

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS MUJERES DIABÉTICAS DE CLASES POPULARES EN LO REFERENTE AL PROCESO SALUD Y ENFERMEDAD

Denise Siqueira Péres¹

Laércio Joel Franco²

Manoel Antônio dos Santos³

Maria Lúcia Zanetti⁴

Este trabajo tiene como objetivo identificar las representaciones sociales de mujeres diabéticas de clases populares en relación al proceso salud-enfermedad. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio. Fueron entrevistadas ocho participantes, atendidas en una unidad básica de salud del municipio de Ribeirão Preto, en 2003. Los datos fueron organizados mediante un análisis temático de contenido y analizados según la teoría de las representaciones sociales. La diabetes está relacionada a sentimientos negativos, como choque, rabia y tristeza; el plano alimentario aparece vinculado a la pérdida del placer y de daños a la salud. Las mujeres diabéticas mostraron una relación ambivalente con el uso de los medicamentos, percibido como productor de cansancio y como un recurso que promueve el bienestar y mejora la calidad de vida. La representación negativa de los servicios de salud parece interferir en el comportamiento de adherencia al tratamiento con medicamentos. Comprender las representaciones de mujeres con diabetes contribuye a la prestación de servicios del cuidado al diabético.

DESCRITORES: diabetes mellitus; processo salud enfermedad; educación en salud

SOCIAL REPRESENTATIONS OF LOW-INCOME DIABETIC WOMEN ACCORDING TO THE HEALTH-DISEASE PROCESS

The purpose of this article is to identify the social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. This is a descriptive, exploratory study. Eight participants, all of them patients at a basic health unit in Ribeirão Preto, were interviewed in 2003. The data were organized according to thematic content analysis and analyzed according to theory of social representations. Diabetes is related to negative feelings, such as shock, anger and sadness; the diet plan is linked to the loss of pleasure, and also to health risks. The diabetic women showed an ambivalent relation to medication, perceived it as both tiring and as a resource that promotes well-being and improvements in quality of life. The negative representation of health services seems to interfere with the behavior of adherence to pharmacological treatment. Understanding the representations of women with diabetes contributes to integral healthcare for diabetic patients.

DESCRIPTORS: diabetes mellitus; health-disease process; health education

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES DIABÉTICAS, DE CAMADAS POPULARES, EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Este trabalho tem como objetivo identificar as representações sociais de mulheres diabéticas das camadas populares em relação ao processo saúde-doença. Trata-se de estudo descritivo e exploratório. Foram entrevistadas oito participantes, atendidas numa unidade básica de saúde do município de Ribeirão Preto, SP, em 2003. Os dados foram organizados mediante análise temática de conteúdo e analisados segundo a teoria das representações sociais. O diabetes está relacionado a sentimentos negativos como choque, revolta e tristeza, o plano alimentar aparece vinculado à perda do prazer e prejuízos à saúde. As mulheres diabéticas mostraram relação ambivalente com o uso da medicação, percebido como cansativo e como recurso que promove o bem-estar e melhoria da qualidade de vida. A representação negativa dos serviços de saúde parece interferir no comportamento de adesão ao tratamento medicamentoso. Compreender as representações de mulheres com diabetes contribui para a integralidade do cuidado ao diabético.

DESCRIPTORES: diabetes mellitus; processo saúde-doença; educação em saúde

¹ Maestra en Ciencias Médicas, e-mail: desiperes@ig.com.br; ² Profesor Titular, e-mail: lfranco@ig.com.br. Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Brasil; ³ Profesor Doctor de la Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Brasil, e-mail: masantos@ffclrp.usp.br; ⁴ Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: zanetti@eerp.usp.br

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y una de las prioridades para la salud pública mundial. Los pacientes que padecen la diabetes requieren recibir educación para que realicen su autocuidado y una supervisión continua por largos períodos de tiempo. Por lo anterior, es importante destacar la necesidad de acompañamiento, de apoyo y de seguimiento continuo, del paciente, por un equipo multiprofesional de salud, como demostraron dos grandes estudios realizados en la década del 90⁽¹⁻²⁾.

