

ANA FLÁVIA WEIS GAMA SERPA

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E
DOENÇA PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE / MS

2007

ANA FLÁVIA WEIS GAMA SERPA

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E
DOENÇA PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE / MS

2007

Ficha catalográfica

Serpa, Ana Flávia Weis Gama
S486r Representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes / Ana Flávia Weis Gama Serpa ; orientação Angela Elizabeth Lapa Coêlho 2007
129 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mestrado em psicologia, 2007.
Inclui bibliografia

1. Hipertensão arterial 2. Diabetes 3. Psicologia da saúde . I. Coelho, Ângela Elizabeth Lapa. II. Título

CDD-616.08

A dissertação apresentada por ANA FLÁVIA WEIS GAMA SERPA, intitulada, “REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E DOENÇA PARA PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coêlho (Orientadora - UCDB)

Prof^a. Dr^a. Ana Raquel Rosas Torres – UCG

Prof^a. Dr^a. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Prof^a. Dr^a. Vera Sônia Mincoff Menegon (UCDB)

Campo Grande, 26 de junho de 2007.

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que, de alguma forma, tenham contribuído para sua realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por seu amor por mim, seu cuidado e orientação em todos os momentos.

Ao meu esposo, Genilson Romeiro Serpa, por seu carinho, por toda sua motivação e estímulo. Por todos os momentos que não pudemos estar juntos em função dos estudos. Por me ajudar a acreditar que a realização desse sonho era possível e por todos os nossos sonhos futuros.

Ao meu pai, Celso José Gama, e minha mãe, Diuza Weis Gama, por me ensinarem o amor pelos estudos e a garra para alcançar objetivos e por suas constantes orações por mim.

À Prof^a. Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coelho, por seu apoio e incentivo desde a graduação em Psicologia. Por sua motivação para elaboração do projeto de mestrado, por todas as horas de supervisão, por me ensinar o que é fazer pesquisa. Mas acima de tudo, por sua ternura, seu carinho sua preocupação, seu amparo e acolhimento nas horas difíceis, por suas palavras de sabedoria e compreensão. Por me ensinar a ser professora e amiga. Minha mãe acadêmica, você é muito importante em minha vida!

Às professoras Dr^a Ana Raquel Rosas Torres, Dr^a. Heloisa Bruna Grubits Freire e Dr^a. Vera Sônia Mincoff Menegon, por suas preciosas contribuições ao meu trabalho e pela delicadeza com que me ajudaram a melhorá-lo.

À minha amiga Camila Bellini Colussi, pelo carinho de ler meu trabalho e contribuir para que ele ficasse melhor, por todos os nossos momentos de trocas de conhecimento e pelo desejo de que nossa amizade permaneça, mesmo quando estivermos distantes.

À amiga Pamela Staliano, pela ajuda e incentivo na elaboração do projeto, pelo companheirismo durante o mestrado e por nosso futuro acadêmico.

Aos meus amigos e amigas do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, por me incentivarem e apoiarem quando precisei.

À direção da Unidade Básica de Saúde Dr. Milton Kojo Chinen e todos os seus funcionários, por me receberem de braços abertos e me ajudarem na realização desse sonho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do meu mestrado.

E a todos os participantes da pesquisa, por me ensinarem um pouco mais sobre a vida!

Existe um mundo que acontece pelo desenrolar lógico da história, em toda a sua crueza e insensibilidade. Mas há um mundo igualmente concreto que nasce dos sonhos: a Pietà, de Michelangelo, o Beijo, de Rodin, as telas de Van Gogh e Monet, as músicas de Tom Jobim, os livros de Guimarães Rosa e de Saramago, as casas, os jardins, as comidas: eles existiram primeiro como sonho, antes de existirem como fatos. Quando os sonhos assumem forma concreta, surge a beleza.

Rubem Alves, 1999

RESUMO

A presente pesquisa foi desenvolvida com 27 pessoas que vivem com Hipertensão Arterial (HA) e diabetes, cadastradas em um Programa para Portadores de HA e Diabetes (PPHAD), de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Campo Grande, MS. O objetivo do estudo foi analisar e comparar as representações sociais de saúde e doença dos portadores de HA e diabetes que freqüentam o grupo de apoio da UBS e os que não freqüentam. Foram realizadas entrevistas estruturadas, com questões sobre o perfil sócio-demográfico dos participantes, características da sua rede social de apoio, os sentidos dados a saúde e doença, conhecimentos e formas de cuidados da HA e do diabetes, aspectos que favorecem e dificultam o tratamento e opiniões dos participantes sobre o atendimento que recebem na UBS. Os dados foram analisados qualitativamente de acordo com o embasamento teórico das representações sociais. Verificou-se que a maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino (n=22), com instrução escolar em nível de ensino médio incompleto e renda familiar de até três salários mínimos. Grande parte das pessoas entrevistadas relatou não receber nenhum tipo de apoio material. Para as pessoas que não freqüentam o grupo de apoio da UBS, as fontes de apoio emocional mais citadas foram a família e a religião. Para as pessoas que o freqüentam, o grupo é visto como uma fonte de apoio emocional. Os sentidos dados à saúde e à doença, assim como os conhecimentos sobre a HA e o diabetes, não foram diferentes entre os grupos. Os participantes relacionaram mais frequentemente saúde e doença às sensações corporais que elas despertam. Os conhecimentos sobre HA e diabetes se mostraram restritos e as principais formas de cuidados citadas foram o controle da alimentação e o uso de medicamentos. Entre os fatores que favorecem o tratamento, a forma como são atendidos na UBS e a facilidade de acesso a ela foram os itens mais destacados. Os participantes ressaltaram a falta de dinheiro como algo que dificulta o tratamento por impedir a compra de alimentos mais saudáveis. O atendimento que recebem na UBS foi elogiado por grande parte das pessoas.

Palavras-chave: Saúde. Doença. Representação social. Apoio emocional.

ABSTRACT

The present research was conducted with 27 persons who live with Arterial Hypertension (AH) and diabetes, and are registered in a Program for persons living with AH and diabetes at a Health Basic Unit in Campo Grande, MS. The objective of the study was to analyze and to compare the social representations of health and illness between the participants and non-participants of a support group. Structured interviews were conducted with questions regarding the socio-demographic profile of the participants, characteristics of their social support network, the meaning given to health and illness, their knowledge about how to care for AH and diabetes, aspects that favors and makes it difficult the treatment and the opinions of the participants on the attendance they receive at the Health Basic Unit. The data was analyzed qualitatively in accordance with the theoretical approach of the social representations. The majority of the participants was female (n=22), with school level of incomplete junior high and family income of up to three minimum wages. The majority of the participants told did not receive any type of material support. For the persons who do not attend the support group the more cited sources of emotional were the family and the religion. For the persons who attend it, the group is seen as a source of emotional support. The meanings given to health and illness, as well as the knowledge about AH and diabetes were not different in both groups. The participants related more frequent to health and illness to body sensations that they associated with them. The knowledge about AH and diabetes was restricted and the main cited forms of care were food intake control and the medicine use. Among the factors that favor the treatment, the care at the Health Basic Unit and the access to it were the most cited. The participants referred to the lack of money as something that makes it difficult to buy adequate food for their diet. The attention and care that they receive in the Unit were praised by the majority of the participants.

Keywords: health; illness; social representation; emotional support.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa72

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista.....	128

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 O Processo Saúde e Doença.....	15
2.2 Algumas Considerações Sobre a HA e o Diabetes	31
2.3 Reflexões sobre Representação Social	42
2.3.1 Representação Social de Saúde e Doença	52
3 OBJETIVOS.....	65
3.1 Objetivo Geral.....	65
3.2 Objetivos Específicos.....	65
4 MÉTODO.....	66
4.1 Local.....	66
4.2 Participantes.....	66
4.3 Instrumento.....	67
4.4 Procedimentos de coleta.....	68
4.5 Procedimentos de Análise.....	69
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
5.1 Perfil Sócio-Demográfico.....	70
5.2 Perfil da Rede Social de Apoio.....	74
5.2.1 Apoio Material	75
5.2.1.1 Aquisição de Medicamentos	76
5.2.2 Apoio Emocional.....	77
5.2.3 Participação em Atividades Sociais.....	80
5.3 Sentidos Dados à Saúde.....	81
5.3.1 Saúde como Ausência de Doença.....	81
5.3.2 Saúde como Capacidade para o Trabalho.....	82
5.3.3 Saúde como “a maior riqueza da vida”.....	84
5.3.4 Saúde como Algo que Pode Ser Adquirido.....	85
5.4 Sentidos Dados à Doença.....	86
5.4.1 Doença como Incapacidade.....	86
5.4.2 Doença como Sensação Corporal.....	87
5.4.3 Doença como Destino.....	88

5.4.4 Visão Positiva da Doença.....	89
5.5 Considerações Sobre a HA.....	91
5.5.1 Conhecimento Sobre a HA.....	91
5.5.1.1 HA como Nervoso e Problemas Emocionais.....	91
5.5.1.2 HA Segundo seus Sintomas.....	93
5.5.1.3 Conseqüências da HÁ.....	94
5.5.1.4 Mau Funcionamento do Organismo.....	94
5.5.2 Cuidados com a HA.....	96
5.5.2.1 Controle da Alimentação.....	96
5.5.2.2 Uso de Medicamentos.....	98
5.5.2.3 Controle do Nervoso.....	99
5.6 Considerações Sobre o Diabetes.....	101
5.6.1 Conhecimento Sobre o Diabetes.....	101
5.6.2 Cuidados com o Diabetes.....	103
5.7 Cuidados com a Própria Saúde.....	105
5.8 Questões Relacionadas ao Tratamento.....	108
5.8.1 Fatores que Favorecem o Tratamento.....	108
5.8.1.1 O Uso de Medicamentos.....	108
5.8.1.2 Acesso à UBS.....	110
5.8.1.3 Outros Aspectos.....	111
5.8.2 Fatores que Dificultam o Tratamento.....	112
5.8.3 Como são os Atendimentos que Recebem na UBS.....	114
5.8.4 Outras Considerações.....	115
6 CONSIDERAÇOES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	127

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) e o diabetes são doenças crônicas de grande impacto na população brasileira atualmente, sendo consideradas por alguns autores, como um problema de saúde pública. Tendo em vista que, na maioria dos casos, são doenças assintomáticas, vários estudos têm verificado dificuldades de adesão dos usuários ao tratamento. Por não perceberem os sintomas, essas pessoas, frequentemente, não sentem a necessidade de cuidados.

Pesquisas têm revelado também que, para compreender os motivos da adesão ou não aos tratamentos de doenças crônicas, faz-se necessário abordar os sentidos dados à saúde e à doença, assim como os conhecimentos e as práticas frente às doenças crônicas.

O interesse da autora por essa área de estudo surgiu durante a realização do trabalho de conclusão do Curso de Psicologia, no ano de 2004, quando realizou estágio com o grupo de apoio às pessoas que vivem com HA e diabetes, incluídos no programa de tratamento dessas patologias na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Milton Kojo Chinen, da vila Nasser, Campo Grande-MS. A literatura enfatiza que, para que sejam formuladas propostas de intervenção frente à população atendida, é necessário que primeiramente se tenha uma compreensão do que representa saúde e doença para essas pessoas, como são percebidas as suas necessidades, como é o contexto sócio-econômico onde estão inseridas e quais as suas práticas de cuidado com a saúde, entre outros.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar as concepções de saúde e doença para as pessoas que freqüentam o grupo de apoio e compará-las as concepções das pessoas que não freqüentam o grupo. Com isso, pretende-se verificar aspectos que possam favorecer a adesão ao tratamento, a fim de que as propostas de intervenção futuras sejam mais efetivas.

Inicialmente serão abordados aspectos teóricos referentes ao processo saúde-doença, destacando-se a visão negativa da saúde predominante por muito tempo, o Modelo Biomédico e sua substituição pelo Modelo Biopsicossocial que ainda está acontecendo. Destaca-se também que os modelos de compreensão do

processo saúde e doença fundamentam as práticas de atuação em saúde, por isso a necessidade de constante questionamento sobre esses modelos e práticas.

Serão feitas também algumas considerações sobre a ocorrência de doenças crônico-degenerativas no Brasil, com ênfase na HA e no diabetes, suas características e formas de cuidado. Questões referentes às dificuldades encontradas no tratamento, principalmente a necessidade de mudanças no de vida e a freqüente não adesão dos pacientes ao tratamento, são abordadas em seguida.

Algumas reflexões sobre a teoria das representações sociais serão desenvolvidas, iniciando pelo seu surgimento com Moscovici, na França, e destacando sua relação com as representações coletivas. O conceito de representação social é definido de acordo com alguns autores, ressaltando o processo de construção do conhecimento de modo geral. As representações sociais de saúde e doença são abordadas em seguida, enfatizando a construção de sentidos que permitem interpretar e significar a realidade relativa ao processo saúde e doença e às formas de cuidado.

Os objetivos geral e específicos serão apresentados, bem como a descrição do método utilizado, os resultados encontrados e sua discussão, ao final são realizadas algumas considerações gerais sobre os resultados observados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente, o estudo das representações de saúde e doença tem alcançado grande destaque na ciência, principalmente quando se fala em propostas de intervenção frente à população. Isso tem sido enfatizado porque entende-se que não se pode propor atuações efetivas sem que se conheçam os sentidos que as pessoas dão a saúde e doença. Contudo, antes de levantar questões mais amplas como o estudo das representações sociais, faz-se necessário discutir questões ligadas ao processo saúde e doença, como por exemplo, as formas como esse processo foi visto ao longo de tempo, por diferentes populações e os modelos de atuação frente à doença. Esses aspectos serão abordados a seguir, assim como também serão descritas algumas considerações sobre a HA e o diabetes.

2.1 O Processo Saúde e Doença

A concepção de saúde e doença tem sido modificada constantemente de acordo com a cultura de cada sociedade e a época em que ela se estabelece. Para entender como essa concepção se apresenta atualmente é interessante acompanhar um pouco de sua trajetória ao longo da história em algumas sociedades.

Vilela e Mendes (2000) relatam que, na Grécia antiga, Hipócrates foi quem primeiramente relacionou as causas naturais ao surgimento das doenças. Dessa forma, a saúde era concebida como um estado de equilíbrio entre vários fatores da natureza humana e ambiental.

Conforme Rosa (2003), a doença para a civilização grega era advinda dos deuses e estes a curavam. Esculápio era o deus da Medicina. Nos templos dedicados a ele, as pessoas passavam dias purificando a alma e o corpo. Na idade média, os pacientes faziam confissões para serem purificados espiritualmente antes de serem hospitalizados, porque se acreditava que a causa das doenças era o pecado, a cura viria mediante a comunhão com Deus.

Vilela e Mendes (2000) destacam também que na idade média, buscava-se muito mais a cura da alma em detrimento do corpo devido às influências do cristianismo e das práticas religiosas. No renascimento, as observações e experimentos anatômicos voltam a ser exercidos. Com a descoberta dos microorganismos surgiu a era bacteriológica.

Segundo Rosa (2003), no renascimento, com o predomínio das ciências naturais, a doença passou a ser considerada como produzida por causas biológicas e bacteriológicas. A Medicina desconsiderava a influência de fatores psíquicos, classificando-os como não científicos. No século XX, a busca do domínio da natureza pela razão aprofundou ainda mais a visão da doença produzida apenas por fatores biológicos.

Como podemos observar, a doença, nessa época, foi caracterizada pelas pessoas como tendo causas extremas e únicas. Era causada pela vontade dos deuses, pelo pecado ou por fatores biológicos e bacteriológicos. Sempre existiu, e ainda hoje há, uma dificuldade de se entender o processo de adoecimento como fatores que envolvem vários aspectos relacionados à existência humana (ROSA, 2003).

O conceito de saúde é relativo e variável segundo a época e a cultura no qual está inserido. Para exemplificar, Vilela e Mendes (2000) relembram que os rituais do xamanismo foram utilizados para lidar com a doença. O conceito de doença e a sua cura relacionavam-se a algo sobrenatural e místico. O diagnóstico das doenças e sua cura eram advindos da comunicação do xamã com os espíritos. A doença era considerada um castigo por algo imoral que fora cometido ou uma quebra na harmonia da ordem cósmica.

Na cultura chinesa, a saúde era relativa ao conceito de equilíbrio. A doença seria então o impedimento do fluxo de energia no organismo que acarretaria o desequilíbrio. O médico representava a figura de um sábio que ajudaria a pessoa a se adaptar de forma harmônica ao ambiente re-estabelecendo o equilíbrio (VILELA; MENDES, 2000).

Ainda segundo Vilela e Mendes (2000), atualmente, vários fatores devem ser considerados quando se fala em saúde: a satisfação biológica, os relacionamentos interpessoais, o significado da vida, os objetivos pessoais, a dignidade das pessoas e suas formas de comunicação. Porém, a definição de saúde é um conceito situacional, que muda conforme a época e a cultura. Para ilustrar, as autoras compararam a Grã Bretanha, país no qual há tecnologias de última geração, modernas formas de tratamento, mas onde a sociedade ainda se considerada doente, com uma aldeia africana, onde há muitas doenças parasitárias e pouca higiene, no entanto a população se considerada saudável porque eles dançam, celebram e a alegria é tida como um critério de saúde para eles. Podemos observar desta forma que o conceito de saúde não depende das condições de tratamento existentes, mas da percepção subjetiva das pessoas.

Segundo Coelho e Almeida Filho (2002), existe uma dificuldade em conceituar saúde e ela vem desde a Grécia antiga. Essa dificuldade parece ter relação direta com a visão negativa em saúde, segundo a qual, saúde é entendida como ausência de doença. Como essa visão foi bastante difundida e utilizada, a transformação para uma visão mais positiva, ou seja, não apenas como ausência de doença, mas de uma forma mais abrangente, tem sido algo complicado para todas as ciências que abordam essa área. A pretensão é que a saúde seja pensada de uma forma mais ampla.

Coelho e Almeida Filho (2002) concordam com o fato de que o campo da saúde tem abordado predominantemente o conceito de doença e isso dificulta a conceituação de saúde. Destacam que esse fato pode ser resultante não só da cultura da doença como também do predomínio da indústria farmacêutica restringindo o interesse e os investimentos em saúde.

De acordo com Almeida Filho e Jucá (2002), Christopher Boorse foi um filósofo da Medicina que propôs a definição de saúde como ausência de doença, de acordo com a teoria que desenvolveu nos anos de 1970, a teoria da Bioestatística da Medicina. Contudo, sua teoria foi bastante criticada por muitos autores que acreditam que a saúde deve ser definida de modo mais positivo, abordando vários outros conceitos, e não meramente como ausência de doenças. Os autores

argumentam também que os conceitos de saúde e doença são bastante complexos e difíceis de serem mensurados estatisticamente.

Atualmente, vários estudos sobre o processo saúde e doença têm sido desenvolvidos em diferentes áreas da ciência. Caprara (2003) destaca uma área de estudo da Filosofia Grega, a abordagem Hermenêutica do processo saúde e doença. Segundo a autora, a Hermenêutica diz respeito à arte da interpretação. De acordo com essa perspectiva, a construção de modelos de compreensão desse processo deve enfatizar a dimensão experiencial da pessoa, tanto quanto sua dimensão psicológica.

A abordagem Hermenêutica visa um conhecimento maior das experiências das pessoas em relação à saúde e à doença. O ser humano é visto como algo mais do que simplesmente um organismo biológico. A saúde seria um processo de equilíbrio que depende do estado particular de cada pessoa. Por isso, para compreendê-la é necessário que cada um fale sobre como se sente e seja, dessa forma, interpretada a sua concepção de saúde e doença (CAPRARÁ, 2003).

Para Fonseca (1997), o processo saúde e doença é uma manifestação do mundo social, por isso a interpretação que as pessoas fazem desse processo é um elemento essencial em sua análise. A autora considera importante destacar que os referenciais filosóficos que tentam explicá-lo sempre refletem o pensamento em um determinado momento da história.

Segundo Caprara (2003), a estruturação do pensamento individual é determinada conforme as ações cotidianas, o saber construído em sociedade e os códigos aí estabelecidos. O senso comum, nesse sentido, permite uma compreensão direta da realidade. Assim, a Hermenêutica postula que não é possível compreender o conceito de saúde e doença sem se levar em consideração as experiências e os saberes das pessoas em relação a isso. A autora ressalta que um dos autores da Hermenêutica Médica, Gadamer, propõe que a ciência Médica, tal como ela se apresenta hoje, deveria ser chamada de ciência da doença. Essa crítica refere-se ao fato de que a doença, atualmente, é o que tem maior destaque na Medicina. A saúde não tem despertado grande interesse. A Medicina estabeleceu

normas e parâmetros para se chegar à realidade e, contudo, tem se afastado dela cada vez mais por desconsiderar as experiências individuais. Sua prática tem sido estimulada pelo aparecimento de doenças e não pela prevenção e pela promoção da saúde em si.

O simples fato de considerar a Medicina como uma ciência natural, nos mostra que os seres humanos são vistos muito mais por seus aspectos biológicos. No entanto, conforme propõe Caprara (2003), para a perspectiva Hermenêutica, as pessoas devem ser vistas como participantes que vivenciam a experiência da doença de modo subjetivo.

O médico tem de adequar sua intervenção clínica considerando o paciente enquanto sujeito, tomando em conta a experiência da doença, as preocupações do paciente, adquirindo uma sensibilidade e uma capacidade de escuta que vão além da dimensão biológica (CAPRARA, 2003, p.29).

O tratamento deverá ser baseado não apenas no diagnóstico de doenças, mas na compreensão de como cada paciente vivencia a doença. Dessa forma, ele poderá fazer mais sentido ao paciente, o que pode influir em sua motivação para realizá-lo.

Ainda relacionado ao modo como as pessoas entendem o processo saúde e doença, Alves (1993) relata que, um dos termos desenvolvidos na busca de estudar esses conceitos é a concepção da “experiência da enfermidade”. Essa concepção está orientada para a forma como as pessoas enfrentam o acontecimento da doença. O estudo desse tema pressupõe que as pessoas reproduzem em seu contexto sócio-cultural os conhecimentos médicos existentes. Doença, nessa perspectiva, é um fenômeno construído por processos intersubjetivamente compartilhados.

Para Alves (1993), a teoria da “experiência da enfermidade” propõe que a interpretação do estar doente resulta das variadas formas pelas quais as pessoas internalizam os conhecimentos médicos. Esses conhecimentos são construídos de

modo diferente, conforme a história de vida de cada um. A interpretação é considerada temporal, principalmente porque sofre as influências das interpretações feitas por amigos, parentes, profissionais, vizinhos e outros. Em função dessa interação de interpretações, o conhecimento médico de cada pessoa é reformulado constantemente.

Essa teoria destaca como mais importante para compreensão da doença o fato de que ela sempre se liga a um fato vivenciado pela pessoa.

É a experiência de sentir-se mal que, por um lado, origina por si mesma, as representações da doença e, por outro lado, põe em movimento a nossa capacidade de transformar esta experiência em um conhecimento. (ALVES, 1993, p.268)

Pode-se observar dessa forma, que vários autores destacam o modo como as pessoas entendem saúde e doença como o principal meio para abordar esse tema. Um outro aspecto relevante que tem sido considerado quando se estuda o processo saúde e doença é o contexto social. Uma ciência que tem se destacado nessa área é a Sociologia. Fonseca (1997) nos traz a concepção de saúde e doença baseada na visão da Epidemiologia Social, segundo a qual esse processo tem suas origens na organização da sociedade, nos meios pelos quais as pessoas procuram reproduzir a vida social. Com base no materialismo histórico e dialético, o processo saúde e doença tem seus fundamentos na base material de sua produção, incluindo manifestações biológicas e sociais. Esse processo é revelado tanto no nível individual quanto no coletivo.

Fonseca (1997) afirma que para a Epidemiologia Social, o conceito de classe social é determinante na compreensão do processo saúde e doença. Isso acontece porque tais classes demonstram os diferentes posicionamentos das pessoas na produção da vida material. Esse fato estabelece um perfil de consumo, segundo uma avaliação socialmente determinada, das necessidades humanas. Contudo, as classes sociais não são a única forma de posicionamento da pessoa na sociedade. A autora destaca que a própria biologia também é um fator de determinação do

“lugar social” e que outros dados importantes podem ser utilizados na compreensão dos fenômenos sociais como o processo saúde e doença.

Para Almeida Filho (2000), todas as disciplinas que discutem o campo da saúde mostram um grande desinteresse pela construção do conceito de saúde. Por outro lado, empenham quase todos os seus esforços na produção de Modelos Biomédicos da doença, com ênfase no paradigma mecanicista. Para o autor, tais abordagens não conseguem alcançar a complexidade dos processos relativos à saúde e à doença.

Vilela e Mendes (2000) pontuam que a necessidade de abranger o caráter social e cultural da doença emergiu nos anos de 1930, quando a Medicina passou por um período de crise ao perceber que seus avanços tecnológicos tinham pequeno alcance social e grandes custos. O retorno ao social ocorreu por intermédio da Epidemiologia, considerada a ciência fundamental da saúde coletiva.

Segundo as autoras, essa ciência estuda os fatores determinantes do processo saúde e doença e sua ocorrência nas diferentes populações. A Epidemiologia começou a desenvolver o padrão positivista de saúde. Esse modelo evoluiu da causa única/efeito único para causa múltipla/efeito único da doença. Contudo, um novo modelo tem surgido, o que considera que várias causas produzem vários efeitos (múltipla causa/múltiplo efeito). Esse último modelo comprehende a saúde como bem-estar e envolve conceitos holísticos. A inclusão de elementos interpessoais na descrição do bem-estar individual e social, feita pela primeira vez pela Psiquiatria, foi um fato que contribuiu para a ampliação do conceito de saúde.

Enumo (2003) revela que um novo modelo de compreensão da saúde foi criado pelos psiquiatras, no início do século XX, na França. Esse modelo foi denominado de Modelo Psicossomático, pois entendia que a doença era causada por fatores psicológicos, com bases psicodinâmicas. Esse novo conceito de saúde enfatizava a força dos estados emocionais na constituição dos sintomas e das doenças em si. Porém, o padrão de entendimento continuou sendo o Modelo Biomédico, haja visto que os sintomas também eram considerados resultados de

algo maior, subjacente, nesse caso, o lado psicológico, o que não deixou de ser uma concepção reducionista. Dessa forma, o tratamento seria baseado apenas em psicoterapia.

