

PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2016, 17(1), 45-51

EISSN - 2182-8407

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170107>

REPRESENTAÇÃO IDENTITÁRIA DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Maria Marta Amancio Amorim¹, Natália Ramos², & Maria Flavia Gazzinelli³

¹Centro Universitário UNA. Belo Horizonte/Brasil. CEMRI/Lisboa; ²Universidade Aberta Lisboa. Lisboa/Portugal. CEMRI/Lisboa; ³Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/Brasil

RESUMO: As pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ao descobrirem a doença experimentam rupturas na identidade e nos comportamentos. Uma das formas de se aprofundar o conhecimento da visão subjetiva da pessoa com DM 2 é buscar suas representações identitárias, fenômeno dinâmico composto pelas representações de si-mesmo e representações intergrupo. Investigar a construção das representações identitárias dos usuários com DM2 da atenção primária à saúde e sua relação com as ações de autocuidado requeridas. Utilizou-se a associação livre de palavras, solicitando aos usuários com diabetes *mellitus* tipo 2 de uma unidade básica de saúde ($n=34$) que sugerissem uma palavra ou expressão, com justificativa, após a questão indutora: *quando se fala em eu sou diabético, o que vem à sua mente?* Os discursos foram gravados, transcritos, categorizados e interpretados pela técnica da análise do conteúdo temático-categorial e as teorias da representação social e identidade social. As interações mediadas pelos processos identitários – comparação social, atribuição social e categorização no grupo estudado, proporcionaram a construção social das representações identitárias “normal”, “aceitar a doença”, “ser inconformado”, “ter dificuldades” dos participantes com DM2. Os profissionais da saúde devem compreender o contexto permeado pelo sentido subjetivo das pessoas com DM2 alterado pela doença, além do ponto de vista biomédico.

Palavras-chave: identidade, diabetes *mellitus*, atenção primária à saúde, representação social.

IDENTITY REPRESENTATION OF USERS WITH DIABETES MELLITUS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: People with type 2 diabetes mellitus (DM2) to discover the disease experience disruptions in identity and behavior. One of the ways to deepen the knowledge of the subjective view of the person with diabetes 2 is to seek their identity representations, dynamic phenomenon composed of representations of self and intergroup representations. To investigate the construction of the identity representations of users with DM2 of primary health care and its relationship with self-care actions required. We used the free word association, prompting users with diabetes mellitus type 2 in a basic health unit ($n = 34$) to suggest a word or phrase, with justification, after inducing question: when it comes to “I am diabetic, what comes to your mind?”. The speeches were recorded, transcribed, categorized and interpreted by analyzing the technique of thematic-categorical content and theories of social representation and social identity. The interactions mediated by identity processes – social comparison, social attribution and categorization in the study group, provided the social construction of identity representations “normal”, “accepting the disease”, “being unaccepting, and “leading a difficult life”. Health professionals must understand the context permeated by subjective sense of people with DM2 changed by the disease, beyond the biomedical viewpoint.

Keywords: identity, diabetes mellitus, primary health care, social representation

Recebido em 29 de Setembro de 2015/ Aceite em 03 de Novembro de 2015

REPRESENTAÇÃO IDENTITÁRIA EM DIABETES *MELLITUS*

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2) é uma doença caracterizada por níveis de insulina endógena normais, deprimidos ou elevados, porém inadequados para superar a resistência à insulina, tendo como resultado a hiperglicemia. É responsável por 90% de todos os casos de diabetes, sendo uma das principais causas de morte no mundo (Brasil, 2009). O número de pessoas com diabetes em todo mundo era 177 milhões no ano de 2000 e, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, há expectativas de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (Wild, Roglic, Green, & Sicree, 2004).