A partir de esos dos estudios, se reconoció la importancia del trabajo multiprofesional de la salud para educar al paciente diabético y se desarrollaron numerosos programas educativos, a nivel internacional y nacional⁽³⁻⁴⁾.

Sin embargo, para que un programa tenga resultados efectivos es necesario considerar, además de los otros factores, las concepciones que tienen los profesionales y los pacientes sobre el proceso salud-enfermedad. Las mismas tienen características que varían de acuerdo con el contexto sociocultural⁽⁵⁾, o sea, las interpretaciones que los sujetos dan a la salud hacen parte de una serie de concepciones, valores y experiencias que son compartidas por las personas que participan de una misma cultura.

La experiencia de enfermarse del paciente diabético, depende en parte de lo que se entiende por salud y, en ese sentido, no siempre son semejantes los significados de enfermedad-salud para profesionales y pacientes con diabetes atendidos en los servicios de salud. Los pacientes con diabetes poseen representaciones y prácticas populares de la salud, las que muchas veces, son intercambiadas entre ellos durante la convivencia diaria, y es común que el equipo de salud ignore esos conocimientos populares que circulan en lo cotidiano, considerando el conocimiento técnico y científico como el único que tiene validez y está correcto⁽⁶⁾.

Los profesionales y los usuarios con diabetes a veces no consiguen “hablar la misma lengua” y puede no considerarse el conocimiento y las representaciones populares⁽⁷⁾. El campo del conocimiento biomédico acostumbra a rechazar la experiencia y el saber de aquel que sufre de alguna enfermedad y, en ese aspecto, el saber científico, muchas veces, es considerado el único verdadero y correcto⁽⁸⁾. La legitimación del saber biomédico como el único conocimiento válido, implica en la

descalificación de otros conocimientos compartidos, frecuentemente por mujeres con diabetes, de tal modo que recuperar ese conocimiento femenino es tarea que se impone a los que se interesan por las voces olvidadas de nuestra memoria colectiva.

Como las representaciones de las clases populares sobre el proceso salud-enfermedad muchas veces son diferentes de las concepciones que los profesionales poseen, es fundamental conocerlas para asegurar una mayor efectividad de las intervenciones⁽⁵⁾. La literatura disponible en este campo todavía es incipiente, lo que justifica la conducción de nuevos estudios que se dediquen a comprender el proceso de la construcción social de esas representaciones en personas con diabetes. Así, el presente estudio tiene como objetivo identificar las representaciones sociales de mujeres diabéticas de las clases populares en relación al proceso salud-enfermedad.

MARCO DE REFERENCIA TEÓRICA

Se escogió como marco teórico de referencia a las representaciones sociales, elaboradas por Moscovici⁽⁹⁾. La teoría de las representaciones sociales propone una valorización del saber lego y del conocimiento cotidiano con sus procesos de producción – que se desarrollan en el contexto colectivo – y de apropiación – que se da en la experiencia de cada individuo, por medio de una operación denominada *anclaje*, que permite que el conocimiento científico sea asimilado al conocimiento popular.

El estudio de las representaciones sociales se asocia a un entendimiento del cuerpo, de la salud y de las enfermedades como una matriz de significados. La apropiación de esa teoría en estudios realizados en el área de la salud es relevante, pues incorpora los aspectos psicosociales asociados a las enfermedades, lo que puede promover una reflexión sobre las modalidades y estrategias de tratamiento frecuentemente utilizadas por los profesionales en el contexto del nuevo paradigma de atención a la salud, que destaca la necesidad de cuidados que consideren la integralidad del sujeto.

Esta teoría se encuentra en el límite entre lo psicológico y lo social, buscando rescatar la dimensión psicológica y social de los fenómenos, lo que la torna particularmente valiosa en el campo de la salud,

sobretudo cuando se adopta una postura que valoriza el conocimiento que emana del sentido común y de la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, fundamentado en un enfoque de investigación cualitativa, realizado en enero de 2003 en una Unidad Básica de Salud - UBS, localizada en la región Norte del municipio de Ribeirao Preto, SP. Esa unidad se localiza en un barrio de nivel socioeconómico bajo y el área asistencial engloba varios barrios de la periferia de la ciudad.

