



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

REINALDO SANTANA MACHADO

**SENTIDOS SOBRE ALGUNS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NA
VIVÊNCIA DE ADOECIMENTO CRÔNICO: COM A VOZ, HOMENS QUE VIVEM
COM DIABETES TIPO 2**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA

2015

REINALDO SANTANA MACHADO

**SENTIDOS SOBRE ALGUNS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NA
VIVÊNCIA DE ADOECIMENTO CRÔNICO: COM A VOZ, HOMENS QUE
VIVEM COM DIABETES TIPO 2**

Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Saúde.

Orientador: Prof. Msc. Franklin Demétrio.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BA

2015

TERMO DE APROVAÇÃO

REINALDO SANTANA MACHADO

SENTIDOS SOBRE ALGUNS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NA VIVÊNCIA
DE ADOECIMENTO CRÔNICO: COM A VOZ, HOMENS QUE VIVEM COM DIABETES TIPO

2

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo
da Bahia.

Aprovado em: _____ de _____ de 2015.

Banca examinadora

Prof.º Msc. Franklin Demétrio Silva Santos

Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Doutorando em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) - Orientador

Prof.º Msc. Márlon Vinícius Gama Almeida

Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Professor Substituto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof.ª Dr.ª Ticiane Osvald Ramos

Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília (UnB)

Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB.

AGRADECIMENTOS

Obrigado à Deus, em primeiro lugar, depois à todas as entidades que me protegem e olham por mim, independente da doutrina. Ao meu pai, guerreiro, e minha mãe, maior heroína que conheci (amores em primeiro plano), que mesmo sem entenderem muita coisa sobre a academia e o ensino superior, sempre me apoiaram e me deram mais que pão e água, para que eu chegasse e não parasse aqui. Aos meus irmãos e amigos que, por vezes, se confundem como tal. À minha noiva, mais que importante, quando o equilíbrio emocional era abalado no processo de construção do projeto.

Agradeço ao meu surpreendente “heroientador”, Franklin Demétrio, que, mesmo com uma doutora defesa pela frente, encontrou um espaço no tempo para aconselhar, orientar e sugerir caminhos para passos certos, não fáceis, mas, certos. Ao grupo de pesquisas, projetos e construções maravilhosas, o LABHISC, pois a orientação foi um processo que não terá fim, e não um período estagnado em algum lugar do tempo, demonstrando que pessoas produzem sentimentos, desejos, sonhos convertidos (mas não submissos) em ciência. Quero agradecer a minha outra família (MÁFIA) nascida nas resenhas em sala, que demonstrou um carinho e homogeneidade recíproca nos espaços da universidade, nos espaços virtuais e sociais extra CCS, sem palavras. Aos amigos que me auxiliaram muito na construção do meu projeto, Thiago Passos e Maeve Santos, além de tantas outras pessoas que não citei aqui, mas que a gratidão é em escala igualitária.

Acredito mais em pessoas que em certezas, enquanto mantiver essa crença lutarei dia a dia para que essa certeza seja essência em minha vida. Obrigado a todos! Se a caminhada for longa, vamos descansando, mas nunca paremos de caminhar.

RESUMO

Atualmente muito se tem discutido a respeito de qualidade de vida, estilo de vida e hábitos saudáveis, como uma nova perspectiva de atenção à saúde. Estudos, projetos e diretrizes governamentais propõem o enfoque maior na atenção primária a saúde e um estilo de vida saudável pautado na visão biomédica de cuidado. Um dos pontos mais enfatizados por essas políticas é o que diz respeito ao (combate) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Nessa perspectiva, o estudo pretende conhecer e analisar os sentidos sobre alguns domínios da qualidade de vida de homens que vivenciam o Diabetes Mellitus tipo 2, buscando conceitos advindos tanto do escopo científico quanto de razão popular. O público escolhido dá-se pelo fato da construção histórica e social da população masculina não buscar as redes de atenção básica a saúde com a mesma frequência que as mulheres procuram, elevando assim índices de doenças e complicações à saúde dos homens. A coleta das informações se deu a partir de questionário de cunho qualitativo, com a gravação dos diálogos e transcrição das entrevistas. Os resultados obtidos reforçam a relevância das percepções individuais nos processos de aceitação cura/reabilitação ou vivência com a enfermidade, além da importância dos cuidados familiares e a necessidade de novas perspectivas dos profissionais de saúde na relação com o paciente.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Discurso. Homem. Diabetes.

ABSTRACT

Currently much has been discussed about quality of life, lifestyle and healthy habits, such as a new perspective on health care. Studies, government projects and guidelines propose greater focus on primary health care and a healthy lifestyle guided by the biomedical vision care. One of the most emphasized by those political points is what concerns (fighting) chronic non-communicable diseases (NCDs). The World Health Organization (WHO) defines chronic diseases as cardiovascular disease (cerebrovascular, ischemic), cancer, chronic respiratory diseases and diabetes mellitus. From this perspective, the study aims to understand and analyze the meanings of some domains of quality of life of men who experience the Diabetes Mellitus Type 2, seeking concepts arising both from the scientific scope as popular reason. The audience chosen gives up because of the historical and social construction of male population not seek the basic health care networks with the same frequency as women seek, raising rates of disease and complications to men's health. Data collection occurred from qualitative nature of the questionnaire, with the recording of the dialogues and transcription of the interviews. The results support the relevance of individual perceptions in acceptance processes cure / rehabilitation or living with the disease and the importance of family care and the need for new perspectives of health professionals in relation to the patient.

