



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

ADHERENCE TO THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS AND SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: A FOCUS ON GENDER RELATIONS

ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM ENFOQUE NAS RELAÇÕES DE GÊNERO

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS Y HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA: UN ENFOQUE EN LAS RELACIONES DE GÉNERO

Deyvyd Manoel Condé Andrade¹, Darcília Maria Nagen da Costa², Geilsa Soraia Cavalcanti Valente³, Rebeca Ferreira César⁴

ABSTRACT

Objectives: to analyze through testimonies of participants the knowledge on diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH), measures to prevent complications, and treatment; to identify the adherence to treatment among men and women; and to compare the adherence to treatment among the genders. **Method:** this is an exploratory study with qualitative analysis, using for data collection the method of focal group, after the approval by the Ethics Committee of Hospital Universitario of Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, under the Protocol 134/09. **Results:** it became evident that women have a better knowledge on DM and SAH, besides their risk factors, complications, and adherence to the therapeutic schemes proposed. By their turn, most men proved to be adherent to the practice of physical activities, unlike women, who are not adherent to it due to complications of DM and SAH or other diseases. **Conclusion:** although men practice physical activities, they have a great difficulty to adhere to the therapeutic schemes proposed in the treatment. To improve the adherence to treatment the interdisciplinary team work is essential, in order to meet, in an integral way, the basic needs of the users of health services. **Descriptors:** hypertension; diabetes mellitus; gender identity; nursing; combined therapy.

RESUMO

Objetivos: analisar pelos depoimentos dos participantes os conhecimentos do diabetes mellitus (DM) e da hipertensão arterial sistêmica (HAS), as medidas de prevenção das complicações e tratamento; identificar a adesão ao tratamento entre homens e mulheres; e comparar a adesão ao tratamento a partir dos gêneros. **Método:** trata-se de um estudo exploratório com análise qualitativa, utilizando-se para a coleta dos dados o método de grupo focal, após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, sob o Protocolo n. 134/09. **Resultados:** ficou evidenciado que as mulheres possuem mais conhecimento sobre o DM e a HAS, além de seus fatores de risco, complicações e aderência aos esquemas terapêuticos propostos. Por outro lado, a maioria dos homens mostrou-se aderente à prática de atividades, ao contrário das mulheres, que não são aderentes por conta de complicações do DM e HAS ou outras doenças. **Conclusão:** apesar de os homens praticarem atividades físicas, eles têm muita dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos propostos no tratamento de saúde. Para melhorar a adesão ao tratamento é essencial o trabalho em equipe interdisciplinar, de modo a atender, de forma integral, as necessidades básicas dos usuários dos serviços de saúde. **Descritores:** hipertensão; diabetes mellitus; identidade de gênero; enfermagem; terapia combinada.

RESUMEN

Objetivos: analizar por medio de los testimonios de los participantes el conocimiento acerca del diabetes mellitus (DM) y de la hipertensión arterial sistémica (HAS), las medidas de prevención de las complicaciones y tratamiento; identificar la adhesión al tratamiento entre hombres y mujeres; y comparar la adhesión al tratamiento por medio de los géneros. **Método:** esto es un estudio exploratorio con análisis cualitativo, utilizando para recogida de datos el método del grupo focal, después de la aprobación por el Comité de Ética del Hospital Universitario de la Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, bajo el Protocolo 134/09. **Resultados:** quedó evidente que las mujeres tienen un mejor conocimiento acerca de DM y HAS, además de sus factores de riesgo, complicaciones y adhesión a los esquemas terapéuticos propuestos. Por otro lado, la mayoría de los hombres se mostró adherente a la práctica de actividades, al contrario de las mujeres, que no son adherentes por las complicaciones de DM y HAS o otras enfermedades. **Conclusión:** a pesar de los hombres practicaren actividades físicas, ellos tienen mucha dificultad para adherir a los esquemas terapéuticos propuestos en el tratamiento. Para mejorar la adhesión al tratamiento es esencial el trabajo en equipo interdisciplinario, para atender, de manera integral, las necesidades básicas de los usuarios de los servicios de salud. **Descriptor:** hipertensión; diabetes mellitus; identidad de género; enfermería; terapia combinada.