Preliminarmente, se realizó un levantamiento de las fichas de personas con diagnóstico de diabetes registradas en la Unidad Básica de Salud. Fueron descartados los registros de usuarios del sexo masculino. La selección de las participantes fue realizada por medio de un sorteo de las fichas de las usuarias que atendieron los siguientes criterios de inclusión: mujeres diabéticas del tipo 2, con por lo menos 12 meses de diagnóstico; usuarias de un servicio de la red pública de salud de Ribeirao Preto; con capacidad preservada de comunicación y diálogo; y, que aceptaron participar en la investigación.

Para cada sujeto seleccionado era realizado el contacto por teléfono o por carta, explicándoles los propósitos de la investigación y fijando una fecha y un horario para comparecer en la unidad de salud. Después de firmar el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido se inició la entrevista en una sala con condiciones adecuadas de privacidad. Para la

determinación del número de participantes fue utilizado el criterio de saturación de los datos⁽¹⁰⁾, lo que fue alcanzado con ocho participantes. Las entrevistas fueron grabadas en audio y tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Los datos de cada entrevista fueron transcritos en su totalidad y literalmente, constituyendo el *corpus del estudio*. Los datos empíricos fueron organizados utilizando la técnica de Análisis Temático de Contenido⁽¹⁰⁾. Para analizar los datos, se procedió a ordenar los diálogos, después de la transcripción integral de las cintas y lectura exhaustiva del material empírico. A continuación, se seleccionaron partes del material, buscando ideas relevantes que constituirían las unidades de significado, las cuales fueron codificadas y organizadas, por los investigadores, en los siguientes temas: diabetes: *choque, rabia y tristeza*; plano alimentario: *pérdida del placer y daños a la salud*; medicación: *tomar remedio cansa*; proceso salud-enfermedad: *salud es poder trabajar*. Para asegurar el anonimato de los participantes fueron utilizados nombres ficticios. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto en 15/04/2002 (proceso n° 2689/2002).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados y la discusión serán presentados en dos partes. En la primera, consta la caracterización de los sujetos (tabla 1) y en la segunda, los temas identificados durante el análisis de contenido de las entrevistas.

Tabla 1 – Caracterización socio-demográfica, tiempo de diagnóstico y tipo de tratamiento utilizado para el control de la diabetes. Ribeirao Preto/SP, 2003

Caracterización	Maria	Joana	Nair	Laura	Ana	Lucia	Vera	Claudia
Edad (años)	54	66	63	65	62	76	49	65
Estado civil	Divorciada	Viuda	Viuda	Casada	Casada	Casada	Casada	Viuda
Edad (años)	4ª série	1ª série	4 th grade	2 nd grade	2 nd grade	2 nd grade	2 nd grade	3 rd grade
Ocupación	Hogar	Hogar	Jubilada	Hogar	Hogar	Jubilada	Limpiadora	Hogar
Tiempo de diagnóstico(años)	16	30	11	20	23	6	1	8
Renta mensual familiar (reales)*	200	200	200	500	340	400	640	580
Renta mensual familiar (reales)*	Uso oral	Insulina + uso oral	Uso oral	Insulina + uso oral	Insulina	Insulina	Uso oral	Insulina
Cantidad de otras medicaciones utilizadas	6	2	4	4	2	2	2	7

* Valor del salario mínimo en la época del estudio: R\$ 200,00

Podemos notar que las mujeres tienen un nivel de escolaridad máximo de cuatro años y un renta familiar máxima de aproximadamente tres salarios mínimos. En relación a la ocupación, cinco eran dueñas de casa, dos jubiladas y apenas una ejercía una actividad remunerada. Se caracterizan, por lo tanto, por pertenecer a un estrato socioeconómico inferior. La literatura muestra que la baja escolaridad y un poder adquisitivo restringido están asociados a un menor acceso a la información y a la tecnología para el control de la diabetes, además de restringir la percepción que el diabético posee sobre a su propia condición de salud⁽¹¹⁾.