Vilela e Mendes (2000) afirmam que a saúde entrou em crise principalmente devido aos paradigmas reducionistas e mecanicistas que a dominavam e que acabaram por desenvolver o modelo de assistência à saúde denominado de Modelo Biomédico. Segundo esse modelo, o corpo humano é como uma máquina e a doença seria seu mau funcionamento. Não se considera o paciente como pessoa, o médico intervém apenas nos aspectos biológicos.

Segundo Enumo (2003), o Modelo Biomédico predominou durante o século XVII. Ele é tido como reducionista principalmente porque propõe a separação entre corpo e mente, e dá ênfase à doença em detrimento da saúde. Os conceitos de saúde e doença são compreendidos em termos de suas alterações físicas e químicas, desconsiderando-se o contexto social e a experiência da pessoa.

Conforme nos mostra Vilela e Mendes (2000), não podemos descartar os avanços conseguidos com esse modelo, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de vacinas, à descoberta dos grupos sanguíneos, à possibilidade de transfusão, ao desenvolvimento e sofisticação de tecnologias no campo da saúde. Porém, devemos ter em mente que essas sofisticações também trouxeram problemas tanto econômicos quanto sociais. Os problemas referem-se principalmente à relação desproporcional entre custos e benefícios, à dificuldade no acesso aos serviços e à falta de humanização nos atendimentos por desconsiderar o paciente como pessoa. Esse modelo também favoreceu o aumento da expectativa de vida ao propiciar tratamento a doenças antes consideradas incuráveis. Contudo, o aumento na expectativa de vida não foi acompanhado da melhora na qualidade de vida, o que também se tornou um problema de saúde pública.

As ciências médicas, segundo o Modelo Biomédico, não só têm uma compreensão limitada dos aspectos biológicos envolvidos na ocorrência da doença como também descartam os componentes ambientais e sociais envolvidos nesse processo. A visão dualista, cartesiana que separa mente e corpo está presente

nesse modelo, no qual apenas os aspectos físicos são valorizados. A doença é um acontecimento uni causal, seu tratamento baseia-se na busca da anormalidade biológica e o método mais utilizado é a medicalização (VILELA; MENDES, 2000).

Alves (1993) argumenta que o Modelo Biomédico entende a doença como resultado de fatores morfo-fisiológicos. O autor afirma que esse modelo ainda predomina em nossa sociedade, principalmente porque os médicos têm a hegemonia em definir o que é doença e qual o seu tratamento. Ele também destaca que esse modelo desconsidera os significados sociais envolvidos no processo saúde e doença. O médico comprehende apenas os sintomas biofísicos da doença e não se preocupa com os comportamentos das pessoas atendidas.

Assis, Villa e Nascimento (2003) ressaltam que a prestação de serviços em saúde ainda tem sido baseada no Modelo Biomédico. “[...] as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços tomam como base o sistema de crenças vigentes sobre o processo saúde/doença que é pautado no Modelo Biomédico” (p. 822).

Rodrigues e Figueiredo (2003) mostram, ao trabalharem o conceito de doença mental para profissionais da saúde, um exemplo de que o Modelo Biomédico ainda persiste nas concepções de saúde e doença de alguns profissionais.

O que se observa, através da visão que tais profissionais possuem, é que, ao longo dos anos, as pessoas foram graduadas para uma realidade altamente tecnológica, com enfoque na individualidade e na ação curativa, centralizada na doença em si, marginalizando, assim, as questões sociais e os demais fatores e determinantes da vida (p. 119).

Conforme Enumo (2003), por priorizar a doença, o Modelo Biomédico atua apenas nos dois níveis finais de atenção à saúde, na atenção secundária e terciária. O autor destaca que para que o nível primário de atenção seja alcançado é preciso que esse modelo seja substituído por outro que considere a influência de vários outros aspectos na constituição do processo saúde e doença.

Segundo Vilela e Mendes (2000), o Modelo Biomédico tornou-se um dogma e dessa forma foi incorporado ao sistema de crenças culturais. Contudo, ele pode ser suplantado por outro modelo que compreenda a saúde como um conceito holístico e ecológico, sendo necessário para isso o reconhecimento das limitações do Modelo Biomédico, mudanças severas na conceituação das ciências médicas e um processo de reeducação da população. Vê-se dessa forma que as autoras propõem a substituição de um modelo de saúde mecanicista, que vê a saúde apenas como ausência de doença, por uma concepção que entenda a doença como interação e interdependência de vários fatores.

No final do século XX, com a alta incidência de doenças crônicas e a comprovação de que os estilos de vida e componentes pessoais e sociais interferem na saúde física, houve a necessidade de uma abordagem mais abrangente dos determinantes da saúde, voltada para os aspectos interacional e biopsicossocial (ENUMO, 2003).

Para Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), saúde relaciona-se com a produção de vida na medida em que favorece os aspectos orgânicos, comportamentais e sociais, ou seja, as condições físicas, psicológicas e sociais que constituem o ser humano como um ser biopsicossocial.

Engel (1977 apud STROEBE; STROEBE, 1995) foi quem propôs a substituição do modelo de atuação Biomédico, que ignora a integração de fatores na ocorrência da patologia, pelo Modelo Biopsicossocial, que entende a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais como determinantes no processo saúde e doença.

O objetivo do conhecimento dos processos psicossociais e sócio-culturais em saúde não é facilitar a relação médico-paciente ou a gestão das instituições, como acontecia anteriormente, mas proporcionar uma ação integral no atendimento prestado à população (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Segundo Vilela e Mendes (2000), a assistência oferecida à saúde também é orientada pela concepção de saúde e doença, sendo a saúde individual e os

sistemas sociais interdependentes. Para as autoras, os programas de manutenção e promoção da saúde deveriam pertencer à categoria de “assistência social à saúde”, sendo a educação e políticas para a saúde seus componentes fundamentais.

Para ilustrar o quanto as concepções de saúde e doença influenciam na formação do modelo assistencial de saúde, Vilela e Mendes (2000) referem-se a um estudo sobre crenças subjacentes à instituição, feito na Inglaterra nos anos 1980. De acordo com o estudo, o modelo médico de saúde é embasado nessas crenças. Na época, o conceito de saúde na Inglaterra relacionava-se diretamente ao conhecimento da doença. A saúde só poderia ser alcançada com a eliminação da doença, ou seja, saúde era entendida como o fato de não estar doente.

Dessa forma, a procura por doenças era estimulada a fim de erradicá-las. Conforme destaca Wilson (1984 apud Vilela e Mendes, 2000, p. 47): “Um sistema de medicina fundado sobre o conceito de doença não produz saúde: consegue apenas descobrir mais doenças e criar necessidades a que supostamente deve atender”.

Esse fato acarreta altos custos ao sistema público de saúde, visto que modelo médico que prioriza a doença não produz saúde, apenas aumenta a demanda de atendimentos, que muitas vezes não consegue ser suprida. Podemos entender então que, as crenças e valores socialmente construídos sobre saúde e doença modelam o estilo de assistência à saúde.

Vilela e Mendes (2000) concordam que para enfrentar a crise na estrutura do sistema de saúde é fundamental que o Modelo Biomédico seja substituído por outro modelo mais abrangente. Para alcançar essa mudança é preciso que primeiro sejam modificadas as concepções de saúde e doença e assim, o modelo de assistência seja reorientado.

O modelo de assistência tem se embasado na concepção negativa de saúde. No entendimento da saúde como ausência de doença. Esse modelo se reduz aos aspectos biológicos, considerando apenas o individualismo sem se preocupar com questões sociais. De acordo com Vilela e Mendes (2000), tal concepção negativista orienta a prática sanitária apenas à prestação de serviços médicos, considerando

que, se a população é bem servida, ela possui saúde. Como sabemos, a saúde não é garantida apenas pelo fornecimento desses serviços.

A mudança de uma concepção negativa de saúde para uma visão positiva é um processo lento de maturação social que envolve transformações no sistema de crenças que fundamenta tal concepção. A visão positiva traz uma nova prática sanitária, a “vigilância da saúde”. Nessa perspectiva, a saúde é entendida como resultado de vários fatores integrados que proporcionam as condições de vida do indivíduo, como educação, habitação, emprego, renda, serviços de saneamento básico e saúde, entre outros (VILELA; MENDES, 2000).

Segundo Almeida Filho (2000), a partir dos anos 1970, surgiu um movimento científico que buscava restabelecer a saúde como objeto de estudo. Esse movimento tem sido reforçado com as críticas às práticas assistenciais individualistas em saúde, ao direcionamento do tratamento à cura de doenças, aos altos custos e à baixa efetividade dos atendimentos. Assim, procura-se priorizar a promoção da saúde e não apenas a cura de doenças. Alguns novos conceitos têm surgido como a vigilância em saúde e políticas públicas saudáveis. Isso proporciona o que tem sido chamado de visão positiva da saúde, rompendo com concepções negativistas e iniciando um movimento no sentido de reorientar as políticas de saúde. O que mais uma vez reforça a noção de que as concepções de saúde direcionam a assistência prática prestada à população.

Vilela e Mendes (2000) propõem que a prestação de serviços em saúde não deve alcançar apenas as pessoas que os procuram, mas também aquelas pessoas que ainda não adoeceram ou que estão sob o risco de adoecer. O nível de saúde da população irá melhorar quando existirem programas não apenas de tratamento das doenças, mas de sua prevenção e consequente promoção de saúde. Contudo, as autoras destacam que, para alcançar esse nível é de fundamental importância que os profissionais da saúde tenham um entendimento maior do processo saúde e doença, compreendam e envolvam as pessoas de uma forma mais abrangente.

Almeida Filho e Jucá (2002) enfatizam a idéia de que as condutas dos profissionais de saúde são orientadas segundo suas experiências diárias

culturalmente construídas e por suas concepções do processo saúde e doença. Por isso, ressaltam que, para satisfazer as reais necessidades da população atendida, é preciso considerar principalmente o que essa população entende por saúde e doença.

Maranhão (2000) fez um estudo sobre o processo saúde e doença com educadores infantis de uma creche e verificou que para os educadores, o adoecimento das crianças ocorre por motivos que são externos à instituição como os cuidados da família, as condições da água ingerida, as variações climáticas, por exemplo. Esse fato, segundo a autora dificulta a avaliação dos profissionais sobre a qualidade do seu próprio trabalho e sobre sua influência na manutenção da saúde das crianças. Ela detectou também uma grande associação entre saúde e limpeza. Os educadores entendem que criança saudável é criança limpa. Segundo Maranhão (2000), dessa forma, os educadores acabam dificultando etapas naturais do desenvolvimento infantil ao evitar que a criança brinque na terra, fique no chão, se suje, etc. Os educadores consideram também que as crianças não deveriam estar na creche, mas sendo cuidadas por suas famílias.

Maranhão (2000) conclui destacando que os cuidados são realizados muitas vezes de acordo com as necessidades dos adultos e não conforme o que as crianças realmente precisam. A orientação dos cuidados visa à diminuição da ansiedade dos educadores, tranquilizar a equipe e a expressão da intenção de cuidar bem, em detrimento das necessidades reais das crianças. Podemos perceber, dessa forma, que o entendimento de saúde de acordo com a forma como a população atendida a vê, segundo sua faixa etária e suas reais necessidades, é fundamental para que sejam planejadas intervenções que alcancem seus reais objetivos.

Rodrigues e Figueiredo (2003, p. 119) destacam também que as concepções de saúde e doença embasam a forma de atendimento prestado à população. “Ao se observarem os tipos de tratamento propostos, percebe-se que estes têm como base não o doente, mas a doença, transformando a pessoa doente em uma questão técnica a ser resolvida”.

Os autores comentam ainda que a formação dos profissionais da saúde os direciona para competência técnica e para lógica objetiva, desconsiderando o que o paciente pensa e ignorando a sensibilidade social. Para evitar a separação entre corpo e aspectos psicossociais, eles sugerem a integralidade das ações em saúde.

No que diz respeito ao conceito de saúde, Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) afirmam que ele assume várias formas ao longo dos tempos, não existe uma unidade no conceito. As autoras definem saúde segundo a noção da integralidade.

Assim, quando a saúde é definida como uma questão integral, plural, na ânsia de integrar, de tornar o sujeito indivisível, completo, não se está agindo sobre o indivíduo, mas sobre a relação, as ações que ele estabelece consigo e com os outros em termos de cuidados e de atenção integral. (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p. 264).

Sendo assim, saúde deve ser vista não apenas como ausência de doença, mas como uma questão integral, plural e coletiva.

Assis, Villa e Nascimento (2003) reafirmam a necessidade de um novo modelo, que dê prioridade à promoção da saúde ao mesmo tempo em que alcance a demanda de atendimentos às doenças. Esse modelo deverá incorporar os determinantes sociais do processo saúde e doença, proporcionando uma ação integral às necessidades da população e redefinindo a saúde como bem público.

Adotando a visão de saúde e doença como um conceito integral, Oliveira e Bastos (2000) propõem que esse processo só pode ser compreendido levando-se em consideração os valores e costumes sobre as enfermidades, a cultura e forma de organização da sociedade. É preciso entender como as pessoas constroem suas preocupações com a saúde e quais suas crenças referentes a isso.

Para Rosa (2003), a doença é um fenômeno universal, mas que ocorre de forma única em cada pessoa. O modo como ela é percebida, o significado que seu portador lhe atribui, assim como o que a sociedade dá a tal fato, influenciam a recuperação e permeiam toda vida futura dessa pessoa. De acordo com Cardoso (2002), os componentes emocionais e sociais manifestam-se na doença e na

fantasia que o paciente tem dela, isto pode afetar tanto seus sentimentos em relação a si mesmo quanto suas relações interpessoais.

Os aspectos sociais têm grande influência na forma de perceber a doença. Segundo Oliveira e Bastos (2000), nas classes sociais de menor renda, a doença é vista como algo incapacitante porque dificulta o trabalho que é o sustento da família. Os profissionais são procurados conforme a gravidade do problema, geralmente apenas em caso de doenças crônicas e acidentes. Esse grupo da população tende a atribuir as causas da patologia a fatores ambientais. Já na classe média, há certo planejamento da saúde e predomínio de ações preventivas. Essas pessoas geralmente constroem os sentidos dos sintomas levando em consideração os aspectos psicológicos envolvidos na doença.

Coelho e Almeida Filho (2000) afirmam também que os padrões de saúde e doença variam em sociedades diferentes de acordo com a subcultura e a posição sócio-econômica de quem produz esses padrões. Para exemplificar, comentam que o entendimento de saúde e doença para uma pessoa que está doente é diferente da visão de um médico sobre esses mesmos fenômenos.

Martin e Angelo (1998), em um estudo sobre o significado do conceito de saúde para famílias em situação de risco social e pessoal, verificaram que, por se tratar de pessoas vivendo em situação de pobreza (o que as autoras consideram risco pessoal e social), o simples fato da família ter o que comer foi um item bastante freqüente no sentido dado à saúde para essa população. Outro aspecto relevante relaciona-se ao cuidado com a saúde. As principais representantes da família no estudo foram as mães, quando questionadas sobre a forma de cuidar da saúde elas relataram como condição fundamental para o cuidado, o ato de proporcionar uma boa alimentação à família. As autoras concluem o trabalho dizendo que a assistência a essas famílias não pode ser realizada sem que se leve em consideração seus aspectos sócio-econômicos, suas crenças e práticas em saúde.

Conforme Vieira e Castiel (2003, p.82), “Os processos acerca da saúde/doença envolvem movimentos de resistência, reestruturação e mudança de hábitos na vida das pessoas”. Esses movimentos são construídos durante toda vida,

baseados em experiências e crenças o que os torna difíceis de serem modificados. Faz-se necessário investigar a percepção do paciente sobre sua doença através do seu discurso, da narração de suas experiências, buscar compreender o significado que dá a essas vivências para então entender sua visão sobre saúde e doença.

De acordo com Silva et al. (1998), o ser humano é agente ativo no processo saúde e doença, pois tal processo está intimamente relacionado ao estilo de vida, aos alimentos ingeridos e a vida produtiva. É importante, desta forma, conhecer o que as pessoas entendem por saúde e doença para buscar sensibilizá-las sobre a necessidade de analisar e modificar seus comportamentos tornando-os mais saudáveis.

Stroebe e Stroebe (1995) afirmam que as pessoas devem ser sensibilizadas para o fato de que hábitos saudáveis não apenas prolongam a vida, mas garantem a manutenção por mais tempo da boa forma, da vida ativa e adiam o aparecimento de doenças crônicas. Enfatizam ainda que a incorporação de bons hábitos de saúde proporciona um envelhecimento saudável e evita mortes precoces.

Saúde pode ser entendida então como um contínuo agir da pessoa, sua forma de interagir no plano biológico, psicológico e social, sua possibilidade de criar e transformar o que precisa ser modificado. A saúde implica em ações que levem o indivíduo a ter uma vida mais saudável e com melhor qualidade (BRÊTAS, 2002).

Doenças crônicas como a Hipertensão Arterial (HA) e o diabetes acarretam a necessidade de sérias mudanças nos hábitos alimentares e nos hábitos de vida. A sensibilização dos seus portadores para esses cuidados, envolve principalmente a compreensão dos sentidos que eles conferem ao processo saúde e doença. No próximo item serão abordadas algumas considerações sobre a HA e o diabetes.

2.2 Algumas Considerações Sobre Hipertensão Arterial e Diabetes

Segundo Rezende, Sampaio e Ishitani (2004), a queda nas taxas de mortalidade e fecundidade tem gerado transformações na estrutura populacional. Com isso, a incidência e a prevalência de doenças, assim como as principais causas de morte, também foram modificadas. As doenças infecto-parasitárias que tinham maior incidência principalmente entre a população infantil, dão agora lugar de destaque às doenças crônico-degenerativas, que apresentam maior incidência entre os adultos e idosos, e às doenças relacionadas ao estilo de vida.

Para Melo et al. (1991), essa modificação no perfil de doenças da população é decorrente do aumento da expectativa de vida em função da industrialização e melhorias nos serviços de saúde prestados à população.

Vieira e Castiel (2003) destacam que com a queda da natalidade, da ocorrência de doenças infecto-contagiosas e o decorrente aumento na expectativa de vida, houve o envelhecimento da população e aumento das morbidades por doenças crônico-degenerativas.

De acordo com Toscano (2004), na atualidade, as doenças não-transmissíveis correspondem a 45% do total de doenças no mundo todo. Estima-se que as doenças crônicas não-transmissíveis chegarão a dois terços dos casos de doenças em 2020. A autora afirma também que o perfil de risco para doenças crônicas estabelecido na atualidade deriva das transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais que ocorreram no século passado.

Segundo Santos e Sebastiani (1998), atualmente existem no Brasil cerca de 25 milhões de pessoas com doenças crônicas, ou seja, pessoas que têm algum tipo de doença incurável. Para Marcopito et al. (2005), as principais causas de morte nas áreas urbanas brasileiras são as doenças crônicas não-transmissíveis e seus agravos.

Para Santos e Sebastiani (1998), a doença crônica engloba muitas perdas. A perda do interesse pelo mundo, pela realização de atividades, perda da auto-estima,

autonomia e da independência como consequência de não ter mais um corpo saudável. A doença torna o futuro do seu portador incerto, ela pode ser vista por ele como uma agressão. A aceitação dessa condição é lenta e pode ser abalada a cada nova perda. Conforme afirma Maciel (2002), a relação do paciente com seu corpo é alterada, as perdas sofridas acarretam danos às atividades físicas e sociais, além de prejuízos orgânicos.

As doenças crônicas exigem tratamento prolongado e controlado, custos econômicos e sociais elevados e podem acarretar redução na qualidade de vida (VIEIRA; CASTIEL, 2003). Atualmente, doenças crônico-degenerativas de grande impacto na população são as cardiovasculares. Elas representam o principal grupo causador de mortes no Brasil. No ano de 1990, esse grupo foi responsável por mais da metade dos óbitos entre idosos. Em 1998, ocasionou 32% do total de mortes no Brasil (GUS et al., 2004).

Um dos principais fatores de risco ligado a grande ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares é a Hipertensão Arterial (HA). Ela chega a ser a causadora de 65% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (GUS et al., 2004; SANTOS; SILVA, 2002).

De acordo com Simonete, Batista e Carvalho (2002), a HA é uma das doenças mais comuns no mundo atualmente, atingindo cerca de 15 a 20% da população mundial adulta. Aproximadamente 12 milhões de brasileiros têm HA. Essa doença tem sido caracterizada como a mais freqüente na população.

Segundo Toscano (2004), a prevalência da HA é alta principalmente entre os idosos. Alguns estudos realizados no Brasil estimam a prevalência da HA entre 40 e 50% dos adultos com mais de 40 anos. Estima-se também que cerca de 40% dos acidentes encefálicos e 25% dos infartos em pessoas com HA poderiam ter sido evitados. Grande parte das pessoas que são portadoras de HA não sabe do seu diagnóstico e boa parte dos que conhecem seu diagnóstico não recebe tratamento adequado.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004), a HA é caracterizada pela elevação da pressão arterial (PA) a níveis iguais ou maiores que 140/90 (mmHg), sendo confirmada essa medida por dois meses consecutivos. Para a realização do diagnóstico dessa doença, são levados em conta os níveis pressóricos, presença de co-morbidades como o diabetes, fatores de risco e lesões em órgãos-alvo.

Os fatores de risco para a HA, de acordo com Santos e Silva (2002), são de duas classes, os constitucionais e os ambientais. Os constitucionais referem-se à idade, raça, hereditariedade, obesidade e co-morbidades. A prevalência aumenta com o envelhecimento, a ocorrência é mais comum entre os 60 e 70 anos. Nas mulheres, é mais freqüente após os 55 anos devido à perda da proteção do estrogênio ocasionada pelo processo da menopausa. Os autores destacam que as pessoas de raça negra são mais propensas a desenvolverem a doença e com maiores complicações do que as de raça branca. Contudo, Cunha (2003) estudou a relação existente entre raça, etnia e o processo saúde-doença-morte e observou que alguns trabalhos científicos têm publicado a existência de doenças consideradas raciais. Ou seja, algumas doenças ocorreriam exclusivamente, ou com mais freqüência, em certos grupos étnicos, principalmente em função da sua predisposição biológica. A autora cita como exemplo o diabetes tipo II que, segundo alguns estudos, tem 9% a mais de chances de acometer homens negros do que brancos, já para as mulheres negras, a probabilidade de ter essa doença é 50% a mais do que para as brancas. Também apontam que as doenças cardíacas e a HA são mais prevalentes em negros, principalmente em mulheres.

Cunha (2003) ressalta que por mais que se reconheça o componente biológico envolvido no conceito de raça, não se pode entendê-lo de modo determinista. Sendo assim, ela sugere que o conceito de etnia seria mais adequado para entender o processo saúde-doença-morte, pois, além da condição biológica, ele incorpora aspectos relacionados às condições socioeconômicas e culturais das pessoas.

Portanto, entende-se o processo saúde-doença-morte não somente condicionado por fatores biológicos, mas, também, dependente dos processos sociais concretos que vão formando grupos populacionais

diferenciados quanto às condições de vida, que, por sua vez, geram padrões patológicos particulares (CUNHA, 2003, p. 241).

Desta forma, entende-se que os aspectos genéticos são apenas condicionantes e não determinantes do processo saúde e doença. Outros aspectos devem ser considerados, como por exemplo, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento de doenças que ocorrem em função de condições socioeconômicas desfavoráveis.

A outra classe dos fatores de risco envolve os de ordem ambiental, modificáveis. Esses incluem a ingestão de sal, gorduras e álcool, além do tabagismo, sedentarismo e o estresse (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004).

Segundo Santos e Silva (2002), a HA é assintomática e multifatorial, podendo trazer sérios danos ao organismo se não tratada adequadamente. Os órgãos mais afetados são o coração, os rins e o sistema nervoso. Uma pesquisa realizada por Simonete, Batista e Carvalho (2002) com pacientes portadores de HA internados revelou que 100% deles apresentavam algum tipo de complicações nos órgãos-alvo. Sendo que 43,8% dessa população apresentou comprometimento no cérebro, 34,3% no coração e no cérebro, 18,8% no coração e 3,1% nos rins e no cérebro.

De acordo com Lima, Bucher e Lima (2004), o tratamento médico da HA é constituído pelo uso da medicação prescrita, e por práticas que diminuam os fatores de risco. Os tratamentos farmacológico e não farmacológico visam à prevenção da morbidade e mortalidade através da redução dos níveis da pressão e suas complicações. Porém, conforme Simonetti, Batista e Carvalho (2002), a falta de adesão ao tratamento ocorre em cerca de 40% dos casos e é um grande problema para o controle da HA.

Péres, Magna e Viana (2003) desenvolveram uma pesquisa sobre as atitudes, crenças, pensamentos e práticas dos pacientes e, demonstraram que a não adesão ao tratamento é favorecida pela natureza assintomática da doença e pelo fato de seus portadores desconhecerem os riscos do não controle da PA. Os resultados mostram que, dos 32 pacientes entrevistados, 41% não sabia definir HA e

40% afirmavam que, para haver um controle efetivo da pressão, são necessárias mudanças nos hábitos alimentares e de vida com prática de ginástica e caminhadas. Entretanto, apenas 17% referiam mudanças na alimentação e 11% nos hábitos de vida. No que se refere ao comportamento frente à elevação da PA, 42% dos entrevistados afirmavam fazer uso dos medicamentos prescritos e freqüentar o tratamento com profissional da saúde, sendo citado apenas o médico.

Noblat et al. (2004) afirmam que os riscos da HA são maiores nos homens do que nas mulheres. Ao desenvolverem uma pesquisa sobre as complicações da HA em homens e mulheres que fazem tratamento ambulatorial, os autores perceberam que 70% dos participantes eram mulheres e que elas usavam com maior freqüência os medicamentos anti-hipertensivos e sabiam do diagnóstico há mais tempo do que os homens. As mulheres também apresentaram maior conscientização em relação aos cuidados com a saúde e maior adesão ao tratamento. Quanto às complicações da HA, o estudo mostrou que 47,2% dos homens e 42,3% das mulheres apresentavam pelo menos uma das complicações da HA.

