

CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E SOCIAIS DE HOMENS QUE CONVIVEM COM DIABETES

CLINICAL AND SOCIAL CONSEQUENCES OF MEN LIVING WITH DIABETES

Cleandro Matos da Silva¹
Danielle Teixeira Queiroz²

RESUMO: Os objetivos deste artigo são descrever as consequências clínicas agudas e crônicas, e as repercussões sociais de homens que convivem com diabetes. Pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada usando um roteiro pré-estabelecido, em duas unidades básicas de saúde e uma instituição referência em atenção secundária, no município de Fortaleza – CE. Foram entrevistados homens portadores de diabetes, tendo um total de 16 participantes. A partir dos dados analisados, identificou-se as seguintes categorias: Sentimentos expressos após a descoberta da enfermidade; Consequências clínicas advindas da diabetes; Vivências sociais após o diagnóstico. Nesse estudo, percebeu-se que, os sentimentos e as emoções após o diagnóstico, são capazes de interferir diretamente na aceitação da doença e do seu cuidado. Além disso, ficou evidenciado que os entrevistados procuraram ajuda profissional devido algum sintoma e não de forma preventiva.

1429

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Enfermagem. Saúde do homem.

ABSTRACT: The objective of this article is to describe the acute and chronic clinical consequences, and the social repercussions of men living with diabetes. Exploratory, descriptive research with a qualitative approach. Data collection took place through a semi-structured interview using a pre-established script, in two basic health units and a reference institution in secondary care, in the city of Fortaleza - CE. Men with diabetes were interviewed, with a total of 16 participants. From the analyzed data, the following categories were identified: Feelings expressed after the discovery of the disease; Clinical consequences arising from diabetes; Social experiences after diagnosis. In this study, it was noticed that feelings and emotions after diagnosis are capable of directly interfering with the acceptance of the disease and its care. In addition, it was evident that the interviewees sought professional help due to some symptom and not in a preventive way.

Keywords: Diabetes Mellitus. Nursing. Men's health.

¹Graduado em Enfermagem Instituição: Universidade de Fortaleza.

²Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Docente do Programa do Mestrado Profissional em Tecnologia de Inovação em Enfermagem e do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são definidas por possuírem uma etiologia de múltiplas causas, várias condições de risco, grandes estágios de latência, período extenso, origem não contagiosa e por contribuírem às deficiências e incapacidades funcionais (CEARÁ, 2020).

E entre as principais doenças crônicas não transmissíveis, há a diabetes mellitus (DM), que é definida como um conjunto de distúrbios metabólicos, em que, ocasiona o aumento dos níveis de glicose presentes no sangue. Essa enfermidade decorre do acometimento do pâncreas, órgão responsável pela geração de insulina, a qual se trata de um hormônio que tem como papel principal realizar a metabolização da glicose. Uma vez que esse órgão possa vir ser acometido pela doença, existirá uma redução da produção de insulina e conseqüentemente, um aumento expressivo de glicose no sangue, distinguindo o indivíduo como portador de diabetes (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Segundo Torres e Franco (2009) a Diabetes Mellitus (DM) é um problema significativo e gradativo de saúde pública global, levando em consideração o quantitativo de indivíduos afetados, incapacitações, morbimortalidade imatura, como dos custos atrelados ao monitoramento e tratamento da doença, concomitantemente a prevenção de suas complicações.

Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation), constatou que 8,8% da população global entre 20 e 79 anos de idade (cerca de 424,9 milhões de indivíduos) convivia com diabetes e que, se as tendências modernas continuarem, o quantitativo de pessoas com diabetes foi objetivado para ser maior que 628,6 milhões em 2045.

Já no Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2020), existiam 14,3 milhões de pessoas com idades de 20 a 79 anos acometidos com a doença, ficando em 4^o lugar entre os 10 países com maior número de diabéticos. Projetando esses dados para 2045, o Brasil poderá ter 20,3 milhões de indivíduos diagnosticados.