DIABETES: *Choque, rabia y tristeza*

Presentar una condición crónica de salud envuelve diversos cambios en los hábitos y en la vida cotidiana de los individuos, lo que puede ser extremadamente penoso y difícil de aceptar. Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, como la diabetes, despierta diversos sentimientos, reacciones emocionales y fantasías, que necesitan ser conocidos y comprendidos por los profesionales de la salud.

Los comportamientos presentados están relacionados a una serie de sentimientos que deben ser comprendidos por todo el equipo. Así, las informaciones sobre las emociones desencadenadas por la diabetes son fundamentales para el seguimiento del tratamiento de la enfermedad⁽¹²⁾. En las mujeres del estudio, el diagnóstico de diabetes vino acompañado de tristeza, rabia y choque. *Ah, yo me quedé muy rabiosa (María). Yo entré en choque, quede muy triste (Vera).*

Después de varios años de diagnóstico, el distanciamiento ("no la preocupación" con la enfermedad) apareció frecuentemente en las declaraciones. *Ahora para mí es normal, para mí es como otra persona que no tiene diabetes (Ana). Yo hago de cuenta que no tengo nada (...) llevo la vida como si no la tuviese (Lúcia).*

Las entrevistadas vivenciaron efectos negativos frente a las prohibiciones, limitaciones y posibles complicaciones dictadas por la diabetes. Por no soportar vivir todo el tiempo con tantas restricciones cargadas de sentimientos negativos, usaban el mecanismo psíquico de la negación como una válvula de escape, buscando un alivio para sus ansiedades.

En la sociedad capitalista, aquel que se enferma no puede permanecer por mucho tiempo en esa condición, de modo que, estar enfermo, es un estado soportable socialmente apenas por un corto período de tiempo. Así, el paciente puede *negar* su enfermedad y el hecho de que la diabetes es una enfermedad sin síntomas y dolor puede favorecer tal reacción⁽¹³⁾.

Las declaraciones revelaron la influencia de las emociones vivenciadas por las mujeres en el seguimiento del tratamiento y en el control de la enfermedad. Las decisiones en relación al tratamiento de esa enfermedad afectan y son afectadas por los sentimientos, pensamientos, valores y otros aspectos psicosociales asociados a la enfermedad. *Ahora sí que quedo ahí ansiosa (...) con aquella ansiedad, a veces no tomo el remedio correcto, no hago la dieta correcta (Laura). Cuando usted está nerviosa, usted va a toda hora a abrir el congelador (...) estando ansiosa usted come (María).*

Las declaraciones evidenciaron una relación entre el comportamiento de no seguir el tratamiento y perder la voluntad de vivir. *Mi hermano tiene 80 años, pero él hace caminadas. Sabe, él quiere vivir. Ahora yo no quiero vivir más, él quiere (...). Él dice que no toma nada con azúcar, él no toma refrescos, no come dulces (...). Cuando él me habló, yo estaba comiendo todo eso de allí (Cláudia).*

Podemos inferir, a partir de las declaraciones, que es necesaria una voluntad de vivir y un deseo de mantener la salud en los casos de enfermedad instalada. El deseo y el compromiso de las personas con la propia vida son elementos fundamentales en el tratamiento de las enfermedades⁽¹⁴⁾. La diabetes influencia todas las dimensiones de lo cotidiano del paciente, desde la rutina más trivial hasta el deseo de continuar viviendo y mantener su calidad de vida.

Por ser una enfermedad que no tiene cura y necesita de un comprometimiento con la terapéutica medicamentosa, con los alimentos y con la actividad física, la diabetes requiere de la persona una capacidad de enfrentamiento durante toda su vida. El compromiso de seguir o el deseo de interrumpir el tratamiento, aunque sea por un corto período, está siempre presente en lo cotidiano de la persona diabética.

