



PERCEPÇÃO MASCULINA QUANTO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DO DIABETES TIPO II

MALE PERCEPTIONS REGARDING MEDICAL TREATMENT WITH MEDICINES OR NOT FOR DIABETES MELLITUS TYPE II

PERCEPCIONES MASCULINAS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO MÉDICO CON MEDICAMENTOS O NO PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Renê Ferreira da Silva Junior¹, Isabella Cardoso Cardoso Boa Santos³, Jéssica Silva Souza⁴, Rosiane dos Santos Ferreira Dias⁴, Silverio de Almeida de Souza Torres⁵, Jaqueline Paula Ribeiro Vieira Torres⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos homens com diabetes mellitus tipo II quanto ao tratamento. **Método:** estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado numa Estratégia Saúde da Família, no Norte de Minas Gerais/MG, com oito homens com diabetes mellitus tipo II. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas individuais com um roteiro semiestruturado; os mesmos foram transcritos na íntegra, analisados à luz da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Categorização Temática. O projeto de pesquisa teve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 13340813.5.00005141. **Resultados:** foram identificadas três categorias: “Porque o diabetes é muito perigoso pra gente” - A diabetes mellitus, “Tomo pra saber se sara”. O tratamento medicamentoso e não medicamentoso da diabetes e “A maior dificuldade minha, é na área da alimentação” - Dificuldades no tratamento. **Conclusão:** os homens seguem o tratamento medicamentoso por obrigação e consideram o tratamento não medicamentoso como uma restrição.

Descritores: Diabetes Mellitus; Gênero e Saúde; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: recognizing the perception of men with diabetes mellitus type II regarding treatment. **Method:** a descriptive, exploratory study of a qualitative approach performed in the Family Health Strategy in Northern Minas Gerais/MG, with eight men with diabetes mellitus type II. The data were produced through individual interviews with a semi-structured script; they were fully transcribed, analyzed based on the technic of Analysis of Content, through the mode Thematic Categorization. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 13340813.5.00005141. **Results:** three categories were identified: "Why diabetes is very dangerous for us" - Diabetes mellitus, "I take to know if it cures". The medication and non-medication treatment of diabetes and "The greatest difficulty mine, is the area of power supply" - Difficulties in treatment. **Conclusion:** men follow the drug treatment by obligation and consider the non-drug treatment as a restriction. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Gender and Health; Men's Health.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los hombres con diabetes mellitus tipo II en respecto al tratamiento. **Método:** un estudio descriptivo, exploratorio de enfoque cualitativo, realizado en la Estrategia Salud de la Familia en el norte de Minas Gerais/MG, con ocho hombres con diabetes mellitus tipo II. Los datos se produjeron a través de entrevistas individuales con una guía semi-estructurada; los mismos fueron completamente transcritos, analizados a partir de la técnica de Análisis de Contenido, en el modo de Categorización Temática. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE 13340813.5.00005141. **Resultados:** tres categorías fueron identificadas: "Debido a que la diabetes es muy peligrosa para nosotros" - Diabetes mellitus, "Tomo para saber hay curación". El tratamiento medicamentoso y no medicamentoso de la diabetes y "Mi mayor dificultad es en respecto a la alimentación" - Dificultades en el tratamiento. **Conclusión:** los hombres siguen el tratamiento farmacológico por obligación y consideran el tratamiento no farmacológico como una restricción. **Descriptores:** Diabetes Mellitus; Género y Salud; Salud de los Hombres.

¹Enfermeiro. Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais/Funorte. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: renejunior_deny@hotmail.com;

²Enfermeira, Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais/Funorte. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: isabella.boa2008@hotmail.com;

³Enfermeira, Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais/Funorte. Montes Claros (MG), (MG), Brasil. E-mail: jessicassouza@hotmail.com;

⁴Enfermeira. Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais/FUNORTE. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: rosemocjr@hotmail.com;

⁵Dentista, Mestre em Odontologia, Departamento de Odontologia, Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais/Funorte. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: silverio-torres@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Mestre em Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais / Universidade Estadual de Montes Claros/Funorte/Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: jaqueline.vieira@live.com

