



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Andreia Alves da Cunha

**Diferenças de Género na Adesão
Terapêutica na Diabetes *Mellitus* Tipo 2**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Andreia Alves da Cunha

**Diferenças de Género na Adesão
Terapêutica na Diabetes *Mellitus* Tipo 2**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Conceição Nogueira

Junho de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Andreia Alves da Cunha

Endereço Electrónico: a44645@alunos.uminho.pt

Título da Tese de Mestrado:

Diferenças de Género na Adesão Terapêutica na Diabetes *Mellitus* Tipo 2

Orientadora:

Professora Doutora Maria da Conceição Nogueira

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia – Área de Especialização em Psicologia da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 17 de Junho de 2011

Assinatura: _____

RESUMO

O impacto da Diabetes *Mellitus* no estilo de vida do doente pode ser dramático, uma vez que o tratamento torna-se extremamente exigente e complexo do ponto de vista físico e psicológico, implicando um envolvimento activo por parte do paciente, na gestão da sua doença (Silva, 2006). É sabido que o género é um dos factores sociais directamente implicados nas desigualdades de saúde, tanto por determinantes sociais de género, como por determinantes subjectivos e identidades de género (Arias, 2009; Marques, 2010). Contudo, a literatura acerca da Diabetes, tem-se focado, essencialmente, nas diferenças de sexo na adesão terapêutica, negligenciando o *género*, como um factor determinante na compreensão das diferenças entre homens e mulheres na diabetes.

O presente estudo tem por objectivos centrais compreender como os determinantes psicossociais de género influenciam as diferenças entre homens e mulheres ao nível da adesão terapêutica na diabetes tipo 2; e compreender como os determinantes sociais de género condicionam a actuação dos profissionais de saúde junto dos doentes diabéticos e conduzem a diferenças de género na adesão terapêutica na diabetes tipo 2.

A presente investigação qualitativa compreendeu a realização de três estudos empíricos, onde estão distribuídos os 12 participantes que compõem a amostra em estudo. O Estudo 1, referente à adesão terapêutica em homens diabéticos tipo 2, abrangeu 5 participantes; o Estudo 2, referente à adesão terapêutica em mulheres diabéticas tipo 2, abrangeu 5 participantes; e o Estudo 3, referente à percepção dos profissionais de saúde de diferenças de sexo na adesão terapêutica na diabetes tipo 2, abrangeu 2 participantes.

Uma vez constituído o corpus de análise, e através da análise temática, foram identificados dois temas principais em cada estudo empírico. No Estudo 1 (homens diabéticos) e Estudo 2 (mulheres diabéticas), os temas identificados foram: (i) experiência subjectiva da diabetes e (ii) adesão terapêutica. No estudo 3 (profissionais de saúde), os temas identificados foram: (i) modelo de género tradicional e saúde e (ii) adesão terapêutica na diabetes.

Em geral, foi possível verificar que existem diferenças entre homens e mulheres na adesão terapêutica na diabetes tipo 2, evidenciando-se uma maior prevalência de determinantes psicossociais de vulnerabilidade de género na mulher diabética, criando desigualdades de género na adesão terapêutica e, conseqüentemente no controlo metabólico da diabetes tipo 2. Nesta investigação, foi ainda possível verificar que as desigualdades de género na adesão terapêutica na diabetes tipo 2 não são, unicamente determinadas por factores psicossociais de género, mas inclusivamente por factores sociais de género.

Palavras-chave – Sexo, Género, Saúde, Diabetes *Mellitus*, Adesão terapêutica

ABSTRACT

The consequences of the Diabetes *Mellitus* in the patient lifestyle can be terrible as the treatment is extremely demanding and complex, physically and psychologically, obliging the patient to have an active involvement in his disease approach (Silva, 2006). The gender it's known as one of the social factors that directly influences the differences in health, whether for social causes of gender or subjective causes and gender identities (Arias, 2009; Marques, 2010). Nevertheless, the diabetes studies have been focusing essentially in the sex differences in the therapeutic acceptance, neglecting the *gender* as a vital factor to understand the differences in diabetes between men and women.

This study mainly purposes to understand the gender psychosocial causes that influence the differences in the diabetes type 2 therapeutic acceptance between men and women; and to understand how the social causes can influence the practitioners of health care action towards the diabetic patients and lead to gender differences in the diabetes type 2 therapeutic acceptance.

This investigation has included three empirical studies, where the 12 participants of the present sample are distributed. The Study 1, referring to the diabetes type 2 men acceptance, has included 5 participants; The Study 2, referring to the diabetes type 2 women acceptance, has included 5 participants; and the Study 3, referring to the perception of the health care practitioners of the sex differences in the diabetes type 2 therapeutic acceptance, has included 2 participants.

Once defined the analysis corpus, and with the thematic analysis, we have identified two main subjects in each empirical study. In the Study 1 (diabetic men) and Study 2 (diabetic women), the identified subjects were: (i) subjective diabetes experience and (ii) therapeutic acceptance. In the Study 3 (health care practitioners), the identified subjects were: (i) traditional gender model and health and (ii) diabetes therapeutic acceptance.

In general, in this investigation we have verified that there are differences between men and women in the diabetes type 2 therapeutic acceptance. It was possible to verify that there is a predominance of psychosocial causes of gender vulnerability in the diabetic woman, which can produce inequalities of gender therapeutic acceptance and, therefore, in the metabolic diabetes type 2 control. In this investigation it was also possible to verify that the gender therapeutic acceptance differences towards the diabetes type 2 are not only caused by gender psychosocial factors, but also by gender social factors.

Key words: Sex, Gender, Health, Diabetes *Mellitus*, Therapeutic Acceptance.

ÍNDICE

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	06
Introdução	06
Construção do Género	08
Género e Saúde	10
Género, Saúde, Diabetes: Adesão Terapêutica	14
Diferenças de Sexo	14
Desigualdades de Género	17
II. ESTUDO EMPÍRICO	20
Objectivos e questões de investigação	20
Contexto de Estudo	22
Plano de Investigação	23
Seleccção da amostra	23
Construção do instrumento	23
Procedimento de recolha de dados	24
Procedimento de análise de dados: Análise Temática	25
Resultados e Discussão	26
Estudo 1 – Adesão terapêutica em homens diabéticos tipo 2	26
Estudo 2 – Adesão terapêutica em mulheres diabéticas tipo 2	36
Estudo 3 – Percepção dos profissionais de saúde de diferenças de sexo na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2	47
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução

A Federação Internacional de Diabetes estima que a prevalência de Diabetes *Mellitus*, principalmente tipo 2, está a aumentar significativamente, atingindo 5.9% da população com idade entre os 20 e 79 anos (Undén et al., 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde, actualmente 250 milhões de pessoas, a nível mundial, sofre de Diabetes e o total alcançará, pelo menos, 380 milhões até 2025. A Diabetes conta com aproximadamente, 4 milhões de mortes por ano e uma taxa de mortalidade semelhante em magnitude ao HIV/SIDA (World Health Organization [WHO], 2010). Em Portugal, calcula-se que existam entre 400 a 500 mil diabéticos, cerca de 11,7% da população (Associação Protectora Diabéticos Portugal [APDP], 2010).

A Diabetes *Mellitus* (DM) descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla caracterizada pela incapacidade do pâncreas em produzir ou utilizar efectivamente a insulina, resultando na acumulação do açúcar (glicose) na circulação sanguínea. A hiperglicemia crónica, ou valores elevados de glicose no sangue, conduz a distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo que os efeitos a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente nervos e vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2010; Sociedade Portuguesa Diabetologia, 2010; WHO, 2010).

A Diabetes tipo 1 é diagnosticada, tipicamente, antes dos 30 anos de idade e, geralmente, envolve a utilização diária de múltiplas injeções de insulina. Na diabetes insulino-dependente as células β do pâncreas deixam de produzir insulina, pois existe um processo de destruição maciça das mesmas (APDP, 2010). A Diabetes tipo 2 é a forma mais comum de diabetes (90% dos casos). Na diabetes tipo 2, o pâncreas é capaz de produzir insulina. Contudo, a alimentação incorrecta, a vida sedentária e o excesso de gordura, sobretudo abdominal, tornam as células resistentes à acção da insulina (insulino-resistência). Desta forma, o pâncreas é estimulado continuamente a produzir mais insulina, até que esta deixa de ser suficiente, surgindo a diabetes. A diabetes tipo 2 pode ou não requerer a injeção de insulina (APDP, 2010; Ministério da Saúde, 2010).

Aproximadamente 40% dos diabéticos vêm a padecer de complicações tardias da doença. Estas complicações podem ser agudas, como a hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose, Coma Hiperosmolar Não-Cetónico e crónicas, tais como, microangiopatia, macroangiopatia, neuro, macro e microangiopatia. As complicações crónicas podem ser microvasculares, que implicam a lesão dos pequenos vasos sanguíneos resultando em microangiopatia, nefropatia e neuropatia; macrovasculares que resultam da lesão dos grandes vasos sanguíneos conduzindo a macroangiopatia, hipertensão arterial, doença coronária, acidente Vascular Cerebral Isquémico e insuficiência venosa dos membros inferiores; assim como, complicações neuro, macro e microvasculares, tais como, o pé diabético (APDP, 2010; Ministério da Saúde, 2010). A morte por doença cardíaca e o risco de enfarte são 2 a 4

vezes superiores para doentes diabéticos adultos do que para a população em geral (Brooks & Roxburgh, 1999; McCollum, Hansen, Lu, & Sullivan, 2005; Ponzo et al., 2006).

Os objectivos do tratamento da diabetes prendem-se com a compensação ou controlo metabólico e consequente prevenção das complicações agudas e prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas, que constituem um perigo imediato à vida do doente e uma ameaça lenta e progressiva à sua saúde (Silva, 2006).

A Associação Americana de Diabetes, nas Recomendações da Prática Clínica de 2004, reconhece a auto-monitorização como um componente integral do plano terapêutico. O tratamento da diabetes requer um cuidadoso equilíbrio entre os elementos que compõem a tríade terapêutica, que incluem a alimentação saudável e o exercício físico, a medicação (anti-diabéticos orais e insulino-terapia) e a auto-vigilância. A auto-vigilância é essencial para o auto-controlo da doença, sendo que a pessoa diabética tem de aprender um regime complexo, o qual implica a adesão à monitorização da glicose no sangue, a partir da utilização do teste de glicemia capilar; visitas de rotina aos profissionais de saúde, com a regularidade de consultas trimestrais e anuais onde se realizam análises clínicas, cuja nomenclatura abrange o teste da hemoglobina A1C, Urina II, Hemograma, Microalbuminúria em Urina, Triglicéridos, Colesterol Total, Colesterol HDL, Creatinina, Bacteriológico da Urina e eventual TSA e ECG; e, por último, cuidados diários com os pés (Brooks & Roxburgh, 1999; McCollum, Hansen, Lu, & Sullivan, 2005).

A eficácia do regime de tratamento é baseada na eficácia do regime prescrito pelo/a médico/a e na adesão do/a paciente às prescrições de auto-cuidado. Como tal, a última responsabilidade pelo cuidado diário pertence ao/à paciente. A adesão aos comportamentos de auto-cuidado implica a optimização do controlo glicémico, através da manutenção das concentrações de glicose no sangue perto dos valores normais, reduzindo a ocorrência e gravidade das complicações diabéticas (Brooks & Roxburgh, 1999; Enzlin, Mathieu, & Demyttenaere, 2002; McCollum, Hansen, Lu, & Sullivan, 2005; Ponzo et al., 2006). O impacto da diabetes no estilo de vida do paciente pode ser dramático, sendo que as recomendações de auto-cuidado requerem tempo e esforço substancial do paciente. O tratamento torna-se extremamente exigente e complexo do ponto de vista físico e psicológico, implicando um envolvimento activo por parte do/a doente, na gestão da sua doença (Silva, 2006). A pessoa diabética sente-se, frequentemente, desafiada pelas exigências do dia-a-dia na gestão da doença e pelo medo de desenvolver complicações. Contudo, parece existir uma falta de adesão generalizada aos diferentes componentes de tratamento, constituindo um dos problemas mais graves e frequentes na diabetes e sendo responsável pela morte prematura e incapacidade dos indivíduos (Enzlin, Mathieu, & Demyttenaere, 2002; Fitzgerald, Anderson, & Davis, 1995; Undén et al., 2008).

Assim sendo, a investigação tem-se focado nos factores psicossociais que influenciam a adesão às prescrições de auto-cuidado na diabetes *mellitus* (Enzlin, Mathieu, & Demyttenaere, 2002). No entanto, raros são os estudos que se têm debruçado sobre o sexo de pertença dos/as pacientes e sobre análises do género como determinante psicossocial da adesão terapêutica na diabetes.

Construção do Género

O conceito de género remonta ao início do século XX, tendo sido pensado no sentido da substituição do determinismo biológico associado ao termo sexo. Este conceito vem incitar ao questionamento sobre os significados de ser homem e de ser mulher e surge como a justificação das desigualdades sociais existentes entre os sexos (Amâncio, 2001). Existem diferentes perspectivas relativas à construção social do género. Uma de ordem determinista com ênfase no biológico, outras mais associadas ao modelo da aprendizagem social, que enfatiza a socialização e ainda modelos mais recentes, críticos das abordagens anteriores e que se caracterizam por uma abordagem anti-essencialista, construcionista social e crítica do género (Nogueira, *in press*). Neste trabalho faremos apenas a análise tendo como referente os modelos da socialização, considerando que estes são ainda valorizados, preferencialmente, na percepção das pessoas relativamente a esta questão e abordaremos essencialmente publicações que associam o género à saúde.

Arias (2009) propõe um sistema de construção do género, em que os elementos que o constituem são análogos e se articulam com as estruturas do modelo biopsicossocial. Quando se fala da esfera biológica fala-se de *sexo*, sendo que este se refere a características que são determinadas biologicamente, incluindo as diferenças dos pontos de vista genético, hormonal, reprodutivo e físico, supostamente invariáveis e imutáveis (Organização Mundial Saúde [OMS], 2002 *cit. in* Nogueira, 2009). Quando se fala da esfera social e psíquica fala-se de *género*, sendo este *psicossocial*.

Na esfera social, a partir da relação e vínculos com outros e outras, as pessoas identificam-se como *homens ou mulheres*. Estas identificações constroem-se na socialização primária, assim como, na posterior socialização secundária, onde são transmitidos modelos sociais de género. Os modelos de género implicam a representação de *papéis de género*, isto é, atributos e funções distintas, conotadas de valores e ideais sobre o que “deve” ser um homem e uma mulher, que a sociedade assinala a cada pertença sexual. Mesmo antes do nascimento, as roupas da criança são compradas em tons de rosa ou de azul e a decoração do quarto e todos os acessórios são pensados em consonância com o sexo do bebé. Segundo Giddens (2007 *cit. in* Nogueira, 2009), rapazes e raparigas são guiados neste processo, por sanções positivas e negativas, forças socialmente aplicadas que recompensam, por exemplo “És um menino muito corajoso!” ou restringem o comportamento, por exemplo, “Os meninos não brincam com bonecas”. Posteriormente, as actividades e passatempos, o comportamento, a expressão de emoções, as responsabilidades e metas intelectuais estão, muitas vezes, relacionados com uma lista de comportamentos considerados adequados para um sexo ou outro (OMS, 2001 *cit. in* Nogueira, 2009) e que se constituem como diferenças fundamentais. Estas identificações sofrem, assim, uma construção contínua ao longo da vida, através de situações de formação formal e/ou informal (Persell, James, Kang, & Snyder, 1999 *cit. in* Nogueira, 2009), atribuindo significados ao estado corporal de macho/fêmea e distribuindo os seres humanos pelos grupos de homem ou mulher.

No entanto, a construção social de *homem ou mulher* varia de acordo com o contexto histórico e cultural específico, não havendo uma forma universal de ser homem ou mulher (Nogueira, 2001).

Ser mulher e os significados sociais subjacentes alterna, de acordo com diferentes etnias, países ou classes sociais. Desta forma, a análise dos papéis de género vislumbra-se complexa, uma vez que não é possível uma definição de homem ou de mulher que englobe a totalidade das características, mitos, e hábitos que os enformam nas diversas culturas e épocas (Almeida, 1995 *cit. in* Nogueira, 2009). É na esfera psíquica que se dá a interiorização das representações sociais do género em representações psíquicas e as suas produções de identidade, as posições subjectivas *femininas e masculinas*. O desenvolvimento da identidade de género trata-se de um processo de interpretação e aceitação (ou não) dos papéis, responsabilidades e comportamentos que são considerados apropriados (para homens ou mulheres) pela família, comunidade, cultura e sociedade (WHO, 2008 *cit. in* Nogueira, 2009). Define o nível em que a pessoa se identifica como masculina ou feminina, ou alguma combinação de ambos, constituindo-se como marco de referência interno, construído ao longo do tempo, que permite aos indivíduos organizar um auto-conceito, um sentido de identidade pessoal, singularidade, pertença e comportarem-se socialmente relativamente à percepção do seu próprio sexo e género (Nogueira, 2009).

A transição é do biológico de fêmea/macho, ao social de mulheres/homens e ao psíquico de feminilidades/masculinidades (Arias, 2009). Uma pessoa define-se num sexo, identifica-se com um modelo de género no qual funcionará socialmente, adoptando os papéis de género e, além do mais, se construirá uma estrutura subjectiva que moverá os seus desejos e actos, nas quais as particularidades do seu sexo e dos seus atributos de género formarão parte das suas posições subjectivas de feminilidade e masculinidade. O sujeito assim construído deseja, actua e, em definitivo, vive em função dos ideais de género, dos modelos sociais e da organização social na qual se construiu. Assim, o género contém os atributos sociais, as normas e os papéis de género, e também os ideais e componentes subjectivos da identidade feminina e masculina. Pode-se afirmar, então, que as relações de género têm uma componente política e, ao mesmo tempo, pessoal. A componente política inclui as normas e os papéis de género que são mantidos e promovidos pelas instituições sociais. A componente pessoal existe, porque os papéis de género adoptados definem quem somos, o que fazemos e a imagem que temos de nós próprios (OMS, 2001 *cit. in* Nogueira, 2009). De acordo com Nogueira (2001) o género influencia o comportamento, pensamento e sentimentos dos indivíduos, afectando claramente as interacções sociais e ajudando na determinação da estrutura das instituições.

As construções *genderizadas* nem sempre são evidentes, pelo que carecem de um olhar crítico e interrogativo (Marques, 2010). Trata-se de analisar e compreender os mecanismos pelos quais se constroem os modelos sociais de género interiorizados pelas pessoas e como actuam desde o interior, motivando as condutas de género, e também como actuam desde o exterior, os determinantes sociais. Não se trata das diferenças entre homens e mulheres, mas sim de como o género condiciona e afecta cada um deles (Arias, 2009).

Estes conceitos são os que permitirão analisar o género como determinante da saúde, porque permitirá analisar como os papéis de género, os ideais de feminilidade e masculinidade e o seu

significado pessoal e subjectivo para cada pessoa, podem expor a situações de vulnerabilidade (Arias, 2009).

Género e Saúde

O *modelo biopsicossocial* defende que a saúde/doença é um processo no qual tem influência a biologia, o contexto social, a experiência subjectiva vivida e as interacções entre estas esferas. Contudo, a Medicina actual é impotente frente aos grandes problemas sociais e de saúde, intimamente relacionados. A pobreza, o trabalho, o desemprego, os desastres naturais, a delinquência, o tabagismo, a dieta alimentar, o stress ou a falta de poder de grande parte da população são fenómenos determinantes da saúde, perante os quais a Medicina pouco tem a dizer e onde os recursos não são efectivos (Strey & Pulchério, 2010). Segundo Marques (2010, p.2) “considerar os determinantes sociais da saúde nas formulações teóricas e metodológicas e na definição de objectivos e de prioridades significa a aceitação de que os fenómenos de saúde e de doença sofrem o efeito das condições reais de vida dos indivíduos e da organização social mais vasta”.

A *Women's Health Victoria* (2007 cit. in Strey & Pulchério, 2010) afirma que uma visão social da saúde baseia-se em factores sociais ou determinantes sociais que influenciam padrões de saúde e doença numa determinada população. Debaixo desta óptica, entre os factores do contexto social, encontram-se os processos psicossociais de género.

Em geral, é facilmente aceite que a biologia determina as diferenças encontradas nos níveis e problemas de saúde das mulheres e dos homens. No entanto, as originalidades de cada sexo não são imunes à construção social da diferença, as quais, porque presentes no quotidiano e na organização social, afectam directamente a saúde dos indivíduos (Bedinghaus, Leshan, & Diehr, 2001; Doyal, 2001, 2003 cit. in Marques, 2010). Não basta a constatação de que existem diferenças em questões de saúde entre os sexos, é necessário ir mais fundo e procurar em que se baseiam essas diferenças (hábitos, estereótipos, etc.) e não somente acreditar que são de origem biológica (Esteban, 2001 cit. in Strey & Pulchério, 2010). A insistência no ‘porquê’ é um primado essencial, no entendimento de determinado padrão de distribuição de uma patologia e na identificação dos mecanismos da sua difusão (Marques, 2010).

