

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
 ISSN 2175-5361



Ministério da Educação

PESQUISA

CARE OF ATTITUDES HELD BY MEN WITH RESPECT HYPERTENSION AND DIABETES TO YOUR HEALTH

ATITUDES DE CUIDADOS DESEMPENHADAS POR HOMENS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS COM RELAÇÃO À SUA SAÚDE

CUIDADO DE LAS ACTITUDES EN PODER DE LOS HOMBRES CON RESPECTO HIPERTENSIÓN Y LA DIABETES PARA SU SALUD

Rosineide Santana de Brito¹, Danyelle Leonette Araújo dos Santos²

ABSTRACT

Objective: To identify the care performed by men with hypertension and diabetes to maintain their health. **Methods:** This is about an exploratory and descriptive study, from qualitative approach, performed fourteen men, randomly selected, assigned in areas covered by a team from the FHS, in Parnamirim town -RN. Data collection occurred during May and July of 2010 through semi-structured interview consisting by social-demographic questions and specific to the object of study. The statements were recorded and analyzed according to Content Analysis, according to Bardin. **Results:** Data analysis revealed that participants care for their health so low, especially when the care demands changes in lifestyle. **Conclusion:** There is a need for health professionals understand the limitations of men suffering from chronic diseases in an attempt to promote better adherence to these established treatments. **Descriptors:** Public health nursing, Chronic disease, Men's health.

RESUMO

Objetivo: Identificar os cuidados desempenhados por homens hipertensos e diabéticos para a manutenção de sua saúde. **Métodos:** Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a quatorze homens, selecionados de forma aleatória, adstritos em área de abrangência de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no município de Parnamirim-RN. A coleta de dados ocorreu nos meses maio a julho de 2010, por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, constituído por questões sócio-demográficas e específicas ao objeto de estudo. Os depoimentos foram gravados e analisados de acordo com a análise de conteúdo, segundo Bardin. **Resultados:** A análise dos dados revelou que os entrevistados cuidam de sua saúde de modo incipiente, sobretudo quando este cuidado demanda mudanças no estilo de vida. **Conclusão:** Constata-se a necessidade de os profissionais de saúde compreender as limitações dos homens portadores de doenças crônicas na tentativa de promover maior adesão deles aos tratamentos estabelecidos. **Descritores:** Enfermagem em saúde pública, Doenças crônicas, Saúde do homem.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el cuidado realizado por los hombres con hipertensión y diabetes para mantener su salud. **Métodos:** Estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cualitativo, realizado con catorce hombres, elegidos al azar, que trabajan en el área asistida por un equipo de la ESF, en el municipio de Parnamirim-RN. La recopilación de datos se llevó a cabo durante los meses de mayo-julio de 2010 a través de entrevista semi-estructurada con preguntas socio-demográficas y específicas para el objeto de estudio. Los testimonios fueron registrados y analizados de acuerdo con el Análisis de contenido, según Bardin. **Resultados:** El análisis de datos reveló que el cuidado de los encuestados para su salud tan baja, sobre todo cuando la atención que requiere cambios en el estilo de vida. **Conclusión:** Hay una necesidad de los profesionales de la salud a comprender las limitaciones de los hombres que sufren de enfermedades crónicas en un intento de promover una mejor adherencia a estos tratamientos establecidos. **Descriptor:** Enfermería en salud pública, Enfermedad crónica, Salud del hombre.

¹ Doutora. Professora dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: rosineide@ufrnet.com. ² Graduanda em Licenciatura Plena em Enfermagem/UFRN. Bolsista REUNI de Iniciação Científica. E-mail: danyleonette@gmail.com. Artigo elaborado do Trabalho de iniciação científica vinculado ao grupo de pesquisa Cuidado de Enfermagem em Diferentes Fases da Vida nos Serviços de Saúde/UFRN.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam grave problema de saúde pública no Brasil, por estarem associadas às maiores causas de internações hospitalares e de óbitos no país. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2007, mais de 100.000 brasileiros morreram em decorrência de problemas do aparelho circulatório^{1,2}. Esses dados vinculam-se a duas doenças que têm sido apontadas como as principais responsáveis por desencadear problemas cardiovasculares, quais sejam: a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)¹.