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constam na agenda de prioridades da maioria dos países, devido ao seu impacto na mortalidade, na morbidade e nos custos decorrentes da assistência à saúde. No Brasil, as DCNT correspondem aos maiores gastos com atenção médica no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme dados do Ministério da Saúde.¹

Os principais causadores do crescimento epidemiológico das DCNT no Brasil são demográficos, relacionados ao crescimento e ao envelhecimento da população, e à maior urbanização, além da alteração do padrão alimentar e da adoção de estilos de vida cada vez menos saudáveis.¹

Dentre as DCNT destaca-se o diabetes mellitus (DM), caracterizado por um quadro hiperglicêmico crônico, seguido de distúrbios metabólicos de carboidratos, proteínas e de gorduras, marcado por hiperglicemia que resulta de uma deficiência de secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas, cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.²⁻³ Os tipos de diabetes mellitus são: tipo I e tipo II, tipos específicos de DM e o diabetes gestacional. No DM tipo II, o principal fenômeno fisiopatológico é a resistência à ação da insulina e a presença de fatores de risco modificáveis e não modificáveis.⁴

Dentre os fatores de risco modificáveis estão o sobrepeso e/ou a obesidade total, a obesidade central, o sedentarismo, a tolerância à glicose diminuída, a síndrome metabólica (hipertensão, diminuição do HDL e aumento dos triglicerídeos) e os fatores nutricionais.²

Existem 12,5 milhões de diabéticos, muitos deles sem diagnóstico⁵ e segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, entre 1980-2005, a mortalidade entre homens portadores de diabetes aumentou de 9,6% para 19,5% com uma variação de 103,6%, a maior entre as 34 causas de morte registradas no país.¹

Diante de tais informações surge o raciocínio, se uma maior quantidade de homens com DM morre em relação às mulheres, seriam por motivos de dificuldades dos homens em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, por questões de deficiências no sistema de saúde que dão ênfase nas ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso e assim os

homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde.¹

Contribuindo também, o fato que o funcionamento dos serviços de saúde é capaz de obstaculizar o acesso dos homens, principalmente na atenção primária, uma vez que, alguns aspectos relacionados aos horários do trabalho, à acessibilidade, às especificidades das equipes profissionais e à estrutura de funcionamento dos serviços de saúde, são elementos influenciadores de uma menor procura dos homens pelas assistências em saúde.⁶

Com base na identificação dessa problemática e na tentativa de corrigir um equívoco histórico, o Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - o PNAISH, para assistir aos homens entre 25 e 59 anos.⁶

O PNAISH busca a qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de cuidado que possa resguardar a integralidade da atenção. Entendendo que os homens somente procuram o serviço de saúde por meio de uma atenção especializada, sendo necessário criar mecanismos que fortaleçam e qualifiquem a atenção primária, para que a atenção à saúde do homem não se restrinja à recuperação, e sim aprontar a promoção e a prevenção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis.¹ Frente ao exposto, a presente pesquisa tem como objetivo:

- Conhecer a percepção dos homens com diabetes mellitus tipo II quanto ao tratamento.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, de acordo com Silva e Menezes⁷, a pesquisa qualitativo-descritiva, nada mais é que uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, uma conexão indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser explicado em números. É uma pesquisa com caráter descritivo, pois os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente, sendo o processo e seu significado os focos principais de abordagem.

O cenário referido do estudo foi uma a Estratégia Saúde da Família localizada no município de Montes Claros/MG. Os sujeitos da pesquisa foram homens portadores de diabetes mellitus tipo II que estejam inscritos no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA/ ano 2012. O número de sujeitos foi definido por saturação teórico, sendo que

foram entrevistados oito homens portadores de diabetes mellitus tipo II.

O levantamento dos sujeitos da pesquisa ocorreu através das fichas do HIPERDIA do ano de 2012, foram selecionados aqueles que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, sendo eles estar em condições clínicas para responder a entrevista e aceitar participar da pesquisa. Uma vez atendendo às características exigidas e, havendo a aceitação em participar, iniciava-se a entrevista na residência do participante.

