

### ***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. A finalidade destes prende-se com a resposta às questões de investigação do estudo, já enunciadas na página 22 (ver página).

Os resultados do presente estudo evidenciam que os profissionais de saúde perceberam o modelo de género tradicional, presente no contexto social em estudo (*“A mulher em Portugal, sobretudo nestes países assim, sobretudo nestas partes pequenas... todavia há muito machismo, há muito machismo!”* [E2]), como determinante na adesão terapêutica de homens e mulheres, criando desigualdades entre os sexos ao nível da diabetes. Os dois participantes apresentaram distintas perspectivas relativamente a que sexo, este modelo de género trazia determinantes psicossociais de vulnerabilidade de género ou processos protectores para a adesão terapêutica na diabetes, nomeadamente ao nível do suporte social na doença e tratamento e na adesão às actividades de auto-cuidado (c.f. anexo E: III – Estudo 3: Profissionais de saúde – análise temática).

Os temas centrais, bem como os subtemas correspondentes encontram-se seguidamente descritos.

#### ***Tema: Modelo de Género Tradicional e Saúde***

O primeiro tema ***Modelo de Género Tradicional e Saúde*** inclui os discursos dos dois participantes relativamente aos processos psicossociais de género que condicionam a saúde de homens e mulheres, particularmente a diabetes tipo 2, emergindo dois subtemas: *Género* ♀ e *Género* ♂.

##### ***Subtema: Género ♀***

O subtema *Género* ♀ corresponde às percepções da médica de clínica geral, em ambulatório, relativamente à influência do modelo de género tradicional na saúde, subdividindo-se em duas componentes: processos psicossociais de vulnerabilidade na mulher e papéis tradicionais masculinos. A participante considerou que os papéis tradicionais femininos colocavam as mulheres em situações de vulnerabilidade no que respeita à sua saúde. A tripla jornada laboral de trabalho doméstico, trabalho agrícola e cuidado de terceiros, assim como a organização da vida quotidiana familiar, em que a mulher tradicional assume um papel de destaque e o papel de cuidadora e suporte de outros, nomeadamente na criação de filhos e netos e na responsabilização pela saúde familiar (*“E, e as pessoas aqui do campo é o mesmo. Quem trabalha o campo? A mulher. Quem, quem faz a comida de casa, quem lava a roupa, quem, quem passa a ferro, quem não sei quê? A mulher. Quem toma conta dos filhos? A mulher. E da educação? A mulher. (...) Da saúde da família, toma...”* [E2]), roubavam à mulher a energia e tempo necessário para se dedicar ao cuidado da sua própria saúde (*“Eu penso que tem muitas coisas em cima dela, não é porque não queira ou não está...e a mulher diz «Ui», então... quando se lembra faz tudo aquilo, mas depois, de dizer que tem tanta coisa, que às vezes, que não... pronto... não tem tempo”* [E2]). Por outro lado, considerou que os ideais de feminilidade tradicionais

tornam a mulher mais autónoma, competente e resiliente perante situações adversas, nomeadamente a gestão de uma doença crónica (*“Não... mas, mais força de vontade e mais capacidade de trabalho tem a mulher, isso sempre! A mulher, como digo eu é impressionante! Não devíamos ser assim tão impressionantes.”* [E2]).

No que concerne aos papéis tradicionais masculinos, a participante considerou que o modelo de masculinidade hegemónica, prevalente nos meios rurais, concede privilégios ao sexo masculino a partir da divisão sexual do trabalho (*“O homem está acostumado a não fazer nada, então olha, ele está encantado da vida. Por isso diz «olha... a mim fazem-me tudo!» ”* [E2]). A relação hierarquizada no seio familiar atribui ao homem a função de sustento da família a partir da actividade profissional, delegando à esposa todo o trabalho doméstico, nomeadamente o cuidado da saúde familiar, permitindo-lhe assim um maior suporte instrumental e disponibilidade de tempo no cuidado da sua saúde (*“O homem é só trabalho. (...) Não têm essa responsabilidade com os filhos, então os homens não tomam conta de nada, praticamente. (...) Têm mais tempo e disponibilidade.”* [E2]). Contudo a médica percepcionou como processos de vulnerabilidade para o homem, a responsabilização da esposa pelo espaço doméstico e bem-estar familiar, uma vez que acarreta menor autonomia e maior passividade (*“ (...) Se, se o que fica doente é, é o marido, menos mal, graças a Deus. Mas é... também quando morre, quando morre, um... o homem, a mulher ainda aguenta um bocado mais. Mas quando morre a mulher, o homem, ele vai também... Porque, porque já não, não consegue cuidar-se de si mesmo, entendes? Já se foi a cuidadora. (...) Não tem autonomia!”* [E2]), assim como os atributos de masculinidade relacionados com a potência e fortaleza e que conduzem a comportamentos de risco para a saúde, particularmente o consumo elevado de álcool (*“E depois, tanto também, os hábitos alcoólicos, também intervêm na diabetes.”* [E2]).