Quando se aborda as diferenças no cuidado com a saúde entre homens e mulheres é interessante destacar estudos referentes às diferenças de gênero. Segundo Heilborn (2003, p.200), “Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo”. Os comportamentos sociais não são modulados apenas pela natureza, mas também pela socialização dos corpos. A cultura humaniza as espécies de formas variadas de acordo com cada sociedade e época. Ela transforma corpos sexuados em corpos socializados e assim lhes confere sentidos diversos. “Contudo, é usual conceber, no senso comum, que as condutas que homens e mulheres ostentam advêm da dimensão natural inscrita em seus corpos” (Heilborn, 2003, p.200).

A percepção do corpo e da necessidade de cuidar da saúde são influenciadas diretamente pelas relações de gênero. Heilborn (2003) também destaca que os homens tendem a cuidar menos da saúde do que as mulheres. Uma explicação para esse fato foi dada por Schraiber, Gomes e Couto (2005), ao afirmarem que a valorização do corpo no sentido de saúde e o cuidar de si não são aspectos presentes, na maioria das vezes, na socialização dos homens.

Em sociedades que equiparam poder, sucesso e força com características masculinas, os homens buscam no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade. Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que predispõem a doenças, lesões e mortes (SCHRAIBER; GOMES ; COUTO, 2005, p.10).

Entende-se dessa forma que as questões de gênero são fundamentais para compreensão das diferentes formas como homens e mulheres percebem seus corpos e cuidam de sua saúde.

Conforme Simonete, Batista e Carvalho (2004), a falta de adesão tem sido o maior entrave nos tratamentos, chegando a acontecer em 40% dos casos. Aumentar a adesão dos usuários tem sido um dos grandes desafios dos serviços de saúde.

Segundo Péres, Magna e Viana (2003), a forma de tratamento mais freqüente ao se saber da condição de portador de HA é o atendimento médico e o uso de anti-hipertensivos. Vieira e Castiel (2003) destacam que grande parte dos portadores de hipertensão não tem orientações sobre essa doença ou apoio de outros profissionais sobre as formas de controle que não pelo uso da medicação.

Gus et al. (2004) evidenciaram, por meio de um estudo com portadores de HA no Rio Grande do Sul, que os programas de controle da HA não estão apresentando resultados satisfatórios e que isso se constitui um desafio ao sistema de saúde. Os autores sugerem que novos estudos sejam realizados com o intuito de detectar os motivos do não êxito no tratamento, incluindo a análise da eficácia dos programas terapêuticos e a conduta dos profissionais frente a esse grupo de pessoas. Com isso, ressaltam que a identificação e o controle da HA devem ser prioridades nacionais em Saúde Pública.

Segundo Vieira (2003), percebe-se na literatura que os programas destinados ao portador de hipertensão priorizam o atendimento médico, talvez porque a indústria dos medicamentos favorece a idéia de que os remédios são a melhor e mais rápida forma de solucionar os problemas de saúde. Raramente, tais programas

contam com a participação de outros profissionais além do médico. Quando esses fazem parte do programa, na maioria das vezes, segundo o autor, dedicam-se a levar informações aos pacientes sem buscar o que eles já conhecem sobre a sua condição ou verificar quais as suas necessidades, esse pode ser o grande problema da não adesão ao tratamento. O autor propõe que uma reflexão profunda sobre os danos da hipertensão à Saúde Pública e à economia deve ser o fator mobilizador para que sejam elaborados e executados programas de intervenção em longo prazo. Estes programas devem visar à prevenção primária, detecção precoce e o controle adequado da HA.

Nesta perspectiva, Magna e Viana (2003) ressaltam que o tratamento da HA precisa ter como base o processo educativo. Este processo deve envolver uma abordagem interdisciplinar da doença, o conhecimento das atitudes e crenças do usuário sobre ela, o estímulo à participação ativa deste em seu tratamento, o favorecimento de uma comunicação eficiente entre profissional e usuário, o trabalho com os aspectos cognitivos e psicossociais dos portadores, além da busca em integrar sua família ao tratamento. Percebe-se assim, que os programas devem ter em seus objetivos a procura de se compreender os sentidos de saúde e doença para seus usuários e, baseados nisso, desenvolver meios pelos quais os usuários sintam-se motivados a realizarem o tratamento.

Um outro aspecto importante a se destacar é que a freqüência da HA é muito comum em portadores de Diabetes Mellitus (DM), e essa co-morbidade representa um agravo ao quadro, conforme afirmam Santos e Silva (2002). Toscano (2004) concorda que essa associação é bastante comum e destaca que ela representa um risco maior ao desenvolvimento e complicações macrovasculares. Para essa autora: “O Diabetes *Mellitus* é uma disfunção metabólica de múltipla etiologia, caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos”. (TOSCANO, 2004, p.886).

Vilar e Abdon (2004) destacam que o DM é na atualidade um dos problemas de saúde mais sérios, principalmente em função do número de pessoas que afeta, das incapacidades e mortes prematuras que provoca, além dos elevados gastos que acarreta. Segundo os autores, as formas mais freqüentes dessa doença são o DM

tipo 1 e o DM tipo 2, que eram conhecidos anteriormente como diabetes insulino-dependente e diabetes não-insulino-dependente, respectivamente.

O DM tipo 1 é responsável por cerca de 10% dos casos da doença que ocorrem mundialmente. Ele acomete predominantemente crianças e adolescentes e é resultado da destruição das células beta do pâncreas, frequentemente por um processo auto-imune. O tratamento desse tipo de diabetes obrigatoriamente requer o uso de insulina. O DM tipo 2 é bem mais freqüente, chegando a ocorrer em cerca de 80 a 90% de todos os casos. Geralmente, tende a se desenvolver após os 40 anos de idade e em pessoas obesas. Suas principais causas são "...uma resistência periférica à ação insulínica, associada a uma deficiente secreção de insulina pelo pâncreas e a um aumento da produção hepática de glicose"(VILAR; ABDON, 2004, p. 552). Inicialmente o tratamento desse tipo de diabetes pode envolver o uso de medicamentos, contudo, apenas 30% dos pacientes continuam necessitando de insulinoterapia.

Toscano (2004) também ressalta que o diabetes pode acarretar perda na qualidade de vida e trazer altos custos ao sistema de saúde. Ele também é uma das causas de doenças cardiovasculares, coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. O diabetes pode causar complicações micro e macrovasculares.

Em um estudo sobre as causas múltiplas de morte em pacientes com diabetes, Melo et al. (1991) demonstraram que, no que se refere às causas associadas à morte em atestados de óbito com menção ao diabetes, a HA foi a causa mais freqüente, aparecendo em 15,5% dos casos.

De acordo com Gambá et al. (2004), o diabetes também tem sido considerado um problema de saúde pública no Brasil. Essa doença acarreta sérias seqüelas de incapacidade como a retinopatia diabética, cegueira, insuficiência renal, amputações, entre outras. A taxa de mortalidade causada por ela também tem sido alta. Gambá et al. (2004) ainda afirmam que, em 1995, nos EUA, cerca de 10% das pessoas portadoras de diabetes necessitaram de amputação de algum membro das extremidades inferiores. Aproximadamente, 85% das amputações em pessoas com diabetes ocorrem nas extremidades. Os hábitos de vida prejudiciais à saúde, o

tempo de duração do tratamento do diabetes, características sócio-demográficas, ambientais e a falta de acesso aos serviços de saúde são fatores de risco para amputação. Esse procedimento médico tem ocorrido com maior freqüência nos últimos anos.

O diabetes *Mellitus* atingia cerca de 4% da população mundial adulta, em 1995. Estima-se que aproximadamente 5,4% da população será atingida por essa doença em 2025, chegando a um total de aproximadamente 300 milhões de portadores. O aumento de sua incidência relaciona-se às modificações no estilo de vida e no ambiente, ocasionadas pela industrialização. Essas mudanças envolvem o sedentarismo, a obesidade, dietas ricas em calorias e gorduras (TOSCANO, 2004).

Em 1988, foi realizado no Brasil um estudo sobre a prevalência do diabetes *Mellitus*, em nove capitais. A prevalência estimada da doença oscilou entre 5,2% e 9,7% da população, sendo maior principalmente na região sul e sudeste. Nas faixas etárias entre 30-39 e 60-69 anos, a prevalência do diabetes oscilou entre 3% a 17% respectivamente (TOSCANO, 2004).

Toscano (2004) relata que em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, das pessoas que vivem com diabetes, após 15 anos de doença, 2% apresentarão cegueira, 10% deficiência visual grave, cerca de 30% a 45% retinopatia, 10% a 20% nefropatia, 20% a 35% alguma doença cardiovascular.

Costa et al. (2006) também ressaltam que o diabetes está entre as doenças crônicas não-transmissíveis de maior ocorrência. Segundo eles, sua prevalência no Brasil tem sido estimada em torno de 8% da população entre 30 a 69 anos. Destacam ainda que um dos agravantes é que, a metade das pessoas que tem essa doença não conhece sua condição, como o que acontece com as pessoas que vivem com HA.

De acordo com Melo et al. (1987), em um estudo feito em Recife em 1984, o diabetes foi considerado a décima causa de morte. Em estudos sobre a prevalência dessa doença no Brasil, em 1989, cerca de 43,7% dos homens residentes nesse município eram portadores de diabetes e desconheciam seu diagnóstico.

Aproximadamente 20,3% das mulheres também não sabiam ser portadoras da doença.

O diabetes envolve altos gastos para o sistema de saúde. Segundo Toscano (2004), gasta-se cerca de duas ou três vezes mais no cuidado de pessoas que têm diabetes se comparado com os que não tem. No mundo todo, aproximadamente 2,5% a 15% dos gastos com saúde são direcionados ao tratamento do diabetes, conforme sua prevalência, local e a complexidade do tratamento.

Fatores importantes na prevenção e no controle da HA e do diabetes têm sido destacados como mudanças no estilo de vida que englobe alteração da dieta e combate ao sedentarismo. Por serem doenças assintomáticas e que necessitam fundamentalmente de mudanças no estilo de vida, a HA e o diabetes têm se destacado como doenças que apresentam grande dificuldade na adesão ao tratamento (TOSCANO, 2004).

De acordo com Lima, Bucher e Lima (2004), a adesão a comportamentos saudáveis é dificultada pela preferência das pessoas às práticas que lhes causam prazer como, por exemplo, comida farta, excesso de tempero, sedentarismo, fumo, bebidas alcoólicas, entre outros. Os hábitos alimentares comuns na vida das pessoas e as dificuldades econômicas que impedem a compra de alimentos adequados também influenciam na adesão a comportamentos alimentares saudáveis.

Lima (2005), ao estudar as representações sociais de saúde e doença para pessoas que vivem com DM verificou que os sentidos de saúde para as pessoas entrevistadas ligam-se com freqüência ao fato de “não sentir nada”, ou seja, não apresentar sintomas. Da mesma forma, os sentidos dados à doença se relacionam a presença de dor e mal estar.

Pelo relato dos participantes, pode-se identificar que aquilo que não é visto não está doente, conceito esse que dificulta a possibilidade de programas de prevenção quando ainda não existem manifestações visíveis, ou sentidas como desconforto (LIMA, 2005, p.63).

A autora destaca dessa forma que a dificuldade de adesão ao tratamento pode ocorrer em função de que, para essas pessoas, o cuidar só é visto como necessário quando se tem a percepção física da doença. Como o DM, geralmente, tem sintomas pouco perceptíveis, não há uma mobilização para a necessidade do cuidar.

Péres, Magna e Viana (2003) destacam que a motivação para mudar os estilos de vida geralmente é afetada pela desesperança, tristeza e depressão, sentimentos esses característicos das perdas sociais, emocionais e físicas que ocorrem com pessoas portadoras de doenças crônicas. Cardoso (2002) afirma que a doença traz alterações na forma do indivíduo perceber a si mesmo, sua auto-estima, suas relações com o mundo e a sua integridade pessoal.

Vilela e Mendes (2000) destacam que para que as propostas de intervenção em saúde sejam mais efetivas elas devem desenvolver um entendimento maior do processo saúde e doença, compreender como a pessoa vê esse processo e assim buscar incluí-la de forma mais abrangente em seu tratamento.

Uma forma de compreender como as pessoas conhecem a doença tem sido o estudo das representações sociais de saúde e doença. Segundo Enumo (2003), esses estudos enfatizam o contexto social e suas implicações na construção do sentido dado à saúde e à doença. A eficácia dos tratamentos e dos programas de intervenção em saúde depende do reconhecimento e da valorização do conhecimento das pessoas a quem se presta o serviço. Sendo assim, faz-se necessário estudar as representações sociais de saúde e doença quando se fala em proposta de intervenção frente a essas questões. Abordaremos então, algumas reflexões sobre as representações sociais.

2.3 Reflexões sobre a Representação Social

O Modelo Biopsicossocial compreende várias teorias que enfatizam fatores genéticos e sociais, além das crenças dos pacientes e dos profissionais na compreensão do processo saúde e doença. Dentre elas, Enomo (2003) destaca os modelos de cognição social, as crenças em saúde, a teoria da motivação e a teoria das representações sociais.

Farr (1999) propõe que a teoria da representação social seja vista como uma forma sociológica de Psicologia social. Ele destaca sua criação por Serge Moscovici, na Europa, com o estudo *La psychanalyse: son image et son public*. A criação dessa teoria tem como base os estudos dos fundadores das Ciências Sociais na França. Durkheim foi quem exerceu maior influência em seu trabalho. Segundo Farr (1999), Durkheim foi também o sociólogo que mais demonstrou hostilidade à Psicologia. Ele se opôs à Psicologia do indivíduo, ou seja, ao estudo das representações individuais.

Minayo (1999), ao abordar como a representação social é conceituada por diferentes autores da sociologia clássica, afirma que para Durkheim esse conceito envolve “[...] categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade.” (p.90). Essas categorias são ligadas a fatos sociais ao mesmo tempo em que transformam tais fatos. As representações são classificadas por Durkheim como um grupo de fenômenos reais com propriedades e comportamentos específicos.

Mendonça e Pontes (2002) apontam Durkheim como o primeiro sociólogo a estudar as representações coletivas. Para Durkheim, as representações seriam uma forma de tradução do modo de pensar do grupo em suas relações. Elas ligam-se às experiências vivenciadas ao longo das gerações. Assim, definidas como fato social, eram vistas como entidades exteriores às pessoas e com caráter coercitivo aplicado às consciências individuais. O pensamento social teria prioridade sobre o individual. As representações coletivas não eram vistas apenas como a soma das representações da sociedade, mas também como algo que se impunha aos seus componentes.

Minayo (1999) destaca que nem sempre as pessoas têm consciência das representações porque, para Durkheim "[...] é a sociedade que pensa." (p.90). As representações preservam as características do local onde nasceram, mas também possuem vida independente, o que permite que se misturem, se reproduzam e gerem novas representações. Algumas representações exercem maior coerção para atuação em certo sentido. As que mais se destacam são a moral, a religião e as representações históricas que envolvem as categorias de espaço, personalidade e tempo.

Duven (2003, p.14) ao falar sobre as representações coletivas, destaca que: "Seu poder de obrigar, ajuda a integrar e a conservar a sociedade. De fato, é em parte essa capacidade de manter e conservar o todo social que dá às representações coletivas seu caráter sagrado". Dessa forma, as representações buscam fazer com que a sociedade se mantenha coesa, sem a ameaça de uma possível fragmentação.

Brito e Catrib (2004) também argumentam que Moscovici retoma e remodela o conceito de Durkheim de representação coletiva, baseado nos estudos de Piaget sobre a representação da criança e nos trabalhos de Freud sobre a sexualidade infantil. Destacam que, para Moscovici, as representações enfatizam os aspectos simbólicos da realidade social, além de favorecer o diálogo entre o social e o individual.

O conceito de Durkheim de representações coletivas, no entendimento de Mendonça e Pontes (2002), se aplicava melhor às sociedades menos complexas. A teoria das representações sociais de Moscovici era mais voltada para sociedades modernas nas quais, ele procurou trabalhar a estrutura social e a pessoa como sendo elementos que se influenciam reciprocamente. Isso deu maior ênfase à pessoa, do que à estrutura social, ressaltando seu caráter ativo na construção das representações.

Duvenn (2003, p.15), ao falar sobre as diferenças entre representações sociais e coletivas, aborda o pensamento de Moscovici:

Ao contrário, a partir dessa perspectiva, é a construção dessas representações que deve ser discutida, daí sua insistência, tanto em discutir um fenômeno que antes era visto como um conceito, como em enfatizar o caráter dinâmico das representações, contra seu caráter estático de representações coletivas da formulação de Durkheim.

Sá (1996, p.50) destaca que “De certo modo, portanto, as Representações Coletivas ou Hegemônicas fazem parte da teoria geral das Representações Sociais, mesmo que não sejam por elas explicadas”. No entanto, o autor destaca que as representações coletivas não são um problema para teoria das representações sociais. Essa última modifica o objeto de estudo para a forma com que as representações aparecem no cotidiano das sociedades modernas.

A ciência, para Moscovici, é uma fonte rica de representação social. Farr (1999) destaca que ele modernizou a ciência ao substituir as representações coletivas por representações sociais. Moscovici não estudou a ciência em si, mas sua representação social. Sua teoria não busca compreender o universo da pesquisa científica, mas investiga as concepções leigas da ciência. O interesse de Moscovici situava-se no limite entre a ciência e o pensamento leigo. Ao estudar as representações sociais da Psicanálise, ele contribuiu para a Sociologia do conhecimento. Seu interesse era direcionado às formas pelas quais um novo conhecimento se difunde em uma sociedade. Observou manifestações de conhecimento, opiniões e atitudes sobre a Psicanálise.

Segundo Minayo (1999), as representações sociais são a reprodução do conteúdo do pensamento, de percepções que ficaram guardadas na memória. Para as Ciências Sociais, elas representam categorias de pensamento que expressam, explicam, justificam e questionam a realidade.

Para Wagner (2000), as representações sociais expressam o que as pessoas pensam e como pensam. Não é apenas uma imagem estática de um objeto na mente, ela compreende o comportamento dessa imagem e a prática do grupo onde se encontra. “É ao mesmo tempo uma teoria sobre o conhecimento representado, assim como uma teoria sobre a construção do mundo”. (p.11)

Abric (2000) concorda com Wagner (2000) ao afirmar que a representação garante uma reestruturação da realidade permitindo a integração das características do objeto representado, de experiências vividas e do código de normas e atitudes. As representações seriam, para ele, uma visão funcional do mundo, ao fornecer às pessoas e ao grupo a possibilidade de dar sentido à sua conduta, compreender a realidade e se orientar dentro dela.

Brito e Catrib (2004) destacam as representações sociais como produtos sociais, mas também como criações individuais. As pessoas constroem representações a partir das que já existem no contexto social onde estão inseridas e assim lhes atribuem sentido.

Para Sá (1996), as representações se encontram na cognição e na cultura. Para explicá-la é preciso não só de um entendimento em nível intra e interpessoal, mas também em nível de análise posicional e ideológico. Principalmente pelo fato de serem fenômenos psicossociais condicionados histórica e culturalmente. Ao falar sobre a dificuldade em conceituar representações sociais, Sá (1996) destaca que, para Denise Jodelet, as representações sociais são um saber prático, que aproxima a pessoa do objeto. Quando se refere a um prático faz alusão à experiência de vida e às condições nas quais ela é produzida, adquirindo assim a função de agir sobre o mundo.

Para Wagner (2000), o conceito de representações sociais é multifacetado, um processo social que compreende a comunicação e o discurso sem deixar de ser um fenômeno individual, na medida em que envolve estruturas tênues de conhecimentos. A representação social é vista por esse autor como um conteúdo mental estruturado, algo que compreende os aspectos cognitivos, afetivos e simbólicos de um fenômeno social, e os compartilha entre os membros de um grupo.

Guareschi e Jovchelovitch (1999) destacam as dimensões cognitiva, afetiva e social das representações sociais. As representações são referentes à construção de saberes sociais, envolvendo, dessa forma, a cognição. A dimensão afetiva é observada devido ao caráter imaginativo e simbólico que compreendem. Isso porque o processo de dar sentido e entender as coisas e o mundo em si envolve emoção,

paixão e sentimento. A significação simbólica, além de um ato afetivo é também um ato de conhecimento.

Para Abric (2000), as representações são organizações que possuem sentido e não apenas um reflexo da realidade. Esse sentido é dado de acordo com alguns fatores como o contexto ideológico e social em que são produzidas, a história das pessoas ou grupos que as produzem, seu lugar na organização cultural, o sistema de valores desse grupo, dentre outros. É como se as representações desempenhassem o papel de interpretar a realidade em que as pessoas interagem com fenômenos físicos e sociais, determinando assim as práticas e os comportamentos. “A representação é um guia para ação, ela orienta as ações e as reações sociais. Ela é um sistema de pré-decodificação da realidade porque ela determina um conjunto de antecipações e expectativas.” (p.28).

Segundo Moscovici (2003), todas as interações humanas implicam em representações. Em todo lugar, quando encontramos algo e procuramos dar sentido a ele contamos com as representações. As pessoas e os grupos possuem capacidade de pensar por si próprios, produzir suas próprias representações e não ser apenas receptores passivos delas.

Para Oliveira e Werba (1998), as representações sociais envolvem os saberes populares e do senso comum construídos e compartilhados coletivamente para dar significado ao real. Seu caráter dinâmico favorece as interações entre as pessoas e o meio, a produção de comportamentos e ações.

Duveen (2003), ao escrever a introdução do livro de Moscovici, enfatiza a comunicação no processo da representação social. A maneira como as representações se tornam senso comum e entram para o mundo cotidiano em que habitamos, onde discutimos com nossos amigos e onde são divulgadas pela mídia. As representações são sustentadas pelas influências sociais da comunicação e constituem as nossas realidades. Elas agem como principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos aos outros. Para o autor, as representações impregnam nossas relações, nossas comunicações, os objetos que produzimos ou consumimos. Elas estão constantemente presentes seja em nossas

palavras ou simplesmente em um gesto. Não podemos nos esquecer de que as representações sociais se constituem por linguagem verbal e não-verbal.

De acordo com Guareschi e Jovchelovitch (1999), o modo de produção das representações sociais encontra-se nos mais diversos lugares como nas ruas, nos bares, nas instituições, nos meios de comunicação de massa, entre outros. Elas se formam no momento em que as pessoas se encontram pra conversar, falar sobre o seu cotidiano, ou quando entram em contato com os meios de comunicação, com as instituições ou com a história cultural de sua sociedade.

De acordo com Minayo (1999), Schultz¹ foi quem, ao falar sobre representações sociais do cotidiano, propôs a utilização do termo “senso comum”. Para ele, o senso comum também envolve abstrações, generalizações e formalizações como o conhecimento científico. Esses elementos são construídos e interpretados a partir do cotidiano. “Portanto, a existência cotidiana, segundo Schultz, é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social.” (p.95). Esses significados são escolhidos segundo as representações do senso comum.

Brito e Catrib (2004) lembram que, para Moscovici as representações sociais são teorias do senso comum por meio das quais a realidade social pode ser construída e interpretada:

Assim, podemos admitir que não é todo tipo de conhecimento que pode ser considerado como representação social, mas especificamente o conhecimento do senso comum, proveniente da vida cotidiana dos indivíduos, uma vez que a representação social é uma preparação para ação, guia do comportamento, além de remodelar e reconstituir os elementos do meio ambiente onde o comportamento ocorre (p.287).

Minayo (1999) ressalta que a compreensão do mundo ocorre de acordo com as experiências pessoais. O conhecimento consiste na elaboração interior e

¹ SCHULTZ, A. Collected Papers I “Commonsense and Scientific Interpretations of Human Action”. 2^a Hague: Martinus Nijhoff, 1982.

intersubjetiva da experiência vivida, que passa a ser um ponto de referência para quem a vivenciou. Dessa forma, o mundo cotidiano pode ser compreendido por meio de significados estabelecidos pelas ações humanas.

Ao tentar entender como surgem as representações sociais, Duveen (2003) demonstra que dentro de todas as sociedades há pontos de tensão, rompimento, e é ao redor desses pontos de clivagem que emergem novas representações. Esses pontos são locais onde não há sentido, onde o familiar não se encontra. Segundo o autor, os pontos duradouros de tensão em uma cultura são os locais onde mais freqüentemente emergem novas representações.

A ausência de sentido é algo muito complicado para todas as culturas, sendo assim, elas procuram alguma forma de transformar o que lhe é estranho em algo mais comum. O uso das representações surge exatamente nesse momento, com o objetivo de restabelecer o sentido de familiaridade e, desta forma, a estabilidade cultural (DUVEEN, 2003).

De acordo com Moscovici (2003), o objetivo final das representações é tornar familiar o não-familiar. Com as representações, nosso mundo mental e físico passa a integrar novos elementos. O que não era identificado passa a ter uma identidade social, é dado sentido ao que não tinha. As representações são um conjunto de idéias, opiniões, percepções e experiências de vida que se organizam de determinada forma com o objetivo de dar significado ao mundo.

Para o autor, as relações humanas têm uma dinâmica de familiarização onde as compreensões de objetos, acontecimentos e pessoas ocorrem sempre relacionadas a paradigmas e eventos passados, onde a imagem prevalece sobre a realidade. O não-familiar traz uma sensação de medo devido à ameaça de perda dos marcos referenciais, da ausência do sentido de continuidade e entendimento mútuo. É como se o diferente ameaçasse a ordem vigente. Da mesma forma, as pessoas constroem sentidos que rompem com a ordem vigente. Sentidos novos, diferentes de acordo com a necessidade percebida.

Segundo Moscovici (2003), uma forma de trabalhar com o que é perturbador, com o que causa medo, é transferi-lo para um universo comum, mudá-lo de longe para mais próximo de nós. Isso possibilita que o diferente ou desconhecido seja incluído em uma categoria conhecida. O incomum torna-se assim, comum. O trabalho com o não-familiar é feito por meio de imagens, linguagens e idéias de um grupo.

O processo de criar representações resulta sempre de um empenho em tornar comum algo incomum. Isso possibilita a integração de novos elementos ao nosso mundo mental e físico, que se tornam modificados e enriquecidos. Assim, transformamos algo abstrato em concreto e normal. Esse processo de familiarização envolve dois mecanismos um de categorização e outro de concretização denominados por Moscovici (2003), como ancoragem e objetivação respectivamente. Segundo o autor: “O primeiro mecanismo tenta ancorar idéias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, coloca-las em um contexto familiar.” O segundo mecanismo tem como objetivo “[...] transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que existe no mundo físico”. (MOSCOVICI, 2003, p.60-61).