A HAS é definida como uma condição clínica multifatorial associada, na maioria das vezes, a alterações metabólicas e mudanças na estrutura e/ou funcionamento de órgãos-alvos. Seu diagnóstico é obtido a partir de elevados níveis de pressão arterial, tendo como valores limítrofes 140/90mmHg em, no mínimo, duas aferições. Quando não controlada, o indivíduo pode sofrer consequências graves, principalmente, o acidente vascular encefálico (AVE) e a doença isquêmica do coração^{1,3}.

Relativo ao DM, este é compreendido como um grupo de distúrbios metabólicos, que tem como condição comum a hiperglicemia. Classifica-se o DM de acordo com sua etiologia. Assim, o DM tipo 1 surge quando há destruição das células pancreáticas, acarretando, com isso, deficiência de insulina. Já o DM tipo 2, presente na maioria dos casos, caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina. O diagnóstico da doença é feito a partir do aparecimento de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso e valores glicêmicos em jejum superiores a 126 mg/dl⁴. Entre os agravos que podem ocorrer em virtude do descontrole dos índices glicêmicos estão o infarto agudo do miocárdio, AVE, insuficiência renal

crônica, amputação de membros inferiores e cegueira definitiva¹.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2008, cerca de 23,1% dos brasileiros adultos eram portadores de hipertensão e 5,2% possuíam diagnóstico de diabetes². Entre os sexos, verifica-se que as mulheres apresentam os maiores índices para ambas as doenças, contudo quando se compara os indicadores de mortalidade por doenças cardiovasculares entre homens e mulheres, observa-se que estes são superiores no grupo masculino. Tal fato pode estar relacionado ao modo como os homens percebem os cuidados com a sua saúde, pois, a cultura machista existente na sociedade impõe inúmeros obstáculos que dificultam a adesão masculina em tratamentos e práticas de autocuidado⁵⁻⁶.

Essa realidade torna-se relevante quando se trata de doenças crônicas como HAS e DM, pois se sabe que para o sucesso do tratamento de tais agravos é fundamental a conscientização do paciente sobre sua condição de saúde e da relevância de seguir a prescrição médica. Isto porque esse tratamento não é feito apenas com o uso de fármacos, mas deve ser associado a mudanças nos hábitos de vida, tais como: adoção de hábitos alimentares saudáveis, visando melhor controle metabólico; redução do consumo de bebidas alcoólicas; interrupção do tabagismo e realização de atividade física¹.

Sendo assim, considerando a importância de aderir aos tratamentos instituídos para ambas as doenças e a dificuldade dos homens em adotarem práticas de autocuidado, compreende-se a razão pela qual este grupo populacional encontra-se em desvantagem nos indicadores de mortalidade por tais doenças. Pois, a forma como os homens cuidam de si possui íntima relação com a socialização a que foram submetidos, a qual está baseada nos preceitos da hegemonia masculina que os impede de demonstrarem qualquer traço de fragilidade.

Em geral, o público masculino é socializado para prover, decidir e assistir, e não para ser alvo de assistência. Ademais, a hegemonia masculina gera neste segmento populacional um sentimento de invulnerabilidade que os impede de sentirem-se susceptíveis a qualquer acontecimento que traga malefícios à sua saúde. Isto tende a gerar um paradoxo, pois à medida que os homens sentem-se invulneráveis, tendem a se expor a situações de risco, os deixando ainda mais vulneráveis⁷.

Nessa linha de raciocínio, tratando-se de portadores de HAS e DM, a resistência masculina em procurar por assistência médica e cuidar da saúde faz com que estes indivíduos fiquem expostos ao aparecimento dos agravos decorrentes das referidas doenças. Assim, reconhece-se como fundamental instituir estratégias que ampliem a participação masculina em medidas de promoção à saúde, visando minimizar os elevados índices de morbidade e mortalidade que acometem essa população por consequências advindas da HAS e DM não controlados.

Diante disso, para intervir junto à população masculina é preciso compreender o modo como estes indivíduos lidam com suas condições de portadores de HAS e DM, pois, assim, as ações voltadas a eles terão maior eficácia. Deste modo, acredita-se que ao serem conscientizados, os homens passarão a adotar um estilo de vida mais saudável.

Entende-se por estilo de vida a maneira pela qual uma pessoa conduz sua vida, seus hábitos e expressões, fatores que estão intimamente relacionados ao contexto social e cultural no qual está inserido⁸. Sendo assim, o estilo de vida adotado pelo indivíduo relaciona-se diretamente com a sua saúde e os cuidados que desempenham para manter uma vida considerada saudável.