¹Enfermeiro Residente em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-Graduando em Enfermagem do Trabalho pela Escola de Enfermagem Afonso Aurora Pinto da Universidade Federal Fluminense/EEAAP/UNIRIO. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: dvdmaenf_2009@yahoo.com.br; ²Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Minas Gerais (MG), Brasil. E-mail: darcilia.nagen@ufjf.edu.br; ³Professora doutora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração MFE/EEAAC/UFF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: geilsavalente@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira Residente em Saúde do Adulto pela UFJF. Minas Gerais (MG), Brasil. E-mail: rebecacesar@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são classificados conceitualmente como doenças crônicas não transmissíveis, com grande impacto sócio-econômico e morbimortalidade da população mundial. Tanto a HAS e a DM representam risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades.¹

O DM é uma síndrome que se constitui basicamente por um grupo heterogêneo de condições caracterizadas por aumento dos níveis glicêmicos no sangue (hiperglicemia) e deficiência absoluta ou relativa de insulina circulante, devido à baixa produção deste hormônio pelas ilhotas de Langerhans.² É classificado em: diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes pré - gestacional e gestacional. Neste trabalho será abordado apenas o diabetes tipo II, devido à sua alta prevalência e sua relação com a hipertensão arterial e dislipidemia.³ Estima-se que, em 1995, o DM atingia 4,0% da população adulta mundial e, em 2025, alcançará em torno de 5,4%.

A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, como o Brasil, acentuando-se o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.⁴ A HAS é uma doença que acomete aproximadamente 20% da população adulta jovem e mais da metade dos idosos no mundo variando conforme a composição dos grupos étnicos e sociais.

Estimativas indicam que em 2025, 7% de toda a população brasileira será composta de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas hipertensas com mais de 60 anos. A HAS é a primeira causa indireta de morte na população adulta. Desde os anos 50, os índices de óbito por doenças cardiovasculares têm sido crescentes e, atualmente, são responsáveis por 1/3 de todas as mortes.⁵

O grande desafio é despertar, no indivíduo portador de doença crônica, a compreensão de sua condição de saúde e ajuda-lo em aderir ao plano terapêutico, principalmente na mudança de hábitos de vida e disciplina no tratamento medicamentoso.

A adesão ao tratamento de doenças crônicas é definida como o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um profissional de saúde, como estratégia para se alcançar um fim.⁶

Nesta definição de adesão ao tratamento de doenças crônicas, ressaltam-se também como homens e mulheres, partindo das relações de gênero, estão inseridos no contexto da adesão ao tratamento tanto farmacológico quanto ao não farmacológico e as implicações no processo saúde doença e autocuidado destes indivíduos.

Gênero é utilizado para assinalar as características socialmente construídas que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas. Há de ser ressaltado, entretanto, que gênero pode ser entendido como uma ampla “rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividade que, através de um processo de construção social, diferencia os homens das mulheres.”^{7:267}

A realização deste trabalho deu-se ao fato de que ao longo de atividades educativas e nas consultas de enfermagem aos portadores de DM e HAS, observa-se diferenças na forma como homens e mulheres percebem a doença e como conduzem o tratamento.

Nos relatos das pessoas atendidas, nota-se necessidades e objetivos de vida que comprometem a saúde a médio e longo prazo. Levando em consideração que muitos participantes deste estudo possuíam olhares distintos diante da complexidade do processo saúde doença e da magnitude dos agravos, além de já terem instalado alguma complicação das referidas doenças.

Diante do exposto, o objeto de estudo é: a adesão ao tratamento dos diabéticos e hipertensos, considerando a questão de gêneros.

OBJETIVOS

- Analisar, nos depoimentos dos diabéticos e hipertensos, os conhecimentos do DM e HAS, medidas de prevenção das complicações e tratamento.
- Identificar a adesão ao tratamento dos diabéticos e hipertensos entre homens e mulheres e comparar a adesão ao tratamento a partir dos gêneros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados. A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.^{8:25}

O estudo teve como cenário, o ambulatório do Pé Diabético e o ambulatório PREVENRIM do HU/UFJF cujo atendimento é interdisciplinar, ambos localizados na cidade de Juiz de Fora - MG. A população alvo deste estudo foram 10 usuários portadores de DM e HAS, atendidos nos ambulatórios do PÉ DIABÉTICO e PREVENRIM, sendo cinco homens e cinco mulheres.

Os critérios de inclusão foram: usuários diabéticos e hipertensos com idade mínima de 18 anos e máxima de 55 anos e aceitação destes para participar do estudo. Os critérios de exclusão incluem usuários diabéticos e hipertensos com idade inferior a 18 anos ou maiores de 55 anos e que recusem participar do estudo.

