REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE EM MULHERES COM DIABETES TIPO 2¹

Denise Siqueira Peres*
Laércio Joel Franco**
Manoel Antônio dos Santos***

RESUMO

As representações das camadas populares sobre a saúde/doença muitas vezes são diferentes das concepções que os profissionais de saúde possuem e é fundamental conhecê-las para uma maior efetividade das intervenções. O objetivo do trabalho é conhecer as representações de saúde construídas socialmente por mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório e os participantes foram selecionados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, compondo uma amostra de conveniência. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2003. Os dados foram analisados mediante análise temática de conteúdo. Os dados evidenciaram um predomínio de representações de saúde intimamente associadas à capacidade de trabalhar. Para as camadas populares, estar doente significa perder o único recurso que possui para sobreviver, o próprio corpo. A saúde garante o trabalho e este, por sua vez, permite satisfazer algumas necessidades básicas como alimentação e moradia. Para algumas entrevistadas, a dor impede o trabalho e então há uma associação entre dor e doença. Os depoimentos mostraram uma ausência de sintomas quando a glicemia está elevada e uma dificuldade em compreender os sinais emitidos pelo próprio corpo. A atenção ao corpo, muitas vezes, é dada somente quando há sintomas que dificultam a execução das tarefas diárias. Frequentemente, a ausência de sintomas está associada à saúde e, assim, muitos pacientes não seguem o tratamento por se sentirem saudáveis. É necessário buscar uma compreensão das representações das camadas populares sobre a saúde/doença, pois, assim é possível um maior entendimento das atitudes e práticas adotadas, permitindo uma maior efetividade das intervenções.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Processo Saúde-Doença. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O diabetes representa um grave problema de saúde pública, por sua alta prevalência na população, complicações, mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida. Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais da saúde no atendimento a pacientes com diabetes é a baixa adesão ao tratamento⁽¹⁾.

Uma compreensão das representações de saúde referidas por mulheres com diabetes pode oferecer subsídios para o entendimento da baixa adesão ao tratamento dessa enfermidade. As representações sobre o processo saúde-doença ficam explicitadas quando os profissionais atuam de modo que os pacientes possam falar, opinar e se emocionar.

As crenças e valores médicos constituem respostas socialmente organizadas para a doença e, nessa medida, refletem a complexa interação entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento⁽²⁾.

As concepções de saúde-doença têm características que variam de acordo com o contexto sócio-cultural⁽³⁾, ou seja, as interpretações que os sujeitos dão à saúde fazem parte de uma série de concepções, valores e experiências que são compartilhadas pelas pessoas que participam de uma mesma cultura.

A interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos. Por essa razão há diferenças substanciais entre as pessoas quanto aos conhecimentos adquiridos, uma vez

¹ Este trabalho teve apoio financeiro da FAPESP. Constitui parte da Dissertação de Mestrado "Sentimentos, pensamentos e comportamentos de mulheres portadoras de diabetes tipo 2", defendida pela primeira autora, sob a orientação do segundo autor, junto ao Programa de Saúde da Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

* Mestre em Ciências Médicas pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. E-mail: desiperes@ig.com.br

** Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. E-mail: lfranco@fmrp.usp.br

*** Professor Doutor do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP-USP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

que eles são originados em situações biográficas determinadas. Conseqüentemente, os conhecimentos médicos construídos pelos membros ordinários da sociedade devem ser “localizados” em um contexto compreensivo mais amplo do que aquele oferecido pelos diversos subsetores de um sistema médico⁽²⁾.

A experiência de adoecer depende em parte do que se entende por saúde e, nesse sentido, nem sempre são semelhantes os significados de doença/saúde para profissionais e usuários dos serviços de saúde. Por exemplo, um paciente pode entender uma gripe como uma doença, pois prejudica seu rendimento no trabalho, e pode não reconhecer o diabetes como uma doença por não impedir as atividades diárias e o trabalho.

Os pacientes possuem representações e práticas populares de saúde e doença que, muitas vezes, são trocadas entre si na convivência do dia-a-dia, e é comum a equipe de saúde ignorar esses saberes populares que circulam no cotidiano, considerando o conhecimento técnico-científico como o único válido e correto⁽⁴⁾.

Como as representações das camadas populares sobre o processo saúde-doença muitas vezes são diferentes das concepções que os profissionais possuem, é fundamental conhecê-las para assegurar uma maior efetividade das intervenções⁽³⁾. A literatura disponível nesse campo ainda é bastante incipiente, o que justifica a condução de novos estudos que se dediquem a compreender o processo de construção social dessas representações em portadores de condições crônicas de saúde.