Keywords: Quality of Life. Speech. Man. Diabetes

INTRODUÇÃO

A necessidade de disseminar um estilo de vida saudável, agregado à obrigatoriedade governamental de investimento em políticas públicas que auxiliem essa expansão fez com que, nos últimos tempos, se ampliasse a discussão sobre um tema propagador de sinônimos e signos - qualidade de vida (QV). Apesar de ser comumente repetido em discursos nas rodas de conversas e apresentações de eventos da área, o termo ainda carece de um conceito que o compreenda em todos os termos que o mesmo abarca. Para Almeida (2012), quando se fala em qualidade de vida, pensa-se em algo bom, mesmo que não conheça ou entenda o que está em discussão, ao mesmo tempo em que é disseminado, busca-se o entendimento do foco da discussão. Seidl e Zannon (2004) apontam indícios de uso do termo na década de trinta. Nos anos oitenta, a busca pelo conceito melhor estruturado e instrumentos de aferição com bases científicas, foram intensificados, contudo, a década de noventa foi o período de maior e melhor produção científica, tanto para o conceito quanto para instrumentos que permitissem a universalidade do mesmo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995, p. XX) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O conceito da OMS busca enquadrar-se em todos os âmbitos que tentam compreender o ser humano, uma vez que a organização busca parâmetros de excelência a serem seguidos pelos países que dela fazem parte.

Para Martin e Stockler (1998) qualidade de vida deve ser definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade, sendo que quanto menor à distância, melhor. Na revisão da literatura é amplamente perceptível como a noção de qualidade de vida está voltada para a subjetividade, ou seja, para a percepção do sujeito em relação ao tema proposto. Isso ressalta a importância de se levar em consideração as representações que o indivíduo traz, não só da noção de qualidade de vida, mas também do seu processo de doença e suas experiências com enfermidade.

Minayo e outros (2000) ressaltam que qualidade de vida engloba diversos âmbitos, desde o caráter individual, perpassando pelas condições de vida e ambiente, ou seja depende

não só do sujeito como dos instrumentos sociais e, conseqüentemente necessita de estratégias de gestão governamental que funcione bem. Reconhecer e respeitar o escopo cultural e subjetivo de cada indivíduo é imprescindível em abordagens na área de saúde, uma vez que esses sujeitos provavelmente têm hábitos diferentes das recomendações geralmente prescritas pelos profissionais, principalmente em relação à alimentação, atividades físicas e outros aspectos do estilo de vida mais cotidiano.

Ao longo dos tempos e estudos, a necessidade de instrumentos para melhor aferir, ou padronizar componentes da qualidade de vida foi se tornando fundamental. A OMS (ANO) estruturou o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), instrumento utilizado mundialmente para medir níveis de qualidade de vida. A disseminação abrangente se dá além da autoridade da organização, também pela capacidade que o instrumento tem de alcançar várias dimensões (cultural, social, econômica, espiritual, dentre outras) sem desconsiderar os aspectos biológicos e físicos dos indivíduos.

Pela necessidade e capacidade de entender todos os âmbitos que compõem o sujeito, se torna perceptível à importância da atenção dada nas últimas décadas ao tema qualidade de vida. A intenção do presente estudo não foi aplicar um questionário que se destinasse a aferir o nível de qualidade do público em estudo, mas buscar nos discursos dos mesmos, objetos que explicitem tal importância e as relações entre o convívio com a doença.

No que diz respeito à atenção e cuidado à saúde do homem e como o mesmo se comporta dentro dos níveis de atenção básica da saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2009 um conjunto de pesquisas para descrever o histórico de evasão ou não aderência pelos indivíduos do sexo masculino nos serviços de saúde da atenção primária.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008), visa amparar em todos os níveis, o cuidado, prevenção e tratamento do público em destaque. O intuito, com a criação da política, foi tentar reverter o quadro de baixa frequência dos homens nos ambientes de atenção à saúde, principalmente na atenção básica.

A política atribui a baixa frequência dos homens nos serviços de atenção básica, ao próprio homem que, pelo contexto cultural em que está inserido, ou seja, a sociedade ainda associa o homem à imagem de indivíduo que não adoece, ou não tem características do cuidado consigo e com o outro. Martins (2013) ao analisar o discurso presente na PNAISH

traz a perspectiva de distorção do que foi dito pelo Ministério da Saúde em relação à política que o próprio órgão criou. Martins (2013) ainda aponta trechos demonstrando que o documento não surgiu do anseio ou necessidade de amparo pelos meios de atenção básicos da saúde do público específico, mas de extratos da sociedade, principalmente da área médica específica, como a urologia. Esse interesse gerou um reducionismo no significado, não apenas na PNAISH como anteriormente a ela, permeando a sociedade com a noção de saúde do homem reduzida às patologias relacionadas ao sistema genital e urológico (MARTINS; MALAMUT, 2013).