Esta patologia grave e em aumento crescente tem impacto significativo na saúde pública e contribui, ainda, para o surgimento das complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos quando não devidamente tratada. Em decorrência da cronicidade do DM2 o usuário permanece vinculado ao serviço de saúde por períodos prolongados, apresentando demandas de cuidados contínuos e centrados em ações integrais realizadas pela equipe de saúde, em especial no nível primário (Brasil, 2009). O autocuidado é apontado como estratégia fundamental para a melhoria de qualidade de vida, haja vista as características do DM2 e suas repercussões para a pessoa e familiares. Dentre as ações de autocuidado a ser realizadas com vistas à redução dos níveis glicêmicos destacam-se as práticas de alimentação saudável, a realização de atividades físicas, o uso diário de medicamentos e a educação em saúde centrada na pessoa (Brasil, 2009; Cyrino 2009).

Embora as ações de autocuidado sejam objetivas, cabe assinalar que se apoiam fundamentalmente na dimensão subjetiva do comportamento das pessoas com DM2. Essas ações estão relacionadas a vários fatores, dentre os quais se destacam a aceitação da doença e as alterações acarretadas no seu cotidiano. Caracterizam-se por ocasionar rupturas na estrutura de vida das pessoas com DM2 que afetam aspectos referentes aos comportamentos adotados antes do adoecimento, como hábitos alimentares, sociais e estilo de vida e, ao mesmo tempo, dimensões subjetivas relacionadas à sua identidade social (Bury, 1982; Cyrino, 2009).

A identidade social é modelada e marcada pelas representações sociais. As representações sociais possuem um aspecto impessoal, ao pertencer a todos, uma vez que são a representação de outros e também uma representação pessoal, percebida efetivamente como pertencente ao ego (Moscovici, 2004). Elas incluem as estruturas cognitivas relativamente estáveis que contribuem para a definição da identidade. Nesta ótica, podem ser compreendidas como representações identitárias – fenômeno dinâmico composto pelas representações de si-mesmo e representações intergrupo (Deschamps & Moliner, 2009).

Conceber esta relação entre representações sociais, identidade e ações de autocuidado implica dizer que os profissionais de saúde devem conhecer as representações sociais em que se ancoram essas pessoas e o processo de construção da identidade. Assim pretende-se nesse estudo de natureza qualitativa investigar a construção das representações identitárias de usuários com DM2 da atenção primária à saúde e sua relação com as ações de autocuidado requeridas. Para atingir esse objetivo articulou-se a fundamentação teórico-conceitual de estudos nos campos da Teoria da Representação Social (Moscovici, 2012) e da Teoria da Identidade Social (Deschamps & Moliner, 2009). Essa articulação decorre do fato de, no estudo em foco haver uma coincidência entre sujeito e objeto. Segundo Sá (1998) a teoria das representações sociais não parece apta por si só a dar conta das diversas implicações do problema.

MÉTODO

Participantes

Os usuários com DM2 de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte/Brasil foram convidados a participar do estudo, tendo sido excluídos aqueles que possuíam complicações crônicas da doença, como cegueira, amputação de membro e a presença de infecções. Aceitaram o convite 34 participantes, 32% do

sexo masculino e 68% do feminino; 58,82% com idade superior a 60 anos, 97% idade com acima de 50 anos; 73% dos homens e 83% das mulheres possuía o curso fundamental incompleto; renda mensal média da família foi de 579 US para as mulheres e 458 US para os homens. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido do projeto aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, número 061.0.410.203/09 e da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, número 0061.0410.203-09.

Material

Para captar pensamentos e sentimentos mais espontâneos relacionados à identidade solicitou-se aos participantes que falassem cinco palavras ou expressões, após serem estimulados pela questão indutora: quando você pensa “eu sou diabético, o que vem em mente? Logo após foi solicitado que apontassem a evocação considerada mais importante com a respectiva justificativa. Essa técnica – associação livre de palavras propicia colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado, assim como a sua dimensão imagética, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo (Abric, 2001).