#### Subtema: *Género* ♂

O subtema *Género* ♂ agrupa os discursos do enfermeiro em duas componentes distintas: papéis tradicionais femininos e processos psicossociais de vulnerabilidade no homem. Na mesma linha de pensamento que a anterior, o enfermeiro reconhece a reclusão no espaço doméstico, que se traduz na sobrecarga de trabalho e relação de dependência económica com o marido, como um processo psicossocial de vulnerabilidade para a mulher (*“O papel da mulher é muito mais conservador, a mulher é dona de casa. (...) Claro que isso é sempre, neste momento poderá ser noventa e sete por cento é a mulher que assume esse papel. (...) É como eu te disse, se for preciso ir com o filho ao médico...”* [E1]). Contudo o participante afirmou que certos ideais de feminilidade tradicionais eram processos protectores da saúde da mulher, uma vez que permitiam um estilo de vida saudável (*“As mulheres acho que é mais fácil... são mais cuidadas com o seu estilo de vida, julgo eu e isso facilita mais.”* [E1]). A função de cuidadora da saúde familiar facilitava a procura frequente dos cuidados de saúde (*“Pronto, a mulher tem a noção de que realmente é... cuidadora e nós escolhemos virem as mulheres às consultas com os familiares, é raro ver vir um homem às consultas com os familiares.”* [E1]), assim como uma maior prevalência de práticas saudáveis, manifestas a partir da ausência de comportamentos de risco, tais como o consumo de tabaco e álcool, uma vez que tais condutas danificavam a feminilidade.

O enfermeiro menciona que a organização social tradicional permite ao sexo masculino dispor de todo o tempo para o exercício profissional e assumir com única função o sustento da família,

delegando o cuidado de outros para a esposa (“Mesmo tendo os dois o mesmo horário, ao chegar a casa, o homem vê televisão, não é todos (risos), ou se senta a ler o jornal, e a mulher faz o comer...” [E1]). Contudo, contrariamente aos ideais de feminilidade, a adopção de um estilo de vida saudável pelo homem tradicional danifica a sua identidade masculina, sendo considerado pelo participante como um processo psicossocial de vulnerabilidade para a saúde (“Os homens têm muita dificuldade em, em deixar comportamentos de risco porque tem mais, por norma tem maior, tem um grupo de amigos que os comportamentos são praticamente os mesmos, não é? Socialmente é um bocado isso.” [E1]). A construção social de masculinidade hegemónica baseia-se na manutenção de sinais de potência e fortaleza o que conduz a práticas de saúde pobres, nomeadamente a adopção de comportamentos de risco que revelam inconsciência e agressividade e procura dos cuidados de saúde inadequada, uma vez que o homem tradicional não necessita de cuidados de saúde (“Os homens são mais difíceis, tem mais vícios por natureza... (...) em termos de exercício físico, em termos de regras alimentares... (...) abusos de comida, grandes comeres, comer muito, comer bem, comer fritos, comer aquilo que lhe faz mal, e o alcoolismo ah e o tabaco, os homens fumam mesmo... assim.” [E1]).

#### Tema: *Adesão Terapêutica na Diabetes*

Em continuidade da linha de pensamento anterior, o tema ***Adesão Terapêutica na Diabetes*** inclui os discursos dos participantes em torno de como o suporte social na doença e tratamento determina a adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes. Os discursos acerca do segundo tema foram agrupados em dois subtemas: *suporte social na doença e tratamento e actividades de auto-cuidado*.

##### Subtema: *Suporte Social na Doença e Tratamento*

A análise do subtema suporte social na doença e tratamento subdividiu-se nos diferentes discursos dos profissionais de saúde: médica clínica geral e enfermeiro.

No que respeita à construção discursiva da médica de clínica geral, esta enfatizou o suporte social na doença e tratamento como um factor crucial na adesão terapêutica de mulheres e homens diabéticos, considerando que existe uma deficiência de recursos sociais na mulher, paralelamente à evidência de suporte social no homem. A médica percepcionou que os papéis tradicionais femininos, anteriormente classificados como prejudiciais à saúde da mulher, propiciaram a utilização de mais estilos de *coping* activo e um aumento das competências para lidar com as exigências psicossociais da diabetes e cumprir o plano terapêutico, convertendo-se em factores facilitadores da adesão terapêutica. A médica acrescentou ainda que, a atitude feminina face às recomendações médicas é facilitadora da relação médico-paciente (“Então, a mulher é mais fácil, no sentido de que ela, ah... pelo menos, tem mais capacidade, tem mais interesse, tem mais, ah... (...) A mulher empenha-se mais, mas em tudo em geral, não só nisto.” [E2]), uma vez que a diabética mostra-se motivada para a adesão terapêutica, apresenta capacidade de sacrifício e entrega perante os obstáculos do tratamento (“E o... e o facto de ser mais voluntariosa... mais voluntariosa.” [E2]), assim como revela um elevado rol de conhecimentos acerca da diabetes *mellitus* suscitado pela sua atitude participativa (“ (...) Em geral, eu acho a mulher mais... mais competente e mais que nada com mais força de vontade para aprender as coisas.” [E2]), procura de informação médica, experiência na gestão autónoma dos problemas de saúde pessoais e familiares e gestão da vida doméstica, nomeadamente na preparação e