O instrumento para coleta de dado foi um roteiro de perguntas semiestruturada, a saber: 1) O que você faz para tratar seu problema de diabetes?, 2) O que você considera importante para tratar a diabetes? Por quê?, 3) O que você pensa em relação ao tratamento da diabetes (dieta, exercício físico e a medicação)?, 4) Quais as suas dificuldades em realizar o tratamento? e 5) Você teve algum problema ou passou mal por causa da diabetes? Por que acha que isso aconteceu ou porque sua diabetes/glicose aumentou?

As entrevistas foram gravadas com aparelho de mp3 após a explicação aos participantes dos objetivos e finalidades do estudo, para garantir o sigilo, os indivíduos são representados pela letra H (de homem) e a numeração arábica determina um código atribuído pelos pesquisadores, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos mesmos de acordo a Resolução 466/2012⁸ do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados foram transcritos e posteriormente analisados a luz da técnica de análise do conteúdo com categorização temática. De acordo com os critérios de Bardin⁹ é o conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a indução de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

O projeto foi submetido ao Centro de Pesquisa Soebras/FUNORTE com parecer consubstanciado número 235.147, CAAE nº 13340813.5.00005141.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados oito diabéticos, destes, quatro com mais de 60 anos e quatro com menos de 60 anos, sobre a situação conjugal seis eram casados e dois solteiros, sete tinham filhos, quanto à ocupação cinco eram aposentados, um estudante, um

caminhoneiro e um lavrador, sobre renda mensal cinco possuíam salários mínimos, um não tinha renda e dois ganhavam mais de um salário mínimo, sete moravam em casa própria. Em relação ao tempo de diagnóstico um tinha menos de um ano, quatro mais de um ano, dois mais de vinte anos e um não soube especificar o tempo. Após a leitura e análise dos relatos, foram identificadas três categorias: *“Porque o diabetes é muito perigoso pra gente”*- A diabetes mellitus, *“Tomo pra saber se sara”*. - O tratamento medicamentoso e não medicamentoso da diabetes e *“A maior dificuldade minha, é na área da alimentação”*- Dificuldades no tratamento.

♦ “Porque o diabetes é muito perigoso pra gente” - A diabetes mellitus

O fato de o diabetes ser uma doença crônica e o seu controle demandar a apresentação de várias modalidades de comportamentos são as principais peculiares associadas com a diminuição de adesão ao tratamento. Ao receber o diagnóstico de diabetes, o sujeito deve alterar seu modo de vida, que é a mudança de comportamento mais complicada de ser conseguida. O tratamento do diabetes interfere na rotina, choca-se com atividades sociais relacionadas com o comer e beber e não segue um conjunto de regras fixas. Além disso, o tratamento pode produzir efeitos colaterais e riscos associados, ou seja, ganho de peso, hipoglicemia, etc., tem um custo financeiro elevado e o diabético precisa gastar um tempo do seu dia-a-dia, cuidando-se.¹⁰

Desde modo, a informação sobre o diabetes e a importância no processo de autocuidado permite aumentar a necessidade de sensibilizar a população sobre os fatores de risco para o seu desenvolvimento, bem como de suas complicações crônicas entre os diagnosticados.¹¹ Percebe-se isso na frase seguinte sobre a percepção do risco da diabetes, onde o entrevistado relata o que pensa sobre a doença:

[...] porque o diabetes é muito perigoso pra gente [...]. (H1)

A maneira como a pessoa encara as dificuldades relacionadas ao diabetes também pode intervir na sua adesão ao tratamento. Se a pessoa esconder a sua condição, dificilmente poderá apresentar a conduta de autocuidado em público. Além disso, apenas se o indivíduo confiar nos benefícios do tratamento e na probabilidade de controlar a sua doença apresentará um comportamento ativo no seu tratamento.¹⁰

As peculiares do tratamento desempenham uma função essencial na adesão. As especificidades do regime terapêutico, designadamente a sua complexidade, duração e efeitos secundários, parecem assumir um papel mais determinante para a adesão do que as características particulares do indivíduo.¹²

Quando se inclui aos comportamentos do paciente a obtenção de informação sobre o diabetes e seu tratamento e a aquisição de habilidades específicas, tais como a auto-monitorização da glicemia, a auto-aplicação de injeções, manejo de uma bomba de infusão de insulina e a administração de situações que diferem da rotina constituem um pré-requisito para o autocuidado.¹⁰ Os discursos a seguir demonstram percepção sobre a adesão ao tratamento:

