizador, burocratizado, paternalista, ineficiente economicamente e ineficaz na redução da pobreza rural (PEREIRA, 2015, p.394)

Estas medidas foram uma resposta simultânea às tensões no campo que ocorriam no Brasil com o fortalecimento de movimentos de luta pela terra, e às estratégias do Banco Mundial de redução da pobreza rural. O intuito, deste modo, era minorar os efeitos do neoliberalismo sobre a população do campo, sem interferir nas bases do sistema e nos lucros dos capitalistas (PEREIRA, 2015).

Em contrapartida, ao situarmos novamente a alimentação na posição de direito, a reforma agrária assume o objetivo de alterar a estrutura fundiária nacional, provendo segurança e soberania alimentar. A reforma agrária de mercado e o modelo de soberania alimentar não são apenas diferentes em sua aplicação prática, são concepções de desenvolvimento econômico antagônicas, que se chocam e não coexistem pacificamente (ROSSET, 2006).

Presumo ser importante, antes de prosseguir, diferenciar segurança alimentar de soberania alimentar. “*Segurança alimentar significa que toda criança, mulher e homem*

precisam estar certos de ter o suficiente para comer todos os dias, mas o conceito não diz nada sobre de onde esse alimento vem ou como é produzido” (ROSSET, 2006, p.319-320). Ao passo que soberania alimentar:

A noção de soberania alimentar argumenta que alimentar o povo de uma nação é uma questão de segurança nacional – de soberania, se quisermos. Se, para a próxima refeição, a população de um país depender dos caprichos da economia global, da boa vontade de uma superpotência de não usar o alimento como arma, da imprevisibilidade e do alto custo de transportes a longas distâncias, então esse país não está seguro, nem no sentido de segurança nacional nem de segurança alimentar. A soberania alimentar, portanto, vai além do conceito de segurança alimentar, que foi destituído de significado real (ROSSET, 2006, p.319).

A soberania alimentar apoia-se na reforma agrária redistributiva e na reestruturação do modelo econômico. Este referencial defende que a priorização do mercado interno, através da criação de círculos locais de produção e consumo, leva ao fluxo de dinheiro entre pequenos agricultores e comerciantes locais, gerando empregos no campo e um desenvolvimento agroecológico (ROSSET, 2006).

Somente mudando os rumos do desenvolvimento voltado para a exportação, do modelo agrícola baseado no livre-comércio e na indústria, da concentração da terra em grandes fazendas e da expulsão das pessoas é que a espiral descendente de miséria, baixos salários, migração campo-cidade e degradação ambiental serão interrompidas. A reforma agrária redistributiva e a reversão da política comercial dominante trazem em seu bojo a promessa de mudança para um modelo agrícola familiar ou cooperativo baseado em áreas menores, com o potencial de alimentar o pobre, conduzir a um desenvolvimento econômico de base ampla e conservar a biodiversidade e os recursos produtivos (ROSSET, 2006, p.320-321).

Houve um encolhimento da agricultura familiar entre 2006 e 2017, em parte explicado por mudanças no critério de classificação. Este recuo representa diminuição de 9,5% no número de estabelecimentos e perda de 2,2 milhões de trabalhadores. Em contrapartida, na agricultura latifundiária houve a criação de 702 mil novos postos de trabalho.

Em virtude de o agronegócio estar direcionado ao mercado externo, apesar de todos os entraves supracitados, é a agricultura familiar que coloca comida na mesa dos brasileiros (SANTOS, 2021). O Censo Agropecuário de 2006 demonstrou que cerca de 70% da alimentação básica é produzida pela agricultura familiar (IBGE, 2006). Já o Censo Agropecuário de 2017 revelou que este segmento produz 48% da produção de

café e banana, 80% da produção de mandioca e 42% da produção de feijão (IBGE, 2017).

Além de não resolver nem o problema da fome, nem o problema da pobreza rural, a reforma agrária de mercado ainda se mostrou danosa ao solo e ao ambiente. A comercialização voluntária fez com que as terras de pior qualidade fossem negociadas enquanto as terras mais férteis continuaram sob domínio da elite, em latifúndios monocultores com vasto uso de pesticidas e fertilizantes. Enquanto as grandes propriedades contaminam e exaurem o solo, pequenos camponeses zelam por suas terras, protegendo a biodiversidade e a produtividade de longo prazo (ROSSET, 2006).

Falando sobre o uso de agrotóxicos:

“Mas também o que a gente tá vendo, é que hoje, qualquer coisa, as frutas, a carne, não tem o mesmo sabor de antes. Parece que tá tudo mudado. Você vai comer uma carne e não tem...”

“É muito caro aquela livre de agrotóxicos. Muito caro! Um pé de alface que você vai pagar 3-4 reais, paga 7-8.”

Embora a discussão sobre agrotóxicos tenha se esgotado em poucas frases e não tenha retornado como prioridade em encontros posteriores, devido à importância do tema, dedicarei algumas linhas a irradiar o “Dossiê contra o pacote do veneno e em defesa da vida!”. O documento, publicado pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e parceiros em 2018, e revisado em 2021, é um posicionamento oficial em apoio a PNARA (Política Nacional de Redução de Agrotóxicos) e contrário ao chamado “Pacote do veneno” (FRIEDRICH et al, 2021).

O “Pacote do veneno” é um conjunto de medidas capitaneadas pelo Projeto de Lei n.º 6.229/2002, cujo objetivo é facilitar e ampliar o uso de agrotóxicos no Brasil. O PL tem 25 notas técnicas contrárias à sua aprovação, assinadas por diferentes representantes da sociedade como ANVISA, INCA, IBAMA, SBEM, Ministério Público Federal, CNS e ONU, e apenas 1 nota técnica favorável assinada pela EMBRAPA (FRIEDRICH et al, 2021).

ABRASCO, ABA e Campanha se propõem, aqui, não apenas a denunciar atentados contra todos os seres vivos, que avançam em paralelo à alienação e destruição sistemática de bens comuns essenciais ao nosso futuro, como nação soberana. Trata-se, também, de apresentar alternativas para o enfrentamento e a superação de verdadeiro conluio entre os agentes de governo e os interesses internacionais das empresas, e de fazendeiros que formam o modelo do agronegócio predador aqui instalado. As organizações sociais responsáveis por este documento entendem fundamental o desvendamento de realidade perversa, construída por um agronegócio dependente de venenos proibidos em outros países, que aqui avança no rumo oposto dos interesses nacionais, com as garantias de um poder público subserviente e sob a proteção de leis e incentivos econômicos vergonhosos (FRIEDRICH, 2021, p.28).

Em contrapartida, o PL n. ° 6.670/2016 que tramita simultaneamente no Congresso Nacional, institui o PNARA. Entre o conjunto de medidas propostas estão: estímulo aos Sistemas de Produção Orgânica e de base Agroecológica; remoção de subsídios e benefícios tributários para a utilização de agrotóxicos e incentivo econômico superior a 20% aos produtos agroecológicos em compras do governo federal (FRIEDRICH et al, 2021).

Ratifico que um dos princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira é o de que uma *"alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável"* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.18) e nos orienta que *"recomendações sobre alimentação devem levar em conta o impacto das formas de produção e distribuição dos alimentos sobre a justiça social e a integridade do ambiente"* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.18). Deste modo, a defesa de uma alimentação saudável exige posicionamento claro a respeito do uso da terra e, em especial, da necessidade premente de avançarmos na reforma agrária e preservação do meio ambiente. Concluímos reiterando o caráter social e político do bem viver, e a ineficiência das orientações individuais de mudança de estilo de vida adotada por profissionais de saúde, embora exista nelas um interesse genuíno do profissional em ajudar o indivíduo a viver melhor. Afirmei:

“Então é difícil, né? Quando a gente fala de alimentação pra quem tem diabetes, acaba sendo uma coisa muito maior do que só a sua relação com aquela comida, naquela hora. Então, a gente pensa às vezes como profissional: poxa vida, já foi tantas vezes na consulta, já falei tantas vezes que é tão melhor comer tal coisa e a pessoa continua

fazendo errado! E o que parece? Que aquela pessoa não tem juízo, não tem boa vontade. Não é! Ela só está vivendo a vida que é possível viver naquele momento, né?”.

Após ampla concordância do grupo, continuo:

“A gente acredita e acha que tá fazendo o bem de fazer isso. Que a gente vai conseguir modificar uma pessoa dentro de todo o contexto. Então, você vai ser uma pessoa diferente dentro daquela realidade, mas a realidade não vai mudar, ela vai continuar sendo uma realidade de ansiedade, de estresse, de problemas, de problemas financeiros e de problemas de produção e disso tudo”.

Ao final, muito brevemente abordamos o papel social da mulher no cuidado do outro, muitas vezes tido como natural, tornando-se quase obrigatório, em detrimento de seu próprio autocuidado. Referi ser frequente ouvir de mulheres que estas não têm tempo para praticar atividade física, atividades de lazer ou cuidados com a saúde por estarem sobrecarregadas em tarefas do lar e obrigações familiares. Sendo esta uma das temáticas levantadas na primeira reunião, considerei oportuno introduzir o assunto ao falarmos sobre estilo de vida, porém, uma discussão mais aprofundada seria elaborada em dinâmica específica. Infelizmente não conseguimos dar andamento a esta discussão pois os encontros do grupo foram interrompidos.

5.5. 100 anos de insulina

O quinto encontro debruçou-se sobre preconceitos, temores e mitos relacionados à insulino terapia. Manifesta no primeiro encontro como preocupação, a insulino terapia é um tratamento eficaz e seguro, disponível gratuitamente no SUS e com poucos e administráveis efeitos adversos. Apesar do desconforto causado pelas aplicações subcutâneas ser mínimo, existe uma rejeição quase universal a esta proposta terapêutica, em muito envolta em estereótipos e julgamentos. Em 2021 comemoramos 100 anos da descoberta da insulina por Frederick Banting e Charles Best, no Canadá.

Os objetivos deste encontro foram: apresentar a história do Diabetes Mellitus e da insulino terapia; esclarecer dúvidas e mitos a respeito da insulino terapia; conhecer os estigmas e sentimentos relacionados ao uso de insulina; explorar as possíveis causas de rejeição à insulino terapia; debater a postura e entendimento dos profissionais de saúde

frente à necessidade de insulino-terapia; discutir a evolução e o tratamento de doenças crônicas, em especial assintomáticas; abordar universalidade e acesso a tratamento no SUS.

Iniciei a reunião apresentando aos participantes, em meu celular, a fotografia de Leonard Thompson (ANEXO 9), primeiro indivíduo a fazer uso de insulina para tratamento de Diabetes. As imagens do início de 1922, em Toronto, no Canadá, mostram o garoto de 14 anos, antes e após o tratamento.

Sem conhecer o personagem, os participantes foram convidados a expressar o que sentiram ao ver a imagem e qual opinião eles teriam a respeito daquele tratamento. A princípio o grupo focou-se no resultado do tratamento com afirmações como:

“Teve uma evolução boa, né?”

“Bem magrinho na primeira imagem, né?”

Em seguida, após serem informados de que se de um tratamento experimental, administrado pela primeira vez, questionei como sentir-se-iam frente aquela situação e obtive duas perspectivas bastante diferentes:

“Como uma salvação! ”

“Como uma incerteza...”

A questão da incerteza foi pouco abordada, sobretudo porque mal sabíamos o quanto esta temática nos assolaria no ano que se iniciava – e, portanto, este assunto era patente ao período – e avançamos para um segundo momento, no qual os resultados benéficos do tratamento se tornavam evidentes (segunda fotografia apresentada). As declarações foram todas de exaltação, com um misto de perspectiva e religiosidade:

“Uma esperança! Uma alegria!”

“Uma salvação”

“Ah,nossa não vai morrer! A primeira coisa que vai vir na minha cabeça é que meu parente tem uma salvação de viver”

“Uma esperança né? Muito grande!”

“Um milagre aconteceu!”

Convidados a exprimir como uma insulina de qualidade muito superior é recebida como proposta de tratamento nos dias atuais, relataram:

“É como se fosse um fardo, né?”

“É um preconceito que existe ainda nas pessoas. Às vezes as pessoas têm receios, têm medos, né? Como ela falou, um fardo.”

“Eu acho que existe muita resistência, preconceito, tudo isso, porque muita gente não tem conhecimento”

Continuo instigando-os a imaginar o porquê desta rejeição e recebo dois grupos de respostas: a noção de permanência e o entendimento de recurso último disponível.

“De ser eterno.”

“Vão se mutilar todos os dias.”

“Que vai ficar pra vida inteira.”

“O fim do caminho, não tem mais nenhuma opção.”

“Tô no bico do corvo!”

Este entendimento de última alternativa terapêutica não se apoia tanto na compreensão da fisiopatologia de falência de célula beta e progressão natural da doença,

e sim na percepção de falha, de insucesso, de derrota. Complemento evidenciando o papel dos profissionais de saúde nesta perspectiva. Reitero que frequentemente profissionais de saúde utilizam a insulino-terapia como ameaça ou como punição e colocam a insulina como o pior cenário futuro possível.

“(dizem) Ah, se você não fizer dieta, você vai pra insulina! Se você não fizer isso, você vai pra insulina!”

Em relação à “mutilação”, ou seja, à necessidade de aplicações subcutâneas, coloco a seguinte problemática:

“E a questão das picadas, existem muitos tratamentos que são feitos com agulha, não só a insulina e, dependendo da indicação do tratamento, o índice de desistência é muito menor do que o índice de desistência da insulina”

Questiono se o grupo conhece a liraglutida, medicamento para tratamento de diabetes e obesidade, cujo benefício adicional é o emagrecimento e cuja aplicação também envolve injeções subcutâneas diárias. Em função do desconhecimento da maioria, faço breve explicação a respeito do medicamento e emendo um relato pessoal:

"Sabe quantos pacientes meus pararam de tomar esse remédio porque ele é injetável? Nenhum! ”

De fato, na minha experiência pessoal, as causas de abandono da liraglutida envolvem principalmente efeitos adversos, em especial as náuseas, e o custo elevado (cerca de meio salário mínimo mensal).

Interrogo se os participantes imaginam como se dá a adesão ao tratamento medicamentoso oral. Alguns participantes preocuparam-se em revelar-se condizentes com a prática esperada, com alegações como:

"Eu tomo, certinho!

Enquanto outros expuseram a dificuldade em seguir tais orientações:

“Certinho? Mas é muito difícil né?!”

Rubin (2005) analisou, em revisão, 25 estudos direcionados à adesão ao tratamento com drogas orais e 2 estudos de adesão ao tratamento com insulina. Apesar da baixa representatividade de estudos com insulina, o resultado foi muito semelhante, com 65-85% de adesão no primeiro grupo (drogas orais) e 60-80% no segundo grupo (insulina). As causas citadas foram: falta de compreensão (incluindo-se vocabulário, posologia, autocuidado e metas de controle), custo, eventos adversos, complexidade do sistema posológico (múltiplas doses), baixa percepção dos benefícios do tratamento e questões psicológicas (RUBIN, 2005).

Na “Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) o diagnóstico é semelhante:

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento encontram-se aqueles ligados ao tratamento em si (complexidade da farmacoterapia, duração do tratamento, custo do tratamento e reações adversas), à condição de saúde (doenças crônicas, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim), ao paciente (baixa literacia em saúde, limitações cognitivas e funcionais, conhecimento sobre as condições de saúde, conhecimento sobre os medicamentos, dificuldades físicas e motoras, crenças, preocupações, percepção do paciente sobre seu estado de saúde e seu tratamento), fatores sociais e econômicos (falta de suporte familiar e social, crenças culturais, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de acesso aos medicamentos) e fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde (falta de acompanhamento e orientação das pessoas, problemas na seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.17).