Objetivar, para Jovchelovitch (1999), é o processo de condensar significados diferentes, que geralmente se apresentam como ameaçadores, em realidade familiar. O desconhecido é, dessa forma, ancorado a uma realidade conhecida que traz consigo significados estabelecidos e que a sociedade procura manter. “As Representações Sociais emergem desse modo como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera o que é formado, mas também forma a vida social de uma comunidade.” (p.82).

Para tornar algo não-familiar em familiar, o primeiro processo envolve a transferência do elemento diferente a uma esfera particular, passível de interpretação e comparação. O próximo passo comprehende sua reprodução entre as coisas que podem ser vistas, tocadas e controladas (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Moscovici (2003), a sociedade concede a capacidade figurativa a determinados conceitos segundo suas crenças e imagens preexistentes. Um

paradigma passa a ser aceito conforme seu referencial e sua relação com paradigmas atuais. Após aceitar um paradigma, a sociedade tem maior facilidade de falar sobre ele e tudo o que a ele se relacione. As palavras utilizadas nessa fala tornam-se mais freqüentes, surgem clichês que o sintetizam e imagens que se estabelecem ao seu redor. Ele começa a ser usado em diferentes situações sociais como um meio de compreensão, escolha e decisão.

Quando o paradigma passa a ser usado continuamente ele se separa de seu ambiente original e torna-se de certa forma independente. Segundo Moscovici (2003, p. 73), “Quando, pois, a imagem ligada à palavra ou à idéia se torna separada e é deixada solta em uma sociedade, ela é aceita como uma realidade, uma realidade convencional, clara, mais de qualquer modo uma realidade”.

Duveen (2003) ressalta que o conceito de legitimação, ou seja, a aceitação de um fenômeno como realidade, é central na teoria de Moscovici. Nas sociedades pré-modernas, a igreja e o estado estavam no ápice do poder e regulavam a legitimação do conhecimento e das crenças. A modernidade possui centros diversos de poder que exigem autoridade e legitimação, a regulação do conhecimento e das crenças não é mais do mesmo modo, feita pela igreja ou pelo estado. A representação social é vista então como uma forma de adaptação da vida coletiva à descentralização do poder de legitimação. Dessa forma, não só a ciência foi fonte de novas meios de conhecimento e crenças, mas também o senso comum. A legitimação é agora parte de uma dinâmica social mais complexa e contestada, na qual as representações de grupos distintos procuram estabelecer uma hegemonia que antes era determinada por Deus e pelo estado.

Wagner (2000) propõe que o conhecimento popular integra idéias e teorias científicas. A ciência é uma das mais importantes fontes de conhecimento na atualidade, e com isso, se torna uma fonte de legitimação dos fatos que são criados no cotidiano. Essa autoridade da ciência foi concedida mais por definições políticas, morais e sociais do que pela própria racionalidade. O fato das pessoas ignorarem a racionalidade científica leva ao desenvolvimento de um conhecimento científico “vulgarizado”. As teorias e os conceitos científicos são desligados dos processos pelos quais foram produzidos. Dessa forma, as pessoas usam argumentos que

possuem certa base científica para justificar o conhecimento científico produzido no cotidiano e assim constroem representações sociais.

As representações sociais, no sentido de conhecimento vulgarizado, cumprem funções declarativas, instrumental e explanatória. O aspecto declarativo descreve e demonstra o fenômeno social para o qual a ciência popular parece ser relevante, e o aspecto explanatório fornece uma compreensão diária para suas razões subjacentes. Integrada em sistemas morais preexistentes, a ciência serve a uma função justificatória, acrescentando peso às convicções ideológicas. (WAGNER, 2000, p.06)

A transição para a modernidade também é caracterizada por novas formas de comunicação. Segundo Duveen (2003), a comunicação de massa gerou novas possibilidades para a comunicação de idéias como também trouxe grupos sociais mais amplos para o processo de produção psicossocial do conhecimento. Os diferentes grupos sociais criam suas representações de diferentes modos e procuram estruturar diferentes tipos de comunicação sobre seus objetos, através de formas distintas “Cada uma dessas formas procura estender sua influência na construção dum representação específica e cada uma delas também reivindica sua própria legitimação para representação que promove”. (DUVEEN, 2003, p.18)

Wagner (2000) destaca que as representações sociais são socialmente construídas e coletivamente compartilhadas. Sendo assim, elas implicam em um processo de comunicação que se desenvolve nos grupos sociais e são, ao mesmo tempo, o resultado desse processo. O autor ressalta que todas as representações sociais são resultantes de um processo de comunicação e discurso. Ao serem compartilhadas elas passam a fazer parte do conjunto de conhecimento de um grupo de pessoas. Ele enfatiza também que as representações não podem ser entendidas sem se abranger sua condição sócio genética, ou seja, suas características específicas e o sistema no qual foram formadas.

Jovchelovitch (1999) mostra que as representações sociais são construídas sobre a capacidade de representar do sujeito psicológico. Contudo, essa construção não está ligada apenas a essa capacidade, ela liga-se principalmente aos processos

de comunicação e às práticas sociais. Ressalta também, assim como Wagner (2000) que, ao analisar as representações sociais é necessário levar em consideração o social como totalidade, o que é diferente de uma mera junção de pessoas.

Brito e Catrib (2004), ao estudarem as representações sociais do adoecer psíquico, discutem que as representações sociais são construções que se dão na esfera do individual e do coletivo. Destacam que, para estudar como esse processo acontece, é fundamental que se faça uma análise dos significados que se expressam nas falas das pessoas que vivenciam a experiência representada, como o que acontece na representação de saúde e doença. Para podermos entender como as pessoas conferem sentido ao fato de adoecer e à necessidade de cuidados com a saúde, faz-se necessário uma investigação sobre suas representações do processo saúde e doença. Nesse sentido, iremos agora abordar algumas questões relativas a essas representações de saúde e doença.

2.3.1 Representação Social de Saúde e Doença

Enumo (2003) propõe que as representações sociais da saúde e doença enfatizam a forma como as pessoas conhecem esse processo, o modo como compreendem a relação entre saúde e doença de acordo com o contexto social e todas as suas implicações. Baseado nos pressupostos das representações sociais comprehende-se que, para alcançar a eficácia nos tratamentos e nos programas sociais de saúde é necessário o reconhecimento e a valorização do senso comum, do saber e conhecer de cada pessoa.

Mendonça e Pontes (2002) destacam que na Antropologia Médica existem quatro abordagens principais de representação da doença. A primeira possui tradição empirista, segundo a qual as representações da doença devem ser entendidas de acordo com as crenças presentes no senso comum. A análise das crenças populares é o que explica a doença, tida como algo natural. A segunda abordagem tem como orientação a Antropologia Cognitiva que investiga a forma como a linguagem e a cultura são estruturadas pela percepção. As representações

são definidas em termos mentalísticos, sem considerar os conhecimentos acumulados e a extensão de forças sociais e históricas.

A terceira abordagem é a interpretativa, segundo a qual as representações da doença são culturalmente construídas e centradas em significados. Há uma articulação entre cultura e doença, entre o significado e a prática com os processos sociais, psicológicos e físicos na produção da doença. A última abordagem vê a representação da doença como mistificação, seu foco é a produção social da doença. Há uma busca dos processos políticos e econômicos que interferem nas relações pessoais, nos comportamentos sociais e produzem significados que passam a ser compartilhados pela sociedade. Mendonça e Pontes (2002) nos chamam a atenção para o fato de que o conceito de doença não pode ser apreendido por uma única perspectiva, por ser um tema amplo e que engloba o sofrimento humano. Destacam ainda a necessidade de desenvolverem novos estudos nessa área.

De acordo com Enumo (2003), o trabalho de Claudiane Herzlich, em 1969, na França, foi o primeiro a abordar a representação social da saúde. A autora afirma que é de fundamental importância a identificação de aspectos sociais e culturais que interferem no processo saúde e doença para que programas de intervenção sejam desenvolvidos. Isso favorece especificamente a adesão ao tratamento e a comunicação entre os profissionais da saúde e o paciente.

A representação do processo saúde e doença, de acordo com Spink (2004), é composta por formas de conhecimento construído entre as esferas individual e social e que predominam em uma determinada época. Saúde e doenças são fenômenos construídos histórica e coletivamente sendo multideterminados.

Herzlich (2004) aborda a problemática definição de saúde e doença como domínio público e privado. Destaca que o corpo, a saúde e a doença estão relacionados também ao domínio público. Isso porque a história da saúde envolve a história das sociedades (países, cidades e instituições). A saúde passou a ser um tema político quando foi definida como um “Estado de Bem-estar social”.

Para Adam e Herzlich (2001), a interpretação dos sentidos da doença e seus sintomas ocorre por meio de uma construção coletiva. Os recursos coletivos envolvem a sociedade, suas regras, a forma como cada pessoa a percebe e a relação íntima entre estas duas instâncias (pessoa e sociedade). Esses recursos são modulados conforme as experiências de cada pessoa e o contexto onde a interpretação ocorreu. Os autores também afirmam que para compreender como os saberes, representações e discursos fazem sentido na mobilização para ação é preciso considerar as necessidades cotidianas das pessoas e suas formas de relações sociais. Outros fatores importantes nessa mobilização são o sistema de valores pessoais, a cultura e a estrutura do contexto social.

As representações, ao mesmo tempo em que constroem a realidade, permitem interpretar e significar essa realidade, estabelecendo assim uma relação direta com ela. As significações sobre o processo saúde e doença são construídas a partir de uma lógica comum que surge com as experiências pessoais, influências sociais e culturais. Esse processo de construção de significados envolve manifestações emocionais e ação. Isso pode ser percebido nos sentidos dados à avaliação subjetiva dos sintomas, às causas e evolução das doenças, à decisão em aderir aos tratamentos, à reflexão e a decisão sobre alterar hábitos e estilos de vida (REIS; FRADIQUE, 2003).

O senso comum, as opiniões particulares devem ser valorizadas na busca de se realizar tratamentos e intervenções públicas que possam realmente alcançar suas reais necessidades. Conforme expõe Enumo (2003, p.17):

Valoriza-se, assim, o senso comum como um tipo de conhecimento legítimo, autônomo, com uma lógica e coerência próprias, exigindo ser analisado caso se busque a eficácia do tratamento ou o sucesso de projetos sociais de saúde.

Spink (2004) argumenta que o processo saúde e doença, visto pelo ângulo da construção social, privilegia as noções da pessoa e não a visão médica. A doença é tida como um fenômeno psicossocial historicamente determinado e indica a ideologia vigente. Por estar sujeita às influências ideológicas, considera-se que a

concepção de doença seja um fenômeno coletivo e não individual. Nesse caso, o entendimento do processo saúde e doença privilegia a comparação entre o significado social das experiências e o sentido individual que lhe é dado.

Na visão de Spink (2004), para influenciar uma ação é necessário conhecer os conceitos que a fundamentam e, o sentido pessoal que é dado à experiência. Esse sentido está relacionado às representações sociais. Quando se tem esta compreensão a respeito da construção social do conhecimento sobre saúde e doença, há uma diminuição na distância social entre profissional e usuário. Isso acontece porque o profissional tem uma postura mais flexível em sua forma de compreender os diferentes grupos com os quais trabalha. O trabalho com cada pessoa deve levar em consideração sua forma particular de ver o mundo e agir sobre ele.

Canesqui (2003) lembra que a história da doença não é apenas parte da história da ciência e da tecnologia, mas parte principalmente da história dos saberes e das práticas ligadas às representações. A autora propõe que algumas doenças firmam-se no imaginário coletivo e outras são interpretadas através de elaborações e reelaborações em função das experiências das pessoas e do contexto onde estão inseridas, apoiadas em recursos coletivos. A interpretação dos fenômenos orgânicos baseia-se em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas segundo o grupo social a que pertencem.

Sevalho (1993) argumenta que na representação de saúde e doença encontram-se influências culturais. É no espaço entre as inter-relações dos corpos e os demais elementos que os cercam que se constrói a história dessa representação. Elas são compostas por aspectos naturais e sobrenaturais que geram sentido e alcançam a cultura, os valores e as crenças pessoais.

Canesqui (2003) aponta para o fato de que vários estudos têm destacado que a percepção da doença ocorre principalmente por meio das sensações corporais que demonstram que alguma coisa não está bem ou que impossibilita o funcionamento “normal” do corpo à febre, a dor, a falta de sono e apetite, entre outros. As formas de lidar com o corpo também são específicas de cada grupo

social, sendo que tiveram grande influência do saber biomédico na difusão do conceito de naturalidade.

Portanto, a enfermidade pressupõe, em parte, um processo subjetivo que é apreendido a partir de um conjunto de sensações corporais, sendo o corpo a matéria do mundo sensível e do próprio conhecimento e, pela construção do(s) significado(s) para o(s) outro(s), orienta-se nas relações sociais no mundo da vida cotidiana, naquele sentido dado por Schutz ao senso comum (CANESQUI, 2003, p.118).

As pessoas consideram-se doentes quando percebem sensações físicas e/ou psíquicas de mal-estar. Contudo, nem todas as doenças provocam sensações de mal-estar. Existem estados patológicos que não despertam sensações e que, muitas vezes, as pessoas não têm consciência deles. Como nos lembra Alves (1993, p.268): “Só quando transformada em sintomas, em impressões sensíveis, é que a doença torna-se uma enfermidade”.

Esse fato tem como agravante o abandono do tratamento quando os sintomas cessam. Canesqui (2003) relata um estudo das representações da hipertensão arterial, no qual verificou que, na população pesquisada, os idosos aposentados, o uso dos medicamentos é abandonado quando as sensações corporais desaparecem e os pacientes não se sentem mais doentes. A autora destaca ainda que estudos sobre as representações da tuberculose frequentemente relacionam-se com o “destino” e a visão do corpo como fragilizado. As causas são relacionadas ao desgaste físico por exposição ao frio e ao trabalho, enfraquecimento físico-moral, a hereditariedade e a contaminação ambiental. O restabelecimento da força corporal, a retomada ao trabalho, às obrigações familiares e aos papéis sociais são vistos como sinalizadores de saúde. Mesmo que ainda não estejam totalmente curadas, segundo a visão dos profissionais, essas pessoas tendem a suspender os tratamentos médicos. Contudo, a autora destaca que os modelos de tratamento oficialmente utilizados com essa população não estão adequados aos seus padrões de vida e isso pode estar interferindo na adesão ao tratamento.

Um outro estudo sobre as representações sociais, desenvolvido por Carvalho, Accioly Júnior e Raffin (2006), mostra como a diferença de classe social produz distintas representações. O trabalho abordava as “Representações Sociais do medicamento genérico por consumidores residentes em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil”. Os autores relatam que, nas classes sociais de renda elevada o preço dos medicamentos não tem muita influência no padrão de consumo, porque essa população sempre busca os remédios receitados, dando preferência aos mais modernos. Para os consumidores das classes de renda média, com ênfase aos que pertencem ao patamar mais baixo desse grupo, o preço é um fator decisivo no acesso aos remédios. Essa população é a mais favorecida com a política dos medicamentos genéricos, pois a redução do preço favorece o consumo de medicamentos. Já para as pessoas da classe de baixa renda, o que define o padrão de consumo não é o preço, mas a renda de cada família. Isso acontece porque, mesmo que os medicamentos tenham preços baixos, essa população tem uma renda tão pequena que não pode consumi-los. Portanto, os medicamentos genéricos não influenciam seu padrão de consumo.

Isso está de acordo com o que dizem Adam e Herzlich (2001), ao afirmarem que as idéias e os sentidos sobre o que é a doença, como se instala, quais suas causas e como é o tratamento são muito diferentes entre as classes sociais. Para as camadas populares, saúde está relacionada com a capacidade de trabalhar. Assim, o conceito de doença é bastante restrito e o de saúde alargado. O conceito de saúde envolve componentes pessoais e emocionais, pode não representar o bem-estar, mas também não prejudica a capacidade de trabalho.

A percepção da doença também se dá pela incapacidade de trabalhar e realizar as atividades rotineiras, tanto em homens como em mulheres. O uso social do corpo é destacado nessa forma de percepção da doença onde ele é visto como um meio de subsistência. Desta forma, Canesqui (2003, p.115) destaca que: “Assim, o significado da doença remete à ordem social, porque sua presença tanto afeta a reprodução biológica do indivíduo, quanto a sua reprodução social, em termos de reprodução das condições de existência”.

Para compreendermos melhor como isso acontece, a autora, ao abordar as representações da hipertensão arterial para idosos aposentados, verificou que a dieta hiposódica e menos gordurosa, assim como o hábito da caminhada, são mais facilmente incorporados ao estilo de vida dessas pessoas. Destaca que esse fato é diferente do que acontece, na maioria das vezes, com homens profissionalmente ativos, talvez porque essas restrições alimentares são contrárias às práticas e às representações alimentares que valorizam o sal e alimentos gordurosos como geradores de “força” para o corpo que trabalha. Isso pode esclarecer a maior resistência desses homens às restrições alimentares.

O uso social do corpo também pode ser visto em um estudo sobre as significações sobre as causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos, no qual Reis e Fradique (2003) observaram que os adultos de meia-idade, quando comparados aos entrevistados de outras idades sobre as causas das doenças, destacam como fator mais importante os aspectos sociais e profissionais. Relacionam esse fato com a maior preocupação dessas pessoas com a estabilidade profissional e econômica, visto que, nessa faixa-etária, trabalham alguns anos e conhecem a importância de estarem bem para exercerem o trabalho.

Minayo (1999, p. 179) concorda que as representações de saúde e doença estão relacionadas às condições econômicas, sociais e culturais dos indivíduos e afirma:

Se Saúde/Doença é uma noção que revela a realidade social na qual é construída, para compreendermos esta representação dentro de nosso contexto, é preciso examiná-la a partir dos substratos econômico, político e cultural no qual vivemos.

Nas camadas sociais altas, saúde relaciona-se ao bem estar. Qualquer diminuição desse estado é entendida como uma possibilidade de adoecer. O corpo é considerado um instrumento de prazer, há uma grande preocupação com ele. A escolarização favorece a descrição detalhada dos sintomas quando algo não vai bem. Para essa classe, as emoções e os sofrimentos são construídos ao longo da

vida e é na biografia que se deve procurar as causas do desprazer (ADAM; HERZLICH, 2001).

Nas camadas populares, o corpo é um instrumento de trabalho. A ameaça a essa função é o que determina o conceito de doença e saúde. Questões relativas à satisfação pessoal ficam em segundo plano. A noção de causalidade psíquica não é muito presente. A doença localiza-se no corpo e é descrita com a utilização de categorias concretas e sensações corporais (ADAM; HERZLICH, 2001).

Segundo Angerami-Camon (2002), a análise das características sócio-econômicas de uma população é condição imprescindível para que se possa trabalhar a saúde desse povo. As condições humanas não são passíveis de teorizações genéricas. A pessoa é agente de suas condições de vida, tanto no que se refere à saúde, família, realidade social e econômica.

Canesqui (2003) concorda com a importância dessa análise, contudo acrescenta que as representações de saúde e doença têm bases tradicionais relativas ao corpo, às experiências de vida, à vida e à morte. As pessoas criam códigos próprios para lidar com esses conceitos, de acordo com o lugar que ocupam na sociedade.

Herzlich (2004) ressalta que o corpo pertence ao domínio privado, existindo ainda rituais e sigilo para lidar com suas sensações que são envolvidas por questões de intimidade. A atenção aos estados corporais liga-se com os relacionamentos familiares na medida em que, na maioria das vezes, é a família que fornece os cuidados e procura preservar a saúde.

No entanto, Alves (1993) acrescenta que a doença vai além dos limites das sensações corporais. As informações provenientes do corpo, segundo ele, precisam ser organizadas em sistemas dotados de sentido. Para o autor, a enfermidade engloba, então, as impressões sensíveis do corpo e o sentido dado a elas. Como enfatiza: “[...] torna-se necessário, portanto, circunscrever as reações corporais em sistemas significantes” (p.268).

Segundo Canesqui (2003), o corpo transmite mensagens que são entendidas pelas pessoas de acordo com suas classes sociais, e dessa forma surgem os sentidos dados às doenças. A doença é definida pela autora como uma construção social. De acordo com a autora, os relatos das experiências da dor são influenciados por vários fatores como as vivências culturais, o domínio ou não dos termos médicos, repertório lingüístico, crenças sobre o corpo e a doença, experiências individuais e gerais e lembranças específicas relativas às sensações de dor.

Em relação à forma como o corpo é percebido por homens e mulheres, Canesqui (2003) destaca que as mulheres preocupam-se mais com a estética e com a apresentação pública do corpo e dedicam maiores cuidados a ele. Os homens, segundo a autora, são mais descuidados com o corpo pelo fato de julgarem, frequentemente, que o excessivo cuidado represente comportamento efeminado.

No que se refere ao sexo e às formas de lidar com a doença, Canesqui (2003) destaca que dentre as pessoas que vivem com hanseníase, as mulheres têm maior preocupação com as deformidades físicas e com a aparência corporal. Elas buscam os serviços de saúde movidas por padrões físicos e morais relacionados ao preconceito e à perda do status na família e desenvolvem forte insatisfação com sua condição. Contudo, aceitam mais facilmente o diagnóstico médico do que os homens e procuram soluções alternativas de tratamento na religião como uma forma de lidar com a sensação de estarem sendo “castigadas”. Já os homens são mais relutantes em aceitar o diagnóstico e os resultados da doença sobre suas atividades diárias. A aceitação da doença vem acompanhada de uma reestruturação em suas vidas, envolvendo as relações afetivas e sociais.

Quanto às representações da HA, Canesqui (2003) aborda um estudo que destaca que popularmente o termo utilizado é “pressão alta”, sua percepção ocorre mais por meio das sensações corporais como “cansaço”, “dores de cabeça”, “tontura” e “zoeira na cabeça”. As mulheres relacionam as causas ao nervosismo, à ingestão de alimentos, principalmente os gordurosos, e ao alcoolismo. Os homens dizem desconhecer as causas e preferem não responder quando indagados sobre elas.

Em um estudo sobre as representações da velhice para mulheres de meia-idade, Martins (1997) observou que as representações dessa população expressam as contradições existentes na sociedade onde hora o idoso é enaltecido, hora depreciado. As representações são ambivalentes, contudo há uma prevalência da visão negativa sobre a velhice. Entre as mulheres de meia idade, o idoso é visto como alguém que se preocupa com a saúde, a doença e o temor da morte. O idoso foi definido como frágil e dependente, as representações referem-se às perdas enfrentadas com a idade, com ênfase aos aspectos negativos e à monotonia.

Sevalho (1993) relata que a expressão da doença relaciona-se a sentimentos de medo, culpa, mistérios e superstições. Ele destaca que, a doença faz parte da história dos saberes e práticas sociais. Para ilustrar, demonstra que as primeiras representações de saúde e doença relacionavam-se com o sobrenatural, o mágico. Para os povos primitivos, a doença resultava de entidades externas, sobrenaturais, e contra ela nada poderia ser feito. Os habitantes da Mesopotâmia, em tempos remotos, acreditavam que a doença era a possessão do corpo pelos demônios, que deveriam ser exorcizados.

Na época medieval, a representação de doença era baseada em crenças religiosas, sua ocorrência era entendida como obra dos deuses. Inicialmente ela não dependia do comportamento humano, apenas das vontades divinas. Assim, ela era vista como fatalidade, maldição. Algum tempo depois, a concepção religiosa passou a ser relacional, ou seja, ela ocorria em função de algo provocado pelas pessoas ou pelo grupo. Assim, a doença era uma punição por algo cometido.

Certos aspectos de caráter religioso, maldições ou castigos divinos, ainda hoje revestem as representações de saúde e doença. O medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, conformando permanências culturais (SEVALHO, 1993, p.352).

Uma prova disso pode ser vista no fato de que os sacerdotes, ainda hoje, continuam exercendo suas funções, como quando expulsam demônios em busca da cura do corpo.

Um outro exemplo de como a doença ainda está associada ao medo e à culpa pode ser encontrado em estudos sobre as representações da Aids. Canesqui (2003, p.117) afirma que:

A Aids evoca, simbolicamente, a morte, o sexo, o contágio, a punição, a acusação e o pânico e múltiplas relações sociais: a negação, a culpabilização, o estigma, o preconceito e a discriminação, encarnando a representação do mal e das maledicências sobre o mal, no imaginário ocidental.

A Aids tem sido associada ao medo, ao sexo e à morte desde a sua emergência, principalmente em decorrência da divulgação feita pela literatura médica e pelos meios de comunicação. Algumas religiões usam essa doença como símbolo do castigo divino.

Reis e Fradique (2003), em um estudo sobre as significações de causas e prevenção das doenças, destacaram uma associação da doença com o preconceito, estigma e discriminação ao perceberam que, quando questionados sobre as causas das doenças, os idosos frequentemente destacam o isolamento social como principal responsável por elas. Os autores enfatizam que isso tem relação com a experiência efetiva do isolamento social que as pessoas nessa faixa etária frequentemente vivenciam, diferentemente do que ocorre com as pessoas de outras faixas-etárias.

Outra associação entre o conceito de doença e o estigma pode ser encontrada em pesquisas sobre a representação da hanseníase, nas quais foi evidenciado que o termo “lepra” ainda é utilizado pelas pessoas que convivem com essa doença, mesmo não sendo um termo utilizado pelos profissionais de saúde, sendo também acompanhado pelo estigma social. Essas pessoas demonstraram altos níveis de autodepreciação e preocupação com a preservação da imagem social (CANESQUI, 2003).

De acordo com Maciel (2002), é importante compreender o que a doença significa para cada paciente, essa significação é trazida de suas experiências

anteriores associada a fatos psicodinâmicos e sociais. Para Rosa (2003), a doença é um fenômeno universal, mas que ocorre de forma única em cada pessoa. O modo como ela é percebida, o significado que seu portador lhe atribui, assim como o que a sociedade dá a tal fato influenciam a recuperação e permeiam toda vida futura dessa pessoa.

