

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

VANESSA SILVA SANTOS

Percepções Alimentares de Mulheres com Fibromialgia: “a gente quer
prazer para aliviar a dor”

Women's dietary perceptions with fibromyalgia: “we want pleasure to relieve the pain”

Barreiras

2018

VANESSA SILVA SANTOS

Percepções Alimentares de Mulheres com Fibromialgia: “a gente quer
prazer para aliviar a dor”

*Women's dietary perceptions with fibromyalgia: “we want pleasure to relieve the
pain”*

Artigo apresentado junto ao curso de
nutrição da Universidade Federal do
Oeste da Bahia como requisito para
aprovação no componente curricular
CBS2037 – Trabalho de Conclusão
de Curso II.

Orientadora: Debora Cruz Porcino

Barreiras

2018

VANESSA SILVA SANTOS

Percepções Alimentares de Mulheres com Fibromialgia: “a gente quer
prazer para aliviar a dor”

Women's dietary perceptions with fibromyalgia: “we want pleasure to relieve the pain”

Artigo apresentado junto ao curso de
nutrição da Universidade Federal do
Oeste da Bahia como requisito para
aprovação no componente curricular
CBS2037 – Trabalho de Conclusão
de Curso II.

Data de aprovação: 30/08/2018

Banca examinadora

Msc. Debora Cruz Porcino - Orientadora

Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Docente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)
Coordenadora do Colegiado do Curso de graduação em Nutrição (UFOB)

Prof^a. Dr^a. Lúcia Amparo da Silva Santos - Membro

Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP)
Docente da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde
(UFBA)

Msc. Bruno Klécio Andrade Teles – Membro

Mestre em Ciências Linha Sociedade, Saúde e Ambiente pela Universidade Federal
do Vale do São Francisco (UNIVASF)
Docente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)

Barreiras

2018

*Dedico este trabalho a todas as pessoas
com fibromialgia. Ou que possuem alguma dor física,
mental ou espiritual.*

Agradecimentos

Tenho tanto a agradecer a todo mundo que me ajudou a chegar até aqui, que me ajudou a ser quem eu me tornei, e principalmente, a sentir muito orgulho da pessoa que sou hoje. Vocês são incríveis.

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha família. A minha mãe Luciene que é o meu maior motivo de luta, pois tudo o que ela fez foi por mim e tudo o que eu faço é por nós, obrigada por ser o meu “nós” neste mundo. Ao meu pai Nilton que sempre me apoiou financeiramente e moralmente, e me deu todas as condições para ser uma mulher livre. A minha tia Luzinete, primo Thiago, primo Ian que é o meu exemplo e minha inspiração para a vida acadêmica, e ao meu namorado Eumar por ser algo tão bom em minha vida.

Agradeço aos meus amigos de turma Anne, Débora, Adrielle, Bruna, Carol, Rafaela, Pedrita, Monica e Polac, que caminharam junto comigo até o fim dos dias da nossa graduação, e a todos os outros colegas que ainda estão caminhando, mas que também serão nutricionistas excepcionais.

Agradeço a minhas amigas de vida Larissa, Ada, Lia e Nayane, e tantos outros amigos, por me lembrarem que a amizade é o melhor sentimento que existe.

Agradeço aos membros do NEPHANS, Débora, Bruno, Sara, Sheila e Larissa, que aprenderam sobre a pesquisa qualitativa junto comigo e descobrimos que nós temos sim um lugar na nutrição.

A nossa presidente do DA Júlia, por me lembrar sempre que a representação estudantil faz toda a diferença dentro de um curso de graduação. Aos meus professores, que foram grande inspiração na minha vida, me ensinaram o quanto a nutrição faz diferença no mundo e o quanto nós somos importantes para promover saúde para as pessoas.

E a minha orientadora Debora Porcino, pela paciência, competência e por me mostrar que eu poderia ser alguém na UFOB. Que eu sou alguém nesse mundo. No dia que você chegou eu vi que eu também podia. Quando fui te conhecendo, você me mostrou que eu podia. Obrigada pela representatividade. Obrigada por me fazer amar muito mais o meu curso, por me ajudar a ser um ser humano melhor e acima de tudo, obrigada pela sua amizade. Foi a melhor coisa que conquistei nessa graduação.

*Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso.
Amo as gentes e amo o mundo.
E é porque amo as pessoas e amo o mundo que
eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.*
- Paulo Freire

Resumo

O objetivo desse estudo foi analisar o fenômeno da dor como fator de influência nas práticas alimentares e no cuidado em saúde de um grupo de mulheres com fibromialgia. Trata-se de um estudo qualitativo, idealizado entre os campos da Socioantropologia da Saúde e da Alimentação, e da Educação Alimentar e Nutricional. Os dados foram construídos de novembro de 2017 a agosto de 2018, com 11 mulheres com fibromialgia, acompanhadas em um ambulatório de um centro municipal de saúde de Barreiras - BA. A técnica utilizada foi a realização de um grupo focal. Os dados foram gravados, transcritos, e organizados em uma Matriz de Análise. Para análise, utilizou-se os métodos de análise de discurso e análise de conteúdo como forma de interpretação do significado do discurso e conteúdo do texto. Os resultados apontam que existe uma necessidade da legitimação dos métodos subjetivos para o cuidado em saúde dos indivíduos e que a promoção do autocuidado por diferentes profissionais de saúde e pelo o nutricionista deve surgir desde a formação acadêmica. Conclui-se que a comensalidade pode ser adotada como proposta terapêutica para sujeitos em contextos particulares, como diferentes limitações e possibilidades como os que convivem fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia; Dor; Comensalidade; Biopsicossocial.