Utilizou-se para coleta de dados a técnica de grupo focal. Previamente à coleta de dados, foi elaborado um instrumento, denominado guia de temas, que norteou as discussões no grupo. Esse instrumento abordou os seguintes temas:

- No 1º encontro, Conversando sobre Hipertensão e Diabetes, foi abordado o conhecimento de hipertensos e diabéticos do que sejam estas doenças, como elas surgem, o que elas provocam em nosso corpo e quais os fatores de risco para o desenvolvimento delas;
- O 2º encontro, Nossa! Hora de tomar meu remédio, foi explicado todo o tratamento medicamentoso e como cada participante atua em seu autocuidado com relação ao horário, quantidade e frequência com que tomam as medicações, além de efeitos colaterais destas medicações e
- No 3º encontro, Hummm, como estou me sentindo bem; trabalhou-se o tratamento não farmacológico, os hábitos saudáveis de vida que venham a prevenir complicações e a promoção de qualidade de vida e do autocuidado.

Os usuários foram abordados no consultório, durante as consultas de enfermagem e informados sobre os objetivos do estudo. O grupo participou de três encontros, com duração de 60 minutos. Os participantes foram selecionados aleatoriamente, evitando influência e direcionamento dos resultados encontrados.

Entramos em contato via telefone, confirmando a presença para realização do grupo. Os dados coletados foram transcritos na íntegra e analisados através de categorias de codificação que, “constituem uma maneira de classificar os dados descritivos, de forma que os dados coletados possam ser analisados sem prejuízo da totalidade”.^{9:28} Após a leitura dos

dados coletados, chegou-se as seguintes categorias de análise: Compreensão dos participantes acerca do conhecimento sobre Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus; Adesão ao tratamento medicamentoso: suas implicações e barreiras no cuidado de homens e mulheres com o Diabetes mellitus e a Hipertensão Arterial e A mudança de hábitos vista como uma possibilidade para qualidade de vida.

Os participantes desta pesquisa foram identificados pelas letras H (homem) e M (mulher) e com números (H1, M4, H6,...) que orientam a ordem das falas no grupo. A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do HU/UFJF, seguindo-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Protocolo n.0011134/09.

Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o estudo realizado, sendo assegurado o sigilo e identidade e a liberdade em querer desistir da participação desta pesquisa. Após esses esclarecimentos, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Compreensão dos participantes acerca do conhecimento sobre Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*

Antes mesmo de se aderir a qualquer tratamento de doença crônica, é importante que o indivíduo tenha amplo conhecimento do que vêm a ser a doença que o acomete, quais os fatores de risco relacionados, quais os meios pelo qual ele pode lançar mão para amenizar as complicações, quais são e como tomar as medicações e todas as medidas higieno-dietéticas que podem fazer parte da rotina do seu autocuidado. As falas abaixo exemplificam como o diabetes e a hipertensão surge no contexto de vida do indivíduo:

[...] *Eu descobri que estava com pressa alta, porque eu sentia muita dor de cabeça.*
[...] (M2).

[...] *Lá eles falavam que ela aparecia com muita dor na nuca, de cabeça e tonteira. Isso tudo eu sentia, aí tomava um remédio e passava..., mas depois voltava tudo de novo [...]* (M5).

Fica evidente que, tanto a DM quanto a HAS, são doenças de início silencioso, sendo que o diagnóstico muitas vezes aparece no momento em que o indivíduo procura os serviços de saúde para aquisição de outros serviços ou quando já inicia alguma complicação, seja pelos resultados de exames

de sangue ou de uma simples medida da pressão arterial.¹⁰

É no momento de descoberta do diagnóstico, que os profissionais de saúde devem começar o seu papel de educadores e promotores de saúde. É importante ressaltar que a atuação do profissional deve ser permeada pela empatia e que, a todo o momento, o profissional de saúde promova autonomia ao indivíduo, para que ele seja sujeito ativo do seu autocuidado.¹¹

O sucesso na adesão ao tratamento irá depender do conhecimento, por parte do indivíduo acometido e do entendimento adquirido sobre seu processo saúde doença o que, em muitos casos, é difícil e árduo, tanto para o indivíduo que deseja melhorar sua condição de saúde, quanto para o profissional que o assiste. Quanto ao conhecimento e informações, os participantes da pesquisa demonstraram diferenças referentes à HAS e o DM. Percebe-se que as participantes do sexo feminino mostraram-se melhor informadas e mais conscientes dos fatores de riscos de ambas as doenças, seus agravos e as restrições de cada uma delas, ao contrário dos homens, que foram mais sucintos e genéricos, respectivamente:

[...] Você tem que fazer dieta, perder peso, parar de tomar umas “biritas” por causa da diabetes. [...] O sal e aquele açúcar branquinho é veneno. [...] Sem dizer da gordura vinda do porco, aumenta muito o colesterol [...] (M5).