Após a realização de várias pesquisas comparativas entre indivíduos do sexo masculino e feminino, percebeu-se a comprovação de que os homens são mais suscetíveis às doenças, em especial, as enfermidades graves e crônicas, além do que, morrem mais precocemente do que o público do sexo feminino, haja vista que o público

masculino não procura adequadamente, como grande parte das mulheres, os serviços de atenção primária (BRASIL, 2008).

Os hábitos de vida do indivíduo diabético, envolvendo fatores como a falta de atividade física, má alimentação e a forma como é monitorada os níveis de glicemia durante o tratamento, induzem nas complicações provenientes do DM. Assim sendo, percebe-se que é de suma importância o monitoramento dos índices glicêmicos, uma vez que a instabilidade do aumento ou da redução da glicemia, poderá originar complicações agudas, em que, se enquadram a cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e hipoglicemia, como as complicações crônicas, com as etiologias microvasculares (neuropatia periférica, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (FONSECA; RACHED, 2019).

A diabetes têm como consequências certas restrições para os afazeres do cotidiano, além de novas responsabilidades para os indivíduos que possuírem, que dificilmente são aceitas e superadas por escassez de compreensão de como combatê-la (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

Segundo Grillo *et al.* (2013) o cuidado ao indivíduo com DM deve englobar influências interdisciplinares e em qualquer que sejam os níveis de atenção à saúde, haja visto que o sucesso do tratamento necessita da competência do indivíduo em adotar mudanças nos hábitos de vida, de assegurar os cuidados indicados, além de ter iniciativa, para identificar, resolver ou procurar ajuda para os obstáculos que possam surgir ao longo da enfermidade. Dessa forma, enfatiza-se que quanto melhor a qualidade dos serviços prestados, simultaneamente, o conhecimento da doença e suas consequências, o indivíduo terá uma maior adesão ao tratamento, melhores resultados no controle da patologia, diminuição das complicações relacionadas ao diabetes e menores custos.

Diante disso, faz-se necessário o cuidado integral ao diabético, atendendo e compreendendo os aspectos psicossociais do mesmo, além de que, exista o fortalecimento do diabético concomitantemente os parentes e familiares, para que possam conviver com a circunstância crônica, em que, de acordo com cada atendimento humanizado, é necessário ser enaltecida a compreensão de ameaça à

saúde, a ampliação de capacidades e o incentivo para solucionar esse perigo (PACE; NUNES, 2006).

A justificativa para a elaboração desse estudo é alertar sobre a propagação de informações, visto que a maioria dos homens diabéticos não procuram adequadamente os serviços de saúde, além disso, não conhecem as complicações agudas e crônicas advindas da DM, dessa maneira, não compreende a forma de como monitorar a enfermidade e precaver ou tratar das consequências clínicas e sociais dela decorrentes.

O interesse pela temática surgiu enquanto acadêmico de enfermagem, em que, percebeu-se em leituras de artigos o quão é elevada a demanda de complicações após o diagnóstico de diabetes, instigando-se então para conhecer as consequências clínicas e sociais que são destacadas. Nesse sentido, objetivou-se analisar as decorrências apresentadas pelo paciente após o diagnóstico de diabetes.

Baseado nos aspectos acima descritos, essa pesquisa têm os seguintes objetivos: descrever as consequências clínicas agudas e crônicas, e as repercussões sociais vivenciadas por homens a partir do diagnóstico de diabetes.

2. METODOLOGIA

1432

A pesquisa foi do tipo descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características do fenômeno, enquanto a exploratória tem o intuito de abordar o fenômeno pelo levantamento de informações que poderão levar o pesquisador a conhecer os detalhes do tema (DYNIEWICZ, 2014). A pesquisa qualitativa investiga fenômenos subjetivos, não palpáveis que tem como característica principal investigar a realidade do ponto de vista daquele que está sendo entrevistado (do participante) de acordo com a realidade que ele vive (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Realizada em três locais pertencentes a secretaria regional de saúde IV do município de Fortaleza - CE, na unidade de atenção primária a saúde no posto Edilmar Norões, no Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso (CEADH) que fica localizado no posto de saúde Maurício Matos Dourado, e no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) nos seguintes ambulatórios: endocrinologia, nefrologia, cardiologia e geriatria.