Abstract

The objective of this study was to analyze the pain phenomenon as a factor influencing the eating practices and health care of a group of women with fibromyalgia. This is a qualitative study, idealized between the fields of Socioanthropology of Health and Food, and Food and Nutrition Education. The data were constructed from November 2017 to August 2018, with 11 women with fibromyalgia, accompanied in an outpatient clinic of a municipal health center of Barreiras – BA. The technique used was the realization of a focal group. The data were recorded, transcribed, and organized into an Analysis Matrix. To analyze, we used the methods of discourse analysis and content analysis as a form of interpretation of the meaning of the discourse and content of the text. The results point out that there is a need to legitimize subjective methods for the health care of individuals and that the promotion of self-care by different health professionals and by the nutritionist must arise from the academic formation. It is concluded that commensality can be adopted as a therapeutic proposal for subjects in particular contexts, such as different limitations and possibilities such as those living with fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia; Pain; Commensality; Biopsychosocial.

1. Introdução

A formação acadêmica de um nutricionista abrange diversos campos de conhecimentos e práticas, experimentados no transcorrer das disciplinas, para a composição de uma formação científica generalista. Esta proposta de formação está pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em nutrição e saúde datadas de 2001, que preveem a construção de disciplinas no Plano Político-Pedagógico, capazes de mesclar a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, auxiliando o estudante na compreensão da complexidade do seu campo de atuação desde a sua formação básica (LIMA, 2017). Entretanto, no cotidiano do processo de formação e atuação profissional, o que pode ser observado é a fragmentação do conhecimento ferindo os princípios da transdisciplinaridade para revelar as inúmeras faces de compreensão de mundo e unificação do saber.

Para Canesqui e Garcia (2005), existe uma resistência por parte da área da Nutrição em considerar as Ciências Sociais em Saúde, objetos de pesquisa e análise relevantes para a capacitação profissional, considerando mais indulgentes pesquisas voltadas para as áreas clínicas e fisiológicas. No entanto, Freitas, Mynaio e Fontes (2010) afirmam que a hegemonia do modelo biomédico na Ciência da Nutrição, expressa uma visão de mundo limitada epistemologicamente no reconhecimento da completude alimentar como ato sociocultural. Esse caminho restrito pode criar limitações que influenciam negativamente na prática profissional.

Reforçando esse princípio, Lima (2017) afirma que o ato de comer é um comportamento que se liga de forma íntima ao comensal tornando-se um aspecto além de uma conduta automática e fisiológica. Neste sentido Freitas, Mynaio e Fontes (2010) ressaltam que as reflexões filosóficas e antropológicas permitem aprofundar a discussão sobre o ato fisiológico do comer, incorporando os significados conferidos pelos sujeitos acerca de suas experiências com a alimentação envolvendo a subjetividade desse fenômeno.

Na prática clínica ambulatorial em Nutrição, ocorre uma tendência em priorizar métodos palpáveis e quantificáveis para o acompanhamento do cuidado em saúde e abordagem terapêutica, o que acaba por limitar a abrangência de fenômenos como a Fibromialgia, cujos sujeitos acometidos trazem uma série de aspectos subjetivos à doença como as representações simbólicas da dor e suas relações com a vida e com a comida. A Fibromialgia se caracteriza segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011) como uma síndrome clínica manifestada como uma dor em

diversos pontos do corpo, principalmente muscular, atrelada a sintomas de fadiga, sono não reparador, depressão, ansiedade e em alguns casos alterações intestinais. Segundo BRAZ et. al., (2011) eventos dolorosos sem patologia estrutural demonstrável transformando a dor como núcleo central do problema, repercutem indubitavelmente em aspectos emocionais, cognitivos e de labor, provocando diversos transtornos no convívio familiar, na vida pessoal e social do indivíduo.

Dessa forma o objetivo do estudo é analisar o fenômeno da dor como fator de influência nas práticas alimentares e no cuidado em saúde de um grupo de mulheres com Fibromialgia em um Centro Municipal de Saúde de Barreiras – BA.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, em consequência do seu caráter interpretativo, idealizado entre os campos da Socioantropologia da Saúde e da Alimentação, que foi baseado em dados construídos de novembro de 2017 a agosto de 2018, com um grupo de mulheres com Fibromialgia, em um Centro Municipal de Saúde na cidade de Barreiras – BA.

O presente trabalho faz parte de um projeto maior intitulado “A efetividade das práticas integrativas e complementares no cuidado a pessoas com obesidade na rede de atenção à saúde: um estudo qualitativo” financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) sob coordenação da professora Lígia Amparo da Silva Santos, desenvolvido de forma multicêntrica por pesquisadores da UFBA, UFOB, UFRB e USP, tendo como campo de atuação as cidades de Salvador, Barreiras, Santo Antônio de Jesus e Ribeirão Preto, respectivamente. O projeto teve financiamento aprovado pelo edital nº 13/2017 e foi aprovado pelo comitê de ética da UFBA com o parecer de nº 2.732.859.

A construção de dados efetuou-se por meio da elaboração de um Grupo Focal (GF), com 11 mulheres atendidas em um ambulatório multidisciplinar de apoio a fibromialgia. Essas mulheres foram selecionadas por conveniência, uma vez que as mesmas realizaram uma busca ativa pelo apoio da Universidade Federal do Oeste da Bahia - UFOB para a realização de serviços de saúde. Atualmente a UFOB já desenvolve outras atividades do curso de nutrição junto ao público deste ambulatório como ações de disciplinas como a de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e de projetos de extensão como a Clínica Escola de Nutrição.

Para Kind (2004), a técnica de grupo focal é caracterizada pela utilização da interação do grupo na produção de respostas e informações que custosamente seriam produzidas se fossem utilizadas técnicas de entrevistas individuais. Portanto, para todo o procedimento de definição do roteiro de entrevista, construção dos dados, categorização dos resultados e análise, é de interesse considerar o processo de grupo adotado como soma de emoções para a compreensão de um fenômeno, e perspectivas de entendimento como método subjetivo. Dessa forma, durante todo o estudo, as falas construídas estão identificadas pela sigla GF referindo-se à Grupo Focal, no qual as mesmas representam a opinião de um grupo de pessoas, ou seja, não se apresentando de forma individualista.