Tem que tratar para sarar. [...]. (H1)

[...] Você controlando fazendo o tratamento dentro dos padrões certinho, você tem uma vida praticamente normal. (H6)

É legal, eu sinto bem quando eu tomo o comprimido [...]. (H7)

Compreende-se que, apesar de saudáveis, os diabéticos têm receio das complicações futuras e, ao mesmo tempo em que o medo é um sentimento negativo, pode estimular posicionamentos de autocuidado. Tais medos “da possibilidade de amputações, da auto-aplicação de insulina, da extrema dependência de cuidados fornecidos por outros e, no limite, da morte” fazem parte de um processo natural, inerente a doença, pois são incluídos à nova identidade, que é adquirida com o diagnóstico do DM.¹³ . Informações descritas na fala a seguir:

[...] se você é[...] fazer o tratamento você tem uma vida normal, você vai viver normal, agora se você não fazer o tratamento você vai ter complicações, perdas de membros, você vai só evoluindo o quadro, ai vai ficando mais difícil pra você controlar [...]. (H6)

Os diabéticos que sofrem de sequelas da doença mostram apresentar uma maior adesão ao tratamento do que aqueles a quem as complicações crônicas não foram diagnosticadas. É possível que o confronto com o diagnóstico das complicações crônicas aumente a percepção de vulnerabilidade e gravidade da doença e das suas sequelas, bem como a percepção dos benefícios associados à adesão ao autocuidado e, consequentemente, melhore a adesão ao tratamento.¹²

“Tomo pra saber se sara” - O tratamento medicamentoso e não medicamentoso da diabetes

Quando se refere aos fatores relacionados ao tratamento, a prevalência da adesão a terapêutica medicamentosa é maior nos pacientes que mencionam a necessidade de mudanças na rotina de vida diária e naqueles que não apresentaram efeitos colaterais relacionados aos medicamentos para o controle do diabetes. Quanto ao conhecimento que o paciente tem acerca do medicamento, a prevalência da adesão é maior nos sujeitos que apresentaram mais informados.¹⁴

Sendo assim, o método de controle abrange a necessidade de mudança dos hábitos de vida e manutenção de peso ideal, as medidas não farmacológicas são direcionadas a todos os pacientes, o uso de agentes antidiabéticos são direcionados a alguns pacientes. A escolha se faz em função de seu mecanismo de ação, de características da fisiopatologia de cada caso, de eventos colaterais, facilidade ao paciente e custo. Para o paciente com DM II, devem ser consideradas as vantagens de cada medicação e determinadas quais as que se adaptam melhor.¹⁵⁻¹⁶

Como o diabetes é uma doença evolutiva, com o proceder dos anos, quase todos os pacientes requerem tratamento farmacológico, na sua maioria com insulina, uma vez que as células beta do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos.² Sendo assim, os relatos a seguir demonstram que os entrevistados estão fazendo uso do tratamento medicamentoso, com expectativa a espera de melhoras:

[...] Tomo pra saber se sara. (H1)

Tomar o remédio pra ver se melhora [...]. (H4)

[...] controlar ela, tomar os comprimidos todo dia. (H7)

Há várias classes de antidiabéticos orais disponíveis para o DM II, eles melhoram o metabolismo glicídico por mecanismos distintos e seus resultados são aditivos. Não só a mudança no estilo de vida e a dieta permitem que o paciente alcance as metas preconizadas, é preciso o uso de medicações em monoterapia ou combinadas. Uma abordagem mais racional combinando medicamentos com mecanismos distintos parece ser mais apropriada na maioria dos episódios.¹⁵

No que se refere os portadores DM II atendidos na atenção primária, a identificação de respostas pessoais frente à tomada dos medicamentos deve ser contínua, a fim de que se possa conhecer os fatores envolvidos no não cumprimento medicamentoso e, consequentemente, intervir.¹⁷ Os discursos a

seguir demonstram a adesão sobre o uso dos medicamentos pelos portadores de DM:

[...] Todo dia é tomado, todo dia tem que tomar mesmo. (H5)

[...] Tomo o comprimido todo dia. (H7)

É importante, uai porque é remédio [...]. (H5)