PLANO ALIMENTARIO: pérdida del *placer y daños a la salud*

Existe un sistema complejo de valores, símbolos y significados que están asociados a la dimensión de comer. La alimentación no es solamente la ingestión de nutrientes y debe ser vista más allá del punto de vista biológico⁽¹⁵⁾. Para las mujeres entrevistadas, seguir el plano alimentario recomendado parece tener varios significados, como la pérdida del placer de comer y de beber, la pérdida de la autonomía y de la libertad de escoger los alimentos que desean, así como otras restricciones, conforme se puede observar en los diálogos: *No estoy más como yo era, sin esa porquería de la diabetes. (...) todo lo que voy a comer, pienso, no voy comer eso que me va a hacer mal. (...) parece que no, pero todo cambia (Laura). Agarró esa enfermedad, acabó el placer de comer y beber. (...) daña nuestras vidas. (...) no tiene más mucha libertad (Ana).*

Nótese, que para las mujeres de clases populares de este estudio, la diabetes impone una serie de normas y reglas rígidas, es una enfermedad caprichosa que prescribe qué y como cómo comer, lo que dificulta el control de sus vidas. Considerando las condiciones de vida extremadamente limitadas en las cuales esas mujeres viven, desde el punto de vista material, concebir el plano alimentario como una exigencia que produce numerosas restricciones reduce todavía más las oportunidades de placer y entretenimiento, ya restringidas debido a sus condiciones sociales⁽¹⁶⁾.

En la siguiente declaración, relacionada al plano alimentario recomendado, parece estar relacionado a daños a la salud. *El hombre no come nada, está peor, está del color de aquella pared, está amarillo. Las personas no aguantan, si hacemos la dieta no vamos a poder ni siquiera quedar de pié (Ana).*

En las clases populares, la alimentación está relacionada a la capacidad de desempeño en el trabajo; así, se cree que el cuerpo necesita ingerir grandes cantidades de alimentos para conseguir mantener el rendimiento adecuado en la actividad laboral⁽¹⁷⁾. La baja ingestión de alimentos se relaciona a la sensación de debilidad, decaimiento y enfermedad. Las sensaciones corporales son vivenciadas con mayor o menor intensidad conforme a la clase social de las personas. Las clases populares tienden a atribuir sensaciones de "estar satisfecho" a una comida rica en gorduras y con alto tenor calórico.

Las mujeres de las clases populares utilizan más frecuentemente el tocino y la grasa de puerco en la cocina que las mujeres de nivel socioeconómico más alto⁽⁷⁾. La expresión "como usted está gorda", "fuerte", es frecuentemente utilizada para referirse a la persona que muestra un aspecto saludable.

Además, las representaciones de la obesidad son vivenciadas de diferentes formas en las diversas clases sociales. Aquello que las mujeres de un nivel socioeconómico bajo definen como peso deseable es considerado sobrepeso para los criterios científicos y para la clase socioeconómica más elevada⁽¹⁶⁾. En las clases populares una persona delgada es percibida como que está en una condición de enfermedad y de falta de adaptación para el trabajo. En ese sentido, existe la expresión popular frecuentemente difundida "Saco vacío no queda de pié".

La trasgresión y el deseo de alimentarse estuvieron presentes en las declaraciones a seguir: *Todo el día yo como dulces (...) cuando no encuentro dulce para comer yo como hasta azúcar (María). Los ojos vieron, la boca pidió (Joana).*

La ausencia de síntomas de la enfermedad y los aspectos financieros para la adquisición de alimentos constituyen aspectos que dificultan el seguimiento del plano alimentario, conforme se observan en los diálogos: *Yo puedo comer lo que fuera, no siento nada (...) la diabetes sube, y yo no lo sé (...) quiere decir que queda por eso mismo (...) es donde pienso así, no hay problema (Joana). Para nosotros en que la situación financiera no ayuda queda difícil hacer dieta (María).*