No sentido da aproximação com os sujeitos e auxílio na construção do roteiro de entrevista do Grupo Focal (GF), foi realizada uma observação prévia do grupo durante o acompanhamento das ações da disciplina de EAN, que são parte das intervenções da UFOB junto ao público deste ambulatório. A observação aconteceu no mês de março de 2018 durante uma atividade de EAN promovida por estudantes de nutrição. Essa observação foi guiada por um roteiro de observação inicial, que foi construído a partir da leitura sobre pesquisas sociais e pesquisas qualitativas.

As observações foram registradas em diário de campo que serviram como base para a definição das perguntas norteadoras que construíram o roteiro do grupo focal. Esse roteiro foi dividido em cinco blocos, sendo estes: 1-Identificação do grupo, 2-Discussões sobre o cuidado em saúde, 3-Atendimentos nutricionais, 4-Comensalidade e 5-Educação Alimentar e Nutricional. Para além do bloco destinado à identificação do grupo, cada sessão incluía perguntas que auxiliassem na compreensão sobre como a doença influencia ou pode influenciar nas práticas alimentares, na vida social e no cuidado em saúde dessas mulheres.

Dessa forma, participaram da pesquisa 11 mulheres que receberam informações prévias sobre o dia, horário e local da realização do grupo, através de um aplicativo de mensagens. O Grupo Focal (GF) ocorreu no mês junho de 2018 em um Centro Municipal de Saúde da cidade de Barreiras-BA durante uma tarde de um dia da semana de encontros comuns já realizados por essas mulheres na unidade. As entrevistadas só participaram depois de assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que explicava sobre os objetivos e preceitos éticos a respeito da pesquisa. O nome e idade das participantes foi preservado. As falas foram gravadas

com o auxílio de um tablet, e foram definidos anteriormente alguns acordos com o grupo como a utilização do gravador, o tempo da realização do grupo com duração de uma hora e a utilização do material construído. As participantes também foram informadas sobre a gravação no TCLE.

Em razão da complexidade do processo de interpretação e análise, foi realizada uma apropriação das falas com a escuta de forma minuciosa e cuidadosa, para a posterior transcrição em mídia escrita, no programa Word®. Após a obtenção da mídia escrita, foram realizadas leituras flutuantes e leituras em profundidade, para a categorização desses dados. Os dados foram organizados sob a forma de uma Matriz de Análise no programa Excel®, que se constitui em uma maneira de separar a fala do entrevistado, as percepções do pesquisador e o referencial teórico que sustenta a pesquisa, auxiliando assim na interpretação, por conta do caráter indissociável desse tripé.

Foram escolhidas como forma de interpretação das falas a Análise de Discurso e a Análise de Conteúdo. Caregnato e Mutti (2006), assim como demais autores da área, concordam sobre a dificuldade da separação entre esses dois métodos, que muitas vezes, acontecem apenas por questões didáticas, mas na práticas esses métodos se confundem e se complementam. Dessa forma, a Análise de Discurso e Análise de Conteúdo agregam, de forma mista, o sentido do discurso e o conteúdo do texto, para a intersecção de epistemologias distintas que unificam ideologia, história e linguagem como um processo de constituição do imaginário, sistema de ideias e representações socio históricas para gerar o sentido que o sujeito pretende dar a partir dessa fala, e para compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo do texto (CAREGNATO e MUTTI, 2006). Essa matriz subsidiou a definição de categorias que serão apresentadas como resultados deste trabalho.

3. Resultados e Discussão

Os resultados apontam que a identificação da relação entre essas mulheres com a Fibromialgia, instigam a reflexões sobre os significados da dor e das doenças, admitidos na sociedade em que essas mulheres estão inseridas, para permitir e reconhecer a relação atribuída pelos familiares e profissionais de saúde, a lidar com essas e outras patologias dentro de um contexto singular.

Dessa forma, todos os aspectos relacionados a saúde estão envolvidos, sendo as práticas alimentares e a relação com a comida, fatores pertencentes a essa

reflexão. Portanto o papel do profissional nutricionista se instala como importante contribuinte na compreensão e função para relacionar os conhecimentos das Ciências Biológicas e das Ciências Sociais em Saúde no tratamento e promoção da saúde.

O elemento invisível: mediações entre doença, dor e saúde

[...] todo mundo cria uma fantasia que uma pessoa doente é quando tem um corte, é quando ta faltando a perna, é quando tem uma cicatriz [...] (GF).

As discussões acerca do caráter e sentido sobre doença e dor, fomentam os questionamentos entre o paradigma biológico e social desses fenômenos, por se apresentar como uma junção entre as experiências pessoais, mediadas pela cultura, subjetividade e interações sociais, como características de manifestações humanas (CANESQUI, 2011; LE BRETON, 2007). Nessa perspectiva, Guerci (1998) afirma que cada sociedade confere um significado para a dor, cujo a realidade mutável entre as culturas carregadas por um arcabouço histórico, iniciam a percepção da fenomenologia relacionada ao processo, que as explicações fisiológicas não conseguem esclarecer tão-somente. Essa perspectiva, pode ser observada no trecho em que a entrevistada aponta a maneira mais comum que se é identificado alguém doente no meio social em que a mesma está inserida, e permite, portanto, instigar as possíveis explicações a cerca deste sentido atribuído.

Para dar início a essa questão, as Diretrizes para o Diagnóstico da Fibromialgia (2017) se pronunciam como um documento oficial, em que a dor apresenta-se como a manifestação central da patologia e estabelecem que a doença é diagnosticada de forma exclusivamente clínica, no qual, não há exames de imagens ou bioquímicos capazes de demonstrar a presença da dor difusa nos sujeitos acometidos (HEYMANN et. al., 2017). Dessa forma, a relação da dificuldade em compreender uma doença invisível fisicamente, reflete nas maneiras de assimilação e descrição fisiológicas e patológicas da dor, principalmente na sociedade ocidental, que por mais complexas e sofisticadas não conseguem explicar a fundo a definição desse fenômeno, que neste caso, se manifesta na ausência de lesões reconhecíveis (GUERCI e CONSIGLIERE, 1999).