Sem negar a importância dos factores de natureza biológica, é imperioso ter em conta as *diferenças de género* (socialmente construídas) quando se pretende contribuir para a realização do potencial dos indivíduos e para que as suas vidas sejam longas e saudáveis (Marques, 2010). O género é um dos factores sociais directamente implicados nas desigualdades de saúde, tanto por factores sociais de género, como por factores subjectivos e identidades de género (Arias, 2009; Marques, 2010).

A análise dos modelos de género tem que estar relacionada com o contexto social e o momento histórico em que se produz cada modelo. Cada ordem social precisa sempre de estabelecer uma ordem de funções e relações para os sexos, sendo que a ordem que se tem perpetuado desde há séculos é a ordem patriarcal, que atribui funções públicas e poder aos homens e funções privadas e

subordinação às mulheres. Esta ordem patriarcal tem funcionado em aliança com as ordens sociais sucessivas ao longo da história. Contudo, as relações de género têm sofrido variações ao longo dos tempos, o que significa que as actuais não são necessariamente imutáveis, e que podem, por isso, ser modificadas mediante intervenções de variada ordem (Nogueira, 2009).

Arias (2009) propõe quatro modelos sociais de género identificáveis na sociedade ocidental contemporânea: tradicional, em transição, contemporâneo e igualitário. Nesta revisão da literatura apenas serão analisados os modelos de género tradicional e em transição, uma vez que têm implicações mais directas para a saúde.

Apesar da transformação social durante o século XX, a vigência do *modelo de género tradicional* ainda se constata em determinados grupos de idade e classes sociais (Strey & Pulchério, 2010). A finalidade deste modelo prende-se com a constituição de um núcleo social básico, a família hierarquizada. A principal insígnia deste modelo baseia-se numa relação assimétrica entre homens e mulheres, caracterizada pela relação de poder/subordinação. No papel tradicional masculino, a exigência fundamental é de que o homem mantenha os sinais de poder, para estar na disposição de manter a mulher como sua propriedade sustentando uma posição de superioridade sobre ela. Para tal, os homens devem exibir certos atributos, tais como, ser forte, activo, independente, autónomo e capaz. Da mesma forma, o papel tradicional das mulheres apoia-se em manter sinais de carência para sustentar uma posição inferior ao homem. Os atributos das mulheres seriam a passividade, receptividade, emocionalidade, abnegação, capacidade de sacrifício e entrega, dependência, submissão, resignação. Os ideais de feminilidade e masculinidade são dicotómicos para responder aos papéis distintos no contrato matrimonial (Arias, 2009).

Os processos psicossociais de vulnerabilidade de género para a saúde procedem de situações desfavoráveis provenientes dos papéis de género e dos processos subjectivos correspondentes. No que respeita ao modelo tradicional de género, os processos psicossociais de vulnerabilidade são as posições subordinadas das mulheres e os imperativos de poder dos homens (Arias, 2009).

Relativamente às mulheres, a vulnerabilidade procede das limitações do papel ao impor a reclusão no espaço doméstico e a relação de dependência tanto económica como emocional, os maus-tratos ou violência de género, os abusos sexuais e a função de cuidadora e suporte dos outros, tanto pessoas dependentes como independentes, sendo processos de alta vulnerabilidade que afectam a saúde e as mulheres de forma crónica. A actividade, os interesses, as vivências significativas, a fonte de estímulos e frustrações destas mulheres, procedem das pessoas a seu cargo. Tal, produz um desequilíbrio já que conduz à carência de projectos próprios, pouca importância dos próprios desejos e cuidados e a vivência da relação com o mundo através dos outros, o que contribui para o vazio subjectivo. Estes papéis de dependente e cuidadora foram os processos psicossociais mais frequentes encontrados em mulheres com transtornos mentais comuns, somatizações e dor sem causa orgânica nos cuidados de saúde primários (Arias, 2009).

Nos homens, a vulnerabilidade procede da necessidade de manter posições de poder e de propriedade sobre a mulher. No incumprimento do seu papel, nomeadamente de sustento da família e de proprietário da mulher, cai a sua auto-estima. A potência sexual disponível legitima a identidade masculina, aquela de quem domina. Como tal, a associação simbólica da potência sexual com a potência em geral, faz com que qualquer queda dessa potência, como perda do trabalho, abandono da mulher, desvalorização social, ou inclusive o envelhecimento, possa conduzir também a impotência sexual, o qual conduz, por sua vez, a estados psicológicos muito vulneráveis (Arias, 2009; Strey & Pulchério, 2010). O consumo de tabaco e álcool é muito mais frequente em homens do que em mulheres, sendo que tais condutas estão tradicionalmente aceites e relacionadas com a vida pública e valores masculinos. Consumir tóxicos, correr riscos e ser insensível à dor é uma forma de demonstrar fortaleza (Arias, 2009).

Mulheres e homens apresentam distintos determinantes de vulnerabilidade de género para a saúde, devido aos diferentes papéis de género tradicionais. No que respeita às mulheres, recolhidas no âmbito privado, fumar e beber são condutas que danificam a sua feminilidade (Arias, 2009).

Do mesmo modo, a disponibilidade de tempo para dedicar-se a si mesma, o cuidado activo do corpo e certa identificação com a potência física que requer o acto de praticar exercício, são valores que não estão incluídos no modelo tradicional de género das mulheres, mas sim dos homens. Estes papéis de género podem explicar o facto de as mulheres fazerem menos exercício que os homens, dormirem menos ou se alimentarem de um ou outro modo (Arias, 2009).

O modelo de género tradicional é, igualmente, causa de distintas formas de procura de ajuda e modos de consultar nos serviços de saúde. Por exemplo, as mulheres tendem a procurar mais assiduamente os serviços gerais e manifestam mais as suas queixas psicossociais, enquanto que os homens procuram maioritariamente as urgências e os serviços hospitalares quando já se encontram bastante debilitados e lhes custa verbalizar as suas queixas ou problemas. Estes dados estão em consonância com um estudo do Instituto Nacional Estatística (2008d *cit. in* Nogueira, 2009) referente à auto-percepção do estado de saúde, em que a maior parte das mulheres considera o seu nível de saúde entre muito mau e razoável (52,6%), ao passo que, a maioria dos homens considera-se portador de um nível de saúde bom ou muito bom. Estas conclusões estão associadas aos ideais da masculinidade hegemónica que determina que os homens são mais saudáveis, têm menos necessidades de saúde, são mais agressivos, mais inconscientes e menos permeáveis às mensagens sobre prevenção, não necessitando de tantos cuidados de saúde (Nogueira, 2009). Contudo, ainda que vivam mais tempo, as mulheres apresentam maiores índices de morbilidade durante a vida devido à acumulação de doenças não letais, afectando negativamente a sua qualidade de vida (Strey & Pulchério, 2010).

O modelo tradicional dá ainda lugar a estereótipos sociais de género que pressupõem uma forma de funcionar de homens e mulheres e têm influenciado o campo da saúde. Existe uma distinta exposição e diferente vulnerabilidade de mulheres e homens aos mesmos factores de risco, devido às suas diferenças biológicas. No entanto, tais diferenças são frequentemente ignoradas, uma vez que a

própria investigação científica actua mediante modelos estereotipados de género, nomeadamente a representação social de que o sexo masculino constitui a norma e a referência, a qual serve de padrão de comparação das mulheres (Arias, 2009).

Os estereótipos sociais de género são igualmente visíveis pela preferência da atenção médica aos problemas de saúde que mais afectam o ser masculino, optando-se novamente, por uma óptica comparativa ao referirem a situação das mulheres. A especificidade do ser feminino é salientada, sobretudo, no domínio da reprodução, bem como em relação aos factores de risco associados à mortalidade infantil, no qual apenas se salienta o papel da mãe e se omite o do pai (Marques, 2010). Esta linha biológica “natural” da saúde feminina desvaloriza as condições sociais que afectam negativamente as mulheres, incluindo as situações de discriminação (Marques, 2010; Strey & Pulchério, 2010). Os mesmos estereótipos influenciam o que os profissionais de saúde esperam dos e das pacientes que atendem. A representação social de que as mulheres se queixam demasiado porque são mais débeis afectivamente e provavelmente não estão realmente doentes conduz, nos serviços de saúde, a dar menos importância aos sintomas das mulheres, produzindo um menor esforço de diagnóstico e terapêutico. As mulheres são colocadas numa espécie de vala comum, sendo consideradas seres volúveis (Strey & Pulchério, 2010), ficando o entendimento de que as suas queixas são psicossomáticas e potencializando-se o consumo de tranquilizantes (Nogueira, 2009).

O *modelo de género em transição* evidencia-se, ao longo do século XX, com a subversão do modelo tradicional, pela incorporação das mulheres na educação, no trabalho e na vida pública. No entanto, esta mudança social é inacabada, uma vez que se modificou o modelo social, mas as pessoas conservam os valores tradicionais na esfera íntima. O núcleo social básico passa a ser o casal, sendo que esta união pode ser também entre pessoas do mesmo sexo (Arias, 2009).

A transição de género trouxe a mulheres e homens processos protectores procedentes da saída de relações de poder/subordinação, no entanto, a transição conduz também a processos de vulnerabilidade que procedem da acumulação de funções e papéis e da coexistência de ideais contraditórios antigos e novos que conduzem, por vezes, a desajustes e desencontros nas relações (Arias, 2009). O principal processo de vulnerabilidade de alto impacto nas mulheres em transição é a dificuldade para compatibilizar o mundo laboral com o pessoal, devido à sobrecarga da tripla jornada laboral (trabalho remunerado, doméstico e cuidado de dependentes). Tal dificuldade resulta da deficiência de recursos sociais para a criação das filhas/os, e da organização social que permite aos homens disporem de todo o tempo para o exercício profissional, sem contar com a conciliação das esferas do trabalho e do cuidado de terceiros. Os homens no modelo em transição tendem a evitar o trabalho de cuidado dos filhos, mantendo os privilégios tradicionais, o que constitui uma das causas dos conflitos entre o casal. Para os homens, o processo psicossocial de vulnerabilidade mais frequente é o questionamento e crítica do ambiente social, quando estes começam a aceder a papéis que eram tradicionalmente femininos, tais como, as tarefas domésticas, o cuidado afectivo de filhos/as e o cuidado da sua companheira e outras pessoas.

Estas construções *genderizadas*, mais do que sublinharem a diferença sustentam e sancionam positivamente a discriminação social, perpetuando, assim, a desigualdade, em geral e ao nível da saúde (Sen, George, & Östlin, 2002, p.5 *cit. in* Marques, 2010).

Género, Saúde, Diabetes: Adesão Terapêutica

Diferenças de Sexo

As exigências psicossociais de viver com a diabetes *mellitus* são frequentemente difíceis e, como tal poderão afectar a qualidade de vida, o comportamento de auto-cuidado, o controlo metabólico e, finalmente o risco de desenvolver complicações crónicas e mortalidade. Porém, as diferenças de sexo são constantemente negligenciadas na literatura acerca da diabetes. Poucos estudos privilegiam a relação entre a variável sexo e competências de auto-cuidado. Contudo, é razoável assumir que a Diabetes e a adesão ao seu tratamento pode ser experienciada de forma diferente por mulheres e homens (Enzlin, Mathieu, & Demyttenaere, 2002; Fitzgerald, Anderson, & Davis, 1995; McCollum, Hansen, Lu, & Sullivan, 2005; Undén et al., 2008).

Vários estudos (McCollum et al., 2005; Enzlin et al., 2002; Fitzgerald, 1995) procuraram analisar as diferenças de sexo a nível de factores que, hipoteticamente, influenciam a adesão terapêutica na Diabetes *Mellitus*.

Um estudo conduzido por McCollum e colaboradores (2005) examinou as diferenças de sexo na diabetes *mellitus* e explorou os efeitos dessas diferenças nas actividades de auto-cuidado. A amostra era constituída por 1653 doentes com diagnóstico de diabetes tipo 1 e 2 e idade igual ou superior a 18 anos. Os resultados evidenciaram que as mulheres apresentavam significativamente mais comorbilidades, maiores níveis de depressão, mais limitações cognitivas e físicas que os homens e um alto índice de massa corporal (IMC). Desta forma, os autores sugeriram que os dados suportavam a conclusão de que a mulher sofreria um impacto mais adverso nas capacidades para realizar actividades de auto-cuidado e monitorização da diabetes, designadamente a partir do efeito cumulativo de várias doenças e gestão da medicação, problemas ao nível da dieta e exercício físico e dificuldades na realização de actividades diárias (ex. compras, preparação de refeições e toma de medicação). No entanto, os autores não avaliaram directamente as actividades de auto-cuidado dos participantes, de modo a verificar o impacto das variáveis estudadas na adesão terapêutica destes diabéticos.

Na literatura são conhecidas as diferenças entre homens e mulheres em diversas variáveis psicológicas, contudo estas diferenças raramente são tidas em conta na literatura relacionada com a diabetes. Não obstante, alguns estudos sugerem que a relação entre factores psicológicos e adesão e/ou controlo metabólico na diabetes pode ser diferente para ambos os sexos. Por exemplo, Enzlin e colaboradores (2002) procuraram confirmar, numa amostra de 280 pacientes adultos com diabetes tipo 1, as seguintes hipóteses: 1) o *coping*, a depressão, e a qualidade da relação conjugal podem influenciar o ajustamento psicológico à diabetes e a relação entre estas variáveis é diferente em homens e mulheres e 2) o ajustamento psicológico pode ter influência no controlo glicémico e a

relação entre estas variáveis é diferente em homens e mulheres. Os resultados indicaram que os homens usavam, mais significativamente, estilos de *coping* activo que reflectiam “domínio” e “autonomia”, menos *coping* depressivo, menos procura de apoio social emocional e maior satisfação com a relação conjugal. As mulheres relataram, significativamente mais sintomatologia depressiva que os homens, mais mulheres apresentavam depressão clínica (24% das mulheres versus 7.4% dos homens) e utilizavam mais estratégias de *coping* que reflectiam “dependência dos outros”. Os autores questionaram se as diferenças de sexo encontradas estavam relacionadas com uma alta prevalência de depressão nas mulheres ou se estas apenas estariam a responder às expectativas sociais que tornam aceitável, para a mulher, relatar sentimentos de depressão. Foram ainda encontradas diferenças de sexo significativas no ajustamento psicológico à diabetes, sendo que a mulher teve um pior ajustamento emocional e cognitivo. Por outro lado, os homens apresentavam um melhor ajustamento psicológico, sobretudo a partir de uma maior aceitação da doença. Os investigadores sugerem que, estes dados podem ser explicados pelo facto dos homens exibirem uma grande necessidade de negar os problemas relacionados com a doença, num esforço de manter a diabetes fora da sua identidade pessoal e social. A hipótese de relação fisiológica directa entre os factores psicológicos e o controlo da glicemia não se confirmou, pelo que o controlo glicémico não foi claramente melhor nos homens que nas mulheres. Os autores concluíram que as variáveis psicológicas poderiam ter uma influência indirecta no controlo da glicemia pela interferência na adesão ao regime prescrito, um factor que não foi avaliado neste estudo (Enzlin, Mathieu, & Demyttenaere, 2002).

Estes estudos demonstram que as mulheres têm valores significativamente mais elevados nos factores que se correlacionam negativamente com a adesão terapêutica na diabetes. Todavia, nenhum estudo avaliou directamente o impacto destes factores nas actividades de auto-cuidado. Por esse motivo, revela-se importante avaliar as diferenças de sexo em actividades de auto-cuidado entre pessoas com diabetes *mellitus*.

Um estudo realizado por Fitzgerald e colaboradores (1995) teve como objectivo determinar se homens e mulheres diferiam nas suas atitudes e no relato da adesão às recomendações de auto-cuidado na diabetes *mellitus*, numa amostra de 1201 pacientes diabéticos. Os resultados mostraram que homens e mulheres diferiam na percepção de saúde global, impacto da diabetes nas actividades diárias, percepção das recomendações médicas e adesão terapêutica. Evidenciou-se que os homens classificaram a sua saúde global como sendo alta, consideraram a sua doença menos adversa e impeditiva das suas actividades diárias que a mulher. As mulheres qualificaram a diabetes como uma doença grave e relataram que a mesma tinha um impacto negativo signficante na sua vida. Os homens estavam mais de acordo que as mulheres, que os pacientes deveriam seguir as recomendações dos profissionais de saúde. Assim, foram encontradas algumas diferenças de sexo na adesão às recomendações de auto-cuidado, sendo que os homens apresentavam maior padrão de adesão ao exercício físico, enquanto as mulheres relataram maior adesão ao teste de glicemia capilar e toma de insulina.

Alguns dos estudos acima descritos examinaram a relação indirecta, via comportamental, de diversas variáveis na diabetes *mellitus*, pela sua influência na adesão ao regime de tratamento da diabetes. Outros autores, têm centrado as suas investigações no estudo das diferenças de sexo em factores psicossociais que influenciam directamente, via fisiológica, o controlo metabólico, pela estimulação de hormonas que afectam os níveis de glicose no sangue.

Assim sendo, o estudo de Undén e colaboradores (2008) investigou as diferenças de sexo na percepção de saúde, qualidade de vida e problemas relacionados com a diabetes (preocupações e satisfação com o cuidado) e a sua relação com o controlo glicémico. A amostra era constituída por mulheres e homens, com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, residentes na Suécia. Os resultados apontaram que, em ambas as faixas etárias, as mulheres diabéticas relatam ter uma pior situação de saúde comparadas com os homens diabéticos, no que respeita ao auto-relato de saúde, qualidade de vida, bem-estar mental e percepção de qualidade de cuidado. A mulher relata mais preocupações relacionadas com a diabetes e menos competências de *coping*, sendo que mais preocupações e pior auto-relato de saúde estavam associados com valores mais altos de hemoglobina. Os dados mostram ainda que as mulheres de meia-idade classificaram o seu bem-estar mental e qualidade de vida pior que os homens, sendo que os homens de meia-idade encontravam-se mais satisfeitos com a sua memória e apetite do que as mulheres. As mulheres desta faixa etária percebem a sua qualidade de cuidado significativamente pior que o homem e, manifestam o desejo de usufruir de mais tempo nas consultas para obterem melhores conhecimentos acerca da diabetes. Paralelamente, os homens de meia-idade afirmam, de modo expressivo, que a família recebe informação acerca da doença (29%) em comparação com as mulheres (13%). As mulheres jovens percebem menos suporte fora de casa comparando com os homens da mesma faixa etária. Não foram encontradas diferenças de sexo significativas no controlo metabólico, embora houvesse uma tendência para os homens jovens terem uma média baixa de hemoglobina comparando com as mulheres jovens, sendo que 52% dos homens jovens e apenas 30% das mulheres jovens tinham valores de <6.5% referentes à hemoglobina glicosilada.

A literatura também tem vindo a referir que o risco aumentado de doença cardiovascular e outras complicações que acompanham a DM é superior na mulher, tendo como consequência uma maior taxa de mortalidade no sexo feminino (McCollum, Hansen, Lu, & Sullivan, 2005). Segundo o Instituto Nacional Estatística (2008e *cit. in* Nogueira, 2009), apenas duas causas de morte vitimam mais mulheres que homens, as doenças do aparelho circulatório e a **Diabetes Mellitus**.

Estes dados revelam-se inconsistentes com a literatura das diferenças de sexo na saúde, onde é conhecido que as mulheres têm mais cuidados de saúde, maiores conhecimentos da doença, maior uso dos serviços de saúde, maior responsabilidade pela saúde familiar e menor mortalidade. Paradoxalmente o sexo masculino ostenta maiores comportamentos de risco, menos procura dos serviços de saúde, doenças mais letais e uma esperança média de vida 7 anos inferior à da mulher (Jack, Toston, Jack, & Sims, 2008). Neste sentido poderíamos prever que, na diabetes *mellitus*, as

mulheres exibiriam maior adesão terapêutica, maior controlo metabólico, menos complicações e menor mortalidade, no entanto, os estudos mostram que esta hipótese não se confirma. Como tal, revela-se primordial perceber o *porquê* das diferenças encontradas entre homens e mulheres na *Diabetes Mellitus*.

Desigualdades de Género

A maioria dos estudos publicados acerca da diabetes foca-se, primariamente, nos aspectos fisiológicos da doença, ignorando o contexto social pelo qual a prevenção e gestão da diabetes são influenciadas (Jack, Toston, Jack, & Sims, 2008). Desta forma, as diferenças de género associadas com as competências de auto-gestão da Diabetes têm recebido pouca atenção na investigação científica (Ponzo et al., 2006). Todavia, diversos estudos reconhecem a necessidade da investigação ser mais relevante culturalmente, considerando o género como um factor psicossocial determinante no controlo da *Diabetes Mellitus*.