Los resultados de la investigación mostraron que el asunto cultural, el conocimiento, las representaciones de la enfermedad y los valores influyen enormemente en el comportamiento alimentario. La situación financiera también debe ser considerada, pero parece no constituir un factor determinante de las dificultades en el seguimiento de los estándares alimentarios adecuados, preconizados para el control de la diabetes. El paciente puede tener recursos financieros escasos y aún así seleccionar alimentos que contribuyan para mejorar el control metabólico. Con esto, se coloca en evidencia, que el comportamiento alimentario es complejo y precisa ser comprendido por una conjugación de conocimientos interdisciplinarios, englobando sus aspectos biológicos, sociales, culturales, ambientales, psicológicos y económicos. Sobre todo, con personas

que tienen poco acceso a las informaciones, tal como ocurre con las mujeres de las camadas populares focalizadas por este estudio.

MEDICACIÓN: *Tomar remedio cansa*

El paciente puede cansarse de vivir en la condición de enfermo crónico, situación confirmada y acentuada por el uso de los medicamentos. De acuerdo con las declaraciones presentadas abajo, tomar la medicación oral puede generar incomodidad en la medida en que hace que el paciente recuerde que tiene diabetes. Los sentimientos negativos desencadenados pueden llevarlo a interrumpir, olvidar o evitar el tratamiento medicamentoso. *Hoy no voy tomar, estoy cansada de esos remedios (Nair). Sabiendo que precisaba tomar, pero no tomaba, porque me daba náusea (Cláudia). No tomaba todos los días – me olvidaba (Ana). Porquería de ese remedio que no vale de nada. (...) una incomodidad tomar remedio (María).*

Los datos mostraron que es más difícil aceptar el uso de la insulina, que parece estar asociado a sentimientos disfóricos. Por otro lado, la insulina fue considerada eficaz, de efecto rápido e importante para evitar las complicaciones de la diabetes. *Yo no quería aceptar de ninguna forma, pero no pude evitarlo (Ana). Me cansé de tomar inyecciones (...) a veces cansa, desanima y a veces se olvida. (...) me quedé unos dos o tres días sin tomar insulina, yo no la llevé, fue un descuido (Lúcia). Me quedé muy enojada, pensé que es muy grave (Cláudia). Si yo hubiese tomado la insulina me habría quedado ciega (Ana).*

El uso del medicamento por el diabético es un símbolo ambiguo, que trae consigo representaciones sociales ambivalentes. Si, por un lado, provoca una memoria constante en el paciente de su condición de enfermo, por otro garantiza la continuidad de la vida y el silencio de la enfermedad⁽¹³⁾.

La adhesión medicamentosa también depende de las representaciones sociales del servicio de la salud – de carácter público o privado – donde será adquirido el medicamento. *Yo estaba tomando la pastilla blanca que conseguía en la farmacia, yo estaba tomando correctamente, los que yo conseguía aquí en el puesto, por mucho tiempo.. (Cláudia).*

La relación entre el profesional y el paciente parece interferir en la ingestión de medicamentos, o

sea, la aceptación y el uso de la medicación están asociados a la credibilidad del médico y de los servicios de salud. La confianza en el médico contribuye con las representaciones relacionadas a la eficacia de los medicamentos⁽¹⁵⁾. Ha ocurrido un descrédito de la población en relación a los médicos y a los servicios públicos de salud. Por lo tanto, el no usar diariamente los medicamentos distribuidos gratuitamente puede estar relacionado a una falta de credibilidad de la población con lo público y lo gratuito.

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: *Salud es poder trabajar*

Los siguientes diálogos mostraron un predominio de representaciones de la salud íntimamente asociados a la capacidad de trabajar. *Pienso que la persona que tiene salud, entonces tiene disposición para cualquier cosa, esta dispuesta para todo, para cuidar de la casa, para cuidar de todo (Joana). La salud es muy buena, cuando uno está con salud, puede trabajar (...). Tengo que trabajar, tengo que tener salud (Vera).*

Para las clases populares, estar enfermo significa perder el único recurso de que se dispone para sobrevivir: el propio cuerpo. La salud garantiza la condición de mantenerse activo y a su vez, permite satisfacer algunas necesidades básicas como alimentación y vivienda.