Os profissionais e os membros das classes populares às vezes não conseguem falar a mesma língua e pode ocorrer uma desconsideração do saber e das representações populares⁽⁵⁾. O campo do saber biomédico costuma recusar a experiência e o saber daquele que sofre de alguma enfermidade e, nesse aspecto, o saber científico e objetivo, muitas vezes, é considerado o único verdadeiro e correto. A desqualificação sistemática do saber popular incide particularmente nos grupos minoritários, socialmente vulneráveis, como os étnicos e religiosos. Esse processo sistemático de desvalorização atinge também o gênero feminino, submetido historicamente a práticas de exclusão, discriminação e silenciamento. A legitimação do saber biomédico como o único

conhecimento verdadeiro implicou na desqualificação e destruição de outros saberes freqüentemente compartilhados por mulheres, de tal modo que é preciso recuperar esse processo de marginalização a que foi relegado historicamente o saber feminino e resgatar as vozes esquecidas de nossa memória coletiva⁽⁶⁾.

Por essa razão no presente estudo é privilegiado o contexto feminino. A eleição do universo das mulheres diabéticas se justifica pelo fato de que os estudos de gênero e diabetes demonstram a necessidade de se considerarem as peculiaridades da mulher no que se refere à produção do autocuidado. A mulher recorre com maior freqüência do que o homem aos serviços de saúde, busca ajuda e tem uma relação de maior intimidade com o próprio corpo e sua saúde. No entanto, o exercício do papel de cuidadora – do lar, do marido, dos filhos – muitas vezes a fazem negligenciar os cuidados de si, priorizando os outros em detrimento de seu próprio bem-estar⁽⁷⁾. Nesse sentido, é relevante investigar as condições de produção das representações de saúde na mulher que convive com uma condição crônica como o diabetes.

Considerando esses pressupostos e sua relevância no campo da saúde da mulher, o presente estudo tem por objetivo conhecer a representação de saúde de mulheres com diabetes tipo 2.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo exploratório, fundamentado na teoria das representações sociais.

Tendo em vista a necessidade de adequar a estratégia metodológica ao objeto de investigação, escolheu-se como abordagem o método de análise das representações sociais para a sistematização das práticas discursivas.

Estudos evidenciam uma tendência crescente, no campo da saúde coletiva, de se desenvolverem estudos sobre as representações da doença e da saúde. A categoria *representações sociais* (RS) tem sido objeto de reflexão, sendo utilizada como referencial teórico-metodológico nesse campo. Muitos estudos baseiam-se na teoria das representações sociais⁽⁶⁻⁷⁾, enquanto outros fundamentam-se em outros referenciais das ciências sociais, dentro de

uma ótica sócio-antropológica⁽²⁻⁵⁾. Essas diferentes concepções denotam a multiplicidade de caminhos possíveis para tratar as questões metodológicas envolvidas e, nesse sentido, traduzem a busca contemporânea de métodos que se apliquem ao estudo das representações e vivências do adoecer. Nesse contexto torna-se imprescindível a definição dos aspectos teóricos que dêem suporte à escolha metodológica para abordar as relações entre o representar e o vivenciar a doença⁽²⁾.

O estudo das representações sociais relacionadas ao diabetes associa-se a um entendimento do corpo, da saúde e das doenças como uma matriz de significados. A apropriação da teoria das representações sociais em estudos realizados na área da saúde é relevante, pois incorpora os aspectos psicossociais associados às doenças, os quais são suscetíveis de muitas interpretações e significados⁽⁷⁾.

A investigação sobre as representações sociais passa pela reconstrução da dimensão intersubjetiva, simultaneamente com o exame da trajetória da produção e reprodução de um "texto" socialmente constituído e cuja dinâmica mantém uma certa permanência e pertinência ao longo do tempo⁽²⁾. O espaço intersubjetivo no qual se constroem os saberes sobre a doença é o lugar em que se dá o processo de negociação dessas representações sobre o processo de adoecimento. A adoção de um recorte macroteórico para compreender a gênese desses construtos envolve a consideração do dinamismo existente entre o pensamento coletivo e sua depuração na esfera intersubjetiva.

Durante muito tempo prevaleceu o modelo biomédico de tratar e compreender a doença e a saúde e os aspectos sociais e psicológicos muitas vezes foram deixados de lado. No entanto, sabe-se que a doença é um fenômeno que ultrapassa completamente o saber biomédico, daí a necessidade de resgatar os diferentes significados que indivíduos ou grupos sociais atribuem ao processo saúde-doença.