O MS descreve que os atendimentos são computados nos níveis das especialidades, quando o quadro de doença ou o processo de adoecimento se encontra em estágio avançado, o que dificulta o processo de reabilitação/cura e aumenta os gastos com cuidado a esses pacientes. O MS, no que diz respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece que o acesso se dá “por meio da atenção especializada e tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS” (BRASIL, 2008. p. 5). A PNAISH ainda traz que as doenças crônicas, como uma das principais causas de morbimortalidade dentre os homens no mundo, reforçam novamente a visão de saúde pela vertente da enfermidade e do olhar biomédico propagado pelo sistema de saúde existente no país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo Diabetes Mellitus (DM) como conceito para transtorno metabólico de causas díspares, que ocasiona hiperglicemia e disfunções no metabolismo de gorduras, proteínas e outros nutrientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). A hiperglicemia, sintoma comum na pessoa que convive com o diabetes, é ocasionada por falha na ação da insulina, em sua produção ou ambos os aspectos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007). A OMS e a Associação Americana de Diabetes descrevem quatro classes clínicas para a patologia, são as DM do tipo 1 e 2, mais comuns, além da Diabetes Mellitus gestacional e uma categoria definida como pré-diabetes, comportando a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007). O DM tipo 1, tem ocorrência entre 5% e 10% da população mundial e se dá devido a destruição de células pancreáticas ocasionando percentuais insuficientes de insulina no organismo. O DM tipo 2 é a forma que

mais acomete a população chegando a níveis entre 90%-95% da população tendo como causa defeitos na ação da insulina e/ou na secreção do hormônio.

Diversos autores (SCHMIDT et al., 2009; BRASIL, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007) apontam que o eminente crescimento da prevalência da doença é motivado principalmente pelos hábitos de vida pautados no estilo sedentário e alimentação inadequada, aspectos influenciados pelas mudanças culturais na própria sociedade mundial, influenciado pelos regalos da tecnologia e facilidade da obtenção de bens que propiciam mais conforto e menos atividade física. Pelo fato do Diabetes Mellitus tipo 2 estar mais atrelado aos aspectos nutricionais e hábitos de vida, além de atingir um grande percentual da população, o presente estudo se dirigiu ao público portador desta patologia, considerando ainda a escassez de estudos que tenham se voltado a investigar a qualidade de vida desses adoecidos e suas representações sociais.

Visando ir além da descrição e trazer propostas que possam auxiliar em novos estudos, bem como soluções para esse problema de saúde e não aderências aos programas por parte dos homens, com enfoque voltado para as doenças crônicas, ressaltamos que tais programas agem principalmente no estilo de vida desses indivíduos, mudando-os radicalmente e alterando sua rotina. Estas transformações podem ser esse um dos principais motivos de não adesão. As medidas de tratamento/cura, na maioria das vezes impostas pelos médicos e profissionais envolvidos, não respeitam as representações sociais do indivíduo e não o deixam se representar enquanto participantes no processo de cuidado em saúde-doença.

A medicina tende a tratar as doenças como fenômenos essencialmente biológicos, o que não quer dizer que ela não reconheça as determinações sociais da doença. No entanto, quando não as deixa de lado, confere-lhes papel secundário, interpretando-as como consequências da doença, evento biológico. (FERREIRA, 2012, p. XX).

Assim, objetiva-se conhecer e analisar os sentidos sobre alguns domínios da qualidade de vida de homens que vivenciam o DM tipo 2.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho exploratório (MYNAIO, 2007) e analítico. Tendo como público-foco homens portadores de Diabetes Mellitus do tipo 2 cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) de uma Unidade de Saúde da Família, localizada no bairro do Cajueiro do Município de Santo Antônio de Jesus, no recôncavo do estado da Bahia.

Utilizou-se a técnica da entrevista em profundidade. Para isso, usou-se um roteiro de perguntas construído pelo pesquisador-orientador e estudantes do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), participantes do Laboratório Humano de Estudos, Pesquisa e Extensão Transdisciplinares em Saúde, Nutrição, Gênero e Cuidado (LABHISC). As entrevistas foram aplicadas pelos mesmos estudantes. O questionário engloba diversas questões referentes à saúde, significação da enfermidade e do processo de adoecimento, itinerário terapêutico, auxílio dos familiares nesses processos, além da percepção de qual lugar ocupado pelo homem nos serviços, campanhas e políticas de saúde, além de pretender conhecer as variáveis frequentemente inseridas em entrevistas como os aspectos socioeconômicos, religiosos, idade. Essas variáveis são abordadas também em questionários qualitativos sobre qualidade de vida, desse modo, as falas dos entrevistados abarcam o repertório pretendido mesmo sem aplicar um instrumento específico para o fim. A proposta de análise do discurso do público foco atrelada a um instrumento de pesquisa de cunho qualitativo permite uma compreensão da realidade humana através das expressões verbais, gestuais e tonalidades vocais dos autores discursivos, produzindo uma melhor compreensão dos significados e conceitos construídos pelo indivíduo atuante da fala como descrevem (FRASER; GONDIM, 2004).