[...] a pressão alta é tão perigosa quanto qualquer outra doença [...] hereditária como o caso a minha mãe que tinha pressão alta [...] (H1).

Esse baixo nível de conhecimento, por parte dos participantes do sexo masculino, pode estar associado à falta de interesse pelas questões que envolvem sua saúde, já que o homem, dentro de nossa sociedade, é visto como invulnerável aos agravos e este fato contribui para sua não procura aos serviços de saúde em busca de orientações e informações necessárias ao seu autocuidado.

Outra questão que pode contribuir para a falta de conhecimento dos homens seria a sua pouca participação em ações de promoção e educação em saúde, além de acharem que isso “é coisa de mulher”. Os horários de funcionamento, nas instituições que oferecem este tipo de serviço, acabam por coincidir com o horário em que estão no trabalho, ou quando ocorre o encontro entre profissionais de saúde e usuários homens nos serviços, para consultas e/ou exames.

As informações repassadas pelo profissional, muitas vezes, podem estar

fundamentadas essencialmente em informações generalistas e técnicas, pouco articuladas com a realidade à qual o usuário se insere, assim como os seus significados simbólicos. Tais conhecimentos são seguidos de recomendações de mudanças de hábitos e oferecidos como antídotos às vulnerabilidades apresentadas.¹²

É importante ressaltar que a subjetividade de cada indivíduo deve ser levada em consideração durante o momento de educação em saúde, já que aquela deve estar relacionada com a maneira de como o indivíduo percebe sua vida e a cronicidade da doença, motivá-lo durante o tratamento sendo empático e respeitando suas necessidades mais íntimas.¹³

Portanto, percebe-se que o processo de adesão requer a incorporação consciente das informações pertinentes ao processo saúde doença dos indivíduos, além da construção conjunta dos símbolos que cada agravo representa na vida e na saúde de cada um. E que, para o sucesso da adesão dos homens ao processo de busca do conhecimento, as instituições e os profissionais se sensibilizem e procurem promover educação em saúde nos diferentes espaços em que eles se encontram, a fim de permitir acessibilidade, independência e prognósticos efetivos.

• Adesão ao tratamento medicamentoso: suas implicações e barreiras no cuidado com a Diabetes *mellitus* e a Hipertensão Arterial

Durante o transcurso do tratamento de DM e HAS, a utilização de medicamentos se faz necessário para o controle imediato dos níveis glicêmicos e pressóricos, respectivamente. Ele não é a principal modalidade de tratamento. Para o sucesso da adesão, o indivíduo, ao iniciar o tratamento, deve receber orientações suficientes sobre a funcionalidade da medicação prescrita, os efeitos colaterais, a frequência de tomada, a quantidade diária e possíveis interações medicamentosas.

Estas características do tratamento medicamentoso podem influenciar no processo de adesão, já que durante o processo podem ocorrer efeitos colaterais indesejados em consequência de esquemas terapêuticos cansativos e complexos e a necessidade de tratamento para a vida toda.

¹³ A fala abaixo exemplifica o exposto:

[...] Já houve no caso de eu tomar o Captopril de manhã e logo após sentir que a pressão está muito baixa, abaixou demais aí eu tenho que comer alguma coisa um pouquinho salgada pra equilibrar [...] (H1).

Avaliar o esquema terapêutico se faz necessário, na medida em que a não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser melhorada com a diminuição do número de tomadas diárias dos medicamentos; permitir ao indivíduo momentos para que ele possa expressar suas necessidades e dúvidas e motivá-lo na participação ao autocuidado.¹⁴ Um dos participantes fez a seguinte afirmação diante do tratamento medicamentoso:

[...] só sei do Captopril, mas tem outros três... só que não lembro. [...] nem parece que eu tomo remédio. Ah, eu não sinto nada de diferente... tomo e só. Não muda nada em mim [...] (H6)

Outra questão apontada por um participante foi que, ao iniciar o tratamento medicamentoso, passou a se sentir melhor depois de ter tido um AVC.