[...] pelo fato da família não entender, não compreender, as vezes até criticar o problema da gente, por achar que a gente tá brincando, tá com preguiça, “é manha, é dengo” tudo isso a gente recebe [...] principalmente no nosso caso que a fibromialgia, dói tudo, tudo o que você pegar no corpo da gente dói [...] (GF).

Guerci e Consigliere (1999) discutem que o limiar de dor se apresenta como um mecanismo de adaptação e evolução, portanto, pouco variável entre os indivíduos, se analisados em laboratório, mas que o fato de a medicina instigar a separação da dor da trama cultural atenua o incompleto tratamento de diversas dores ilegítimas.

Sobre este ponto, cabe questionar, portanto, se os diversos ramos das áreas do cuidado em saúde podem também estar exprimindo condutas que restrinjam a ampliação do tratamento e do cuidado.

Essa separação da dor da trama cultural pode ser observada no comparativo entre as sociedades ocidentais e orientais, o que reflete na maneira com que cada sociedade encara o fenômeno, desde as explicações sobre a sua causalidade até as formas de combater-la. As sociedades ocidentais consideram que o cuidado em saúde são práticas capazes de silenciar os sintomas, já as sociedades orientais buscam compreender as causas para resolvê-las ou para aprender a conviver com elas, realizadas ao longo de séculos, sendo próximo ao que se entende como um cuidado paliativo que é atualmente conhecido no ramo ocidental como Práticas Integrativas e Complementares (SCLAR, 2007; DUARTE, 1998; BARROS, 2002).

Outro exemplo é que existe uma relação do sentido cultural no meio ocidental, de uma “resistência pessoal a dor”, que reflete na não compreensão de termos como “dói”, por conta da complexidade dialética, escassez de termos de referência e pelo próprio isolamento da experiência vivida (LE BRETON, 1999).

[...] e a gente é muito rejeitado, é uma doença séria e a gente só sabe quem sente ela mesmo, por que a dor é dor, não é brincadeira não, mas a realidade é que a sociedade não tá preparada para ver o outro dizer o que é dor! (GF).

Na perspectiva cultural ocidental as discussões sobre dor e morte são assuntos pouco comentados nas diversas disciplinas científicas, sendo a dor muito menos discutida do que a morte. Essa ausência porventura, pressupõe uma construção histórica do pensamento filosófico no ocidente, trazendo à medicina como a única disciplina que encara a dor como um campo específico de técnica e conhecimento (GUERCI e CONSIGLIERE, 1999). Se a medicina existe porque os doentes procuram meios de sanar as suas dores e enfermidades, conclui-se que a medicina existe por causa da dor (CANGUILHEM, 2007).

Dessa forma, a medicina aborda ao longo de séculos, os mecanismos fisiológicos que desencadeiam a dor, desde meios para o diagnóstico até técnicas e

medicamentos para reduzi-la. Isso reflete no processo de medicalização da saúde que interfere na ação racional dos seres humanos sobre a sua própria saúde, fazendo com que este ser se torne uma oficina de reparos e manutenção destinada a conservar o bom funcionamento (ILLICH, 1975). Portanto, como as explicações fisiológicas e biomédicas dos fenômenos são insuficientes, e o pensamento filosófico no ocidente sobre isso foi construído baseado nesses dois conceitos, pode-se refletir que a não compreensão sobre a dor do outro também se instala como medida histórico-cultural presente nas sociedades ocidentais. Urge então, a necessidade de questionar qual o conceito de saúde que alguém que convive com a dor possui?

[...] acho que saúde é a gente viver bem, não sentir dor, poder ficar bem e viver bem, (outra pessoa: ter qualidade de vida né?), ter qualidade de vida, acho que tudo é um conjunto né? Que quando você tem saúde você tem alegria, você tem qualidade de vida, porque você pode comer qualquer coisa que você gosta, o que você quer, e no nosso caso já é diferente né, não é bem assim [...]] (GF).

Esse trecho do grupo focal pode se relacionar ao conteúdo das diretrizes do Consenso Brasileiro para o Tratamento da Fibromialgia (2010) que ressalta dois tipos de tratamento: o medicamentoso com o uso de antidepressivos, relaxantes musculares e neuromoduladores, e o não medicamentoso baseado em exercícios físicos, alongamento, fisioterapia, terapias cognitivo-comportamentais e suporte psicoterápico (HEYMANN et. al., 2010).

Apesar do ampliado enfoque deste documento o mesmo apresenta que não há consenso para recomendação de diversas práticas como balneoterapia e acupuntura, além de pilates e tratamento homeopático não serem recomendados. O Consenso ainda afirma que não existem evidências científicas para chás, terapias ortomoleculares, cristais, cromoterapia e florais de Bach eficazes no tratamento da Fibromialgia (HEYMANN et. al., 2010).

Essa ideia se contradiz com o conceito de saúde apontado pelas entrevistadas, na visão em que a dor se torna o problema principal, as medidas de tratamento e cuidados integrativos do ser, se tornam “não eficazes”, já que não sanam a dor física especificamente. Mas nesse caso as entrevistadas apontam que existem um conjunto de outras significâncias relacionadas a saúde, além da não presença da dor, que poderiam ser inseridas nesse contexto, como a alegria e comer o que gosta, o que poderia contribuir para essa “qualidade de vida” apontada pelas entrevistadas.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sus (2015) aborda as considerações do indivíduo em sua dimensão global sem desconsiderar suas singularidades e explicações que permeiam o processo de adoecimento e de saúde. Além disso o documento trata sobre abordagens que contribuam para a corresponsabilidade do indivíduo pela sua saúde no aporte ao processo de cidadania. Cabe refletir que os cuidados integrativos e complementares atenuam a promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2015). E no caso do cuidado em saúde através da alimentação, seria diferente? Cabe discutir, a princípio, como o tema é abordado atualmente com essas mulheres e o ponto de vista apresentado por elas.