Mediante ao exposto, questiona-se: como

homens hipertensos e diabéticos cuidam de sua saúde?

Desse modo o estudo teve como objetivo identificar os cuidados desempenhados por homens hipertensos e diabéticos para a manutenção de sua saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde vinculada a Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil.

Participaram da investigação quatorze homens adscritos em território de abrangência da Estratégia Saúde da Família daquela localidade. Esse número de participantes foi considerado suficiente, em decorrência da repetição do conteúdo de suas mensagens. Como critérios de inclusão, deveriam ter as faculdades mentais preservadas; estarem inseridos na faixa etária de 20 a 59 anos; possuírem diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, bem como estarem cadastrados no Programa para Controle de ambas as doenças.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2010. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído por duas partes. A primeira possuía questões sócio-demográficas, a fim de caracterizar os participantes e a segunda constava da pergunta específica ao objeto de estudo: que cuidados o senhor tem para manter o controle da pressão e/ou diabetes?

Antes de a entrevista ser iniciada, o depoente recebeu instruções sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como foi informado a respeito da voluntariedade de sua participação, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízos a ele ou a sua família. Além disso, foi

ressaltada a garantia do anonimato de seu depoimento.

Após receber essas informações e concordar em participar do estudo, o homem assinava um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa com seres humanos⁹. Ressalta-se que antecedeu o processo de coleta de dados a autorização do diretor da Unidade Básica de Saúde, na qual os depoentes estavam cadastrados e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com parecer favorável de número 057/2009.

Os depoimentos foram trabalhados de acordo com a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, segundo Bardin¹⁰. Dessa forma, as falas foram transcritas e lidas exaustivamente. Em seguida, identificou-se os núcleos de sentido, os quais foram codificados e categorizados. Desse processo emergiu a categoria temática Atitudes de cuidados desempenhadas por homens hipertensos e diabéticos, a qual engloba três subcategorias, quais sejam: Cuidados com a terapia medicamentosa; Cuidados com a alimentação e Cuidados com a prática de exercícios físicos. Os resultados foram analisados, interpretados e discutidos com base em estudos literários acerca da hipertensão arterial e diabetes mellitus e saúde do homem.

Com o intuito de manter sigilo das identidades dos depoentes, foram atribuídos aos participantes pseudônimos de personagens bíblicos do sexo masculino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Características dos participantes

Dentre os entrevistados, verificou-se que todos estavam inseridos em idade maior ou igual há 48 anos. A maioria encontrava-se aposentado

ou em processo de aposentadoria, com renda familiar entre um e dois salários mínimos. Com relação ao grau de escolaridade, o maior número de participantes declarou-se semianalfabeto ou com ensino fundamental incompleto. Em se tratando do estado civil, apenas um não era casado e morava sozinho.

Relativo a doenças crônicas, nove depoentes informaram ser hipertensos, dois eram diabéticos e três declararam-se portadores de ambas as doenças. Quanto ao tempo em que estavam cadastrados no programa para controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, um participante revelou não lembrar há quanto tempo possuía o cadastro; um mencionou estar cadastrado há menos de um ano e os demais estavam inscritos no programa entre dois e três anos. Sobre o tratamento farmacológico, a maioria relatou fazer uso de duas ou mais drogas para controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. As principais associações de fármacos encontradas foram os hipotensores arteriais associados a diuréticos utilizados pelos entrevistados hipertensos, enquanto os diabéticos faziam uso de dois antidiabéticos associados. Ressalta-se que apenas um depoente já utilizava insulina.

Esses dados mostram o perfil socioeconômico dos entrevistados, os quais estavam inseridos em estratos sociais que podem influenciar no modo como esses indivíduos percebem e cuidam da sua saúde. Além disso, grande parte dos entrevistados possuía idade já avançada, fator relacionado ao aparecimento de doenças crônicas e degenerativas que requerem acompanhamento de profissionais de saúde.

Categoria temática

Neste item apresenta-se a categoria temática Atitudes de cuidados desempenhadas por homens hipertensos e diabéticos e as subcategorias oriundas dos depoimentos dos entrevistados.