[...] Depois que eu passei a tomar estes remédios, depois que eu tive o AVC, que eu passei a tomar todos estes remédios me sinto uma pessoa normal, depois, eu sinto normal, não sinto diferença nenhuma. [...] (H1)

Percebe-se no depoimento do participante H1 que, após a ocorrência de um AVC (Acidente Vascular Cerebral), o tratamento medicamentoso tornou-se aliado na prevenção às complicações e na melhora de qualidade de vida. Este fato pode estar relacionado com o grau de conhecimento que o indivíduo apresenta para atuar no seu autocuidado, pois “quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema, independentemente de sua idade ou do risco, maior a possibilidade de seu comprometimento efetivo no autocuidado e, portanto, maior sua chance de sucesso.”^{10:338}

Outro dado encontrado na fala de alguns participantes foi quanto à prescrição médica. O processo de tratamento medicamentoso está muito relacionado ao profissional médico, ou seja, muitas vezes o seguimento do tratamento depende única e exclusivamente das ordens médicas.

[...] tomando o remédio direitinho como mandam [...] Agente tem que seguir a orientação médica, continuar tomando os remédios de acordo com orientação [...] (H1)

Percebe-se nesta fala que o tratamento depende muito do que o responsável pela prescrição do esquema terapêutico determina. A utilização dos verbos “ter”, “mandar” e “determinar” dão uma conotação de imposição, de autoritarismo, de relação com o modelo biomédico.

No modelo biomédico, de acordo com a literatura corrente, fica evidente que é dispensado pouco tempo nas orientações

quanto ao uso das medicações prescritas, não permitindo ao indivíduo intervenções quanto a dúvidas, medos e/ou frustrações diante do tratamento. Esta relação médico-paciente não amistosa, em médio em longo prazo, pode causar baixa adesão do indivíduo e a total perda de prazer no transcurso do autocuidado.¹⁵

Na HAS e DM, devido às características clínicas de cada uma, fazer o indivíduo seguir adequadamente o esquema terapêutico proposto, exige do profissional paciência, empatia, respeito e tempo para informar e orientar de forma adequada. Estudos que relatam sobre a comunicação médico-paciente demonstram que a linguagem utilizada pelo indivíduo deve ser valorizada, que as informações dadas devam ser sucintas e de fácil entendimento pelo indivíduo, evitando excesso de informações desnecessárias e carregadas de termos técnicos. As orientações por escrito com o esquema terapêutico detalhado são úteis para a vida cotidiana dos indivíduos.¹⁵

Além disso, percebe-se durante as falas que, em nenhum momento, aparece outro profissional da equipe interdisciplinar fornecendo orientações. A não participação da equipe interdisciplinar pode dificultar a adesão, já que a atuação apenas do médico durante o atendimento ao indivíduo não supre todas as informações necessárias.

Portanto, as orientações e informações sobre HAS e DM seriam mais ricas e bem explicadas nas consultas por equipe interdisciplinar (enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos e educador físico), pois cada um iria avaliar a necessidade do indivíduo de acordo com aquilo que lhe compete.¹⁵

Outra questão abordada no tratamento foi a participação das esposas como cuidadoras no processo de autocuidado dos participantes do sexo masculino. A mulher em nossa sociedade é vista como provedora do cuidado, pois estão em contato permanente com os serviços de saúde, além da própria educação recebida para prover o lar, centrada somente nos cuidados com o marido e filhos.¹⁶ Já as participantes, demonstraram maior autonomia do seu autocuidado com o tratamento medicamentoso, procurando tomar todas as medicações na frequência e horários corretos. A fala abaixo demonstra o exposto:

[...] eu tomo todos os dias, não esqueço nenhum... já até anotei num papelzinho que fica na geladeira para eu não esquecer...tomo pela manhã, antes do

almoço, depois do almoço, a tarde e a noite.[...] (M5)

Outro dado que chamou a atenção, foi o sentimento de angústia e arrependimento perante o tratamento medicamentoso. Os participantes demonstraram desmotivação em alguns momentos da vida, enfatizando a tristeza que o tratamento de doença crônica representa na vida pessoal e social.