O enfoque das representações sociais busca justamente reverter este quadro de hipervalorização do saber biomédico em detrimento de outros saberes, reputados como concepções pré-científicas ou mesmo anticientíficas. Esse marco teórico-conceitual procura recuperar a dimensão psicológica e social dos fenômenos.

Nesse sentido, a experiência da doença é, ao mesmo tempo, o que há de mais individual e íntimo no ser humano e também o que há de mais social e, portanto, compartilhado. Para superar o antigo modelo biomédico é preciso partir para a compreensão do mundo das representações, valorizando o discurso do sujeito, seus desejos e suas diferentes maneiras de cuidar do corpo.

As discussões em torno da teoria das representações sociais ajudam na compreensão do por que as pessoas fazem o que fazem, ou seja, qual é o sentido e o significado de suas ações. É necessário conhecer as representações para que se possa compreender o comportamento das pessoas, já que elas apresentam determinadas atitudes ou ações, não apenas por razões lógicas ou cognitivas, mas também por razões afetivas e simbólicas.

Enfim, estudar representações sociais no âmbito da saúde é considerar que o corpo e a doença, além de serem determinados pelo substrato material do aparato biológico, são antes de mais nada uma realidade simbólica, dotada de significados.

Foram selecionadas oito mulheres que preencheram os seguintes critérios de inclusão, examinados mediante consulta aos prontuários do serviço de saúde a que se encontravam vinculadas: serem portadoras de diabetes mellitus tipo 2; usuárias de um serviço da rede pública de saúde de Ribeirão Preto - SP; do sexo feminino; terem recebido o diagnóstico de diabetes tipo 2 há pelo menos um ano; não apresentarem problemas psiquiátricos e/ou deficiência mental que pudesse dificultar a capacidade de comunicação e diálogo, e concordarem em participar da pesquisa mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A delimitação do número total de entrevistas realizadas seguiu o critério da saturação ou recursividade dos dados, isto é, foram entrevistadas tantas mulheres quanto se mostrou necessário para alcançar satisfatoriamente os objetivos do estudo, o que foi observado empiricamente da seguinte maneira: o material audiogravado era transcrito logo após a realização de cada entrevista e submetido à análise temática, atentando-se para a ocorrência de convergências e divergências das categorias

temáticas encontradas; a coleta de dados foi interrompida quando: (a) a análise do material indicou claramente a recorrência de categorias, que apareceram de forma reiterada nos relatos das entrevistas; (b) nenhum conteúdo novo emergiu no relato da participante, condição necessária para gerar uma unidade de significado que pudesse dar origem a uma nova categoria.

Para a coleta dos dados, foi escolhida uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na região Norte do município de Ribeirão Preto. No ano 2000, foi desenvolvido nessa unidade um Curso de Aprimoramento em Hipertensão e Diabetes, promovido pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, com a participação de um dos autores, o que facilitou o estabelecimento do vínculo com as usuárias.

Escolheu-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, já que essa modalidade de entrevista permite que o entrevistado tenha uma maior liberdade e espontaneidade em suas respostas, o que é necessário para o enriquecimento da investigação. Para a realização das entrevistas foi elaborado um roteiro, tendo em vista os objetivos da pesquisa, o qual foi construído a partir de uma revisão da literatura e aplicado após realização de um pré-teste com mulheres com diabetes tipo 2. Esse roteiro era composto por questões que envolviam o conhecimento sobre a doença, histórico do adoecimento, dificuldades no tratamento e estratégias de enfrentamento utilizadas, completadas pela investigação dos dados sócio-demográficos.

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2003 e a seleção dos participantes foi realizada por meio de sorteio dos prontuários das usuárias que freqüentavam a unidade de saúde na época. Esse procedimento foi observado com o propósito de evitar vieses de seleção. Mesmo se tratando de uma pesquisa conduzida segundo o enfoque qualitativo – portanto, sem uma preocupação com compor uma amostra representativa da população assistida – foram tomados alguns cuidados, tais como a seleção aleatória das participantes, para assegurar uma variedade nas características das mulheres incluídas na investigação.

A cada sorteio foi verificado se a paciente se enquadrava nos critérios de inclusão definidos. Os casos afirmativos foram contatados por telefone ou carta. Desse modo, foram

explicitados os propósitos da pesquisa e solicitada uma data e horário para o comparecimento da mulher na unidade de saúde. Obtida a concordância, agendava-se a entrevista com a pesquisadora.