Atitudes de cuidados desempenhadas por homens hipertensos e diabéticos

A categoria em apreço revela o modo como os entrevistados cuidam da sua saúde, demonstrando que determinados cuidados, algumas vezes, são negligenciados em virtude do próprio padrão de masculinidade presente em nossa sociedade. Tal fato pode ser evidenciado no conteúdo das falas dos participantes presentes nas seguintes subcategorias: Cuidados com a terapia medicamentosa; Cuidados com a alimentação e Cuidados com a prática de exercícios físicos.

Cuidados com a terapia medicamentosa

Esta subcategoria foi originada da totalidade dos discursos que apresentavam relação com o uso de medicamentos como forma de manter os níveis pressóricos e glicêmicos em valores considerados normais.

Eu me cuido tomando o medicamento [...] Tô tomando três vezes ao dia. (Jó)

Tomo os remédios tudo direitinho na hora certa. Tomo de manhã, ao meio dia e de noite. (Matias)

Nas falas apresentadas e durante as entrevistas observou-se um cuidado bastante significativo dos entrevistados em informar quais medicamentos faziam uso e os horários de administração dos mesmos. Isto pode estar associado à importância que eles atribuem à terapia medicamentosa, tendo em vista que estas informações eram repetidas várias vezes ao longo de todas as entrevistas.

Essa relevância atribuída aos fármacos pelos depoentes, segundo alguns autores, tem embasamento no fato de que o consumo de remédios passa a fazer parte obrigatória do cotidiano dos portadores de doenças crônicas. Por tal razão, na maioria das vezes, esta é a forma de cuidado com a saúde mais citada pelos pacientes¹¹.

O tratamento farmacológico da HAS tem

como objetivo principal reduzir não apenas a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Para atingir tais objetivos, esses medicamentos precisam ter, dentre outras características relevantes, uma boa eficácia quando administrado por via oral, relação risco-benefício favorável ao paciente e possibilitar menor número possível de administração diária³.

Tratando-se do DM, a terapêutica medicamentosa desta enfermidade visa obter níveis glicêmicos próximos aos valores considerados normais. Sendo assim, fármacos antidiabéticos devem ser prescritos baseados em valores glicêmicos elevados em situações de jejum e/ou pós-prandial. Ademais, ao prescrever estes agentes farmacológicos, o profissional responsável precisa considerar o peso e a idade do paciente, a existência de complicações e/ou outros transtornos metabólicos e a possibilidade de reação adversa com outros fármacos⁴.

Entretanto, apesar de considerarem o tratamento farmacológico uma prioridade para o cuidado de sua saúde, é importante frisar que alguns participantes revelaram em seus discursos situações de descaso com esta prática, como se observa nos relatos a seguir:

Tem época que a gente relaxa. Quando relaxa não toma três comprimidos por dia, toma só dois. (Noé)

Eu parei de tomar o remédio oito meses [...] às vezes eu sinto uma quentura no corpo, um negócio ruim [...], mas depois passa [...] nunca mais tomei nada! (Filipe)

Percebe-se nas falas apresentadas a negligência por parte destes entrevistados quanto ao cumprimento da terapia medicamentosa instituída. Isto pode estar relacionado ao fato de a HAS e DM serem doenças, muitas vezes, assintomáticas o que dificulta o despertar desses pacientes para práticas de autocuidado. Embora a fala de Filipe revele momentos de mal estar em decorrência do aumento da pressão arterial, o mesmo não menciona, ao longo de sua entrevista,

utilizar remédios nestas situações para sanar tais sintomas, reforçando, assim, o abandono do tratamento.

Sobre essa realidade, a literatura traz que a redução dos sintomas clínicos em decorrência dos medicamentos em uso pelo paciente, contrariamente, pode ter um efeito negativo à saúde, haja vista que a sensação de melhora e cura tende a fazê-lo abandonar o tratamento¹².

Ademais, existe o fator de desconhecimento por parte dos pacientes do sexo masculino a respeito da relevância de seguir o tratamento farmacológico, bem como a pouca assiduidade deles em consultas médicas e atividades educativas em grupo. Não é enfoque deste trabalho revelar o conhecimento e a participação dos homens entrevistados em ações de educação em saúde, entretanto não se pode desvincular esta realidade das atitudes de cuidado adotadas por estes indivíduos.

A baixa instrução declarada pelos participantes deste estudo já foi evidenciada por outros autores como um dos motivos que dificultam a adesão deles em tratamentos farmacológico e não farmacológico. Pois, a prática de autocuidado, no caso de pacientes hipertensos e diabéticos, exige aquisição de informações para que eles adotem e desenvolvam os cuidados com a saúde^{8,13}.