[...] E essa de tomar remédio é complicado... negócio chato... vou te falar a verdade, preferiria tomar se eu sentisse alguma coisa, mas não sinto nada. [...] Ah, eu não sinto nada de diferente. [...] (H6)

Observa-se na fala do participante H6 que a pouca importância que ele atribui à sua doença e ao cuidado com sua saúde. Este achado se justifica além da não aceitação das implicações de uma doença crônica, ao papel socialmente construído pelo sexo masculino: o poder da masculinidade hegemônica. Neste sentido, a doença é banalizada e sua invulnerabilidade e poder se tornam mais “afiorados”, já que ao contrário das mulheres, o homem não fica doente, nem é um ser frágil e sensível.

O tratamento medicamentoso passa a ser deixado de lado, justamente pelo fato de que a DM e a HAS muitas vezes se apresentam assintomáticas no início da doença.¹⁷ Portanto, de acordo com análise realizada nas falas dos participantes, fica clara a existência de dificuldades em conduzir esta modalidade de tratamento, devido à complexidade dos esquemas terapêuticos, dos efeitos colaterais indesejados e do tratamento para vida toda, mas, é perceptível que as participantes do sexo feminino são mais aderentes ao tratamento medicamentoso, conscientes e com autonomia na condição do autocuidado e dos benefícios que a medicação pode proporcionar.

Assim, é de suma importância criar estratégias para que os participantes do sexo masculino possam, assim como as mulheres, terem mais contato com os serviços de saúde e proporcioná-los orientações e informações que estejam condizentes com sua realidade. Que a equipe interdisciplinar, responsável pelo cuidado destes indivíduos, esteja capacitada para atendê-los de forma individualizada, respeitando as diferenças de cada um, adentrando-se na realidade do outro para que possa conhecer as principais necessidades de saúde dos indivíduos e assim poder proporcionar um tratamento menos doloroso e um cuidado eficaz.

• **A mudança de hábitos vista como possibilidade para a qualidade de vida**

Quanto à reeducação alimentar, basicamente, o hipertenso e o diabético deve evitar alimentos ricos em sódio e carboidratos simples, respectivamente. Associado a estas restrições, há também a não utilização de alimentos com alto teor de gordura animal, alimentos industrializados, sal, açúcar refinado.¹⁸

Sobre alimentação saudável e hábitos alimentares, durante a análise das falas, percebeu-se que alguns participantes têm conhecimento de grupo de alimentos que devem ser evitados e os que podem ser consumidos durante o processo de reeducação alimentar, como mostra o depoimento a seguir:

Alimentação saudável seriam legumes, frutas e verduras, essenciais. [...] o cuidado alimentar é se você for diabético, evitar doces, massas, etc; e o problema da pressão alta, de hipertensão evitar justamente o sal e gorduras. (H1)

De fato, a alimentação saudável inclui a ingestão de maior quantidade de frutas, verduras e legumes, que além de possuírem nutrientes e fibras, possuem quantidades reduzidas de calorias, o que previne a deposição de gordura abdominal, aumento do LDL colesterol e aumento dos níveis glicêmicos.¹⁹ Por outro lado, um participante não mostrou convicção quanto à mudança de hábitos alimentares e o outro banalizou os cuidados com alimentação, expressos a seguir:

Ah essa coisa de alimentação saudável, sei lá [...] se agente não comer, agente fica fraco, sem disposição. Confesso que não sou muito de comer salada, fruta [...] não gosto muito não. Também né, um dia agente vai morrer mesmo. (H6)

O participante H6 demonstra certa falta de compromisso com a reeducação alimentar, utilizando ainda alimentos ricos em gordura de origem animal, que como se sabe, além de ser altamente calórico é precursor no aumento de LDL - colesterol. Ele também banaliza a utilização de alimentos naturais que, como se sabe, além de serem ricos em nutrientes protetores e fibras, são também ricos em potássio, que é responsável também pela diminuição da pressão arterial.²⁰

Ainda com relação à reeducação alimentar, alguns participantes fizeram as seguintes colocações, como expresso nessa fala:

Bom, porque você evitando a gordura, você evita o entupimento de veia e evita prejudicar o coração. E quanto ao diabetes você evitando o açúcar e as massas, você abaixa a glicose, inclusive até melhor que muitos remédios. [...] (H1)