A Prefeitura de Fortaleza, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) em 2015, inaugurou o posto de saúde Edilmar Norões, no Parque dois irmãos, na comunidade Rosalina, que abrange também usuários que moram no conjunto Itaperi e no loteamento Expedicionários. Ademais, em 2017, foi fundado o primeiro Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso (CEADH), no posto de Saúde Matos Dourado, no bairro Edson Queiroz. A iniciativa conta com o apoio da Universidade de Fortaleza (Unifor) e objetiva atender aos usuários diabéticos de alto risco cardiovascular, cuja complexidade não poderá ser resolvida apenas na Atenção Primária.

O NAMI é referência para as regiões do Nordeste e Norte, criado em 1978, é um Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (Unifor), que realiza atendimentos interdisciplinares através do Sistema único de Saúde (SUS), como também por convênios firmados com operadoras de saúde e instituições ou de forma privativa, com o propósito de favorecer uma melhor qualidade de vida aos cearenses. Para tanto, reúne estudantes e profissionais capacitados em uma estrutura moderna e interdisciplinar, com foco no desenvolvimento da humanidade e na melhoria do atendimento, sempre em harmonia com os trabalhos acadêmicos produzidos na Universidade.

Participaram da pesquisa 16 homens, que são acompanhados no posto Edilmar Norões, NAMI e CEADH, os quais foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: ser maior de 18 anos, com pelo menos 60 dias de diagnóstico e não ter nenhuma deficiência mental que possa dificultar sua participação na pesquisa.

A coleta de dados aconteceu nos locais e ambulatórios acima citados em uma sala privativa que preservou a individualidade dos sujeitos e teve como apoio um roteiro de entrevistas semiestruturado, que foram gravados após consentimentos dos participantes, com assinatura por escrita do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para tanto, foi realizado um convite ao participante na sala de espera da consulta e após o aceite, o participante foi direcionado para a sala privativa. A entrevista propriamente dita ocorreu em torno de 10 a 20 minutos, onde o participante ficou livre para responder todas as informações a respeito da temática investigada, para que as entrevistas ocorressem de forma satisfatória, foi utilizado um roteiro contendo dois blocos de perguntas: o primeiro bloco contendo dados pessoais como idade, escolaridade, estado civil, renda e tempo de diagnóstico. E o segundo bloco

contendo três perguntas norteadoras: 1) Como você lidou após receber o diagnóstico de diabetes?; 2) Quais foram as consequências clínicas agudas e tardias em sua vida após a descoberta da diabetes?; e 3) Como está a sua vida social após descobrir ser diabético?

Os dados empíricos foram analisados utilizando o referencial teórico de Bardin (2009). Esse referencial é composto em três etapas: a primeira etapa, a pré análise, que consistiu na organização dos depoimentos e classificação deles em unidades menores realizando a leitura ‘flutuante’, ou seja, a primeira leitura detalhada dos depoimentos empíricos. A etapa seguinte foi a exploração do material que consistiu no detalhamento dele para definição das categorias e identificação das unidades de registros no contexto dos documentos. A etapa três consistiu no tratamento dos resultados, inferência e a interpretação deles através do uso das evidências científicas (BARDIN, 2009).

A pesquisa seguiu todas as normas regulamentadas na Resolução 466/12, que normatiza as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). E recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR de n. 5.100.589 (Anexo A).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do universo de 16 homens entrevistados, percebeu-se que, em relação as características sociodemográficas, encontram-se em sua maioria na faixa etária maior que 60 anos de idade (9 indivíduos). No que se refere a escolaridade, a metade dos candidatos não completaram o ensino fundamental. No tocante ao estado civil, 7 eram casados. A respeito das ocupações, 11 homens ainda se encontravam ativos em seus trabalhos. E sobre a renda, em grande parte significativa, a maioria se encontrava vivendo apenas com um salário-mínimo.

A partir da análise dos depoimentos, foi possível construir 3 categorias, sendo elas: Sentimentos expressos após a descoberta da enfermidade; Consequências clínicas advindas da diabetes; Vivências sociais após o diagnóstico.