Somam-se a isto, fatores presentes no universo masculino, tendo em vista que a ausência dos homens em consultas médicas e atividades educativas está relacionada à dificuldade imposta pelo padrão de masculinidade para eles buscarem assistência médica. A busca por cuidados à saúde pode fazer com que estes indivíduos sejam vistos como frágeis perante a sociedade, o que contraria os preceitos estabelecidos pela hegemonia masculina⁶. Deste modo, a escassez de homens nos serviços de saúde, sobretudo em ações educativas, acarreta em menor conhecimento destes a

respeito dos cuidados necessários para manutenção de suas vidas.

Mediante as considerações expostas, verifica-se que os participantes deste estudo, em sua maioria, aderem ao uso de fármacos para controle de seus níveis pressóricos e glicêmicos, contudo há ainda aqueles que apresentam certa resistência devido à ausência de sintomas.

Cuidados com a alimentação

Ao analisar as falas dos depoentes, observou-se presença marcante de cuidados com a alimentação, especialmente aqueles relacionados a um menor consumo de cloreto de sódio e de alimentos ricos em gordura.

Eu tô controlando a pressão na alimentação, por exemplo, os cuidados com a alimentação. Tipo, não comer comida gordurosa, salgada, essas coisas. (Filipe)

Minha pressão aumenta quando como feijoada, churrasco... Agora eu tô evitando, porque antes eu comia mais [...] mas, pra ser sincero, eu ainda como. Eu não rejeito uma carne assada de jeito nenhum! [...] (Noé)

Esses depoimentos revelam o modo como os entrevistados cuidam da sua saúde, bem como o conhecimento deles sobre as possíveis alterações de seus níveis pressóricos em decorrência do consumo de alimentos contra-indicados às suas condições clínicas. Tais informações, oriundas de consultas médicas ou mesmo adquiridas por meio da mídia, contribuem para que esses pacientes adotem uma dieta considerada mais salutar. No entanto, esta adesão não se mostrou significativa, como se evidencia na fala de Noé. Embora reconheça que uma dieta rica em sódio e alimentos gordurosos colabora para o aumento da pressão arterial, o entrevistado revela a dificuldade de desvincular-se de hábitos alimentares pré-existentes.

Corroborando esta realidade, estudo realizado no Paraná evidenciou que o seguimento

de dieta considerada apropriada para hipertensos e diabéticos foi um dos critérios de tratamento não farmacológico menos seguido pelos pacientes. Tal fato associou-se a fatores econômicos - os quais reduzem as opções de escolha de alguns alimentos-, ou mesmo a questões culturais, haja vista que existem costumes alimentares que atrapalham as mudanças de hábitos¹³.

De acordo com o Ministério da Saúde¹, uma alimentação adequada para indivíduos acometidos por HAS e DM deve ser rica em frutas, hortaliças, fibras e laticínios com baixo teor de gordura. O incentivo a uma alimentação saudável é fundamental, pois favorece melhor controle metabólico, do peso corporal e índices glicêmicos. Para tanto é necessário que ao ser elaborado um plano alimentar, este deve levar em consideração a individualidade do paciente e estar de acordo com a sua idade, sexo, estado metabólico, situação biológica, atividades físicas, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais e condições econômicas.

Um fator relevante na elaboração de um plano alimentar para os portadores de HAS e DM é considerar a disponibilidade de alimentos na região em que os mesmos residem, visando maior adesão a este tipo de terapêutica¹. Ao conservar na dieta dos pacientes alimentos presentes em seus cotidianos existem grandes chances deles aderirem à dieta, pois não serão obrigados a consumir mantimentos diferentes daqueles que já estão adaptados. A dificuldade de adesão pode ser observada no seguinte depoimento:

Não tô comendo muita massa e nem o açúcar, só adoçante [...] eu ia para nutricionista, mas não fui mais, porque eu chegar lá, ela vai passar dieta e eu não vou cumprir [...] é ruim demais dieta, só comida ruim [...] não tem gosto de nada [...] é coisa de linhaça. Eu sei que eu tenho que fazer, mas é muito ruim. (Maomé)

Na fala de Maomé percebe-se que, embora ele reconheça a necessidade de cumprir a dieta

para manter em valores apropriados seus índices glicêmicos e pressóricos, ele demonstra repulsa por determinados alimentos orientado pelo profissional de saúde.