Para as pessoas que compareceram à unidade de saúde, em primeiro lugar foram expostos novamente os objetivos da pesquisa, esclarecidas eventuais dúvidas e solicitada a sua colaboração, bem como a permissão para o uso do gravador. Para as que estavam de acordo e mostraram disponibilidade em colaborar com o estudo, solicitou-se que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Somente após esses cuidados serem observados foi dado início à entrevista.

Todas as mulheres abordadas aquiesceram com a solicitação e se dispuseram a conceder a entrevista imediatamente após essa conversa.

Os registros audiogravados foram posteriormente transcritos na íntegra e literalmente, constituindo o *corpus* do estudo. Em seguida, o material obtido foi organizado e analisado pela técnica de Análise de Conteúdo Temática, considerando que esse tipo de análise é um dos tipos que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde. Os núcleos temáticos encontrados foram: ter saúde é estar livre de doença; ter saúde é poder trabalhar e ser produtivo; ter saúde é estar livre de dor; ter saúde é poder transitar livremente, de acordo com sua vontade; ter saúde é poder desfrutar de atividades de lazer.

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, tendo recebido parecer favorável em 15/04/2002 (processo número 2689/2002). Todos os nomes próprios utilizados no contexto desse trabalho são fictícios, de modo a se preservar o anonimato dos participantes, atendendo ao princípio do sigilo e da confidencialidade dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres participantes do estudo apresentaram o seguinte perfil sócio-demográfico: a idade variou de 49 a 76 anos, o nível de escolaridade era bastante restrito, até a quarta série do ensino fundamental; quanto à

remuneração, a renda familiar de cinco entrevistadas foi inferior a dois salários mínimos, sendo que a maior renda foi correspondente a três salários mínimos; em relação à ocupação, a maioria era do lar e nunca havia exercido atividade remunerada.

Foram encontrados quatro núcleos temáticos relacionados às representações de saúde das mulheres diabéticas. A seguir, serão apresentadas as temáticas que configuraram cada categoria.

Ter saúde é estar livre de doença

Houve depoimentos que mostraram uma ausência de sintomas, mesmo quando a glicemia estava elevada. Todavia, sabemos que o fato de o paciente diabético não perceber qualquer alteração em seu organismo não significa de modo algum ausência de sintomas. Ao contrário do que as aparências sugerem, o funcionamento do corpo pode estar sendo minado de modo lento e silencioso, embora os prejuízos, muitas vezes, só se tornem evidentes à percepção do paciente em fase avançada da doença. Uma vez que é comum a associação entre ter saúde e ausência de sintomas, as pacientes podem se sentir saudáveis após anos de convívio com a enfermidade, independentemente do *status* clínico da doença.

Tava 665, não senti nada. Estava cozinhando, lavando, pageando, a mesma coisa. (Ana)

Às vezes eu não presto atenção, às vezes eu não sinto nada, (...) nada; às vezes as pernas dói um pouquinho. (Lúcia)

Saúde eu acho que é não sentir nada, (...) é quem que não sente nada, né? (Lúcia)

Uma entrevistada relatou que se considerava *um pouco saudável* devido ao diabetes, ao passo que outra disse não apresentar boas condições de saúde em função do diabetes e de outras doenças associadas.

Mais ou menos, porque tenho diabetes, sou diabética. Tenho que tomar o remédio direto, não posso parar, porque se eu parar de tomar o remédio, minhas pernas começam a inchar, incha minhas pernas, começa a ficar pesada. Não posso tomar nada, bebida de álcool, nada. (Vera)

Saúde para mim está difícil né, porque tenho tudo, diabetes, colesterol, triglicérides alto, né, desgaste nos ossos... Nossa, tenho tudo, tudo, meu Deus! (Cláudia)

Ter saúde é poder trabalhar e ser produtivo

Os depoimentos associaram a condição de ter saúde com ter disposição e poder trabalhar – por exemplo, cuidar da casa.

O que a gente faz sem ela [saúde]? Não faz nada (...). Ah eu não tenho [saúde], bom, até que graças a Deus eu tenho o servicinho lá de casa, tudo é eu que faço né (...). (Laura)

Em alguns casos a saúde apareceu vinculada a trabalho e dinheiro. Desse modo, estar com saúde parece adquirir um significado de manter-se ativa e ser capaz de produzir. Agir de modo a suprir suas próprias necessidades é tomado como garantia de preservação da autonomia. Nesse sentido, a saúde foi considerada por algumas mulheres como um bem de extremo valor.