Procedimento

As entrevistas foram gravadas no programa de computador *Free Audio Editor 2009*[®], as falas dos participantes referentes às justificativas da questão norteadora foram transcritas na íntegra e descritas nos resultados na forma de citações literais, de maneira que deram vida à representação. Esses dados foram analisados utilizando a Análise do Conteúdo Temático-Categorial proposta por Bardin (2010). A interpretação das mensagens foi realizada por pesquisadores obtendo-se descrições compatíveis, o que confere confiabilidade aos dados. A análise dos dados foi dividida nas etapas, pré-análise, codificação e tratamento dos resultados. Para proceder à análise dos conteúdos das narrativas, buscou-se entender a forma como os participantes da pesquisa representam a doença, como atribuem sentido a um objeto inicialmente estranho e, portanto, pouco familiar, o que ocorre em um contexto de interações sociais mediadas por representações identitárias.

RESULTADOS

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu a identificação das representações identitárias dos participantes, as quais foram organizadas em 4 categorias temáticas: “ser diabético é ser normal” (15 participantes), “ser diabético é aceitar a doença” (5 participantes); “ser diabético é ser inconformado” (6 participantes) e “ser diabético é ter uma vida carregada de dificuldades” (8 participantes). Cabe ressaltar que cada participante enquadra-se em apenas uma categoria e será dado exemplos dos discursos de alguns participantes por categoria.

“Ser diabético é ser normal”

A representação identitária “ser diabético é ser normal” encontra-se alicerçada no pensamento dominante entre os participantes de que têm uma “vida normal”. Os participantes “normais que julgam ter uma vida normal” são aqueles que estabelecem novas condutas de vida e conseguem se adaptar às instabilidades e variabilidades do cotidiano em que estão inseridos, com o intuito de conseguir a normatividade e a busca pelo equilíbrio. Assim um participante que julga a vida normal evocou o “normal” para expressar sua representação sobre o “ser diabético”:

REPRESENTAÇÃO IDENTITÁRIA EM DIABETES *MELLITUS*

“Coisa normal. Eu acho coisa normal. Eu não penso que estou com diabetes. Eu poderia estar com diabetes antes, mas pode ser que não sabia. A diabetes é uma doença boba, mas ao mesmo tempo perigosa, mas se a gente souber controlar a gente vive bem com ela, né?”.

Por meio da objetivação, o participante denomina o DM 2 de “coisa normal” e “doença boba, mas ao mesmo tempo perigosa” e atribui sentidos que diminuem o distanciamento entre o conhecimento científico da doença e a realidade. Os sentidos “normal” e “boba” fazem com que o DM2 não seja visto como uma doença, pelo fato da pessoa não ter sintomas. Ao julgá-la “perigosa” a participante refere-se às suas complicações. Pelo processo da ancoragem, o conhecimento científico se transforma no senso comum, um conhecimento útil, pois suscita práticas preventivas de controle. Assim, consciente dos perigos, ele diz os controlar para conviver bem com a doença.

Na objetivação os indivíduos tentam reduzir a distância entre o conhecimento do objeto social que eles constroem e a percepção que eles têm deste objeto, permitindo tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem pelo objeto representado. Na ancoragem por meio da rede de significações em torno do objeto, o indivíduo relaciona-o a valores e práticas sociais (Deschamps e Moliénr, 2009; Moscovici, 2012). Esses processos propiciam às pessoas se familiarizarem e colocarem no seu quadro de referências o objeto novo. Agindo assim podem compará-lo e interpretá-lo, colocando-o sobre controle (Moscovici, 2012). Esses processos se articulam com a categorização, um dos processos de construção da representação identitária. Nessa direção a categorização, numa perspectiva cognitiva, refere-se aos processos psicológicos que tendem a organizar o entorno em termos de categorias: grupos de pessoas, de objetos e de eventos (Tajfel, 1972).

Ao se comparar com as outras pessoas de seu convívio um participante chega a conclusão de que também é normal:

“Alimento o que eu posso. Ah, eu sinto normal, igual a outra pessoa. Eu tenho que alimentar o que eu posso. A gente não precisa ter revolta. Eu posso não ser normal, mas eu tenho que alimentar igual a outra pessoal”.