Jack e colaboradores (2008) realizaram uma revisão de estudos, publicados entre 1980 e 2008, com o objectivo de compreender a associação entre “masculinidade” e comportamentos relacionados com a diabetes. Os autores revelaram que os atributos de “ser homem”, tais como a masculinidade são uma causa menos estudada nas disparidades de saúde, nomeadamente no modo como esses atributos influenciam a adopção e manutenção dos comportamentos de auto-gestão da diabetes. Segundo os investigadores, a masculinidade é um fenómeno construído socialmente que inclui normas de género, papéis de género e conflitos de papéis de género e ditam como o homem deve olhar, vestir-se, falar e comportar-se numa rede social de amigos, grupo de pares, família, colegas e sociedade em geral. A masculinidade influencia a tomada de decisão relativa à saúde, o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e os comportamentos de procura dos cuidados de saúde. Assim, a construção social de masculinidade hegemónica conduz, frequentemente, a práticas de saúde pobres, competências de gestão do stress desadaptativas e comportamentos de procura dos cuidados de saúde inadequados. Desta forma, extrapolando para a diabetes, os autores defendem que as normas culturais guiam ou constroem a adopção e sustentabilidade de comportamentos de auto-cuidado. Por exemplo a virilidade associada ao sexo masculino inibe a adopção de comportamentos saudáveis, designadamente uma alimentação adequada na presença de pares, colegas e amigos (sobretudo homens).

Um estudo de Brooks e Roxburgh (1999) examinou as diferenças de género na influência do sentido subjectivo de controlo (domínio) e experiência subjectiva da diabetes, medida como interferência, insatisfação e vergonha, na perturbação psicológica (*distress*) das pessoas diabéticas e as suas implicações nas actividades de auto-cuidado. A amostra era constituída por 71 diabéticos, sendo que 65% dos participantes eram do sexo feminino, correspondendo à distribuição da diabetes na população e, a média de idade era de 56.5 anos. Congruente com estudos supra referidos, os resultados indicaram que as mulheres eram significativamente mais depressivas que os homens. Mulheres e

homens diferiam, igualmente, nos níveis de domínio relatados, sendo que os homens referiam, consideravelmente mais sentimentos de controlo interno e competência que as mulheres. Contudo, os resultados mostram que o domínio é um recurso psicossocial saliente na redução da perturbação psicológica na mulher, mas não está significativamente relacionado com a variação dos níveis de perturbação psicológica nos homens diabéticos. Os autores sugerem que um alto sentido de controlo subjectivo seria necessário para a saúde mental das mulheres, uma vez que substitui outros meios acessíveis aos homens, particularmente a disponibilidade de suporte instrumental para a gestão da sua condição de doença. Quanto à experiência subjectiva da diabetes não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres em termos de interferência, insatisfação e vergonha. Porém, existiam diferenças de género no impacto da interferência na perturbação psicológica. Entre as mulheres da amostra, a interferência tinha um impacto significativo na perturbação psicológica, tal que um alto sentido de interferência estava associado a níveis elevados de perturbação psicológica. No entanto, para os homens diabéticos os níveis de interferência não tinham qualquer efeito no seu bem-estar mental.

Estes dados fornecem evidência adicional de que a gestão da diabetes é desigual em homens e mulheres. A investigação mostrou que os homens casados tinham maior probabilidade que as mulheres casadas de ter esposos que monitorizavam a sua dieta, auxiliavam na monitorização dos níveis de glicose, regulavam a data dos compromissos médicos e encorajavam ao exercício regular. Assim, os homens apresentavam menos hipóteses de encontrar algum nível de interferência associado com a diabetes e, conseqüentemente exibiam melhor saúde mental que as mulheres. Por outro lado, o papel de género de cuidadora, atribuído às mulheres, conduzia a que as mesmas recebessem menos ajuda na regulação e gestão das actividades de auto-cuidado da diabetes e, desta forma, relatassem com maior probabilidade que as exigências da adesão terapêutica interferiam com a sua capacidade para arcar com a sobrecarga dos múltiplos papéis de responsabilidade e vida diária, acarretando mal-estar psicológico (Brooks & Roxburgh, 1999).

Uma investigação realizada por Ponzo e colaboradores (2006), teve como objectivo explorar a relação entre género e barreiras etnoculturais, suporte familiar, sintomatologia depressiva e percepções de doença no auto-relato da adesão terapêutica na diabetes. A amostra era composta por 50 mulheres e homens italianos vivendo no Canadá, com diagnóstico de diabetes tipo 2 e idade superior a 45 anos. Neste estudo foi possível verificar diferenças de género significativas para a sintomatologia depressiva e percepção de gravidade da doença, sendo que as mulheres italianas apresentavam maior depressão e percepcionavam a sua doença como sendo expressivamente mais grave, que os homens italianos. Neste sentido, observou-se que uma maior sintomatologia depressiva estava significativamente associada com maior percepção de sabotagem familiar, mais barreiras etnoculturais e de género na auto-gestão da diabetes e maior percepção de gravidade da doença. Foram ainda visíveis diferenças de género na auto-gestão da diabetes, sendo que as mulheres eram responsáveis pela preparação da refeição familiar e compras de supermercado, mesmo se os seus maridos fossem os participantes

diabéticos. Os resultados mostraram que 84% das mulheres e 12% dos homens indicaram serem responsáveis pela preparação das suas refeições e, 4% das mulheres e 64% dos homens afirmaram que o seu companheiro era responsável pela preparação das refeições. Os autores sugerem que estes dados aludem a que a divisão sexual do trabalho pode afectar a adesão terapêutica na diabetes. Os homens da amostra relataram ser fácil a adesão ao plano alimentar da diabetes se a esposa fosse responsável pela preparação das suas refeições, uma vez que nunca aprenderam a confeccionar as suas refeições. Paralelamente, o facto das mulheres serem responsáveis pelo planeamento e confecção da alimentação familiar, compromete-lhes o tempo necessário e energia para realizar refeições separadas para elas, consistentes com o plano de tratamento da diabetes (Ponzo et al., 2006).

A actividade física é também uma componente importante da tríade terapêutica no tratamento da diabetes, auxiliando no aumento do controlo da glicemia, redução da pressão sanguínea e controlando outros factores de risco que conduzem a complicações a longo prazo. O estudo de Barrett, Plotnikoff, Courneya e Raine (2007) teve como objectivo examinar a influência de determinantes demográficos (sexo e rendimento salarial) e determinantes psicossociais (auto-eficácia, ambiente, situação, expectativas de resultados, comportamento, aprendizagem observacional, auto-controlo, reforço e resposta de *coping* emocional) na actividade física. A amostra era constituída por 1614 canadianos com diagnóstico de diabetes tipo 2. Os resultados mostraram diferenças entre os grupos de sexo e rendimento salarial ao nível dos comportamentos de actividade física. As mulheres e os grupos de médio e baixo rendimento salarial incorporavam actividades do estilo de vida (por exemplo, subir escadas, brincar com filhos/netos, trabalho doméstico, caminhar) e actividades profissionais, enquanto os homens e os indivíduos com nível económico elevado envolviam-se em actividades de lazer (por exemplo, jogging, aeróbica e desportos). Além disso, também foram verificados diferentes padrões de sexo e rendimento salarial para o ambiente, a auto-eficácia, e a situação relacionados com a actividade física. Os indivíduos com baixos rendimentos e as mulheres identificaram a falta de disponibilidade das instalações e os custos como barreiras ambientais para a actividade física. No que respeita à auto-eficácia, os homens e o grupo com altos rendimentos relatavam maior sentido de auto-eficácia que as mulheres e indivíduos com baixos rendimentos. As mulheres relataram mais que os homens que lhes faltavam os conhecimentos e competências adequadas, nomeadamente no tipo de actividade apropriada, nos aspectos do auto-cuidado e no cuidado com os pés. Assim, mais mulheres referiram que adquiriam conhecimentos e competências relativos à actividade física pela leitura e observação de outros. Particularmente no sexo feminino, a falta de motivação, a falta de tempo e outras exigências, designadamente as obrigações familiares, as tarefas domésticas e as responsabilidades laborais foram apontadas como os principais impeditivos a uma actividade física regular. Ainda nas mulheres, o suporte social revelou ser um factor importante na realização de actividade física. Os autores sugerem que as mulheres têm maior percepção das expectativas de outros para serem activas e maior motivação para concordarem com as outras pessoas.

As abordagens de educação para a saúde na diabetes destinam-se, frequentemente, à classe média e brancos, ignorando importantes atributos culturais e valores de outras comunidades, nomeadamente indivíduos hispânicos. Nesta população étnica predomina uma forte valorização dos papéis tradicionais de homens e mulheres, potenciando diferenças de género significativas relacionadas com a saúde e o bem-estar. O estudo realizado por Daniulaityte (2004), com uma amostra de 74 mexicanos com diabetes tipo 2, avaliou as diferenças de género no conhecimento cultural acerca da causalidade da diabetes e a relação entre conhecimento cultural e controlo metabólico da doença. Os resultados demonstraram que homens e mulheres partilhavam o mesmo modelo cultural de causalidade da diabetes, que enfatizava factores emocionais e ambientais. No entanto, as mulheres evidenciavam um nível mais elevado de conhecimento cultural que os homens. Os autores sugeriram que as diferenças de género observadas demonstram que os homens diabéticos hispânicos são menos activos no controlo da sua saúde, exibem poucas interacções sociais nos temas relacionados com a diabetes, menos envolvimento e menos conhecimentos relativamente à sua doença. Os dados do estudo indicaram, igualmente, que os indivíduos com um maior conhecimento cultural acerca da diabetes apresentavam um melhor controlo metabólico, sendo esta associação mais evidente nas mulheres que nos homens. As mulheres são socializadas como primariamente responsáveis pelo bem-estar e saúde familiar, esperando-se que proporcionem cuidados de saúde aos outros, assim como, sejam autónomas e activas na sua própria doença. Como consequência, apresentavam um alto nível de conhecimento cultural, o que conduzia a um comportamento mais adaptativo e melhor saúde.

Concluindo, a maioria dos estudos analisados apesar de utilizar o termo *género*, inicia e termina referindo-se a diferenças de sexo, centrando-se unicamente numa análise descritiva, não aprofundando as razões que estarão subjacentes às diferenças de resultados obtidos entre homem e mulher na diabetes *mellitus*. Por conseguinte, este trabalho serviu-se da metodologia qualitativa para se focar na compreensão das *causas* das disparidades de sexo na diabetes, a partir da *análise de género* dessas desigualdades.

O presente estudo, de carácter exploratório, está dividido em duas partes fundamentais: a primeira parte, onde é apresentada a revisão teórica sobre o tema em estudo e na segunda parte, descreve-se o estudo empírico, nomeadamente os procedimentos metodológicos adoptados no estudo, a descrição dos resultados obtidos a partir da análise dos dados (*Análise Temática*), a discussão e, por fim as principais conclusões obtidas.

II. ESTUDO EMPÍRICO

Objectivos e questões de investigação

A investigação que neste momento se apresenta, configura um carácter indutivo e exploratório, na medida em que pretende compreender e explicar em profundidade as diferenças entre homens e mulheres na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2, a partir de uma análise de género. Como tal foram delineados dois objectivos gerais. O primeiro objectivo consistiu em compreender como os

determinantes psicossociais de género influenciam as diferenças entre homens e mulheres ao nível da adesão terapêutica na Diabetes tipo 2. Com este propósito foram formuladas as seguintes questões de investigação: (a) Quais as diferenças entre homens e mulheres ao nível da adesão terapêutica na Diabetes tipo 2? (b) Será que as diferenças entre homens e mulheres na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2 são determinadas por processos psicossociais de género? (c) Quais são os processos psicossociais de vulnerabilidade e protecção de género que determinam as diferenças entre homens e mulheres na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2?

O segundo objectivo geral desta investigação consistiu em compreender como os determinantes sociais de género condicionam a actuação dos profissionais de saúde junto dos doentes diabéticos e conduzem a diferenças de género na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2. Neste sentido, pretendeu-se responder às seguintes questões: (a) Será que a actuação dos profissionais de saúde junto dos doentes diabéticos é determinada por factores sociais de género? (b) Será que a conduta dos profissionais de saúde influenciada pelos determinantes sociais de género vai condicionar a adesão terapêutica de homens e mulheres diabéticos?

Um foco mais alargado desta investigação permitiu formular alguns objectivos específicos e questões de investigação relacionadas com os três estudos empíricos. No que respeita ao *Estudo 1 – Adesão terapêutica em homens diabéticos tipo 2* definiu-se como objectivo específico, compreender como os determinantes psicossociais de género influenciam as vivências subjectivas da doença e a adesão terapêutica em homens com Diabetes tipo 2. As questões às quais o estudo pretendeu responder foram as seguintes: (a) Qual a percepção dos homens diabéticos relativamente à experiência subjectiva de viver com a doença? (b) Qual o papel do impacto subjectivo da doença na adesão terapêutica dos homens diabéticos? (c) Qual o papel do suporte social na doença e tratamento na adesão terapêutica dos homens diabéticos? (d) Como é que é efectuada a adesão aos componentes de tratamento da Diabetes tipo 2, por parte dos homens diabéticos? (e) Será que as vivências subjectivas da doença e adesão terapêutica são determinadas por processos psicossociais de género, nos homens com Diabetes tipo 2? (f) Quais os processos psicossociais de género que determinam as vivências subjectivas da doença e adesão terapêutica, nos homens com Diabetes tipo 2?

O objectivo específico que se prosseguiu no *Estudo 2 – Adesão terapêutica em mulheres diabéticas tipo 2* foi compreender como os determinantes psicossociais de género influenciam as vivências subjectivas da doença e a adesão terapêutica em mulheres com Diabetes tipo 2. Com a finalidade de dar resposta a estes objectivos, foram formuladas algumas questões de investigação, a saber: (a) Qual a percepção das mulheres diabéticas relativamente à experiência subjectiva de viver com a doença? (b) Qual o papel do impacto subjectivo da doença na adesão terapêutica das mulheres diabéticas? (c) Qual o papel do suporte social na doença e tratamento na adesão terapêutica das mulheres diabéticas? (d) Como é que é efectuada a adesão aos componentes de tratamento da Diabetes tipo 2, por parte das mulheres diabéticas? (e) Será que as vivências subjectivas da doença e adesão terapêutica são determinadas por processos psicossociais de género, nas mulheres com Diabetes tipo

2? (f) Quais os processos psicossociais de género que determinam as vivências subjectivas da doença e adesão terapêutica, nas mulheres com Diabetes tipo 2?

Por último, estabeleceu-se como objectivo específico do *Estudo 3 – Percepção dos profissionais de saúde de diferenças de sexo na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2* compreender como os determinantes sociais de género condicionam a percepção dos profissionais de saúde relativamente a desigualdades de género no modelo de género tradicional e a diferenças de sexo na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2. As questões de investigação que orientam o presente estudo são: (a) Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente às desigualdades de género provocadas pelo modelo de género tradicional na saúde? (b) Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente ao papel dos processos psicossociais de género, inerentes ao modelo de género tradicional, na adesão terapêutica de homens e mulheres diabéticos? (c) Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente às diferenças de sexo no suporte social na doença e tratamento? (d) Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente ao papel das diferenças de sexo no suporte social na doença e tratamento na adesão às actividades de auto-cuidado? (e) Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente às diferenças de sexo na adesão às actividades de auto-cuidados na Diabetes tipo 2? (f) Será que a percepção dos profissionais de saúde relativamente às desigualdades de género na saúde e às diferenças de sexo na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2 é condicionada por determinantes sociais de género? (g) Quais os determinantes sociais de género que condicionam a percepção dos profissionais de saúde relativamente às desigualdades de género na saúde e às diferenças de sexo na adesão terapêutica na Diabetes tipo 2?

Contexto de estudo

O presente estudo foi realizado no concelho de Paredes de Coura, situado na Região Norte de Portugal e pertencente ao distrito de Viana do Castelo. O concelho, localizado no centro do Alto Minho, apresenta uma extensão geográfica de 138 km, contando com cerca de 9167 habitantes distribuídos por 21 freguesias. O referido concelho é abrangido por um Centro de Saúde, integrado na Unidade Local de Saúde do Alto Minho. No que respeita às dinâmicas organizacionais de trabalho, o Centro de Saúde funciona segundo equipas multidisciplinares, constituídas por um médico, um enfermeiro e um administrativo, sendo que os utentes são distribuídos de acordo com o seu médico de família. As equipas de saúde prestam cuidados a um total de 9815 utentes inscritos, sendo que 457 são utentes diabéticos. Neste Centro de Saúde estão disponíveis serviços de saúde, no âmbito das consultas médicas e consultas de enfermagem, nas seguintes valências: saúde adultos e idosos, domicílios, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, curativos, injectáveis e vacinação e consultas de especialidade como, a cessação tabágica e interrupção voluntária da gravidez, hipertensão e diabetes. A consulta de especialidade da diabetes *mellitus*, assim como o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes encontra-se a cargo de uma médica e enfermeiro, pertencentes à

amostra em estudo, que têm levado a cabo as consultas trimestrais e anuais da diabetes, os cuidados de enfermagem, consultas de grupo a utentes diabéticos e a implementação da consulta do pé diabético.

Plano de Investigação

Seleção da amostra

Aquando da definição da amostra em estudo, recorreu-se a um processo de amostragem intencional. Os critérios de inclusão na seleção dos participantes foram estabelecidos de acordo com a sua distribuição pelos 3 estudos empíricos. No que concerne ao Estudo 1 e 2 (homens e mulheres diabéticos), os critérios de inclusão foram os seguintes: (i) ser utente do Centro de Saúde de Paredes de Coura; (ii) ter diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2; (iii) ser do sexo masculino e feminino; (iv) ter o mesmo número de participantes em ambos os sexos e (v) apresentar características aproximadas em idade, estado civil, nível educacional e situação laboral. O Estudo 3 teve como critérios de inclusão: (i) ser profissional de saúde no Centro de Saúde de Paredes de Coura; (ii) ser a equipa multidisciplinar (médica e enfermeiro) responsável pela consulta de especialidade da diabetes *mellitus* e (iii) ser do sexo masculino e feminino. A amostra final foi constituída por 12 participantes: 5 participantes no Estudo 1 (homens diabéticos), 5 participantes no Estudo 2 (mulheres diabéticas) e 2 participantes no Estudo 3 (profissionais de saúde). No que se refere ao Estudo 1, as idades oscilavam entre 49 e 68 anos, sendo a média de idade 58,4 anos. Os homens diabéticos eram maioritariamente casados e viviam com a esposa e outros familiares, com a exceção de um homem que se encontrava viúvo e vivia sozinho. Relativamente ao nível de escolaridade, todos os participantes possuíam o 4º ano de escolaridade, sendo que a maioria se encontrava empregado e um participante aposentado. O Estudo 2 apresentava participantes com idades compreendidas entre os 48 e 68 anos, sendo a média de idade 58,2 anos. Todas as mulheres diabéticas eram casadas e coabitavam com o marido ou outros familiares. Em termos de nível de escolaridade, duas participantes possuíam o 3º ano, uma participante o 4º ano e duas participantes, o 9º ano de escolaridade. No que concerne à situação laboral, a maioria das participantes era doméstica, sendo que apenas uma se encontrava desempregada. Finalmente, no Estudo 3 as idades oscilavam entre 38 e 50 anos, sendo a média de idade 44 anos. Em termos de sexo, um participante era do sexo masculino e a outra participante do sexo feminino. Os dois profissionais de saúde eram casados e moravam com os esposos e familiares. Relativamente à situação laboral, o participante do sexo masculino era enfermeiro e a participante do sexo feminino médica de clínica geral, pelo que possuíam o grau de licenciatura. A informação sócio-demográfica correspondente aos participantes dos 3 estudos encontra-se discriminada em tabelas (c.f. anexo C).

Construção do instrumento

A fim de proceder à recolha dos dados, optou-se por recorrer à entrevista semi-estruturada e de questões abertas, a qual permite a descoberta e obtenção de informação em profundidade sobre a experiência subjectiva do fenómeno em estudo. Desta forma, a informação empírica foi recolhida a

partir da construção de dois guiões de entrevista, sendo um guião para o Estudo 1 e 2 (homens e mulheres diabéticos) e outro guião para o Estudo 3 (profissionais de saúde), com base na revisão da literatura sobre a temática. Os guiões de entrevista constavam de uma breve introdução, na qual era apresentado o estudo, explicitado o objectivo da entrevista, enfatizada a importância da participação do/a entrevistado/a no desenvolvimento da investigação e garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato. O guião de entrevista dos Estudos 1 e 2 (c.f. anexo D:I) estava organizado em seis tópicos, designadamente: caracterização sócio-demográfica do participante; rotinas diárias e estilo de vida; alterações da rotina diária e imposições da doença; adesão terapêutica; apoio social na doença. Paralelamente, o guião do Estudo 3 (c.f. anexo D:II) foi organizado em quatro tópicos principais: caracterização sócio-demográfica do participante; percepção das características do doente com boa adesão terapêutica e do doente com dificuldades na adesão terapêutica; percepção de diferenças de sexo ao nível dos conhecimentos e crenças acerca da diabetes, da adesão terapêutica, do suporte social na doença e do ajustamento psicológico à doença; percepção de qual sexo apresenta melhor ou pior adesão terapêutica e possível associação ao género.