Saúde é muito bom, quando está com saúde, pode trabalhar, ganhar o dinheiro da gente, é tão gostoso a saúde (...). Tenho que trabalhar, tem que ter saúde né. É o dinheiro da gente, se não, como é que faz? É, tem que ter o dinheiro. (Vera)

Eu acho que a saúde é a coisa melhor que tem na vida, né. (Laura)

Os dados do presente estudo mostraram um predomínio de representações de saúde intimamente associadas à capacidade de trabalhar. A partir de um estudo realizado com mulheres do município de Teixeira (MG), verificou-se que a saúde estava ligada à possibilidade de trabalhar e de realizar atividades do dia-a-dia, enquanto que a doença significava uma incapacidade para o trabalho⁽⁸⁾. Outros autores também obtiveram achados semelhantes, o que nos leva a pensar na necessidade de se considerar o significado cultural e psicológico do corpo na sociedade ocidental capitalista^(2,5).

Para as camadas populares, estar doente significa perder o único recurso de que se dispõe para sobreviver: o próprio corpo. A saúde garante a condição de se manter ativo, o que, por sua vez, permite satisfazer algumas necessidades básicas como alimentação e moradia. Logo, ter saúde é vital para a manutenção das condições materiais de subsistência.

Eu acho que a pessoa ter saúde, a pessoa ter disposição pra qualquer coisa né, ser disposta para tudo, para cuidar da casa, para cuidar de tudo (...). (Joana)

A maioria das participantes não exercia atividades remuneradas no momento da

entrevista; grande parte trabalhava no próprio lar, cozinhando, lavando, cuidando dos filhos e netos, ou seja, cumprindo uma rotina de trabalho exaustivo, reproduzido de domingo a domingo, sem interrupção. Nesse aspecto, a mulher exerce um papel muito importante no cuidado dos seus familiares. Existe uma idéia partilhada entre as mulheres com diabetes: mulher não pode adoecer ou dona-de-casa não adoce, pois freqüentemente desempenham um papel de esteio das famílias, arcando com uma sobrecarga de trabalhos domésticos que visam proporcionar o bem-estar dos familiares, muitas vezes, em detrimento de seu próprio bem-estar.

O trabalho parece assumir uma importância vital no contexto da pobreza e da privação de conforto material, já que é responsável por garantir a própria sobrevivência, bem como a dos familiares. Assim, providências relacionadas à saúde podem ser tomadas apenas quando a doença começa a afetar a capacidade para o trabalho. Isto acontece pela necessidade econômica de não interromper o trabalho e pelas baixas expectativas com relação à assistência à saúde. Devido à necessidade do uso do corpo para a reprodução do trabalho, só se dá atenção ao mesmo quando ocorre um decréscimo de seu rendimento, o que normalmente se manifesta sob forma de sintomas, que acarretam prejuízos na execução das tarefas cotidianas.

Nas classes populares, a principal preocupação é satisfazer as necessidades mais imediatas, como, por exemplo, ter o que comer e, assim, o diabetes passa a ser uma questão secundária e um problema menor frente aos outros que enfrentam em seu cotidiano⁽¹⁰⁾. Dados de um estudo revelaram que a associação doença/incapacidade para o trabalho não se restringe às classes populares⁽¹¹⁾. Representações semelhantes foram encontradas em profissionais da saúde de uma unidade de saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

Ter saúde é estar livre de dor

Os resultados evidenciaram que a condição de saúde foi considerada de extrema importância para as entrevistadas. Atualmente, a saúde tem assumido um valor central na vida das pessoas e, muitas vezes, saúde e felicidade estão intimamente associadas no imaginário coletivo⁽¹²⁾.

Algumas entrevistadas relataram preocupação com dores de cabeça, na coluna e nas pernas.

A gente sem saúde não pode fazer nada, se fica com uma dor na perna não posso andar, se eu estou com uma dor de cabeça não posso trabalhar (...). Eu considero que eu tenho saúde (...). Eu tenho diabetes, mas eu tenho saúde sim. Vai falar que a diabetes me derrubou, não é não. Trabalho, ando, viajo sozinha, não acontece nada (...). Trabalho na minha casa, olho as crianças. (Ana)

A experiência da dor física impede e dificulta o trabalho, o que gera outras dores, no plano psicológico e social. Quando o diabetes não apresenta complicações perceptíveis, não impede a paciente de trabalhar, passear, viajar, caminhar; não deixa a pessoa acamada e, assim, não se sente doente.