Ao ser prescrita uma dieta que impeça o paciente de praticar hábitos alimentares enraizados em sua cultura, este tende a comparar reeducação alimentar a um castigo, pois requer substituição de gênero alimentício usualmente consumidos por outros alimentos considerados mais saudáveis, porém não tão saborosos ao paladar¹³. Por tal razão, é imprescindível que o profissional responsável pela assistência desses pacientes, seja ele médico, enfermeiro ou nutricionista, possibilite ao mesmo participar ativamente de todas as esferas de seu tratamento, inclusive de seu plano alimentar.

Diante do exposto, observa-se que os participantes embora reconheçam a necessidade de aderirem a um plano alimentar visando manter os valores normais da pressão arterial e do índice glicêmico, revelam as dificuldades enfrentadas para seguir o recomendado pelos profissionais de saúde.

Prática de exercícios físicos

A realização de exercícios físicos foi mencionada pelos entrevistados como uma das formas de cuidar da saúde, como pode-se perceber nos discursos abaixo:

Eu pratico esporte, porque eu joga bola duas vezes na semana e às vezes eu caminho também. (Adão)

Eu caminho, caminho todo dia. Eu ando muito, ando evangelizando. (Davi)

Eu ando de bicicleta, gosto de pedalar [...]. Sempre vou pro trabalho de bicicleta [...] eu acredito que tudo que a gente fizer é um bem pra saúde, né? (Jeremias)

Apesar da atividade física ter sido evidenciada na fala de alguns participantes, estas não estiveram presente, na maioria dos discursos, como uma ação específica para melhorar as condições de saúde, mas como uma atividade

associada a outras práticas presentes no dia a dia. Isto pode ser verificado no relato de Jeremias, no qual revela que a ida ao trabalho de bicicleta é considerada, por ele, uma maneira de realizar atividade física.

Na realidade, para que esta forma de tratamento não medicamentoso seja eficaz e o paciente consiga manter uma saúde cardiovascular satisfatória, é necessário realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada². Contudo, esta periodicidade não foi evidenciada nos relatos apresentados por grande parte dos entrevistados, os quais revelaram fazer exercícios de modo irregular.

Segundo autores, a prática de exercícios físicos é o segundo critério da terapia não farmacológica menos seguido por pacientes hipertensos e diabéticos, perdendo apenas para adesão à terapêutica alimentar^{8,13}. Sabe-se que o sedentarismo é um problema do mundo moderno, pois embora os avanços tecnológicos possibilitem, cada vez mais, comodidade ao ser humano, os mesmos trazem diversos ônus à saúde, visto que interferem negativamente na qualidade de vida das pessoas, sobretudo, ao portador de HAS e DM. Isto porque a inatividade física acarreta aumento do depósito de gordura, o que tende a elevar os riscos de doenças cardiovasculares³⁻⁴.

No contexto dessas considerações, é válido ressaltar que a rotina de trabalho estressante exigida no mundo atual foi mencionada por um dos participantes, o qual atribuiu a este fato a responsabilidade de não poder realizar nenhuma atividade física.

Eu não tenho tempo. Trabalhando direto, não posso frequentar uma academia, caminhar, fica muito difícil, porque chego muito tarde [do trabalho]. [...] Tenho que trabalhar pra sobreviver [...] e o trabalho tira o tempo de você se cuidar [...]. (João)

A fala de João aponta o trabalho como um obstáculo para o mesmo desempenhar atividades
R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jan./mar. 4(1):2676-85

físicas e aderir a este critério do tratamento não medicamentoso. A longa jornada de trabalho apontada pelo entrevistado o impede de ter tempo para realizar qualquer exercício físico. Esta realidade não está vinculada apenas a indivíduos do sexo masculino, haja vista que a rotina estressante no emprego além de diminuir o tempo livre para práticas esportivas, reduz o ânimo para tais atividades. Deste modo, faz-se necessário que alternativas sejam encontradas no próprio ambiente de trabalho para estimular os trabalhadores a desenvolverem exercícios físicos, objetivando com isso redução do sedentarismo, bem como aumento da disposição e da qualidade de vida.

Uma questão que também merece destaque neste estudo está relacionada aos cuidados desenvolvidos por entrevistados que já haviam sofrido consequências graves, como infarto agudo do miocárdio devido à HAS e DM, doenças de base que os acometiam.