Reis e Fradique (2003) apontam que as representações de saúde relacionam-se intimamente às significações sobre si mesmo, sobre o mundo e a vida, além de estarem envolvidas com a cultura local. As significações construídas sobre o processo de saúde são diferentes das relativas ao processo de doença. Os sentidos que as pessoas constroem sobre esses processos são permeados por seus conhecimentos leigos e por conhecimentos científicos que extraem dos discursos de médicos e de outros profissionais da saúde.

Alves e Rabelo (1999 apud MENDONÇA; PONTES, 2002), ressaltam que a experiência da enfermidade é uma forma de se posicionar frente à doença e lhe dar significado. Essa experiência tem como consequência a produção de meios para lidar com a doença, que são, por tanto, ligados diretamente às crenças, valores e práticas compartilhadas.

Para Oliveira e Bastos (2000), o binômio saúde-doença só pode ser compreendido levando-se em consideração os valores e costumes sobre as enfermidades, a cultura e forma de organização da sociedade. É preciso compreender como as pessoas constroem suas preocupações com a saúde e quais suas crenças referentes a isso.

Canesqui (2003) afirma que o estudo das representações sobre saúde e doença deve compreender a determinação das representações sobre as práticas, a ênfase nos modelos de significação do corpo, da saúde e da doença, a necessidade de direcionar a atenção das doenças como fato para doença como experiência.

A compreensão do adoecer vai além das narrativas da pessoa, seu discurso compreende apenas uma parte da realidade, por isso a compreensão não deve ser reduzida a ele. Mendonça e Pontes (2002) destacam que, quando se ultrapassa as

falas e as ações, há uma maior articulação entre as experiências vividas e o conteúdo representado. Isso é o que dá base para o desenvolvimento de políticas e ações que alcancem os objetivos a que se destinam.

É nesse sentido que este trabalho realizou uma análise das representações sociais de saúde e doença dos portadores de HA e diabetes. Buscou-se compreender os sentidos dados a essas doenças, de modo que essa compreensão favoreça o desenvolvimento de estratégias que atinjam as necessidades dessa população.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar e comparar as representações sociais de saúde e doença dos portadores de Hipertensão Arterial (HA) e diabetes que freqüentam o grupo de apoio e os que não freqüentam.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar o perfil sócio-demográfico dos participantes do Programa em relação à idade, sexo, renda familiar, estado civil, nível de escolaridade, papel que ocupam na família e ocupação profissional;
- Traçar o perfil da rede social dos usuários do programa;
- Analisar as representações sociais de saúde e doença para os portadores de HA e diabetes;
- Analisar o que os participantes de cada grupo entendem por HA e diabetes;
- Identificar nos relatos dos participantes fatores apontados como facilitadores do tratamento e os que causam dificuldades; e
- Analisar as opiniões sobre o atendimento que recebem na UBS.

4. MÉTODO

4.1 Local

A presente pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Milton Kojo Chinen, da Vila Nasser, em Campo Grande-MS. Nesse local existe o Programa para o Portador de Hipertensão Arterial e Diabetes (PPHAD). Quando cadastrado no Programa, o usuário passa a ter uma consulta marcada com o clínico geral a cada três meses, recebe gratuitamente a medicação anti-hipertensiva, deve comparecer à UBS pelo menos uma vez por semana para aferir a pressão e tem disponível o acompanhamento psicológico em grupo de apoio que acontece semanalmente. Esse grupo geralmente é dirigido por um(a) estagiário(a) do último ano de Psicologia. No grupo são trabalhados temas que os participantes consideram importantes e que envolvem, com freqüência, aspectos relacionados ao tratamento da HA e do diabetes, prevenção de doença, promoção de saúde e questões relativas aos relacionamentos sociais. As atividades desenvolvidas geralmente envolvem dinâmicas, palestras, exercícios físicos, danças, bingos, festas, entre outros.

4.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram 27 usuários cadastrados no PPHAD, sendo 16 pacientes que freqüentam o grupo de apoio e 11 pacientes que não freqüentam esse grupo. Atualmente a UBS não tem disponível o número total de participantes cadastrados no programa, contudo, apenas neste ano (2007) 110 pessoas foram cadastradas. A escolha dos participantes da pesquisa se deu por meio do interesse de cada pessoa em responder a entrevista. As pessoas que freqüentam o grupo de apoio eram convidadas a participar da entrevista logo após as reuniões do grupo que acontecem todas as sextas-feiras. As pessoas que não freqüentam o grupo eram convidadas após a consulta médica na UBS que ocorrem todos os dias da semana. Os usuários que não freqüentam o grupo se mostraram mais resistentes a participar. A recusa foi justificada por eles mesmos de acordo com

motivos variados como a necessidade de ficar na fila de espera para o atendimento médico, a pressa para ir para casa por ter seus afazeres domésticos ou por necessitarem cuidar dos netos, entre outros.

Os participantes eram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e caso concordassem em participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), bem como a resolução n.016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

4.3 Instrumento

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada elaborada pela autora da pesquisa, com questões abertas que versavam sobre a representação social de saúde e doença, conhecimentos sobre HA e diabetes, bem como itens referentes a dados sócio-demográficos, rede de apoio do usuário e satisfação com os serviços da UBS (APÊNDICE B). De acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000) a entrevista é uma das técnicas que tem sido mais usada nas pesquisas qualitativas em saúde. Segundo Domenico e Cassetari (2002, p.75) “A entrevista é um *diálogo* que visa obter informações dos sujeitos da pesquisa”. Ela pode ser aberta, semi-aberta ou estruturada (dirigida). Na entrevista estruturada existe um roteiro pré-determinado que deve ser seguido.

As respostas obtidas foram analisadas de acordo com o método qualitativo de pesquisa. Para Calil e Arruda (2004, p. 188) esse método:

Busca coletar um corpo qualitativo de dados e informações sobre o fenômeno estudado, entendendo-se por qualitativo, aquilo que exprime qualidade, a característica de um objeto, o modo de ser, sua natureza e essência. Por isso, o método qualitativo se adapta perfeitamente às ciências humanas, já que esta busca estudar o fenômeno humano que é polissêmico e repleto de sentidos.

Como a presente pesquisa trabalhou com o conceito de representações sociais na busca dos sentidos de saúde e doença, o método qualitativo foi escolhido como o mais adequado para a análise dos resultados encontrados.

4.4 Procedimento de Coleta

Inicialmente, foi encaminhada a solicitação de autorização para a realização da pesquisa na UBS da Vila Nasser, ao gerente da Unidade, explicando os objetivos deste estudo.

Após a autorização da UBS e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), os usuários que freqüentam e os que não freqüentam o grupo de apoio foram convidados a participar da pesquisa.

As entrevistas aconteceram entre os meses de março a junho de 2006 na UBS, em uma sala previamente reservada para tal fim. Durante as entrevistas, primeiramente era lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante individualmente, a entrevistadora procurou explicar o termo de modo acessível, utilizando uma linguagem mais simples com objetivo de facilitar a compreensão dos participantes sobre a entrevista. Após o usuário concordar e assinar o termo, a entrevista tinha início. Era enfatizado que ele tinha o direito de não querer participar ou de desistir da entrevista a qualquer momento sem nenhuma penalidade.

4.5 Procedimento de Análise

As entrevistas foram gravadas em fita K-7, conforme autorização prévia dos participantes e transcritas para análise dos resultados. Os dados sócio-demográficos da população foram apresentados em forma de tabela para uma melhor visualização.

Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas com o objetivo de identificar os sentidos presentes nas falas dos participantes. As respostas mais freqüentes foram agrupadas em categorias visando identificar unidades de sentidos a serem trabalhadas. De acordo com Souza e Matos (2004, p.221), na pesquisa qualitativa “O significado que os indivíduos dão as coisas e às suas vidas são focos de atenção especial pelo investigador, ou seja, busca-se investigar a maneira como o informante encara a questão”.

Segundo Minayo (1999), o termo Análise de Conteúdo tem sido a expressão mais usada para representar o tratamento dos dados em pesquisa qualitativa. Essa técnica busca descrever de modo qualitativo o conteúdo manifesto das comunicações para depois interpretá-los. Deste modo, a presente pesquisa trabalhou a análise do conteúdo das falas dos participantes sobre suas representações sociais de saúde e doença. Os resultados encontrados serão demonstrados e analisados em seguida.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa envolvem o perfil sócio-demográfico e a rede de apoio dos participantes, as representações sociais de saúde e doença encontradas, os conhecimentos e cuidados sobre a HA e o diabetes, cuidados com a própria saúde, fatores vistos como facilitadores e os que dificultam o tratamento, além da opinião dos participantes sobre o tratamento que recebem na UBS. Os resultados foram agrupados para uma melhor visualização, análise e discussão. Cada participante é representado pela letra P e por um número, seguido por um parêntese onde se encontra sua idade, sexo e se freqüentam (FG) ou não (NFG) o grupo de apoio.

5.1 Perfil Sócio-Demográfico

Participaram da presente pesquisa 27 usuários cadastrados no PPHAD (Programa para Portadores de HA e Diabetes), sendo que 16 deles freqüentam o grupo de apoio da UBS e 11 não o freqüentam. A Tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos dos participantes de acordo com sua freqüência ou não ao grupo de apoio.

Os resultados revelam que houve uma maior participação das mulheres na presente pesquisa. Este dado está de acordo com a literatura que aponta as mulheres procurando com maior freqüência os cuidados com a saúde. O argumento usado por Noblat et al. (2004) é que as mulheres têm maior conscientização para os cuidados com a doença e, por isso aderem mais ao tratamento quando comparadas com os homens. Isso nos remete a questões de gênero. O estereótipo de gênero é construído e interiorizado segundo crenças familiares e sociais, ou seja, refletem expectativas sobre o que é ser homem e mulher. Dessa forma, “Meninos e meninas são socializados para se adaptar aos papéis inerentes a cada gênero” (BREITMAN; STREY, 2006, p. 23). De acordo com Heibon (2003), os homens tendem a cuidar menos da saúde do que as mulheres. Schraiber, Gomes e Couto (2005) explicam que a valorização do corpo no sentido de saúde e do cuidar de si não são aspectos

presentes, na maioria das vezes, na socialização dos homens. Eles buscam, com freqüência, se distanciar de características relacionadas ao feminino como a sensibilidade e o cuidado. “Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que predispõem a doenças, lesões e mortes” (SCHRAIBER; GOMES ; COUTO, 2005, p.10).

Podemos observar também nesta pesquisa que, a maioria dos participantes do sexo masculino tinha mais de 63 anos e era composta por aposentados, isso pode ser um indicativo de que os homens passam a cuidar mais da saúde com o decorrer da idade.

Quanto à idade, as pessoas que não freqüentam o grupo são, em geral, mais velhas do que as que freqüentam. Isso pode ser um dos motivos da não participação no grupo, pois o avanço da idade acarreta várias dificuldades como problemas na locomoção, maior cansaço e menor participação em atividades sociais.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa.

	Freqüentam o Grupo		Não Freqüentam o Grupo	
	Mulheres (nº)	Homens (nº)	Mulheres (nº)	Homens (nº)
Sexo	12	4	10	1
Idade				
42-52 anos	1	-	1	-
53-62 anos	3	1	1	-
63-72 anos	7	2	2	1
73-84 anos	1	1	6	-
Estado Civil				
Casado(a)	6	1	4	1
Solteiro(a)	6	-	3	-
Viúvo(a)	-	2	2	-
Divorciado(a)	-	1	1	-
Nível de Escolaridade				
Sem alfabetização	2	-	4	-
Alfabetizado	2	-	1	-
Ens. Fund. Incompleto	8	2	4	1
Ens. Fund. Completo	-	1	-	-
Ens. Médio Incompleto	-	-	1	-
Ens. Médio Completo	-	1	-	-
Papel na Estrutura Familiar				
Mãe	11	-	7	-
Pai	-	2	-	1
Esposo	-	2	-	-
Avó	1	-	2	-

Irmã	-	-	1	-
Profissão				
Aposentado(a)	2	4	4	1
Do lar	10	-	4	-
Doméstica	-	-	2	-
Renda				
Um salário	1	-	4	-
Mais de um salário	-	-	2	-
Dois salários	4	1	2	-
Mais de dois salários	2	1	-	-
Três salários	2	-	1	-
Mais de três salários	-	-	-	-
Quatro salários	-	-	1	1
Mais de quatro salários	-	2	-	-
Não soube	3	-	-	-
Nº de Pessoas que moram com o participante				
Uma pessoa	4	3	-	-
Duas pessoas	2	-	6	1
Três pessoas	-	-	-	-
Mais de três pessoas	6	-	2	-
Sozinho	-	1	2	-

Em relação ao nível de escolaridade, os homens apresentam maior tempo de estudo do que as mulheres. É interessante destacar que, entre os quatorze participantes que relataram ter nível fundamental incompleto, apenas quatro estudaram além da quarta série (quinto ano do ensino atual). Simonetti, Batista e Carvalho (2002), ao estudarem os hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes com HA, observaram que cerca de 60% das pessoas entrevistadas não tinha

concluído o ensino médio e aproximadamente 11% eram analfabetos. Com isso verificaram que havia uma tendência para queda na média da pressão arterial quanto maior o nível de instrução educacional. Esse dado sugere uma influência da ocupação e de características de ordem social como fatores de risco para essas doenças.

Observou-se que a renda familiar das pessoas que não participam do grupo é menor do que as que participam. Contudo, o número de habitantes na mesma casa do participante é maior entre as pessoas que freqüentam o grupo. Isso pode evidenciar poucas diferenças em relação à renda entre os dois grupos.

Quando perguntados sobre as questões de doenças, vale ressaltar que todos ($n = 27$) relataram ter HA. Os participantes também se referiram a problemas concomitantes: nove com diabetes, oito relataram colesterol alto, cinco problemas cardíacos, dois referiram derrame e duas pessoas não sabiam informar se tinham diabetes.

Com relação ao tempo de conhecimento sobre o diagnóstico de HA e diabetes, o período variou consideravelmente. Dentre as mulheres que freqüentam o grupo, o período variou entre duas semanas e 43 anos e, a variação entre os homens foi de quatro a 20 anos. Entre as mulheres que não participam do grupo, uma relata que não sabe há quanto tempo apresenta esses problemas, e o período de conhecimento das outras variou entre quatro e 20 anos, e o único homem do grupo tem conhecimento há cinco anos.

5.2 Perfil da Rede Social de Apoio

O apoio social, segundo Pinto et al. (2006) é composto por várias categorias de apoio, entre elas encontram-se o apoio material e o emocional. Araújo et al. (2006) enfatizam que o suporte social envolve redes de apoio e políticas sociais que buscam favorecer o bem-estar das pessoas. Para esses autores, as fontes de apoio

não só melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas, mas também atuam como um fator de proteção para elas.

Neste estudo, foi considerado como rede social o apoio material e emocional que os participantes possam ter. Descreveremos agora os tipos de apoio material encontrados.

5.2.1 Apoio Material

Pinto et al. (2006) descrevem o apoio material como sendo práticas que objetivam auxiliar as pessoas em caso de necessidade, proporcionando acesso aos recursos materiais e serviços práticos. Na presente pesquisa, as fontes de apoio mais citadas foram a cesta básica e o auxílio concedido pelo programa Bolsa Escola, do Governo Federal. Buscou-se observar também se os participantes recebiam gratuitamente os medicamentos necessários ao controle da HA e do diabetes, ou se precisavam comprá-los.

Entre os participantes que freqüentam o grupo de apoio apenas cinco pessoas relataram receberem algum tipo de apoio material. Os auxílios citados foram a cesta básica do governo ($n=04$) e o Bolsa Escola ($n=01$) para um neto. Onze pessoas afirmaram não receber auxílio material.

Entre as pessoas que não freqüentam o grupo de apoio, apenas uma participante recebe a cesta básica do governo. Dez participantes relatam que não recebem nenhum tipo de apoio material. Podemos perceber que os participantes que freqüentam o grupo recebem mais esse tipo de apoio do que os que não freqüentam e que esses recursos são referentes à alimentação. Essa prática pode ser relacionada ao favorecimento da saúde quando observamos o que destacam Andrade et al. (2005) ao afirmarem que o apoio social produz efeitos diretos ou indiretos sobre a saúde.

5.2.1.1 Aquisição de medicamentos

Os participantes foram perguntados também a respeito da forma como conseguem os medicamentos necessários ao tratamento da HA e do diabetes. A maioria das pessoas que freqüentam o grupo (n=10) afirmou que recebe gratuitamente todos os remédios para HA e diabetes na UBS. Seis pessoas relatam que precisam comprar algum remédio para outras doenças. Grande parte das pessoas que não freqüentam o grupo de apoio (n=08), afirmou também receber todos os remédios para HA e diabetes do sistema público de saúde. Apenas três pessoas declararam ter que comprar algum remédio para outras doenças. A seguir serão apresentados alguns relatos dos participantes sobre esse tema.

Pego todos os remédios na UBS só compro o do colesterol, minha filha mandou fazer pra mim porque eu não ia ter condições. P12 (65, Fem, FG)

Pego uns aqui, é, acho que a gente não compra, não. A casa de saúde fornece. Eu posso dizer que a minha medicação é toda grátis. P18 (80, Fem, NFG)

Pego todos os remédios de pressão aqui, às vezes quando não tem, como o do estômago que não tem, aí tem que comprar, né. P17 (78, Fem, NFG)

Destaca-se, pelos relatos dos participantes de ambos os grupos, que os remédios para pressão alta e diabetes, quando necessários, são todos encontrados na rede pública de saúde, diferente do que acontece com medicamentos para outras doenças. Esse fato pode ser visto como um dos aspectos que favorecem o tratamento da HA e do diabetes, isso demonstra também a importância dos programas oficiais de atenção à saúde da população.

5.2.2 Apoio Emocional

O apoio emocional foi definido por Pinto et al. (2006, p.754) como algo que “[...] refere-se a empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse.” Andrade et al. (2005) relatam que o apoio afetivo da família e dos amigos pode exercer importante influência na motivação para adesão e manutenção de autocuidados.

Segundo Oliveira e Bastos (2000), nas camadas de baixa renda, os recursos utilizados para lidar com a própria saúde envolvem principalmente a rede de apoio social. Essa é composta, mais frequentemente pela família e religião. Quando os próprios recursos não são suficientes para suprir as necessidades, há uma ampla utilização da rede social de apoio disponível.

De acordo com o relato dos participantes, podemos perceber que a família foi citada frequentemente como uma fonte de apoio emocional. Entre as pessoas que freqüentam o grupo de apoio, a maioria (n=10) relata receber algum tipo de apoio emocional. A principal fonte de apoio citada por esse grupo foi a família, com destaque para os filhos. Entre as pessoas que não freqüentam o grupo, os filhos e os vizinhos também foram as fontes de apoio mais citadas.

Sim. Converso, às vezes, com meu filho. P2 (56 anos, Fem., FG)

As vezes eu converso, tem uma vizinha minha e também uma filha que quando ela vem eu converso com ela. Eu não tenho confiança em ninguém minha filha, a gente não pode confiar em ninguém não.
P3 (66 anos, Fem., FG)

Podemos enfatizar que não houve diferença entre os grupos quanto ao fato de terem ou não apoio emocional da família.

Um aspecto importante é que, entre as pessoas que freqüentam o grupo, dois participantes destacaram o próprio grupo como fonte de apoio emocional, sendo que para um deles o grupo é a única forma de apoio emocional.

Sim. Só aqui mesmo na reunião. P23 (69, Fem, FG)

Da família e do grupo. O grupo dos hipertensos que poderia ser mais de uma vez por semana, principalmente pra quem mora sozinho como eu, isso ai ajuda muito. Era importante também ter alguém da família junto com a gente quando vem no médico, isso era importante. P4 (73 anos, Masc., FG)

Esse fato indica que, além de ser informativo, o grupo cumpre a função social de apoiar emocionalmente as pessoas que o freqüentam, o que demonstra que esse papel também deve ser trabalhado como meio de mobilização para a adesão ao tratamento.

A religião também foi um item citado com grande frequência como fonte de apoio emocional. Para as pessoas que freqüentam o grupo, ela esteve presente em três relatos e em cinco dos que não freqüentam o grupo. Para quatro pessoas desse último grupo ela é considerada a única forma de apoio emocional.

O único lugar que eu vou, que eu tenho a minha oportunidade de falar é sobre o evangelho, que eu sou evangélico, né. Então eu pego a bíblia e vou meditar sobre alguma coisa daquele dia, ai eu me desabafo, né. Porque às vezes eu to meio..., ai quando eu vou na igreja, eu faço a minha parte, isso para o homem, para com Deus, eu fico aliviado. P20 (59, Masc, FG)

Sim. Eu costumo ir no centro espírita porque eu gosto da palestra que eles dão, eu acho bom. Parece que quando eles dão a palestra é justamente aquilo que você tá precisando ouvir, naquele dia, sabe? É uma coisa assim, não sei, dá certinho. Eu vou, eu tomo passe e me sinto bem indo lá, eu acho que é um apoio emocional. P12 (65, Fem, FG)

Sim. Só das minhas filhas. Na minha religião também, mais eu desabafo só entre eu e Deus, é a única pessoa que para pra ouvir a gente. P13 (54, Fem, NFG)

Sim. Eu sempre vou na igreja. Eu recebo muito apoio dos irmãos, eles me acarinham muito, eu chego a chorar porque tem alguns que agora vão embora. Os irmãos me dão muito valor, da igreja que eu sigo, entendeu? P14 (84, Fem, NFG)

Observamos que a religião foi citada com maior freqüência, como fonte de apoio emocional, para as pessoas que não freqüentam o grupo de apoio. Pode-se supor que, as pessoas que participam de atividades ligadas a alguma religião têm um espaço de apoio e compartilhamento das emoções nesses locais. Roehe (2004) afirma que a religião promove melhores relacionamentos interpessoais na família, na comunidade e na igreja. Isso pode ser um dos fatores que fazem com que o grupo de apoio não represente um atrativo para essas pessoas. Contudo, o autor destaca que a influência positiva da religião na saúde é maior do que a influência negativa. Ele acrescenta ainda que estudos atuais sobre o tema têm apontado para uma associação entre religiosidade e comportamentos de bem-estar físico. Isso pode ser identificado quando se observa uma menor taxa de suicídio, menor incidência de cirrose hepática, problemas cardíacos e outras doenças entre as pessoas que participam de alguma religião.

A participação da família nos cuidados com o paciente pode ser um fator de mobilização ou desmotivação para o cuidar. Conforme destacam Oliveira e Bastos (2000), em relação à rede de apoio social, a família é o principal agente de cuidados com a saúde. Buscamos observar então como a família dos participantes contribui com seus cuidados.

A maioria dos participantes que freqüentam o grupo de apoio (n=10) relata que a família participa de seus cuidados, porém cinco deles afirmaram que isso não é um hábito freqüente, ou seja, a família só participa em caso de necessidade. Isso é prejudicial por ser a família o principal agente de cuidados com a saúde. Nas falas das pessoas que não freqüentam o grupo, podemos perceber que a família é mais presente nos cuidados.

Olha, quando eles ficam sabendo que eu to doente ficam tudo ali pra da assistência, se eu não tenho dinheiro pra comprar o remédio eles dão um jeito, vão e compram. Faz os exames, que alguns exames têm que pagar também, eles ajudam tudo nessas partes, ai. P15 (71, Fem, FG)

Minha família participa, muitas vezes eles, é sempre assim, procuram sabe como que eu to, como que não to. Então toda vez minha família ta toda junto comigo, né. Sabendo da minha situação, até minhas filhas, sempre que eu não to muito bom, alguma coisa, né, elas já perguntam o que esta acontecendo, alguma coisa, né,

participa. Toda vez ta sabendo como que eu to, né. P25 (70, Masc, NFG)

Participa, eles são ótimos. Eles ajudam de qualquer maneira, com um apoio, em alguns casos que eu preciso ou me ajuda no trabalho de casa, seja como for, necessitando deles eles me ajudam, meus filhos, netos e também alguma parte dos meus irmãos. P24 (70, Fem, NFG)

O suporte emocional que recebem da família também pode ser um dos motivos pelos quais essas pessoas não sentem necessidade de freqüentar o grupo de apoio da UBS. Isso está de acordo com o que afirmam Andrade et al. (2006) ao enfatizarem que, a intensidade dos laços sociais de apoio é inversamente proporcional a utilização dos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, ou seja, quanto mais intenso o laço social menor a procura por atendimento em saúde.

5.2.3 Participação em Atividades Sociais

Buscou-se verificar nesse tópico, se os participantes da pesquisa freqüentam outros grupos ou desenvolvem algum tipo de atividade social que poderia estar suprindo a necessidade de freqüentar o grupo de apoio da UBS. Como apontam Araújo et al. (2006), a promoção da saúde pode se dar em diversos ambientes, incluindo a participação em grupos sociais.

Quanto à participação em outras atividades sociais, entre as pessoas que frequentam o grupo de apoio, apenas uma relatou participar das reuniões de sua igreja. Essa atividade também foi relatada por cinco participantes que não freqüentam o grupo, como podemos observar nos relatos.

Não, mais eu vou a missa e visito as famílias, mas depende do horário, se eu estou bem de saúde eu vou. P18 (80, Fem, NFG)

Grupo da igreja, tudo que é qualidade de grupo eu participo. Pode ser cursos, pode ser o movimento das mulheres ou da igreja toda, da igreja do evangelho quadrangular. P24 (70, Fem, NFG)

A participação em grupos religiosos pode ser um dos motivos pelo qual a participação no grupo de apoio não ocorra, visto que as atividades religiosas podem suprir as necessidades emocionais e de relacionamento social que são alguns dos motivos pelos quais os participantes freqüentam o grupo. Isso demonstra a necessidade de integração entre os serviços de saúde e as redes de apoio social da comunidade para uma maior atenção à saúde da população atendida.

5.3 Sentidos Dados à Saúde

Nesse tópico, buscamos analisar os sentidos que os participantes dão à saúde. Isso é importante porque, o modo de entender a saúde influencia na percepção da necessidade de cuidados com ela. Os sentidos dados à saúde foram semelhantes entre os dois grupos pesquisados. Eles foram agrupados de acordo com as temáticas mais abordadas. Apenas um participante, que não freqüenta o grupo, se referiu a saúde como bem-estar e algo que pode ser adquirido, o que caracteriza uma visão mais positiva da saúde.