O termo “adesão ao tratamento” assim como o termo “concordância” (“compliance”, em inglês) são considerados problemáticos pois colocam a PCDM na posição de passividade e obediência, e não como partícipe de seu esquema terapêutico. A “concordância” seria a dimensão em que os comportamentos do indivíduo coincidem ao aconselhamento do profissional de saúde, enquanto que “adesão” seria a aceitação voluntária em adotar comportamentos considerados adequados a se atingir um objetivo terapêutico. Em substituição a estes termos prefere-se o conceito de “self-mangement” (auto-gerenciamento) que inclui a obtenção de ferramentas e desenvolvimento de habilidades de autocuidado (DELAMATER, 2006; VERMEIRE et al, 2002).

Entretanto, comparações objetivas entre as recomendações científicas e a prática da vida cotidiana são úteis para compreendermos as dificuldades atuais e propormos melhorias nos sentido de atingirmos as metas terapêuticas.

Em nosso grupo, discorremos sobre possíveis razões para a baixa concordância/adesão a tratamentos crônicos e os pontos colocados foram bastante similares à literatura:

- Falta de conhecimento

“Não conhece a gravidade do problema, não conhece o benefício do medicamento.”

“Ela não tem a dimensão, né, dos riscos.”

“Não tem a noção do mal, né, do não-tratamento, ela também banaliza um pouco, né?”

- Influências sociais

“Minha vizinha é diabética, não tomou e não morreu, então também não vou tomar”

- Alterações na rotina

“A mudança comportamental da pessoa mesmo, né?”

Conversamos a respeito da baixa importância que as pessoas em geral dão ao diabetes, em comparação a outras doenças crônicas graves como o câncer, e de como este fato favorece o abandono ao tratamento. Por outro lado, a existência de um tratamento crônico que permite viver muitos anos com a doença, porém sem perspectiva de cura, associada à alta prevalência da diabetes, fez com que as pessoas “normalizassem” a vivência com diabetes e, de certo modo, desvalorizassem a doença.

Os participantes me questionaram a respeito da fisiopatologia da diabetes. Dialogamos acerca do caráter crônico e progressivo da doença, da falência de células beta, da ação das principais drogas orais e da insulina e, por fim, da possibilidade de transplante de pâncreas e células tronco. A informação de que há uma tendência natural à piora e que o tratamento deve acompanhar este desenvolvimento a fim de preservar a hemoglobina glicada na meta, sem isto se relacione ao fracasso do tratamento anteriormente instituído, foi recebida com bastante surpresa. Devido à importância dada pelos participantes a estas informações, propus a realização de uma gincana, a qual já vinha elaborando há algum tempo, para abordarmos a complexa fisiopatologia da diabetes de forma lúdica. Infelizmente, esta também foi uma das propostas não concluídas pelo encerramento precoce das atividades.

Durante o diálogo sobre a evolução natural do Diabetes Mellitus, novamente a alimentação aparece como tema de interesse do grupo. Um participante argumenta:

“Mas a alimentação é fundamental! Lógico que se a parte do organismo estiver deficiente, é inevitável...”

Demos então início a um colóquio muito semelhante ao de reuniões anteriores, enfatizando a recomendação de alimentação saudável indistinta da população geral, associada a outras práticas saudáveis como sono adequado, boa ingestão hídrica, prática regular de atividade física (no mínimo 150 min/semana) e redução do estresse; assim como a influência socioambiental nas práticas alimentares.

Estratégias nutricionais como a dieta *low carb* e o jejum intermitente foram levantadas como alternativas à recomendação padrão, com relatos de sucesso e fracasso:

"Eu consegui baixar bem a diabetes. Eu cortei o arroz, aí de 250-260, eu consegui chegar aos 110, (...) agora começou a subir de novo, mesmo sem comer arroz”.

Argumentei que, em casos específicos, desde que a pessoa se adapte a estes procedimentos, eles podem ser utilizados, porém não são necessários ao bom controle da doença. Nenhum alimento precisa ser suprimido da dieta, ainda mais alimentos *in natura* e que fazem parte da cultura do brasileiro, como é o caso do arroz.

Ao sugerirem que o melhor caminho para o controle da doença seria mudança do padrão alimentar e prática de atividade física, ao invés da progressão da terapêutica medicamentosa, enunciei:

“Quem vai decidir qual a qualidade de vida para cada um, é só a pessoa. Então, eu não posso dizer o que é melhor pra sua vida, nem pra sua vida, (...) o que eu posso dizer é assim: para controlar a diabetes a gente pode fazer isso aqui: comer menos e tomar menos remédio, pode comer um pouquinho mais e tomar mais remédio, pode comer um pouquinho mais e fazer exercício, pode tomar insulina... tudo isso aqui existe, de opção de tratamento. (...) então, eu acho que o importante é isso, é cada um avaliar, dentro da sua realidade, dentro da sua vida, dentro do que é possível a própria pessoa fazer, e dentro daquilo, viver e trabalhar, né, não em um ideal. (...) viver só de comida natural é uma ilusão, para a grande maioria das pessoas. Nem os médicos – que falam isso – não fazem, nem os nutricionistas (...) ninguém faz, porque não dá... (...) então, dentro dessa vida, que é a vida real, o que a gente pode fazer para melhorar?”

A autonomia foi o tema selecionado para o próximo encontro.

5.6. A pílula com chip

Seguindo na investigação da adesão ao tratamento crônico, elaboramos uma dinâmica objetivando explorar quais atitudes médicas influenciam positivamente e negativamente no manejo do DM e problematizar o paternalismo na denominada “relação médico-paciente”.

Após formarmos uma roda envolta da mesa, entreguei ao grupo algumas cópias impressas de uma reportagem publicada no portal G1, do Grupo Globo, em 14 de novembro de 2017, intitulada “Pílula digital pode mostrar se paciente toma remédios corretamente” (ANEXO 10). A matéria aborda a autorização do FDA para a comercialização de uma pílula contendo um chip.

Após a ingestão da pílula, o chip é exposto ao suco gástrico e emite um sinal captado por um sensor implantado na pele. Este sensor comunica-se com o celular transmitindo a informação de que a pílula foi de fato deglutida. A proposta é que esta comunicação ocorra com o telefone de familiares e médicos, objetivando o controle da

adesão ao tratamento por terceiros. O grupo então discutiu as vantagens e os problemas deste tipo de abordagem.

O grupo se mostrou bastante interessado e participativo. Inicialmente, havia unanimidade no apoio ao controle remoto de adesão ao tratamento. O olhar inicial focava-se no auxílio que esta ferramenta poderia representar às pessoas que omitem dose por esquecimento:

“Então, eu no meu caso, na dúvida se eu tomei ou não tomei eu não tomo (...), nesse caso aí é bom, eu acho ótimo!”

“Eu já parei no hospital por causa disso, eu tomei duas vezes”

“Eu acho que funciona, Dra. Amanda! Sabe, não é o meu caso, mas tem muitas pessoas nesse caso que eu acho que funciona sim, (...) nesse caso aí tira a dúvida. Não tomou, recebeu o sinal que não tomou, pode tomar.”

A partir destes relatos, a primeira metade da reunião destinou-se à discussão de ferramentas de autogestão do cuidado. Foram sugeridos: estabelecer uma rotina de horários, diário de anotação, alarme do celular, vinculação a atividades rotineiras como refeições e o despertar.

Observando que o esquecimento foi o único motivo apontado para não tomar os medicamentos, questionei:

“Mas tem gente, e não é pouca gente, é muita gente, que não é por isso que não toma o remédio. Quais são as outras causas que vocês imaginam que a pessoa não toma o medicamento, além do fato de poder esquecer?”

Em seguida, as outras causas levantadas foram: não aceitação da condição crônica; comportamento assintomático da DM em oposição à presença de efeitos colaterais dos medicamentos e os temores causados pelo excesso de medicamentos:

“Não aceitava mesmo não!”

"A diabetes é silenciosa, né? A verdade é essa! Ela é silenciosa"

"Sente mal mesmo!" (sobre os medicamentos)

"Doutora é muito remédio! A gente, às vezes, não toma com medo de intoxicar."

Apesar da compreensão de se tratar de uma condição na maior parte do tempo assintomática, diversos participantes relataram sintomas tanto de hiperglicemia, quanto de hipoglicemia e, alguns, sintomas relacionados a complicações crônicas do DM.

A redução da incidência de complicações crônicas é o principal objetivo do tratamento do DM e o fator que determina as metas de tratamento. A percepção de que o tratamento não está trazendo benefícios, pois estes não são sentidos na vida cotidiana, aliada aos infortúnios ligados à polifarmácia e aos efeitos colaterais dos medicamentos, são condições importantes que levam ao abandono da terapêutica medicamentosa. Preocupada com esta questão, interroguei:

"O que vocês acham que nós, profissionais, poderíamos fazer? (...) O que iria ajudar a entender a importância do tratamento?"

Os participantes debateram então, educação em saúde sob três perspectivas principais: educação individual, educação coletiva por meio da mídia, educação coletiva por campanhas em escolas.

A educação em saúde individual, que ocorre durante a interação entre população e profissionais de saúde no momento da assistência, foi a primeira a ser levantada:

"Eu acho que é por aí mesmo, é a conscientização junto com o profissional, no caso a senhora."

Observamos que a participante se concentra na transmissão da informação do profissional para a PCDM, posicionando o aprendizado verticalmente. Outro participante complementou:

“Com a troca de informação a gente vai chegando, vai tentando melhorar a situação, eu acho.”

Nesta segunda interação houve uma modificação da abordagem, sugerindo uma educação mais horizontalizada e contínua. A sugestão do grupo para melhorarmos este tipo de atuação foi o aumento no número de interações entre as partes, tornando os encontros mais frequentes.

Não encontrei na literatura consistência para afirmar que um maior número de consultas aumentaria o manejo terapêutico do DM, apesar de estudos sugerirem que haver um canal de comunicação entre as consultas (redes sociais, telefone) seja favorável (DELAMATER, 2006; SCHOENTHALER et al, 2012).

Uma possível interpretação desta sugestão de aumento da frequência de encontros é a manifestação velada do desejo por atenção e melhor qualidade dessa interação, sem criticar diretamente a atuação do profissional. Nesse aspecto a literatura é robusta em mostrar que a postura mais empática do profissional, a abertura a construção conjunta do plano terapêutico e, principalmente, adequações de linguagem, contribuem para o sucesso do tratamento (DELAMATER, 2006; SCHOENTHALER et al, 2012; VERMEIRE et al, 2002).

Em seguida, o papel da imprensa foi destacado:

"E eu acho que a mídia também seria um negócio muito legal. Porque que nem o fato de fumar, hoje em dia fuma quem é sem vergonha, né? Porque tá lá mostrando. Mostrou na mídia gente perdendo a perna, perdendo o pulmão, com câncer. É, o maço de cigarros, você pega ali, você vê cada coisa ali atrás"

O papel do Estado foi então ressaltado pelo participante seguinte:

“Então eu acho que deveria, sei lá, por parte do governo, uma campanha, (...) uma campanha de conscientização, realmente, disso daí, e mostrar as causas que isso fica no ser humano”

Ao que a primeira pessoa rebateu:

“A mídia tem que fazer!”

E a segunda contrapôs:

“Então eu acho que o diabete, ele tem que ser combatido como foi o fumo, sabe? (mostrando). É assim que você vai ficar se você não se tratar!”

Abordamos então o sucesso das ações anti-fumo implementadas no Brasil em anos anteriores, com relatos pessoais e impressões gerais:

“Eu era um fumante; 4 maços por dia.”

“É, diminuiu muito o número de fumantes e hoje o Brasil é um dos países que têm menos fumantes, né?”

Aproveitando o ensejo, sublinho a ação de políticas públicas amplas para sucesso de tal campanha:

“E isso aconteceu por conta de uma ação forte mesmo do Ministério da Saúde, né? A ação em relação ao cigarro (...) foi uma ação de conscientização, mas não só isso. Foi uma ação de legislação. Então, foi proibido fumar em lugar fechado, subiu imposto de cigarro, foi proibida a propaganda. Então, entrou uma ação muito mais forte do governo, pra dificultar o acesso, né, e junto com isso a conscientização. Campanhas de conscientização individual (...) funcionam muito mal, não resolvem”.

Em 2007, a OMS publicou um pacote de políticas destinadas à redução do tabagismo no mundo, denominado MPOWER. O nome do pacote é um acrônimo das 6 medidas sugeridas pela instituição para auxiliar os países no enfrentamento do tabaco, assim caracterizadas, em inglês: M=Monitor (monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção), P=Protect (proteger a população contra a fumaça do tabaco), O=Offer (oferecer ajuda para cessação do fumo), W=Warn (advertir sobre os perigos do tabaco), E=Enforce (fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio),

R=Raise (aumentar imposto sobre o tabaco). Dentre estas medidas, a elevação dos impostos é considerada a mais eficiente em reduzir o consumo (OMS, 2008).

Em 2019 foi publicada a sétima versão do documento que avalia os resultados deste pacote, denominado *Relatório da OMS sobre a Epidemia do Tabaco*. Este relatório afirma que no momento da publicação do pacote, 15% da população mundial (cerca de 1 bilhão de pessoas), estava protegida por pelo menos uma de suas medidas. Atualmente por volta de 5 bilhões de pessoas (65% da população mundial) encontram-se abrangidas por estas políticas, implementadas por 136 países. Destaque foi dado ao Brasil e à Turquia, únicos dois países a implementar todas as 6 medidas MPOWER no seu mais alto nível (OMS, 2019).

Entretanto, o combate ao tabagismo no Brasil iniciou-se muito antes, ainda na década de 1960, com a promulgação das primeiras leis de restrição à propaganda. A partir da década de 1980 houve uma melhor estruturação das políticas públicas, com destaque para a formação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) em 1986. Entre 1986 e 2006, diversas medidas visando advertir quanto aos malefícios do cigarro, proporcionar ambientes livres de fumo e dificultar a comercialização de produtos derivados do tabaco, além de ampliar a restrição à publicidade foram implantadas. A ampliação do tratamento do tabagismo no SUS foi garantida pela Portaria nº 1.095 de 2004, do Ministério da Saúde (PORTES et al, 2018).

Em 2006 o Brasil inicia a Política Nacional de Controle do Tabaco, após ratificação da CQCT-OMS (Convenção-Quadro Sobre Controle do Uso do Tabaco pela Organização Mundial de Saúde), que deu origem ao MPOWER no ano seguinte. Entre 2006 e 2016 numerosas medidas foram tomadas através de leis, decretos e portarias, com destaque para a proibição de fumar em locais fechados, maior visibilidade das advertências nas embalagens de cigarro, estabelecimento do preço mínimo e alteração do IPI (imposto sobre produtos industrializados), limitação da publicidade à exposição dos produtos nos locais de venda e atualização das diretrizes de tratamento do tabagismo no SUS (PORTES et al, 2018).