confeção das refeições familiares. Por outro lado, o papel de cuidadora tornava prioritário o bem-estar e saúde familiar, resultando na negligência da própria saúde (*“Cuida... mas dela mesma esquece-se, às vezes.”* [E2]) devido à indisponibilidade de tempo para cuidar de si mesma (*“Mas a mulher é a que tem mais força de vontade, às vezes não... não consegue pela quantidade de coisas que tem a fazer.”* [E2]), assim como na ausência de suporte para a gestão das suas actividades de auto-cuidado e, desta forma, na gestão autónoma da doença crónica (*“E, e, e depois, é o que te digo, eu não conheço nenhum homem que tome conta da sua mulher que é diabética, para nada!”* [E2]). Segundo a participante, a carência de suporte social era, igualmente provocada pela necessidade de controlo subjectivo da mulher diabética (*“A mulher não consegue passar responsabilidades nenhuma. Não consegue! Não é uma pessoa, não é uma pessoa assertiva. Não diz «Já está! Acabou!».* *E depois, sente-se com isto culpa, também da mulher, que acostumámos mal os homens. Porquê? Porque passámos para nós toda a responsabilidade, não os responsabilizamos.”* [E2]), manifestada pela sua dificuldade em delegar tarefas de responsabilidade, assim como baixa assertividade conduzindo à sobrecarga de múltiplos papéis de responsabilidade e, conseqüentemente, dificuldade na adesão terapêutica. A participante salientou como a consequência mais penosa da deficiência de recursos sociais na mulher diabética, o pior ajustamento emocional e cognitivo (*“Ah, quem deprime mais é... é a mulher!”* [E2]) provocado por um alto sentido de interferência da diabetes na sua vida diária (*“A mulher cada vez tem mais responsabilidades, chega um momento e claro... Porque, se lhe transmitem tanta responsabilidade, chega um momento em que, todo o mundo, somos humanos e temos um limite.”* [E2]), a percepção da doença como sendo expressivamente grave, o baixo sentido de controlo interno e conciliação da diabetes com os múltiplos papéis de responsabilidades e a percepção de sabotagem familiar, resultando em maior insatisfação conjugal (*“Então, chega um momento, que a partir daí, não somos capazes. A nossa cabeça tem um limite, não? Em casa, quem é que mais, sempre, acaba... chateando-se? É a mulher. Porquê? Porque toma conta de tudo. E o homem «Tu estás sempre histérica.»*, *«Claro, como não vou estar histérica? Tenho que estar à força. Se tenho que tomar conta das crianças, tenho que passar a ferro, a comida, e depois o trabalho, e depois...»* ”. [E2]). A médica percepcionou o modelo tradicional de género como gerador de discriminação, provocando desigualdades na saúde da mulher (*“Eu acho que isso, temos que mudar isso... temos que mudar isso... porque o homem está encantado... está encantado da vida. Cada vez tem menos coisas que fazer e o que faz, cada vez faz pior. E não faz mal, porque tem uma... como digo, tem uma cabeça ali, que dirige tudo. «Olha, quanto mais dirige melhor, porque para mim é mais cómodo, isto.»* ” [E2]).

De modo antagónico à mulher diabética, a participante considerou que o homem tradicional usufrui de maior disponibilidade de suporte instrumental e emocional na gestão da sua condição de doença. Com a divisão sexual do trabalho, a mulher foi socializada como primariamente responsável pelo bem-estar e saúde familiar, esperando-se que proporcione cuidados de saúde aos outros, especialmente ao marido. A médica percepcionou que o sexo masculino revela uma atitude de desvalorização do tratamento (*“O homem passa mais a responsabilidade, sabe... não... não sabe nem lhe interessa aquilo, nem nada.”* [E2]) a partir do incumprimento das prescrições médicas, falta de interesse e ausência de conhecimentos (*“Não querem saber ou... não têm tantos conhecimentos acerca da doença, ou por exemplo «Ai, está bem, eu depois faço!»* ” [E2]), assim como um *locus* de controlo externo da doença, manifestado pela monitorização, por parte da esposa, do seu tratamento e pela atitude de desresponsabilização e