5.3.1 Saúde como Ausência de Doença

Os sentidos de saúde, entre os participantes da pesquisa, foram relacionados principalmente com a ausência de doença. Como destaca Canesqui (2003), são as sensações corporais que demonstram que alguma coisa não está bem, como por exemplo, a febre, a dor, a falta de sono e apetite, entre outros. A percepção da doença ocorre principalmente por meio dessas sensações que sinalizam que algo não está funcionando como deveria. A ausência de sintomas não significa necessariamente saúde, contudo, para os participantes desta pesquisa, não ter sintomas é ser saudável, como podemos ver nas seguintes falas.

Saúde pra mim é a pessoa ser sadia. Não ter doença nenhuma, não ter problema nenhum, mas essa pessoa não tem, a gente sempre tem problema, ainda mais uma pessoa com idade igual eu. P21 (64, Fem, FG)

Saúde é quando a gente não fica doente, né. Tem saúde quando não está “ai, dói aqui, dói lá”. Isso é saúde pra gente, quando não ta reclamando. Agora, ta reclamando não tem saúde, né. Se dói aqui, dói lá, não tem saúde. Agora, se não doesse nada, ai tava sadio. P3 (66 anos, Fem., FG)

Eu entendo que a gente não tem saúde porque fica sempre doente, né? Sei lá. Porque todo dia a gente sente uma coisa, porque não é uma doença só. Saúde é uma pessoa saudável, que não sente nada, não tem problema nenhum. Ai eu acho que é a saúde... A gente vive sempre com dor, sempre dói alguma coisa, sempre dói outra, ta sempre doente e nunca ta sã. P10 (78 anos, Fem., NFG)

Essa visão acarreta dificuldades ao tratamento, principalmente no caso de doenças assintomáticas, como a HA e o diabetes. De acordo com Lima, Bucher e Lima (2004), as queixas das pessoas que têm HA são frequentemente referentes às consequências da alteração das tensões sobre outros órgãos. A dificuldade em lidar com a doença surge pelo fato de que, não percebendo sintomas, as pessoas não cuidam.

Lima (2005), ao abordar as representações sociais de saúde e doença para portadores de Diabetes Melito, observou que parte do fracasso dos programas de prevenção de doenças crônicas é decorrente dessa percepção de saúde como ausência de sintomas.

5.3.2 Saúde como Capacidade para o Trabalho

Segundo Adam e Herzlich (2001), nas camadas populares de menor renda, a saúde está relacionada com a capacidade de trabalhar. Saúde, para essas pessoas pode não representar o bem-estar, mas também não prejudica a capacidade de trabalho. Na presente pesquisa, foi encontrada nas falas de três mulheres que freqüentam o grupo de apoio uma relação entre saúde, ânimo e disposição. Essa

forma de definir saúde fundamenta-se na necessidade de trabalho dessas mulheres, visto que são donas de casa e responsáveis por todos os afazeres domésticos. Não têm quem faça isso por elas, portanto, precisam de saúde para poder realizar suas atividades. Esse pode ser o motivo da definição de saúde como “ânimo”, “coragem”.

Sem saúde não tem ânimo na vida não, pra fazer nada. Primeira coisa é saúde, você enfrenta qualquer coisa na vida, se não tiver saúde não tem como viver. P1 (72 anos, Fem., FG)

Saúde é ter aquele ânimo, aquela coragem, vontade de trabalhar em casa, sair, passear, né. E participar de outras coisas, né, se divertir. P16 (62, Fem, FG)

Esse sentido também esteve presente entre as pessoas que não freqüentam o grupo de apoio. E pode, mais uma vez, demonstrar a preocupação com o corpo enquanto instrumento de trabalho. Como o que observamos nos relatos de outros participantes, em especial na fala de uma mulher, com 46 anos, empregada doméstica, para quem o corpo é fundamental, como meio de trabalho.

Ah, saúde é tudo, né. É o mais importante, se você não tiver saúde você não pode nem trabalhar, né. P26 (46, Fem, NFG)

A pessoa é feliz, né, a gente quando perde a saúde é uma pessoa inútil, né. As vezes eu fico pensando quando eu ficar mais velha, se vou ficar uma pessoa inútil, ai é duro né. P27 (83, Fem, NFG)

Esses relatos também podem estar de acordo com o que enfatizam Reis e Fradique (2003), ao afirmarem que os adultos de meia-idade se preocupam mais com a estabilidade econômica e profissional, o que influencia na construção dos sentidos de saúde. Como podemos ver o trabalho para essas pessoas é algo muito importante e a saúde é necessária visto que, sem ela, a capacidade para o trabalho é dificultada, isso pode ser um fator que mobilize o cuidado. Ao mesmo tempo em que, a necessidade de trabalhar pode ser algo que dificulte o acesso aos serviços de saúde. Como destacam Oliveira e Bastos (2000), as pessoas que entendem a saúde

como capacidade para o trabalho geralmente procuraram o atendimento médico em circunstâncias extremas como em casos de doenças crônicas ou de acidentes.

5.3.3 Saúde como “a Maior Riqueza da Vida”

Saúde foi definida como a “maior riqueza da vida” por seis pessoas que freqüentam o grupo de apoio, como podemos observar nos relatos.

A maior riqueza que a gente possui é a saúde. Porque eu entendo que sem a saúde a gente não tem nada né. P4 (73 anos, Masc., FG)

Saúde pra mim é a maior riqueza que eu tenho, porque não tem coisa melhor que a saúde, né. Se a gente tiver dinheiro e não tiver saúde, não vale a pena. A gente sem saúde fica difícil. Saúde é isso ai. Uma pessoa saudável é feliz, é alegre. P7 (70 anos, Fem., FG)

Para os participantes que não freqüentam o grupo essa valorização pode ser percebida nas falas que enfatizam a saúde como sinônimo de paz, alegria, felicidade e prazer (n=03).

Saúde? Significa paz, vida. Uma pessoa que tem saúde vive em paz. Uma pessoa que tem falta de saúde, ela não tem paz. P24 (70, Fem, NFG)

Saúde pra mim significa uma vida pra gente viver, porque se você não tem saúde você não tem prazer pra nada. Eu acho assim, porque quando eu to doente, se eu não tenho prazer pra nada, não tenho uma alegria, nada né. Eu acho assim. P17 (78, Fem, NFG)

Isso está de acordo com o que destaca Lima (2005), ao abordar que o convívio diário com a doença crônica leva a uma maior valorização da saúde, principalmente em função da preocupação com as possibilidades de agravo da doença.

5.3.4 Saúde como Algo que pode ser Adquirido

Saúde foi definida como algo que pode ser adquirido, como bem-estar por um participante que não freqüenta o grupo de apoio. É interessante destacar essa fala porque ela demonstra uma mobilização para o cuidar.

Saúde é uma coisa muito boa, a única coisa que a gente pode adquirir é saúde. Saúde é em primeiro lugar, né. Uma pessoa que tem saúde é alegre, uma pessoa que tem saúde é satisfeita, dorme bem, come bem, é isso aí. P25 (70, Masc, NFG)

Essa visão de saúde demonstra que o participante comprehende a responsabilidade por sua saúde e, por isso enfatiza que ela deve ser adquirida. Contudo, uma relação com o nível sócio-econômico também pode ser feita, no sentido de que poucas coisas podem ser adquiridas pelas pessoas de renda mais baixa, como é o caso da população entrevistada. A valorização da saúde como algo que pode ser adquirido seria uma forma de compensar as dificuldades econômicas.

As respostas sobre os sentidos de saúde foram semelhantes para os participantes que freqüentam o grupo de apoio e para os que não freqüentam. A resposta mais comum em ambos os grupos foi a percepção da saúde como ausência de doença, o que se mostra como dificuldade para o tratamento. Isso ocorre porque as doenças crônicas que essa população apresenta são, geralmente, assintomáticas, só apresentando sintomas quando o quadro clínico se agrava. O fato de precisarem perceber os sintomas para saber que algo não vai bem traz complicações ao tratamento e, muitas vezes, a não adesão a ele, como afirma Lima (2005).

A percepção da saúde como uma alegria, uma riqueza também foi comum a ambos os grupos e pode ser justificada pela convivência desses participantes com as restrições e preocupações impostas pelas doenças crônicas, o que os leva a valorizar a saúde cada vez mais. Pode-se entender também que essas pessoas se sentem saudáveis e valorizam a saúde de modo positivo apesar de conviverem com doenças crônicas.

5.4 Os Sentidos Dados à Doença

Na presente pesquisa procuramos analisar os sentidos dados à doença pelos participantes. Ao analisarmos os conteúdos das falas, pudemos identificar diversos sentidos que exercem influência na mobilização para o cuidar. No geral, a percepção da doença esteve mais relacionada com as incapacidades que ela acarreta. Vários outros aspectos também foram ressaltados na construção de sentidos sobre a doença.

5.4.1 Doença como Incapacidade

Observando as falas dos participantes, podemos perceber que os sentidos de doença se relacionam com maior freqüência, com a incapacidade e o desânimo. Grande parte das pessoas que freqüentam o grupo de apoio (n=06) fez essa relação. Esse fato foi observado também nas falas dos participantes que não freqüentam o grupo de apoio (n=04). Isso está de acordo com o que afirmam Adam e Herzlich (2001), ao abordarem que a ameaça à capacidade de trabalho é o que determina o sentido de doença e saúde para as pessoas das classes sociais de menor renda. Segundo os autores, questões relativas à satisfação pessoal ficam em segundo plano para essa população.

Doença é a pessoa que é doente, né. A pessoa fica desanimada, não tem animação de fazer nada das coisas, né. O serviço, não faz bem, né. (56 anos, Fem., FG).

É a coisa mais ruim que tem, a gente ficar doente, ficar parado em cima de uma cama, deitada ali, doente, sem poder levantar, é muito ruim. (69 anos, Fem., FG).

Minha filha, doença é quando eu não posso fazer as coisas. Eu limpo a minha casa, até encero o chão, mas ontem mesmo, eu fui lavar uma roupa branca mais deu um trabalho pra tirar a sujeira porque eu não estou enxergando. Eu não posso mais fazer o serviço, hoje em dia eu quase não estou mais fazendo o serviço porque eu não enxergo. P14 (84, Fem, NFG)

Para essas participantes, a capacidade de realizar suas atividades diárias é algo valorizado e a doença, então é vista como algo que impede essa realização. Isso está de acordo com o que apontam Adam e Herzlich (2001), quando afirmam que o corpo, para as pessoas das camadas populares, é um instrumento de trabalho e a ameaça a esta função é o que determina o conceito de saúde e doença para tal população.

De acordo com Oliveira e Bastos (2000), essa visão da doença, como algo incapacitante, ocorre principalmente nas classes de menor renda, porque dificulta o trabalho que geralmente é o sustento da família.

5.4.2 Doença com Sensação Corporal

Assim como a saúde é vista como “ausência de doença”, ou seja, ausência de sintomas, por essa população, a doença também é entendida como a presença de algum sintoma, como por exemplo, a dor. Os sentidos da doença para os participantes estão relacionados às sensações corporais que ela desencadeia. Isso traz complicações, principalmente, pelo fato de que essas pessoas convivem com doenças crônicas que são, na maioria das vezes, assintomáticas.

Essa percepção da doença apareceu nas respostas das pessoas que participam do grupo (n=03) e com menor freqüência entre as que não participam (n=01).

Doença é uma coisa ruim, né, que a gente não quer ter. As vezes a gente tem, mais não quer ficar daquele jeito. A pessoa fica com o corpo ruim, dói alguma coisa, um braço, uma perna. Outra hora tá com dor de barriga, no estômago, essas coisas, né. Se não ta doendo nada, não ta sentindo nada é porque tem saúde, tá bom. P6 (42anos, Fem., FG)

A doença é assim...Não sei, eu não sei explicar pra senhora. Quando reclama, né. Amanhece com dor nas costas, dor nos braços, dor não sei aonde, levanta com tontura, parece que vai cair, tudo isso é uma doença pra gente, né? P3 (66 anos, Fem., FG)

Doença é quando a pessoa ta sentindo alguma coisa, uma dor, uma gripe, uma virose, uma doença, se não tratar, né? É isso. P13 (54, Fem, NFG)

Esse modo de perceber a doença também tem relação direta com o que afirmam Adam e Herzlich (2001). Segundo os autores, a doença para as classes sociais de menor renda, localiza-se no corpo e é descrita através da utilização de categorias concretas e sensações corporais. Alves (1993) também destaca que as pessoas se consideram doentes quando percebem sensações físicas ou psíquicas de mal-estar. As informações provenientes do corpo, como a percepção dos sintomas, são organizadas em sistemas dotados de sentido. A doença vai além dos limites das sensações corporais, engloba as impressões sensíveis do corpo e o sentido dado a elas.

Alves (1993) ressalta também que essa forma de entender a doença pode trazer prejuízos ao tratamento, principalmente das doenças que não despertam sensações corporais. O fato das pessoas não terem consciência das sensações corporais da doença e precisarem dos sintomas para saber que estão doentes tem sido um dos motivos da não adesão ao tratamento de doenças como a HA e o diabetes. Esse fato também tem sido abordado como o responsável pela busca por tratamento apenas quando essas doenças estão em estágios mais avançados, e, portanto, apresentando sintomas.

5.4.3 Doença como Destino

Podemos observar nos relatos de alguns participantes que freqüentam o grupo (n=02) que doença é percebida como algo que foge do controle das pessoas, relaciona-se com o destino porque é vista como um fato que está determinado a acontecer. Essa forma de entender a doença dificulta principalmente sua prevenção, porque a doença é percebida como algo que irá acontecer inevitavelmente. Isso se assemelha ao que relata Sevalho (1993), quando aborda as formas como a doença foi vista no decorrer da história. Ele relata que as primeiras representações de saúde

e doença relacionavam-se com o sobrenatural, o mágico. A expressão da doença relacionava-se a mistérios e superstições e contra ela nada poderia ser feito. O autor destaca que, desde os mais remotos tempos, muitas formas de ver a doença permanecem. Podemos identificar essa idéia de inevitabilidade nos relatos a seguir.

Doença... bom, se a gente tem que passar, né, ninguém vai passar pela gente, né. P12 (65, Fem, FG)

Ah, doença é um desespero, né. Porque a doença ela não marca hora pra vir, se tem o dinheiro ou se não tem, a hora que é, se tem um carro na porta ou se não tem, né. Tem que dar um jeito de sair correndo e ir atrás, né. P15 (71, Fem, FG)

Nesse mesmo sentido, alguns participantes que não freqüentam o grupo de apoio (n=02) também relacionaram a doença a causas externas.

Ai, não sei, eu acho que a doença já vem porque o mundo já tá infectado, né. Desde o começo, a doença já vem surgindo por causa disso daí. E outra, também o alimento é muito fraco, você hoje, hoje o alimento mais é com veneno, né. P9 (73 anos, Fem, NFG)

Novamente, a noção de que a doença é algo que está destinado a acontecer surge como um entrave ao tratamento e à prevenção. Essa percepção da doença retira a responsabilidade de cuidar das pessoas, pois se a doença tem causas externas, não é possível evitá-la.

5.4.5 Visão Positiva da Doença

A doença foi vista de modo mais positivo por duas participantes, uma que freqüenta o grupo de apoio e outra que não o freqüenta. Essas visões foram denominadas de positivas porque, de certa forma, favorecem o tratamento das doenças assintomáticas e, por conseguinte, a prevenção de seus agravos.

A pessoa doente é triste, às vezes nem sente dor. Meu marido é doente, ele diz que não sente dor, mais dói pra gente que ta cuidando. Nem toda doença tem dor, tem doença que não dói e é triste. P7 (70 anos, Fem., FG)

Uma participante que não freqüenta o grupo de apoio relaciona a doença à falta de cuidados com a saúde. Essa visão foi destacada por ser mais favorável ao tratamento, pelo fato de responsabilizar as pessoas por sua própria saúde.

Ah, doença é... Muitas vezes doença é pela fraqueza da pessoa ou pela falta de cuidado. Não cuidou quando, antes. Não teve oportunidade ou não quis, ai ela se torna uma doença, mais tarde. Na minha verdade eu não tenho tanta doença, não tenho essas enfermidades, mas eu vejo gente com enfermidades pior, por falta de cuidado. A doença dá por falta de cuidado. P24 (70, Fem, NFG)

A sensibilização das pessoas para o fato de que elas são responsáveis por sua saúde tem sido destacado atualmente como algo importante para o tratamento. Como propõe Cardoso (2002), é fundamental a difusão de informações que busquem ampliar o auto-conhecimento e a responsabilidade do paciente para consigo mesmo e com seu tratamento. Despertar no outro a necessidade de cuidar de si mesmo favorece o desenvolvimento de melhores condições de vida. Contudo, esse aspecto não é o único que deve ser despertado. É preciso que se leve em consideração também os aspectos sociais e econômicos da população atendida para que políticas públicas sejam desenvolvidas na busca de ampliar os cuidados com a saúde.

5.5 Considerações sobre a HA

Neste tópico, buscou-se identificar os conhecimentos dos participantes sobre a HA e os cuidados necessários para quem tem essa doença.

5.5.1 Conhecimentos sobre a HA

Os participantes de ambos os grupos demonstraram ter conhecimentos restritos sobre a HA. Vieira e Castiel (2003) afirmam que a grande maioria dos pacientes que vivem com HA não recebe orientações sobre a doença e suas formas de tratamento. Noblat et al. (2004) constataram que a população brasileira, em geral, é pouco informada sobre os riscos da HA.

Para os participantes que freqüentam o grupo de apoio, o que mais se destacou foram os aspectos emocionais como o nervoso e as preocupações. Já para os participantes que não freqüentam o grupo, os aspectos de maior relevância relacionam-se as sensações corporais ocasionadas pela doença e suas consequências. Esse aspecto é preocupante porque os sintomas geralmente são percebidos quando o quadro clínico apresenta agravos.

5.5.1.1 HA como “Nervoso” e Problemas Emocionais

Entre as pessoas que freqüentam o grupo, os sentidos dados à HA ligam-se, com maior freqüência, ao nervoso, principalmente para as mulheres, e problemas emocionais para os homens. Essa associação não esteve presente entre as pessoas que não freqüentam o grupo. Essa relação entre a elevação da PA e o “nervoso” também foi destacada por Carvalho, Telarolli Júnior e Machado (1998), em uma pesquisa referente às concepções sobre HA na terceira idade, na qual grande parte dos entrevistados associava as causas da doença ao seu nervosismo.

Ah, eu não sei não, eu tiro por mim, eu acho que negócio de ser hipertenso é nervoso. Eu penso que pra mim, eu acho que é isso com certeza, é muita tribulação da vida. P1 (72 anos, Fem., FG)

A hipertensão no meu caso, que nem eu citei, foi emocional, né. Mais existem algumas pessoas que pode subir a hipertensão por devidos hábitos maus e comidas diferentes. P20 (59, Masc, FG)

A pressão alta é causada por vários fatores sal, estresse, vida sedentária. No meu caso, por exemplo, foi devido a estresse emocional, né. Eu me separei da família, tive vários problemas, eu não tinha isso, fiquei com hipertensão, mais eu tô sabendo viver com ela. P19 (64, Masc, FG)

Essa associação entre a HA e o nervoso tem sido freqüente em muitos estudos sobre as concepções dessa doença. Reis e Fradique (2003) verificaram que os participantes de sua pesquisa atribuíam as causas da HA aos aspectos psicológicos como ao nervosismo, à tensão, aos estados de espírito e ao poder da mente. Péres, Magna e Viana (2003) afirmam que a inexistência de causas físicas identificáveis favorece a rotulação da HA de modo reducionista aos aspectos emocionais, e isso acontece não só pelos pacientes, mas também pelos médicos. Os autores destacam que as preocupações familiares, econômicas e sociais realmente elevam a pressão arterial, contudo, atribuir o descontrole tensional apenas aos fatores emocionais seria uma definição reducionista. Podemos observar esse fato na fala de uma participante.

A pressão é assim, cedo ela está uma coisa, a tarde ta outra, né. Assim, preocupação, nervoso também sobe a pressão bastante, né. Um dia o médico falou pra gente que a preocupação e o nervoso sobre a pressão e a diabetes. Eu falei pra ele que comida até a gente controla, mas preocupação não, a preocupação não tem como, como você vai fazer pra não ficar preocupado? A preocupação faz subir também, bastante, né. P15 (71, Fem, FG)

Essa definição pode ser considerada prejudicial ao tratamento, principalmente porque a pessoa acredita que não tem como controlar o nervoso, ou seja, não é possível controlar a elevação da PA.

5.5.1.2 HA Segundo seus Sintomas

Ao definirem a HA, cinco participantes que freqüentam o grupo de apoio e três que não freqüentam falarão sobre os sintomas da doença. Isso é preocupante visto que os sintomas surgem, principalmente, quando a doença está apresentando complicações.

Doença, né? Não sei direito mais deixa a gente meio agitado, né a pressão parece que sobe. Dá uma dorzinha de cabeça, só. P27 (83, Fem, NFG)

Pressão alta depende das coisas que a gente sente, né. Eu sei que dá “trapalho” nas vistas quando ta ruim, é perigoso dá alguma coisa de repente. E precisa tratar e tomar o remédio certo. A cabeça fica ruim também, mas ai vai da pessoa, cada um sente um negócio, é peso na cabeça, eu tenho muita “zuera” na cabeça, barulheira, tem dia, mais não é todo dia. Tem vez a cabeça ta pesada, rui, dor de cabeça dá, assim vai indo. P6 (42anos, Fem., FG)

Pressão alta, eu pra mim que ela dá um mal estar, tipo uma dor de cabeça meio zonza, né. E...tem vez que ela ataca muito forte, né. Em mim ataca a tontura, quando ela deu dessa última vez deu tontura. Mais eu acho que é preocupação, não é comida, nem nada, nem gordura, que a minha comida é bem, eu ponho pouco sal, então eu acho que é a preocupação. P16 (62, Fem, FG)

Além de enfatizar os sintomas da doença, outro aspecto importante desta última fala é a afirmação de que a alimentação não se relaciona à HA. Pode-se perceber que a participante tem conhecimento sobre as causas da HA, contudo, há uma construção de sentido associando à experiência da doença às suas vivências e, de certa forma, valorizando menos seus conhecimentos sobre a doença. Esse fato também foi abordado por Canesqui (2003), quando, ao falar sobre estudos referentes à HA, destacou que a percepção da doença frequentemente é evidenciada por meio das sensações corporais como “cansaço”, “dores de cabeça”, “tontura” e “zoeira na cabeça”, principalmente pelas mulheres.

5.5.1.3 Conseqüências da HA

A HA foi definida enfatizando suas conseqüência apenas pelas pessoas que não freqüentam o grupo de apoio (n=04).

Eu não sei não, mas eu acho que ela é muito perigosa, uma vez minha pressão subiu, eu tive que parar no médico, me deu começo de derrame. Me deu tontura, a cabeça ficou ruim, né. E, tontura, dá uma ruindade na cabeça da gente. P10 (78 anos, Fem., NFG)

A pressão alta é uma coisa que pode dar um derrame, a pessoa pode morrer na hora assim como ela pode ficar acamada por muitos anos, sofrendo, né, com a doença. P18 (80, Fem, NFG)

Bom, pressão alta eu sei que provoca derrame, infarto e ataque cardíaco, eu não sei se é a mesma coisa. Então, eu sei isso. Em mim várias vezes eu não percebia que estava com pressão alta, quando eu ia medir, simplesmente acontecia que estava alta. Dificilmente eu sentia tontura, dor de cabeça eu não sinto. Então, em mim ela sempre atacou silenciosa. P13 (54, Fem, NFG)

O fato de definirem a doença de acordo com suas conseqüências mostra que essas pessoas têm algumas informações a respeito da doença. Isso é reforçado pela declaração da Participante 13 que enfatiza o caráter assintomático da doença. Contudo, pode sinalizar também que essas pessoas vivenciaram as conseqüências com o agravamento do quadro clínico, como relatado pela Participante 10. Péres, Magna e Viana (2003) observaram que parte dos participantes de sua pesquisa declarou ter medo em relação às conseqüências da doença e enfatizaram que isso pode ser um fator que favoreça a adoção de comportamentos mais saudáveis.

5.5.1.4 Mau Funcionamento do Organismo

Ao definirem HA, alguns participantes, que freqüentam o grupo (n=05) e que não o freqüentam (n=02), fizeram uma associação entre seus conhecimentos sobre a doença e aspectos do discurso médico enfatizando a presença de “gordura no sangue”, problemas no coração e “falta de sangue circular”. Esses resultados são

consonantes com os encontrados por Lima, Bucher e Lima (2004), quando observaram que, além de ter alta associação com os problemas emocionais, a HA também foi definida por seus participantes como “problema de coração” e “problema circulatório”.

A hipertensão é gordura no sangue, eu acho. Quando o sangue tá limpo nós não temos pressão alta, quando o sangue cria gordura, que fica sujo e a pressão fica alta, porque as veias ficam entupidas, fica estreitinho aqui e o sangue fica grosso. Não pode comer gordura, não pode comer muita carne vermelha, não pode comer a gema do ovo, abacate, coco e outras coisas também. P7 (70 anos, Fem, FG)

Podemos perceber, nessa fala, a construção de sentido com a incorporação do discurso médico às experiências de vida da participante. Há uma correlação entre a HA e termos conhecidos como sujeira, limpeza, sangue grosso como forma de significar o que não tinha sentido. Segundo Duveen (2003), a sociedade não suporta a ausência de sentido. Toda sociedade possui pontos de rompimento do sentido onde o familiar não é encontrado. Para tentar restabelecer o sentido de familiaridade e a estabilidade cultural são criadas representações. Para Abric (2000), as representações têm função de reestruturar a realidade, integrando características do objeto representado e experiências vividas. Elas fornecem às pessoas a possibilidade de dar sentido às coisas, compreender a realidade e se orientar dentro dela. Isso pode ser percebido também em outros relatos.