A adesão ao tratamento é fenômeno complexo e influenciado por vários fatores, sendo que a crença do diabético acerca do medicamento pode ser a chave em relação à adesão à terapia medicamentosa. Frequentemente, os pacientes adotam decisões sobre tomar ou não um remédio baseado nas informações recebidas acerca dos mesmos.¹⁴ Pode-se perceber o contexto na frase a seguir quando os entrevistados citam a terapia medicamentosa:

Eu tomo remédio! Uns comprimidos aí. (H1)

Tomo, a gente toma porque é obrigado tomar, se não tomar você o quadro evolui. (H6)

Torna-se de suma importância reconhecer a mensuração da adesão dos pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso para o controle do diabetes, pelos profissionais de saúde, na vigência de mau controle glicêmico e de suposta falência no esquema terapêutico instituído. A necessidade de mudança na rotina de vida diária do paciente diabético relaciona-se ao tipo de medicamento prescrito. A iniciação de determinados medicamentos, como a insulina, exige que o paciente ajuste alguns de seus costumes diários, principalmente os horários das refeições e de exercício físico.¹⁴

Por ser o tratamento medicamentoso de elevado custo e apresentar contra indicações e problemas no entendimento quanto à dosagem adequada, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) apresenta estratégias de intervenções não medicamentosas que devem ser adotadas em primeira instância, sendo o tratamento medicamentoso iniciado quando mudanças no estilo de vida (controle alimentar e práticas de atividades físicas) não são satisfatórios para o controle da doença.¹⁸ O entrevistado expressa o fato no depoimento seguinte onde relata a mudança imposta ao mesmo:

Dieta! Ah, a dieta tem o papel que o médico deu, ela que faz pra mim, a dieta toda, que eu posso comer, o que eu não posso. Pelo papel eu sei que eu posso comer. (H1)

Algumas pessoas conseguem identificar a mudança de hábitos alimentares como reeducação e, assim, buscam o equilíbrio entre vontade e moderação, compreendendo essa mudança como positiva para suas vidas, ressaltando seus benefícios para o corpo e

reconhecendo que o descontrole pode ser prejudicial.¹³ Percebe-se algumas mudanças positivas na vida dos pacientes:

O que eu faço é comer menos coisa que faz mal [...]. (H2)

Primeiro passo é a alimentação. Porque através da alimentação você controla a glicose. (H6)

A necessidade de mudança de hábitos é percebida pela maioria dos diabéticos como parte essencial do tratamento, mas é difícil fazer essa passagem. Algumas vezes, o tipo de trabalho da pessoa pode ser um empecilho para uma alimentação mais adequada.¹⁹ Pode-se perceber isso nos relatos:

Eu faço uma dieta assim, mais num é muito bem feita não. [...]. (H2)

Não 100%, mais assim to tentando fazer a dieta certinha, mas assim a gente sabe que ainda falta alguma coisa. [...] A massa, açúcar, gordura a gente elimina o máximo que pode. (H6)

[...] Não eu como, é tudo que der na reta eu como. (H8)

Ainda com todas as barreiras na adesão as medidas não medicamentosas pelos homens, o tratamento nutricional deve ser parte principal do plano terapêutico, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%, baseia-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável.²

Ressalta-se também que a prática regular de atividade física é recomendada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, diminui a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover a perda de peso nos pacientes obesos, reduz os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção do exercício físico é considerada prioritária.²

Alguns efeitos do exercício físico são bem colocados na literatura, como aumento da captação de glicose periférica e aumento da sensibilidade à insulina. É realidade, também, que a atividade física influencia de modo positivo nas funções cognitivas, transtornos de humor e sono, trazendo sensação de bem-estar. Essas variáveis, juntas, podem ser responsáveis pela redução nas consultas médicas, uma vez que os pacientes têm uma auto percepção de melhora com o exercício físico e passam a procurar por serviços médicos apenas quando é realmente necessário.²¹ A principal prática relatada foi caminhada e andar de bicicleta:

O que eu pratico, o que eu faço é andar mais de bicicleta, ando todos os dias, é difícil não andar um dia. (H2)

Ando de bicicleta, uma meia hora. (H4)

[...] *É eu ando muito pra lá e pra cá é andando. (H7)*

Só caminhada, às vezes caminho a semana toda. (H8)

Sendo assim, as modificações positivas no hábito de vida (alimentares e de atividade física) são de vital importância no alcance dos objetivos do tratamento quais sejam o alívio dos sintomas e a prevenção de complicações agudas e crônicas.²

♦ “A maior dificuldade minha, é na área da alimentação”- Dificuldades no tratamento.