Procedimento de recolha de dados

Inicialmente foi estabelecido contacto pessoal com a Direcção do Centro de Saúde de Paredes de Coura, com a finalidade de apresentar o estudo e evidenciar a sua pertinência, assim como solicitar a autorização para a recolha de dados. Neste sentido, foi realizado um ofício dirigido ao Director do Centro de Saúde de Paredes de Coura (c.f. anexo A:I), expondo-se os objectivos e procedimentos do estudo. Após a obtenção da autorização, a investigação foi apresentada aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) nas suas reuniões mensais, onde se solicitou a colaboração dos mesmos na selecção da amostra. Numa primeira fase, o recrutamento dos participantes para o Estudo 3 foi realizado, a partir do contacto pessoal junto dos profissionais de saúde que preenchiam os critérios de inclusão supra referidos, tendo sido definido o dia e a hora da realização da entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas nos gabinetes dos profissionais de saúde, no Centro de Saúde de Paredes de Coura. Numa segunda fase, procedeu-se à selecção das amostras do Estudo 1 e 2. Para tal, cada equipa de saúde, constituída pelo médico/a e enfermeiro/a de família, forneceram uma base de dados, onde constavam os seus utentes com diagnóstico de diabetes *mellitus*, assim como as suas características sócio-demográficas e contacto telefónico. Assim, foram contactados, via telefone, os participantes que correspondiam aos critérios de inclusão, para que a amostra fosse representativa da experiência e da realidade a que o estudo pretende aceder. No momento do contacto telefónico, o participante era informado de que os seus dados e contacto teriam sido fornecidos pela equipa de saúde para a sua possível participação no estudo. As entrevistas foram realizadas maioritariamente em visitas domiciliárias, sendo que duas foram concretizadas em gabinetes do Centro de Saúde de Paredes de Coura. A entrevista semi-estruturada era aplicada aos participantes individualmente, após ser assinado e assegurado o consentimento informado (c.f. anexo B:I) e ter sido pedida a sua permissão

para a gravação das mesmas, que foi aceite por todos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra (c.f. anexo E), obedecendo a um sistema de transcrição criado para o estudo, que cumpre as seguintes normas: E – Entrevistadora; P – Participante; [...] – texto suprimido; ... - pequenas pausas; (número s.) – pausas maiores com marcação de tempo; (?) – palavra incompreensível; palavra sublinhada – ênfase nas palavras; (tom irónico) – manifestações não verbais entre parênteses; «*texto itálico*» – intervenção das esposas. Após a transcrição rigorosa do conteúdo verbal e não verbal, procedeu-se à releitura das transcrições.

Procedimento de análise de dados: Análise Temática

Atendendo ao tema do presente estudo e seus objectivos de investigação, optou-se pelos métodos qualitativos, uma vez que permitem adoptar uma postura interpretativa dos comportamentos e fenómenos sociais, dando primazia à significação pessoal dos fenómenos. Mais especificamente, adoptou-se como referencial metodológico a *Análise Temática*. Para uma melhor compreensão e execução desta metodologia recorreu-se ao artigo de Virginia Braun e Victoria Clarke (2006), intitulado “*Using thematic analysis in psychology*”, o qual irá ser abordado de uma forma sintetizada. As abordagens qualitativas são incrivelmente diversas, complexas e cheias de nuances. Braun & Clarke (2006) consideram que, apesar de a análise temática ser pouco reconhecida e raramente utilizada nos métodos qualitativos, deveria ser compreendida como o método base da análise qualitativa, uma vez que providencia competências, que são úteis para a condução de outras formas de análise qualitativa. De acordo com as mesmas autoras, a análise temática é um método para identificar, analisar e relatar temas (padrões) emergentes dos dados, o que permite organizá-los e descrevê-los em detalhe, implicando também a interpretação de vários aspectos relacionados com o tema da pesquisa (Boyatzis, 1998, cit in Braun & Clarke, 2006). A análise temática não se encontra associada a nenhum paradigma teórico pré-existente, podendo ser conduzida de acordo com diferentes abordagens teóricas. Devido à sua liberdade teórica, a análise temática traduz-se numa técnica de investigação flexível, a qual pode providenciar uma rica e detalhada, ainda que complicada, análise dos dados. Contudo, esta metodologia envolve diferentes processos de tomada de decisão, que deverão ser ponderadas antes do início da análise dos dados, nomeadamente a posição teórica que se pretende adoptar. Neste sentido, no presente estudo optou-se por um posicionamento teórico *contextualista*, uma vez que pretende-se aceder aos relatos de experiências, significados e realidade dos participantes, assim como de que forma são influenciados pela sociedade onde se inserem. Uma outra decisão a tomar prendia-se com o tipo de análise a efectuar. Assim, nesta investigação optou-se por uma *descrição detalhada de todos dos dados*, tendo por base uma *análise temática indutiva* dos mesmos, o que significa que os temas identificados se encontram fortemente relacionados com os dados. Por fim, os temas serão identificados a um *nível semântico*, baseados nos significados explícitos dos dados. Após a clarificação destes posicionamentos, é fundamental seguir as seis fases da análise temática. Este processo envolve um constante avanço e recuo na análise dos dados. As seis fases deste método são as

seguintes: (1) Familiarizar-se com os próprios dados – transcrição dos dados, leitura e re-leitura dos dados, anotar as ideias iniciais; (2) Gerar códigos iniciais – codificação de características interessantes de todos os dados de uma forma sistemática, confrontando os dados relevantes com cada código; (3) Procurar temas – agrupar os códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial; (4) Rever os temas – verificar os temas de trabalho em relação aos extractos codificados (fase 1) e ao conjunto dos dados (fase 2), gerando um mapa temático de análise; (5) Definir e nomear os temas – análise em curso para aperfeiçoar as especificidades de cada tema e a história geral do que a análise apreendeu, gerando assim definições claras e os nomes de cada tema; (6) Escrever o relatório – a integração final da análise através da selecção de descrições nítidas, extractos convincentes, para utilizar como exemplos, relativos a análise final, voltando à(s) questão(ões) do estudo e da literatura, produzindo um relatório de investigação.

Resultados e Discussão

A apresentação e discussão dos resultados será baseada nos três estudos empíricos, designadamente o estudo 1 - adesão terapêutica em homens diabéticos tipo 2, o estudo 2 - adesão terapêutica em mulheres diabéticas tipo 2 e o estudo 3 - percepção dos profissionais de saúde de diferenças de sexo na adesão terapêutica na diabetes tipo 2.

Estudo 1 – Adesão Terapêutica em Homens Diabéticos Tipo 2

Como resultado do processo de codificação emergiram dois temas centrais: ***Experiência Subjectiva da Diabetes e Adesão Terapêutica***, bem como diferentes níveis de temas – subtemas e códigos. A partir dos presentes mapas temáticos pretende-se dar resposta às questões de investigação do estudo, já enunciadas na página 21 (ver página). Da observação participante da recolha de dados foi possível verificar a intervenção directa das esposas de três participantes diabéticos ao longo da realização da entrevista, sendo que os seus discursos foram incluídos na análise das construções discursivas dos maridos diabéticos. A leitura das construções discursivas dos participantes evidenciou que as vivências subjectivas da diabetes, traduzidas no impacto subjectivo da doença nas suas vidas diárias e no suporte social usufruído perante tal impacto, determinam a adesão terapêutica, dos homens diabéticos aos componentes do plano de tratamento da diabetes tipo 2 (c.f. anexo F: I – Estudo 1: Homens diabéticos – Análise Temática). Os temas principais, bem como os subtemas que os estruturam encontram-se seguidamente descritos.

Tema: *Experiência Subjectiva da Diabetes*

O tema ***Experiência Subjectiva da Diabetes*** resulta dos discursos produzidos pelos participantes em torno da sua vivência enquanto doentes diabéticos, no que respeita ao impacto da doença crónica na sua vida e ao suporte social recebido ao longo do percurso da diabetes e seu tratamento, emergindo dois subtemas: impacto subjectivo da doença e suporte social na doença e tratamento.

Subtema: *Impacto Subjectivo da doença*

Dos discursos em torno do impacto subjectivo da doença emergiram duas construções discursivas, a saber: rotinas diárias e imposições da diabetes. Na sua descrição acerca das rotinas diárias, dois participantes incluíram a rotina diária de tratamento, presente nas refeições diárias e medicação oral, quatro participantes relataram as responsabilidades laborais (c.f. anexo G: I – i: extracto 1) (“*Oh pá! Levantome por volta das sete horas... ah (5 s.) (risos da esposa) «toma o pequeno-almoço, toma os comprimidos»* (intervenção da esposa), *tomo o pequeno-almoço «leve»* (intervenção da esposa) *e... vou trabalhar. Ah... pego às oito, por volta das nove e meia tenho um... pequeno lanche, não é? Um lanche ou como é que é? (dirige-se à esposa) «é, o pequeno-almoço»* (intervenção da esposa). *Ao meio dia vou almoçar, à uma pego ao trabalho, à tarde, nem sempre, mas às vezes, às vezes lá como uma... uma peça de fruta... isto até às seis horas. Às seis... seis e meia, sete menos um quarto chego a casa, tomo o (risos) mais uma tigela de leite e tal e um pão com manteiga ou qualquer coisa «ou com queijo»* (intervenção da esposa) *ou qualquer coisa assim. Depois, janta-se por volta das nove horas...*” [E3]) e dois participantes implicaram as actividades de lazer, como por exemplo as actividades no exterior do domicílio (“*O meu dia-a-dia, olhe é levantar-me, é fazer alguma coisa... vou então dar uma voltinha e depois venho, faço alguma coisita, ando aí no lugar a cavar, a cavar um bocado de terra ou... ou, às vezes... cegar um bocado de erva outras vezes ando aí a fazer... porque eu percebo, percebo alguma coisa de artista de pedreiro, ando aí a fazer... e olhe ando aí, eu nunca ando parado.*” [E5]). No que concerne às imposições da diabetes, a maioria dos participantes não percepcionou qualquer interferência por parte da doença (c.f. anexo G: I – i: extracto 2) nas suas actividades diárias e laborais, assim como afirmaram não ter havido modificações dos hábitos e rotinas familiares ou consequências a nível emocional e cognitivo (“*«Não, não notou mais nada»* (intervenção da esposa). *Não, não vejo nada de alteração na família. (...) Não, eu continuei com a vida exactamente igual. (...) Não, não, não deixei de fazer nada. Não deixei de fazer nada, de tudo o que fazia até ali.*” [E3]). Contudo, alguns doentes percepcionaram alterações nas suas rotinas diárias, provocadas pela introdução dos componentes do plano terapêutico, particularmente a alimentação saudável e a medicação oral (“*Ora bem... ah mudou... mudou, pronto porque... teve que começar a tomar a medicação, teve que fazer cuidado com a alimentação e foram essas as mudanças que tive na minha vida, do resto, eu acho que... tive que ter mais cuidados com certas coisas.*” [E4]). De igual modo, um participante afirmou que a doença lhe trouxe complicações, nomeadamente com o surgimento da doença oftalmológica (“*Ah...é natural... é natural que sim, porque... os diabetes pronto afectam-me muito a vista... também... «já foi operado à vista!»* (intervenção da esposa). *Já fui operado... deu-me derrames à vista...*” [E1]).

Subtema: *Suporte social na doença e tratamento*

A análise do subtema suporte social na doença e tratamento permitiu agrupar os discursos dos participantes em três vertentes: suporte social (2 participantes), auto-gestão da diabetes (2 participantes) e ausência de suporte social (1 participante) e compreender como a sua condição de apoio social determina a experiência subjectiva da diabetes. Os homens diabéticos que usufruíam de suporte social valorizaram o apoio instrumental da esposa, responsável pela monitorização da adesão ao tratamento, como um facilitador da sua adesão terapêutica (“*Porque eu assim não tenho aquela preocupação e, se calhar até me sinto bem e ando muito porreiramente precisamente por isso, porque... porque ela [esposa] não deixa escapar, ela está sempre... e eu tento cumprir o mais possível. Nesta questão desta doença se a gente tiver alguém que... «controle»* (intervenção da esposa), *alguém que se preocupe e que faça o que a gente devia fazer... ah... é muito mais fácil, porque tenho a certeza absoluta que se isso fosse feito, se... Imagine que eu vivia sozinho... «estava tudo*

descontrolado!» (intervenção da esposa), *isso estava tudo perdido!»* [E3]). Os dois participantes apresentaram uma percepção de controlo externo da doença, manifestada pela atitude passiva e desresponsabilização perante o tratamento (c.f. anexo G: I – ii: extracto 1) (“*Sim, sim. Isso é ela [esposa], ela é que cuida dessas coisas (risos). (...) Sim, ela é responsável pela, pela minha morte, se eu morrer (risos). (...) Isso é problema dela, ela é que sabe. Eu não me meto nisso! (...) Nada, eu não me preocupo nada mesmo! Quando, quando vejo que tenho algum problema... queixo-me e então... «e eu estou sempre a dizer “ vamos!” e sou eu a da frente»* (intervenção da esposa). *«Eu estou sempre em cima com tudo, com tudo...»* (intervenção da esposa), *eu penso que sim... «Não faz aquilo que eu digo, se ele fizesse o que eu digo, ainda podia estar muito melhor!»* (intervenção da esposa). (...) *«Corrigir, eu corrijo tudo: “olha isto, olha os pés, lava-me os pés, toma banho dia sim, dia não”, alimentação, os comprimidos, tudo, sou eu, tudo!»* (intervenção da esposa), *a gente depois de andar, depois... «e ele, às vezes até acaba por se chatear, mas eu não deixo de fazer à mesma, no dia seguinte estou a bater na mesma tecla»* (intervenção da esposa) ” [E3]). Como tal, não foram percebidas barreiras na adesão ao tratamento permitindo assim a aceitação da doença e tratamento, a visão positiva da mesma e a ausência de pensamentos e emoções negativas (c.f. anexo G: I – ii: extracto 2) (“*Não, não! Que eu nem, não estou preocupado, nem sequer estou preocupado, muito preocupado... eu não... «ser pessimista não!»* (intervenção da esposa), *eu nunca meti isso na cabeça, não. Não, sempre aceitei a coisa normalmente, não. Eu vivo perfeitamente bem com ela [doença], desde que ela não me chateie muito mais do que está a chatear, para mim tudo bem.* ” [E3]). Na perspectiva dos participantes responsáveis pela gestão autónoma da diabetes, o suporte emocional da família é um factor importante no controlo da doença (“*É a minha esposa e os meus filhos. (...) Mais apoio psicológico, não é? Mais... do resto... do resto eu vou-me desenrascando, não é? Para já.*” [E4]). Na óptica destes homens, a adesão terapêutica implica a necessidade de efectuar alguns sacrifícios ou restrições (“*O mais complicado ainda é a alimentação, não é? Isto é claro. Porque a gente nós vamos... a gente não pode comer como comem os outros, temos que ter um certo cuidado. Aí é mais complicado um bocadito, sabe como é? A gente gosta de comer, não é? Mas sabemos que temos que fazer cuidado e faço.*” [E4]) (c.f. anexo G: I – ii: extracto 3), contudo também apresenta benefícios na prevenção de complicações e no aumento da qualidade de vida (“ (...) *É, é como eu lhe digo, eu nunca tive uma vida tão boa como tenho agora!*” [E5]). Os dois participantes manifestaram uma percepção de controlo interno da doença (c.f. anexo G: I – ii: extracto 4) (“*Quando a gente não tiver dó de nós, quem é que há-de ter? (...) Eu tenho que fazer a minha vida, eu é que tenho, eu é que tenho que saber o que é que eu quero e o que é que me faz bem e o que não faz. Sou eu mesmo, que ninguém, ninguém vem aqui dizer ou é isto ou aquilo.*” [E5]), assumindo um papel activo, nomeadamente através da procura de informação (“*Depois também comprei alguns livros, que fui, fui comprando alguns livros. Também aprendi muito com isso.*” [E4]) (c.f. anexo G: I – ii: extracto 5), rejeitando a presença de pensamentos e emoções negativas (“*Eu não penso muito na doença, não penso muito na doença. Penso em ter cuidado, não é?*” [E4]). Por último, um dos participantes não recebia qualquer tipo de suporte social, sendo responsável pela monitorização do seu plano terapêutico, no entanto apresentava carências ao nível do suporte instrumental no controlo da doença (*Quem é...? Sou eu mesmo! (tom de voz alto) Que remédio! (tom de voz alto) [suporte social na doença]* [E1]). A negação e, por sua vez, a necessidade de aceitação da doença e tratamento (“*Eu tenho que me convencer que... sou um diabético, não é?*” [E1]) era manifestada, a partir de uma atitude de desvalorização do tratamento (“*Ah... tudo, tudo, tudo... ah... ora bem, nós vamos lá ver, nós não podemos dizer que fazemos tudo, tudo a rigor... não se pode... ah... não... nem vamos pensar nisso, então não fazíamos mais nada, só tínhamos que cuidar dos nossos diabetes. Dizer assim «bem eu que estou aqui em*

casa e não faço mais nada, não é? Estou a cuidar só dos meus diabetes» ... não!» [E1]), não percepcionando barreiras à adesão terapêutica e evitando pensamentos e emoções negativas acerca da diabetes (“Uma pessoa também tem que pôr um bocadinho os diabetes de parte e... continuar. (...) Não, nem vale a pena [pensamentos da doença]. [...] Vou vendo os valores e vou vivendo o dia-a-dia.” [E1]).

Tema: *Adesão Terapêutica*

A análise qualitativa dos dados permitiu agrupar os discursos sobre o tema **Adesão terapêutica** nos seguintes subtemas: alimentação saudável, actividade física, medicação oral, monitorização da glicemia, procura dos cuidados de saúde e cuidados com os pés. Na linha de pensamento anterior, os discursos dos doentes diabéticos acerca dos componentes de tratamento da diabetes foram agrupados em torno da presença ou ausência de suporte social.