Observamos, portanto, que o sucesso da campanha brasileira antitabagismo decorre de medidas que vão muito além da educação em saúde, inicialmente implementadas por empreendimento próprio do Brasil e, posteriormente, compondo uma iniciativa global, capitaneada pela Organização Mundial de Saúde. Este sucesso pode ser avaliado pela queda do percentual de fumantes de 1989 e 2010, que foi de

46%, com a estimativa de 420 mil mortes pelo cigarro evitadas (INCA). Segundo o estudo Vigitel, houve redução de 15,7% para 9,8% da população brasileira tabagista entre 2006 e 2019, o que corresponde a uma queda de 37,6% neste período, todavia houve um discreto aumento de 0,5% (de 9,3% para 9,8%) entre 2018 e 2019, seguido por nova redução para 9,5% em 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Ainda utilizando o pacote anti-fumo como modelo para operacionalizar uma campanha direcionada ao enfrentamento do diabetes, um participante me questiona qual seria o objeto da ação se, diferente do cigarro, não existe um único fator envolvido no desenvolvimento e controle do diabetes, mas agentes diversos. Em suas palavras:

“O cigarro, o problema do cigarro, ele já tinha o produto dele. O diabete não tem, né?”

Dois participantes respondem:

“O refrigerante é um grande mal que tem na sociedade!”

“Fast food!”

Então o primeiro participante continua:

“Mas aí é que tá, são várias coisas. Então quer dizer, a pessoa não vai querer. Ah, mas o refrigerante, vai colocar no refrigerante ou então no fast food... eu acho assim, pra poder ter uma campanha, acho que o povo mesmo tem que sossegar. (...) o povo não se conscientiza que tem que parar (para participar de grupos educativos), (...) então o povo acha que não tem tempo.”

Observamos que na última fala a responsabilização pela educação em saúde deslocou-se brevemente do coletivo para o individual, a partir do entendimento de que as pessoas não têm informação porque não se interessam e não valorizam os ambientes de educação. Este mesmo participante afirmou que as pessoas que dizem não poder participar de grupos educativos por não terem tempo, quando:

“No final de semana é feriadão, (...) vou viajar e eu vou aproveitar (dizem)”

O argumento anterior foi prontamente rebatido por dois outros participantes, com a alegação de:

“Quem trabalha não tem tempo mesmo!”

Em seguida, trago novamente a discussão sobre determinantes sociais de saúde:

“É o que a gente conversou umas outras vezes, existem países em que você tem um índice de obesidade e diabetes muito alto e existem países em que você tem esse índice muito baixo. Ou que este índice está aumentando, como é nos países mais pobres. (...) na África, nos países mais pobres do Oriente Médio e em alguns países mais pobres da América Latina. Então existe uma relação entre a doença e a condição do país, não é só uma relação individual de cada um. Então se não há uma condição para a pessoa se alimentar de uma forma mais adequada, por uma questão de renda muitas vezes, não consegue praticar um exercício porque trabalha 12h por dia, pega 2h de transporte, enfim, toda aquela dificuldade que a gente tem. Não tem espaços para a prática de atividade física, (...) não tem segurança, (...) não tem iluminação, não tem asfalto adequado, (...) existe uma situação de estrutura do país que precisa melhorar para que a gente possa combater isso de forma efetiva. Vai ser muito difícil que um mudando, o outro mudando, a gente consiga mudar uma situação que é muito maior do que a gente individualmente.”

Partindo desta perspectiva, trouxe novamente à discussão a arbitrariedade da taxaço de produtos açucarados sem a contrapartida da reduço de impostos de alimentos *in natura* e a alteraçáo dos meios de produço de alimentos:

“A questáo que ele falou agora a respeito dos refrigerantes, do fast food, isso já existem estudos provando que se isso for taxado com imposto, diminui (o consumo), tá? (...) então uma coca-cola® – quanto custa, 8 reais? – se custar R\$ 30, ninguém vai comprar desse jeito. Agora, não dá pra coca-cola® custar R\$ 30 e a laranja custar R\$ 22. Então você tem que de um lado favorecer, através de políticas, uma alimentaçáo mais saudável

e um estilo de vida mais saudável, e de outro, taxar mesmo e dificultar de comprar alimentos adoçados, açucarados. Só que pra poder fazer isso, com quem você está brigando?”

As respostas novamente divergiram:

“Com o governo.”

“Com os empresários.”

Houve inclusive um pequeno relato a respeito dos interesses da indústria farmacêutica:

“O interesse dos empresários é ficar doente, que os doentes vão comprar remédios, aí tem o interesse dos farmacêuticos”.

Entretanto, neste momento, esta temática não foi muito debatida e as atenções se voltaram novamente aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Alguns dos tópicos levantados e outros sugeridos pela autora para encontros futuros estão no ANEXO 8.

DSS apresentam diferentes definições, todas relacionando aspectos gerais da vida em sociedade à saúde, com destaque a fatores econômicos, culturais, raciais, religiosos, psicológicos e comportamentais. A construção da noção de DSS historicamente desenvolveu-se na superação de paradigmas anteriores, como a teoria miasmática e a bacteriológica (BUSS E PELLEGRINI, 2007).

Buss e Pellegrini (2007) cita dois desafios ao estudo dos DSS. O primeiro diz respeito ao entendimento de que estes determinantes não atuam de forma igualitária, havendo entre eles uma relação de hierarquia de impacto e, mais do que isso, de que esta atuação não se dá de maneira direta, de modo que fatores mediadores podem ser os pontos mais sensíveis a intervenções objetivando a redução das iniquidades. O segundo desafio versa sobre as diferenças entre DSS individuais e populacionais e nos alerta de que *“não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade”* (BUSS E PELLEGRINI, 2007, p.81).

Observo que a atual proposta da SBD - assim como de associações médicas internacionais - consiste no entendimento de que ao tratarmos individualmente as centenas de milhares de pessoas com diabetes estaríamos enfrentando uma doença pandêmica. Os documentos oficiais nos orientam a incentivar hábitos de vida saudáveis e quase nada, ou nada, discorrem sobre a necessidade de políticas públicas no sentido da melhoria das condições gerais de vida e redução das desigualdades sociais (SBD, 2019).

O *guideline* da ADA (2021) tem um capítulo denominado “*Improving Care and Promoting Health in Populations*”. Neste capítulo, além de estratégias para melhora da assistência e organização de sistemas e serviços de saúde, estão pautados os DSS. A ADA reconhece a importância dos DSSs, porém foca sua exposição na identificação de pessoas em vulnerabilidade (pessoas em situação de rua, insegurança alimentar, barreiras linguísticas) e na busca de soluções individualizadas como adequações terapêuticas, referência a centros de acolhida e programas de distribuição de alimentos. Apesar de não fazer referência direta a questões fundamentais como as políticas de imigração e saúde pública, a existência deste capítulo demonstra a preocupação da ADA com os números alarmantes que os EUA apresentam: 20% das pessoas com diabetes encontram-se em insegurança alimentar e 8% em situação de rua. Os números brasileiros são ainda piores e serão pormenorizados posteriormente. Neste momento, cabe aditar que as últimas Diretrizes da SBD (2022) terão um capítulo, inexistente nas versões anteriores (2017-2020), denominado “Diabetes no SUS”. Este conteúdo, ainda indisponível para consulta, talvez aborde políticas públicas e DSS, embora os subtítulos indiquem tendência a demandas mais operacionais - a saber: a) “o Sistema único de saúde”; b) “procedimentos de dispensação de medicamentos e insumos para diabetes”; c) “tratamento do diabetes tipo 2 no SUS”; d) “tratamento do diabetes tipo 1 no SUS” (SBD, 2022).

Após breve síntese e fechamento do tema eu tento voltar ao objetivo inicial do encontro, remetendo à relação entre profissional de saúde e PCDM. Eu pergunto:

“Então, é isso que eu queria saber de vocês novamente. Eu sei que é difícil até expor isso em palavras, mas assim, por exemplo, a questão do medo. Então, você vai numa consulta e a pessoa te assusta, vocês acham que isto é efetivo pra melhorar a adesão ao tratamento?”

Embora, de pronto, 4 pessoas responderam negando, alguns relatos posteriores demonstraram concordância.

Os participantes expuseram frases ouvidas de médicos, tais quais:

"Você tá muito mal, mas não importa não, você não tá fazendo o que eu mandei, não sou eu que vou ficar aleijada, vai amputar a perna, vai amputar braço. O doutor X falou isso pra mim!"

“Nossa! Que isso?”

“Você se jogou dentro de um caixão?”

Porém, quando a participante referiu ter chegado na consulta seguinte melhor, houve um entendimento de que a postura do médico foi adequada:

“Depois do chacoalhão...”

“Ótimo susto, hein!”

“Às vezes a gente levar um susto, depende da pessoa, acorda.”

No entanto, dois participantes se mostraram novamente contrários:

“Eu não acho legal isso não!”

“Não é legal, mas às vezes a pessoa, como no caso, acordou com o susto. Mas ao mesmo tempo, por outro lado, ela falou: eu já não volto mais nele!”

A este relato, seguiu-se outro semelhante:

“Ó doutora, na virada do ano, eu cheguei no médico, não era de diabete não, era a parte do estômago, né. Aí eu falei assim: ‘doutor, tem que seguir essa dieta aqui?’. “(ele respondeu) ‘Ah, você quer servir Deus ou quer servir o Diabo?’. Ele falou assim pra

mim! Gente, ele falou assim: 'você quer servir Deus ou quer servir o Diabo?'. Aí eu falei: 'Jesus! Eu quero servir a Deus, né?', falei assim pra ele! Não voltei mais. (...) Aí, assim, eu não gostei, porque eu acho que a postura dele não foi adequada. E como é que vai falar isso para um paciente? Ele ficou 1 minuto comigo! Um minuto, eu contei! Infelizmente, existe gente assim.”

Prosseguimos com um relato de postura médica, também interpretado como bem-intencionado, porém ineficaz. Observamos como uma falta de entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde favorece a inércia terapêutica e prejudica o manejo glicêmico:

“Nós tínhamos um médico lá no Embu, quando a gente morava, (...) todo mundo saía reclamando mas acabava voltando porque era o único que tinha. Então ele falava assim: ‘ah doutor, eu tô com a diabete alta’. ‘Você fez exercício?’ (dizia o médico). ‘Ah mas não precisa passar um regime?’ (questionava o participante). ‘Não, não precisa de regime. É o seguinte, o seu problema, você tem que fazer um exercício, você tem que caminhar, você faz isso? Não! Então, tá vendo? Você tem que fazer’ (insistia o médico). Ele pesava você e te dava bronca se você chegasse mais pesado. (...) acho que o plano dele era tentar de tudo quanto é forma, a pessoa mudar, né? (...) porque ele queria que a pessoa realmente visse que tinha que mudar, então ele persistia nesse programa. (...) então, não é que ele não queria encaminhar a pessoa pra outro (especialista), ele tava tentando, talvez no jeito dele, fazer com que a pessoa mudasse um pouco sua rotina.”

Por fim, abordamos a última sugestão de educação em saúde, que foram campanhas educativas em escolas. Partiu de uma participante a seguinte recomendação:

“Eu acho assim, eu acho que as escolas também, (..) que talvez se o governo colocasse, ou tivesse pessoas pra poder fazer, orientar, num dia de aula mesmo, (...) ali talvez eles também pudessem enxergar alguma coisa que estão errados, ou passar pra família. Isso também talvez ajudaria né, pra que a pessoa pudesse também tomar um pouco de consciência do que pode ter. Às vezes na família tem a mãe, tem a vó que tem diabetes.”

Esta menção me deu a oportunidade de relatar uma experiência que tive no ano 2018, em uma escola municipal. Em novembro daquele ano, realizamos algumas atividades no município em alusão ao Dia Mundial do Diabetes e, entre estas ações, efetuamos palestra a alunos do sexto ao nono ano de uma escola. Naquela oportunidade, o interesse e participação de alunos, todos reunidos em um pátio, me surpreendeu muito positivamente. Demonstrei meu entusiasmo e a crença na educação, principalmente na educação escolar, como forma de melhorar o mundo, porém, sempre ressaltando a necessidade de uma educação crítica para que haja materialmente da possibilidade de mudança. Necessitamos manter-nos alertas para que, como ocorre com adultos em ambientes de educação em saúde, esse momento não sirva apenas como forma de apresentar uma condição ideal a ser seguida, responsabilizando o indivíduo pelo ajustamento, mas sim, oportunize a compreensão da relação entre a doença manifesta e a sociedade que a abriga. Explicitei:

"Então, de fato, investir na educação, na prevenção, na educação da prevenção, realmente auxilia, né, favorece. Não acho, como eu falei pra vocês, que é uma coisa que só isso vai resolver. Por quê? Porque a pessoa tá recebendo uma informação e ela vai sair dali e vai passar a viver num mundo em que todas as outras informações são diferentes. De que o mais gostoso é isso, de que você não pode isso por causa de uma certa punição, enfim, e isso gera um sofrimento em relação a doença. (...) participar de momentos de educação em diabetes é claro que é muito legal, mas aí a hora que sai daqui, volta pra vida real, né, e aí como que a gente vai lidar com isso na vida real, né? É diferente, né?"

Nos minutos finais da reunião, voltamos à temática principal e o enfoque deslocou-se para o controle externo do comportamento, uma vez que a intenção da pílula não era a de informar a PCDM, e sim, de informar a terceiros. À medida que eu apresentava questionamentos a respeito da eficácia e do conforto desta perspectiva de tratamento, a opinião do grupo se modificou e, ao término da reunião, houve rejeição do grupo a este tipo de conduta.

Ao meu entendimento, parte desta perspectiva de controle do comportamento alheio advém de uma cultura paternalista do cuidado, ao passo que outra parcela decorre

do controle dos corpos como instrumento de exercício do poder. Para debater estes pontos de vista, questionei:

“Por que a gente trata o diabetes? Por que a senhora tem que melhorar? Pra melhorar a tua saúde. Não pra eu ficar feliz com o teu exame. Você concorda comigo? (...) Não é esse o sentido do tratamento?”

Observamos o quanto o paternalismo está incrustado no imaginário coletivo, pelas respostas que advieram:

“O médico que passa o remédio pra gente e nós temos que ajudar o médico, né?”

"Porque ele tá desejando o bem pra gente, né? E se ele ensina tudo certinho e nós faz tudo errado, não é se o médico é bom, porque nós que tá errado!"

Na minha percepção, o tipo de cuidado ainda hegemônico nas áreas da saúde é, em maior ou menor intensidade, paternalista. O paternalismo pressupõe que o indivíduo precisa ser protegido de si próprio. Pressupõe ainda que outro alguém está mais capacitado a decidir o que seria melhor para a vida do indivíduo do que ele mesmo. Por fim, admite que é lícito limitar liberdade e autonomia em salvaguarda à saúde daquela pessoa.

O paternalismo médico (...) pode ser definido como a conduta que tem por intenção beneficiar o paciente sem o seu consentimento. Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção das informações, com o objetivo de não causar ao paciente sofrimento psicológico. O paternalismo pode, ainda, envolver o uso da força ou da coerção (ALMEIDA; 2000, p.29).

Ao buscar na literatura “paternalismo” e “saúde” fui direcionada a artigos que elaboram principalmente a respeito do direito de interferência do Estado no indivíduo. Tenho convicção de que este tema seria amplamente debatido se os encontros se dessem neste momento (em 2021), pois a discussão a respeito das liberdades individuais versus responsabilidade coletiva nunca estivera tão em alta como agora. Assuntos como lockdown, obrigatoriedade do uso de máscaras, passaporte de vacina, entre outros,

dominam o noticiário e boa parte das interações sociais. Entretanto, naquele momento, a ótica era outra e estes aspectos foram previamente tratados no capítulo de educação em saúde (capítulo 1.4). Por agora refletiremos sobre paternalismo a partir da perspectiva de beneficência e autonomia.

