

**PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS  
RESIDENTES NA ÁREA URBANA DO MUNICÍPIO DE HERVAL – RS**

ODIR VICTORIA PERES JUNIOR<sup>1</sup>; JANAINA DO COUTO MINUTO<sup>2</sup>; TEILA  
CEOLIN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas-odirperes.enfermagem@yahoo.com

<sup>2</sup>Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas-janainaminuto@hotmail.com

<sup>3</sup>Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas-teila.ceolin@gmail.com

**1. INTRODUÇÃO**

O processo saúde-doença é caracterizado como um processo dinâmico, complexo e multidimensional, pois compreende aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos e ambientais. A saúde pode ser percebida como um equilíbrio funcional do corpo, e tudo que gerar um desequilíbrio dessas funções e impeça a realização de atividades diárias, propicia uma ideia de que esse corpo não funciona mais, significando um estado de doença (CRUZ, 2001).

“A doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva de aflição” (LANGDON, 2001, p.241). A doença faz parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psicobiológicos (ALVES, 1993; GOOD, 1994).

Já o conceito de saúde pode ser distinto para cada pessoa, pois este envolve valores individuais, culturais, princípios e crenças. Diante disso é importante que o profissional de saúde conheça a compreensão dos indivíduos no processo saúde-doença conforme o contexto no qual estão inseridos. Além de realizar ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças (XAVIER et al., 2015).

Pensando nisso, o objetivo desse estudo é conhecer a percepção sobre saúde e doença de hipertensos e/ou diabéticos, residentes na área urbana, do município de Herval – RS.

**2. METODOLOGIA**

Estudo qualitativo descritivo e exploratório (MINAYO, 2010), realizado no município de Herval, Rio Grande do Sul (RS). Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência de agosto de 2015, o município conta com três Equipes de Saúde da Família (ESF), as quais realizam atendimento misto, em área urbana e rural atingindo 100% de cobertura do município.

Os participantes do estudo foram 10 pessoas portadoras de HAS e/ou DM, que são residentes na área urbana das três equipes de ESF do município. Estes foram indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das três equipes urbanas atuantes no município, como indivíduos que utilizam plantas medicinais no cuidado para HAS e/ou DM. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem – UFPel, sob o parecer nº 1.376.172. A coleta de dados se deu no período de janeiro e abril de 2016, no domicílio dos usuários da ESF urbana. As entrevistas foram analisadas por meio da análise operativa de Minayo (2008).

**3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entrevistados dez participantes, que residem na área urbana, sendo que a maioria possui idade superior a 60 anos e não concluiu o ensino fundamental. Predominam mulheres (seis) e pessoas com diagnóstico de HAS, sendo que três possuem diagnóstico de DM associado, e duas possuem somente DM (Quadro 1).

Quadro 1 – Perfil dos participantes da pesquisa.

Identificação	Idade	Escolaridade	Diagnóstico
Adão	85 anos	Não informado	HAS/DM
Alfredo	59 anos	Ensino fundamental	HAS
Clareci	62 anos	Licenciatura em Educação Artística	HAS
Edmar	68 anos	Ensino fundamental incompleto	HAS
Eliza	47 anos	Ensino médio	HAS/ DM
Eneida	64 anos	Não alfabetizado	HAS/ DM
Eni	66 anos	Ensino fundamental incompleto	HAS
Maria	64 anos	Ensino fundamental incompleto	DM
Neida	67 anos	Ensino fundamental incompleto	DM
Rui	73 anos	Ensino fundamental incompleto	HAS

Os participantes, ao serem indagados sobre o que seria saúde, referiram uma diversidade de opiniões. Para os participantes desta pesquisa, *saúde é vida, é sentir-se bem, não ter doença nenhuma, ter boa alimentação, é estar bem e não sentir nada*, ter disposição física para as atividades laborais, resultando em *felicidade e alegria*. Segundo Scliar (2007), o conceito de saúde é diferente para cada pessoa, o qual envolve o conjunto sociocultural, político, econômico, assim como, valores individuais, princípios e crenças.

Pode-se observar com as falas dos participantes que torna-se muito peculiar e pessoal a maneira como cada indivíduo vê e entende o que é saúde. O fator cultural e o modo de vida simples fazem com que estes indivíduos também tenham um posicionamento muito intrínseco do conceito de saúde, porém, percebendo que saúde trata-se de algo positivo, favorável e indispensável para ter uma melhor qualidade de vida.