Sentimentos expressos após a descoberta da enfermidade

Essa primeira temática aborda os sentimentos evidenciados após a revelação da doença, sentimentos esses de aflição, surpresa, preocupação, indiferença e aceitação.

No decorrer das entrevistas, ficou esclarecido que a maioria dos pacientes descobriram a doença após a necessidade de buscar um atendimento, em virtude dos sinais e sintomas que estavam apresentando. Enquanto os outros, apresentavam algum histórico familiar e/ou estavam apenas fazendo exames de rotina. Podemos confirmar essas informações pelos seguintes relatos:

Fiquei nervoso, porque fazia algum tempo que eu estava com a vista escurecida e com tontura, daí fui ao Gonzaguinha de Messejana me consultar e fazer alguns exames, foi aí que o médico me disse que eu era diabético e que teria que me cuidar mais. (H₃)

Foi bem inusitado, porque eu fui a farmácia procurar algum remédio para tontura, porque naquela época eu estava bastante tonto, aí o farmacêutico verificou a minha glicemia e constatou que estava completamente descompensada. Ele me alertou e me pediu para ir ao médico, que me avaliou e confirmou que eu tinha diabetes. E, além disso, eu também já tinha histórico de diabetes na família. (H₁₁)

Achei bom, porque descobri o que eu tinha. De uns tempos para cá, eu estava vomitando um pouco de sangue, até que eu fui ao médico, depois de ter feito alguns exames, ele me disse que eu tinha uma úlcera no estômago e diabetes. (H₄)

Logo de cara eu fiquei preocupado, mas depois o médico me acalmou ao explicar o tratamento e o que eu teria que fazer pra ficar com a minha diabetes controlada. (H₉)

Não me preocupei, não. Descobri quando eu fui fazer um check-up e a glicemia tinha dado 480mg/dl e o médico disse que eu tinha diabetes. (H₁₂)

Essa pesquisa está corroborando com os achados de Silva *et al.* (2015) que revela o momento do diagnóstico como um marco na vida de muitos doentes crônicos, uma vez que, o indivíduo precisa assumir sua condição para iniciar mudanças na vida que são determinantes do sucesso do controle da doença.

Além disso, Ferreira *et al.* (2013) salienta que os indivíduos com diabetes apresentam uma grande dificuldade em receber o diagnóstico e tendem a subestimar sua condição e tratamento até a aparição dos primeiros sinais e agravamento dos sintomas. Esse acontecimento é encarregado por um emaranhado de sentimentos e comportamentos, que dificultam a aceitação da sua situação crônica de saúde. Portanto, é de suma importância ouvir e valorizar os sentimentos e emoções que surgem após o diagnóstico, para que o indivíduo possa aceitar a doença e, por conseguinte, aderir ao tratamento de forma colaborativa.

Nesse contexto, Farias *et al.* (2020) relata que o público masculino tende a possuir mais dificuldades para ir em busca de uma assistência profissional. Geralmente, eles mascaram seus sinais e sintomas para evitar expressar suas

necessidades, e acabam limitando a ajuda profissional. Frequentemente, os homens não fazem parte dos indivíduos que mais costumam ir aos serviços de atenção básica à saúde: eles só procuram ajuda nos casos emergências e urgência; dificilmente buscam por um atendimento em geral com a finalidade preventiva.

Consequências clínicas advindas da diabetes

Essa segunda temática busca especificar as maiores consequências clínicas encaradas durante o tratamento da doença, em que, permeiam em duas situações: as consequências agudas e consequências tardias.

a. Consequências agudas

Essa temática evidencia as principais consequências que os entrevistados tiveram que enfrentar no início da doença, haja vista que, muitos relataram possuir a necessidade de idas ao banheiro frequentes, perda de peso, turvação visual e vertigem. Além disso, a maioria dos homens, alegaram que não seguiam corretamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o que acabou favorecendo para aparição dessas complicações. Isso fica compreendido pelos discursos abaixo:

Eu tinha muita vontade de urinar, urinava com muita frequência, e tinha o costume de acordar de madrugada para urinar também. Ah, e de vez em quando eu também sinto umas tonturas, principalmente quando não tomo o remédio da diabetes. (H2)