passividade perante a diabetes. Desta forma, a esposa torna-se responsável pela gestão da diabetes e adesão terapêutica (*“Eu tenho ah... não te digo um, devo ter vários doentes que é a mulher que toma conta de tudo e não é a diabética, que o diabético é o homem.”* [E2]), assumindo o papel de “doente diabética” com a substituição do marido e o cumprimento rigoroso das prescrições médicas, permitindo assim uma óptima adesão terapêutica ao homem diabético (*“Conheço muitas mulheres que tomam conta do seu marido que é diabético e elas, elas não têm diabetes, não têm diabetes, nem nada. É quase como se tivessem, se responsabilizam daquilo, quando realmente, deveriam passar a responsabilidade ao marido. Eu tenho, aqui nestas consultas de grupo que fazemos, tenho uma doente que o marido não vem porque tem que trabalhar e não pode, não pode, não pode. São seis consultas por ano, e se lhe digo «Olha, são seis consultas por ano, nós damos um papel dizendo que não pode vir», «Não, não, não, porque já faltou este tempo atrás, que teve não sei que tal, e não vai faltar.» Mas vem ela. E toma conta daquilo tudo, não podes imaginar, tudo aquilo direitinho: «O meu marido come... de, de três horas em três horas, eu mando comida para o trabalho e não sei quê. Depois em casa tenho isto, e aquilo e aquilo e depois...». Ela é diabética, mesmo.”* [E2]). Contudo, este torna-se dependente do suporte instrumental da esposa, uma vez que não apresenta competências para a gestão autónoma da sua doença (*“O homem não consegue fazer nada. Faz aquela coisa e já faz bem! «Bom, já está!» ”* [E2]). Segundo a participante, a percepção de maior suporte social na doença por parte do diabético possibilita-lhe um melhor ajustamento psicológico, devido à ausência de preocupações e, consequente inexistência de pensamentos e emoções negativas.

Dos discursos do enfermeiro em torno do suporte social na doença e tratamento emergiram duas construções discursivas, a saber: auto-gestão da diabetes na mulher e necessidade de suporte social no homem. A auto-gestão da diabetes na mulher inclui a percepção do enfermeiro relativamente às competências e facilidade do sexo feminino em aderir à adesão terapêutica na diabetes tipo 2 (*“Mais alerta, mais informadas e ao mesmo tempo são mais (...) cuidadosas com as próprias.”* [E1]). De acordo com a perspectiva do participante o ideal de feminilidade tradicional fornece à mulher diabética as ferramentas que facilitam a adesão terapêutica, uma vez que proporciona um estilo de vida saudável, designadamente a partir da função de cuidadora da saúde familiar. O enfermeiro mencionou ainda que a mulher apresenta uma atitude positiva face à diabetes, resultando na melhor aceitação da doença e seu tratamento e num papel activo na adesão terapêutica (*“A mulher quanto a mim absorve muito melhor o aspecto da notícia, do impacto, é mais sofredora, digamos assim entre aspas, está mais habituada a sofrer, é mais sofredora, resolve muito melhor. (...) Ultrapassa muito mais facilmente que o homem”* [E1]). Segundo o participante, as mulheres são socializadas para serem autónomas na gestão dos seus problemas de saúde não necessitando de suporte instrumental, uma vez que estão motivadas para a adesão, exibem capacidade de sacrifício e entrega, são voluntárias (*“As mulheres são sempre (...) muito mais voluntárias para esse tipo de acções principalmente, não sei se serão muito mais interessadas, mas porque aceitam muito mais facilmente aquilo que nós lhe transmitimos”* [E1]), procuram informação acerca da doença (*“A mulher está mais disposta para ouvir! E como vem aqui, e como quem vem cá muitas vezes, e é seguida muitas vezes e a diabetes passa por informação não é? A mulher acaba por captar muito mais facilmente e fica muito mais sabedora da própria doença.”* [E1]) e seguem as recomendações médicas, o que facilita a relação terapêutica (*“As mulheres (...) são muito mais, são mais fáceis de tratar. (...) Muito mais disponíveis que os homens”* [E1]). O participante considera que as mulheres diabéticas