No cotidiano desse participante as situações vivenciadas nas suas interações sociais favorecem a comparação com as pessoas do seu grupo de pertença que não tem a doença. Assim ela não se percebe doente, “eu sinto normal, igual a outra pessoa” embora tenham algo diferente, o DM2.

Salienta-se que a comparação social é outro processo que contribui para a construção das representações identitárias, mediante a busca da diferença, concretizada por meio da comparação com as pessoas do grupo de convívio no cotidiano, que não são portadores da doença. As pessoas avaliam opiniões, atitudes e crenças comparando-as com as de outros, ao buscar semelhanças com as pessoas do seu grupo de pertença (Festinger, 1971). A referência ao outro, neste caso, ao invés de levar à semelhança, leva à diferenciação, quando essa diferença é uma ameaça à identidade (Lemaine, 1979).

“Ser diabético é aceitar a doença”

Os participantes que “aceitam a doença” são aqueles que não conseguem conviver com os conflitos de várias ordens decorrentes da doença que lhe acomete e se conformam em serem doentes. Assim o participante aceita a doença, atribuindo a cura do DM2 a uma causa externa:

“Deus cura a diabetes. A minha mãe foi curada da diabetes. Eu peço todos os dias para mim, minha família, quem eu conheço e quem eu não conheço que tem

diabetes, que Jesus faça a sua obra. Eu confio nele. Tenho o exemplo da minha mãe”.

A aceitação generalizada das pessoas de que Deus cura as doenças foi a crença escolhida por esse participante para expressar a “aceitação da sua doença”. Como as pessoas possuem a tendência de se inspirarem naquelas que conseguem êxito em suas ações com a finalidade de melhoria de si-mesmo, esse participante, fiel à religiosidade e às suas crenças deseja alcançar os mesmos resultados obtidos pela mãe, que conseguiu curar o DM2, ajudada por Deus.

Por atribuírem a cura do DM2 a Deus e a origem da doença a uma causa externa, essa participante possui o locus de controle predominantemente externo. Como o controle de suas vidas depende dos fatores externos elas nada podem fazer, a não ser “aceitar a doença”. Os processos de atribuição representam para os indivíduos, um meio de assegurar um controle sobre a realidade, forjando-se um conhecimento relativamente estável e às vezes ilusório do entorno, dependente de uma força externa e não do seu empenho pessoal (Deschamps e Moliner, 2009).

“Ser diabético é ser inconformado”

Os participantes “inconformados” são aqueles que face às instabilidades e variabilidades da enfermidade reclamam ou reagem às normas, relutando em adotá-las. Assim um participante afirma que não é saudável:

“O diabético não tem o direito de sentir tão saudável Eu não tenho uma liberdade mais ampla quanto aquele que não tem diabetes”.

Como a doença não poderá ser suprimida de sua vida, ele se compara com outra pessoa saudável e se dá conta plenamente de sua impotência em transformar a desordem em equilíbrio. A liberdade irrestrita idealizada pelo participante não é (re)criada como uma liberdade possível.

Segundo Canguilhem (2006), viver a doença é apreendido como uma alteração do estado normal, pois a situação adversa da doença não poderá ser suprimida das vidas dessas pessoas, mas a capacidade de reagir significa aprender a conviver com as restrições. Os sentimentos de insatisfação e de desgosto de alguns participantes “inconformados” nascem da comparação que fazem entre sua própria situação e a de outrem. Esses sentimentos os impedem de elaborar outra representação identitária diferente de “ser inconformado”.

“Ser diabético é ter uma vida com dificuldades”

Os participantes que “tem uma vida com dificuldades” são aqueles que após o diagnóstico da doença tentaram se adequar ao tratamento e se depararam com dificuldades de se cuidarem expressas em sentimentos e atitudes negativos:

“Sinto muito ruim. Eu acho ruim tomar o remédio, sei lá. O comprimido é muito grande. Eu não gosto de tomar. A minha glicemia já deu maior do que essa, duzentos e tanto, tava muito pior”.