Subtema: *Alimentação saudável*

No que concerne à alimentação saudável, dois participantes afirmaram ser a esposa a responsável pela monitorização da dieta (“*«Sou eu! Ponho-lhe sempre tudo oh jeito»* (intervenção da esposa). *Ela faz-me, faz o comer normalmente... portanto mais ou menos ao jeito*” [E3]), cumprindo rigorosamente o plano alimentar da diabetes, patenteado na presença de hábitos alimentares saudáveis (“*A alimentação... faço cuidado, não é? Não... não abuso, não... (...) Antigamente comia tudo... de qualquer maneira... e agora não, agora... tudo mais cozido e assado na brasa.*” [E2]). A adesão à alimentação saudável implicou, por parte da esposa, a alteração das compras (c.f. anexo G: I – iii: extracto 1) conduzindo a maiores despesas na economia doméstica (“*Ah isso vou eu e mais ela. Ela faz as compras e paga e eu só assisto. Não, eu transporto o carrinho, normalmente (risos). (...) «Compro iogurtes magros, compro manteigas magras, compro... não sei, compro... ah...»* (intervenção da esposa), *pronto todas essas coisas, claro! «Compro... ah... rainetas maçãs ...»* (intervenção da esposa), *leite, que eu uso muito leite... «coisas agora mais para ele, por causa dele ser assim... e faço outra despesa que não fazia antes!»* (intervenção da esposa) ” [E3]), a modificação na confecção da alimentação (“*Eh pá, as alterações, sei lá! Não usa, não usa tantas.... «Nem gorduras nem, pouco sal...»* (intervenção da esposa), *mais, usa mais hortaliças, menos sal, menos gorduras daquelas, mais grelhados... «uso só o azeite, não uso mais nada...»* (intervenção da esposa) ” [E3]) e, conseqüente alteração de toda a ementa familiar (c.f. anexo G: I – iii: extracto 2) (“*Toda a gente come igual. «Comemos todos igual, faço grelhados e cozidos...»* (intervenção da esposa) *e já estamos habituados dessa maneira, que o comer mais ou menos é.... ao jeito para, para qualquer um... «Pus assim o regime, não, não estou cá com diferenças... faço!»* (intervenção da esposa).” [E3]). O cumprimento do plano alimentar traduzia-se, de igual forma, na realização de diversas refeições diárias (“*É de manhã, é às dez horas, é ao meio dia, é às cinco, é à noite... ah... cinco.*” [E2]). Os participantes responsáveis pela monitorização autónoma da sua dieta, afirmaram cumprir as recomendações médicas relativas ao plano alimentar da diabetes, através da introdução de hábitos alimentares saudáveis (c.f. anexo G: I – iii: extracto 3) (“*A alimentação, sim. A alimentação, faço muito cuidado com a alimentação, isso faço. Deixei de fazer... aquelas comidas com... pronto gorduras, não é? Evito gorduras, não é? Evito muitas gorduras, não é? Evito molhos (?) e sempre... sempre tudo à base de legumes, não é? E deixei de comer certas comidas.*” [E4]) e da realização de diversas refeições diárias (“*Ah... tomo o pequeno-almoço e depois [...] tomo aquelas refeições... de três em três horas, mais ou menos, não é?»* [E4]) (c.f. anexo G: I – iii: extracto 4), perspectivando benefícios com a alteração do seu comportamento alimentar (“*Na alimentação, mudou bastante. Mas não acho que me sinto*

prejudicado com isso, habituei-me a isso e pronto.” [E4]). Os dois diabéticos afirmaram ser responsáveis pela gestão autónoma das compras, tendo produzido modificações na aquisição dos produtos alimentares (*“Às vezes um bocadito de bacalhau, que não comprava, às vezes não comprava... às vezes um bocadito de carne e coisas assim...”* [E5]). Contudo, era evidente o suporte social instrumental e emocional de terceiros, ao nível do planeamento e preparação das refeições (c.f. anexo G: I – iii: extracto 5), com a alteração de determinados ingredientes na confecção (*“É a minha esposa. Tem esse cuidado de me fazer as comidas ao jeito. Menos sal, menos gorduras, com certeza.”* [E4]), assim como na alteração dos hábitos alimentares familiares (*“Não, faz para todos! Mudou para toda a gente! Toda a gente faz dieta na minha casa (risos).”* [E4]). Ainda na alimentação saudável, um homem diabético mencionou não usufruir de suporte social na monitorização da sua dieta, realizando apenas pequenas alterações no plano alimentar, uma vez que necessitava de força física para trabalhar (*“A minha alimentação... faço... ah... a minha alimentação normal. É... é natural que não abuse em... (...) Em fritos! Vou mais pelos grelhados... pelos cozidos, não é? Mas como normal. Como normal... ah... também tenho que comer, eu não vou estar só com dieta para o trabalho que tenho. Se vou a dieta... e só vou... então não me arrastava, não conseguia fazer nada, não é?”* [E1]). O participante apresentava baixa adesão a este componente do plano terapêutico, não procedendo a modificações ao nível das compras de produtos alimentares, onde partilhava a responsabilidade com a esposa (*“Quem vai às compras? Vai um qualquer... tanto vai a mulher como vou eu. Isso, nós não temos aqui... isso qualquer um... (...) Não, não mudei em nada! O que é que havia de mudar? Não abuso.”* [E1]) e da preparação das refeições, tarefa que assumia na ausência da esposa e filha (*“Cozinhar? Ah... isso... olha eu se tivesse... se ela (esposa) for trabalhar, que remédio eu tenho senão cozinhar para mim. (risos). «Temos a mocita na casa de férias e cozinha ela» (intervenção da esposa). Mas senão, cozinho eu! Não tenho problemas em cozinhar! (olha para a esposa). «Ela... ele cozinha.» (intervenção da esposa)”* [E1]). De igual forma, os hábitos alimentares familiares não sofreram alterações (*“Não! «Não, não!» (intervenção da esposa) Nós comemos igual!”* [E1]), assim como, o número de refeições diárias, que permaneceu diminuto relativamente às recomendações dos profissionais de saúde (*“Ah...Faço poucas havia de fazer mais... isso é verdade! Ah... de manhã, como pão... pão com manteiga... e um pingo e ao meio-dia e à noite.”* [E1]).

Subtema: *Actividade física*

A partir da leitura do *corpus* de análise emergiram diferentes discursos em torno do subtema actividade física: esposa encoraja exercício físico regular, auto-regulação da actividade física e ausência de suporte para a actividade física. Apesar do incentivo da esposa para o exercício físico regular, dois participantes associaram a realização de actividade física à actividade profissional e o esforço físico daí resultante e às actividades de estilo de vida, nomeadamente caminhadas, apresentando-as como uma prática irregular (*“Ah... nada! (risos). É...ir ao campo e trabalhar até... «andou... andou há pouco tempo... deu uns passeinhos a pé...» (intervenção da esposa) e fez-me muito bem, fez-me muito bem! «Mas há muito tempo que não faz!» (intervenção da esposa).”* [E2]) (c.f. anexo G: I – iv: extracto 1). Os motivos para a baixa adesão ao exercício físico prendiam-se com o cumprimento das responsabilidades laborais, a falta de motivação (*“Mas depois meteu-se o mês de Maio, tenho um tractor comecei a andar aí a lavrar e a fazer as coisas e depois a gente vinha cansada e deixei... «Ele nunca anda a pé, é sempre de mota ou de carro ou...» (intervenção da esposa). O mal é a gente não ter tempo porque... «O tempo agora... agora és capaz de ter menos trabalho!» (intervenção da*

esposa).” [E2]) e a falta de companhia para a realização do mesmo (“*Eu há dias que me dá... ideias de ir dar uma voltita e tal, mas também a gente vai sozinho, também não, não tem assim grande incentivo para ir.*” [E3]). Porém, perceberam benefícios na incorporação da actividade física no seu estilo de vida, sobretudo ao nível do controlo da diabetes (“*Mas agora vou começar a fazer outra vez a fazer as caminhadas que faz bem, noto mesmo que me faz bem...a barriga sobe logo...*” [E2]). Por sua vez, a auto-regulação da actividade física, praticada por dois participantes, era baseada em actividades de estilo de vida, particularmente caminhadas diárias (c.f. anexo G: I – iv: extracto 2), na companhia de familiares e amigos (“*O exercício, pronto é a caminhada. Todos os dias faço uma horita de caminhada. [...] Faço em grupo. A minha esposa acompanha-me também, sempre. E uns vizinhos, pronto vamos todos, à noite.*” [E4]). Os participantes perceberam benefícios na adesão a este componente da tríade terapêutica, nomeadamente o controlo metabólico da doença (“*Eu acho que sempre se gasta. Para mim, para mim... eu... acho que a gente... o andar faz... faz desenvolver o... pronto uma pessoa que tem muito açúcar... (?) eu pesava, pesava muito e agora peso pouco. Peso pouco, porquê? Porque faço certas caminhadas.*” [E5]). Ainda no contexto da actividade física, o participante que não usufruía de qualquer tipo de suporte social, limitava o seu esforço físico ao desempenho da actividade profissional (c.f. anexo G: I – iv: extracto 3) (“*Às vezes ainda andávamos um bocado a pé, mas era raro. A gente à noite está cansada...» (intervenção da esposa) eu faço muito, muito, muito quilómetro dentro daquele hospital... (tom de voz baixo) ... «mas não conta... não é?» (intervenção da esposa) Ná conta porque eu nunca... eu quase nunca paro.*” [E1]). Segundo o diabético, a prática irregular de exercício físico devia-se às exigências laborais, à conseqüente falta de tempo (“*Não, não dá. É muito raro, não tenho vagar para isso. Eu tenho muito trabalho, também tenho que fazer alguma coisa em casa... (?) (tom de voz baixo).*” [E1]) e a outros problemas de saúde (“*Eu até nem devia fazer tanto por causa da coluna... pronto, eu tenho hérnias discais também... e há dias que me custa bem andar, mas tenho que andar.*” [E1]).

Subtema: *Medicação oral*

A medicação é um dos componentes mais importantes no controlo da diabetes, podendo esta ser administrada por via oral ou, a partir de insulino-terapia. Estando perante uma amostra em estudo, com um diagnóstico de Diabetes Tipo 2, o regime terapêutico usualmente prescrito está relacionado com anti-diabéticos orais. Neste seguimento, dois participantes referiram que a esposa era responsável pela gestão da sua medicação (“*É ela (esposa) e é ela que me está sempre a, a incentivar para tomar os comprimidos, porque se não fosse ela eu, se calhar, abandalhava-me, porque era... Abandalhava de certeza, porque eu mesmo assim, às vezes, ainda reclamo. Não... estou convencido...*” [E3]), designadamente no que respeita à compra na farmácia e à sua organização (“*E os medicamentos... está sempre a pôr-mos... a jeitinho, leva-me (esposa) ... Isso de manhã... de manhã... «de manhã e à noite...» (intervenção da esposa) é a primeira a pôr-se a pé, vai levar logo o copo da água para tomar o medicamento... «sempre!» (intervenção da esposa). Depois à noite eu vou para a cama e ela ainda fica, leva-me outra vez o copo da água para tomar os medicamentos também. Isso aí... está... é por conta dela (risos).*” [E2]) (c.f. anexo G: I – v: extracto 1). Um dos participantes relatou tomar um comprimido diariamente (“*O tratamento, pronto... é... à noite tomo sempre um comprimido por causa dos diabetes.*” [E2]), enquanto a receita médica do segundo diabético contém três comprimidos por dia (“*Deviam ser três, não é? Dois ou três? (dirige-se à esposa). Eu não sei nada, ela é que sabe. Isso, a pergunta nem é para mim. «Para os diabetes, toma três, toma dois de manhã e um à noite, são três para os diabetes e depois tem os outros, mais ou menos para controlar os órgãos... ah...» (intervenção da*

esposa).” [E3]). A gestão autónoma da medicação, por parte de dois diabéticos, reflectia-se na responsabilidade pela compra da medicação na farmácia (“Sou, sou! [...] e vou sempre ali, fica aqui a dois passos, mas... mas não, não compro muitos, compro só uma caixa cada, porque ah... os comprimidos para a diabetes gasta-se muito...” [E5]), assim como pela sua organização (“Tomo a medicação muito certinha!” [E4]) (c.f. anexo G: I – v: extracto 2). A adesão ao tratamento reflectia-se na quantidade de comprimidos ingeridos por cada participante para o controlo da doença: um comprimido (“Sim, sou eu, sou eu. Todos os dias sei que tenho que tomar, também é um comprimido só por dia, à noite sei que tenho que tomar aquele comprimido.” [E4]) e dois comprimidos (“Os diabetes, tomo os comprimidos... tomo um comprimido de manhã e outro à noite...” [E5]), respectivamente. Por último, o participante sem auxílio na gestão da medicação (“Não! Nada... para quê? (suporte social) «Ele não está aleijadinho. (risos)» (intervenção da esposa). Não.” [E1]) era responsável pela compra da medicação oral na farmácia (c.f. anexo G: I – v: extracto 3), assim como pela organização da toma dos anti-diabéticos (“O meu tratamento faço-o de manhã antes de ir para o trabalho, faço... levo os comprimidos ao meio-dia e tomo-os... e à noite. E tomo-os no trabalho... [...] Não! Não, não! «Não, é raro esquecesse... tomar!» (intervenção da esposa) Não, não! Controlo mais ou menos ah... Sou eu! Sou eu...tomo! Tomo conta disso... para já tomo.” [E1]). A falta de suporte na regulação deste componente do plano terapêutico estava reflectida na quantidade de comprimidos ingerida pelo participante, a saber: seis comprimidos (“Ah... dois de manhã... dois ao meio-dia e... (4 s.) dois à noite.” [E1]).

Subtema: Monitorização da glicemia

No que concerne à monitorização da glicemia, dois participantes afirmaram que a esposa auxiliava na monitorização dos níveis de glicose no sangue, através da realização do teste de glicemia capilar no domicílio (“Não! Eu não, porque não consigo picar-me. Eu sou alérgico às agulhas. Eu vejo, eu vejo a agulha e... já me arrepio todo... quem, portanto a mulher é que faz isso. É que me pica.” [E3]), de modo irregular (“A pica não...tenho, mas não tenho feito! Tenho o aparelho mas não... Pronto! «Ainda não se habituou... também não tem estado muito mal...» (intervenção da esposa) não tem estado mal pronto... «quando chegar à... se chegar a pontos de...» (intervenção da esposa) não faço!” [E2]) (c.f. anexo G: I – vi: extracto 1), e nas consultas médicas com o auxílio do enfermeiro(a) de família (“Vou! De três em três meses lá fazer ... ah... ao centro [saúde] e tem estado bom.” [E2]). O marido diabético era, igualmente auxiliado no controlo dos sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, através de comportamentos de compensação como o ajustamento da alimentação (“Às vezes baixos, que ele vem pega numa peça de fruta e numa bolacha (?)» (intervenção da esposa). Sim, isso é...” [E3]). Relativamente à auto-monitorização dos valores glicémicos, um participante mencionou realizar o teste de glicemia capilar no domicílio diariamente (“Da pica, sou eu que faço tudo. Pronto, às vezes faço de manhã, outras vezes faço à noite, ao meio da tarde... depois das refeições.” [E4]), não apresentando sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, uma vez que, segundo o mesmo, cumpre rigorosamente o plano de tratamento da diabetes (“Não, não sinto nada. Não há tonturas, não tenho, não sinto nada. Também faço, faço aquele cuidado, não é? Tomo a medicação, faço exercício, as tais caminhadas, cuidado com a alimentação, portanto eu acho que não... sinto-me bem, não é? Sinto-me bem.” [E4]). O segundo diabético relatou realizar o teste de glicemia capilar, apenas, em contexto de consulta médica (“Não... picar, pico, não tenho problema. Não percebo a máquina. Só quando, só quando vou às consultas ou, às vezes quando eu sinto que a coisa não está boa, peço. Que a médica disse: «você quando sentir...»” [E5]),

sendo que perante sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia utiliza comportamentos de compensação, nomeadamente o ajuste na alimentação ou o consumo de rebuçados (*“Quer dizer quando mais ou menos vejo que é os diabetes, mais ou menos começa... um homem estar ali a sentado e começa assim ver as coisas assim a fugir pela frente ou coisa assim... alto, alto que é os diabetes! Quando sinto alguma coisa... tomo já um rebuçado, pronto! Ando sempre com, não ando com pacotes de açúcar, ando sempre com rebuçados, que o rebuçado também é doce.”* [E5]). Ainda neste subtema, um participante afirmou não ter suporte na monitorização dos níveis de glicose, pelo que realiza o teste de glicemia capilar, diariamente no seu domicílio (*“Às vezes, faço uma vez por dia... ah... mais ou menos (XX).”* [E1]). Todavia, apresenta um baixo controlo glicémico (*“Há dias em que eles sobem um bocado, que é natural! Mas... ah...”* [E1]), compensado a partir de ajustes na alimentação e ingestão de água com açúcar (*“Quando estão muito altos... às vezes já não... não... evito... Oh pá... sei lá... nas comidas... já... não abuso (3s.) como menos um bocadinho... [...] Quando estão muito baixos... isso ah... era bom que até tivessem mais baixos, não é? Para altear, eles alteiam rápido... um gajo... um bocado de água com açúcar, eles já...”* [E1]).

Subtema: *Procura dos cuidados de saúde*

No que toca à procura dos cuidados de saúde pelos homens diabéticos, foi possível registar três construções discursivas diferentes, a saber: esposa regula compromissos médicos, auto-regulação dos compromissos médicos e ausência de suporte na regulação dos compromissos médicos. Em dois maridos diabéticos, a esposa era responsável pela regulação dos seus compromissos médicos, assinaladamente a marcação das consultas (*“Isso é... «Sou eu!»* (intervenção da esposa) [*marcação de consultas*].” [E2]) e, concludentemente a visita regular às consultas trimestrais e anuais da diabetes (c.f. anexo G: I – vii: extracto 1). Esta frequência assídua dos serviços de saúde era permitida, num dos participantes pela substituição, por parte da esposa, do marido diabético (*“ «Sou eu, sou eu que faço tudo, vou buscar as credenciais à médica, vou levar as análises à médica. [...] Agora tem uma consulta no dia dezanove de Maio, tem que ir fazer ali umas análises ao sangue, tem que levar a credencial»* (intervenção da esposa).” [E3]) e, no outro participante pelo acompanhamento da esposa à consulta médica (c.f. anexo G: I – vii: extracto 2). Em ambos os casos, os maridos diabéticos mencionaram delegar na esposa a responsabilidade pelo relato da evolução da doença, seguimento das indicações médicas (*“Ela é que, ela é que... «vou, eu é que sou a pessoa da frente»* (intervenção da esposa). *Eu até, raramente falo. Quem fala é ela, ela é que sabe tudo e ela é que diz tudo, ela... a médica fala com ela, nem sequer fala comigo. Pergunta-me alguma coisa lá de tempos a tempos, mas ela é que... pronto, ela sabe o que se passa, portanto.”* [E3]) e acompanhamento aquando da realização de análises clínicas semestrais (*“Sim, vai comigo sempre. Vai sempre comigo, mesmo para fazer análises, vai sempre comigo.”* [E3]). Os dois participantes diabéticos, responsáveis pela regulação autónoma dos seus compromissos médicos procuravam regularmente os cuidados de saúde, aquando das consultas trimestrais e anuais, comparecendo às mesmas, sozinhos (*“Não! Nunca veio [esposa], nunca veio porque também não tem tempo para isso, não é? Não temos tempo. Mesmo quando ela vem, vem sozinha, quando eu venho, venho sozinho, tem de ser assim. Alguém tem de ficar sempre.”* [E4]) (c.f. anexo G: I – vii: extracto 3). Os diabéticos mencionavam seguir inexoravelmente as recomendações de auto-cuidado (*“A gente é que temos, a gente é que temos ter dó de nós! E temos que, e temos que ver o que faz mal e o que faz bem e depois ir lá dizer-lhe a ela! [médica] ”* [E5]) e, de igual forma, realizar as análises clínicas semestrais. A ausência de suporte social na regulação dos compromissos médicos,

presente num participante diabético, traduziu-se na baixa adesão à procura dos cuidados de saúde, visível na ausência ou visitas irregulares às consultas trimestrais e anuais e no incumprimento das análises clínicas semestrais (“*Eu... não... não vou, não vou porque... eu como estou todos os dias com os médicos e a toda a hora... a bem dizer, falo lá com eles... às vezes... Até agora hei-de marcar uma... já há uma tempada que não vou lá... mas hei-de marcar até uma consulta com ela [médica] (4s.) só para ela não dizer que eu não apareço lá... mas de resto...*” [E1]).

Subtema: *Cuidado com os pés*

O último componente de tratamento da diabetes prende-se com o cuidado e vigilância dos pés, de modo a evitar as complicações derivadas do pé diabético, sendo esta uma das complicações mais frequentes na diabetes *mellitus*. Os resultados deste subtema puderam ser agrupados em três pontos: esposa encoraja cuidados com os pés, auto-cuidado com os pés e ausência de suporte no cuidado dos pés. A par dos discursos anteriores, os participantes em que a esposa encorajava o cuidado com os pés, não apresentavam quaisquer complicações (c.f. anexo G: I – viii: extracto 1) (“*Oh pá, os pés tento lava-los sempre... não sou, por acaso não sou pessoa de problemas de pés. «Pois, mas mesmo assim é preciso cuidar!» (intervenção da esposa). [...] Não tenho problemas dos pés, não tenho problemas... também tenho algum cuidado, não é?*” [E3]), uma vez que realizavam a higiene e o exame diário dos pés (“*Sim... ah... lavo os pés, no fim vejo-os... se está tudo...*” [E2]), assim como utilizavam calçado adequado que evitasse o aparecimento de feridas (“*«Ai disse, disse...» (intervenção da esposa) sim isso tenho... «para não andar com calçado apertado...» (intervenção da esposa).*” [E2]). Os dois doentes diabéticos encarregues do auto-cuidado dos pés, referiram seguir rigorosamente as recomendações médicas, reflectidas na higiene diária, com a utilização de água morna e vinagre, no limar das unhas e no exame dos pés, conduzindo à ausência de complicações relacionadas com o pé diabético (“*Eu tenho cuidado, lavo os pés todos os dias e, e... meto então o vinagre. Mas não na ponta, não nos dedos, para cima... lavo os pés todos os dias com um bocado de água morna, quente não! Não, não faz ferida porque os meus pés não tem ferida, nunca tive ferida nos pés e depois também eu cortava sempre as unhas com um canivetezinho, pronto. E ela [médica] disse-me que eu comprasse uma limazinha e que limasse, assim um bocadinho e depois assim por cima e é isso que eu faço.*” [E5]). Em conformidade com as actividades de auto-cuidado anteriores, a ausência de suporte no cuidado dos pés acarretou a inexistência ou cuidados irregulares dos mesmos (c.f. anexo G: I – viii: extracto 2). Todavia, o participante mencionou deter precauções ao nível da utilização de calçado adequado, não apresentando complicações derivadas do pé diabético (“*Eu nunca usei... por exemplo, eu acho que o cuidado é não ter calçados apertados que nos apertem... de resto não tenho problema.*” [E1]).