Após a construção do instrumento de pesquisa, os questionários foram aplicados nos domicílios dos entrevistados ou em outro local de preferência dos mesmos, com intuito de garantir mais conforto e tranquilidade para o andamento das entrevistas que aconteceram no período entre setembro e novembro de 2014. O intuito do estudo é buscar nas falas dos entrevistados as percepções sobre qualidade de vida e como o diabetes influi nela. A importância do discurso do público destacado em relação às perspectivas aqui explanadas é

relevante, buscar entender ou explicitar a equivalência das propostas do sistema de saúde e das campanhas projetadas pelo mesmo, à realidade dos indivíduos que tais ações pretendem alcançar. Martins e Malamut (2013) ao citarem Foucault (2008), observam que independente de quem fala o discurso não é propagado de qualquer lugar, ou por qualquer motivo, ressaltando a importância de influências advindas dos setores da sociedade que são formadores de conceitos e opiniões a respeito dos processos de saúde, saúde do homem e políticas voltadas para o público, como a PNAISH. Conceitos esses, que incidem na percepção sobre as variáveis que influenciam a qualidade de vida dos indivíduos, devem ser descritos a partir das falas dos indivíduos, com destaque para a importância de não se explicitar o objeto de estudo (qualidade de vida), a fim de obter discursos sem maiores influências, tanto do pesquisador, quanto das questões abordadas no instrumento de coleta.

Foram selecionados seis questionários da base de dados do projeto principal (LABHISC), pelo fato dos indivíduos serem portadores de Diabetes Mellitus do tipo 2 e terem sido entrevistados no período mais recente da coleta. Quando citados, os indivíduos foram classificados como E1, E2, E3, E4, E5 e E6 (E para entrevistado e o respectivo número de ordem de análise dos questionários), essa medida foi simplesmente de caráter ordenatória de ordem, além de preservar a identidade dos entrevistados.

Cabe salientar que o estudo foi originado a partir do projeto “Significados atribuídos ao diabetes mellitus e às terapias dietética e farmacológica: estudo com homens de um município do Recôncavo da Bahia, Brasil” (JESUS, 2013) que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, de acordo parecer nº 210.121/2013. Os sujeitos que aceitaram fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após repassadas as instruções sobre o sigilo da identidade e da participação voluntária

A análise dos questionários e consequentemente dos discursos dos entrevistados foram embasados nas variáveis que qualificam o conceito de qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). São os domínios: físico, psicológico e relações sociais, as variáveis que se encontram no instrumento destinado a medir os níveis de qualidade de vida WHOQOL (MINAYO et al., 2000). Dentro de cada variável foram abordadas subdimensões, a fim de melhor retratar os discursos. No âmbito físico foram

relevantes as questões relacionadas à alimentação, saúde na perspectiva corporal, atividade física e hábitos como fumar, consumir bebidas alcoólicas, dentre outros. As relevâncias relacionadas ao âmbito psicológico buscaram tratar da experiência ao descobrir a enfermidade e como lidar com o Diabetes pós-descoberta, isso devido ao conceito de saúde propagado pela OMS (ANO), no qual o bem-estar psicológico também é importante. As relações sociais também são imprescindíveis na percepção da qualidade de vida dos sujeitos, uma vez que esses indivíduos são seres sociáveis que necessitam manter boas relações entre familiares, amigos, profissionais de saúde, dentre outros, para que as bases de qualidade de vida se tornem mais sólidas nesse e nos outros campos de sua existência. Com isso, pretendeu-se buscar as percepções individuais a respeito do diabetes, as variáveis propostas e suas dimensões acima citadas, para construir relações entre o escopo literário existente ou lançar novos olhares e discussões à respeito dos rumos da saúde do homem, diabetes mellitus e qualidade de vida na perspectiva de atuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepção sobre a descoberta e o estado de enfermidade

A importância de falar sobre a percepção da experiência com enfermidade se insere na influência do sofrimento emocional durante a descoberta ou o processo de aceitação que o indivíduo enfrenta. É fundamental para o estado psicológico e para o início e andamento do tratamento, que a pessoa entenda seu estado e as transformações na sua vida a partir da descoberta, a qual, conseqüentemente, influi na qualidade de vida do portador da enfermidade e do sofrimento. Assim a pretensão da variável foi buscar nos discursos dos indivíduos, elementos que pudessem caracterizar como se deram essas experiências.

Das seis entrevistas analisadas, quatro homens relataram preocupação e sofrimento inicial ao descobrir que eram portadores de diabetes. A preocupação foi relatada inicialmente como susto, devido às dificuldades que o convívio com o diabetes representa, além do sentimento de sofrimento extremo ao descobrir a doença:

Fiquei com depressão, passei mal, emagreci 15 kg em uma semana, fiquei encabulado, sensação de medo, tremendo, fique encabulado aqui na mente, pensei que eu ia morrer logo, entendeu, pensei que eu não ia resistir e ia morrer logo, entendeu? (E3).

Porém, outros relatos inicialmente demonstraram a perspectiva da preocupação, mas posteriormente a aceitação da situação:

Fica um pouco assim preocupado, né? Que é um problema um pouco grave, né? Mas a gente tem que se conformar e conduzir a vida pra frente (E4).