Devido ao número de alterações do estilo de vida que são impostas às pessoas portadoras do DM tipo II, numa fase da vida em que seus costumes já estão bastante consolidados, a adesão destas ao tratamento tem sido um grande desafio.¹⁹

A discrepância entre os hábitos aderidos pelos pacientes, a rede social e os hábitos alimentares "prescritos" pelos profissionais para o portador de DM é um fator apontado como dificultador da adesão às metas da reeducação alimentar.¹³ Percebe isso no relato seguinte:

A dificuldade que eu tenho, é que tenho vontade comer muitas coisas e num posso comer. (H2)

Tem que fazer regime, mais esse eu pouco faço, porque eu alimento tudo. (H4)

O simples episódio de alguém impor modificações na alimentação rotineira pode levar o portador de diabetes ao abandono do tratamento nutricional. Deste modo, ao propor um novo tipo de dieta, é importante conhecer seus hábitos alimentares, criando propostas alternativas que ajudem nas mudanças, evitando privar dos seus costumes alimentares.²²

Os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e são influenciados pelo convívio social e familiar. A necessidade reestruturação dos hábitos alimentares dos diabéticos torna-se, uma atitude ainda mais abrangente, pois se percebe que, para que se tenha uma mudança efetiva por parte das pessoas adoecidas, é preciso que o meio no qual ela esteja inserida passe também por transformações.¹⁹ O que se pode perceber na fala a seguir, quando o entrevistado descreve sua dificuldade na área da alimentação:

A maior dificuldade minha, é na área da alimentação, porque assim ,quando você tá em casa você como de três em três horas, procura comer mais as coisas assim que tá dentro adequadas. E quando você não tá em casa come o que tem na rua. É mais difícil. (H6)

O termo “dieta”, empregado frequentemente tanto pelos entrevistados como pelos profissionais de saúde de modo geral, traz uma conotação de restrição.¹⁹ Isso foi percebido nas depoimentos a seguir:

[...] Não pode comer muita coisa, tem que comer pouca coisa. Mais é verdura, tem que comer. (H1)

Faço a dieta de boca [...]. (H3)

Tem que fazer regime [...]. (H4)

Tais falas sinalizam a complexidade essencial à modificação dos hábitos alimentares, tendo-se em vista a variedade de fatores envolvidos. Quando se pensa nos hábitos alimentares de uma população, existem dificuldades de mudanças incluídas, tais como os costumes condicionados, a rotina de horários, o valor cultural associado aos alimentos, além de questões socioeconômicas.²⁰

Tratamentos crônicos ou de longa duração, em geral, têm menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos demandam um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, precisa modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. No caso dos homens, as pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, é possível agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais. Dessa maneira, a sensação de “perda” de vigor e a dificuldade de acesso aos serviços podem explicar essa situação.²³

A respeito à saúde do homem existem barreiras historicamente instituídas, intensamente evidentes no processo de trabalho dos enfermeiros, quando o paciente não adere ao tratamento, não participa de reuniões educativas e minimamente busca os serviços de saúde em caráter preventivo. Essa lacuna deve ser foco de atenção dos profissionais.

Os diabéticos devem ser questionados quanto à presença de problemas que dificultam a adesão devido à complexidade do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso. O profissional de saúde pode oferecer tratamentos mais simples, ajustado às necessidades do paciente, a fim de ajudá-lo a compreender melhor o regime terapêutico.²⁴

Os enfermeiros não podem assumir a posição de indiferença a um problema de saúde pública tão relevante como se apresenta, representando um causa relevante de morbi mortalidade. A prevenção dos fatores de risco é um desafio firmado, aspirando ajudar a conquistar um estado de saúde e uma qualidade de vida melhores.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus é uma doença que atinge uma grande parcela da população, compreende-se com esse estudo que os homens estão intensamente predispostos as complicações de diabetes mellitus tipo II, uma vez que, esse grupo possui maiores dificuldades na adesão ao tratamento, dentre eles os motivos de reconhecer suas necessidades, juntamente a cultura que rejeita a possibilidade de adoecer, ainda por questões de deficiências no sistema de saúde que dão ênfase nas ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, assim os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde e por ser o homem em muitas vezes o chefe da família, o horário do trabalho coincide com o do serviço de saúde, dificultando o acesso, sendo o serviço de saúde terciário o procura, em muitos casos tardiamente.