A análise de dados do presente estudo permitiu verificar que todos os participantes apresentavam homogeneidades no seu discurso referente à experiência subjectiva da diabetes.

A rotina diária dos homens diabéticos assentava na realização da sua actividade profissional, cumprindo assim a exigência fundamental do papel tradicional masculino, que se prende com a obrigação de sustentar e proteger a família, a partir da dedicação exclusiva ao trabalho produtivo e remunerado (Arias, 2009). O relato dos participantes confirmava ainda os resultados de estudos anteriores (Fitzgerald et al., 1995; Ponzo et al., 2006) que indicavam que o sexo masculino considerava

que a diabetes não acarretava qualquer nível de interferência ou impedimento para as suas actividades diárias. Desta forma, os participantes exibiam melhor ajustamento psicológico à doença (Enzlin et al., 2002), traduzido na aceitação da mesma, na percepção de ausência de barreiras à adesão terapêutica, no bem-estar mental (ausência de pensamentos e emoções negativas) e na percepção de qualidade de vida (Undén et al., 2008; Brooks & Roxburgh, 1999). Tendo em conta estes resultados, torna-se pertinente clarificar o *porquê* das vivências subjectivas dos homens diabéticos convergirem, analisando os processos psicossociais de vulnerabilidade ou protecção de género subjacentes.

A presença ou ausência de suporte social na doença e tratamento revelou-se determinante nas percepções dos participantes acerca da sua experiência subjectiva da doença e na, conseqüente adesão terapêutica na diabetes tipo 2. Num estudo de Brooks e Roxburgh (1999) foi possível verificar que os homens diabéticos dispõem de meios acessíveis, particularmente suporte instrumental para a gestão da sua condição de doença. Neste trabalho, dois participantes diabéticos usufruíam do suporte instrumental e emocional da esposa para a gestão e adesão a todos os componentes de tratamento da diabetes tipo 2. Este suporte social foi, igualmente confirmado a partir da observação directa, verificando-se a intervenção constante da esposa, durante a recolha de dados, nas questões relacionadas com os componentes de tratamento da diabetes. Nas investigações dirigidas por Brooks e Roxburgh (1999) e Undén et al. (2008), os dados mostraram que os homens casados tinham maior probabilidade de ter esposas que monitorizavam a sua dieta, auxiliavam na monitorização dos níveis de glicose, regulavam as datas dos compromissos médicos e encorajavam o exercício regular. Estes dados também se verificaram no estudo de Ponzo et al. (2006), onde se concluiu que as esposas eram responsáveis pela preparação da refeição familiar e compras de supermercado. Os dois participantes diabéticos valorizaram o suporte instrumental fornecido pela esposa, uma vez que lhes proporcionava maior facilidade na adesão terapêutica, confirmado por dados da literatura, que indicam que os homens percebem uma maior facilidade na adesão ao plano alimentar da diabetes, uma vez que a esposa é responsável pela preparação das refeições (Ponzo et al., 2006). Assim, os resultados acima citados justificam a percepção, por parte dos homens diabéticos com suporte social, de ausência de qualquer nível de interferência associado com a diabetes e, conseqüentemente de melhor ajustamento psicológico e visão positiva da doença (Brooks & Roxburgh, 1999). De acordo com o modelo de género tradicional, ao homem cabe-lhe as funções públicas e de poder e à mulher a reclusão no espaço doméstico e a função de cuidadora e suporte dos outros (Arias, 2009). Neste sentido, a divisão sexual do trabalho permitiu que, os dois participantes diabéticos, assumissem uma atitude passiva e de desresponsabilização para com a doença e tratamento, sendo menos activos no controlo da sua saúde, exibindo poucas interacções sociais nos temas relacionados com a diabetes e menos envolvimento na sua doença (Daniulaityte, 2004), uma vez que era à esposa que cabia a responsabilidade de gerir a doença crónica do marido diabético. No grupo de homens diabéticos com suporte social, as suas esposas no cumprimento do papel de cuidadora da sua familiar, proporcionaram uma boa adesão

terapêutica ao marido diabético, visível a partir da ausência de comorbilidades e complicações crónicas (McCollum et al., 2005).

Segundo os ideais da masculinidade hegemónica, o homem deverá manter sinais de poder e superioridade sobre a mulher, exibindo atributos como ser activo, independente, autónomo e capaz (Arias, 2009). Em consonância com esta linha de pensamento, o participante diabético que não usufruía de qualquer suporte social na doença e tratamento, negava o auxílio da esposa na gestão da doença, de modo a evitar a queda da sua potência e virilidade. O participante diabético mantinha ainda uma posição de desvalorização da doença e evitamento de pensamentos e emoções negativas associadas à diabetes, por forma a negar os problemas relacionados com a doença, num esforço de manter a diabetes fora da sua identidade pessoal e social (Enzlin et al., 2002). Assim, o participante salvaguardava os ideais de masculinidade hegemónica, que predizem que os homens devem ser fortes e saudáveis, apresentando menos necessidades de saúde (Nogueira, 2009). Por outro lado, a baixa adesão terapêutica e o desenvolvimento de complicações crónicas eram ainda reforçados pela atitude de desvalorização dos comportamentos de auto-cuidado, uma vez que a adopção de práticas de saúde e de um estilo de vida saudável punha em causa a sua masculinidade. A literatura refere que a construção social de masculinidade hegemónica prediz que os homens sejam agressivos, inconscientes e inibe a adopção de comportamentos saudáveis (Jack et al., 2008; Nogueira, 2009).

Contrariamente aos pressupostos teóricos de género, expostos anteriormente, dois participantes diabéticos eram responsáveis pela gestão autónoma da sua doença, exibindo uma percepção de controlo interno, papel activo e sentimentos de competência no controlo da diabetes, proporcionando-lhes bem-estar mental. Os resultados vão de encontro às evidências do estudo de Enzlin et al. (2002), que mostram que os homens diabéticos usavam estilos de *coping* activo, que reflectiam domínio e autonomia, e menos *coping* depressivo. A incorporação de um estilo de vida saudável permitia que estes homens exibissem uma boa adesão terapêutica, assim como a ausência de comorbilidades. Porém, os participantes diabéticos beneficiavam de suporte emocional na gestão da doença, tal como algum suporte instrumental (dieta alimentar e actividade física). Além disso, a organização social tradicional permite aos homens que apenas se dediquem ao exercício profissional, sem contar com a conciliação das esferas do trabalho e do cuidado de terceiros, dispondo de mais tempo para se dedicarem a gestão autónoma da sua doença crónica.

Estudo 2 – Adesão Terapêutica em Mulheres Diabéticas Tipo 2

Em conformidade com o estudo anterior, a análise de dados permitiu agrupar os discursos das participantes em dois temas principais, ***Experiência Subjectiva da Diabetes e Adesão Terapêutica***, aos quais correspondem diversos subtemas. Através destes resultados pretende-se dar resposta às questões de investigação do presente estudo, já referidas na página 21 (ver página). A leitura dos mapas temáticos permite concluir que a vivência subjectiva da diabetes, traduzida no impacto da doença na sua vida diária e no suporte social ou a ausência do mesmo na gestão da doença crónica,

determina a adesão terapêutica das mulheres diabéticas às componentes de tratamento da diabetes tipo 2 (c.f. anexo F: II – Estudo 2: Mulheres diabéticas - Análise Temática). A descrição de resultados do presente trabalho sugere a evidência de similitude ao nível de temas e subtemas relativamente ao estudo anterior. Todavia, a análise narrativa dos mapas temáticos de ambos os estudos permite ilustrar diferenças na experiência subjectiva da diabetes, o que conduz a diferenças de sexo ao nível da adesão terapêutica na diabetes tipo 2. Os temas centrais, bem como os adjacentes – subtemas e códigos – encontram-se seguidamente descritos.

Tema: *Experiência subjectiva da diabetes*

A análise do discurso das participantes permitiu agrupar o tema ***Experiência Subjectiva da Diabetes*** em dois subtemas: impacto subjectivo da doença e suporte social na doença e tratamento.

Subtema: *Impacto subjectivo da doença*

As construções discursivas das participantes permitiram agrupar o *impacto subjectivo da doença* em duas vertentes: rotinas diárias e imposições da diabetes. Ao longo dos discursos foi possível verificar que a maioria das participantes inclui nas suas rotinas diárias, a rotina diária de tratamento, tais como as refeições diárias e a medicação; as tarefas domésticas, presentes na realização de compras, preparação de refeições, limpeza da casa e preparação das roupas (c.f. anexo G: II – i: extracto 1 e 2); e o trabalho agrícola, como por exemplo cuidado do gado e lavradio (c.f. anexo G: II – i: extracto 3) (“*Olhe por exemplo, posso começar por hoje, ponho-me a pé, depois tenho as medicações todas de manhã, inclusive a insulina de 24 horas e... mas eu tomo para muitas coisas. Depois tomo o pequeno-almoço e depois preparo o almoço para a família consoante possa. Depois na máquina que os filhos compraram faço uma roupinha, lavo a roupinha, depois estendo aos bocados, e depois torno a fazer o comer à tarde... ah... o galinheiro, uma manadilha de galinhas, porque nós criamos frangos uma vez no ano, por acaso já estão na arca, a maioria que era para matar, temos os porquinhos pequenos também vou lá às vezes*” [E3]). Duas participantes mencionaram ainda, serem responsáveis pelo cuidado de pessoas dependentes, tais como idosos e crianças, particularmente pais e netos (“*Levanto da cama, tomo o meu banho, tomo o meu pequeno-almoço... ah... tenho uns coelhos e tenho uma cabritinha, vou botar de comer a essa bicharada... ah... começo a arrumar a casa, ponho o almoço a fazer... ah... venho à vila às compras se, se... caso me faça falta e... quando, às vezes, vou ajudar os vizinhos também, quando semeiem batatas ou assim, vou até dar-lhes uma mãozita e tal. Quando tenho a menina (neta) já fico um bocadinho mais presa, pego no carrinho e vou dar um passeio com ela. [...]* Por exemplo, tenho o meu pai, tem oitenta e sete anos e... pronto tenho que cuidar da saúde dele.” [E2]).

Relativamente às imposições da diabetes *mellitus*, as cinco participantes relataram que o aparecimento desta doença crónica implicou diversas alterações na sua vida diária, provocando um impacto adverso na qualidade de vida e bem-estar mental (“*Mudou! Já vi que mudou filha, não é nada igual, nada, não tem nada a ver!*” [E4]). Neste sentido, as mulheres diabéticas consideraram que as alterações do estilo de vida verificaram-se com a incorporação dos componentes do plano terapêutico, particularmente a alimentação saudável (c.f. anexo G: II – i: extracto 4 e 5). A adesão a este componente de tratamento da diabetes foi percebida como mais complexa, uma vez que lhe está associado um sentimento de privação (“*Fiquei triste. Fiquei triste porque claro a gente está habituada... os alimentos, muitas coisas que a gente tem que prevenir que não pode comer, não é? Sabe bem sentar à mesa e comer uma coisa que a gente come e sabe bem e agora eu olho para aquilo e sei que vai-me fazer mal e começo a... não é? Não posso comer e vejo os outros*”).

comer e eram coisas que eu gostava, por exemplo gostava de alinhar com as colegas, gostava de ir à pastelaria comer um bolo, gostava dessas coisas e isso custa um bocado, mas é tudo o hábito, vou-me habituando.” [E2]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 6). A maioria das participantes manifestou dificuldades significativas em conciliar as exigências psicossociais da adesão terapêutica com a rotina diária, uma vez que apresentavam uma gestão activa do seu tratamento, o que interferia com a regulação das diversas actividades diárias (c.f. anexo G: II – i: extracto 7 e 8) (“Mudou bastante filha! E, e a coisa da gente andar a ter, de tomar aquela medicação... e ter de andar sempre a ver, a fazer a pica para coisa, para, para a gente saber se está bem ou não, tem que ter a gente essas preocupações, compreendes? E isso aí muda a vida da pessoa, não achas? Muda a vida da pessoa, porque quando a gente não tinha nada disso era uma alegria. Sentia-me muito mais livre, muito mais satisfeita... Jesus, isso nem tem comparação, não é?” [E4]). Como resultado, as mulheres exibiam uma sobrecarga de múltiplas tarefas de responsabilidade (“Significou saber que, que era mais uma coisa que eu tinha que tomar conta.” [E1]), nomeadamente a auto-gestão da diabetes (“Olha é como eu lhe falo é a medicação, é ter cuidado com a alimentação, com a alimentação que faço, é fazer as caminhadas sempre que posso, é o exercício que posso, tenho podido muito pouco, que tenho andado à rasca das pernas, não sei que raio tenho nas minhas pernas.” [E1]); (c.f. anexo G: II – i: extracto 9), o efeito cumulativo de várias doenças, como as complicações crónicas e comorbilidades (“Também pronto, além dos diabetes, tenho muitos problemas a nível da coluna [...], tenho pronto a tensão arterial, está controlada mas, que senão estava sempre alta e tenho bastantes problemas nesse sentido, a nível ginecológico tenho tido bastantes problemas [...] e formou-se uma anemia, que estou a ser medicada e que não sei quê, mas que não sobe o suficiente.” [E1]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 10, 11 e 12), a vida diária (c.f. anexo G: II – i: extracto 13 e 14) (“Do resto se, se andar controlada, que ande bem... ah... trabalho e assim, isso faço a mesma coisa, não, não me... Sempre a trabalhar. Ainda há bocado... semear muitas batatinhas, muitas batatas e, e... só eu mais o meu marido é que, é que trabalhamos. [...] E sou eu mais o meu marido que fazemos... a terra, tem que ser. Eu sou obrigada a ir, compreendes? Não vai andar aí o meu marido sozinho, ele vai, eu tenho que ir com ele.” [E4]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 15) e o cuidado da saúde familiar (“Ele (pai) não gosta muito da comida sonsa, ele... custa um bocado, mas ele costuma ter tensão baixa e ele, às vezes, vai buscar um bocadinho de sal fino. Eu até lhe ralho, não é? [...] Quando tenho os meus netos em casa, evito de comprar sumos porque eu já sei que se eles beberem Coca-Cola, não querem comida, porque depois aquele gás começa a... e eu essas coisas tive sempre cuidado com as crianças, não é? E já sei.” [E2]), presente na regulação de compromissos médicos e gestão da medicação (c.f. anexo G: II – i: extracto 16) (“Isso já sabe que tenho eu que... coisa, mesmo para ele (marido). Tenho que, que avisar para ir fazer análises, e isto e aquilo. Ele também tem sido bastante saudável, graças a Deus! Mas pronto, mas agora uma vez por ano as pessoas tem que... E... mas isso tenho de eu ir marcar e depois... ele detesta ir aos doutores, isso é como quem a... o leva de rastos. Mas sou eu que vou marcar, sou eu que marco tudo... (risos).” [E4]), assim como a promoção do bem-estar da família (c.f. anexo G: II – i: extracto 17), manifesta na ausência de alteração dos hábitos alimentares familiares (“ [...] E depois é uma coisa que também não posso tirar a ele (marido) ... aquilo que ele gosta por causa minha, não é? Pronto nessa parte eu, as compras faço igual e faço a comida igual, chouriços, tenho sempre chouriços caseiros, cozo e ponho para ele, não como a carne.” [E1]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 18, 19 e 20). As doentes diabéticas perceberam ainda a doença e o tratamento como centros organizadores da sua vida diária (c.f. anexo G: II – i: extracto 21) (“Eu afinal a todas as horas tenho que estar de volta dos meus casos... eu se vou duas horas ou três com o meu filho para a casa dele tenho que levar o saco cheio atrás de mim, como é que um homem que trabalha ou quê pode fazer isso? [...] porque eu não me esqueço dela (doença) um minuto por dia...” [E3]), traduzindo-se nas preocupações constantes com os mesmos, na percepção de gravidade da doença, na alteração de hábitos familiares e no impacto adverso na realização do

trabalho. As mulheres diabéticas relataram que as suas preocupações com a doença e tratamento centravam-se no aumento dos valores glicémicos, sendo que tal acréscimo da glicemia provocava um aumento da ansiedade e sentimento de culpabilidade (*“Ai se tiver muito altos, isso então... estive a pensar, penso já «o que é que, o que é que eu fiz? O que é que eu fiz mal?» Fico já preocupada. E então trato já de cortar... em alguma coisa que acho que me fez mal. Ai isso é, é logo! E, e pronto e... vive sempre a gente nesta... nesta ansiedade.”* [E4]), o que por sua vez levava ao evitamento da auto-monitorização da glicemia (*“Ai, eu às vezes pingo, mas tem dias que, por exemplo tem dias que não porque, às vezes, porque eu começo assim: «ai eu estou nervosa, tenho os diabetes, parece que me estão a subir porque estou nervosa» e se me picar depois começo a cismar que comi isto que me fez mal, que comi aquilo que me fez mal, porque eles estão altos e porque não baixam e, às vezes, então não é sempre. Prefiro não.”* [E2]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 22). Por outro lado tais preocupações acarretavam, de igual forma elevados níveis de ansiedade conduzindo a sintomas de hiperglicemia (c.f. anexo G: II – i: extracto 23) (*“Isto é assim, ao menos comigo é assim... ah... esta doença... ah... se a gente se enervar com qualquer coisa, eles sobem mesmo que... que a gente não, não... queira, porque a gente não mandamos em nós mesmos próprios, há coisas que pronto. [...] Sei que, sei que é assim, sei que se me enervar que os diabetes sobem, pronto! Sei lá porquê nem porque não, mas sobem!”* [E4]). A maioria das participantes apresentava uma percepção de gravidade da doença presente no receio de complicações e, conseqüente dependência física (c.f. anexo G: II – i: extracto 24) (*“O mais medo, o meu medo é ter problemas de má circulação e ter problemas de amputar membros ou perder a vista, porque os diabéticos, eu acho que é os diabéticos, a pessoa o que mais medo tem é isso. As complicações. O meu medo é eles aumentarem e eu ter mais problemas.”* [E2]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 25 e 26). Outra imposição da doença, percebida pelas participantes, estava relacionada com a alteração de hábitos familiares, por exemplo, com a restrição da confecção de doces para a família (*“Pronto e depois até acho que cansa o meu marido, que o meu marido, pronto gostava de arroz doce, gostava dessas coisas, não é? Doce, doçura... e eu fazia quando, quando podia, fazia, mas agora até me recuso a fazer... os doces, em casa. E depois, e depois eu acho lhe graça que ele diz assim: «agora por tu não puderes comer, os outros também são obrigados a não comer, tu não fazes!» (risos). Não, porque eu não faço. Filhoses, bolos, essas coisas assim, nunca mais fiz. Até nisso me mudou a mim vida, está a ver!”* [E4]), os custos financeiros associados à adesão ao tratamento, sendo os mesmos suportados pelo marido devido à dependência económica da esposa (c.f. anexo G: II – i: extracto 27), e as crises da doença (*“Pois, na questão de trabalho... e trabalho e despesas e muitas mais coisas, que o meu marido durante estes quase trinta anos tem passado e sofrido coisas que não tem fim. [...] Quer se dizer todos aceitaram e estão comigo, mas eu é que lhes trago problemas que quase são insuportáveis. Por exemplo, das vezes que eu cá.”* [E3]). A maioria das doentes diabéticas relatou que a doença teve um impacto adverso no trabalho, através da diminuição da sua capacidade de trabalho devido aos sintomas de hipoglicemia (*“Agora não trabalho tanto no campo, porque não posso... Noto que não posso trabalhar tanto quanto trabalhava. [...] Ai mudou, mais dores nos ossos... mais, às vezes mais tonturas, mais nervosa. Mais nervosa, porque me sinto assim cansada e queria fazer e não posso.”* [E5]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 28 e 29) e ausência de força física, provocada pela adesão à alimentação saudável (*“Sim, pois é! A... gente não tendo saúde não, não tem disposição para trabalhar, não é? É mesmo assim, não tem tanta disposição para trabalhar. E pronto... isso... porque eu era uma pessoa... ainda hoje pronto, sou ... mas já não é igual, é muito diferente! Era uma pessoa muito activa para o trabalho e para tudo, nada me punha medo e tudo mais, mas agora já não, já não é assim porque a gente já se não pode também alimentar como se alimentava dantes, não é?”* [E4]). Ainda no que respeita às imposições da diabetes, a maioria das participantes evocou, ao longo das entrevistas, emoções negativas como a tristeza, o medo

e a ansiedade (“*Sim, agora sou muito mais débil, sou muito mais sentimental.*” [E3]); (c.f. anexo G: II – i: extracto 30 e 31), assim como pensamentos acerca da morte (“*Sinto-me mais deprimida, fico a cismar que qualquer dia chega a nossa vez. Às vezes, temo porque só sou eu e o meu marido, e cismo que um dia o meu marido vai ou eu e um fica desamparado. [...] Eu acho que o que podia controlar a doença era morrer. Só a morrer é que a gente não sentia mais nada.*” [E5]), perda de prazer em actividades (“*Porque eu gostava muito de fazer as coisas... Fazer bolos e fazer filhoses e rabanadas e gostava... quando era do Natal, eu adorava as rabanadas, eu gostava muito... de as fazer, de as comer, mas também gostava muito de as fazer, agora nem, nem... desde que me apareceu este, este problema, que não posso comer, até nem gosto de as fazer...não me dá gosto! [...] Até que não gosto de muitas confusões, nem, nem assim muito barulho, nem. Eu gosto de estar, estar na minha, no meu sossego, que me sinto... melhor. Mas dantes não era isto foi desde que me apareceu esta doença.*” [E4]), mudança do seu auto-conceito, percepcionando-se como uma pessoa doente (*Vejo como uma pessoa muita mais, muito mais caída, uma pessoa com uma visão um bocadinho mais... Não dá para ser uma pessoa viva, que vá atrás de uma moda, desde que não cheire muito mal, os trapos servem aqueles. Entreguei-me um bocadinho ao desleixo. [...] Sinto (pessoa doente), eu o que eu lhe estou a dizer, que eu não esqueço.*” [E3]) (c.f. anexo G: II – i: extracto 32) e uma notória percepção de cronicidade da doença (“*Quando a doutora (omitido para preservar anonimato) disse que eu estava isenta, “pronto, já sei que tenho uma doença crónica, para toda a vida”. Já sei pronto, não sou pessimista, mas sei que tenho!*” [E2]); (c.f. anexo G: II – i: extracto 33).