Apenas dois entrevistados referiram não passar pelo estado de sofrimento ou preocupação quando recebeu a notícia.

O entrevistado dois (E2) explicou sua postura pelo fato de conhecer outras pessoas com a mesma enfermidade e o estilo de vida delas não havia mudado muito:

[...] não fiquei preocupado não, muitos colegas tinham, comia muita coisa doce, achei normal, me senti normal (E2).

O entrevistado cinco (E5) no início do seu relato demonstrou que não havia sofrido ou se preocupado com o fato de ser portador de diabetes, devido a sua perspectiva natural sobre adoecimento e morte, sentia-se bem resolvido em relação a esses assuntos:

É, nunca tive medo de morrer, então eu não tive pressão (impressão) com nada. Diabetes o que veio é cuidar, fui fazer exame pra poder me tratar, me cuidar entendeu?(E5).

Porém, em outro trecho da entrevista a impressão deixada é de lamentação devido às consequências advindas do diabetes:

Eu fiquei magro por causa da Diabetes, eu emagreci que eu era ó... barrão, as meninas diziam, oh! moleque bonitão (E5).

Esse fato aponta uma das importâncias da abordagem qualitativa na pesquisa em saúde-doença, uma vez que quantitativamente a recuperação ou revisão da percepção do indivíduo não seria possível.

A variável aponta também outro fator importante para o processo de aceitação e formas mais brandas de lidar com a experiência da descoberta da enfermidade e do processo de adoecimento. Alguns indivíduos relataram que a falta de informação sobre a doença afetava no entendimento da mesma, bem como no percurso de tratamento:

Era pra ser melhor, né?! Ainda mais pra quem é diabético, tem depressão, o atendimento tem que ser melhor, né?! (E5).

Outro ponto também é em relação ao atendimento humanizado, que será discutido em outro tópico mais adiante.

A saúde...

Segundo o conceito da OMS (ANO), citado anteriormente, a saúde seria um objeto utópico, praticamente inalcançável ao ser humano, uma vez que deve harmonizar todo o escopo que nos dá sentido. Nos discursos dos entrevistados, essa vertente conceitual da Organização Mundial de Saúde não é relatada, mas ocorre certa extrapolação desse conceito, pois, todas as entrevistas analisadas relatam a presença eminente da saúde, mesmo com o problema do diabetes, e por outras vezes, agregado a outras enfermidades como hipertensão:

Saúde pra mim é se sentir bem, né. Se alimentar bastante, não ficar sempre doente (E1).

Saúde para mim é ausência de doença. Eu acho que doença é o estado degenerativo do corpo da gente em alguma parte. Alguma parte que não tá trabalhando bem, causa doença. E às vezes a própria cabeça da gente faz com que a doença chegue e se instale (E6).

É evidente a percepção do entrevistado seis, a noção de saúde amparada tanto pelo modelo biomédico, quanto pela perspectiva biopsicossocial.

Nota-se que é presente nos discursos a noção hegemônica propagada pelos produtores do discurso de saúde do homem enquanto apenas disposição para o trabalho, provedor do lar e de não necessitar preocupar-se com a saúde até que as enfermidades estejam presentes e influenciem nesse processo cotidiano:

Ah, saúde é a pessoa ser saudável, né? Em tudo. Não sentir nada. É a saúde, né? Porque quando você tem uma... um problema de doença, a saúde não é mais aquela, que era né? Você fica mais... difícil. Fica mais difícil em tudo. Em se alimentar... em viver... em tudo a pessoa fica mais difícil de viver o dia a dia (E4).

Saúde é o cara ser forte, né?, enfrentar tudo (E2).

Saúde pra mim é uma coisa importante que a gente tem pra conviver com a gente, ser saudável, não sentir nada, tá disposto pra tudo. Eu era um homem disposto pra tudo hoje eu não sou, não valho mais nada, nem pra comer, nem pra namorar, nem pra dançar (E5).

O fato demonstra como o discurso influencia diretamente na saúde do homem e, conseqüentemente na qualidade de vida do indivíduo, já que o quesito em questão está intrinsecamente ligado ao objeto do estudo, logo, os discursos hegemônicos incidem

negativamente na perspectiva de saúde do homem e discordam das afirmações da PNAISH, uma vez que a política salientou participação da população masculina na construção do documento e, ao mesmo tempo, negam o discurso sobre a perspectiva de saúde propagada não pela população, mas por um restrito grupo de especialistas detentores do discurso sobre a saúde do homem (MARTINS; MALAMUT, 2013).

A alimentação...

Em relação à alimentação, percebeu-se nas falas dos entrevistados que este foi o principal quesito de mudança pós-descoberta do diabetes, e que a influência profissional é imprescindível nesse processo. De acordo com os relatos, todos os indivíduos seguiram as orientações profissionais inicialmente e mudaram a alimentação devido a enfermidade, porém, dois homens mencionaram ter retornado a alimentação habitual, devido à rotina de trabalho. Segundo eles, o novo padrão alimentar não supriu às demandas (meta)físicas necessárias ao seu cotidiano profissional, como relata o entrevistado abaixo:

Aí, como eu viajava durante o dia, eu ‘tava’ me sentindo fraco, aí, cortei a dieta que ela passou e tomava meu café normal de manhã. Integral, café com leite (E1).