Assim que eu iniciei o tratamento com o remédio, eu emagreci bastante e sempre que eu deixo de tomar o remédio eu fico muito tonto, isso é apenas o que eu já senti. (H5)

A única complicação que eu tive e que atualmente estou tendo agora também, é a visão embaçada, mas já estou sendo acompanhado pelo médico. (H7)

Quando eu não me alimento eu tenho muita hipoglicemia, fico muito tonto. Mas graças a deus nunca tive nenhuma complicação que eu precisasse ficar internado, é só isso dá tontura mesmo. (H8)

b. Consequências tardias

Em relação a essa temática, pode-se afirmar que os entrevistados tinham conhecimento dos riscos que corriam, caso não realizasse o tratamento e o acompanhamento correto. Além disso, muitos temiam que algo de pior pudesse acontecer, já que estavam apresentando complicações tardias da doença,

principalmente, a do pé diabético. Podemos confirmar essas informações, com as seguintes falas abaixo:

Rapaz, no começo eu tinha tontura e vista escurecida, como eu falei pra você, também perdi muito peso quando comecei o tratamento da diabetes com a metformina. Além do que, a minha cicatrização de feridas não é mais a mesma, pois demora bastante para cicatrizar uma ferida, principalmente as dos pés, que eu também já estou é perdendo a sensibilidade. (H₃)

Bem, assim que eu descobri ser diabético e iniciei o tratamento, eu emagreci bastante, cerca mais ou menos de 20kg, tive gastroparesia, tontura, vista escurecida e atualmente estou com os pés dormentes. (H₄)

Eu era alcoólatra, acabei desenvolvendo cirrose, e sempre quando eu bebia, eu não comia muito, o médico disse que eu entrava em um quadro de hipoglicemia. E há algum tempo eu venho perdendo a sensibilidade dos meus pés que já estão dormente, mas já estou sendo acompanhado quanto a isso, só espero que eu não precise amputar o meu pé por causa dessa doença. (H₁₄)

Perdi muito peso e minha cicatrização do pé não é mais a mesma, tô tendo muito cuidado com o meu pé, porque se eu bater nele demora muito para ficar bom (cicatrizado). (H₁₆)

Diante desse contexto, a educação em saúde para o autocuidado é citada na literatura como uma ferramenta essencial para a prevenção das comorbidades e tratamento da diabetes, haja vista que, é relevante para a consolidação da mudança no estilo de vida, com a realização de atividades para a preservação da vida, do bem-estar e da saúde. Tais atividades são realizadas pelos indivíduos em benefício próprio, subsidiando as condições de saúde necessárias para alcançar um bom controle metabólico, reduzindo os custos provenientes de internações e complicações (MOURA, 2016).

Essas medidas contemplam o segmento de um planejamento alimentar, o monitoramento da glicemia e do perfil lipídico, a execução de atividades físicas frequentes, o uso de forma correta das medicações e os cuidados com os pés. Pois, dentre as complicações crônicas da diabetes, o pé diabético se destaca como sendo o mais comum do DM tipo 2, caracterizando-se pelo aparecimento de mudanças neurológicas, ortopédicas, vasculares e/ou infecciosas que antecedem a manifestação de úlceras de cicatrização difícil (ADA, 2015).

A educação do autocuidado deve ser um método permanente e incessante de propagação de conhecimentos e incentivos ao desenvolvimento de competências necessárias para o autocuidado e gerenciamento da enfermidade. É de suma importância elucidar o indivíduo sobre a cronicidade de sua patologia, a

indispensabilidade do tratamento de forma contínua, concomitante a mudança do estilo de vida com vista ao controle glicêmico e metabólico.