Nutrição do corpo: estudo dos nutrientes

A abordagem nutricional ambulatorial também foi descrita pelo grupo. Em um dos trechos, foi possível observar que a compreensão que essas mulheres têm sobre o acompanhamento nutricional é que a prescrição dietética, por vezes abordada por elas como “sistema de nutricionista” inclui ou restringe alimentos, de acordo com a sintomatologia apresentada, principalmente relacionado ao sistema gastrointestinal.

É geralmente porque o sistema de nutricionista é mais ou menos a mesma coisa né. E aí umas mandam tomar leite, queijo essas coisas, outras tiram. Então depende do seu sistema imunológico no dia que você estiver consultando, porque a gente viu uma época aí, eu já tive essa época já, de rejeição de lactose, aí já não tive mais problema, passou um tempo e curou, melhorou, não sei como, mas melhorou [...] (GF).

[...] que quando você tá em crise da fibromialgia, nem sempre né, mas as vezes ela ataca o intestino e você tem diarreia, as vezes você fica com prisão de ventre, então tudo isso a gente relata à nutricionista, aí lá ela vai ver se você tem que usar mais fibras pra melhorar, ou se você tem que tirar, entendeu? Aí depende muito né, de cada pessoa, de como você se sente, aí você relata e ela vai fazer em cima daquilo que você tá relatando, o problema que você tá sentindo do estomago devido a fibromialgia. (GF).

Nos consensos de tratamento para Fibromialgia não são protocolados tratamentos dietoterápicos específicos para a doença. A abordagem relatada pelas entrevistadas se assemelha aos estudos que interseccionam a fibromialgia com a nutrição, no qual estão relacionados majoritariamente a pesquisas envolvendo o consumo alimentar, a utilização de nutrientes específicos relacionados aos níveis de dor, e para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis como obesidade e diabetes que são comuns em pessoas com Fibromialgia, além da

redução de sintomas gastrointestinais como diarreias e constipação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Neste sentido, a abordagem é descrita como uma nutrição para o corpo com o enfoque no estudo dos nutrientes para a melhora do estado de saúde e dos sintomas físicos relatados no momento da consulta, ou seja, a ausência ou a presença de sintomas físicos irá determinar a conduta com a retirada ou não de determinados alimentos, que são tratados como nutrientes específicos, como neste caso, o leite é reduzido ao dissacarídeo lactose que seria o possível causador do sintoma gastrointestinal.

Neste sentido cabe questionar se o campo da nutrição, tanto na formação acadêmica quanto na prática profissional, esteja se resumindo majoritariamente ao estudo dos nutrientes. Zuin e Zuin (2009) retrata que apesar existir uma diferença entre os termos nutrição e alimentação, em que a nutrição se direciona ao estudo dos macro e micronutrientes, e a alimentação como atividade voluntária e consciente de se alimentar, os seres humanos não se alimentam apenas de nutrientes, mas de histórias que constituem os alimentos, práticas ritualizadas e que vão além da necessidade biológica e nutricional.

O foco na atuação nutricional voltada para os nutrientes acaba por desconsiderar os aspectos holísticos relacionados ao processo de adoecimento, como por exemplo, o estigma e isolamento social que também reflete no consumo alimentar.

Calder *apud* Walter Cannon (1929) discute sobre o ponto de vista holístico e afirma que qualquer incentivo, causador de perturbação no organismo, inclusive de vínculo psicossocial, perturba-o em sua totalidade, podendo algum sintoma físico não ter sido causado exatamente por um problema físico (CALDER, 1970). Essa é uma contestação que pode refletir na discussão dos sintomas físicos gastrointestinais relatados por essas mulheres, no qual, as mesmas apresentam que a possível intolerância a lactose cessou com o tempo. A vista disso, a abordagem biopsicossocial nutricional poderia descobrir as reais causas desses sintomas? E os nutricionistas estão preparados para reconhecer esses impasses? Cabe a reflexão.

Foi questionado ao grupo também, se o estigma social que a fibromialgia traz é relatado nas consultas nutricionais. Antes cabe uma definição de estigma social que segundo Silveira et al (2011) é uma forte desaprovação de propriedades ou crenças

que vão contra as normas culturais, que podem levar a rotulação e a marginalização dos indivíduos. Neste sentido, um dos trechos do grupo apontam o seguinte:

Às vezes (o estigma social) entra e as vezes não, por que as vezes você relata né, aí no caso ela já manda você pra ir pra outra área, aí ela vai mandar você pra área da psicologia né, aí tem pessoas que tem acesso a psicologia né e outras não tem, por que no SUS infelizmente... agora que a gente tá tendo né, mas a gente não tinha, e a maioria aqui não tem condições de pagar né. (GF).

O depoimento demonstra que apenas quando os pacientes relatam é que os outros problemas relacionados à doença, como o estigma social, são tratados nas consultas nutricionais, e que estas são encaminhadas a outros profissionais de saúde como os psicólogos. Isso demonstra a importância de uma mescla entre conhecimentos dos diferentes profissionais de saúde. Sobre isso, O Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional (2012) aponta a valorização das equipes multidisciplinares para as propostas de educação permanente dos profissionais. Essa forma de organização incorpora o raciocínio do aprender a aprender no dia a dia de trabalho, trazendo a relação entre trabalho e ensino para promover o cuidado humanizado na prática profissional e para a educação continuada desses profissionais (BRASIL, 2012).