Percebo na minha atuação profissional que, apesar de uma conotação majoritariamente negativa, práticas paternalistas costumam ser muito bem recebidas e frequentemente associadas a atenção, carinho, preocupação, esmero, gentileza, benevolência. Não me surpreende, pois é o tipo de cuidado geralmente destinado às crianças e a relação entre crianças e seus progenitores habita o imaginário popular como um lugar de amor e proteção.

O termo paternalismo é oriundo da palavra latina pater (pai) e se refere ao modelo da família patriarcal, isto é, a família onde o pai exerce o poder de fazer todas as escolhas, em especial quando se trata dos filhos (ALMEIDA, 2000, p.29).

Assim como discorrido em relação ao paternalismo de Estado, o paternalismo na relação entre profissionais de saúde de população assistida pode ser forte ou fraco. No paternalismo forte invoca-se direito do profissional de intervir de modo unilateral, por vezes até abusivo, em situações de perigo iminente (por exemplo: transfusão sanguínea em indivíduos que professam a religião Testemunha de Jeová e estejam em risco de morte). Já no paternalismo fraco, o profissional omite informações ou toma decisões partindo de uma posição de autoridade relativa, que assume um papel mais de influenciador do que de déspota (SILVA, 2010).

Em outras palavras, as pessoas poderiam estar incapacitadas para compreender suficientemente os riscos a que estariam submetidas e outros com maiores conhecimentos e habilidades assumiriam o processo decisório, no caso em consideração, o profissional da medicina (SILVA, 2010, p.423).

Tanto o paternalismo forte quanto o fraco são justificados a partir do princípio da beneficência (SILVA, 2010).

A beneficência se constitui em uma das prerrogativas do exercício da medicina e diz respeito a agir no melhor interesse do paciente; deve ser diferenciada da benevolência que se caracteriza por ações benéficas, de cunho caritativas e que alguns ainda a identificam como vocação sacerdotal do trabalho médico (Silva, 2010, p.424-425).

A corrente principialista da bioética está apoiada em quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e apresenta-se como um instrumento para resolução dos conflitos existentes no campo bioético. Esta vertente, originada nos EUA na década de 1970 sofre críticas veementes por adotar uma visão de mundo restrita ao universo anglo-saxão, desconsiderando as desigualdades entre países e regiões (tratando os conflitos éticos como universais) e por maximizar o princípio da autonomia frente aos demais. O prisma universalizante, pelo menos em parte, decorre dos conflitos originais que geraram esta corrente, como a ética da preservação do planeta e a manipulação genética, entretanto, mesmo estes temas cruzam características sócio regionais. Em relação a temas como enfrentamento de desigualdades e promoção da saúde estas diferenças são ainda mais evidentes (GARRAFA, 2005). Por outro lado:

O perigo da utilização maximalista da autonomia está em – saindo do referencial sadio do respeito à individualidade e passando pelo individualismo em suas variadas nuanças – cairmos no extremo oposto, em um egoísmo exacerbado, capaz de anular qualquer visão inversa, coletiva e indispensável ao enfrentamento das tremendas injustiças sociais relacionadas com a exclusão social, hoje mais do que nunca constatada (GARRAFA, 2005; p. 128).

Feitas as devidas ressalvas a sua insuficiência como modelo único e hegemônico, a bioética principialista ainda é útil na busca de soluções para conflitos éticos e dela derivam expedientes importantes como o TCLE. A bioética da intervenção, corrente latino-americana que se opõe ao principialismo, foi descrita no capítulo 1.4 ao se abordar o paternalismo de Estado.

Enquanto na saúde pública predominam os princípios de justiça e autonomia, no que toca à chamada “relação médico-paciente” (aqui caberia melhor “relação profissional-PCDM” porém, nas próximas linhas, mantereí o termo consagrado, tal qual consta nos artigos de referência), destacam-se os princípios da beneficência e da não-maleficência (SILVA, 2010).

Emanuel E e Emanuel L(1992) descrevem 4 modelos de “relação médico-paciente”.

O primeiro modelo é o *Paternalístico*, também chamado de *Sacerdotal*. Nesta relação o médico faz o diagnóstico da situação de saúde-doença, identifica o melhor tratamento e seleciona as informações que farão com que o “paciente” concorde com sua decisão. Em situações extremas o médico nem sequer busca este consentimento e

apenas informa ao “paciente” os procedimentos que serão adotados. Este modelo parte do princípio de que existe objetividade na escolha do melhor caminho e que, mesmo que o indivíduo não concorde neste momento, no futuro ele ficará grato pois o médico sabe o que é melhor para ele. O médico age como um guardião (EMANUEL E. E EMANUEL L., 1992).

O segundo modelo é o *Informativo*, denominado também por *Engenheiro*, *Científico* ou *Consumidor*. Oposto ao anterior, neste caso o médico informa ao indivíduo todas as possibilidades de diagnóstico, assim como os prós e contras dos tratamentos existentes, e apenas executa o que o “paciente” escolher. Baseia-se no entendimento de que o médico é um especialista técnico que tem posse das informações e deve divulgá-las, cabendo ao sujeito sob cuidado tomar a decisão a partir de seus valores. Neste caso, valores e julgamentos do profissional são desconsiderados (EMANUEL E. E EMANUEL L., 1992).

O terceiro modelo é intitulado *Interpretativo*. No modelo *Interpretativo*, o médico também oferece ao cidadão as informações técnicas de que dispõe, porém, diferentemente do modelo anterior, ele atua como um conselheiro, acessando os valores do “paciente” e auxiliando para que as escolhas e as tomadas de decisões harmonizem com estes valores. Estes valores nem sempre estão claros ao indivíduo, de modo que o aflorar destes preceitos necessita de um alto engajamento de ambos na relação (EMANUEL E. E EMANUEL L., 1992).

Por fim, o quarto e último modelo é o *Deliberativo*. Nesta relação, além do médico informar a respeito da situação clínica, cabe a ele também informar à pessoa através de quais valores esta situação pode ser avaliada e sugerir qual melhor valor responderia aquele problema em particular. O médico atua como um amigo ou um professor (EMANUEL E. E EMANUEL L., 1992).

Apesar de simplificar o debate (o próprio autor advoga que o tema não se esgota em 4 modelos), a classificação é útil no entendimento da postura de ambos na relação. Nenhum dos modelos se pretende ideal; todos são, ao mesmo tempo, criticáveis e tem sua validade reconhecida, a depender da situação. Em uma situação de urgência, por exemplo, é exigido do médico uma postura mais autoritária e afirmativa, como ocorre no modelo *Paternalístico*.

Minha objeção à primazia do modelo *Paternalístico* se dá na observação de que ele se impõe, como prática, mesmo em situações na qual ele é negado como discurso.

Exemplifico retornando ao modelo de educação em diabetes apregoado pela SBD (2019): nas linhas iniciais há uma asserção de conceitos como participação, individualização e autonomia, todavia, no decorrer do capítulo, a SBD se concentra em estratégias de mudança de comportamento no sentido de convencer o indivíduo a adotar hábitos pré-estabelecidos para atingir metas pré-definidas.

As frases citadas anteriormente de participantes do estudo em apoio a esta postura com mensagens como “o médico sabe o que é melhor pra gente”, “devemos ajudar o médico seguindo suas determinações”, “o médico ficará feliz com minha obediência” talvez reflitam a negação do outro extremo, o modelo *Informativo*. As pessoas talvez se sintam inseguras para fazer escolhas apenas baseando-se em uma enxurrada de informações desacompanhadas de valoração.

O ponto a que quero chegar é que ao entregar ao médico todo o poder decisório e de planejamento, há uma desconexão entre o indivíduo e seu plano terapêutico, de modo que objetivos e metas deixam de ser destinados à melhora da sua saúde e passam a ser meramente sítios de cobranças e justificação. No íntimo do indivíduo, atingir a meta de hemoglobina glicada se relaciona muito mais com ser parabenizado (ou pior, não ser criticado), do que com melhora da expectativa e qualidade de vida.

Uma maneira de solucionar este dilema é dedicando-se a construir relações com maior engajamento (terceiro e quarto modelos) e verdadeira participação. Chamo de “verdadeira” pois opõe-se às condutas que se utilizam das opiniões dos indivíduos apenas como instrumento de manipulação. Uma relação verdadeiramente colaborativa depreende que o profissional participe ativamente trazendo informações validadas cientificamente, expressando opiniões e manifestando crenças e valores (inclusive políticos), contudo, esteja aberto a ouvir, respeitar e aceitar divergências. A construção do plano terapêutico não deve se dar *apesar* das características sócio-econômico-culturais do indivíduo, mas sim, *através* destas características.

Outras cinco reuniões já estavam programadas e não foram realizadas em função da interrupção das atividades coletivas decorrente da pandemia de Covid19. As temáticas, os objetivos e a proposta de codificação serão apontadas no próximo capítulo e estão descritas no ANEXO 11.

5.7. Análise das modificações no Plano Interpessoal: elaboração de projetos e perspectivas

Por tratar-se de uma pesquisa-ação, os temas e as codificações dos encontros eram selecionados no decurso do trabalho, de acordo com os interesses e disposições do grupo. Previamente eu havia elaborado três possíveis dinâmicas: a reunião inicial de levantamento de temáticas, uma reunião com enfoque em história natural da doença e fisiopatologia e um último encontro para elaboração dos moldes para um programa municipal de educação em diabetes.

A primeira proposta ocorreu como planejada, sem intercorrências. Com os primeiros temas levantados, ficou clara a necessidade de priorizarmos o debate acerca da alimentação e, por este motivo, a gincana referente à fisiopatologia foi adiada. Esta mesma gincana foi adiada por outras duas vezes por questões climáticas (seria realizada em ambiente aberto).

Além do baixo engajamento das pessoas com diabetes e das frequentes chuvas, um outro fator, de ordem pessoal, me levou a desfavorecer este encontro. Nas fases iniciais de elaboração do projeto, durante o exame de qualificação, a professora Ausônia me alertou que um enfoque demasiado em fisiopatologia, se malconduzido, poderia nos levar a uma educação de cunho biologicista aos moldes da educação sanitária. Assumindo em mim, apesar dos progressos em direção oposta, ainda um predomínio do pensamento positivista – em especial no início da jornada – considerei prudente aguardar uma maior vivência no projeto antes de desempenhar esta ação.

Este exercício não foi prontamente descartado pela curiosidade manifesta pelos profissionais de saúde. Durante os encontros eram frequentes os questionamentos a respeito da evolução clínica da doença e da possibilidade de cura por meios farmacológicos, alternativos ou comportamentais. Quando as atividades em grupo foram interrompidas em função da pandemia de Covid-19 eu ainda acreditava que a gincana seria uma boa maneira de abordar estes questionamentos, mas já começava a aventar a possibilidade de substituí-la por um modelo de ação mais simples ou, até mesmo, suprimi-la.

A dinâmica eleita para ser a próxima a ser realizada e que, infelizmente, não ocorreu, abordava os Determinantes Sociais de Saúde. A propositura era a criação de uma maquete de cidade na qual estariam representadas condições de vida que carregassem a significação de saudáveis (transporte, habitação, acesso a serviços,

trabalho, etc.). A partir daí se daria uma discussão sobre os DSS, suas influências no viver com Diabetes Mellitus e as formas de superação de iniquidades sociais. Minha expectativa era de um bom engajamento do grupo e resultados ricos, de tal sorte que lamento que não tenha se concretizado.

Outros temas selecionados no primeiro encontro ainda não possuíam sugestão de codificação, mas encontravam-se no horizonte de ação. O plano era pelo menos um encontro para abordar as temáticas “sofrimento da doença crônica”, “biopoder” e “participação da mulher no cuidado” e um outro encontro tratar sobre as “complicações crônicas do Diabetes”. A elaboração destas atividades ainda estava em estágio incipiente e sua efetuação dependia do caminhar do grupo. Posto que, embora as dinâmicas específicas para abordagem destes temas não tenham ocorrido, mas estas temáticas tangenciaram outros debates, a argumentação teórica relativa a estes assuntos foi oportunamente incluída na discussão dos resultados.

Por fim, a última atividade programada seria a criação do programa municipal de educação em diabetes. O intuito inicial deste trabalho era produzir resultados generalizáveis que pudessem ser aplicados em outras atividades educativas no município. Ciente da dificuldade de generalização de resultados de uma pesquisa-ação, eu supunha ser possível identificar temáticas e abordagens que auxiliassem outros profissionais a experienciar, junto à população, a educação em diabetes de um modo mais democrático. Minha intenção era realizar uma roda de conversa na qual os participantes dividiriam uns com os outros suas percepções a respeito dos processos e dos conteúdos e, apoiando-nos nelas, produziríamos um material pedagógico municipal.

Mas esta era minha intenção inicial; no ponto em que as atividades foram encerradas eu já não vislumbrava esta perspectiva. Ter experienciado a educação crítica me revelou que conteúdos, significados, relevâncias, caminhos percorridos, caminhos a percorrer, interesses e dificuldades são muito particulares e que o único modo de outros grupos ultrapassarem suas próprias situações-limite seria a reprodução de todo o processo em cada equipamento de saúde. Constatei ainda que um maior vínculo entre mim e os demais participantes possivelmente propiciaria maior comprometimento com o desenvolvimento das atividades e maior recorrência de participação entre os membros.

Isto posto, minha meta para o próximo semestre é iniciar um novo grupo, nos mesmos moldes, porém sem nenhuma definição *a priori*, no meu local de trabalho (Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém – CEDI). Tenciono também aplicar a

educação crítica nos encontros de matriciamento junto aos demais profissionais de saúde do município e apresentar os resultados deste estudo de forma que a própria experiência educativa sirva de aprendizado do método.

5.8. Análise das modificações no Plano Interpessoal: colaboração e cooperação.

A pesquisa-ação pressupõe a participação de todos os atores, tanto na pesquisa quanto na ação. No entanto, esta participação não necessariamente precisa se dar de modo igualitário, como uma divisão de tarefas. Apesar de ser imprescindível algum grau de implicação do pesquisador na ação, assim como, algum grau de interferência dos atores na condução da pesquisa, é legítimo que haja diferenças na contribuição de cada participante.

Esta pesquisa partiu de uma demanda da pesquisadora, não de uma demanda popular. A formação do grupo seguiu os objetivos da pesquisa, portanto, em seu início, o grupo foi totalmente planejado, organizado e gerido pela pesquisadora. A interferência dos participantes deu-se principalmente na conformação da agenda e na condução da temática. A baixa participação dos demais atores em outras fases da pesquisa, como a análise dos dados, reduz o potencial contributivo destes ao trabalho, mas não invalida o método, uma vez que os fundamentos que determinam o paradigma da pesquisa-ação encontram-se presentes neste estudo.

A pesquisa ação se desenvolve enquanto paradigma específico, possibilitando a abordagem dos fenômenos da sociedade em sua complexidade. Permite, também, a intervenção do pesquisador dentro de uma problemática social, analisando sua implicação e anunciando sua finalidade, para mobilizar os participantes na pesquisa-ação. Os interessados tornam-se atores e, participando do desenvolvimento da ação, contribuem para produzir novos saberes (ANDALOUSSI, 2004, p.89).