Subtema: *Suporte social na doença e tratamento*

Dos discursos das mulheres diabéticas em torno do suporte social na doença e tratamento, emergiram duas construções discursivas, a saber: ausência de suporte social instrumental e suporte social emocional. As cinco mulheres diabéticas percepcionaram a ausência de suporte instrumental na gestão da sua doença (“*Quem me apoia? Eu acho que sou eu mesma! Porque em casa, está bem a minha filha só vem de visita, porque ela trabalha independente, o meu filho também está independente, em casa só estou eu, o meu marido e o meu pai, que tem oitenta e tal anos e eu não peço apoio a ninguém, porque eu sei que sou eu que tenho que fazer.*” [E2]), justificando com o seu papel de responsabilidade pela saúde familiar, que conduziu à inexistência de competências e conhecimentos acerca da diabetes, por parte de familiares (“*Esse (marido) não sabe o que é a diabetes, pensa que é uma brincadeira!*” [E5]), para um apoio instrumental no controlo da diabetes (c.f. anexo G: II – ii: extracto 1); (“*Não, não. O meu marido com respeito a doenças... ah... não vale nada. Para a doença não vale nada. Nem para ele, nem para mim. Para mim não vale nada, para mim, saúde isso não vale nada, para isso não tenho marido! Não é uma pessoa de responsável de dizer assim...: «ela tem esta doença e tenho de ir com ela para o doutor ou para isto ou para aquilo», não... Não, isso para ele não conta nada. É uma pessoa assim um bocadinho fria.*” [E4]). No que concerne ao suporte social emocional, três doentes diabéticas percepcionaram suporte emocional na gestão da sua doença crónica, relatando que os seus maridos manifestavam preocupação com o bem-estar da esposa, sobretudo ao nível da evolução da doença e adesão ao tratamento (“*Sim, em todos níveis. Principalmente o meu marido, está sempre preocupado, sempre... e a minha filha, a minha filha também, pronto embora não viva comigo está sempre: «oh mãe, tu sabes bem que não podes fazer isto, tu vê lá; sabes bem que não podes fazer aquilo, tu vê lá!».* O meu marido também, está sempre preocupado. Sou muito apoiada no caso, até da comida, que ele (marido) me diz assim: «tu podes comer isto, tu podes comer aquilo?», pronto, a nível da medicação não, mas de resto sim, sempre muito preocupado se eu estou bem, se durmo, se como, se é aquilo que eu posso comer, se não, se eu tenho aquilo que preciso para comer, preocupa-se muito nesse sentido.” [E1]) (c.f. anexo G: II – ii: extracto 2 e 3). Como tal, as participantes exibiam uma percepção de controlo interno da doença e tratamento (c.f. anexo G: II – ii:

extracto 4) (“Cumprir no tratamento... ah... eu não acho nada difícil... ah... não vejo, não vejo que seja difícil, não. Eu acho que é tudo fácil de fazer, porque a gente se quiser e se tiver boa vontade, não é? Se tiver boa vontade até faz. [...] Não pedi ajuda a ninguém. Eu sabia que era eu que tinha que fazer o tratamento, eu é que tinha que ter força de vontade, o que é que me iam ajudar, não é? Ninguém podia me ajudar. Eu acho que esta doença, se for controlada, não terei problemas. E... se eu tiver o cuidado e o controle e isso está na minha mão, não está na mão de mais ninguém.” [E2]), mencionando a necessidade de restrições e sacrifícios da sua parte, de modo a cumprir o plano terapêutico (“Já, os próprios médicos o dizem... eles fartam-se de me dizer que o médico tem que ser o doente. Eu queria viver muito, eu quero viver muito e quero tanto quanto me for possível não ser a causadora (morte).” [E3]), assim como perceberam benefícios na adesão terapêutica (“Não! Não, não, não! Até antes pelo contrário, comecei a fazer essas caminhadas que não fazia antes e que, pronto... essa parte até me beneficiou mais um bocado. [...] A gente, ao fim ao cabo vai ter uma vida normal, que antes não tinha.” [E1]), nomeadamente ao nível do controlo metabólico, evitamento de complicações, aumento da qualidade de vida e maior longevidade (“Agora não ligo. Faço de conta que a doçura até para mim foi bom, porque perdi uns quilos (risos). Até foi... e sinto-me melhor e tudo!” [E2]) (c.f. anexo G: II – ii: extracto 5). As mulheres utilizavam como estratégias de *coping*, o evitamento de pensamentos negativos acerca da doença, comparando a diabetes com doenças de maior gravidade (c.f. anexo G: II – ii: extracto 6) (“Agora não, digo assim: «Olha há quem tenha doenças piores, não é? Quem tem cancro também tem que o aceitar». Não, não me considero doente. Sei que tenho um problema de saúde, mas não é uma coisa assim tão grave. Também tenho a tiróide e nem penso nela. Nem me lembro, nem penso.” [E2]) (c.f. anexo G: II – ii: extracto 7), permitindo assim uma melhor aceitação da doença (c.f. anexo G: II – ii: extracto 8) (“Aprendi a viver com ela, aprendi a viver com ela. Não pode ser de outra maneira. [...] Não sei... acostumou-me, agora é aquilo que preciso e que não posso fugir e aceitei.” [E3]). A ausência de suporte social emocional na gestão da doença conduziu à percepção de sabotagem familiar, por parte das duas participantes, nomeadamente a partir da depreciação da sua condição de doente (“Um dia o meu marido fez queixa à médica que eu comia muito, que estava a sempre a comer. E ela disse-lhe: «ela tem que comer, sete ou oito vezes!». Depois o meu marido começa... a ralhar que eu até de noite como. Ai, ai se me der a fome eu tenho que comer seja onde for, senão começo a sentir uma fraqueza.” [E5]) e desvalorização da doença e tratamento, por parte do marido (“Não, ele (marido) ajudar? O meu marido não me diz nada, antes pelo contrário, diz: «ai se fosse eu não tomava tanto medicamento, tantos medicamentos. Eu não tinha cabeça para tomar isso!» Ele não pensa o que é a diabetes, para ele os diabetes, isso não tem nada, não é nada. Antes pelo contrário! Só diz: «as dietas ainda matam a gente mais depressa!»” [E5]), assim como pelas acusações formuladas pelo mesmo, e que induziram as participantes, à percepção de incumprimento do seu papel de promoção do bem-estar da família (“A vida familiar... pronto, no tipo de alimentação, sim. É como te acabo de dizer... o meu marido notou bem! (risos) O meu marido notou, não é?” [E4]). Neste sentido, as participantes apresentavam uma percepção negativa da doença e tratamento, traduzida na ausência de motivação (“E depois, às vezes sinto-me desanimada.” [E5]) e sentido de obrigatoriedade na adesão ao plano terapêutico (“Dá, dá menos vontade, claro. Tenho que fazer, que sou obrigada (risos). Mas a vontade, já se sabe que não.” [E4]). Como consequência, manifestaram a sua insatisfação com a adesão terapêutica, particularmente com as restrições impostas pela alimentação saudável (“Eu gostava muito de... pronto, gostava muito da batata, gostava muito da batata. As batatas para mim, eu adorava as batatas. E massa... que eu, eu... para mim não havia escolha, eu sou de muito boa boca, comia de tudo... nunca fui esquisita no comer! E comia de tudo muito bem! E gostava de comer, eu tinha paixão por comer, pronto! Eu gostava de tudo, para mim era tudo bom. E agora já não é assim. [...] Antes... para

ter, para ter controlado, não se pode fazer as coisas (alimentação), pronto. Eu comigo, é assim... para ter controlado.” [E4]) (c.f. anexo G: II – ii: extracto 9), a dificuldade em realizar exercício físico devido às suas limitações físicas (“O andar é que me custa andar, porque tenho um joelho mais ruim.” [E5]) e os efeitos secundários da medicação (“Não gosto de tomar medicação, pronto! Que eu sei que os medicamentos é assim, mas isso é todos, os medicamentos fazem bem a uma coisa, mas vão fazer mal a duas ou três... e a pessoa desde que começa a tomar medicação, adeus saúde! Que a gente é obrigada a tomar a medicação. E que eu não gosto, e que eu não posso fugir disso.” [E4]). De igual modo, as mulheres diabéticas mostraram-se insatisfeitas com a qualidade de cuidado dos profissionais de saúde, designadamente pela alteração frequente da medicação para a diabetes (“Olha é porque isto é a tais coisa, eu, eu já fui mudada de medicação mais de que uma vez, várias vezes. [...] De cada vez que ia fazer as análises, ela (médica) achava que não estava bem e então muda, alterava as coisas e eu não gosto! Eu gosto de tomar uma medicação certinha.” [E4]). As duas participantes utilizavam como estratégias de *coping*, o evitamento de pensamentos e emoções negativas (c.f. anexo G: II – ii: extracto 10) (“Na televisão não põe medo, dizem que é uma doença do dia-a-dia, pode a gente fazer uma vida normal. Eu não me assusto muito... com os diabetes, não me assusto. Ai, eu não penso nada! Quando morrer... a gente morre, não fica cá. Não, não me importa. Não, não penso muito nisso. Tomo os medicamentos, faço a minha lida, não me prendo muito em casa, vou dar umas voltas.” [E5]).

Tema: *Adesão Terapêutica*

O segundo tema *Adesão Terapêutica* inclui os discursos das mulheres diabéticas relativamente à sua adesão aos componentes do plano terapêutico da diabetes *mellitus*, que se agruparam nos seguintes subtemas: alimentação saudável, actividade física, medicação, monitorização da glicemia, procura dos cuidados de saúde e cuidados com os pés.

Subtema: *Alimentação saudável*

As cinco participantes declararam serem responsáveis pela monitorização autónoma da sua dieta assim como, referido anteriormente, pelo planeamento e confecção da alimentação familiar. As mulheres afirmaram terem produzido pequenas alterações no seu plano alimentar, através de um maior cultivo de vegetais na horta agrícola, para introdução na sua dieta alimentar (“Já semeio mais... já comecei a semear, a fazer mais pelas coisas, faço... semeio muita abóbora. Cultivo mais vegetais e alho francês e... todas essas coisas e cenoura, semeio bastante cenoura.” [E4]), e pela restrição de certos alimentos, que consideram prejudiciais ao controlo metabólico (c.f. anexo G: II – iii: extracto 1 e 2) (“Dieta tanto quanto possível, não se toca no açúcar, não se toca nas gorduras, não se toca nos refogados, não se toca nas conservas, não se toca em café, não se toca em álcool nenhum...” [E3]) (c.f. anexo G: II – iii: extracto 3 e 4). No que concerne às compras de produtos alimentares, as participantes diabéticas eram responsáveis pela gestão autónoma das compras (c.f. anexo G: II – iii: extracto 5) (“Ah sim, sou eu que faço as compras e cozinho, sou eu sempre!” [E2]), tendo realizado mudanças no tipo de alimentos adquiridos (“Ai, alterei as compras! Por exemplo, usava óleo e agora uso muito azeite...ah... [...] Agora compro mais legumes, compro mais, compro mais legumes e até se me lembrar vou à coisa e trago soja e faço hambúrgueres de soja e faço almôndegas para eles (pai e marido) com carne, mas para mim faço com soja.” [E2]); (c.f. anexo G: II – iii: extracto 6), sendo que, por vezes esta responsabilidade era partilhada com o marido, orientando-o na compra dos ingredientes necessários (“Não! Eu vou assim numa altura, fui agora na Páscoa porque é preciso trazer umas pequeiras, assim que mais a mulher sabe o que é, umas coisas pequenas, mas eu faço uma lista ao meu marido e ele traz tudo.” [E3]) (c.f. anexo G: II – iii: extracto 7). No que respeita à confecção das

refeições, as mulheres realizaram escassas mudanças, incorporando apenas legumes (c.f. anexo G: II – iii: extracto 8) (“*Se fizer, se fizer arroz tiro um bocadinho de... se fizer arroz tiro um bocadinho... tenho de ter legume para misturar com o arroz e depois já sabe ponho um bocadinho de arroz e como legume e a batata é igual e ou... com a massa, se já com o que for tenho de meter legume, porque sou obrigada! [...] Ponho mais... e o, e o legume ponho sempre, todas as vezes que, todas as refeições tenho que comer legume.*” [E4]) (c.f. anexo G: II – iii: extracto 9). Desta forma, com poucas alterações efectuadas no seu plano alimentar, mantinham inalterados a ementa e hábitos alimentares familiares (c.f. anexo G: II – iii: extracto 10) (“*A alimentação faço, como faço para eles, faço para mim e às vezes até meto, na, na própria sopa deles meto, por exemplo, um bocadinho de lombarda a cozer e uma cenoura e depois tiro para mim e tiro a sopa para eles e não e pronto, se o meu marido quiser um bifinho frito, eu grelho para mim o meu e frito para ele o bife. Não, não tenho tido problemas.*” [E2]) (c.f. anexo G: II – iii: extracto 11, 12 e 13). As participantes manifestaram que a gestão da sua dieta era realizada, sobretudo, através da refeição, designadamente a partir do tipo de alimentos e da quantidade ingerida (c.f. anexo G: II – iii: extracto 14) (“*[...] O doutor que esteve em Viana [...] ele disse-me que: «o diabético desde que não exagere nas doses que são contrárias no prato, pode comer, o que é que enquanto que os outros comem e segundam e arrumam de barriga cheia, vocês só fazem como aquele que vai provar.» [...] Desta vez provou e à noite já como uma coisa ao jeito.*” [E3]). As cinco mulheres mencionaram realizar seis a sete refeições diárias (c.f. anexo G: II – iii: extracto 15, 16 e 17) (“*Como, como, bastantes. O médico disse para comer para aí seis a sete vezes. Eu quando dá fome, estou sempre a comer. No inverno, sendo as noites grandes, eu ponho-me a pé, aqueço o leite, ponho bolachas no leite e como.*” [E5]).

Subtema: *Actividade física*

Dos discursos das participantes em torno do subtema actividade física, foi possível verificar que a maioria das mulheres apresentava uma prática irregular de exercício físico, tendo citado que a sua actividade física se baseava no trabalho rural (“*Não filha, não... eu... enfim, actividade física é... como te digo, nós... A gente aqui... eu ando sempre a trabalhar (agricultura).*” [E4]) e em actividades do estilo de vida, tais como trabalho doméstico, subir escadas e caminhar (“*O exercício também tenho feito, pronto, quando posso e quando não posso também faço as caminhadas. Eu de dia então aproveito para fazer estes bocadinhos, se não fizer uma hora, faço meia, quando posso fazer uma hora, faço, quando puder fazer mais até faço mais que uma hora é consoante o coiso me dá.*” [E2]); (“*Às vezes vou aos campos... andar muito pelos caminhos, não. Eles (médicos) dizem para eu caminhar, para eu andar aí uma meia horinha, mas eu caminho, eu daqui até ao quintal, do quintal até aqui, pelas escadas abaixo, vou a uns campos, vou e torno vir.*” [E5]). As diabéticas apontaram como principais motivos para a baixa adesão ao exercício físico regular, recomendado pelos profissionais de saúde, a falta de companhia (“*[...] Pronto, também compreendo que ele (marido), às vezes vem cansado e não posso estar sempre a chateá-lo, não é? E eu sozinha, às vezes também me aborrece [...], tenho receio de andar de noite.*” [E2]) e as limitações físicas de que padecem (“*[...] É fazer as caminhadas sempre que posso, é o exercício que posso, tenho podido muito pouco, que tenho andado à rasca das pernas, não sei que raio tenho nas minhas pernas.*” [E1]); (c.f. anexo G: II – iv: extracto 1).

Subtema: *Medicação*

As construções discursivas em torno da medicação permitiram verificar que a terapêutica prescrita às participantes estava subdividida em anti-diabéticos orais (4 participantes) (c.f. anexo G: II – v: extracto 1 e 2) (“*O tratamento é tomar os medicamentos a toda a hora, de manhã e à noite. Os diabetes é de manhã e à*

noite. [...] Comprimidos, insulina... a médica já me quis dar insulina e eu não quis. Não quero, que me mete confusão esperar.” [E5]), insulinoaterapia (1 participante) (“A insulina lantus é só uma vez por dia, essa não se toma mais. [...] Depois tenho a rápida, chamo-lhe eu, para actuar desde que marque mais de trezentos nas outras horas.” [E3]) e medicação para as comorbilidades associadas à diabetes *mellitus* (5 participantes) (c.f. anexo G: II – v: extracto 3, 4, 5 e 6) (“Depois tomo para a tensão, tomo para o colesterol, tomo para o coração, pronto.” [E5]). As cinco participantes eram responsáveis pela gestão autónoma da sua medicação (“Pronto, a nível da medicação não (ausência de suporte instrumental). [...] Nos medicamentos, não, é assim uma pessoa (marido), nessa parte...” [E1]) (c.f. anexo G: II – v: extracto 7, 8 e 9), no que concerne à compra na farmácia, sendo que, em algumas mulheres, esta responsabilidade era partilhada com o marido, orientando-o na compra da medicação necessária (c.f. anexo G: II – v: extracto 10) (“Eu quando vou à consulta, que dá para comprar, trago eu, mas depois se venho para casa [...], eles vão à vila, eu escrevo ou dou-lhes as receitas ou dou-lhes os frasquinhos ou as caixas como há-de ser...” [E3]), à organização da medicação e quantidade a ingerir (c.f. anexo G: II – v: extracto 11) (“Tenho que tomar os medicamentos... a tempo e horas. [...] tomo sempre os medicamentos... sempre, lá nisso sou bastante regrada. [...] os medicamentos, que a médica receita, isso é que não falha, não os deixo acabar para ir buscar outros.” [E5]).

Subtema: Monitorização da glicemia

Ainda no que concerne às recomendações de auto-cuidado, no presente estudo verificou-se que todas as participantes eram responsáveis pela monitorização autónoma dos valores da glicemia capilar. A adesão ao teste de glicemia capilar era efectuada, pela maioria das mulheres, no domicílio, sendo que uma participante realizava 3 vezes por dia (“Sempre, três vezes ou quatro ao dia, consoante precisar. Três é normal. [...] Mas mesmo estando dentro da normalidade, vou picar, vou fazer o teste.” [E3]) e as restantes de forma irregular (c.f. anexo G: II – vi: extracto 1) (“Às vezes sinto assim, quando me sinto assim um bocado tonta, aquela moleza mesmo coisa, digo assim: «vou ver como é que estão os diabetes, porque hoje estou assim com uns sintomas esquisitos» e é quando eu meço porque tenho receio que eles estejam muito altos ou baixos demais.” [E2]) (c.f. anexo G: II – vi: extracto 2). Contudo, uma participante monitorizava os níveis de glicose aquando da visita ao médico de família, sendo de modo irregular, uma vez que não usufruíam de suporte instrumental no domicílio para a realização do teste de glicemia capilar (“Ai, tenho ali, tenho o aparelho, mas não quero. Não gosto! Aquilo faz-me muita confusão, tem muitas coisas. Não quero saber, eu só sei os diabetes quando lá vou (consultas). Se tivesse outra pessoa aqui em casa que me fizesse isso, eu não me importava. Eu não!” [E5]). Perante complicações agudas, como os sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, a maioria das diabéticas utilizavam comportamentos de compensação, nomeadamente ajustamento das doses de insulina (“A princípio depende, a partir de trezentos faço cinco unidades (insulina), se passar de quatrocentos faço de seis a oito, se for quinhentos ou hi, que passa de seiscentos, que graças a Deus com esta insulina nunca fez, mas primeiro fazia muitas vezes, então depois aí, vou de dez a doze a quinze unidades. À noite menos para eu não fica a dormir [...], mas ao meio-dia ataco com mais, que preciso e depois como, leite, pão e... prontos.” [E3]), alimentação e doces (“Eles (níveis de glicemia) se tiverem muito altos, eu tenho cuidado, pronto já evito de, por exemplo à noite já, já como menos, como menos e bebo muita água. E se tiverem baixos aí já eu vou, vou buscar sempre qualquer coisa doce para, não para abusar, mas como qualquer coisita doce para levantar.” [E2]) (c.f. anexo G: II – vi: extracto 3).