La mayoría de las entrevistadas ejercía actividades no remuneradas, en la propia casa, cumpliendo una rutina de trabajo exhaustiva, que se reproduce de domingo en domingo, sin interrupción. En ese sentido, existe una representación compartida por las mujeres que tienen diabetes: “ la mujer no puede enfermarse” pues frecuentemente desempeña un papel de soporte de la familia, cargando con una sobrecarga de trabajos domésticos para proporcionar el bienestar de los familiares, muchas veces, en detrimento de su propio bienestar⁽¹⁸⁾.

Para las mujeres diabéticas la salud representa la fuerza de trabajo, ya que él es responsable por asegurar la sobrevivencia de sus familiares. El trabajo parece asumir una importancia vital en el contexto de la pobreza y de la privación de comodidad material. Así, providencias relacionadas a la salud pueden ser tomadas principalmente cuando la enfermedad comienza a afectar la capacidad para el trabajo. Eso sucede por la necesidad económica

de no interrumpir el trabajo y por las bajas expectativas con relación a la asistencia a la salud⁽¹⁵⁾. La atención solo es dada al cuerpo cuando hay una disminución en el rendimiento de la capacidad productiva, que normalmente se manifiesta bajo la forma de síntomas, repercutiendo en pérdidas en la ejecución de las tareas diarias⁽¹⁶⁾.

Un estudio realizado en México encontró que, en las clases populares, la principal preocupación es satisfacer las necesidades inmediatas, como, por ejemplo, tener que comer⁽¹⁹⁾. Así, la diabetes pasa a ser un asunto secundario y un problema menor frente a los otros que enfrentan en lo cotidiano de la pobreza.

Para las mujeres diabéticas, el dolor constituyó uno de los síntomas que producen mayor incomodidad porque perjudica el rendimiento en el trabajo, lo que engendra una asociación entre dolor y enfermedad. *Diabetes, no se siente dolor, no se siente nervioso, no se siente nada (Nair)*. Muchas veces el estar enfermo está asociado a un proceso doloroso, ya que el dolor desestabiliza el equilibrio orgánico del individuo. Algunas personas no se consideran enfermas si no sienten dolor.

Por otro lado, las mujeres diabéticas refirieron la ausencia de síntomas cuando los niveles de glicemia se encontraban elevados, lo que dificulta el seguimiento del tratamiento establecido. *Estaba en 665, no sentí nada. Estaba cocinando, lavando, todo la misma cosa (Ana)*. *A veces no presto atención, a veces no siento nada (Lúcia)*. Es posible realizar normalmente las actividades del día a día sin percibir que la glicemia está elevada, o sea, la diabetes es una enfermedad que usualmente no dificulta la capacidad de trabajo de los individuos⁽⁶⁾.

Tener diabetes requiere de una atención y una observación del propio cuerpo. La atención que las personas le dan al cuerpo es menor en las clases populares, ya que utilizan intensamente el cuerpo en el trabajo y no tienen "tiempo para escucharse a sí mismas" ⁽⁷⁾. Las señales de enfermedad son ignoradas porque es necesario acreditar que todo está bien, ya que la sobrevivencia depende del hecho de estar en condiciones de trabajar y ganar su propio sustento. Ese proceso es más acentuado en las condiciones materiales precarias en que viven las clases populares que dependen de su integridad física para continuar incluidas en el modo de producción capitalista como agentes productivos que sobreviven de la venta de su fuerza de trabajo⁽¹⁴⁾.