apresentam uma melhor adesão terapêutica (“*Eu acho que têm melhor adesão que os homens, as mulheres.*” [E1]), pois utilizam estratégias de *coping* adaptativas para lidar com a cronicidade da doença e o plano terapêutico. Por outro lado, o enfermeiro considerou que os homens diabéticos necessitam de suporte social na doença e tratamento, uma vez que são condicionados pelos papéis tradicionais masculinos. De acordo com os discursos do participante este percepcionou que a adesão às actividades de auto-cuidado por parte do doente diabético implicaria uma proximidade aos atributos de feminilidade e, consequentemente, o dano da sua virilidade e masculinidade. A adesão terapêutica acarretaria ainda, processos de vulnerabilidade social, tais como o questionamento e crítica do ambiente social, a dificuldade de aceitação no grupo de pares (“*O homem (...) fica mau porque vai ter que deixar, que abdicar de determinadas situações que ele até agora não abdicava e que ficavam bem, não é? Perante os outros...*” [E1]) e a desvalorização social, assim como processos de vulnerabilidade pessoal, traduzidos na dificuldade em manter posições de potência e na transgressão da identidade tradicional masculina. De modo a evitar estes processos, a conduta do homem diabético é baseada nas premissas da masculinidade hegemónica, designadamente a negação da doença (“*É um castigo, é a negação, o processo de negação é muito maior do que é na mulher (...).*” [E1]), de modo a ocultar debilidades e exclui-la da sua identidade social e pessoal, a desvalorização da doença e tratamento, a ausência de conhecimentos motivada pela falta de interesse (“*O homem nem sabe nem quer saber...*” [E1]) e o evitamento de comportamentos e saudáveis, que resulta na recusa em cumprir as recomendações médicas, pela dificuldade em alterar o estilo de vida, mantendo os comportamentos de risco (“*O homem não, porque está habituado a fazer tudo o que lhe apetece, a fazer isto, a fazer aquilo, a comer disto e a comer daquilo e com uma doença com limites, não vai aceitar muito facilmente.*” [E1]). Estes comportamentos conduzem a constrangimentos na relação terapêutica (“*(...) Os homens é muito mais difícil trabalhar com eles porque, porque pronto é o papel social.*” [E1]) e baixa adesão terapêutica (“*(...) E agora vai começar a ter que declinar esse, esse papel, e para ele é um bocado difícil de, de... são difíceis de trabalhar, mais difíceis na minha opinião.*” [E1]). A divisão sexual do trabalho permite ao homem dedicar-se a tempo inteiro à ocupação profissional, estando a esposa disponível, uma vez que recolhida no espaço doméstico, para a substituição do marido diabético nas questões da doença (“*Não tem tempo entre aspas não é? (tom irónico; risos) Não tem tempo entre aspas, as mulheres também trabalham mas tem sempre tempo, os homens quer, se é preciso faltar falta a mulher.*” [E1]). Segundo o enfermeiro, a socialização do homem para o suporte instrumental na saúde conduz a ausência de competências para a gestão autónoma da diabetes, sendo que a esposa assume a responsabilidade pela adesão terapêutica, monitorizando as actividades de auto-cuidado e cumprindo rigorosamente as prescrições médicas. Desta forma, o homem diabético assume um *locus* de controlo externo da doença (“*O homem é muito mais descuidado em relação à doença.*” [E1]), desresponsabilizando-se e adoptando uma atitude passiva perante a doença (“*O homem passa ao papel de expectante e está à espera que lhe venha... mas isso é em todas as doenças crónicas...*” [E1]).

#### Subtema: *Actividades de Auto-cuidado*

No subtema actividades de auto-cuidado foi possível agrupar as construções discursivas dos participantes, de acordo com as suas distintas perspectivas: médica clínica geral e enfermeiro.