Esse contato com as equipes multiprofissionais, poderia ser proporcionado desde a graduação dos estudantes, nos diferentes cursos da saúde. Neste caso, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição (2001) apontam como competências e habilidades específicas do nutricionista, atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional, mas nos Conteúdos Curriculares apresentados pelo mesmo documento, isso não aparece nos Tópicos de Estudo de Nutrição. Então cabe questionar onde e como esse assunto deveria aparecer, já que o documento incentiva uma formação humanista, generalista e crítica (BRASIL, 2001).

Um corpo que sente: abordagem social da alimentação e promoção ao autocuidado

Para a compreensão do valor social da alimentação, é necessário recorrer aos estudos direcionados à Antropologia da Alimentação, pois esta busca compreender o valor simbólico da comida, existente em todos os grupos sociais.

Partindo dessa perspectiva, Daniel e Cravo (2005) apontam que o valor social da comida é influenciado por várias questões, como um exemplo, a faixa etária dos adultos, que já estão imersos em padrões alimentares sociais, e que convivem com situações conflituosas entre comer algo que lhe satisfaz prazerosamente e conviver com o que é compreendido como saudável. Isso leva a crer que o ato de se alimentar apresenta outras necessidades além das associadas ao corpo físico, ou seja, a abordagem nutricional para um corpo que sente, deveria identificar que os indivíduos possuem essas outras necessidades.

Com os avanços na área da nutrição, começou-se a considerar que a comida também é fonte de sensações, como o prazer, mas que existe ainda uma dificuldade em identificar o papel da alimentação para essas e outras necessidades dos sujeitos. Carneiro (2003) destaca que a comida é uma necessidade básica humana como o sono e a respiração, mas que também é veículo de prazer por ser uma expressão dos desejos humanos.

Isso pode ser observado em um trecho do grupo focal, em que, a presença de um doce é simbolicamente associada a um pequeno momento de prazer. Esse momento de prazer é característico da alimentação humana, e conflituosamente e socialmente combatido entre os adultos.

Pra doce eu sou “doente” [...] eu as vezes em casa assim, chega fico com a boca enchendo d’água, e eu já não quero comprar doce porque eu já tô com diabetes né, e aí eu vou lá na rapadura, tiro um pedacinho e chupo, aí é como se fosse um sossega leão. (GF).

A ponderação em se abordar o prazer ao se alimentar deve estar associada ao autocuidado e a promoção da saúde, pois outros agravos e enfermidades podem ser prejudicados ou causados, como no caso do trecho há a presença de doenças crônicas não transmissíveis que são muito comuns na fibromialgia. Deve-se, portanto, trazer outras formas de se inserir o prazer ao se alimentar, dentro desses aspectos. Em relação a presença de doenças crônicas não transmissíveis a obesidade e o excesso de peso apresentam-se bastante comuns entre as pessoas com fibromialgia. O trecho a seguir demonstra esse fato:

E eu no meu caso por ser obesa então, a fibromialgia deixa a gente muito nervosa, muito ansiosa assim sabe, e aí quando você tá ansiosa, tá nervosa, pra mim ficar sem comer é por que eu não posso comprar (risos dos outros participante) por que se tiver um chocolate ali, eu já pego um pedacinho aai (risos) eu tenho que não comprar. (GF).

A relação entre obesidade e autocontrole é bastante perceptível nessa fala. É possível fazer um link entre esse autocontrole, correlacionando com o sentimento de prazer por um alimento e o desencadear da obesidade, como um tripé que é justificado pela entrevistada devido a presença da ansiedade e do nervosismo, que também são comuns na fibromialgia. Esse autocontrole constante e ao mesmo tempo a sensação de perda desse controle alimentar, pode ser explicada pela relação do culto ao corpo.

As práticas de culto ao corpo e autocuidado, segundo Santos (2008) demasiadamente se confundem, devido pois, uma excessiva associação com o discurso estético e hedônico que comumente fornecem diversas condições para a busca do corpo desejado. Entretanto, o autocuidado se diferencia pela maneira consciente como é abordada, sobre o cuidado com o corpo, com a saúde e com a aparência (SANTOS, 2008).

Um dos princípios do Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional (2012) é a promoção do autocuidado e da autonomia, no qual aponta que essa promoção tem o foco principal em apoiar as pessoas para que elas se tornem agente produtores sociais da sua saúde. Ou seja, promover conhecimentos e habilidades para que as pessoas identifiquem o seu contexto de vida para manter, mudar ou adotar comportamento que contribuam para a sua saúde (BRASIL, 2012).

Neste sentido, se o prazer em se alimentar fosse incluído nos tratamentos para a fibromialgia, como forma de autocuidado, mas que reduzissem o hiato da relação entre prazer e cuidado em saúde, caberia questionar, portanto, as inúmeras formas de abordagens do prazer ao se alimentar como uma prática integrativa do tratamento nutricional, da mesma forma que ocorre com a relação entre práticas integrativas e a obesidade. Neste caso, poderia ser a comensalidade uma forma de abordagem do prazer ao se alimentar como possibilidade de autocuidado e promoção da saúde?

O ato de comer e a comensalidade: tratamento promotor da qualidade de vida

Para atender a este hiato terapêutico, a comensalidade desponta como forma de integrar as diferentes possibilidades de cuidado, incluindo também o autocuidado. O ato de comer e a comensalidade têm sido objetos de estudo e pesquisa no campo da alimentação e nutrição atualmente, principalmente pelo reconhecimento dos

termos pela 2ª edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) que formaliza a comensalidade como estratégia de cuidado nutricional, apesar do tema já ser discutido por diversos autores, anteriormente à publicação desse documento.

Segundo o Dicionário Aurélio (2017), o termo “comensal” refere-se à “pessoa que habitualmente come com outros em uma mesa [...] o que frequenta uma casa e lá come amiúdas vezes”, indicando um ato de sociabilidade entre seres humanos que envolve a utilização de alimentos.