Pressão alta é algum problema da pressão do sangue, Tem muitos casos diferentes, a pessoa pode ter tontura, vômito, pode tirar o apetite, né. No coração, né. Alta ela não ta no controle certo. P4 (73 anos, Masc., FG)

A pressão alta é simplesmente a falta do sangue circular. Pelo menos é o que eu penso. Se o sangue não circula a pressão sobe, ai é por causa que tranca certamente as veias do coração. Algumas pessoas sentem alguma coisa, outros não sentem nada, é assim. P24 (70, Fem, NFG)

Essa ligação da HA a problemas no coração e à pressão no sangue é uma forma de ancorar algo diferente em uma categoria conhecida, atribuindo sentido ao que era percebido como estranho e perturbador. Podemos perceber também que essas pessoas associam informações médicas e suas experiências na construção dos sentidos. Segundo Moscovici (2003), esse é o objetivo das representações, tornar familiar algo não-familiar. Uma forma de lidar com o que é estranho e perturbador transferindo-o para um universo comum, o colocando em um lugar mais próximo de nós. Isso pode ser feito através do mecanismo de ancoragem, por meio do qual as idéias estranhas são reduzidas a categorias comuns e colocadas, dessa forma, em um contexto familiar.

5.5.2 Cuidados com a HA

Buscou-se analisar, nesse item, os cuidados que os participantes acreditam ser necessários para o controle da HA. As pessoas dos dois grupos da pesquisa mostraram os mesmos conhecimentos e as mesmas crenças em relação aos cuidados necessários para quem tem a HA. O cuidado mais destacado em ambos os grupos foi a alimentação, o uso de medicamentos também foi citado com freqüência. Não houve relato dos participantes que expressasse a preocupação com a prática de atividades físicas e a freqüência à UBS. Percebe-se também que grande parte dos participantes que definiram a HA como problemas emocionais e “nervoso” não destacam o controle desses aspectos como fator importante nos cuidados com a doença.

5.5.2.1 Controle da Alimentação

Os cuidados com a alimentação foram os mais citados entre as pessoas que freqüentam (n=13) e as que não freqüentam o grupo de apoio (n=08). Pères, Magna e Viana (2003) também verificaram em seu estudo que grande parte dos

participantes relatou as mudanças nos hábitos alimentares como a principal forma de controlar a hipertensão.

É, não comer muito, não comer comida salgada, ai não dá pressão alta, né. É só. P2 (56 anos, Fem., FG)

Os cuidados? Só o alimento, não comer comida engordurada, não comer comida salgada, não comer a pele da galinha, tirar fora. Tenho comer tudo que minha filha manda pra mim, leite, toddy, tudo é diferente. O leite tem que ser integral, tem que ser sem gordura, essas coisas. P21 (64, Fem, FG)

Eu calculo, mais eu tenho que explicar por causa também da doutora, olha, tem que evitar porque a comida muito apertada de sal faz aumentar e também engordurada. Eu nunca gostei de comida engordurada e nem apertada de sal, mais mesmo assim, hoje em dia, minha comida, muitos falam que está sem sal, mais eu evito. P14 (84, Fem, NFG)

Esses dados corroboram o estudo de Carvalho, Telarolli Júnior e Machado (1998), no qual a dieta foi bastante valorizada pelos participantes e acrescentou que, quase todos eles se esforçavam para seguir as recomendações feitas pelos médicos sobre a alimentação. Contudo, percebemos nos relatos de alguns participantes de ambos os grupos a dificuldade em controlar a alimentação, isso se dá principalmente pela sensação de prazer que ela traz.

É comer quase sem sal, mais é ruim comer quase sem sal. Minha comida é com pouco sal, quando vai alguém comer lá em casa eu pergunto se quer um saleiro porque eu sei que minha comida é quase sem sal. Mais eu já acostumei. Tem que comer muita verdura, fruta, evitar de comer fritura e carne gorda, ou carne branca. P12 (65, Fem, FG)

Eles sempre falam pra não comer comida muito gordurosa e, tem que comer o que eles passam pra gente, mais a gente não tem, né. A gente não consegue porque come as coisas quando sai por ai, né. Em casa também se você faz alguma coisa sempre a gente come bastantinho, né. Da vontade de comer. P17 (78, Fem, NFG)

Como podemos perceber, o abandono de hábitos alimentares é algo difícil principalmente porque representa a perda de um prazer. De acordo com Lima, Bucher e Lima (2004), isso é mais complicado em situações de vida nas quais as oportunidades de satisfação pessoal são escassas, como no caso das classes sociais de menor renda.

5.5.2.2 Uso de Medicamentos

Em ambos os grupos, houve uma associação entre a necessidade do controle da alimentação e do uso de medicamentos para a HA de modo significativo.

Pra se cuidar tem que estar indo no médico, tomando os remédios certinho. Vê tudo o que sabe que é bom pra pressão e fazer, ver o que pode ou não pode comer e tomar, essas coisas. P6 (42anos, Fem., FG)

Olha, um cuidado muito sério pra gente se manter. Além do remédio que não pode faltar, observar pra não comer tanta coisa que é gostosa e que a gente não pode. P7 (70 anos, Fem., FG)

Simplesmente, primeiramente até mesmo alimentação, ou tomar o remédio que o médico, seguir o que o médico manda. Não fazer as vontades dele, fazer o que o médico necessita. Tem que ter, mais ou menos, um equilíbrio na vida dele, um entendimento. P24 (70, Fem, NFG)

Em relação ao uso de remédios, os resultados encontrados nesse estudo diferem dos observados por Carvalho, Telarolli Júnior e Machado (1998). Eles verificaram em sua pesquisa um grande preconceito com o uso regular de medicamentos; no qual os participantes referiram que não gostavam de tomar os remédios e que seu uso pode ter efeitos maléficos. No presente estudo, os participantes destacaram o uso da medicação como algo positivo no cuidado com a HA, como podemos ver nesse relato.

Tem que tomar remédio, o médico me deu remédio, eu uso duas vezes ao dia, uma de manhã, outra a noite, a minha vizinha já usa

três vezes. Mais é complicado, cuida com remédio mesmo. P27 (83, Fem, NFG)

Aqui, o uso da medicação é percebido como algo que contribui para o tratamento. Contudo, uma pessoa relacionou os cuidados apenas ao uso de medicamentos, ignorando outros aspectos de extrema importância. Isso pode trazer sérias consequências à saúde dessa participante, visto que o tratamento da HA envolve vários outros aspectos além do uso de medicamentos. Péres, Magna e Viana (2003) perceberam uma valorização do atendimento médico e do uso da medicação em detrimento de outras formas de tratamento no relato dos participantes de seu estudo. Afirmam que isso demonstra uma crença no saber médico, podendo ocorrer principalmente em função da divulgação dos medicamentos como meio de cura mais difundido e freqüente.

5.5.2.3 Controle do “Nervoso”

Apenas três pessoas que freqüentam o grupo de apoio abordaram o controle emocional como meio de cuidado.

Eu descobri que o que me suspende a pressão é a preocupação. É só eu passar um pouco de preocupação que a minha pressão vai lá em cima. Esses dias eu fiquei um pouco doente e fiquei pensando besteira, daí a pouco começou a me apertar a pressão, assim, tive que deitar e esperar passar e descansar. P16 (62, Fem, FG)

Tem que ter muita precaução, procurar o médico quando ficar nervoso, procurar o modo de manter a cabeça equilibrada, pra não aborrecer com qualquer coisa, né. P4 (73 anos, Masc., FG)

Como podemos observar nos relatos, grande parte das pessoas que definiram a HA como um problema emocional não destacaram esse aspecto no cuidado da doença. Péres, Magna e Viana (2003) também chegaram a essa conclusão em seu estudo, ao observarem que apenas 30% dos participantes que

relacionaram as causas da HA aos aspectos emocionais afirmaram ser importante o domínio dos estados emocionais como cuidado da HA.

5.6 Considerações sobre o Diabetes

Nesse tópico, buscou-se observar quais conhecimentos os participantes têm sobre o diabetes e suas formas de cuidados.

5.6.1 Conhecimento sobre o Diabetes

O uso excessivo do açúcar foi a resposta mais freqüente na definição do diabetes para os dois grupos. Os participantes que freqüentam o grupo de apoio mostraram ter maiores informações sobre a etiologia da doença, enquanto os que não freqüentam o grupo relataram maior preocupação com suas possíveis consequências.

Para as pessoas que freqüentam o grupo de apoio a definição do diabetes teve grande associação com o uso do açúcar em sete relatos. Esse sentido também foi encontrado nas falas de cinco pessoas que não freqüentam o grupo de apoio.

Diabetes da em quem come muito doce, né. Agora... doce pra mim já não vai faz muito tempo, né. De repente, não me deu vontade mais P3 (66 anos, Fem., FG)

Já me falaram que a pessoa com diabetes é quando come muito açúcar, eu comia de primeiro, de primeiro eu chegava do serviço, depois do jantar, eu ia na lata de açúcar . Mais eu fiz o exame e deu negativo, porque eu não sentia, não. P14 (84, Fem, NFG)

Os sentidos dados ao diabetes também foram relacionados com suas consequências. Essa visão demonstra que os participantes conhecem os agravos dessa doença e mais uma vez reforça o fato de que a doença só é percebida quando há a presença física dos sintomas. Em relação a essa percepção do diabetes Lima (2005) destaca que é necessário o estabelecimento de diálogos com a população como uma forma de possibilitar novas perspectivas na compreensão de saúde e doença. Essa associação foi feita por dois participantes que freqüentam o grupo de apoio e três que não freqüentam.

*Diabete eu sei que a pessoa, é excesso de açúcar no sangue, né.
Ela pode causar problema cardíaco, de visão, outros fatores, né.
P19 (64, Masc, FG)*

*É o que eu sei, dizem que é açúcar no sangue e quem tem diabete,
um cortado não sara, né? P1 (72 anos, Fem., FG)*

*Diabetes eu sei, a pessoa, né, é o açúcar que usa demais. A pessoa
tem desespero por açúcar e não pode. E ela dá coma né, entra em
coma diabético, ela da até em criancinha. P18 (80, Fem, NFG)*

*Diabetes é uma doença que provoca muita coisa na gente, eu já fui
parar na UTI, por causa da diabetes. E a gente não pode abusar,
comer muitas coisas, as vezes tem que fazer regime de sal, regime
de gordura, de açúcar, essas coisas tudo a gente tem que fazer.
P10 (78 anos, Fem., NFG)*

Um outro aspecto importante citado por duas pessoas que participam do grupo é a associação entre a doença e um mau funcionamento do pâncreas, o que demonstra um certo conhecimento sobre o diabetes. Esse sentido também foi dado por uma participante que não freqüenta o grupo, contudo referindo-se ao mau funcionamento do baço.

*Diabete é que...nosso pâncreas não tá... Não, péra ai, é muita
glicose no sangue, açúcar e o pâncreas não está funcionando
bem, né. Tem que tomar sem açúcar, né. P12 (65, Fem, FG)*

*Diabete é o problema do “panque”, é o “panque” que não
funciona, não tá funcionando em dia. Ele tem que funcionar
em dia pra poder expulsar o açúcar do sangue, né. Ai ele não
funciona legal e chega o ponto de a diabete ficar até ruim, até
ruim mesmo. P4 (73 anos, Masc., FG)*

Nada, só sei que a diabetes é uma doença no sangue, provocada por consumo de doces, de açúcar, né, e ela ataca o baço, né, não sei se é esse o nome. Quando ele não está funcionando é que dá a diabetes. P13 (54, Fem, NFG)

Podemos perceber que esses participantes possuem algumas informações sobre o que é o diabetes e sob essas afirmações constroem sua forma de entender a doença. Brito e Catrib (2004) destacam que a produção de representações sociais ocorre por meio da inter-relação entre fragmentos do conhecimento científico, que são veiculados pelo meio social, e os conhecimentos pessoais já estabelecidos, como o que podemos observar nos relatos acima.

5.6.2 Cuidados com o Diabetes

Este item observou quais cuidados os participantes julgam ser necessários para controlar o diabetes. Ambos os grupos citaram a necessidade de evitar o uso do açúcar e controlar a alimentação como cuidados mais importantes com o diabetes. A prática de exercícios físicos foi citada apenas por uma participante que não freqüenta o grupo.

Evitar o açúcar foi destacado por 11 pessoas que freqüentam o grupo de apoio e por seis pessoas que não freqüentam o grupo.

Não comer doce, eu acho que é só isso. P3 (66 anos, Fem., FG)

São pessoas que nada com o açúcar normal não pode conter, né. Eles são obrigados a usar um tipo de adoçante que eu não sei o nome, né. Os cuidados que eu sei são esses porque eu, graças a deus, não tenho essa doença. P20 (59, Masc, FG)

Mesma coisa, tem um monte de regra. Não pode comer doce, eu mesma não como doce, sigo a dieta, tomo com adoçante, bastante verdura, fruta. P22 (54, Fem, FG)

Que eu sei é que não pode comer doce, só. P11 (66, Fem, NFG)

Eu acho que não pode comer muito açúcar. P14 (84, Fem, NFG)

O controle da alimentação também foi citado por participantes que freqüentam (n=06) e que não freqüentam (03) o grupo. Sendo que foi destacado como a única forma de cuidado por dois participantes de cada grupo.

Cuidados? Eu penso que é o açúcar né, que deve diminuir. Ah, sim, ela deve comer verdura, muita folha verde, massa pouquíssima, e uma dieta muito grande. P18 (80, Fem, NFG)

É a mesma coisa da pressão, não comer comida engordurada, não comer pele de galinha, óleo sol, eu acho que são igual, eu vejo assim. P21 (64, Fem, FG)

Tem que cuidar, não comer as coisas que faz mal. Muitos amputam perna, braço tudo porque come as coisas que faz mal, ai tem que cortar, né. Cortar as pernas, braços, né. P2 (56 anos, Fem., FG)

O uso de medicamentos foi destacado por dois participantes que freqüentam o grupo de apoio, sendo que um deles o enfatizou como a única forma de cuidados com o diabetes.

Tomar os remédios e fazer o controle das coisas que não pode, isso ajuda bastante. Não pode comer doce, não pode comer muito, comida muito engordurada, carne gorda não pode, mais é carne branca e verdura, né. Leite desnatado, eu cozinho com óleo de girassol, recomendado pela médica, uso adoçante, isso ai é pra diabetes. P15 (71, Fem, FG)

Ah, eu cuido aqui no posto, eles me dão remédio. P5 (66 anos, Masc., FG)

Esses dados são preocupantes, especialmente porque, os principais cuidados com o diabetes não envolvem o uso de medicamentos, mas a prática de hábitos de vida saudáveis, os quais não foram abordados significativamente por nenhum dos dois grupos de participantes.

5.7 Cuidados com a Própria Saúde

Nesse tópico procuramos observar que cuidados os pacientes afirmam ter com a própria saúde. De modo geral, ambos os grupos demonstraram preocupação com o controle da alimentação e esforço para realizá-la. Entre os participantes que não freqüentam o grupo de apoio, o relato de falta de cuidados e das dificuldades para cuidar foi observado com mais freqüência. Esses participantes também fizeram maior referência ao tratamento médico e ao uso de remédios como sendo únicos métodos de cuidados. Esses fatos podem demonstrar que, além de enfatizar aspectos não-medicamentosos do tratamento, o grupo pode ser um fator motivador da realização das práticas de cuidado com a saúde.

O cuidado mais destacado entre as pessoas que freqüentam (n=11) e as que não freqüentam o grupo (n= 05) foi a alimentação. Esse dado também foi observado por Carvalho, Telarolli Júnior e Machado (1998) em sua pesquisa sobre HA.

Os cuidados? Eu evito de comer fritura, quase não faço fritura, mais é carne assada, que fica sequinha, grelhada, né, ou então cozida, que não tenha gordura. Eu como bastante verdura, salada, gosto muito de salada. Pão eu quase não como, tem dias que me da vontade de comer pão, e eu como. A doutora fala, “não tem que comer todo dia, mais de vez em quando, ta com vontade, pega um pão francês e come, pronto, matou a vontade”. Eu faço isso, né, mais não é sempre. P12 (65, Fem, FG)

É isso quase, eu não como comida gorda, não como doce, não como bolo, não posso comer, não como. Não tomo refrigerante, bebida nenhuma, nem suco, só se eu fizer o suco de uma fruta e colocar adoçante, né, se não eu não tomo. O café eu tomo com adoçante. P10 (78 anos, Fem., NFG)

O controle da alimentação foi citado com grande freqüência (40%) pelos participantes da pesquisa de Péres, Magna e Viana (2003), como uma forma de controle efetivo da PA. Contudo, apenas 17% dessas pessoas afirmaram ter realizado mudanças em sua alimentação. Na presente pesquisa, como podemos observar, as pessoas relataram ter maior cuidado com a alimentação.

Duas participantes que freqüentam o grupo e três que não freqüentam relataram ter pouco cuidado com a saúde, isso pode estar relacionado, segundo Carvalho, Telarolli Júnior e Machado (1998), com o caráter assintomático da HA e do diabetes, quando controlados pelo uso de medicamentos. Como não percebem os sintomas, os pacientes acabam não sentindo a necessidade de cuidar. Uma consequência disso é a prática da ingestão de medicamentos apenas quando os sintomas aparecem, o que aumenta os riscos de complicações cardio-circulatórias.

Que cuidados que eu tenho, as vezes eu sou relaxada um pouquinho, né. As vezes eu vejo uma comida muito gostosa, que não é pra mim mais eu como um pouquinho. Mais eu sempre cuido, eu sempre tomo o remédio certo, eu sempre tomo chá de folhas, dizem que é bom pra tratar o colesterol. P7 (70 anos, Fem., FG)

Olha, vou te falar que eu quase não tenho cuidado nenhum, eu mal tô boa, essa gripe mesmo eu peguei de descuido meu. P9 (73 anos, Fem, NFG)

Não tenho muito cuidado, porque a gente trabalha, então a gente geralmente assim, de segunda a sexta eu não como carne. Eu como no serviço comida feita por mãos de outra pessoa, mas aquilo então assim, é uma coisa que muitas vezes eu não faço não porque eu não quero, porque eu não posso. Mas no que eu posso eu me cuido, eu faço caminhada, eu evito açúcar e refrigerante, e...essas coisas, tudo que eu sei que provoca, que aumenta, que não faz bem eu evito. P13 (54, Fem, NFG)

Eu tenho, eu me cuido muito, por exemplo com... falando bem, eu nem me cuido muito, não pode fazer nada com excesso e sempre eu tô fazendo, mais é assim que tem que ser, o alimento não pode ser muito. Mais eu, às vezes, ultrapasso algum pouquinho, né. Quando eu sinto alguma coisa eu tomo o remédio, só quando eu sinto mal, o captoril, agora o remédio de pressão eu tomo todo dia. O cuidado que eu tenho é o remédio que eu tomo. Quando come um pouco mais de sal tem que tomar mais um remédio. A ordem da médica é pra tomar um cedo, um meio dia e outro de noite, mais eu tomo um cedo e outro de noite, só quando precisa que eu vejo que não tô bom, alguma dor de cabeça, ai eu tomo outro. P25 (70, Masc, NFG)

Percebe-se também, na fala do participante 25, a manipulação dos medicamentos por conta própria, conforme as alterações das sensações corporais. Esse aspecto também foi verificado por Péres, Magna e Viana (2003), ao

observarem que alguns pacientes faziam uso da medicação quando percebiam que a pressão estava alta, ou seja, realizavam a administração medicamentosa quando julgavam ser necessário. Os autores encontraram também, em outros estudos, a afirmação de que apenas aproximadamente um terço dos portadores de HA faz uso dos medicamentos conforme a prescrição médica.

A prática de exercícios (n=04) e o controle de bebidas alcoólicas (n=01) foram citados apenas pelos participantes que freqüentam o grupo de apoio, associado aos cuidados com a alimentação.

Ah, eu tenho muito cuidado viu, não extrapolou em nada não. Alimentação, eu faço caminhada freqüente, ando de bicicleta, danço, cuido bem sim. P19 (64, Masc, FG)

Não comer comida gordurosa, não pegar muito sol quente. Por causa do colesterol e da pressão alta. Não como carne gorda de jeito nenhum, carne de porco de jeito nenhum. Agente faz bastante caminhada, agora não que eu to com dor nas perna, to parada. F23 (69, Fem, FG)

Cuidado assim? Ah, tudo que eu sei que não pode eu procuro não fazer, né. Vai tomar um negócio, “isso ai não pode”, não tomo, não pode, não pode, eu não tenho vício nenhum. Nada de álcool, não tomo, não fumo é só o café que eu tomo. Agora eu to tomando os remédios de verdade. Agora é verdade (risos). Ela passou dois eu tava tomando um, agora eu to tomando os dois, certinho agora. Antes eu não queria tomar os dois, porque eu não queria, sabe? Agora resolvi tomar os dois. P6 (42anos, Fem., FG)

Os dados encontrados nesta pesquisa divergem dos observados por Simonetti, Batista e Carvalho (2002), pois relataram que a maioria dos participantes de seu estudo não controlava a alimentação e tinha uma vida sedentária. No presente estudo observou-se que os participantes entendem a necessidade do controle alimentar e se empenham em realizá-lo, mesmo que admitindo encontrar dificuldades para essa realização.

5.8 Questões Relacionadas ao Tratamento

Nesse tópico, procuramos identificar os fatores destacados pelos participantes que favorecem e dificultam o tratamento a fim de fazermos uma análise dos dados que precisam ser trabalhados para melhorar a adesão dessas pessoas ao tratamento. Consideramos também dados relacionados a algumas informações que os participantes julgavam ser importantes destacar.

5.8.1 Fatores que Favorecem o Tratamento

O uso de medicamentos foi o principal fator que favorece o tratamento para as pessoas que freqüentam o grupo, talvez porque o grupo enfatize essa prática. Já para as pessoas que não freqüentam o grupo, “Deus” favorece o tratamento. Os participantes de ambos os grupos destacaram que o acesso à UBS e o atendimento que lá recebem favorecem o tratamento, assim como eles próprios contribuem.

5.8.1.1 O Uso de Medicamentos

O uso de remédios foi destacado como o fator que mais favorece o tratamento entre as pessoas que freqüentam o grupo (n=09). Apenas uma pessoa que não o freqüenta citou o uso de medicamentos, o que demonstra uma grande diferença na percepção de ambos os grupos sobre a facilitação do tratamento.

Tem os medicamentos que fazem eu ficar me sentindo bem, né. E o tratamento. P5 (66 anos, Masc., FG)

O que ajuda é o que eu to fazendo agora né. Vindo pras consultas, tomando os remédios. Vê o que pode e o que não pode como o doutor falou né. Café eu to tomando menos, sal eu ponho lá né, mais quando eu vejo eu penso que podia por menos. Que quanto mais menos sem sal, melhor pra mim. Tem que se cuidar né P6 (42anos, Fem., FG).

Eu tomo remédio pra pressão de manhã e a noite pra manter a pressão baixa né, pra não subir porque minha pressão já foi 21. Há

10 anos atrás ela foi 1 e eu não sentia nada. Agora ela ta 14/8 13/8, né. Ta controlada, graças a Deus ta controlada. P26 (46, Fem, NFG)

Esses relatos estão de acordo com Vieira e Castiel (2003), ao destacarem que é comum nas pessoas que vivem com HA, a busca pela terapia medicamentosa como única forma de tratamento. Isso é prejudicial porque o tratamento da HA e do diabetes envolvem vários outros cuidados além do uso da medicação, principalmente a mudança dos hábitos alimentares e do estilo de vida. O uso de remédios é uma prática mais fácil e bastante divulgada como meio de cura, já as mudanças necessárias envolvem esforço pessoal e sérias restrições, o que as torna mais difíceis de serem alcançadas.

Os remédios caseiros foram citados por um participante que não freqüenta o grupo de apoio.

Que ajuda é que eu tomo algum remédio de mato, de folha, né. Tem uns remédios que eu tomo de mato pra o controle do colesterol, esse eu tomo direto. E tem um outro que é também pra o sangue, né. Essas coisa. Também tomo um pro estômago, direto eu tô tomando no mate aquilo ali. P25 (70, Masc, NFG)

Olivera e Bastos (2000) afirmam que, nas famílias de camadas populares da sociedade, há uma adaptação das prescrições médicas às crenças sobre saúde e aos recursos materiais disponíveis. Sendo assim, a utilização de recursos caseiros como meio de cuidado é bastante freqüente para essa população. Na argumentação de Péres, Magna e Viana (2003), as práticas populares, como por exemplo, uso da medicação caseira, podem sinalizar uma resistência cultural e uma busca por formas de tratamento que fazem mais sentido no contexto sócio-cultural dessas pessoas.

Mais uma vez podemos observar a grande valorização do tratamento médico e do uso da medicação como fatores que favorecem o tratamento, contudo ressalta-se que outras formas de tratamento não-medicamentoso devem ser divulgadas e realizadas com essa população.

5.8.1.2 Acesso à UBS

O acesso à UBS e o atendimento que recebem dos funcionários foram destacados como favorecendo o tratamento por duas pessoas que freqüentam o grupo e três que não freqüentam.

Aqui, eu acho que o lugar que eu moro, é uma quadra pra baixo do posto, é bem pertinho, dá pra vir na reunião, pra vir no médico, quando é um causo fora de hora, que esse posto aqui não é 24 horas, né, ai tem que sair pra outro posto. Acho que ajuda bastante, né. Os remédios, que a maioria dos remédios a gente pega no posto mesmo, ajuda bastante também, né. Mais os remédios caros não tem no posto, fazer o que né, mais tendo um pouco já ajuda, né.
P15 (71, Fem, FG)

Principalmente porque o posto é perto da minha casa, esse eu preciso de um médico que não tem aqui eu vou atrás, batalho e consigo, sempre consegui. Sempre vou onde tem tratamento, onde tem medicamento. P24 (70, Fem, NFG)

O posto ser aqui perto me ajuda, né. P27 (83, Fem, NFG)

O atendimento que eu recebo que é bom, né. A doutora é muito boa, sói isso mesmo. P11 (66, Fem, NFG)

Assis, Villa e Nascimento (2003) destacam que a localização geográfica da UBS, a atenção que a equipe dispensa aos usuários e a credibilidade do serviço que oferecem são fatores que exercem influência na busca pelo tratamento. É interessante destacar que o grupo também foi citado como algo que favorece o tratamento (n= 01).

Cada vez que nós viemos aqui, com os psicólogos que fazem palestra pra nós, eles sempre indicam e falam a respeito dos nossos cuidados, esses que eu acabei de citar. Então, as vezes, você tá até esquecido de alguma coisa eles tornam a lembrar e você torna a...quer dizer, por em prática aquilo que você não estaria usando.
P20 (59, Masc, FG)

Podemos perceber que o grupo também é visto como uma fonte de informação e motivação por seus participantes e isso favorece o tratamento.