Além da reeducação alimentar é de extrema importância a prática de atividades físicas, pois, a prática de exercícios é recomendada para todos os hipertensos e diabéticos, incluindo aqueles sob tratamento medicamentoso. Além disso, o exercício físico poderá reduzir as chances do risco de desenvolver doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral.²⁰

A prática de exercícios físicos aeróbicos, além de melhorar a oxigenação, também contribui para a redução nos níveis plasmáticos de TG (triglicérides), aumento nos níveis de HDL colesterol, porém sem alterações significativas nas concentrações de LDL colesterol.²⁰ O depoimento a seguir aponta para a compreensão da atividade física no tratamento:

Caminhada! Principal. Porque ajuda a circular o sangue, evita você ficar obeso também, ajuda bastante. (H1)

É importante que os indivíduos com DM e HAS sejam aderentes à prática de exercícios como a caminhada, pois além de proporcionar prevenção sobre alguns agravos, também oportunizam ao praticante melhor convívio social, diminuindo o estresse do dia a dia, elevação da auto-estima por conta da perda de peso e melhora nos níveis de pressão arterial e glicemia.²¹ Outro dado importante foi a não realização de atividade física em função de outra doença ou complicação do DM e/ou HAS, como mostra a fala abaixo:

Eu tenho problema de bronquite, daí eu tenho dificuldade. Quando estou em crise, com falta de ar eu nem faço. (M2)

Cabe ao profissional, de acordo com a situação acima, tratar primeiramente estes problemas antes de orientar qualquer atividade física, pois de nada adiantaria aderir à prática de um exercício com algo que esteja prejudicando a saúde. A prática se tornaria cansativa, desmotivante, e a chance do indivíduo aderir à orientação feita pelo profissional seria difícil, podendo inclusive afetar a auto-estima pela incapacidade em realizar o exercício proposto.

Outro dado importante encontrado nas falas da maioria dos participantes foi a realização de atividade física sob orientação profissional e a não realização por conta própria de qualquer atividade. A fala abaixo exemplifica o exposto:

Sem orientação do médico, definitivamente, por conta própria de jeito nenhum. E também do profissional da educação física né, que trata deste assunto de ginástica, caminhada, essas coisa... Não pode ser por livre espontânea vontade não [...] (M4)

Apenas um participante do sexo masculino não é adepto a qualquer atividade física e nem mesmo a caminhada. Ele afirma que o trabalho é impeditivo para realização, já que o horário de início e término dificulta a prática.

Ah, meu amigo, fazer caminhada [...] complicado. Não tenho tempo para nada e caminhada vai tomar muito meu tempo. Janto e logo vou dormir, porque no outro dia mais trabalho. (H6)

O papel historicamente desempenhado pelo homem na sociedade, enquanto provedor do lar, o impede de cuidar de sua saúde, devido ao fato de que ele, em sociedade, é moldado conforme seus anseios de ambição e hostilidade, sempre preocupado com o tempo, competitivo e individualista.¹⁷

Devido a este fato, a chance do referido participante desenvolver uma complicação é maior, pois a vida estressante e sedentária muitas vezes leva ao desenvolvimento de cardiopatias graves e doenças cerebrovasculares em indivíduos portadores de DM e HAS.¹⁹ Este mesmo participante ainda cita que,

[...] prefiro ir de carro, porque na ida eu posso dormir um pouco mais e na volta fico muito cansado. Se eu fosse caminhando, chegaria atrasado ao trabalho e na volta chegaria tarde em casa. (H6)

Nesta afirmação feita pelo participante, fica clara a maior importância atribuída ao trabalho em detrimento de sua saúde. Pode-se concluir que este participante não é aderente à prática de hábitos de vida saudáveis, seja na alimentação ou na realização de atividade física. Daí a importância do desenvolvimento de práticas educativas, sejam elas individuais ou coletivas, pois possibilitam melhor qualidade de vida ao indivíduo. As atividades educativas ainda permitem ao indivíduo compreender melhor os fatores que influenciam no autocuidado com a doença, além de contribuir gradativamente a aceitação no processo de cuidado com sua saúde.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao tratamento e cuidados com o DM e a HAS requer do indivíduo compromisso, na medida em que ele deverá, gradativamente, ter consciência de sua condição de saúde e fazer as mudanças necessárias. Homens e mulheres percebem diferentemente os cuidados que devem ter com a saúde, após diagnóstico de uma doença que requer cuidados para a vida toda. Nesta pesquisa, percebeu-se que os homens possuem dificuldades em lidar com questões

que envolvem sua saúde. A masculinidade hegemônica impede que o homem aceite a doença e os cuidados com sua saúde, em que muitos se apóiam numa insustentável invulnerabilidade, ficando expostos a muitos agravos que podem comprometer a própria vida. Quanto ao conhecimento referente ao DM e a HAS, os homens foram genéricos, citando apenas algumas restrições alimentares e não conseguindo fazer associações dos fatores de risco com a fisiopatologia do DM e HAS.