Neste sentido, Daniel e Cravo (2005) apontam que a comensalidade perpassa por todas as relações sociais e classes sociais, ou seja, historicamente a comensalidade sempre existiu nas sociedades humanas, seja em comemorações festivas ou no dia a dia. Mas como uma prática que é aparentemente tão comum, poderia se tornar parte de um tratamento e ainda promover a qualidade de vida?

Durante o grupo focal, as mulheres com fibromialgia responderam alguns questionamentos acerca do ato de comer e da comensalidade, e em um dos trechos a descrição foi a seguinte:

Na minha casa como é sempre eu sozinha, às vezes eu olho pelo relógio, 12:30 eu sento na minha mesa, mesmo que tiver sozinha eu como, mesmo que eu não tiver com fome, mas eu como, eu falo “vou comer naquele horário”. Mas se tiver a companhia da minha filha ou dum neto, ou qualquer um, aí pronto, aí mesmo que atrasa ali um pouquinho, ou que eu tiver com fome eu espero a reunião de todo mundo junto, porque a companhia de três, quatro pessoas na mesa.... oxe, é um prazer muito grande pra comer [...] (GF).

O trecho demonstra que a comensalidade auxilia no reforço à sociabilidade humana, bem como na companhia com a família e no exercício da partilha. Além disso, as todas as mulheres do grupo demonstraram uma grande satisfação sobre o ato de partilhar a mesa ao comer, significando que o momento da comensalidade pode conferir um momento de prazer.

Faz a diferença e muito! A gente come mais feliz. A gente acaba comendo mais. A comida parece que tem mais sabor [...] não só pra comer, mas pra fazer a comida, porque quando tem mais pessoas a comida fica com um sabor diferente, você tem mais ânimo pra fazer [...] a gente renasce e aí vai fazer aquela comida ali numa alegria, assim com uma satisfação... esquece da dor. (GF).

Se uma das necessidades humanas são o desejo do prazer, a alimentação entra como parte desses desejos e o ato da comensalidade também se confere como um ato alimentar, conclui-se que a comensalidade pode conferir momentos de prazer, sendo este, um novo ápice de prazer que envolve a alimentação. No caso da fibromialgia, em que essas mulheres a todo instante apontam o estigma social sofrido, esse momento único de sociabilidade poderia implicar diretamente como parte do tratamento, pois, segundo Boutaud (2011) o ato de partilhar a mesa fornece ao comensal, um espaço central de expressão de identidade, reforçando o vínculo entre os indivíduos que estão reunidos ao redor de uma atividade alimentar. Sugestiona-se então, que o estigma social poderia ser reduzido com essa prática.

No entanto, a fibromialgia é uma patologia que traz certas limitações físicas aos seus acometidos. Berber, Kuper e Berber (2005) discutem que os sintomas da fibromialgia geram grandes impactos no cotidiano e na rotina desses indivíduos, principalmente pelo fato de a doença perdurar por longos anos devido a sua cronicidade. Neste caso, a desestabilização das relações sociais gera um impacto extenuante para se adaptar ao novo estilo de vida, impondo a realização de esforços contínuos que refletem na piora da qualidade de vida.

Eu tô sentindo sabe o quê? É que antigamente eu conseguia fazer tudo no dia. Tudo o que eu tinha vontade de fazer dentro de casa, eu conseguia fazer e hoje eu tô sentindo como se eu tivesse trabalhando em câmera lenta. Eu chego no final do dia e eu não consigo fazer tudo o que eu tinha vontade de fazer [...] (GF).

Assim sendo, é conveniente discorrer acerca das possibilidades e limitações, para esse público, através da literatura disponível e de documentos que abordam as recomendações sobre o ato de comer e a comensalidade.

A primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (2006) reconhece que os alimentos não são apenas veículos de nutrientes e valoriza a realização das refeições em grupo, mas o documento apresenta-se com uma visão pouco construtiva e com limitações em relação ao tema (BRASIL, 2006). No entanto em 2014, com o lançamento da segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, além do reconhecimento dos termos o mesmo apresenta recomendações e benefícios da comensalidade, tanto a nível social quanto a nível fisiológico. Dentre esses benefícios estão a melhor digestão dos alimentos, controle maior e mais

eficiente sobre o que se come, maiores oportunidades de convivência com amigos e familiares, gerando uma maior interação social e consequentemente, mais prazer ao comer, tornado o ato do “prazer ao comer” não só como um produto positivo da ação, mas também como um direito humano (BRASIL, 2014).

Dentre as diversas orientações que o Guia Alimentar (2014) fornece, algumas podem ser destacadas nos seguintes itens: comer com regularidade e atenção, auxiliando na regulação dos mecanismos biológicos responsáveis pela fome e a saciedade; comer em ambientes apropriados, com conforto, limpeza, tranquilidade e sem distrações, protegendo o espaço para o horário da realização das refeições; e comer em companhia, reforçando a necessidade de sociabilidade humana propiciando o importante exercício da convivência e da partilha (BRASIL, 2014).

Entretanto, a discussão sobre a comensalidade nesse público pode apontar algumas limitações. As recomendações do Guia (2014) não levam em consideração as limitações que a fibromialgia implica nos sujeitos, sendo que os indivíduos apresentam dificuldade com a regularidade de horários, por conta dos distúrbios do sono, além das imitações físicas que os mesmos também sofrem.

Oliveira (2016) discute ainda que a comensalidade pode gerar momentos de conflitos e ansiedade, ressaltando que a mesma não se restringe ao ato de comer em família, não excluindo, portanto, as relações de poder, de opressão, tensão, ressaltando que a comensalidade por si só não confere uma proteção às práticas alimentares saudáveis e a promoção da saúde.

4. Conclusão

Tendo isso posto, o estudo sugere que existe uma necessidade da legitimação dos métodos subjetivos para o cuidado em saúde dos indivíduos, para o empenho no alcance da complexidade dos sujeitos e na compreensão das diversas manifestações e fenômenos.