A análise de dados da médica de clínica geral permitiu subdividir as actividades de auto-cuidado em alimentação saudável, actividade física, medicação, monitorização da glicemia, procura dos cuidados de saúde e cuidados com os pés. Relativamente à alimentação saudável, a participante considerou que o papel de cuidadora atribuído à mulher tradicional, designadamente na preparação e confecção das refeições familiares (*“De cozinhar e depois ser responsável por a ... por a alimentação de todos os que estão na casa e (?) ... «Se o médico me diz que não há que deitar gorduras ou azeite, há que tal», «Se me diz que há que tomar pouco sal... vou tentar». (?) ... Então é ela que toma mais... então, é responsável praticamente de... da comida de todos.”* [E2]) lhe fornece os conhecimentos e competências necessárias para a monitorização autónoma da sua dieta e a adesão ao plano alimentar da diabetes. Os discursos em torno da actividade física foram agrupados em duas componentes, a saber: auto-regulação da actividade física na mulher e esposa encoraja exercício físico no homem. A médica percepcionou ao longo do seu discurso que, apesar da mulher diabética ser autónoma na regulação da sua actividade física, esta apresenta uma baixa adesão traduzida pela adopção exclusiva de actividades de estilo de vida (*“É, é só. Para a mulher, o que faz de exercício físico é caminhada... a maior parte delas, é o único exercício que tem...”* [E2]), incluindo caminhadas, tarefas domésticas, obrigações familiares e trabalho agrícola. Segundo a participante, a sobrecarga de tarefas e consequente escassez de tempo (*“ (...) Porque a mulher tem que estar em casa... não, não dá para (?). Então, é claro! (...) E depois não têm tempo, realmente a mulher não tem tempo para... para meia hora e tal.”* [E2]), assim como a dificuldade em alterar o estilo de vida de forma a incorporar o exercício físico (*“Depois não estás acostumada a isso (?), adaptas-te a um estilo de vida e uma forma de ser e depois, como não estás acostumada a isto, dizes tu «Eu agora que vou fazer? Eu nunca fiz ginástica, nunca fui ao ginásio. Que vou fazer eu no ginásio, agora? O que faço ali?».* Não, já não se acostumou a isso, se acostumou a estar em casa.” [E2]), são estratégias de coping de evitamento, frequentemente mencionadas pelas doentes diabéticas (*“Eu acho que é bom que... os diabéticos, os diabéticos têm que caminhar, se não é... muito é pouco... «Ah, mas eu não posso... não posso porque tenho que... que ir, à, à, à fazer as limpezas da casa, porque tenho que fazer isto... Mas eu trabalho, como vou caminhar todos os dias porque trabalho em casa, trabalho aqui, não trabalho (?)» ... Mas isso não é assim, não é suficiente, há que fazer uma caminhada, «Não posso, não... eu não posso». Sempre tem desculpas de alguma forma (...) como sempre tem alguma desculpa para não fazer as... as coisas.”* [E2]). A médica considerou ainda que a realização de actividade física era, igualmente, boicotada pelos estereótipos sociais de género tradicional (*“Os ginásios também não estão muito bem estipulados. Sobretudo também, quero dizer, não está tudo muito bem visto, se é mulher.”* [E2]) que encaram o acto de praticar exercício físico como valores masculinos que danificam a feminilidade e conduzem à desvalorização social (*“Mas aqui, todavia, está aquilo estipulado, vão mais para homens e tudo. Se vai a mulher, se controla em frente dos homens, também é um bocado de cortes, (?), dá um bocado de vergonha, «Faço eu em casa, ainda que sejam quatro flexões, antes de ir lá (risos) ... diante de todo o mundo e assim.»*” [E2]). Contrariamente à mulher diabética, no sexo masculino a realização de exercício físico é estimulada pela esposa, designadamente a partir da divisão sexual de trabalho que proporciona ao homem maior disponibilidade de tempo (*“O homem tem mais facilidade, e tem mais... por (?) estilo de vida para integrar-se...”* [E2]) para a realização de actividades de lazer, como por exemplo, desportos colectivos e ginásio (*“Eu acho, que quem tem mais facilidade é o homem. Porque tem mais tempo livre. Depois, é... pelos, pelos desportos. Sim, sobretudo as pessoas novas do andebol, do basquetebol, do futebol e de tudo isso. Normalmente também têm mais tempo*

livre, as equipas são mais de, de homens, há mais homens do que mulheres...” [E2]). O ideal de masculinidade tradicional é, também, um facilitador da adesão ao exercício físico (“Os ginásios estão como mais...estão mais abertos do que, ah... os ginásios, em si, está mais abertos aos homens.” [E2]), uma vez que a sua prática está associada a sinais de potência, sendo bem aceite no grupo de pares e promovendo uma melhor adesão, por parte do homem diabético. Outro componente das actividades de auto-cuidado está relacionado com a medicação diabética, sendo que a participante afirmou que a mulher diabética exibe uma melhor adesão (“Adesão... uma melhor adesão, pois faz. Faz!” [E2]), uma vez que possui a autonomia e competências necessárias para a gestão da sua medicação. Pelo contrário, no sexo masculino a esposa é responsável pela gestão da medicação, devido à ausência de competências e baixa auto-eficácia, por parte do homem diabético, para a gestão autónoma da medicação (“Da saúde, da família, toma... E, logo, tem muitíssima mais capacidade para tudo, muito mais. Seja os comprimidos «Mas tens que tomar!», e todos os dia a repetir aquilo. Então, depois de um bocado passa a responsabilidade para a mulher, ainda que seja para o homem, e o homem depois... daqui a pouco já não, não faz (?) ...” [E2]). No que respeita à monitorização da glicemia, a médica verificou que a mulher diabética monitoriza autonomamente os valores glicémicos, a partir da utilização do teste de glicemia capilar. O auto-controlo da doença (“Pois é! Pois, mira. Enquanto auto-controlo, eu... sigo dizendo que é a mulher a que mais... a que mais consegue controlar-se e tal. É o auto-controlo e a... a monitorização que é o mesmo, que é fazer a pica, também penso que é a mulher.” [E2]), por parte da doente diabética, é perceptível através dos seus conhecimentos na utilização de comportamentos de compensação, como resposta a sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia (“Por exemplo, quando têm que mudar a insulina, que têm que aumentar ou diminuir, eu acho a mulher mais inteligente.” [E2]). Ainda no contexto das actividades de auto-cuidado, a procura dos cuidados de saúde por parte das mulheres diabéticas, foi classificada pela médica, como assídua. A participante percepciona que o relato destas mulheres relativamente aos problemas de saúde e sintomas são queixas psicossomáticas que demonstram a sua debilidade afectiva, motivada pela acumulação de papéis de responsabilidade, percepção de falta de controlo sobre a doença e vida quotidiana e ausência de suporte social (“A mulher... mas é como te digo, mas é como te digo! E porque se queixa mais? Porque ela em casa está sobrepassada... sobrepassada em todos os aspectos. Enquanto o homem é «Tudo tranquilo. Oh, mulher, porque te pões tão histérica? Há que viver a vida, porque a vida são dois dias. Não se sabe o que passou, o que (?) amanhã. Tu, porque estás assim tão histérica e tal? Tu, tranquila. Se isto não se passa a ferro, se passará. Se isto não se lava (?) ... não faz mal, por isto não vai morrer ninguém!». Claro, e depois uma pessoa que gosta de ter as coisas, ah...” [E2]). Por último no cuidado com os pés, a médica considerou que a mulher diabética cumpre rigorosamente as prescrições médicas. Relativamente ao sexo masculino, a esposa é responsável pela monitorização do cuidado com os pés, por parte do marido diabético (“Sim, os cuidados com os pés, é mais... Eu tenho, hum, não te digo um, devo ter vários doentes, então, é a mulher que toma conta de tudo e não é a diabética, que o diabético é o homem.” [E2]).