Diabetes (...) não sente dor, não sente nervoso, não sente nada. (Nair)

Para algumas entrevistadas, a dor é um dos sintomas que produzem maior incômodo justamente porque prejudica o rendimento no trabalho, o que engendra uma associação entre dor e doença. Estar doente, muitas vezes, é associado a um processo doloroso, já que a dor desestabiliza o equilíbrio do indivíduo⁽²⁾. Algumas pessoas não se consideram doentes se não sentem dor. Freqüentemente, o principal motivo de procura ao médico é o sintoma da dor e quando esta desaparece, muitos pacientes não voltam aos consultórios médicos, mesmo na presença de uma doença crônica latente que exige cuidados contínuos e ajuda especializada.

Os dados indicam que para as mulheres diabéticas a ausência de sintomas indica saúde, já que sem a sua interferência não se sentem impedidas de desempenharem as tarefas do dia-a-dia. Sabe-se que o diabetes tipo 2 é freqüentemente assintomático; nos depoimentos as mulheres relataram ausência de sintomas quando os níveis glicêmicos encontram-se elevados. A ausência de sintomas é um dos aspectos que dificultam o seguimento do tratamento estabelecido. É possível realizar normalmente as atividades do dia-a-dia sem perceber que a glicemia está elevada, ou seja, o diabetes é uma enfermidade que usualmente não dificulta a capacidade pragmática dos indivíduos acometidos⁽⁴⁾. Trabalhar com pacientes assintomáticos representa um desafio para os profissionais da saúde em geral, pois exige a adoção de estratégias de prevenção e promoção de cuidados

de saúde focalizando a sensibilização e educação do paciente para lidar com sua condição crônica.

Uma pessoa frente a um sintoma, muitas vezes, precisa compará-lo a outras manifestações para poder decodificá-lo e, assim, decidir se o sintoma apresentado é grave ou não e se exige uma tomada de atitude. Essa elaboração não é um processo realizado apenas individualmente, pois tem ramificações no plano social e na cultura⁽¹²⁾. As representações dos sintomas estão relacionadas a vários aspectos: representações sobre o corpo, experiências individuais e as experiências compartilhadas nas interações sociais. Entendemos, a partir dos resultados obtidos, que uma das dimensões nucleares da representação dos sintomas nas pacientes é determinada pelas experiências de dor e prazer vivenciadas ao longo do processo de desenvolvimento individual. Se o psiquismo não foi capaz de oferecer continência à dor física, permitindo sua elaboração no plano psíquico que leve à simbolização, as experiências dolorosas dificilmente se inscrevem na mente e muitas vezes só encontram o suporte concreto do corpo para se expressarem.

Ser portador de diabetes requer uma atenção e um olhar ao próprio corpo. Uma participante do presente estudo relatou que, às vezes, não presta atenção aos sintomas. A atenção que as pessoas atribuem ao próprio corpo é menor nas camadas populares, já que utilizam intensamente o corpo no trabalho e não dispõem de tempo livre para olharem e escutarem a si próprias⁽⁵⁾. Os sinais de doença são sufocados e ignorados porque é necessário acreditar que está tudo bem, já que a sobrevivência depende do fato de estar em condições de poder trabalhar e auferir seu próprio sustento. Esse processo é mais acentuado nas condições materiais precárias em que vivem as camadas populares, que dependem de sua integridade física para continuarem se inserindo no modo de produção capitalista como agentes produtivos que sobrevivem da venda de sua força de trabalho.

Ter saúde é poder transitar livremente e desfrutar de atividades de lazer

Uma participante relatou que estar com saúde é poder passear, andar e conversar, de acordo com sua vontade, e por isso se considerava uma pessoa saudável.

Saúde pra mim é uma coisa muito bom, muito ótimo, a gente sai, anda, conversa, passeia (...). Então aí a gente passeia, sai, às vezes vai no clube, eu gosto de passear um pouco. (Nair)

Outra participante associou saúde com capacidade para desenvolver seu trabalho e, ao mesmo tempo, poder desfrutar de atividades de lazer, como, por exemplo, visitar um parente.