Para las mujeres diabéticas de clases populares la condición de estar enfermo solo se percibe cuando aparece una manifestación corporal que les impide ejecutar su rutina de trabajo. Así, para las mujeres diabéticas, la adhesión al tratamiento solamente se da a partir de señales objetivas, lo que es extremadamente grave, ya que a mediano y largo plazo provoca un comprometimiento de varios órganos – complicaciones crónicas – perjudicando su calidad de vida. Así, el proceso doloroso y los síntomas de las mujeres diabéticas están vinculados a la representación social de que la enfermedad solo se manifiesta a través de la capacidad para el trabajo. Si los individuos le prestan poca atención a la dimensión corpórea, entonces más intensamente son llevados a actuar, es tal vez porque el establecimiento de una relación reflexiva con el cuerpo es poco compatible con una utilización intensa del mismo⁽⁷⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio de las representaciones del proceso salud-enfermedad en mujeres diabéticas de camadas populares mostró que la diabetes está relacionada a sentimientos negativos, tales como choque, rabia y tristeza; el plano alimentario, como una paradoja, aparece vinculado a la pérdida del placer y a que perjudica la salud. De forma análoga, las mujeres diabéticas mostraron una relación ambivalente con el uso de la medicación, que es percibido como productor de cansancio y, al mismo tiempo, como un recurso que promueve bienestar y mejoría de la calidad de vida. La representación negativa de los servicios de la salud parece interferir en el comportamiento de adhesión al tratamiento medicamentoso.

El núcleo central de la representación social de la salud tiene como fundamento la preservación de la capacidad de trabajo, que en las clases populares, se reviste de un significado relacionado a la propia sobrevivencia y a la de su familia. Así, la enfermedad, para esas mujeres, es representada como un *status*, apenas cuando los síntomas interfieren en el desempeño de las actividades.

De ese modo, los comportamientos relacionados al autocuidado están fuertemente impregnados por representaciones que precisan ser comprendidas por todo el equipo de salud. Identificar las representaciones sociales sobre el proceso salud-

enfermedad possibilita conocer el modo como esas mujeres recrean los conocimientos científicos difundidos en los medios de comunicación de masa

conjugándolos con el saber popular, lo que les permite apropiarse de la experiencia del enfermarse y del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Diabetes Control and Complication Trial Research Group – DCCT. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin - dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-86.
2. United kingdom prospective diabetes study group - ukpds Group: UK prospective study 17: a nine-year update of randomized, controlled trial on the effect of improved metabolic control on complications in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann. Intern Med* 1998; 124:136-45.
3. Mazze R, Weaver T, Upham P, Simonson G, Bradley R, Sundem S, Kiefver R, Gordon T. Staged diabetes management – decision support (SDM-ds): an internet-based system for clinical decision making. *Diabetes Res Clin Practice* 2000; 50(suppl):196.
4. Assal JP, Berger M, Canivet J. History and aims of the diabetes study group. Amsterdam, Netherlands. *Excerpta Medica* 1982; 1:3-7.
5. Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1998. p. 81-94.
6. Torres-López TM, Sandoval-Díaz MS, Pando-Moreno M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública* 2005 janeiro; 21(1):101-10.
7. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1989.
8. Laplantine F. *Antropologia da doença*. 1ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1991.
9. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.
11. Takahashi ITM, Almeida HGG, Guariente MHDM, Garcia CLL, Haddad MCL, Takahashi OC et al. Perfil dos diabéticos assistidos em duas unidades básicas de saúde de Londrina – PR. *Diabetes Clínica* 2001 março-abril; 5(2):122-8.
12. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Revista Latino-am enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):397-406.
13. Lefèvre F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo (SP): Cortez; 1991.
14. Berlinguer G. *A doença*. São Paulo (SP): Hucitec; 1988.
15. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes médicas; 1994.
16. Garcia RWD. Re(a)presentações da obesidade nas classes sociais. *Rev Alimentação & Nutrição* 1989; 9:42-46.
17. Campos MS. *Poder, saúde e gosto*. São Paulo (SP): Cortez; 1982.
18. Witt RR. Gênero e diabetes: implicações para o autocuidado. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. *Gênero e saúde*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. p. 150-156.
19. Martínez FJM. *Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano*. *Cuadernos Médico Sociales* 1992; 61:49-61.