No que concerne aos discursos do enfermeiro relativamente às actividades de auto-cuidado foi possível agrupá-los em cinco componentes: alimentação saudável, actividade física, medicação, monitorização da glicemia e procura dos cuidados de saúde. No componente do tratamento da diabetes alimentação saudável, o enfermeiro considerou que a mulher tinha facilidade em seguir o plano



alimentar da diabetes com a adopção de hábitos alimentares saudáveis, devido à função de cuidadora que a responsabilizava pela preparação das refeições familiares (*“É assim, em relação à alimentação saudável, eu continuo a dizer que a mulher adere muito mais facilmente, até por um aspecto, porque ela é que faz a comida, não é? E como tal se é ela que faz a comida, normalmente é ela que faz a comida, vai procurar fazer, e faz normalmente não é, faz uma alimentação saudável.”* [E1]). Paralelamente no sexo masculino, a esposa é responsável pelo planeamento e confecção da alimentação, contudo o homem diabético apresenta uma percepção negativa do plano alimentar da diabetes, uma vez que este o conduz a uma necessidade de enfartamento (*“ (...) O que eles dizem é que a mulher que os matam à fome, que eles não podem comer o que a mulher faz porque os matam à fome, tem que comer aquilo que eles acham que devem comer, percebes?”* [E1]). Como tal, o participante menciona que, apesar da imposição por parte da esposa de uma alimentação saudável, o homem diabético utiliza comportamentos de compensação, tais como a ingestão de grandes quantidades de comida. O enfermeiro afirma ainda que, outros doentes diabéticos optam por não seguir uma alimentação saudável, utilizando como alternativa o aumento das doses medicamentosas (*“Nós temos aqui homens que para, pronto por um lado também está (?) que isso se faça mas, para não deixar de comer aquilo que gostam de comer, aumentam às doses de insulina. Antes preferem sujeitar, sujeitar-se a tratamentos mais agressivos para deixar de ter aqueles, para poder comer bem...”* [E1]). A actividade física foi considerada pelo enfermeiro como um componente do tratamento em que a mulher apresenta melhor adesão (*“ (...) As mulheres, pelo facto de as mulheres aderirem melhor ao tratamento, e pelo exercício físico ser um tratamento, nós conseguimos que as mulheres caminhem muito mais e adiram muito mais.”* [E1]). Segundo a perspectiva do participante, as actividades do estilo de vida, particularmente as caminhadas são muito frequentes no grupo de pares das mulheres, usufruindo assim de maior suporte social (*“ (...) As mulheres se mandares não, até fica bem, vão a pé daqui a S. Bento, para aqui e para acolá e fazem as caminhadas.”* [E1]). No entanto, percepçiona que os homens diabéticos exibem baixa adesão ao exercício físico (*“ (...) Em fazer exercício físico, não fazem com tanta facilidade como as mulheres”* [E1]), centrando-se em actividades de lazer como os desportos colectivos e o ginásio, uma vez que demonstram sinais de potência física. As caminhadas (*“Os homens (...) se mandares andar a pé eles mandam-te dar uma volta. (...) Continuo a achar que os homens caminham menos que as mulheres, são muito mais sedentários, sedentários em termos de exercício físico não é, não estamos a falar em termos de trabalho laboral, em termos de exercício físico. O homem é mais preguiçoso por natureza.”* [E1]) e outras actividades do estilo de vida são excluídas do seu rol de actividade física por estarem associadas a atributos de feminilidade, assim como por sedentarismo (*“O homem caminhar (...) Deus me livre não é? Se for jogar à sueca ou se fosse (?) se fosse futebol, se fosse ginásio, neste pessoal mais novo não é? Estava socialmente bem aceite e até porreiro, ir ao ginásio é bonito, caminhar é mais para...para a mulher não é?”* [E1]). No tocante à adesão à medicação no homem, o enfermeiro mencionou ser a esposa a responsável pela gestão da medicação (*“Isso, isso é em tudo, em tudo, os homens se não for a mulher a pedir (?) os medicamentos, os homens nem sequer vem... pedir, quem vem são elas, percebes? Se falhar a medicação e for preciso vir buscar, não é eles que vem, delegam na mulher, e a mulher como já veio de outros tempos não é? É que é responsável.”* [E1]), através da aquisição de receitas médicas junto dos profissionais de saúde, compra da medicação na farmácia e organização da mesma, impondo a adesão ao marido diabético (*“Se não for a mulher ali a chatear todos os dias, entre aspas, a dizer que tem que tomar... o horário e tudo... deixa andar. O homem (...) tem que tomar os medicamentos porque é obrigado, porque*