Vivências sociais após o diagnóstico

Essa última temática esclarece que, uma grande quantidade de homens, compreendia a importância da inclusão de medidas saudáveis para o tratamento da doença, principalmente, a do quesito alimentar e do abandono da bebida alcoólica. E, além disso, alguns dos entrevistados afirmam que evitam certos convívios sociais, para que os mesmos não possam ser influenciados a tomarem decisões prejudiciais à saúde. A veracidade dessas informações fica comprovada com os relatos abaixo:

Continua normal, mas eu não ando mais nos mesmos cantos que tinha o costume de frequentar, principalmente nos barzinhos. Agora chamo os meus amigos para a minha casa, mas não bebo mais e não como mais doces. Aprendi a gostar de fazer caminhada também, todos os dias com a minha mulher. (H3)

Parei de beber completamente, pois eu bebia muito, minha mulher me ajuda com a alimentação, reduzi o sal e o açúcar e de vez em quando eu caminho. (H4)

Eu tive que cortar alguns vínculos sociais, deixei de receber os amigos na minha casa, principalmente os que gostam de beber, porque também sempre tinha muita comida envolvida. Não como mais rapadura, que era o que eu mais gostava de comer depois do almoço.(H8)

Faço tudo o que eu quero, mas sempre com responsabilidade. Por exemplo, a única grande diferença que eu tive que mudar foi na alimentação, cortando o refrigerante totalmente e reduzindo o doce e o açúcar. Mas de vez em quando eu como algumas coisas que eu não posso, entretanto, o refrigerante eu cortei completamente. (H11)

Tive que parar de comer as coisas que mais gostava: toissim, mão de vaca, rapadura e tive que parar de beber, porque o médico disse que se eu não fizesse isso, eu ia partir dessa para a pior. (H14)

OLIVEIRA (2011) enfatiza que, pessoas com condições crônicas, tendem a carregar consigo diferentes sentimentos e comportamentos que resultam em modificações na capacidade física, imagem corporal, autoestima, nas atividades de vida diária e nas relações interpessoais, principalmente, se existir alguma complicação decorrente da doença.

O DM e suas complicações podem interferir de forma negativa na competência do autocuidado do indivíduo e, por consequência, em seu comportamento no meio familiar e social. Corroborando com a teoria de Orem (2001), constata-se a importância da finalidade em considerar a família e/ou grupos e comunidades como intermediários do autocuidado, haja vista que, quando a pessoa se torna incapaz de realizar alguma

atividade, pressupõe-se que as pessoas de seu convívio possam lhes auxiliar na execução.

Além disso, é recomendado pela teórica algumas iniciativas para preencher essas deficiências, são elas: construção de mecanismos de auxílio, atitudes com a intencionalidade de agir ou realizar para a pessoa, conduzir e orientar, ofertar ajuda física e psicológica, acomodar o ambiente ao desenvolvimento pessoal e, por último, mas não menos importante, realizar ações focalizadas na educação em saúde. Essas atividades são capazes de aperfeiçoar a qualidade de vida dos indivíduos com diabetes e complicações crônicas (OREM, 2001).

O apoio social é uma das formas de lidar com vários aspectos negativos que a enfermidade acarreta. Além do apoio de amigos e familiares ao paciente, eles necessitam também considerar o apoio psicológico para que possam se fortalecer emocionalmente, desenvolver medidas terapêuticas do autocuidado, compreendendo a relevância do acompanhamento centralizado na alteração do estilo de vida. Cabe salientar a importância dos pacientes, familiares e até mesmo os cuidadores, da educação em saúde para que possa haver um convívio melhor com a doença (Santos *et al.*, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados nesse estudo, percebeu-se que, mediante ao recebimento do diagnóstico, há um impacto marcante na vida do indivíduo, com repercussões distintas e que, os sentimentos e emoções vivenciados, poderão influenciar diretamente na aceitação da enfermidade e do seu cuidado.

Além disso, foi notório que grande parte dos homens entrevistados procuraram ajuda profissional durante o surgimento dos sinais e sintomas, constatando-se que não buscam um atendimento geral com a finalidade preventiva.

Diante desse contexto, é imprescindível, por parte das equipes multidisciplinares, o incentivo às práticas educativas e ao autocuidado na população masculina, o que proporciona uma motivação a mais para que o indivíduo consiga viver em harmonia com o seu estado de saúde.