Ao questionar os participantes sobre a compreensão e o entendimento do que seria doença, pode-se observar variantes de sentimentos intrínsecos de cada um. Cada vez percebe-se e aceita-se mais a questão espiritualidade no tratamento das enfermidades físicas. Cada um com sua visão espiritual, procura sempre no momento de luta e sofrimento um porto seguro espiritual aonde se ancorar a fim de amenizar sua dor ou mesmo obter a cura por intermédio de divindades sejam elas quais forem, uma amostragem de que ciência e fé podem e devem ser complemento uma da outra.

Uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé e a crenças religiosas; ou seja, formas de expressar a espiritualidade (TRENTINI et al., 2005). Segundo Aquino (2007), a espiritualidade é uma expressão da identidade e o propósito da vida de cada um mediante a própria história, experiências e aspirações. O alívio do sofrimento acontece na medida em que a fé religiosa permite transformações na perspectiva pela qual o paciente e a comunidade percebem a doença.

Cada indivíduo tem sua forma de expressar e encarar o processo saúde-doença, alguns aceitam melhor que outros suas condições, facilitando assim a adesão ao tratamento farmacológico bem como às terapias complementares.

Quando abordada a questão de considerar-se uma pessoa doente, a maioria dos entrevistados não veem a condição clínica de HAS e DM como doença, entendendo que sua saúde não está em perfeitas condições, porém

ainda assim não se dizem doentes. Apenas um indivíduo se considera doente, vindo novamente ao encontro do que fora tratado nos temas supracitados, em que as experiências prévias do processo saúde-doença-saúde fazem cada indivíduo ter uma posição singular de enfrentamento quando interrogado sobre tal situação.

De acordo com Guerra (2010), ao receber o diagnóstico de uma doença crônica, ou seja, uma doença que irá ter longa duração e que, em alguns casos, ainda não há perspectiva de cura, o indivíduo passa por um turbilhão de emoções que necessitam serem entendidas e trabalhadas; assim acontece com a maioria das pessoas portadoras de diabetes depois da notícia da instalação da doença. Geralmente, a negação vem junto com a raiva, ou a barganha pode anteceder a negação.

Sabe-se que a diversidade cultural do Brasil e as inúmeras e mais diversificadas maneiras de cuidados em saúde que aqui se encontram nos faz observar que o entendimento de saúde e doença de cada indivíduo será único e com sentimentos bem distintos a cada condição clínica. De acordo com Langdon e Wiik (2010), as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências.

#### 4. CONCLUSÕES

A partir desse trabalho pode-se observar que o conceito de doença varia de um indivíduo para outro de acordo com as vivências de cada um, de acordo com as peculiaridades e dificuldades enfrentadas ao longo dos processos de saúde-doença, tornando muito particular a cada um uma conceituação.

Cada indivíduo tem reservado para si uma carga de experiências que precisam lentamente ser descobertas para compreender o universo de cada um, e assim então poder abordar e saber como ter uma melhor eficácia no método de incidir sobre a maneira desse indivíduo ver o que tem a sua volta, facilitando a aceitação da intervenção do profissional e das propostas feitas por este.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C., A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 9 v. 3.1993. p. 263-271.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para em grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. n. 15 v. 1, p.42-7, 2007.

CRUZ M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. 2. ed., p. 21-33.

Disponível em:

<<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

GOOD, B. J., **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective**, Nova Iorque, Cambridge University Press.1994.

GUERRA, L. F. **Diabetes: Da negação à aceitação**. Artigo On-line publicado em 25/10/2010 na pagina virtual Portal Diabetes. Disponível em:

<<http://diabetes.ascensia.com.br/novidades-artigos/diabetes-artigos/diabetes-negacao-aceitacao/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Revista Etnográfica**. v. 5 n. 2, p. 241-260, 2001.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.18, n.3, p.178-179, 2010. Acesso on-line. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 07 jun. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis** (Rio de Janeiro), v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

TRENTINI M.; SILVA S. H.; VALLE M. L.; HAMMERSCHMIDT K. S. A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. n.13 v.1. p. 38-45. 2005.

XAVIER, S. Q.; CEOLIN, T.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; MENDIETA, M. da C. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Eletrônica trimestral de Enfermería**. n. 40, p. 55-65, 2015.