Analisando os resultados a partir desta ótica, podemos observar que a participação dos atores questionando e direcionando o conteúdo para temas mais abrangentes modificou o curso da pesquisa e foi essencial para a produção do conhecimento. Andaloussi (2004) posiciona os atores da seguinte forma:

O ator envolvido em uma pesquisa-ação deseja adquirir os elementos que lhe permitirão progredir em sua problemática prática (mudança, inovação). Frequentemente ele espera do pesquisador – é sua profissão – as respostas (se

não forem receitas) para seus problemas. Quando o pesquisador consegue (com ajuda do ator) estabelecer uma relação de confiança democrática, o ator implica-se na pesquisa. Ele participa não somente dos resultados, como também dos procedimentos que permitem chegar ao produto. Implicando-se no processo o ator tende a renunciar às posições padronizadas, aos simulacros e astúcias diante do poder. As repostas procuradas pelo pesquisador dizem respeito à melhoria de uma situação da qual o próprio ator será beneficiário. O ator implicado em uma pesquisa-ação participa em uma prática refletida (...) (ANDALOUSSI, 2004, p.130).

Ao afirmar que houve redução do potencial contributivo não quero dizer que a participação ou importância dos demais participantes do grupo foi minorada em relação à pesquisadora, mas que o grupo poderia ter sido mais bem aproveitado em sua complexidade. Para além do que já foi relatado em relação à origem do grupo, acredito que outros dois fatores interferiram de modo significativo no envolvimento dos atores com a pesquisa: o tempo e a rotatividade.

É notório que a interrupção da pesquisa em função da pandemia de Covid-19, após apenas 6 encontros, afetou os resultados substancialmente. Contudo, no que concerne à participação dos atores, julgo que esta intercorrência não teve um valor tão expressivo. Provavelmente os outros 5 encontros programados não seriam suficientes para produzir uma mudança expressiva na postura dos atores. Considero que para haver compromisso de todos os participantes com a pesquisa seriam necessários muitos meses de atividades e, ainda assim, este comprometimento ocorreria apenas se resolvido o outro entrave: a rotatividade.

Em respeito ao caráter democrático da pesquisa-ação, nenhum tipo de cobrança de participação foi imposta aos atores. Da mesma forma, não havia recompensas nem vantagens àqueles que estivessem presentes. Isto fez com que o grupo se modificasse constantemente. Apesar de algumas pessoas com diabetes estarem presentes em mais de um encontro, não houve a formação de um grupo coeso, o que dificultou o entrosamento. Novamente, não imagino que isto seria resolvido com algumas poucas reuniões. A intenção inicial era buscar um grupo já existente, justamente para favorecer o relacionamento entre os membros, mas não encontrei no município um grupo que atendesse às necessidades da pesquisa.

Em síntese, a participação democrática de todos os atores tal qual a interferência direta destes no curso da pesquisa – características fundantes da pesquisa-ação – estão presentes neste trabalho. Por outro lado, o quefazer dos participantes em momentos

típicos da pesquisa (definição de objetivos, hipóteses e análise dos resultados) foi impossibilitada pela estruturação do grupo a partir da pesquisadora e pelo pouco tempo de desenvolvimento da pesquisa. Uma vez que o próprio andamento da pesquisa é um dos alvos de análise da pesquisa-ação, como resultado deste estudo demonstramos que, embora o ambiente fosse bastante favorável em termos de disposição dos participantes, o engajamento dos atores na pesquisa exige que esta seja realizada em um grupo solidamente formado e demanda tempo.

5.9. Análise das modificações no Plano Pessoal: mudanças de representações, comportamentos e atitudes.

O conteúdo desta análise será apresentado de modo gráfico. As figuras abaixo representam o desenvolvimento da consciência crítica a partir da evolução de três temáticas: alimentação, autonomia e sofrimento. Os círculos menores compreendem os temas iniciais, de natureza mais cotidiana. Os círculos subsequentes crescem conforme os temas se complexificam e abrangem, de forma cada vez mais profunda, estruturas organizativas da sociedade. Estão coloridos em tons de laranja os temas que foram suficientemente abordados nos encontros e, em tons de cinza, os temas que foram levantados e tangenciados porém seriam mais bem elaborados em reuniões futuras. Saliento que, embora considere que os temas em cinza deveriam ser mais bem explorados, a elevação das temáticas mais simples às complexas ocorreram, inclusive nestes temas, durante as reuniões do grupo.

Figura 3: Evolução da temática alimentação

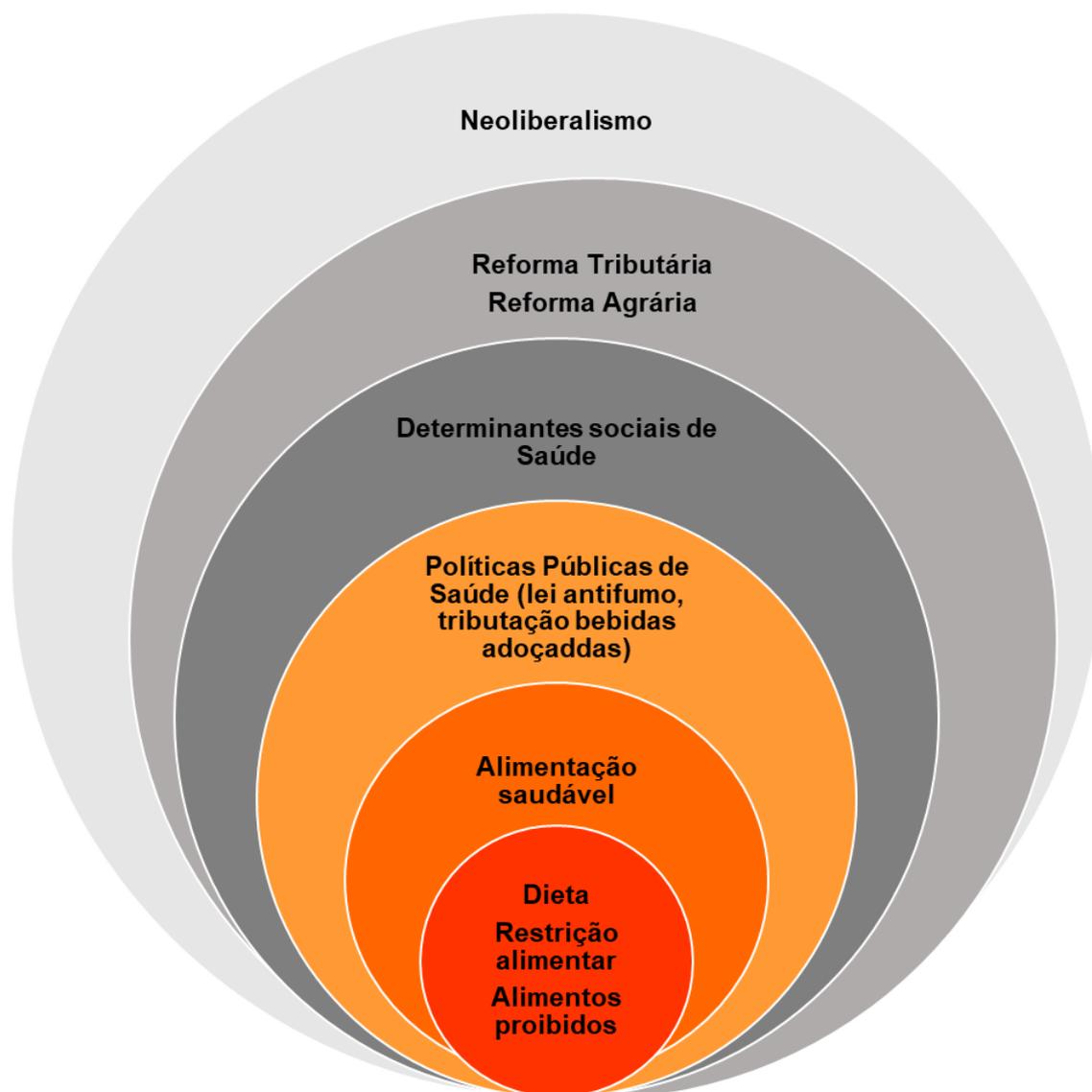


Figura 4: Evolução da temática autonomia

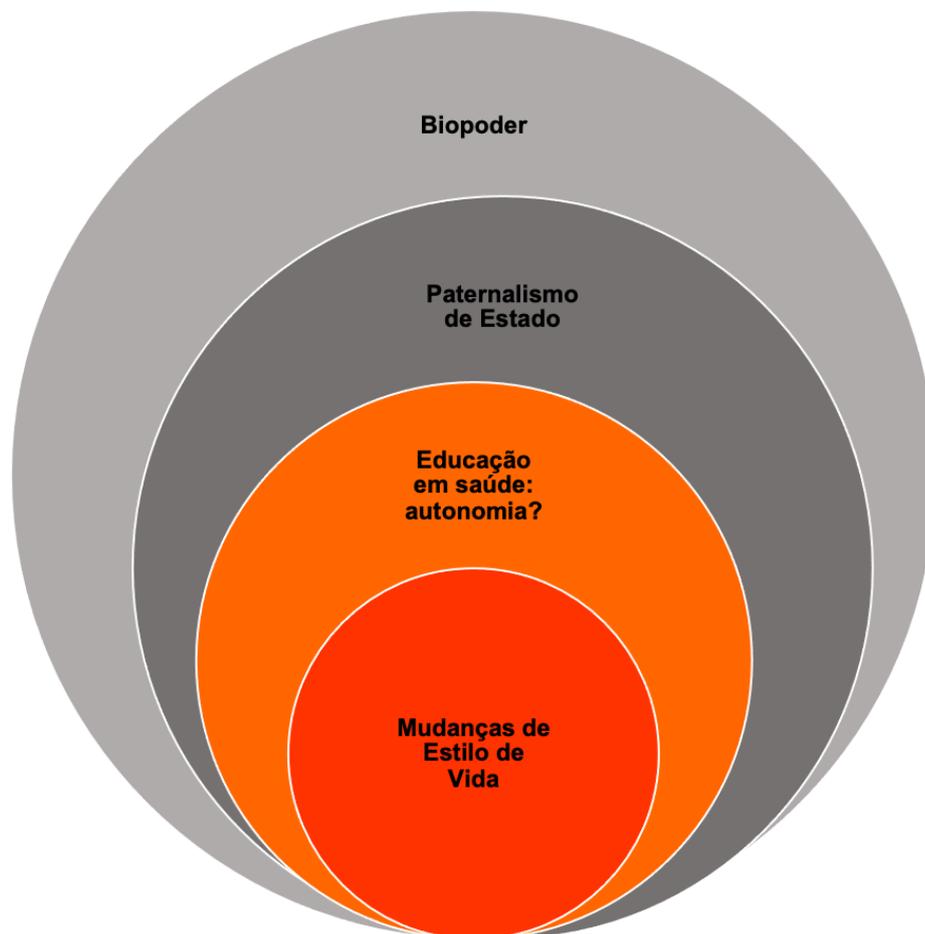
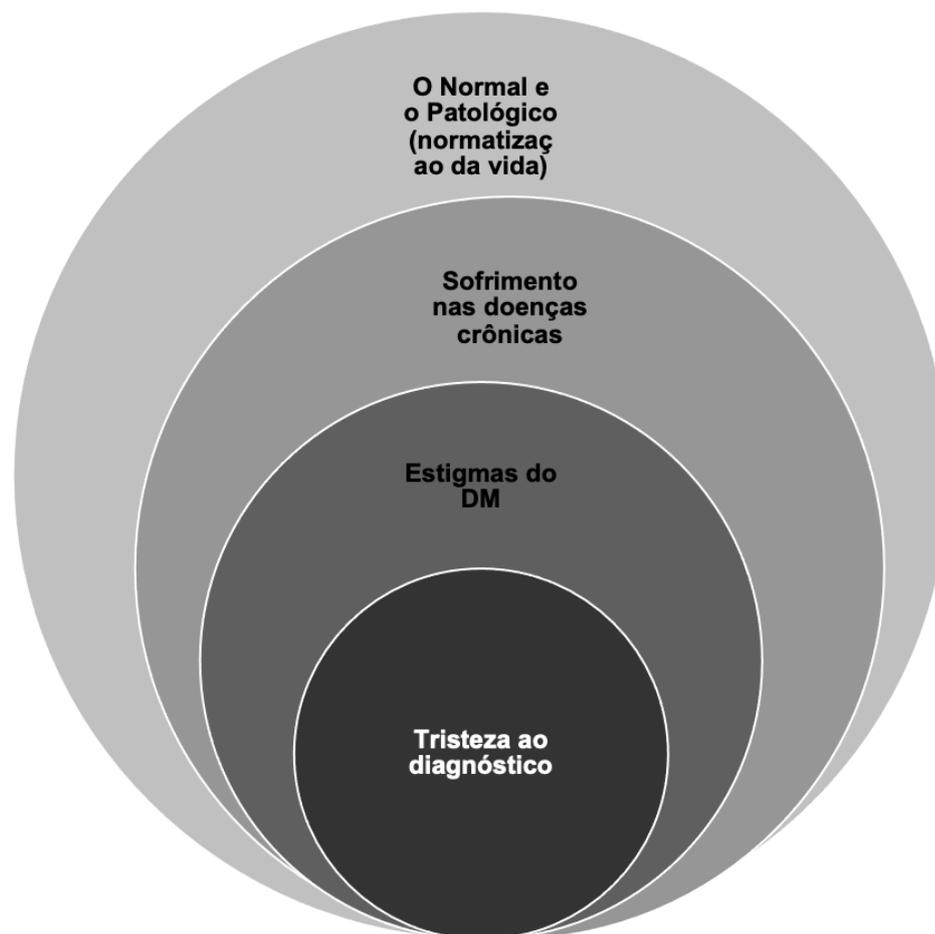


Figura 5: Evolução da temática sofrimento



5.10. Análise de implicação pessoal e interpessoal:

Utilizarei estas últimas linhas para refletir sobre todo o processo de concepção, aplicação e análise dos grupos, assim como sobre minhas expectativas e meu aprendizado.

A aplicação do método Paulo Freire, através dos círculos de cultura, nos levou a lugares muito distintos dos que eu projetava a priori. A concretude do florescimento da consciência crítica, em tão pouco tempo e de modo tão amplo, me salteou, apesar de ter me debruçado sobre a produção literária do autor, excedendo em muito os famosos títulos “pedagogia do oprimido” e “pedagogia da autonomia”.

Já de pronto, meu objetivo era ultrapassar a discussão sobre gerenciamento de atividades ordinárias e uma perspectiva de autocuidado normativa. Trazia da minha prática profissional a percepção de que a maior parte do sofrimento experienciado pelas pessoas com diabetes poderia ser evitado com mudanças simples de postura de nós, profissionais de saúde. Munida de uma literatura robusta para corroborar minha opinião, em especial no que diz respeito às orientações nutricionais, eu imaginava que as situações-limite a serem ultrapassadas consistiriam em atualização técnico-científica e enfrentamento das relações de poder da esfera cotidiana.

Pode parecer contraditório - e de fato o é - que uma perspectiva freireana não tenha contemplado, de partida, questões estruturantes como políticas públicas e sistemas econômicos. Até mesmo uma leitura desatenta de Paulo Freire escancara a posição do autor de combate à opressão e ao neoliberalismo. O assombro pelo qual fui tomada quando me vi desafiada a debater as reformas agrária e tributária, por exemplo, são fruto do meu despreparo ontológico. Despreparo esse que é meu, mas também é do sistema. Ao afirmar que a inaptidão não é apenas minha, situo a vasta maioria de meus pares em posição semelhante - e quando me refiro aos meus pares, estou direcionando a reflexão especificamente a médicos endocrinologistas. Embora compreenda que parte destas impressões encontre eco em outros profissionais de saúde, a perspectiva do médico especialista dentro do SUS é marcadamente diferente; a começar pelas nossas fontes bibliográficas.