Outro entrevistado que não prosseguiu com a dieta prescrita pelo profissional de saúde, também buscou no cotidiano de trabalho o argumento para o regresso ao antigo hábito:

Eu trabalho com produtos químicos, eu não posso ficar sem me alimentar bem, entendeu? Eu trabalho com produtos nocivos, eu trabalho com pintura. Solvente, com tinta, eu não posso. Aí, eu tenho que me alimentar. Se eu fosse me alimentar com o que ela passou, eu já tinha morrido já, pelo tempo (risos) (E3).

Fica evidente nas falas dos entrevistados destacados, a insuficiência dialética alimentar por parte dos profissionais de saúde para com o indivíduo, ao recomendar uma nova dieta sem uma escuta e diálogo mais profundos, buscando conhecer o cotidiano do homem e seus traços alimentares sócio-culturalmente estabelecidos. Esses fatores são decisivos ao escolher ou recomendar um novo hábito tão marcante no cotidiano do indivíduo como é a

alimentação. Influencia diretamente nas relações que mantêm um quadro de qualidade de vida satisfatório para o sujeito, uma vez que seus desejos subjetivos, prazeres providos do hábito de se alimentar são desconsiderados abruptamente por nutricionistas, médicos ou outros profissionais que indicam as novas dietas, sem ponderar um cuidado alimentar com mudanças de hábitos pelo viés gradativo e processual.

Para além do prazer e da boa sensação de comer, as mudanças interferem nas relações culturais e familiares do indivíduo, uma vez que os significados presentes na cultura alimentar naturalmente são construídos no seio familiar e na subjetividade individual. Pontieri e Bachion (2010) abordam a vertente das recomendações unilaterais propostas por profissionais de saúde em relação à indivíduos portadores de diabetes, além da desconsideração pelas crenças e costumes adquiridos por esse sujeito em relação à alimentação e hábitos familiares:

[...] agora não ficou muito unida porque aquelas festanças acabou, aqueles almoço badalado acabou, aqueles doces, bolos confeitado acabou, entendeu? Então essas coisas aí afastaram mais, né? Vem, mas não vem assim constantemente (E5).

Os demais indivíduos relataram a adequação à alimentação prescrita, o motivo mais importante foi devido ao controle do diabetes, juntamente com a orientação profissional:

Eu segui a orientação que a médica falou, cortar mesmo o açúcar, aí eu fui diminuindo (E2).

Eu passei a não comer gordura, não comer toucinho, não comer carne de porco, não comer doce, esse negócio tudo assim, abandonei tudo (E5).

Contudo, alguns homens representaram no discurso a insatisfação em relação à alimentação dietética, mesmo sendo prescrita por profissionais e, em seus relatos, os mesmos entenderem que a mudança visava uma possível melhora na condição de saúde. Nesse contexto Demétrio e outros (2011) abordam a perspectiva da nutrição clínica pela tendência biomédica, ou seja, o desrespeito à opinião do paciente aliado a práticas de tratamento cartesiano, onde o indivíduo é visto por peças ou órgãos ou enunciado como a própria doença (diabético).

Retomando o caráter de equilíbrio e bem estar em todos os âmbitos do indivíduo trazido pelo conceito da OMS, desde 1946 (FLECK, 2000), torna-se incoerente buscar relação entre tal conceito e as práticas dos profissionais de saúde que desconsideram um aspecto, uma vertente de saúde e qualidade de vida tão importante, como se apresenta o âmbito da alimentação no contexto do processo saúde-doença e na percepção do indivíduo como foi descrito nos relatos anteriores.

As relações sociais...

As relações sociais indicam um campo de primordial importância no processo de reabilitação, cura ou manutenção da saúde, bem como da qualidade de vida do indivíduo. Por essa vertente é que se faz necessário perceber através dos discursos do público em questão, como se dá os conjuntos de relações perpassadas em suas vivências, sejam elas familiares, amistosas ou com os profissionais da área da saúde que os atendem tanto no serviço público, quanto na área privada.

Todos os entrevistados apontaram o apoio da família como fundamental nos processos de aceitação, no auxílio ao tratamento:

Importante, porque sem ele não dá pra a gente viver de jeito nenhum, porque às vezes eu esqueço de tomar o remédio daí a pouco eles me lembram (E5).

Além das cobranças quando os indivíduos não seguiam a orientação profissional ou dos próprios familiares relatos sobre o convívio com a família. O cuidado demonstrado pelos entes mais próximo é o objeto mais relatado pelos homens durante as entrevistas:

A família, graça a deus a minha eu não tenho o que dizer não, cuida de mim (E4).

Se não fosse minha mulher eu já tinha morrido (E5).

Seja em relação à alimentação, às peculiaridades da doença, como o perigo de acontecer alguma lesão na derme que se torna difícil de cicatrizar:

Fica sempre pegando no meu pé pra não andar onde tem bastante mato para não cortar (E1).