Eu me considero sadia porque eu cuido da minha casa, eu vou pra casa da minha filha, vou visitar minhas filhas, (...). Então eu acho que está bom demais. (Lúcia)

Nessa última categoria de representações encontradas, a ênfase é colocada na preservação da autonomia, ou seja, na sensação de que se é livre para fazer escolhas, como: poder trabalhar e, ao mesmo tempo, usufruir de momentos de lazer. Essa concepção mostra que, apesar da centralidade que o trabalho ocupa no universo das mulheres das camadas populares, as oportunidades de lazer também adquirem um significado elevado. Esse achado permite vislumbrar que uma proposta de intervenção deve contemplar atividades de recreação e socialização.

Para um trabalho consistente com Educação em Saúde é preciso levar em consideração os conhecimentos e as representações sociais que se tecem em torno das experiências da doença⁽¹⁴⁾, respeitando-se as peculiaridades de cada segmento da população. Há diversas representações que as pessoas fazem de sua saúde ou de seu adoecer que são independentes do saber médico⁽¹²⁾. No horizonte de pensar uma intervenção em Educação em Saúde para mulheres diabéticas, deve-se levar em conta as representações compartilhadas, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado de suas trajetórias de vida, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana.

A medida que se observa a progressiva importância que vem sendo conferida às representações e saberes do senso comum na relação dos sujeitos com a doença, mais apurada tem se tornado a crítica ao absolutismo e autonomia do saber científico⁽¹²⁾. Por outro lado, inspirando-se na perspectiva teórico-metodológica adotada, entende-se que a compreensão do adoecer não ocorre apenas a

partir dos enunciados das narrativas das pessoas que têm a doença. Contudo, essas pessoas produzem significados de modo incessante, buscando dar um sentido para seu sofrimento. Por essa razão, precisam ser ouvidas e respeitadas. É necessário buscar uma compreensão das representações das camadas populares sobre o processo saúde-doença, o que possibilitaria um maior entendimento das atitudes e práticas adotadas pela mulher com diabetes, permitindo uma maior efetividade das intervenções.

Um outro aspecto importante a ser salientado é que as representações sociais não se reificam. Afinal, *a representação não pode representar*, mas apenas indicar uma linha de interpretação possível, demonstrando a existência de uma relação entre eventos e modelos propostos. Devido a esse caráter dinâmico, um novo liame de interpretações pode ser novamente colocado e deslocado logo em seguida, até que se permitam evidenciar outras relações possíveis⁽²⁾. A medida que se observa a progressiva importância que vem sendo conferida às representações e saberes do senso comum na relação dos sujeitos com a doença, mais apurada tem se tornado a crítica ao absolutismo e autonomia do saber científico⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo é proposto o resgate da utilização do conceito das representações sociais para a compreensão da doença e para a caracterização do processo da experiência do adoecimento. Os resultados reafirmam a necessidade de que as mulheres com diabetes tipo 2 sejam assistidas em sua integralidade, envolvendo em seu cuidado os processos psicológicos e socioculturais. Evidenciou-se a

importância de compreender as representações de saúde construídas socialmente para uma maior efetividade das intervenções dos profissionais da saúde. As representações de saúde da população devem ser respeitadas e legitimadas como um saber complexo, inscrito na tradição de nos conhecimentos legados pela transmissão intergeracional. Desse modo, é preciso que haja maior integração do conhecimento técnico-científico com o popular.

Vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, uma vez que, freqüentemente, o doente só irá se sentir doente quando deixar de realizar suas atividades que lhe permitem se reconhecer como alguém que pertence ao contexto em que vive. Mas a doença, por outro lado, é também um modo de conhecer-se, já que leva o doente a aprender a se superar para enfrentá-la. Decorre daí a necessidade de se considerarem as representações dos doentes no planejamento da Educação em Saúde, buscando-se um compartilhamento de saberes.

Acreditamos que, para alcançarem uma maior efetividade, os programas educativos em diabetes devem ser baseados em uma postura dialógica e na troca genuína de saberes, promovendo um intercâmbio entre o saber científico e o popular, sendo que ambos, profissionais e pacientes, têm muito o que ensinar e aprender uns com os outros. Essa é uma das condições necessárias e favoráveis à superação do caráter meramente instrumental da Educação em Saúde, cujos princípios muitas vezes se apoiam exclusivamente no saber hegemônico.

Esperamos que esse estudo possa contribuir com reflexões que levem a uma assistência mais eficiente, humanizada e mais próxima da realidade das mulheres com diabetes tipo 2.