5.8.1.3 Outros Aspectos

Alguns participantes citaram outros temas que se mostraram relevantes. Em ambos os grupos destacaram que o que favorece seu tratamento são “eles mesmos”.

Olha, acho que isso vem de mim mesmo. Eu me cuidei com a ajuda dos outros depois que eu senti, é..., a primeira vez que eu fique bem debilitada, eu precisei de ajuda. Mais pra me cuidar agora, só eu, meu marido não é, sou eu. Toda vez que precisa ir nas consultas, nas palestras eu vou, sozinha. O que favorece é a minha força de vontade. P7 (70 anos, Fem., FG)

Ah, favorece é que eu vou ao médico sempre, né. Tem consulta cada dois meses, os remédios eu também pego no posto, isso é bom. O que favorece também é que eu me cuido, às vezes a gente exagera um pouco, né, nos doces, nas coisas que não pode, porque a gente é...não pode ver as coisas, tem vez que a gente não consegue controlar, né Mais eu controlo o máximo que eu posso, isso favorece. P13 (54, Fem, NFG)

Essa visão é bastante positiva porque demonstra a percepção da responsabilidade com os seus próprios cuidados. Cardoso (2002) argumenta que é fundamental que o paciente descubra seu potencial para construção de uma vida melhor, sem desconsiderarmos a importância dos aspectos sócio-econômicos para esta construção.

Um outro aspecto importante é que, para duas participantes que não freqüentam o grupo, Deus é o que favorece o tratamento. Segundo Oliveira e Bastos (2000), nas camadas populares, as redes de apoio são os recursos mais utilizados na atenção à própria saúde e a religião pode ser o recurso utilizado por essas pessoas.

Oh minha filha, ajuda eu só tenho de Deus e, muitas vezes de vocês que me dão bons conselhos. Eu não tenho parente mais. P14 (84, Fem, NFG)

Ah, eu sou bem realista, aquilo que é necessário pra mim eu acho favorável. Se não é necessário eu acho que não vale a pena. Ah, eu tenho tudo, não me falta nada. Tenho as irmãs, tenho as meninas, a gente hora, uma coisa boa de Deus. Acho que isso é muito bom pra mim. P18 (80, Fem, NFG)

A confiança em Deus como favorecedor do tratamento pode ser um fator que dificulta a freqüência ao grupo de apoio, visto que ela supre as necessidades emocionais que motivam essa freqüência. Contudo, é interessante ressaltar que, esses relatos corroboram o fato percebido de que, para essas pessoas a religião é uma fonte de apoio emocional e esse apoio favorece o seu tratamento.

5.8.2 Fatores que Dificultam o Tratamento

Esse tópico analisou que aspectos são considerados como dificuldades para realizar o tratamento. Grande parte dos participantes, de ambos os grupos, relatou não ver dificuldades no tratamento. Os fatores mais destacados foram a falta de dinheiro e as dificuldades nos atendimentos.

Cinco participantes que freqüentam o grupo de apoio e cinco que não freqüentam afirmaram não ter nada que dificulte o seu tratamento.

Que dificultam, é, pra mim não tem nada dificultado até agora, não. Nos dia da minha reunião eu venho, se eu preciso da minha médica, na consulta agendada eu venho, não deixo a consulta sem eu vir atender. Manda eu fazer exame, eu vou. Tudo o que precisa pra minha saúde eu to sempre aqui, então pra mim não tem dificuldade. Nenhuma, até agora não encontrei. Agora que a consulta é agendada de dois em dois meses é muito bom, antes, quando tinha que vir ficar na fila de madrugada era muito ruim, agora tá bom. Facilitou muito. P1 (72 anos, Fem., FG)

Podemos observar que não houve diferenças entre o número de participantes de ambos os grupos que não vêem dificuldades no tratamento, o que pode indicar que eles estão satisfeitos com o tratamento que realizam.

Entre as dificuldades citadas, a falta de dinheiro foi abordada em ambos os grupos, principalmente porque impede a compra de alimentos mais saudáveis e a aquisição de medicamentos.

Dinheiro (risos), porque eles falam que é pra comer essa comida...verdura essas coisas, né, como eu não sou sozinha, como tenho um rapaz que mora comigo, se eu fosse sozinha dava, eu tenho que fazer o arroz, o feijão, e tem vez que vai semana inteira comendo arroz e feijão e... já a verdura quase não dá pra comprar, porque o dinheiro acaba, eu fico sem dinheiro. Então a dificuldade que eu tenho é de comer a verdura e fruta que é o que a médica pede pra todos os idosos comerem, e é isso que não dá. E não é só eu, muita gente é assim, porque é caro. P12 (65, Fem, FG)

O que dificulta é o remédio que ela passa pra mim que é preparado na farmácia SB, e é caro. Toda vez que vai comprar é quarenta comprimido. P23 (69, Fem, FG)

É, tem porque a gente é pobre, né. Que nem a médica fala, você tem que comer verdura, comer fruta. Hoje a caricia que ta, o pouco que a gente ganha, se paga uma coisa, se paga outra, quando vai ver você não pode nem comprar. P9 (73 anos, Fem, NFG)

Corroborando essas falas, Lima, Bucher e Lima (2004) verificaram que um dos fatores que influenciam na adoção de hábitos alimentares saudáveis é a dificuldade econômica. Contudo, Molina et al. (2003) destacam que tem havido, no Brasil, uma diminuição nos gastos domésticos com hortaliças e frutas e um aumento nos gastos com alimentos industrializados. Essas alterações não estão relacionadas apenas ao valor financeiro dos alimentos, mas também aos estilos de vida das pessoas e ao *marketing* dos alimentos. Tais aspectos, segundo os autores, são fundamentais na decisão para o consumo. Em relação à compra de medicamentos, um dos itens verificados nesse estudo é que os usuários do programa raramente precisam comprar os medicamentos da HA e do diabetes.

Os participantes de ambos os grupos também relatam que os problemas encontrados na UBS, referentes à falta de funcionários e aos empecilhos para conseguir consulta, dificultam o tratamento.

Ultimamente o que dificulta acho que não é só pra mim, acho que é pra todos, que é o problema da falta de funcionários em todo setor. Esse problema da minha perna eu to desde janeiro pra fazer um raio X, mais até hoje não passou pelo médico o resultado, só dia 4 de abril que eu vou levar para o ortopedista examinar. A dificuldade da saúde do Brasil, o resto ta tudo bem. P4 (73 anos, Masc., FG)

O causo é quando tem que esperar. Que nem agora que eu vou fazer cirurgia das vistas da catarata, tem que esperar ter vaga, alguém falar que pode e marcar, mais tem que ter paciência, fazer o que? Mais da pressão e da diabetes não tem problema. P15 (71, Fem, FG)

Quando não tem consulta aqui meu filho tem que me levar pra outro lugar, né. Eu não tenho carro, tenho que esperar ônibus, né. Então gente idosa tem dificuldade pra essas coisas. P17 (78, Fem, NFG)

Assis, Villa e Nascimento (2003), em um estudo sobre o acesso aos serviços de saúde, também observaram que a demora no atendimento e a dificuldade para conseguir consultas são aspectos que interferem na satisfação do usuário com a UBS.

5.8.3 Como são os Atendimentos que Recebem na UBS

Como a qualidade dos atendimentos prestados influencia a adesão ao tratamento, esse tópico buscou observar como os pacientes avaliam o atendimento que recebem na UBS. Os participantes de ambos os grupos afirmaram que recebem um bom atendimento na UBS (FG 12; NFG 09).

Aqui no posto todo mundo me atende bem, favorece algumas coisas. As meninas me ajudam, muitas vezes elas deixam de marcar consulta pra outra pessoa pra me botar na agenda, elas já fizeram isso pra mim. Então isso tudo ajuda, né? Eles me atendem

bem mesmo. No meu atendimento eu não tenho do que reclamar.
P1 (72 anos, Fem., FG)

O atendimento aqui eu recebo bem. Eles me recebem bem aqui, a doutora também, nunca vêm com brutalidade comigo, nem nada. Eu não tenho do que reclamar. P11 (66, Fem, NFG)

Uai, é ótimo, né, porque de três em três meses eu venho ao médico, eu pego remédio no posto, esse meu remédio eu pego tudo no posto, nunca compro. P26 (46, Fem, NFG)

Podemos afirmar, de acordo com as falas dos participantes, que o atendimento que recebem na UBS não é algo que dificulte o acesso ao tratamento, ao contrário, a grande maioria afirmou ser bem recebida pelos funcionários. Esse bom atendimento tem favorecido o tratamento das pessoas.

5.8.4 Outras Considerações

Ao término da entrevista, procuramos identificar se os participantes gostariam de acrescentar alguma outra informação que não tinha sido abordada. Entre os participantes do grupo, dez disseram não ter nada a acrescentar e sete dos que não freqüentam também não relataram nenhum acréscimo. Os comentários que foram feitos geralmente se referiam ao atendimento na UBS.

Não, é isso ai mesmo. Ta faltando gente pra acompanhar a gente nas reuniões, mas o gerente falou que vai chegar estagiários, é porque eles estão de férias. P1 (72 anos, Fem., FG)

Não, só isso ai mesmo. É importante o apoio do pessoal que trabalha aqui, sempre atendendo a gente direitinho. P4 (73 anos, Masc., FG)

Quando o grupo era no CS1 era tão legal. Tinha umas estagiárias que tocavam violão, eram super animadas. Toda sexta-feira elas inventavam uma dinâmica pra gente que era pra exercitar a memória, era bom porque trabalhava a mente. A ginástica, o alongamento. P12 (65, Fem, FG)

Olha, deve ter mais eu não sei, agora não to lembrado, mais eu tenho grupo, por exemplo, nois tava com um grupo lá em casa, da igreja, mais acabou, agora não sei se vai voltar ou não, mais é esse grupo que a gente sempre participa. P25 (70, Masc, NFG)

Podemos destacar que as informações que os pacientes acrescentaram dizem respeito às redes de apoio emocional. Isso pode indicar, mais uma vez, o quanto essas fontes de auxílio são consideradas importantes por essas pessoas. Conforme enfatizam Araújo et al. (2006), as fontes de apoio melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas, e também atuam como um fator de proteção para elas. Como destacam Andrade et al. (2005), o apoio afetivo pode exercer importante influência na motivação, adesão e manutenção de auto-cuidados. Por isso, destaca-se a necessidade de desenvolver propostas de atuação frente a esses meios de apoio, no sentido de buscar ampliar as possibilidades de divulgação da necessidade de cuidados com a saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o estudo das representações sociais tem ganhado destaque no campo da saúde. Isso tem ocorrido principalmente porque há uma compreensão de que, para trabalhar questões relacionadas à saúde é preciso conhecer que sentidos as pessoas dão ao conceito de saúde e doença. Isso é importante, principalmente quando se pensa em propostas de intervenção frente a uma população. Para que essas intervenções façam sentido para as pessoas e venham ao encontro de suas necessidades é preciso que, primeiro, se conheçam suas representações sobre saúde e doenças, abrangendo também as questões sociais e econômicas dessa população.

Para compreender como se dá a construção dos sentidos, faz-se necessário conhecer o perfil sócio-demográfico e a rede social de apoio das pessoas. Na presente pesquisa, foram observados alguns dados importantes referentes a esse perfil. Destaca-se que grande parte dos participantes era do sexo feminino (n=22). Isso pode reforçar a idéia de que as mulheres cuidam mais da saúde do que os homens. Como foi visto na literatura, esse aspecto envolve questões relativas aos papéis de gênero existentes em nossa sociedade. Para muitos homens, o cuidar é visto como um atributo feminino, o que acaba por dificultar a percepção dos homens sobre a necessidade do cuidado com a própria saúde.

Também há que se destacar que, a maioria dos homens que participaram da pesquisa tinha mais de 63 anos e eram aposentados, o que pode indicar que os homens passam a cuidar mais da saúde com o avanço da sua idade. Quanto ao nível de instrução escolar, apenas três participantes tinham concluído o ensino fundamental, sendo que grande parte deles (n=6) relataram nunca ter estudado. Em relação à renda familiar, 19 pessoas afirmaram receber até um salário mínimo. Esses dados podem ser considerados como empecilhos para o tratamento visto que, o nível de instrução e a renda familiar são fatores que exercem influência na aquisição de hábitos de vida mais saudáveis.

No que se refere à rede social de apoio, foram destacados os apoios material e emocional. Sendo que poucas pessoas relataram receber algum tipo de

apoio material. Observando a rede de apoio emocional, identificou-se que o grupo de apoio da UBS foi relacionado com freqüência, pelas pessoas que participam de suas atividade, como uma fonte de ajuda emocional. Grande parte das pessoas que não freqüentam esse grupo recebe o auxílio emocional de sua família ou de alguma religião. Esse tipo de apoio foi considerado fundamental na motivação para o cuidado com a saúde pelos participantes.

O principal objetivo desta pesquisa foi analisar as representações sociais de saúde e doença para pessoas que vivem com HA e diabetes. Observamos que, para os participantes, os sentidos de saúde e doença estão ligados às sensações corporais que a doença acarreta. Desse modo, saúde é entendida como ausência de sintomas e doença, por conseguinte, como a percepção dos sintomas. Esse dado é preocupante, principalmente quando se fala de pessoas que apresentam doenças que são, na maioria das vezes, assintomáticas. Frequentemente os sintomas surgem com as complicações do quadro clínico. Dessa forma, a necessidade de perceber sintomas físicos para entender que algo em seu corpo não está bem é prejudicial ao tratamento das doenças assintomáticas e à prevenção de seus agravos. Para essas pessoas, não perceber os sintomas significa que elas estão saudáveis e, se percebendo saudáveis, não sentem a necessidade do cuidar.

Saúde e doença também foram relacionadas à capacidade para o trabalho. Isso pode ser entendido quando observamos que, para alguns participantes, o corpo é visto como um instrumento de trabalho. Eles precisam estar bem para realizarem seus afazeres porque não têm quem os faça por eles e isso, de certa forma, motiva o cuidado com a saúde. Contudo, alguns estudos têm destacado que as pessoas que percebem saúde dessa forma tendem a buscar o tratamento apenas em situações extremas, como em casos de acidentes ou quadros graves de saúde como as doenças crônicas.

As pessoas de ambos os grupos demonstraram ter conhecimentos restritos sobre a HA e o diabetes. Quanto às formas de cuidar, elas valorizam o controle da alimentação e o uso de medicamentos como os principais cuidados com essas doenças. A prática de hábitos de vida saudáveis não foi destacada significativamente como forma de cuidado. Contudo, observa-se que doenças

crônicas como a HA e o diabetes exigem como cuidados, não só o tratamento médico, mas mudanças no estilo de vida que vão além do controle da alimentação, como por exemplo, a prática regular de atividades físicas. A ênfase dada ao tratamento médico, inclusive como única forma de tratamento, pode indicar que esse seja o cuidado mais divulgado entre essas pessoas. Acrescenta-se também que ele é mais fácil de ser praticado, se comparado às dificuldades de adesão a hábitos de vida mais saudáveis.

Em relação aos fatores que favorecem o tratamento, o bom atendimento que recebem na UBS e a facilidade de acesso a ela foram destacados com freqüência. No geral, a UBS foi bastante elogiada e os participantes do programa PPHAD vêem esse atendimento como algo que facilita o tratamento. O fato dos medicamentos para HA e diabetes serem todos gratuitos e estarem sempre à disposição do usuário, foi destacado por eles como algo que contribui para o tratamento. Podemos observar que, devido ao nível sócio-econômico dessa população, sem esse recurso grande parte deles não teria condições financeiras para realizarem o tratamento médico. Os participantes destacaram as dificuldades financeiras como algo que prejudica o tratamento, principalmente porque impede a compra de alimentos mais saudáveis.

De modo geral, os sentidos dados à saúde e à doença, assim como os conhecimentos sobre a HA e o diabetes, foram semelhantes em ambos os grupos. Contudo, observou-se que o grupo de apoio da UBS cumpre o papel de auxiliar emocionalmente as pessoas que o freqüentam, e não apenas ser um grupo informativo. Esse apoio emocional foi destacado pelos participantes como algo que motiva o cuidado com a saúde. Da mesma forma, observou-se que, a família e a religião são as principais fontes de auxílio emocional para as pessoas que não freqüentam o grupo de apoio da UBS, e que elas também motivam o cuidado com a saúde.

Sendo assim, sugere-se que o grupo de apoio da UBS continue a trabalhar aspectos relativos ao apoio emocional, propiciando aos seus participantes um espaço de trocas de experiências, sentimentos e informações, visto que é o aspecto emocional que mais atrai as pessoas a ele. O trabalho com questões relativas à

manutenção e promoção da saúde pode ser fortalecido melhorando as redes de apoio social das pessoas. É importante também que trabalhos sejam realizados com a comunidade, referentes à divulgação de informações sobre saúde e doença, incluindo doenças crônicas como a HA e o diabetes. Isso deve ser buscado a fim de que as fontes de apoio emocional, que são a família e a igreja, também enfatizem questões relativas à manutenção e promoção da saúde. Uma forma de ampliar o alcance das redes de apoio emocional seria a capacitação de pessoas da comunidade, líderes religiosos, agentes comunitários de saúde e outras pessoas para trabalharem essa questão.

Destaca-se que os dados apresentados são específicos da população estudada e que novas pesquisas precisam ser desenvolvidas com vistas a melhorar as intervenções frente à população que vive com HA e diabetes. É fundamental a busca por políticas públicas que favoreçam cada vez mais o acesso dessas pessoas a um tratamento amplo, levando em consideração todos os fatores que interferem no processo de cuidar da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2^a ed. Goiânia: AB, 2000.p. 27-38.
- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru/SP: EDUSC, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Ribeirão Preto, v. 3, n.1-5, p. 4-20, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Broose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n.4, p. 879-89, 2002.
- ALVES, P. C. A experiência da Enfermidade: Considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 263-271-621, jul./set., 1993.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In:_____ (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2002. p.7-21.
- ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, produção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu/SP, v. 9, n.18, p. 203-216, jan./jun., 2006.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso ao serviço de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.8, n.3, p. 815-823, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Obtido em: www.conselho.saude.gov.br. Acesso em: 29/06/2005.
- BREITMAN, S. G.; STREY, M. N. Questões de gênero: com a palavra, mediadores e mediadoras. **Psicologia: Argumento**, Curitiba/PR, v.24, n.46, p.17-30, jul./set., 2006.
- BRÊTAS, A. C. P. Políticas públicas de saúde para o idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.13, n.24, p. 39-47, 2002.
- BRITO, H. B.; CATRIB, A. M. F. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.2, p.285-296, 2004.
- CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de ordem aplicada em hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.9, n.3, p.43-50, maio, 2001.
- CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). **Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação**. São Paulo: Votor, 2004, p173-213.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.8, n.11, p.109-124, 2003.

CAPRARÁ, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 923-931, jul./ago., 2003.

CARDOSO, C. L. A. A inserção do psicólogo no Programa de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.02-09, 2002.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. da S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 617-621, jul./set., 1998.

CARVALHO, M. C. R. D.; ACCIOLY JÚNIOR, H.; RAFFIN, F. N. Representações sociais do medicamento genérico por consumidores residentes em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 653-661, mar, 2006.

COELHO, M. I. A. D; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciência, Saúde**, Manguinhos/RJ, v. 9, n. 2, p. 315-322, maio/ago., 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº016/2000**. Obtido em: www.pol.org.br. Acesso em: 29/06/2005.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.3: p. 542-545, 2006.

CUNHA, E. M. G. P. Especificidades da raça/etnia nas questões de saúde. In: GOLDENBERG, P. (Org.) **O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2003. p. 239-247.

DOMENICO, V. G. C.; CASSETARI, L. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**: uma introdução. 3 ed. São Paulo: Edicon, 2002.

DUVEEN, G. O poder das idéias. In: Moscovici, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ENUMO, S. R. Pesquisas sobre Psicologia e Saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.). **Psicologia e Saúde: Um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. IN: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 7ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes , 1995. p. 31-59.

FONSECA, R. M. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.5, n.1, p.5-13, janeiro, 1997.

GAMBA, M. A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-corte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.3, p. 399-404, 2004.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Introdução. In: _____ (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 7^a ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p.17-25.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.83, n.5, nov. 2004.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P. (Org.) **O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2003. p.197-208.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Psysis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 383-394, 2004.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 7^a ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p. 63-85.

LIMA, A. C. G. G. de O. D. de. **As representações sociais de saúde e doença para portadores de diabetes Melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2005.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, ago., 2004.

MACIEL, S. C. A. A importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Novos Rumos na Psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira, 2002, p.55-85.

MARANHÃO, D. G. O processo saúde e doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 1143-1148, out./dez., 2000.

MARCOPITO, L. F. et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p. 738-45, 2005.

MARTIN, V. B; ANGELO, M. Significado do conceito de saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v.6, n.5, p. 45-51, dez, 1998.

MARTINS, R. C. O idoso e seu cotidiano no imaginário feminino de meia idade: um estudo em representações sociais. **Estudos em Psicologia**, Maringá/PR, v.14, n.3, p.39-47, 1997.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 21, n.3, p. 263-269, set./dez., 2005.

MELO, M. S. et al. Causas múltiplas de morte em diabéticos no Município de Recife, 1987. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 435-42, 1991.

MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1207-1214, out., 2002.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representação social dentro da sociologia clássica. GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais**. 7^a ed. , Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p. 89-111.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6^a ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOLINA, M. C. B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, p.743-750, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NOBLAT, A. C. B. et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 308-313, out., 2004.

OLIVEIRA, M. L. S; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: Um estudo comparativo de casos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.23, n.1, p. 97-107, 2000.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. In.: STREY, M. N. (Org.). **Psicologia social contemporânea**: Livro texto. Petrópolis, RJ: Vozes, p.104-117, 1998.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portadores de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p.635-642, out., 2003.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

REIS, J. C.; FRADIQUE, F. S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.19, n.1, p. 47-57, jan./abr., 2003.

REZENDE, E. M; SAMPAIO, I. B. M; ISHITANI, L. H. Causas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1223-1231, set./out., 2004.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n.1, p. 117-125, 2003.

ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. **Psicologia em Estudo**, Maringá/PR, v. 9, n. 3, p.39-407, set./dez., 2004.

ROSA, D. M. S. A doença como processo de individuação. **Psicologia: argumento**, Curitiba, v.21, n. 33, p. 39-46, 2003.

SÁ, C. P de. **Núcleo central das representações sociais**. 2^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANTOS, C. T; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de doença Crônica. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org). **E a Psicologia entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira psicologia, 1998, p.147-176.

SANTOS, Z. M. S. A; SILVA, R.M. **Hipertensão Arterial**: Modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 01, p.7-17, 2005.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.349-363, jul./set., 1993.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.415-422, jun. 2002.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde**: Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2004.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicologia social e saúde**. Lisboa: Piaget, 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 8, n.2, p.167-187, 2004.

SOUZA, A. M.; MATOS, E. G. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In.: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). **Método qualitativo**: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação. São Paulo: Votor, 2004, p. 215-240.

TOSCANO, C. M.; As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.9, n.4, p.885-895, 2004.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, V. de A. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para área da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, dez., 2004.

VIEIRA, V. A; CASTIEL, L.D. Hipertensão arterial em idosos atendidos em grupos de aconselhamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Porto Alegre, v.23, n.2, p.76-83, 2003.

VILAR, L.; ABDON, A. Diabetes Mellitus. In: FILGUEIRA, N. A. et al (Orgs.) **Condutas em clínica Médica**. 3^a. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004, p. 549-578.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2^a ed. Goiânia: AB, 2000.p. 03-25.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de contar com sua colaboração para a realização da presente pesquisa sobre “Representação Social de Saúde e Doença para Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes”. Se concordar em participar, você responderá anonimamente às questões que lhe serão lidas, cujo objetivo é analisar e comparar as representações sociais de saúde e doença dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes que freqüentam o grupo de apoio da UBS e os que não freqüentam.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma agrupada em revistas científicas e congressos.

Esteja seguro (a) do completo sigilo dos dados. Para manter o seu anonimato, nós não perguntamos o seu nome na entrevista. Sua participação é voluntária e a sua recusa não envolve qualquer penalidade, você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Abaixo colocaremos nossos nomes para que, havendo alguma questão, sinta-se à vontade para nos procurar e/ou ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB.

Prof^a Dr^a Angela Elizabeth Lapa Coêlho, Mestrado de Psicologia, CPPGE, telefone 33123585.

Pesquisadora Ana Flávia Weis Gama Serpa, aluna do Mestrado em Psicologia, CPPGE, UCDB, telefone 3385-4621.

Agradecemos a sua colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

Roteiro da Entrevista

1- Idade: Sexo: Estado civil

Escolaridade:

Ocupação:

Papel na estrutura familiar:

Renda familiar:

Nº de pessoas que moram com o senhor (a):

2- O senhor (a) freqüenta o grupo de apoio? () Sim () Não Há quanto tempo?

3- Como o senhor (a) chegou no grupo?

4- O senhor (a) precisa que alguém venha lhe trazer para o trabalho com o grupo?

5- Quais os problemas de saúde que o senhor tem?

6- Há quanto tempo sabe que tem esse/s problemas?

7- O que significa saúde para o senhor (a)?

8- O que significa doença para o senhor (a)?

9- O que o senhor (a) sabe sobre Hipertensão Arterial (Pressão Alta)?

10- Quais os cuidados necessários para quem tem essa doença?

11- O que o senhor (a) sabe sobre Diabetes?

12- Quais os cuidados necessários para quem tem essa doença?

13- Quais os cuidados o senhor (a) tem com a sua saúde?

14- Quais os fatores que favorecem o seu tratamento?

15- Quais os fatores que dificultam o seu tratamento?

16- Como é o atendimento que o senhor (a) recebe na UBS?

17- O senhor (a) recebe algum tipo de apoio material?

Não Sim

O quê? De que?

18- O senhor (a) recebe algum tipo de apoio emocional?

Não Sim

O quê? De que?

19- E a sua família, como participa dos seus cuidados?

20- O senhor (a) participa de outros grupos?

21- O senhor (a) gostaria de complementar com mais alguma informação?