A literatura a que nós, médicos endocrinologistas, temos acesso durante e após nossa formação é praticamente uma tradução ao português das diretrizes norte-americanas. A partir do entendimento, honesto, de que nossas condutas devem pautar-se na mais rija e atual evidência científica, os protocolos clínicos estão em grande parte

desconectados da realidade brasileira. Recordo-me de ter presenciado, mais de uma dezena de vezes, em encontros e congressos médicos, ao se discutir a conduta terapêutica para determinada situação clínica, um colega levantar-se para argumentar a inviabilidade de uma propositura que beira um salário mínimo e ser respondido com a frase “desconsidere os custos, a discussão é científica”, quando na verdade se pretendia dizer “desconsidere o Brasil”.

Observo constantemente em mim, nos meus colegas e nas entidades representativas de nossa classe, o conflito entre as recomendações técnicas, quase totalmente baseadas em estudos multicêntricos internacionais patrocinados pela indústria farmacêutica, e as práticas diárias. Não quero aqui dar voz a teorias de corrupção e atividades viciosas engendradas por interesses escusos destes ou daqueles. Me refiro à contradição do que chamamos de “medicina de excelência”.

Excelência para quem?

Por que qualquer coisa que fuja ao debate de indicação de drogas de última geração é entendido como ciência de segunda linha?

Antes deste trabalho eu nunca havia lido um único documento produzido pelo Ministério da Saúde que tratasse de temas específicos de minha área de atuação. Todas as minhas referências, ou eram advindas da Sociedade Brasileira de Endocrinologia (e suas derivações, como a SBD) ou eram internacionais. Parte desta falta deve-se ao fato de que a bibliografia nacional produzida pelo MS está voltada à atenção básica. Desconheço diretrizes ou protocolos atuais, desenhados e orientados a médicos especialistas do SUS.

O direcionamento do MS à atenção básica é coerente com o desenho estrutural do SUS, porém peca em não incluir a atenção especializada, mesmo que em caráter adjuvante. As diretrizes e os valores que orientaram a construção do SUS não estão presentes na formação, e conseqüentemente, na atuação de médicos especialistas. Por outro lado, frequentemente nós nos inserimos na atenção básica através de matriciamentos ou outras formas de educação permanente, transferindo a eles a visão de educação e saúde que herdamos do panorama internacional dominante.

Em suma, os conhecimentos advindos da atenção básica têm pouca ou nenhuma influência na atenção especializada, ao passo que a ótica positivista e biomédica majoritária na atenção especializada reiteradamente se impõe em todos os estágios de atenção à saúde.

Presumo que pela falta de um referencial teórico mais amplo, pautado também nas ciências sociais e no estudo da educação, acabamos por nos apropriar de alguns discursos de modo raso e distorcido. A sociedade Brasileira de Diabetes, por exemplo, demonstra em seu documento um aparente genuíno esforço em afastar-se de posições autoritárias, mas mantém-se presa a uma concepção liberal na qual a resolução de um problema social é possível através de mudanças individuais de comportamentos. Para além disto, fiando-se na neutralidade e na tecnicidade do positivismo, reproduz o arcabouço ideológico sem que haja sequer uma discussão a respeito dos conceitos ali propagados (em particular o conceito de autonomia) e cita Paulo Freire para, adiante, propor uma pedagogia muito mais bancária que libertadora.

Da mesma forma, muitos dos meus colegas médicos estão dispostos a acolher as angústias daqueles que os procuram e buscam compreender as dificuldades vividas pela população na propositura de soluções terapêuticas, mas consideram que a ciência é neutra, apartada da política e única voz legítima. A autonomia do indivíduo está cada vez mais presente nos discursos, mas continua desrespeitada na materialidade.

Introduzo estes pensamentos (e sentimentos) para localizar a reflexão que se segue: como foi a atuação dos participantes e o desenvolvimento dos grupos.

Diferentemente da surpresa que expressei nos parágrafos anteriores, o problema da “autoridade médica” sempre me incomodou e eu tinha como certo seu advento. Por isso me preparava para discutir as relações de poder no que chamei de “esfera cotidiana” e procurei em Foucault a explicação teórica.

O posicionamento do profissional médico dentro de um plano terapêutico tem mudado positivamente nas últimas décadas, mas ainda se encontra destacado dos demais, não por ser diferente, mas por entender-se superior. Ainda exercemos a primeira e a última palavra, muito em função da responsabilidade ética - e até criminal - que recai sobre nossos ombros, mas, mais do que isso, por conveniência historicamente legitimada. Escrevo estas linhas não para maldizer meus colegas, mas como uma sincera autocrítica. Tão igualmente reconheço em mim uma luta interna de reposicionamento social, quanto, percebo que, quando conveniente, faço uso do privilégio que me foi outorgado. Me inseri neste projeto ciente e consciente desta contradição e meu compromisso, comigo e com o grupo, era o de me dedicar a superá-la, mas sem a ilusão de que conseguiria anulá-la.

Uma preocupação posta era de como se daria a dinâmica de voz e silêncio em um grupo misto, composto por profissionais e pessoas com diabetes. Justaposta a essa havia a preocupação de como a minha figura se situaria neste grupo, uma vez que sou alguém completamente de fora da comunidade e que carrego, além da medicina, outros dois atestados de autoridade: especialista e pesquisadora.

No início, todos os meus temores se concretizaram. As atenções estavam voltadas para mim e outras pessoas assumiam a palavra apenas em uma de duas situações: me fazer perguntas ou corroborar o que eu dissera. Nas primeiras reuniões, de fato, nós profissionais de saúde - e eu em especial - assumimos a condução do encontro. Com o decorrer do tempo as participações foram se equilibrando e, embora não tenhamos atingido a igualdade, as diferenças se reduziram consideravelmente. A propósito, os principais temas ligados a questões estruturais foram advindos da população, estando os profissionais muito mais adstritos a discussões técnicas. Como bem sintetizou o II Caderno de Educação Popular em Saúde, do Ministério da Saúde:

Talvez uma das coisas mais difíceis para os profissionais/mediadores admitirem nos contatos que desenvolvem com as classes subalternas é a cultura popular como uma teoria imediata, isto é, um conhecimento acumulado e sistematizado que interpreta e explica a realidade. A formação escolarizada da classe média, e mesmo daqueles profissionais que agem como mediadores entre os grupos populares e a sociedade (através de partidos políticos, ONGs, igrejas, sindicatos) frequentemente leva-os a ter dificuldade em aceitar o fato de que o conhecimento é produzido também pelas classes subalternas. Neste sentido, mesmo que alguns mediadores sejam mais atenciosos e mais respeitosos com as pessoas pobres da periferia, os muitos anos de uma educação classista e preconceituosa faz com que o papel de “tutor” predomine nas suas relações com estes grupos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.47)

Me desprender do papel de tutora foi exercício diário, nem sempre bem-sucedido, e aprimorado ao longo do tempo. No início me sentia impelida a responder imediatamente a todos os questionamentos, o que fez a primeira reunião parecer uma entrevista aos moldes do programa Roda Viva, da TV cultura, no qual eu assumi o papel de entrevistada. As minhas respostas eram majoritariamente biomédicas, diretas, claras e afirmativas, tal qual eu fui treinada, com o máximo de objetividade possível. Era o que demonstravam esperar de mim e era o que eu tinha a oferecer.

Paulatinamente eu fui aprendendo a modificar minha postura e o grupo fluiu. Não foi fácil porque eu naturalmente já falo bastante, ainda mais sendo um tema que eu

julgo dominar. Mais difícil que ficar em silêncio era me tornar vulnerável, especialmente em um ambiente no qual eu estou acostumada a me afirmar. Uma mulher jovem aprende rapidamente que para ganhar credibilidade deve ser assertiva, pois a qualquer sinal de dúvida é encarada como inépcia e desabona todo o seu trabalho. Eu não tenho dúvidas de que foi o método do trabalho o principal responsável pela minha mudança de comportamento.

Em relação aos demais profissionais de saúde, a posição ocupada manteve-se intermediária, entre mim e as pessoas com diabetes. Entre os próprios profissionais de saúde participantes havia a hierarquia corrente entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Esta configuração se manteve durante todo o trabalho, a despeito da dinâmica educativa orientar para um arranjo mais horizontalizado. Esta ordenação não me surpreendeu, nem tampouco me frustrou, pois não estava em meu horizonte a possibilidade de reverter em tão pouco tempo uma tradição em tal intensidade consolidada. Meu intento era, apesar das diferenças postas, garantir a todos um ambiente confortável para exprimir suas ideias e opiniões e me sinto bastante satisfeita com o resultado atingido. Evidentemente, em situações de discordância, a palavra do profissional se impunha sem, entretanto, haver desrespeito à manifestação dos demais.

Quantas vezes se pede para a população se manifestar numa reunião, como prova do nosso compromisso com a “democracia de classe média”. Mas uma vez passada a fala popular, procuramos voltar “ao assunto em pauta”, entendendo que a fala popular foi uma interrupção necessária, mas com certeza, sem conteúdo e sem valor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.41).

Apesar destes entraves (esperados) o grupo atingiu seu objetivo. As temáticas foram se complexificando a cada encontro, avançando de pequenas modificações na rotina até grandes transformações sociais. O pensamento crítico floresceu e foi exercido em um ambiente democrático (salvo inevitabilidades). Os resultados obtidos foram significativos e abrangem grande parte da problemática relacionada ao diabetes na atualidade.

Os grupos se encerraram forçosamente em março de 2020 em função da pandemia de Covid-19. De lá pra cá, tanta coisa mudou! Saúde e doença tornaram-se a temática dominante no mundo. Ampliou-se a discussão sobre liberdade, autonomia, conhecimento científico, responsabilidade social, o papel do Estado, entre outros. Seria riquíssimo reiniciar os grupos nesta nova realidade e pretendo fazê-lo tão logo seja

permitido. Por ora, eu carrego para minha prática as novas perspectivas que este trabalho me ensinou. E sigo aprendendo.

6. CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial, as Doenças Cardiovasculares, as Neoplasias, as Demências e tantas outras condições crônicas são produtos do meio. A propensão genética determina o surgimento ou não destas condições em cada indivíduo exposto ao ambiente compatível.

Historicamente, nós médicos somos formados para diagnosticar e tratar doenças. Quase a totalidade de nossa formação é direcionada ao atendimento de indivíduos, com uma pequena porção da carga horária destinada à saúde coletiva. Os protocolos clínicos partem da premissa de que iremos melhorar o panorama de uma pandemia tratando individualmente as mais de 600 milhões de pessoas com diabetes no mundo, sem interferir no ambiente que proporcionou o surgimento da doença.

As propostas educativas presentes nas principais diretrizes de educação em diabetes utilizam-se da abordagem tecnicista para recomendar ao indivíduo que ele viva de modo absolutamente diferente daqueles com os quais convive, transmitindo a mensagem de que a necessidade de adoção de hábitos de vida saudáveis está vinculada a presença de um diagnóstico. A normatização do bem-viver e as frequentes cobranças por mudanças comportamentais se chocam com o discurso de individualização do cuidado e respeito a autonomia.

A tentativa de modificação individual do comportamento, objetivando a adequação a uma existência idealizada e apartada da realidade vigente, falha tanto no mérito quanto na execução. Falha no mérito por considerar que o indivíduo é responsável por sua condição de vida e cabe a ele a construção de um estilo de vida mais saudável, culpabilizando-o por sua doença e pelo insucesso de seu tratamento. Falha na aplicação porque, apesar de termos um número crescente de drogas e opções terapêuticas, continuamos com menos de 30% dos indivíduos atingindo a meta de tratamento.

Desde o primeiro encontro do grupo esteve claro que a restrição alimentar, injustificada do ponto de vista técnico, é a principal fonte de preocupação e sofrimento das pessoas com diabetes. A partir da orientação de alimentação saudável discutimos a formação do hábito alimentar, as razões que levam as pessoas a ter determinados alimentos disponíveis e a atuação da indústria na confecção de alimentos superpalatáveis. Progredimos para o debate sobre os agrotóxicos, tributação e modo de produção dos alimentos. Por fim, avançamos para a necessidade de reformas agrária e

tributária que visem a redução da desigualdade e uma mudança radical na política fundiária.

Evidenciamos que pessoas que desenvolveram diabetes vivem no mesmo ambiente disfuncional que os demais e partilham com eles hábitos semelhantes, porém possuem a genética favorável ao desenvolvimento da doença. O predomínio do sentimento de tristeza ao diagnóstico tem como causa não apenas a apreensão em relação à restrição alimentar, mas também à característica crônica da enfermidade e seus estigmas sociais.

Problemas coletivos demandam por soluções coletivas. A principal contribuição deste trabalho foi demonstrar que a aplicação da pedagogia crítica nos permitiu partir de temáticas cotidianas e evoluir até questões estruturantes da sociedade atual. Apesar do pequeno número de encontros, da falta de vínculo da pesquisadora com a equipe e a comunidade e da ausência de um coletivo popular organizado que desse seguimento às atividades educativas ao término deste trabalho, testemunhamos a potência transformadora do florescimento da consciência crítica.

7. POTENCIAL DE APLICABILIDADE

Uma pesquisa-ação tem limitações à generalização que são inerentes ao método, todavia este estudo oferece contribuições que podem ser aplicadas tanto por pesquisadores em pesquisas futuras na área da saúde quanto por práticos na rotina de assistência.

Julgo muito importantes experiências de pesquisa-ação na saúde, uma vez que a maioria dos modelos disponíveis se concentram em áreas de ciências sociais e educação.

Início pelo que já foi apresentado em relação à participação dos atores na pesquisa. Considero que apenas um bom ambiente não é suficiente para proporcionar o engajamento necessário dos participantes, de forma voluntária e democrática (sem nenhum tipo de cobrança), nas etapas mais específicas de pesquisa. Sugiro fortemente a busca por um grupo com entrosamento prévio, preferencialmente ligado a alguma organização ou movimento social, ou a formação de grupo novo inicialmente desvinculado da pesquisa e que apresente algum fator de coesão externo (religião, grupos de convivência, etc.).

Ainda em relação à pesquisa, este estudo fortalece o referencial teórico de Paulo Freire como modelo de educação crítica aplicável na educação em diabetes e encoraja ensaios futuros a robustecer o arcabouço científico nacional, a fim de pleitearmos, no futuro, uma mudança de abordagem pedagógica por parte das sociedades médicas.

No que se refere à prática, as vivências de atividades educativas que respondem à expectativa da população de resolver questões de natureza cotidiana, mas que, não se limitando a elas, também propõem reflexões de ordem político-estrutural, são de enorme valia na ampliação da participação popular e, conseqüentemente, no aperfeiçoamento do SUS.

8. REFERÊNCIAS

ADA – American Diabetes Association. Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: standards of medical care in diabetes – 2021, *Diabetes Care*. 2021 (1); 44:53-72.

Alencar HN. Fim da desoneração tributária da cesta básica e impactos na renda da população brasileira [dissertação]. Brasília: Instituto Brasiliense de Direito Público; 2020.

Almeida J. Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. *Rev bras educ med*. 2000; 24:27-30.

Andaloussi K. Pesquisas-ações: ciência, desenvolvimento, democracia. Thiollent M, tradutor. São Carlos: EdUFSCar; 2004.

Antunes AB, Pini FRO, Gadotti M, Padilha PR. Princípios Ecopolítico-Pedagógicos da práxis freiriana. In: Toledo RF, Rosa TEC, Keinert TM, Cortizo CT, organizadores. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. p.37-46. (Temas em saúde coletiva; 24)

Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21:601-613.