As restrições presentes nessa pesquisa estão relacionadas, principalmente, ao fato de sua amostragem ser estreita, às dimensões do ensino e à compreensão em saúde

sobre o autocuidado. Pressupõe-se que, com esses resultados, seja possível comprovar a necessidade de ampliar a frequência do público masculino nas consultas e tratamentos, com a finalidade de amenizar as consequências provenientes da DM.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Diabetes Association (ADA). **Standards of medical care in diabetes-2015**. Diabetes Care. 2015;38 suppl:1-93. Disponível em: <https://www.sahta.com/docs/standardsDiabetes.pdf>. Acessado em: 05 de maio de 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes (Org.). **Diretrizes 2019, 2020**: Sociedade Brasileira de Diabetes. 2019 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 24 de setembro 2021.

BRASIL. Diabetes Mellitus. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica N° 16**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em: 28 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 28 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acessado em: 28 de setembro de 2021.

COELHO. Maria; PADILHA. Maria; SILVA. Denise. **Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Rev. Esc. Enfer. USP, São Paulo. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xQYPj4WG8WrfCVvQqjx8STt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 24 de setembro 2021.

CEARÁ. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica (Org.). **Boletim Epidemiológico: Doenças Crônicas não transmissíveis**. 2020. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/DOENCAS_CRONICAS_NAO_TRANS_25_II_2020.pdf Acesso em: 24 de setembro 2021.

DYNIWICZ, A. N. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 3 ed. São Caetano do Sul. SP. Difusão Editora, 2014.

OLIVEIRA, I. D. **Percepção, sentimentos e vivências dos familiares de portadores de diabetes mellitus.** Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Psicologia, Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF, 25 nov. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/4600/1/Idenice%20Duarte%20de%20Oliveira.pdf>. Acessado em: 06 de maio de 2022.

Farias, G. M. N. et al. **Apoio familiar na compreensão do diagnóstico e empoderamento de homens com diabetes mellitus.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Ceará, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11825> . Acessado em: 04 de maio de 2022.

FERREIRA, D.S.P et al. **Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.** Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 21(1): 41-46, jan.-mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-743012>. Acessado em: 04 de maio de 2022.

FONSECA, Kathlem Pereira; RACHED, Chennyfer Dobbins Abi. **Complicações do diabetes mellitus.** *International Journal Of Health Management.* 1 ed. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/149/88> Acesso em: 24 de setembro 2021.

GRILLO, M. F. F.; NEUMAN, C. R.; SCAIN, S. F.; ROZENO, R. F.; GROSS, J. L.; LEITÃO, C. B. **Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes.** Rev Assoc Med Bras. Porto Alegre, 2013;59(4):400-405. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/DzsJzSFMx8KTBRY3Gb4BSPN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 24 de setembro de 2021.

MOURA, N.S. **Intervenções educativas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Estadual do Ceará, CCS, Programa de pós-graduação em cuidados clínicos em enfermagem e saúde, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/ppclis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/nadya.pdf>. Acessado em: 05 de maio de 2022.

PACE, A.E, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus.** Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo. 2003 maio-junho; 11(3):312-9. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0179.pdf> Acesso em: 24 de setembro 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.**5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice.** 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2001.

SILVA-NUNES, José. (2018). **Fisiopatologia da diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 (100 perguntas chave na diabetes)**. 10 Perguntas sobre fisiopatologia da diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326190002_Fisiopatologia_da_diabetes_mellitus_tipo_1_e_tipo_2_100_perguntas_chave_na_diabetes. Acessado em 28 de setembro de 2021.

SILVA, JVM, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM. **Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view**. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):626-32. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>. Acessado em 04 de maio de 2022.

SANTOS, M.A., Alves, R.C.P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R.P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M.L. **Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011. 45(3),651-658.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner&Suddarth: **Tratado de enfermagem medicocirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012. 2308 p.

TORRES. Heloisa; FRANCO. Laercio; STRADIOTO. Mayra; HORTALE. Virginia; SCHALL. Virginia. **Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes**. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/HHmrMcqQct6BY6y4yPt4VPg/?lang=pt>> Acesso em: 24 de setembro 2021.