É necessário, também, o incentivo à promoção do autocuidado por diferentes profissionais de saúde e pelo o nutricionista, para compreender o novo modo de vida que se instala nos sujeitos que necessitam conviver com a dor, mas que também possuem relações familiares, de trabalho, de alimentação e de saúde mental que também precisa ser cuidada, e autocuidado. Neste caso essas abordagens devem surgir desde a formação acadêmica, para o constante reforço do foco no tratamento para o indivíduo e não para a doença. Isso facilita tanto as investigações sobre os reais problemas apresentados por uma diversidade de sintomas, além da busca pelas formas mais adequadas de compreensão e melhora dos devidos quadros.

E em relação a comensalidade os documentos atualmente não apresentam como esta pode ser uma proposta terapêutica dentro das diferentes particularidades, sendo que a fibromialgia, como um exemplo, retrata uma realidade diferente da apresentada pelo Guia (2014). Portanto, sugestiona-se que os guias alimentares apresentem a possibilidade da inclusão de grupos específicos em seu conteúdo, pois estes exibem outras realidades, necessidades, possibilidades e limitações.

5. Referências

AURÉLIO, Significado de Comensal. Dicionário Aurélio de Português Online. Disponível em:<<https://dicionariodoaurelio.com/comensal>> Acesso em: 21 jun. 2018.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde e doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. v. 11. n. 1. p. 67-84, 2002.

BERBER, S. S. J.; KUPER, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de reumatologia**, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BOUTAUD, J. J. **Comensalidade. Partilhar a mesa**. 1. ed. São Paulo: Senac, 2011. 267p.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Departamento de atenção Básica. 2. ed. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 210p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES 5/2001. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRAZ, A. S. et al. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Paraíba, v. 51, n. 3, p 269-282, 2011.

CALDER, R. O homem e a medicina: história da arte e da ciência de curar. São Paulo: Boa Leitura, 1970.

CANESQUI, A. M. Comunicação, saúde e educação. **Interface**, v.15, n.37, p.613-6, 2011.

CANESQUI, A.M; GARCIA, R.W.D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 306p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução Maria Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 293p.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de conteúdo versus análise de discurso. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15. n. 4 p. 679-84.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Elsevier, 2003. 185p.

DANIELJ. M. P.; CRAVO, V. Z. Olhares antropológicos sobre a alimentação. In CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D., orgs, **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. FIOCRUZ, 2005, 306p.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3 n. 1 p. 53-81.

DUARTE, L. F. D Pessoa e dor no ocidente (o “holismo” metodológico na antropologia da saúde e doença). **Horizontes Antropológicos**. v. 1. n. 9, p. 13-28, 1998.

FREITAS, M. C. S.; MYNAIO, M. C. S; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciências & Saúde Coletiva**. Salvador, v. 16, n. 1, p 31-38, 2011.

GUERCI, A. An Anthropological approach to Pain. **Revista de la Sociedad Espanola del Dolor**, v.5, n.1 p.1-19, 1998.

GUERCI, A.; CONSIGULIERE, S. **Por uma antropologia da dor: nota preliminar**. Departamento de Scienze Antropologic. Tradução Oscar Calavia Sáez, Florianópolis, 1999, p. 57-72.

HEYMANN, R. E.; PAIVA, E. S.; MARTINEZ, J. E.; HELFENSTEIN JUNIOR, M.; REZENDE, M. C.; PROVENZA, J. R.; RANZOLIN, A.; ASSIS, M. R.; FELDMAN, D. P.; RIBEIRO, L. S.; SOUZA, E. J. R. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 2, p 467-476, 2017.

HEYMANN, R. E. et. al., Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 1, p 56-66, 2010.

ILLICH, I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n.15, p 124-136, jun. 2004.

LE BRETON, D. **Antropologia del dolor**. Barcelona, Editorial: Seix Barral Los Tres Mundos, 1999. 387p.

LE BRETON, D. **Compreender a dor**. Portugal: Estrelapolar, 2007. 227p.

LIMA, R. S. A importância das Ciências Humanas e Sociais no curso de graduação em Nutrição: um relato de experiência. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, Paraná, v. 12, n. 4, p 1071-1082, 2017.

OLIVEIRA, M. S. S. **Guias alimentares para a população brasileira**: um estudo a partir dos aspectos socioculturais da alimentação na promoção da alimentação saudável. 2016. 81f. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia.** EDUFBA, 2008. 330p.

SCLAIR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** v. 17. n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVEIRA, P. S.; MARTINS, L. F.; SOARES, R. G.; GOMIDE, H. P.; ROZANI, T. M. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 2, 2011. p. 131-138.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles, 2011. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/pacientes/orientacoes-ao-paciente/fibromialgia-definicao-sintomas-e-porque-acontece/>> Acesso em: 21 de junho de 2018.

ZUIN, L. F. S.; ZUIN, P. B. Food is culture - historical and cultural aspects involving food and the act of feeding. Nutrire. **Revista Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição.** v. 34, n. 1, p. 225-241, 2009.

Escopo e política

Physis: Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de Physis enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Physis conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (www.cnpq.br) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, através do Programa de Incentivo à Editoração e Publicação de Periódicos Científicos Brasileiros (www.capes.gov.br)

Forma e preparação de manuscritos

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (double-blind peer review) - e conforme disponibilidade de espaço.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema ScholarOne Manuscripts, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o login, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação a partir de 2018 (inclusive) deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).
2. Os artigos devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a

identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item Agradecimentos, ao final do artigo ou em nota de fim.

4. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um até 200 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em Photoshop ou Corel Draw ou similar. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em Physis estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista Physis. Quando da reprodução dos textos publicados em Physis, mesmo que parcial e para uso não comercial, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a Physis, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o International Committee of Medical Journal Editors. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

13. A Revista Physis não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de Physis), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. A revista adota sistema de detecção de plágio.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã

20550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 ramal 205

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br

Web: <http://www.ims.uerj.br>