HEALTH REPRESENTATIONS OF WOMEN WITH TYPE 2 DIABETES

ABSTRACT

Health/illness representations held by lay people are frequently different from conceptions held by health professionals and it is essential to know these conceptions for more effective interventions. This study aimed to know health representations socially constructed by women with type 2 diabetes. This is a descriptive and exploratory study whose participants were selected from a Basic Health Unit in Ribeirão Preto, SP, Brazil, composing a convenience sample. Data were collected in January 2003 and analyzed through thematic content analysis. Results evidenced the predominance of health representations closely associated to the capacity to work. For the low strata of society, being sick means losing the only resource they have to survive, their own body. Health guarantees work, which in turn, allows satisfying some basic needs, such as eating and housing. For some women interviewed, pain hinders work, thus, there is an association between pain and illness. The reports showed an absence of symptoms when glycemia is elevated and a difficulty in understanding signals emitted by their own body. Self care is, many times, provided only when there are symptoms impairing the execution of daily tasks. The absence of symptoms is frequently associated with health; consequently, many patients do not follow the recommended treatment if they are asymptomatic. Knowledge regarding

the low strata representations on health/illness is necessary to acquire a better understanding of practices and attitudes adopted, in order to improve the effectiveness of interventions.

Key word: Diabetes Mellitus. Health-Disease Process. Health Education.

REPRESENTACIONES DE SALUD EN MUJERES CON DIABETES TIPO 2

RESUMEN

Las representaciones de las camadas populares sobre salud/enfermedad son muchas veces diferentes de los conceptos de los profesionales de salud tienen y es fundamental conocerlas para se lograr una mayor efectividad en las intervenciones. Lo objetivo de este trabajo es conocer las representaciones de salud socialmente construidas por mujeres con diabetes tipo 2. Trata-se de un estudio descriptivo e exploratorio y los participantes fueran seleccionados en una Centro de Atención Primaria en Salud de la municipalidad de Ribeirão Preto, siendo una muestra de conveniencia. Los datos fueron recogidos en Enero de 2003 y fueron analizados mediante analise tematica de contenido. Los resultados evidenciaron un predominio de representaciones de salud intimamente asociadas a la capacidad de trabajar. Para las camadas populares, estar enfermo significa perder lo unico recurso que tiene para sobrevivir, su propio cuerpo. La salud garantiza lo trabajo y este, por su vez, permite satisfacer algunas necesidades fundamentales, como alimentación y habitación. Para algunas entrevistadas, el dolor impide lo trabajo e entonces ha una asociación entre dolor y enfermedad. Los relatos mostraron una ausencia de síntomas cuando la glucemia esta elevada e una dificultad en comprender los señales emitidos por su propio cuerpo. La atención a lo cuerpo, muchas veces e dada solamente cuando hay síntomas que dificultan la ejecución de las tareas diarias. Frecuentemente, la ausencia de síntomas esta asociada a la salud y muchos pacientes non sieguen las recomendaciones de tratamiento por si sentir bien. Es necesario la busca de una comprensión de las representaciones de las camadas populares sobre salud/enfermedad, para se lograr un mayor entendimiento de las actitudes e practicas existentes, permitiendo una mayor efectividad de las intervenciones.

Palabras clave: Diabetes Melitus. Proceso Salud-Enfermedad. Educación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência Cuidado e Saúde* 2006; (5): 319-327.
2. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1207-14.
3. Campos-Navarro R, Torrez D, Arganis-Juárez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas: un estudio en la Ciudad de México. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1271-9.
4. Torres-López TM, Sandoval-Díaz MS, Pando-Moreno M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 101-10.
5. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
6. Péres DS. Sentimentos, pensamentos e comportamentos de mulheres portadoras de diabetes tipo 2. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; 2004.
7. Péres DS, Franco LJ, Santos MA, Zanetti ML. Social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; 16(3): 389-95.
8. Dias G, Franceschini SCC, Reis JR, Reis RS, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2007; 14(3): 779-800.
9. Souza, MRMGC. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. [dissertação de mestrado]. Braga: Universidade do Minho; 2003.
10. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2: o sentir, o pensar e o agir. *Rev. Saúde Públ.* 2006; 40(2).
11. Ógata MN. Concepções de saúde e doença: estudo das representações sociais de profissionais da saúde. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2000.
12. Adam P, Herzlich C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.
13. Ferreira J. *Semiologia do corpo*. In: Leal OF. *Corpo e significado: ensaios da antropologia social*. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 1995.
14. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 200-6.

Endereço para correspondência: Denise Siqueira Peres. Rua Olavo Bilac, 805, Vila Seixas, 14076-150 - Ribeirão Preto-SP, E-mail: desiperes@ig.com.br

Recebido em: 21/03/2007

Aprovado em: 15/09/2008