Outra preocupação constante percebida nas falas, diz respeito ao acompanhamento profissional, ou à busca por esse acompanhamento:

Sempre minha esposa fala para eu ir no médico (E1).

Que ganha destaque pelo histórico cultural da sociedade atual, em que o homem não busca o serviço de saúde, conforme discutido por Couto e outros (2010).

As relações com os profissionais de saúde também aparecem nas falas, todavia, em algumas entrevistas, os indivíduos relatam essa experiência como ruim, desagradável ou insatisfatória no que diz respeito ao motivo da busca:

Era pra ser melhor, né?! Ainda mais pra quem é diabético, tem depressão, o atendimento tem que ser melhor, né?! (E1).

Assim, eu acho que deveria ter um atendimento melhor, tem dia que o atendimento é bom, outros dias não (E2).

No que diz respeito ao aspecto profissional, tal problema não se reduz apenas ao âmbito de qualidade de vida do indivíduo, mas à saúde dentro do contexto de atendimento humanizado de toda uma população atendida, desse modo “há, portanto, nessa dimensão, uma deficiência no acolhimento ao público masculino e a suas demandas.” (COUTO et al., 2010, p. 265).

As relações fora do âmbito familiar e do diálogo com profissionais de saúde trazem o caráter de companheirismo. As relações de amizade são descritas no processo de adoecimento e na influência sobre a construção dos itinerários de cuidados, com mensagens de cunho informativo ou de incentivo a busca por cuidado ou aceitação e melhor convivência com a presença da patologia:

Assim né, eu estava só urinando bastante e bebia muita água. Aí um amigo meu me alertou pra eu fazer o exame (E3).

Sim, meus amigos me deram apoio (E2).

A atividade física e outros estilos de vida...

Os hábitos ou estilos de vida saudável não foram descritos com frequência nos relatos dos indivíduos, mas apareceram como algo negativo em relação à saúde e qualidade e estilo de vida. Alguns homens mostraram naturalidade ao falar do abandono de hábitos como o

fumo e o consumo de álcool depois que descobriram a patologia, apenas um dos atores que mantinha o costume mencionou tê-lo deixado antes da descoberta, ou seja, não houve relação entre a patologia e o cessar do consumo de fumo e álcool:

Não precisou também eu tá doente pra largar de beber e nem de fumar que eu fumava muito, larguei tudo isso muito antes (E5).

Outros dois atores trouxeram no discurso a vertente do adoecer para não continuarem com tais hábitos. Os relatos demonstraram que a patologia incide em novos pensamentos sobre o cuidado com o próprio corpo, uma vez que o abandono de hábitos antes frequentes e percebidos como inofensivos agora seria motivo de agravo à saúde ou provedor de complicações ao tratamento:

Antes do diabetes eu tomava muita pinga, fumava e aí, larguei tudo isso (E3).

Ah, eu deixei tudo. A bebida mesmo eu deixei todas. Só tomo mesmo um pouquinho de cerveja de vez em quando. E uísque diz que é bom, que não tem açúcar. Uísque a gente pode tomar um pouquinho de uísque. Sempre eu tomo um pouquinho, mas não é assim pra encher a cara que nem eu enchia não, né? E aí as bebidas eu bebia todas, hoje não bebo nenhuma. Só uma cervejinha eu bebo... só no dia de domingo mesmo. Só dia de domingo (E4).

A atividade física enquanto parte do tratamento prescrito ou autônomo foi a vertente mais relatada. A importância das práticas de esportes ou atividades de menor intensidade foi percebida nas falas, podendo ser o discurso relacionado a noção de que tais hábitos são fundamentais à melhoria da qualidade de vida e propulsores positivos no tratamento à doença ou no controle da patologia.

Alguns relatos apontam para a dificuldade da manutenção das práticas de atividades físicas, demonstrando novamente a dificuldade de adaptação e manutenção de novos hábitos com frequência, quando estes não eram praticados anteriormente. A esse fato pode-se agregar mais uma vez a negligência profissional individual e coletiva dos responsáveis, uma vez que a orientação para o início de práticas de atividades físicas é também por parte da categoria, contudo, os profissionais pelo diálogo superficial com o paciente, não aprofundam a situação e nem percebem a disponibilidade e contexto do indivíduo, ou por vezes não

encaminham o sujeito a profissionais capacitados para melhor orientação. Tampouco realizam processos educativos com vistas ao desenvolvimento de uma consciência dos homens sobre a importância da prática de atividade física para o âmbito íntimo masculino, não apenas para a sua saúde.

(academia) É, faço três vezes na semana, mas tem mais ou menos uns três meses que eu não fui. Não, tem mais, têm uns seis meses. Porque eu cortei o dedo lá em Aracajú andando na praia, aí, eu fui e cortei o dedo, aí, demorou pra sarar. Aí, pra não botar o tênis eu parei de ir (E1).

Eu tava caminhando bem pouco, mas depois que começou a esfriar eu parei, porque a gente fica meio com preguiça (E2).