Apesar de os homens realizarem a prática de atividades físicas, eles possuem dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos propostos no cuidado à saúde. Para melhorar a adesão ao tratamento, é essencial o trabalho em equipe interdisciplinar, de modo a atender, de forma integral, as necessidades essenciais dos usuários dos serviços de saúde. Acredita-se que o enfermeiro oferece importante contribuição na educação em saúde de homens e mulheres; por entender que ambos desempenham distintos papéis socialmente construídos, além de possuírem necessidades de cuidado diferentes, de acordo com o gênero.

Assim, a participação do enfermeiro na adesão ao tratamento de DM e HAS faz-se necessária, pois este profissional é capaz de criar vínculos afetivos, além de estimular o indivíduo a exercer o poder de decisão sobre a saúde, quebrando estigmas da masculinidade hegemônica e/ou da invulnerabilidade diante da doença, ressaltando o protagonismo dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003
2. Comiotto G, Martins JJ. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. Arq Catarin Med [periódico na internet]. 2006 jul [acesso em 2009 ago 13]; 35(3):59-64. Disponível em: www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/383.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil), Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília; 2004.
4. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais). Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte; 2006.
5. Monteiro PC, Santos FS, Fornazari PA, Cesarino CB. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. Arq ciênc saúde[periódico na internet]. 2005 jun [acesso em 2009 Ago 13]; 12(2):73-9. Disponível em: www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/3.pdf.
6. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. Circulation [periódico na internet]. 1997 set [acesso em 2009 set 20];95:1085-90. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/95/4/1085.full>.
7. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2005 mar [acesso em 2009 jan 23];10(1):35-46. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf.
8. Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 13 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
9. Bogdan RC, Biklen SK. Qualitative Research for Education. Porto Editora LDA, Porto Codex, (Portugal); 1994
10. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda, SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto & contexto enferm [periódico na internet]. 2005 Set [acesso em 2009 maio 20];14(3):332-40. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf.
11. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto & contexto enferm [periódico na internet]. 2007 abr-jun [acesso em 2009 mar 18];16(2):263-70. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a08v16n2.pdf.
12. Santos LM, DA Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública [periódico internet]. 2006 maio [acesso em 2008 fev 11]; 40(2):346-52. Disponível em: www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf.
13. Torres RM. Adesão ao Tratamento: representações sociais de portadores de diabetes mellitus. [Dissertação]. Salvador: EdufBA; 2005.

14. Coelho E, Nobre F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. Rev bras Hipertens[periódico na internet]. 2006 jul [acesso em 2008 dez 22];13(1):782-7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf.
15. Junior DM, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. Rev bras hipertens[periódico na internet]. 2006 jan-mar [acesso em 2009 set 28]; 13(1):55-58. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/13-importancia-da-medicao.pdf>.
16. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc saúde coletiva[periódico na internet]. 2005 mar[acesso em 2008 jan 11];10(1):97-104. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf.
17. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva Ciênc saúde coletiva [periódico na internet] 2005 mar[acesso em 2009 ago 03];10(1):7-17. Disponível em: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a02v10n1.pdf.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003.
19. Ministério da Saúde (Brasil), Cadernos de Atenção Básica nº 16. Normas e manuais Técnicos. Brasil (DF): Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2006.
20. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol[periódico na internet]. 2010;95(supl.1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.
21. Alves KYA, Salvador PTCO, Almeida TJ, Iglesias R, Dantas CN. Profile of hypertensive and diabetic patients enrolled in a basic health unit. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2011 maio[acesso em 2011 ago 01]; 5(3):658-69. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1450/pdf_479

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/05/07
Last received: 2011/11/03
Accepted: 2011/11/04
Publishing: 2011/12/01

Corresponding Address

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso
Costa/EEAAC/UFF
Rua Dr. Celestino, 74 – Centro
CEP: 24020-091 – Niterói (RJ), Brazil