Depois que eu enfartei, mudei tudo, parei de fumar e passei fazer as coisas certas [...] Me cuido mais, se não eu num tava nem aqui! [...] me cuido fazendo atividade física. Faço caminhada todos os dias e faço musculação também. É importante, faz bem pro nosso corpo [...] Antes eu era parado, não fazia nada. (Bartolomeu)

Este discurso revela a rotina de cuidados com atividades físicas vivenciada por Bartolomeu após sofrer um infarto, experiência esta que modificou os hábitos de vida desse entrevistado. A adesão a este e outros critérios do tratamento não farmacológico após experiências traumáticas como um infarto pode fazer com que a pessoa reflita sobre suas ações e, a partir disso, conscientize-se para a adoção de um estilo de vida mais salutar.

No entanto, contrariando este pensamento, pesquisa realizada em São Paulo, com homens que sofreram infarto agudo do miocárdio, evidenciou que os mesmos, após vivenciarem tal experiência permeada de sentimentos negativos, como insegurança e medo, apresentaram reincidência da

doença seguida de nova hospitalização. Tal fato demonstra que nem sempre uma mudança de conduta é observada e o paciente tende a retornar ao mesmo estilo de vida que possuía antes de sofrer o infarto¹⁴.

Sendo assim, observa-se que a prática de atividade física relatadas pelos entrevistados deste estudo esteve presente como uma das formas de cuidar de sua saúde. Porém esta ação apresentou-se de maneira irregular, seja por fatores que dificultavam a realização de exercícios físicos ou por questões que permeiam o próprio universo masculino.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram responder o questionamento relativo ao objeto de estudo. Sendo assim, é possível afirmar que os cuidados desempenhados pelos entrevistados apresentaram-se incipientes, principalmente quando a atitude de cuidado está intimamente vinculada a mudanças no estilo de vida adotado por esses indivíduos.

Deste modo, constatou-se menor adesão aos tratamentos não farmacológicos, como o seguimento do plano alimentar e prática de atividades físicas. Contudo, evidenciaram-se, também, atitudes de descuido por parte de alguns entrevistados quanto a terapêutica medicamentosa. Este fato esteve associado à ausência de sintomas que alterassem o cotidiano dos indivíduos, como também a um menor conhecimento acerca da HAS e DM.

De modo geral, mudar hábitos enraizados ao longo da vida das pessoas demanda tempo, requer conscientização por parte delas a respeito do seu estado de saúde, bem como força de vontade. No caso de pacientes do gênero masculino esta mudança torna-se ainda mais árdua, haja vista que o padrão de masculinidade impõe a eles determinadas atitudes capazes de

gerar obstáculos para que os mesmos cuidem de sua saúde.

Diante disto, entende-se como fundamental que os profissionais de saúde envolvidos na assistência prestada aos homens portadores de doenças crônicas estejam preparados para compreender as limitações existentes no contexto em que estes estão inseridos. Pois, a partir de tal compreensão, estratégias eficazes de educação em saúde voltadas para este grupo populacional poderão ser desenvolvidas na tentativa de promover maior adesão deles aos tratamentos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. DATASUS. SISHIPERDIA [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 set 08]. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Sistema de Gestão Clínica da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica - SISHIPERDIA. Available from: <http://hiperdia.datasus.gov.br>
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Bras. Hipertens. 2010;17(1):1-69.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic; 2007.
5. Laurenti R, Jorje MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Cien Saude Colet. 2005;10(1):35-46.
6. Figueiredo W. A Assistênrcia à saúde dos

Brito RS, Santos DLA.

homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):105-09.

7. Brito RS, Santos DLA. Men and preventive health: systematic literature review. *Rev. Enferm. UFPE On Line [Internet].* 2010 [cited 2011 jul 10];4(esp): 1118-123. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1054/pdf_111
8. Teixeira ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2006;10(3):378-84.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética - CONEP. Resolução 196/96. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Brasília; 1997.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2002.
11. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2603-10.
12. Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, Cadê NV, Mezdari VA. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *R Enferm UERJ.* 2006;14(1):32-6.
13. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):27-32.
14. Mussi FC, Koizumi MS, Angelo M, Lima MS. Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(2):115-24.

Recebido em: 04/09/2011

Aprovado em: 04/12/2011

R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jan./mar. 4(1):2676-85