Barros FC, organizador. *Cuidados na doença crônica na atenção primária de saúde*. São Paulo: Hucitec; 2012.

Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 1998; 147(8):755-763.

Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon JE, et al. 2017 National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2017; 40(10):1409-1419.

Bergenstal RM. Glycemic variability and diabetes complications: does it matter? Simply put, there are better glycemic markers! *Diabetes care*. 2015; 38(8):1615-1621.

Bógus CM. A promoção da saúde como referencial para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. *Bol Inst Saúde*. 2004:16-17.

Borges CA, Claro RM, Martins APB, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saude Publica*. 2015; (31):137-148.

Brasil. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitorização da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. *Diário Oficial da União*. 28 set de 2006; Seção: 1:1.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.

Câmara dos Deputados. 2018. Projeto de lei de aumento de impostos de sucos e refrigerantes adoçados com açúcar[internet]. Acessado em 16 ago 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/532238-projeto-aumenta-impostos-de-sucos-e-refrigerantes-adoçados-com-acucar/>.

Campbell AW. The diabetes pandemic. *Altern Ther Health Med*. 2011; 17(6):8-9.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Forense Universtária; 1982.

Castiel LD. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38 (5):615-622.

Conly S. Coercive paternalism in health care: Against freedom of choice. *Public Health Ethics*. 2013; 6 (3): 241-245.

Cooper DN, Martin R, Keim NL. Does whole grain consumption alter gut microbiota and satiety? *Healthcare*. 2015; 3: 364-392.

Cox DJ, Irvine A, Gonder-Frederick L, Nowacek G, Butterfield J. Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization. *Diabetes care*. 1987; 10(5):617-621.

Cryer PE, Davis SN, Shamon H. Hypoglycemia in diabetes. *Diabetes care*. 2003; 26(6):1902-1912.

Davis J, Fischl AH, Beck J, Browning L, Carter A, Condo JE, et al. 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2022; 45(2):484-494.

Delamater AM. Improving patient adherence. *Clinical diabetes*. 2006; 24(2): 71-77.

Delgado GC. A questão agrária no Brasil, 1950-2003. In Jaccoud L, Silva FB, Delgado GC, Castro JA, Cardoso Junior JC, Theodoro M, et al. *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA; 2005: 51-90.

Donato AF. Algumas considerações sobre a relação entre educação e comunicação no âmbito da saúde. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2004:11-12.

Donato AF. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2009; (48):5-14.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267(16):2221-2226.

Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):117-121.

Fittipaldi JAS, Chacra AR, Moreira ED, Mendes ABV, Neves RCS. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol.* 2009;47(2):137-45.

Foucault M. *História da Sexualidade: A vontade de saber.* Albuquerque MTC, Albuquerque JAG, tradutores. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. v. 1.

França FCO, Mendes ACR, Andrade LS, Ribeiro GS, Pinheiro LB. Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro. In: *Anais do I Seminário Alimentação e Cultura na Bahia.* 2012; Feira de Santana, BR, 2012:1-7.

Freire P, Freire N, Oliveira WF de. *Pedagogia da solidariedade.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

Freire P. *Educação como prática da liberdade.* 43 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 66. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.* 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

Freire P. *Educação e mudança.* 38 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 57. ed. Paz e Terra; 2018.

Freire P. *Política e educação.* 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.

Friedrich K, Souza MMO, Santorum JA, Leão AV, Andrade NSM, Carneiro FF. *Dossiê contra o Pacote do Veneno e em defesa da Vida.* Porto Alegre: Rede Unida; 2021.

Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética.* 2005; 13(1):125-134.

Gassen V, D'Araújo PJS, Paulino SRF. *Tributação sobre Consumo: o esforço em onerar mais quem ganha menos.* Sequência (Florianópolis). 2013; (66):213-234.

Gastaldo D. É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. *Educação & Realidade.* 1997; 22(1):147-68.

Gu k, Cowie CC, Harris MI. Mortality in adults with and without diabetes in a national cohort of the US population, 1971-1993. *Diabetes Care.* 1998; 21(7):1138-1145.

Halpern ZSC, Rodrigues MDB, Costa RF. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2004; 31(4):150-153.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2006; (15):352-358.

Hermisdorff HH, Volp AC, Bressan J. Macronutrient profile affects diet-induced thermogenesis and energy intake. *Arch Latinoam Nutr*. 2007; 57(1):33-42.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo agropecuário: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [internet]. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 3 jan 2022]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/51/agro_2006.pdf.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo agropecuário: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [internet]. Rio de Janeiro; 2017 [acesso em 10 jan 2022]. Disponível em: <https://censoagro2017.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/25786-em-11-anos-agricultura-familiar-perde-9-5-dos-estabelecimentos-e-2-2-milhoes-de-postos-de-trabalho.html>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: resultados preliminares [internet]. São Paulo; 2010 [acesso em 10 abr 2022]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/itanhaem/panorama>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2021 [internet]. [acesso em 10 abr 2022]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/itanhaem/panorama>.

IDF - International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas – Eighth edition 2017*. IDF, 2017.

IDF - International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas – 10th edition*. IDF, 2021.

IDF - International Diabetes Federation. Consultative section on diabetes education. *International curriculum for diabetes health professional education*. IDF, 2008.

IDF - International Diabetes Federation. *International Standards for Education of Diabetes Health*. IDF, 2015.

King P, Peacock I, Donnelly R. The UK prospective diabetes study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Br J Clin Pharmacol*. 1999; 48(5):643-648.

Lalli CA, Saad MJA. Complicações agudas do Diabete Melito. In Saad MJA, Maciel RMB, Mendonça BB. *Endocrinologia*. São Paulo: Atheneu; 200, p.809-830.

Lopes R, Tocantins FR. Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16:235-248.

Ludwing DS. The glycemic index: physiological mechanisms relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *JAMA*. 2002; 287(18):2414-2423.

Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2):304-311.

Macedo DM, Diez-Garcia RW. Sweet craving and ghrelin and leptin levels in women during stress. *Appetite*. 2014; 80: 264-270.

Machado JF, Wanderley LCS. Educação para a Saúde [internet]. 1997 [acesso em 10 dez 2021]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf

Maciel MED. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enfermagem*. 2009; 14(4):773-776.

Maloney A, Rosenstock J, Fonseca V. A model-based meta-analysis of 24 antihyperglycemic drugs for type 2 diabetes: comparison of treatment effects at therapeutic doses. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2019; 105(5):1213-1223.

Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, Passos VM de A, Abreu DMX de, Ishitani LH, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(1):217-232.

Marcolino TQ, Mizukami MGN. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2008; 12:541-547.

Meule A, Westenhöfer J, Kübler A. Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of eating behavior and dieting success. *Appetite*. 2011; 57(3):582-584.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF); 2002.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 371, de 04 de março de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Diário Oficial da União*. 06 mar 2002. Seção 1:88.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da

Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Diário Oficial da União. 15 out 2007. Seção 1:49.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília (DF); 2012. (Série A, normas e manuais técnicos)

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília (DF); 2014.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF); 2014.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia/EVIPNet. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília (DF); 2016.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2017.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2020.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e Proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2021.

Monteiro CA, Canon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public health nutrition*. 2019; 22(5):936-941.

Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*. 2006; 18:49-55.

Ohta R, Ryu Y, Yoshimura M. Realist evaluation of interprofessional education in primary care through transprofessional role play: What primary care professionals learn together. *Education for Primary Care*. 2021; 32(2):91-99.

Oliveira SP, Thébaud-Mony A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(2): 201-208.

OMS – Organização Mundial da Saúde. WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. OMS; 2008.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2019: oferecer ajuda para deixar de fumar. OMS; 2019.

OXFAM. Terrenos da Desigualdade: terra, agricultura e desigualdades no Brasil rural. 2016

Paddock-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: protein, amino acid metabolism and therapy. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*. 2009; 12(1):86-90.

Paulino ET. Reforma agrária: o incômodo diálogo. *Agrária*. 2011; (14):99-120.

Pelchat ML, Jonson A, Chan R, Valdez J, Ragland D. Images of desire: food-craving activation during fMRI. *Neuroimage*. 2004; 23(4):1486-1493.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1527-1534.

Pereira JMM. Estado e mercado na reforma agrária brasileira (1988-2002). *Estudos Históricos (Rio de Janeiro)*. 2015; 28(56):385-404.

Pinheiro KAPN. História dos hábitos alimentares ocidentais. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2005; 3(1):173-190.

Portes LH, Machado CV, Turci SRB, Figueiredo BC, Cavalcante TM, Silva VLDCE . A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; (23):1837-1848.

Powers M, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*. 2020; 43(7):1636-1649.

Puhl RM, Himmelstein MS, Hateley-Browne JL, Speight J. Weight stigma and diabetes stigma in US adults with type 2 diabetes: Associations with diabetes self-care behaviors and perceptions of health care. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020; 168 (108387):1-9.

Rosset P. Alternativa à política fundiária de mercado, reforma agrária e soberania alimentar. In: Sauer S, Pereira JMM, organizadores. *Capturando a terra: banco Mundial, políticas fundiárias neoliberais e reforma agrária de mercado*. *Expressão Popular*; 2006. p.315-341.

Rubin RR. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med.* 2005; 118(5): 27-34.

Santos JES. Direito à alimentação no Brasil: limites do combate à fome. *Revista de Ciências Humanas.* 2021; 1(21):267-287.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.782, de 09 de março de 2001. Define diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo.* 10 mar de 2001; Seção: 1:6.

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Tributação de bebidas açucaradas na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis [internet]. São Paulo; 2021 [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Posicionamento-1_Tributacao-de-Bebidas-Acucaradas-na-Prevencao-de-Doencas-Cronicas-Nao-Transmissivei.pdf

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [internet]. 2019; [acesso em 25 mar 2019]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022 [internet]. [acesso em 20 jan 2022]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>.

Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabetes: a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient.* 2003; 6(1):1-10.

Schoenthaler AM, Schwartz B, Wood C, Stewart WF. Patient and physician factors associated with adherence to diabetes medications. *Diabetes Educ.* 2012; 38(3):397-408.

Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética.* 2006; 2(2):187-200.

Schramm FR. Dialética entre liberalismo, paternalismo de Estado e biopolítica: análise conceitual, implicações bioéticas e democráticas. *Rev Bioét.* 2014; 22(1):10-17.

Secretaria de Estado do Turismo de Itanhaém (SP). História e cultura [internet]. [acesso em 20 maio 2019]. Disponível em: <http://www2.itanhaem.sp.gov.br/turismo/sobrePages/cultureH.html>

Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010; 10(2):419-425.

Silva TAA, Frisoli Junior A, Pinheiro MM, Szejnfeld VL. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46(6):391-397.

Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ. *Dicionário Paulo Freire.* 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação.* 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Toledo RF, Jacobi PR, Santos FNP. Fundamentos, motivações e dificuldades da pesquisa-ação na opinião de alguns pesquisadores. In: Toledo FR, Rosa TEC, Keinert TM, Cortizo CT. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. p.131-152. (Temas em saúde coletiva, 24)

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26(5):331-342.

von der Weid JM. Agroecologia e Agricultura familiar para o aumento da Segurança Alimentar: uma visão geral. In: Botelho Filho FB, organizador. *Agricultura familiar e desenvolvimento territorial: contribuições ao debate.* Cadernos do CEAM. 2005; 5(17):59-79

Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Cristensen T, Causon P, Gonder-Frederick L. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: implications for diabetes management and patient education. *Patient Educ Couns.* 2007; 68(1):10-15.

Wolfe RR, Miller SL, Miller KB. Optimal protein intake in the elderly. *Clin Nutri.* 2008; 27(5):675-684.

ANEXOS

ANEXO 1: TCLE profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) a participar da pesquisa Concepção Dialógica do Programa Municipal de Educação em Diabetes: o pensamento de Paulo Freire aplicado à Saúde. Este estudo tem como objetivo desenvolver uma nova forma de incluir a educação no tratamento das pessoas com diabetes, no município de Itanhaém. O método é baseado no diálogo e tem como fundamento principal o respeito a todos os saberes. A construção conjunta do conhecimento se dá através da união da teoria, vinda da ciência, com a prática, vinda da vivência.

Realizaremos reuniões com intervalos a serem determinados pelo grupo, podendo variar entre 1 vez por semana até 1 vez por mês, através de consenso por maioria entre os presentes. O número de encontros também será definido pelo grupo, sendo o estudo interrompido quando os presentes considerarem que o objetivo já foi alcançado. Podem ser utilizadas outras formas de contato não presencial como mensagens por telefone, internet ou redes sociais, se o grupo considerar útil e proveitoso. O prazo máximo para realização das reuniões é 31 de março de 2020. As reuniões se iniciarão no mês de setembro de 2019, terão entre 60 e 90 minutos de duração. O horário das reuniões será definido pelo grupo. As direções da Rede de Atenção Básica e da Rede de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde estão cientes do desenvolvimento desta pesquisa e concordaram com a participação dos profissionais, mesmo quando coincidir com o horário de trabalho.

Nestes encontros estarão presentes indivíduos portadores de Diabetes ou seus familiares e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, dentistas, agentes de saúde, recepcionistas e técnicos administrativos da UBS). Sua participação no estudo será colaborar nas reuniões trazendo suas experiências pessoais, dúvidas ou conhecimentos de modo a, juntamente conosco, criar um Programa educacional que seja adequado às necessidades reais do município.

O (a) Sr (a) tem a liberdade de participar apenas quando considerar conveniente, sua opinião em nenhum momento será exigida nem sua presença cobrada. Caso opte por permanecer em silêncio, sua decisão será respeitada. O (a) Sr (a) pode se negar a participar desta pesquisa ou desistir dela em qualquer momento, mesmo após o início das reuniões, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo em seu trabalho.

Os riscos com esta pesquisa são mínimos pois o (a) Sr (a) pode sentir-se desconfortável com algum tema abordado ou com alguma pergunta, porém o (a) Sr (a) tem a liberdade de interromper ou não responder a qualquer momento.

Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. Aqueles que assim desejarem terão seus nomes incluídos como coautores do Programa Municipal de Educação em Diabetes de Itanhaém (produto desta pesquisa), caso este se concretize. Os que preferirem manter-se anônimos, terão seus nomes ocultados. O Sr. não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o Sr. poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: Amanda Donnangelo Martins, que pode ser localizado no Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém (telefone 13 – 3427-4095) das 8 às 11h e das 13 às 16h às segundas e quartas feiras ou, das 8 às 11h às terças-feiras, ou pelo email amandadmartins@hotmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o Sr. tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone 11-3116-8597 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para aprimorarmos o cuidado aos indivíduos com Diabetes no município. Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar desta pesquisa _____ Data ____/____/2020

Assinatura do entrevistado _____ Data ____/____/2020

Amanda Donnangelo Martins – responsável pelo estudo

ANEXO 2: TCLE população

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) a participar da pesquisa Concepção Dialógica do Programa Municipal de Educação em Diabetes: o pensamento de Paulo Freire aplicado à Saúde. Este estudo tem como objetivo desenvolver uma nova forma de incluir a educação no tratamento das pessoas com diabetes, no município de Itanhaém. O método é baseado no diálogo onde todas as formas de conhecimento são respeitadas. Uniremos a teoria (ciência) com a prática de quem vive a doença para criar uma nova forma de entender e tratar o diabetes.