Pode se constatar isso na pesquisa realizada onde os homens relataram que quando seguem o tratamento medicamentoso por obrigação, e consideram o tratamento não medicamentoso como uma restrição alterando assim seus hábitos e costumes. Torna-se imperativa a abordagem diferenciada a esse gênero, já que muitas vezes há negligência a sua condição, não aderindo ao tratamento, e quando resolvem se tratar, as complicações já se firmaram ou se alastraram.

Espera-se com esse estudo avanços para o conhecimento na assistência a saúde do homem, gerando subsídios para elaboração de programas e outras investigações relacionadas a esta temática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 [cited 2013 May 22];43(1):1-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>
2. Minas Gerais. Secretária de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
3. Nascimento TCO, Navarine TCRR, Anízio BKF, Anízio BF, Costa MML, Santos ICB. Conhecimento de pacientes com diabetes mellitus sobre lesões nas extremidades. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 22];8(7):1888-97. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4391/pdf_5433
4. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3.ed. Itapevi: Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2009.
6. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FB. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicologia: Teoria e Prática [Internet]. 2011 [cited 2013 May 29]; 13(3): 152-66. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/3040/3185>
7. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4 ed. Florianópolis: UFSC; 2005.
8. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 June. 2013.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa: LDA; 2009.
10. Feliciano EJA, Santos LC, Silva-Junior RF, Teles MAB, Barbosa HA. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo II em pacientes atendidos em uma unidade de saúde. EFDeportes-Revista Digital [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 02]; 20(199): 152-66. Available from: <http://www.efdeportes.com/efd199/adesao-ao-tratamento-do-diabetes-mellitus.htm>
11. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2013 May 30]; 14(5): 1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf
12. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. Adesão ao tratamento da *diabetes mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. Revista Referência [Internet] 2006 [cited 2013 May 30]; 2(1): 33-41. Available from: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5525/2/31601.pdf>.
13. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2011 [cited 2013 May 30]; 64(2):

301-07. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>.

14. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2013 May 30]; 17(1): 46-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf.

15. Tambascia MA. Visão geral sobre os antidiabéticos orais tradicionais: secretagogos, inibidores da alfa- glicosidade e sensibilizadores da insulina. SBD, 2011.

16. Costa IKF, Tibúrcio MP, Melo GSM, Nunes JP, Néo MEMF, Torres GV. Characterization of diabetics and hypertensive people monitored by the computerized system of registration and monitoring of hypertensive and diabetics. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 29]; 6(11): 2719-28. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3281/pdf_1633

17. Freitas RWJF, Araújo MFM, Marinho NBP, Damasceno MMC, Caetano JA, Galvão MTG. Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde entre diabéticos. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 1];24(3):365-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/10.pdf>

18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007. Available from: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Diretrizes_SBD_2007.pdf.

19. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 1]; 15(1):151-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021

20. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2013 Apr 2];16(1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_15.pdf

21. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. Texto contexto-enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 Apr 2];15(4):679-84. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>

22. Pinheiro CLA, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes *mellitus* gestacional: uma contribuição para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 Apr 3];29(3):374-81. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6757>>

23. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

24. Rubin RR. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. Am J Med [Internet]. 2005 [cited 2014 Dec 02];118(5A):27-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf>

25. Martins MJR, José HMG. It diminishes the risk factors, prevents the diabetes type 2. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 02];6(8):1940-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2931/pdf_1385

Submissão: 29/12/2014

Aceito: 04/07/2015

Publicado: 15/07/2015

Correspondência

Renê Ferreira da Silva Junior

Rua Urbino Viana, 25 B

Bairro Morrinhos

CEP 39400-000 – Montes Claros (MG), Brasil