Eu fui umas quatro ou cinco vez... Mas, eu vou começar a fazer o... a física, porque é bom. O médico mesmo recomendou fazer, né? Porque a gente tem que andar de manhã cedo. Tem que fazer alguma coisa. Às vezes, a gente fica só relaxando, relaxando, e não faz (E4).

É visível o discernimento dos entrevistados em relação a importância tanto do abandono de hábitos enunciados como negativo (fumo e álcool), como a prática de atividade física com frequência.

A relevância acentua-se quando o sujeito é portador de alguma enfermidade, devido a influência/orientação profissional ou à percepção individual do sujeito. Como as práticas de atividades e as relações com hábitos de vida saudáveis são fortemente relacionados à percepção de qualidade de vida, o discurso dos sujeitos relata em linhas gerais a importância de tais hábitos para um estilo de vida melhor e para o processo de tratamento ou controle da enfermidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo reforçou a importância de se considerar a subjetividade no âmbito da percepção sobre qualidade de vida, independente do estado de saúde e estilo de vida de homens. Apontou ainda a importância de organismos e instrumentos para o processo de harmonização entre o estado de saúde, estilo e qualidade de vida, percebido nas narrativas sobre família, alimentação e percepções sobre o diabetes. Esse amparo reflete no conforto para o enfrentamento e na melhor adaptação à situação, conseqüentemente melhora vertentes relacionadas à qualidade de vida.

A perspectiva apontada pelo Ministério da Saúde e outros escritos à respeito da busca insuficiente ou ausente do homem pelos serviços de saúde foi percebida nos relatos, contudo, as justificativas apontadas pelos indivíduos assistidos, por vezes, foram incoerentes quando comparados às referências estudadas, dado que o afastamento masculino dos espaços voltados para à saúde, nos relatos se deu em virtude do atendimento inadequado, incompatibilidade entre os horários de funcionamento das unidades de saúde e das atividades profissionais dos sujeitos ou da ausência de serviços buscados pelos homens na unidade.

Tornam-se necessárias melhorias físicas e metodológicas nos serviços, além de capacitação diferenciada dos profissionais da área, para o alcance de um olhar multifacetado para as questões subjetivas do adoecimento e da qualidade de vida, as quais são de fundamental importância para o itinerário terapêutico do indivíduo, como os próprios relataram. Em relação aos profissionais de saúde, cabe salientar ainda as prescrições “confusas” de sentido para os usuários. Quando se desconsidera o histórico cultural e social do sujeito que busca amparo em médicos, nutricionistas e outros integrantes da unidade de saúde, o reflexo se dá no abandono ao tratamento prescrito pelo profissional, pelo fato de que as relações parecem não ser construídas a partir da premissa de reciprocidade entre os indivíduos, ou seja, o sujeito pode até iniciar o tratamento ou as orientações, mas a manutenção desse hábito torna-se difícil quando permeada por uma relação em que uma das partes (a profissional) negligencia os aspectos humanos da outra (dos sujeitos cuidados).

REFERÊNCIAS

ALBORGHETTI, KT. OLIVEIRA, MAS. SILVÉRIO, MR. Diabetes mellitus tipo II em pessoas idosas: estratégias utilizadas pelos usuários da rede pública de saúde em um município do Sul de Santa Catarina. Rev. Brasil. Cienc. E. Humano, Passo Fundo, v.9, n.2, p.200-212, maio/ago 2012.

ALMEIDA, MAB. GUTIERREZ, GL. MARQUES, R. Qualidade de Vida: Definição, Conceitos E Interfaces com Outras Áreas de Pesquisa. São Paulo: Edições Each, 2012. 141p.

AMORIM, MISPL. Para lá dos números... aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes Mellitus tipo 2., 2009. 417 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto: Portugal

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 41p.

COUTO, MT. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface: Comunicação Saúde Educação, São Paulo, v.14, n.33, p.257-270, Abr.-Jun. 2010.

DEMÉTRIO, F. et al; A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão; Revista de nutrição, Campinas, v.24, n.5, p.743-763, set/out., 2011.

FERREIRA, M. CASTIEL, L. CARDOSO, MA. patologização do Sedentarismo. Rev: Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.836-847, 2012.

FLECK, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva [online]. Rio de Janeiro: RJ, v.5, n.1, p.33-38. 2000

FRASER, MTD. GONDIM, SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia, Ribeirão Preto, SP. v.14, n.28, p.139-152, 2004.

GERHARDT, TE. SILVEIRA, DT. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre. Ufrgs, 2009. 120 p.

MALTA, D. et al., A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade Física no Contexto do SUS. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MILANEZ, N. SANTOS, JJ. Análise do Discurso: sujeitos, lugares e olhares. São Carlos: Claraluz, 2009. 115 p.

MINAYO, MCS. HARTZ, Z. BUSS P. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde colet. [online], Rio de Janeiro: RJ. v.5, n.1, p.7-18, 2000

PONTIERI, FM. BACHION, MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento; Ciênc. saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v. 15, p. 151-160, 2010.

SCHMIDT, MI. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública, v.43, n.2, p.74-82, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro. Diagraphic; 2007

MARTINS, AM. MALAMUT, BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Saúde Soc. São Paulo, São Paulo, 2013.