O grupo decidirá todas as fases da pesquisa: os assuntos, o número de reuniões e o tempo entre uma reunião e outra. As reuniões serão presenciais, mas, se o grupo desejar, podemos também utilizar outras formas de comunicação como celular, internet ou redes sociais. As reuniões começarão no mês de setembro de 2019 e terminarão quando o grupo considerar que atingimos o objetivo, até no máximo dia 31 de março de 2020, quando esta parte da pesquisa acaba. Os encontros terão entre 1h (60min) e 1h e meia (90min) de duração. O horário das reuniões será escolhido pelo grupo.

Nestes encontros estarão presentes pessoas com Diabetes ou seus familiares e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, dentistas, agentes de saúde, recepcionistas e técnicos administrativos da UBS). Sua participação no estudo será colaborar nas reuniões trazendo suas experiências pessoais, dúvidas ou conhecimentos de modo a, juntamente conosco, criar um Programa educacional que seja adequado às necessidades reais do município. O (a) Sr (a) tem a liberdade de participar apenas quando quiser, sua opinião em nenhum momento será exigida nem sua presença cobrada. Caso escolha ficar em silêncio, sua decisão será respeitada.

O (a) Sr (a) pode se negar a participar desta pesquisa ou desistir dela em qualquer momento, mesmo após o início das reuniões, sem que isto prejudique seu atendimento no SUS.

Os riscos com esta pesquisa são mínimos pois o (a) Sr (a) pode sentir-se incomodado com algum assunto ou com alguma pergunta, porém o (a) Sr (a) tem a liberdade de interromper ou não responder a qualquer momento.

As suas informações são sigilosas: seus dados pessoais não serão divulgados e não estarão presentes em nenhum documento. Aqueles desejarem poderão ser considerados coautores do Programa Municipal de Educação em Diabetes de Itanhaém (produto desta pesquisa), tendo seus nomes incluídos apenas neste momento. Os que preferirem manter-se anônimos, terão seus nomes ocultados.

Todas as atividades são gratuitas e o (a) Sr (a) não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o Sr. poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: Amanda Donnangelo Martins, que pode ser localizado no Centro Especializado em Diabetes de Itanhaém (telefone 13 – 3427-4095) das 8 às 11h e das 13 às 16h às segundas e quartas feiras ou, das 8 às 11h às terças-feiras, ou pelo email amandadmartins@hotmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o Sr. tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone 11-3116-8597 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para melhorarmos o cuidado para as pessoas com Diabetes no município.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar desta pesquisa

Assinatura do entrevistado: _____ Data ____/____/2020

Assinatura do entrevistado: _____ Data ____/____/2020

Amanda Donnangelo Martins – responsável pelo estudo

ANEXO 3: Questionário, encontro “Mural”**Identificação:**

- 1) Sexo
- 2) Idade
- 3) Profissão
- 4) O que mais gosta de fazer:
- 5) O que odeia fazer:
- 6) Uma pessoa que ajuda
- 7) Uma pessoa que atrapalha:

Ao diagnóstico:

8. Sentimento ao descobrir diabetes
9. Principal preocupação
10. Uma dúvida
11. Uma esperança
12. Um arrependimento

Após 10 anos:

13. Principal preocupação
14. Uma dúvida
15. Uma esperança
16. Um arrependimento

ANEXO 4: Fotografias do encontro “Mural”



ANEXO 5: Questionário FoH

HYPOGLYCEMIC FEAR SURVEY/D. J. COX AND ASSOCIATES

APPENDIX 1

Hypoglycemic Fear Survey

This survey is intended to find out more about how low blood sugar makes people feel and behave. Please answer the following questions as frankly as possible.

I. General Information:

Name: _____ Phone No.: (Home) _____
 (Work) _____
 Date of Birth: _____
 Address: _____ Date of 1st diagnosis of Diabetes: _____

II. Behavior. Below is a list of things people with diabetes sometimes do in order to avoid low blood sugar. Read each item carefully. Circle one of the numbers to the right that best describes what you do during your daily routine to avoid low blood sugar.

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
1. Eat large snacks at bedtime	1	2	3	4	5
2. Avoid being alone when my sugar is likely to be low	1	2	3	4	5
3. If test urine, spill a little sugar to be on the safe side. If test blood glucose, run a little high to be on the safe side	1	2	3	4	5
4. Keep my sugar higher when I will be alone for a while	1	2	3	4	5
5. Eat something as soon as I feel the first sign of low blood sugar	1	2	3	4	5
6. Reduce my medication (insulin/pills) when I think my sugar is too low	1	2	3	4	5
7. Keep my blood sugar higher when I plan to be in a long meeting or at a party	1	2	3	4	5
8. Carry fast-acting sugar with me	1	2	3	4	5
9. Avoid a lot of exercise when I think my sugar is low	1	2	3	4	5
10. Check my sugar often when I plan to be in a long meeting or go out to a party	1	2	3	4	5

III. Worry. Below is a list of concerns people with diabetes sometimes have. Please read each item carefully (do not skip any). Circle one of the numbers to the right that best describes how often you worry about each item because of low blood sugar.

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
11. Not recognizing/realizing I am having a reaction	1	2	3	4	5
12. Not having food, fruit, or juice with me	1	2	3	4	5
13. Feeling dizzy or passing out in public	1	2	3	4	5
14. Having a reaction while asleep	1	2	3	4	5
15. Embarrassing myself or my friends/family in a social situation	1	2	3	4	5
16. Having a reaction while alone	1	2	3	4	5
17. Appearing stupid or drunk	1	2	3	4	5
18. Losing control	1	2	3	4	5
19. No one being around to help me during a reaction	1	2	3	4	5
20. Having a reaction while driving	1	2	3	4	5
21. Making a mistake or having an accident at work	1	2	3	4	5
22. Getting a bad evaluation at work because of something that happens when my sugar is low	1	2	3	4	5
23. Having seizures or convulsions	1	2	3	4	5
24. Difficulty thinking clearly when responsible for others (children, elderly, etc.)	1	2	3	4	5
25. Developing long-term complications from frequent low blood sugar	1	2	3	4	5
26. Feeling lightheaded or faint	1	2	3	4	5
27. Having an insulin reaction	1	2	3	4	5

ANEXO 6: Fotografia e caso clínico, encontro “Dona Julia”

Julia, 65 anos, professora aposentada. Mora com o esposo e 1 filho solteiro. Tem outros 2 filhos e 5 netos. Durante a manhã, cuida de uma neta de 7 anos.

Semana passada, sexta-feira à noite, após passar um forte nervoso, começou a sentir tontura, falta de ar, coração acelerado e uma angústia no peito. O filho a levou ao UPA.

No UPA estava com a pressão 15x9 e a glicemia 342. Fez exames de sangue e eletro, todos normais. Recebeu medicação no soró e, após 5h de observação, foi liberada com orientação de procurar o quanto antes a Unidade de Saúde de seu bairro para iniciar tratamento.

No dia seguinte acordou sentindo-se bem e achou que, como tudo foi por causa do nervoso, não precisava procurar tratamento nenhum.

Hoje passou mal novamente, na presença da filha que veio buscar a menina de 7 anos para levar à escola. A filha ficou então sabendo do episódio anterior e tentou levar a mãe à UBS, mas esta disse estar melhor e recusou-se a sair. Muito preocupada, a filha procurou a UBS para orientações.

Perguntas prováveis:

1. O que comeu antes de passar mal? R: 1 xic café com leite, 1 pão francês com manteiga no café da tarde às 18h
2. Qual o nervoso? R: discussão com o marido
3. Toma algum remédio? R: odeia remédio
4. Recebeu alguma orientação no UPA? R: apenas de procurar a UBS
5. Faz alguma atividade física? R: não porque sente dor no joelho
6. Tem alguma doença? R: não tem doença nenhuma, mas sente muitas dores pelo corpo
7. Já fez alguma cirurgia? R: 2 cesárias e a retirada do útero por mioma
8. Fuma? R: não
9. O que come normalmente? R: quase todos os dias come a mesma coisa (ator receberá um cardápio com o recordatório do dia anterior)



ANEXO 7: Fotografias do encontro “Retirar o açúcar?”



ANEXO 8: Determinantes Sociais de Saúde em Diabetes

DIABETES MELLITUS – Amanda Donnangelo Martins

Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

Sociedade Obesogênica: grande oferta de alimentos industrializados a baixo custo. Custo elevado de alimentos in natura, em especial, alimentos orgânicos. Políticas públicas insuficientes para melhorar esta situação (ex: taxação de bebidas adoçadas, subsídios a pequenos agricultores, fornecimento alimentação saudável em escolas e serviços públicos, mudança da cesta básica)

Sociedade sedentária: dificuldade de locomoção a pé ou de bicicleta (cicloviás, iluminação das ruas, qualidade das calçadas). Custo elevado de academias ou outros locais para prática de atividade física e pouca oferta de locais gratuitos. Violência urbana desestimula atividades ao ar livre.

Ambiente de trabalho

Cobrança de resultados (estresse emocional prejudica o controle).
Necessidade de intervalos para alimentação e monitorização da glicemia.
Turno noturno (hora do controle).
Atividades que exigem esforço físico precizam adequação terapêutica.
Complicações crônicas dificultam exercer profissões que exijam boa visão, equilíbrio, trabalho em altura etc. (mercado reduzido).

Redes sociais e comunitárias

Grupos de atividade física. Locais públicos para prática de exercícios.
Grupos em equipamentos de saúde (Hiperdia).
Grupos de convivência.
Terapia comunitária ou outras formas de terapia em grupo.
Acesso a equipamentos de saúde (localização, horários, disponibilidade de atendimento).
Locais de doação de alimentos (banco de alimentos).
Estrutura de apoio familiar.

Desemprego

Influência direta no estilo de vida, em conflitos familiares e estresse emocional, na aquisição de medicamentos e insumos não padronizados

Educação

Quanto menos anos de estudo, maior a prevalência de DM.
Entendimento da prescrição.
Manuseio de equipamentos (seringa, glicosímetro).
Habilidades de identificação de problemas e argumentação.
Grupos educativos em equipamentos de saúde.
Atividades de promoção de saúde em escolas.

Produção agrícola e de alimentos

Políticas públicas de subsídio a alimentação em natura e incentivo a agricultura familiar.
Taxação de alimentos ultraprocessados.
Uso/restricção de agrotóxicos

Serviços sociais

Banco de alimentos
Complemento de renda (Loas)

ANEXO 9: Fotografia de Leonard Thompson

ANEXO 10: Reportagem utilizada no encontro “A pílula com chip”

Edição do dia 14/11/2017

<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/11/pilula-digital-pode-mostrar-se-paciente-toma-remedios-corretamente.html>

Pílula digital pode mostrar se paciente toma remédios corretamente

Após engolida, pílula ativa um chip que manda informações a um sensor. Sensor fica em contato com a pele e envia os dados ao celular do paciente.

00:00/01:48

A agência que controla alimentos e remédios nos **Estados Unidos** aprovou a venda da primeira pílula digital.

O chip é um pouco maior que um grão de areia e vai lá no meio de um comprimido. A pessoa nem percebe. Na hora em que a pílula chega no estômago, ela se dissolve. O chip é ativado quando entra em contato com o ácido estomacal e emite um sinal.

O sinal é captado por um sensor que fica em contato com a pele, como se fosse um pequeno curativo, e a informação então é enviada por celular do paciente. Se ele quiser, pode compartilhar os dados com o médico e com até quatro pessoas.

A ideia é que todo mundo seja avisado que o sujeito realmente tomou seu remédio. Para os fabricantes, a tecnologia pode ajudar quem toma remédios de uso contínuo para controlar, por exemplo, hipertensão, diabetes, HIV.

Poderia ser também útil para os idosos, que têm que tomar muito remédio e às vezes esquecem. A justificativa é que os prejuízos causados por pacientes que interrompem ou não seguem o tratamento à risca podem chegar a US\$ 100 bilhões por ano nos Estados Unidos.

Essa é a primeira pílula desse tipo aprovada nos Estados Unidos. O remédio é para o tratamento de pessoas com esquizofrenia.

Alguns especialistas temem que pacientes possam ser pressionados a concordar com esse controle.

O doutor Paul Appelbaum, diretor do departamento de psiquiatria da Universidade Columbia, em Nova York, e especialista em ética médica, alerta que essa tecnologia pode prejudicar a relação de confiança entre médico e paciente. E diz que há ainda o risco de que os dados venham a ser acessados sem autorização, de forma a ferir a privacidade das pessoas.

"Espero que haja estudos sérios que mostrem que há de fato benefícios nessa nova abordagem. E se os benefícios superam os riscos", afirmou.

ANEXO 11: Programação de reuniões futuras, não realizadas devido pandemia de Covid-19

Temática	Nome	Objetivos	Codificação	Descrição da atividade
Fisiopatologia	O que é diabetes?	Demonstrar a fisiologia pancreática e a fisiopatologia do DM Esclarecer o mecanismo de ação das drogas antidiabéticas orais e da insulina Elucidar a resposta glicêmica à refeição, à atividade física e ao estresse emocional	Gincana	Os participantes serão divididos em grupos e representarão a glicose sanguínea, o pâncreas, o fígado, os músculos e o tecido adiposo. Os participantes "fígado" se posicionarão em linha, lado a lado, sentados em cadeiras. Os participantes "músculo" e "tecido adiposo" formarão uma outra linha, sentados, de frente ao fígado, mantendo entre eles espaço suficiente para formar um corredor que simbolizará a corrente sanguínea. O participante "pâncreas" receberá uma caixa com objetos que representarão a insulina. A pesquisadora irá orientar a simulação de situações de jejum e pós prandial, fisiológicas e na presença de DM, atividade física, estresse emocional, uso de metformina, uso de secretagogos de insulina, insulinoopenia e hipoglicemia. Os participantes irão se deslocar pelo pátio, performando cada uma destas situações
Determinantes sociais de saúde	Onde? Como? Quando? Por que?	Discutir a participação da responsabilidade individual e da influência do meio no modo de viver (estilo de vida) Debater a influência do sistema econômico, da política, da ética e da opressão na configuração de uma sociedade não saudável Estimular a elaboração de novas formas de participação popular e organização da sociedade	Maquete	A pesquisadora levará duas grandes placas de isopor, canetas e materiais de papelaria e reciclagem. Os participantes serão convidados a construir e uma das placas o modelo de cidade que proporcionaria uma vida saudável e na outra, reproduzir a visão que eles têm do local onde vivem. A pesquisadora levará questões para nortear a construção destas maquetes.

Complicações crônicas do DM	Por que tratar?	Apresentar as possíveis complicações crônicas do diabetes mellitus Relacionar o controle glicêmico (longo prazo) ao desenvolvimento de complicações crônicas Discorrer sobre as metas de tratamento e as suas formas de acompanhamento, em especial a hemoglobina glicada Entender a dificuldades em atingir um bom controle glicêmico	A definir	A definir
Sofrimento da doença crônica, biopoder e participação da mulher no cuidado	Onde dói?	Discutir o sofrimento relacionado as doenças crônicas Dialogar os conceitos de normal e patológico e situá-los em uma perspectiva histórica Compreender a participação do conceito de biopoder no controle dos corpos e nas restrições impostas aos doentes crônicos Entender o papel da mulher (patriciarado) no cuidado a terceiros	A definir	A definir
Propositura do modelo municipal de educação em diabetes	Como fazer?	Elaborar um modelo democrático de educação em diabetes que desenvolva as temáticas levantadas pelo grupo a partir dos conhecimentos gerados em nossos encontros	Roda de conversa	A pesquisadora irá apresentar os principais temas e perspectivas discutidas nas reuniões anteriores e o grupo irá elaborar uma forma de dividir este conhecimento concebido por eles aos demais habitantes do município, de modo a manter o caráter democrático do aprendizado.