Subtema: Procura dos cuidados de saúde

No tocante ao subtema *procura dos cuidados de saúde* foi possível concluir que as mulheres diabéticas eram autónomas na regulação dos compromissos médicos, efectuando visitas regulares aos serviços gerais de saúde e realizando as análises clínicas semestrais recomendadas. A frequência assídua do ambulatório devia-se à comparência nas consultas trimestrais e anuais destinadas à diabetes e a queixas de saúde relacionadas com comorbilidades, para obtenção de informação junto dos profissionais de saúde (c.f. anexo G: II – vii: extracto 1) (“*É às consultas é que vou todos os... vou de três em três meses. Quando me faz falta ir mais cedo que tenha um problema qualquer vou, marco uma data e vou. Lá isso é que eu cumpro sempre!*” [E5]). A maioria das participantes frequentava os serviços de saúde sozinha, uma vez que o esposo evitava os cuidados de saúde (“*Não, não porque ele (marido) não gosta dessas coisas. Se eu precisasse... se eu precisar vai, se eu não precisar não... se for coisa que eu puder e só, não... não gosta.*” [E1]); (c.f. anexo G: II – vii: extracto 2 e 3), contudo duas diabéticas apresentavam suporte social ao nível do acompanhamento às consultas médicas, por parte de familiares (“*Sim, quase nunca vou só. À vila vou algumas vezes, mas a Viana nunca fui só. Vai os filhos, vai a nora, vai o marido, vai os irmãos. Depende porque são muitas (consultas) durante o ano.*” [E3]) (c.f. anexo G: II – vii: extracto 4).

Subtema: *Cuidados com os pés*

Finalmente, os cuidados com os pés no doente diabético tornam-se essenciais para evitar complicações microvasculares, como a neuropatia. As participantes declararam que o auto-cuidado dos seus pés se traduzia na higiene diária (“*Olha com os pés, pronto... eu sou... tento... trazer, pronto... mas isso também sempre, não é? A... limpeza isso foi toda a vida que eu, fui sempre uma pessoa que gostei de andar fresca, não é? Mas, mas não tenho, nem uso grandes pomadas nem nada... eu só lavo todos, a, a miúdo e do resto nunca tive problemas.*” [E4]), cuidado das unhas, utilização de creme hidratante e exame dos pés (“*Eu por exemplo... uma coisa que eu quando tomo banho eu vou logo ver para os pés, vou ver se me dói, se tenho algum vermelho ou se tenho alguma ferida.*” [E2]); (“*Sim. Para ter cuidar, para a gente lavar os pés, para limpar muito limpo. Costumo! Ah isso tenho muito cuidadinho, tenho as minhas unhas muito limpinhas e os meus pezinhos muito limpinhos.*” [E5]). Todas as mulheres mencionaram não apresentarem complicações relacionadas com o pé diabético (“*Não, nos pés nunca tive problemas, até hoje.*” [E4]), contudo receiam a gangrena ou amputação dos membros inferiores (“*É porque tenho assim aquele receio, não é? Já tenho a pele mais seca, já tenho assim, não é? A gente nota, antes tinha assim mais humidade no rosto e nos pés e tudo e agora já sinto os pés mais secos, já tenho que andar a passar Nívea e andar... e tenho tido cuidado, pronto.*” [E2]).

Após a análise detalhada da história dos dados, torna-se pertinente a análise narrativa dos mesmos, a partir da identificação e explicação dos processos psicossociais de vulnerabilidade de género que determinaram a experiência subjectiva das mulheres diabéticas e a sua adesão terapêutica.

Ao longo dos discursos das cinco participantes diabéticas foi possível verificar a vigência da ordem patriarcal, que estabelece relações assimétricas entre homens e mulheres. Em primeiro lugar, as funções e papéis tradicionais de género estão presentes no discurso das mulheres diabéticas relativamente às suas rotinas diárias, que se baseiam em funções privadas (trabalho doméstico e agrícola) e de cuidadora e suporte de terceiros (Arias, 2009).

No que se refere às imposições da diabetes, todas as participantes perceberam que a doença implicou um impacto bastante adverso e impeditivo das suas actividades diárias, tal como confirmam os resultados dos estudos de Fitzgerald et al. (1995) e Brooks e Roxburgh (1999), onde a amostra de mulheres percebeu um alto sentido de interferência da diabetes e relatou que a mesma tinha um impacto negativo significativo na sua vida. Este impacto adverso da doença e tratamento traduziu-se sobretudo, na sobrecarga de múltiplas tarefas de responsabilidade, onde cumulativamente aos papéis tradicionais assumidos pela mulher (tripla jornada de trabalho), acresciam as exigências psicossociais da gestão de uma doença crónica (Arias, 2009). Por outro lado, o papel tradicional de cuidadora da saúde familiar e de promoção do bem-estar da família revelou-se um processo de alta vulnerabilidade que afectou a capacidade das mulheres diabéticas para uma adesão efectiva ao plano terapêutico. A prioridade do bem-estar da família conduziu à negligência e ausência de cuidados com a sua própria saúde, como é visível a partir das conclusões do estudo de Ponzo et al. (2006), onde afirmam que o facto das mulheres serem responsáveis pelo planeamento e confecção da alimentação familiar, compromete-lhe o tempo necessário e energia para realizar refeições separadas para elas, consistentes com o plano de tratamento da diabetes, de modo a não alterar os hábitos alimentares familiares. Desta forma, as mulheres diabéticas não punham em causa os atributos de feminilidade tradicional que incluem a capacidade de sacrifício e entrega, a submissão e a resignação (Arias, 2009).

Paralelamente, o papel de género de cuidadora da saúde familiar predizia que estas providenciassem cuidados aos outros, assim como fossem autónomas e activas na sua própria doença, conduzindo a que as mesmas não usufríssem de qualquer suporte instrumental na regulação e gestão das actividades de auto-cuidado da diabetes (Daniulaityte, 2004). Por outro lado, a atribuição das tarefas domésticas à mulher também está relacionada com a ausência de suporte instrumental na doença, uma vez que os componentes de tratamento da diabetes fazem parte dos papéis de responsabilidade tradicionais femininos, com a excepção da actividade física. Assim, tal como verificaram Brooks e Roxburgh (1999) a ausência de suporte instrumental no tratamento reafirmou a dificuldade destas mulheres, para arcar com a sobrecarga dos múltiplos papéis de responsabilidade e vida diária, acarretando mal-estar psicológico.

Neste sentido, os resultados do estudo indicam a prevalência de um pior ajustamento emocional e cognitivo à diabetes, por parte das participantes. Estes resultados são confirmados pelos estudos de Enzlin et al. (2002) e Brooks e Roxburgh (1999), que concluem que a percepção de interferência, por parte das mulheres diabéticas estava associada a perturbação psicológica. Todas as participantes qualificaram a diabetes tipo 2 como sendo uma doença grave e relataram preocupações relacionadas com a doença e o tratamento (Fitzgerald et al., 1995; Ponzo et al., 2006; Undén et al., 2008). Além disso, as cinco participantes relataram pior bem-estar mental e sintomatologia depressiva (McCollum et al., 2005; Enzlin et al., 2002; Undén et al., 2008; Brooks & Roxburgh, 1999), sendo que Ponzo et al. (2006) concluíram que a maior sintomatologia depressiva nas mulheres estava associada a mais barreiras de género na auto-gestão da diabetes. Desta forma, foi possível verificar que a mulher

diabética sofria um impacto adverso na capacidade para realizar as actividades de auto-cuidado (McCollum et al., 2005), conduzindo a uma pior situação de saúde, a partir da maior prevalência de comorbilidades e complicações crónicas (Undén et al., 2008; McCollum, Hansen, Lu, & Sullivan, 2005).

Finalmente, a presença ou ausência de suporte social emocional, por parte dos familiares, na gestão da doença crónica revelou-se um preditor da atitude das mulheres face à doença. As três participantes diabéticas que percepcionavam suporte emocional, sobretudo dos maridos, mostravam um alto sentido de controlo interno da doença e tratamento, sendo que segundo Brooks e Roxburgh (1999) torna-se num recurso saliente na redução da perturbação psicológica. Contudo, as duas participantes que não usufruíam suporte emocional declararam percepcionar sabotagem familiar na gestão da sua condição de doente. Como tal, apresentavam maior percepção negativa da doença e plano terapêutico, nomeadamente na insatisfação com a qualidade do cuidado, por parte dos profissionais de saúde (Undén et al., 2008; Ponzo et al., 2006).

Estudo 3 - Percepção dos profissionais de saúde de diferenças de sexo na adesão terapêutica na diabetes tipo 2

A partir da análise temática dos dados emergiram dois temas principais: ***modelo de género tradicional e saúde e adesão terapêutica na diabetes***, assim como diversos subtemas que fornecem estrutura e demonstram a hierarquia de significados presente nos mapas temáticos (c.f. anexo F: III – Estudo 3: Profissionais de saúde – análise temática). A finalidade destes prende-se com a resposta às questões de investigação do estudo, já enunciadas na página 22 (ver página).

De forma a respeitar o limite de páginas imposto pelas regras da Universidade do Minho e, não violar a qualidade do conteúdo exposto, a apresentação e discussão dos resultados do presente estudo foi remetida para anexo (c.f. anexo H: I). Agradece-se, desde já, a compreensão do leitor.

CONCLUSÃO

Após a análise narrativa dos mapas temáticos dos três estudos empíricos, pretende-se ilustrar e interpretar a história dos dados e relacioná-la com as questões de investigação, já mencionadas na página 21 (ver página). A presente investigação, a partir da análise temática dos resultados obtidos e sua discussão, permitiu concluir que existem diferenças entre homens e mulheres na adesão terapêutica na diabetes tipo 2. Especificadamente, a análise de género dos resultados obtidos mostra uma maior prevalência de determinantes psicossociais de vulnerabilidade de género na mulher diabética, em oposição aos papéis e normas de género do sexo masculino, que se transformaram em processos protectores, criando desigualdades de género na adesão terapêutica e, conseqüentemente no controlo metabólico da diabetes tipo 2.

As diferenças de género nos resultados obtidos iniciam-se pela experiência subjectiva da diabetes, em que é visível que a mulher diabética sofre um impacto bastante adverso da doença na sua vida

diária, comparativamente ao homem diabético. A divisão sexual do trabalho atribui à mulher, múltiplos papéis de responsabilidade, pelo que a gestão de uma doença crónica interfere com a sua capacidade para realizar as actividades diárias, conduzindo à sobrecarga e acumulação de funções e papéis de responsabilidade. Como a exigência fundamental tradicional do papel masculino assenta, quase exclusivamente, na realização do trabalho remunerado, a gestão da diabetes não apresenta qualquer tipo de impedimento ou interferência nas suas rotinas diárias.

A presença ou ausência de suporte social instrumental e emocional na gestão da doença e tratamento reforça o impacto subjectivo da doença e determina a adesão terapêutica de mulheres e homens na diabetes tipo 2. Neste sentido, é possível concluir que as mulheres diabéticas não usufruem de qualquer suporte social instrumental e emocional na regulação e gestão das actividades de auto-cuidado da diabetes, por dois motivos: as actividades de auto-cuidado da diabetes tipo 2 são tarefas inerentes aos papéis tradicionais femininos, com a excepção da actividade física; e, o papel de género de cuidadora da saúde familiar prediz que as mulheres providenciem cuidados aos outros, assim como sejam autónomas e activas na sua própria doença. Por sua vez, o homem diabético dispõe de suporte social, particularmente suporte instrumental da esposa para a gestão e adesão ao plano terapêutico da diabetes tipo 2. A dicotomia dos papéis tradicionais de género atribui à mulher a responsabilidade de substituir o marido na gestão da sua doença, conduzindo a que o homem não possua os conhecimentos e competências necessárias para a gestão autónoma de uma doença crónica. Paralelamente, os ideais da masculinidade hegemónica valorizam a adopção de comportamentos de risco para a saúde e enfatizam que o “ser” masculino não apresenta preocupações com a saúde, logo a adopção de comportamentos saudáveis, particularmente a adesão às actividades de auto-cuidado parece que danifica a sua masculinidade.

Desta forma, é possível concluir que o ajustamento emocional e cognitivo à doença e a atitude face às recomendações de auto-cuidado é significativamente pior nas mulheres do que nos homens diabéticos. Os processos psicossociais de género, acima descritos, são determinantes na adesão aos componentes de tratamento da diabetes, sendo que as mulheres diabéticas apresentam bastantes dificuldades em cumprir o plano terapêutico, comparativamente aos homens diabéticos que revelam uma boa adesão terapêutica na diabetes tipo 2.

Nesta investigação, foi ainda possível concluir que as desigualdades de género na saúde, particularmente na adesão terapêutica na diabetes tipo 2 não são, unicamente determinadas por factores psicossociais de género, mas inclusivamente por factores sociais de género. As representações sociais de género dos profissionais de saúde das diferenças de sexo na adesão terapêutica na diabetes tipo 2 revelam-se antagónicas, pelo que parecem estar associadas à identificação subjectiva com os papéis de género tradicionais atribuídos ao seu sexo.

Os resultados mostram que os profissionais de saúde convergem na percepção de que os dois sexos procuram os cuidados de saúde de formas distintas, sendo que a mulher diabética tende a procurar mais assiduamente os serviços gerais de saúde e consultas relacionadas com a diabetes e

manifestam mais as suas queixas psicossomáticas, enquanto que os homens diabéticos apresentam uma procura dos serviços de saúde inadequada (Arias, 2009). Contudo, os profissionais divergem na representação social das diferenças de sexo na procura dos cuidados de saúde e, conseqüentemente na sua actuação junto das mulheres e homens diabéticos. A médica de clínica geral considera que os papéis tradicionais femininos são processos psicossociais de vulnerabilidade de género para a adesão terapêutica da mulher diabética. Como tal, percepção que frequência assídua dos serviços de saúde, por parte desta, está relacionada com a necessidade em relatar as suas queixas psicossomáticas, devido à debilidade afectiva causada pelos papéis tradicionais femininos. Por outro lado, considera que os ideais da masculinidade hegemónica são processos protectores de género para o homem diabético, permitindo que este não compareça às consultas da diabetes, uma vez que a esposa substitui o marido diabético e cumpre rigorosamente as prescrições médicas. Por sua vez, o enfermeiro percepção que os papéis tradicionais femininos são processos psicossociais de protecção de género, proporcionando uma boa adesão terapêutica à mulher diabética. Desta forma, considera que a mulher diabética procura excessivamente os serviços de saúde para o relato das suas queixas psicossomáticas, que revelam a sua debilidade afectiva e não os sintomas da doença. Assim, o profissional de saúde declara que desvaloriza os sintomas relatados pela mulher diabética e dedica menos atenção e esforço terapêutico ao sexo feminino (Strey & Pulchério, 2010). Contudo, no que respeita ao homem diabético percepção que os processos psicossociais de vulnerabilidade de género condicionam a procura dos cuidados de saúde, pelo sexo masculino. Assim sendo, a esposa assume a responsabilidade pela regulação dos compromissos médicos e substitui o marido diabético nas consultas médicas. O enfermeiro acrescenta ainda que o homem diabético procura maioritariamente as urgências quando apresenta sintomas agudos da diabetes, apresentando dificuldade em verbalizar as suas queixas e sintomas.

Finalmente, tratando-se de uma investigação que utilizou a metodologia qualitativa e a análise de cariz indutivo, o objectivo não se prendeu com a obtenção de conhecimento generalizável (leis gerais), mas sim com a compreensão e previsão do fenómeno em estudo. Simultaneamente, é sabido que o género, que engloba as normas e os papéis de género atribuídos a cada sexo, varia de acordo com o momento histórico e o contexto cultural e social. Desta forma, as diferenças de género encontradas na adesão terapêutica na diabetes tipo 2 estão relacionadas com o modelo social de género vigente no contexto social da amostra em estudo. Contudo, esta investigação poderá ter implicações futuras para a prática em contextos sociais e culturais semelhantes ao estudado. A evidência de desigualdades de género, particularmente na adesão terapêutica das mulheres diabéticas, torna necessário que os processos psicossociais de vulnerabilidade de género sejam considerados no planeamento e condução de programas direccionados para promoção e melhoria da adesão terapêutica na diabetes *mellitus*. Da mesma forma, considera-se fundamental incidir sobre as representações que os profissionais de saúde mobilizam sobre o impacto dos significados de género no plano das práticas clínicas, da formação e das próprias relações e opções profissionais (Nogueira, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amâncio, L. (2001). O género na psicologia: uma história de desencontros e rupturas. *Psicologia*, XV (1), 1-18.
- Arias, S. V. (2009). *Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2010). *Diabetes*. Retirado Junho 05, 2010, de <http://www.apdp.pt/diabetes.asp>
- Barrett, J. E., Plotnikoff, R. C., Courneya, K. S., & Raine, K. D. (2007). Physical activity and type 2 diabetes. Exploring the role of gender and income. *The Diabetes Educator*, 33 (1), 128-143.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77 – 101.
- Brooks, R.J., & Roxburgh, S. (1999). Gender differences in the effect of subjective experience of diabetes and sense of control on distress. *Health*, 3 (4), 399-420.
- Daniulaityte, R. (2004). Making sense of diabetes: Cultural models, gender, and individual adjustment to type 2 diabetes in Mexican community. *Social Science & Medicine*, 59, 1899-1912.
- Enzlin, P., Mathieu, C., & Demyttenaere, K. (2002). Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 48, 139-145.
- Fitzgerald, J. T., Anderson, R. M., & Davis, W. K. (1995). Gender differences in diabetes attitudes and adherence. *The Diabetes Educator*, 21 (6), 523-529.
- Jack, L., Toston, T., Jack, N. H., & Sims, M. (2008). A gender-centered ecological framework targeting black men living with diabetes: Integrating a “masculinity” perspective in diabetes management and education research. *American Journal of Men’s Health*, 20 (10), 1-9.
- Marques, A. M. (2010). Género e saúde: Uma relação ainda oculta. In M. N. Strey, C. Nogueira, & M.P.R. Azambuja (Eds), *Género e saúde* (pp. 1-32). Coleção Género e Contemporaneidade, v.6. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- McCollum, M., Hansen, L. B., Lu, L., & Sullivan, P. W. (2005). Gender differences in diabetes mellitus and effects on self-care activity. *Gender Medicine*, 2 (4), 246-254.
- Ministério da Saúde – Portal da Saúde (2010). *Diabetes*. Retirado Junho 05, 2010, de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+crônicas/diabetes.htm>
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de género. Feminismo e perspectivas críticas na Psicologia Social*. Braga: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nogueira, C. (in press). Introdução à teoria da interseccionalidade nos Estudos de Género. In Neves, S. (Org.). *Género e Ciências Sociais*. Maia: Publismai
- Nogueira, P. C.F. B. (2009). *Diferenças de género em educação para a saúde sexual e reprodutiva: Um estudo com utentes e enfermeiros das consultas de planeamento familiar e saúde materna*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ponzo, M. G., Gucciardi, E., Weiland, M., Masi, R., Lee, R., & Grace, S. L. (2006). Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in italian women and men with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 31, 153-160.
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Sociedade Portuguesa Diabetologia (2010). *Diabetes*. Retirado Junho 05, 2010, de <http://www.spd.pt/index.php>
- Strey, M. N., & Pulchério, G. (2010). As tramas de género na saúde. In M. N. Strey, C. Nogueira, & M.P.R. Azambuja (Eds), *Género e saúde* (pp. 1-31). Coleção Género e Contemporaneidade, v.6. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Undén, A., Elofsson, S., Andréasson, A., Hillered, E., Eriksson, I., & Brismar, K. (2008). Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender Medicine*, 5 (2), 162-180.
- World Health Organization (2010). *Diabetes Programme*. Retirado Junho 05, 2010, de <http://www.who.int/diabetes/en>