O participante reclama de tomar remédio diariamente, bem como da obrigatoriedade de controlar o DM2 de forma ininterrupta. Esse sentimento negativo pode interferir na motivação e na predisposição para incorporar as mudanças de hábitos de vida dos participantes.

REPRESENTAÇÃO IDENTITÁRIA EM DIABETES *MELLITUS*

A doença é vista por essas pessoas como uma situação de ameaça ao normal e efetivo desempenho de papéis e tarefas para os quais foram socializados (Carapinheiro, 1987) e pode gerar situações de exclusão nas interações sociais (Dias, 1999).

DISCUSSÃO

A construção da representação identitária “ser normal”, “aceitar a doença”, “ser inconformado” e “ter uma vida com dificuldades” ocorreu por meio da ancoragem e da objetivação. Esses processos propiciam às pessoas se familiarizarem e colocarem, em seu quadro de referências, o objeto novo. Os participantes utilizaram as informações disponíveis, conforme os seus níveis de conhecimento e por meio de imagens, para sentirem em um mundo comum e se reconhecerem como sujeito na construção de sua própria realidade. As pessoas se informam e representam sobre um determinado objeto unicamente depois de ter tomado uma posição ou atitude. Em função desse posicionamento elas agem ao comparar e interpretar o objeto por meio dos processos identitários – categorização social, comparação social e atribuição social.

Os participantes “normais” convivem com doença de forma positiva e minimizam o impacto do DM2 sobre sua identidade ao vivenciarem o processo da normalização da enfermidade e do cuidado, no qual as mudanças e adaptações requeridas ao tratamento se tornam rotineiras e são incorporadas ao cotidiano. Os participantes que “aceitam a doença” deveriam aceitar de forma ideal a sua doença crônica, ou seja, embora a enfermidade faça parte da percepção da realidade ela não é percebida como um fator que limita a pessoa. Os participantes que pensam “ser inconformados” e julgam “ter uma vida carregada de dificuldades” deparam com entraves ao se cuidarem culminando em sentimentos e atitudes negativas sobre a doença.

Constatou-se que a representação identitária social *ser normal* ou *ser doente* dos participantes deste estudo foram por eles convertidas em potencialidades ou limitações para o desenvolvimento de um modo de vida sadio ou não. Neste sentido, a representação identitária configura-se como elemento essencial a ser considerado no trabalho de prevenção e promoção do autocuidado das pessoas com DM2.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi financiada pela Capes Demanda Social e Capes – Proc. BEX 4757/11-4.

REFERÊNCIAS

- Abric J.A. (2001). Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: J.A.Abric (Org.). *Prácticas sociales y representaciones*. (pp. 53-74). México: Ediciones Coyoacán.
- Bardin, L. (2010). *Análise do conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus*. Florianópolis: SEAD/UFSC.
- Bury M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4, 167-182. doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939.
- Canguilhem G.C. (2006). *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carapinheiro, G. (1987). Cenários de estratégias médicas no hospital. *Critical Review of Science Social*, 23, 141–156.
- Cyrino A.P. (2009). *Entre a ciência e a experiência – uma cartografia do autocuidado em diabetes*. São Paulo: Editora UNESP.

Deschamps J-C, & Moliner P. (2009). *A identidade em psicologia social – dos processos identitários às representações sociais*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Dias, M. R. (1999). A doente veterana: saberes esquecidos nos sistemas de saúde. *Análise Psicológica*, 3, 499–512.

Festinger, L. (1971). Théorie de processus de comparaison sociale. In C. Faucheux & S. Moscovici (Eds.), *Psychologie social et théorique et expérimentale* (pp. 77–104). Paris: Editions Mouton.

Lemaine, G. (1979). Différenciation sociale et originalité sociale. In: W.Doise, (org.) *Expériences entre groupes*. Paris: Editions Mouton.

Moscovic, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Moscovici, S. (2004). *Representações sociais– investigações em psicologia social*. 2ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes.

Sá, C.P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Eduerj.

Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale*, (v. 1.). Paris: Larousse.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., & Sicree, R. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047–1053. doi:10.2337/diacare.27.5.1047.