*é diabético*” [E1]). Ainda no contexto das actividades de auto-cuidado, foi perceptível para o participante a adesão devota da mulher diabética à monitorização da glicemia. De acordo com os discursos do enfermeiro, a mulher diabética procura diariamente os serviços de saúde para a realização do teste de glicemia capilar, uma vez que possui a crença de que tal comportamento cura a diabetes (*“Então o medir os diabetes, cura, para elas vir cá todos os dias picar o dedinho é que cura, não é ter cuidado com a medicação nem ter cuidado com a alimentação, é o vir cá todos os dias, ou se for preciso estar mesmo cá todos os dias algumas, não é?”* [E1]) ou, em alternativa, realiza a monitorização no domicílio, com uma frequência de três vezes por dia (*“E picar o dedo, a mulher pica, por exemplo em casa três vezes por dia”* [E1]). Do mesmo modo, o participante revelou que a mulher possui um bom auto-controlo da sua doença, uma vez que adopta comportamentos de prevenção e compensação dos sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia, designadamente ao nível do ajustamento da alimentação, exercício físico e medicação. Concomitantemente no que respeita ao homem diabético, a esposa auxilia na monitorização da glicemia, nomeadamente na realização do teste de glicemia capilar em domicílio, com uma frequência de uma vez por semana ou uma vez por mês (*“O homem pica uma vez por semana ou uma vez por mês, porque se a mulher não lhe chatear muito a cabeça e lhe obrigar muito a picar.”* [E1]). No componente do plano terapêutico: procura dos cuidados de saúde, o enfermeiro salientou que a auto-regulação dos compromissos médicos no sexo feminino, traduzido na frequência assídua dos serviços gerais na ausência de qualquer suporte social, promovia um nível mais elevado de conhecimentos. O enfermeiro considerou que as mulheres diabéticas têm facilidade na procura dos cuidados de saúde, uma vez que exercem trabalho não remunerado e, como tal, não apresentam horários laborais. A representação social deste profissional de saúde considerou a procura dos serviços de saúde, por parte das mulheres como excessiva (*“ (...) As mulheres até vem demais, isso é uma desgraça, é todos os meses. Mas eles vinham cá todos os dias, isso depois é um exagero na adesão.”* [E1]), assim como classificou o relato dos sintomas como queixas psicossomáticas que incluíam o auto-relato de saúde negativo, a percepção de gravidade da doença e a exacerbação dos sintomas, símbolos da sua debilidade afectiva (*“Dramatiza mais a mulher. Para além de ser quem mais procura, é sempre quem mais dramatiza. Por isso é que ela também tem mais consciência. (...) Sempre doente, analisa mais, acontece-lhe sempre tudo”* [E1]). O enfermeiro desvalorizou os sintomas das doentes e tal implicou menor esforço terapêutico da sua parte, no diagnóstico e tratamento destas mulheres. Ainda na procura dos cuidados de saúde, o participante verificou que a esposa é responsável pela regulação dos compromissos médicos no homem diabético. O enfermeiro concluiu que existe uma baixa adesão às consultas médicas por parte do homem (*“E os homens têm muita mais dificuldade em vir às consultas. (...) Os homens são muito, muito teimosos em vir às consultas, é muito difícil (?) as maiores abstenções às consultas que nós temos são homens... e não mulheres.”* [E1]), embora estes sejam acompanhados pelas esposas nas visitas irregulares às consultas trimestrais e anuais (*“Eles só vem às consultas presenciais se forem obrigados, então nós marcamos de 3 em 3 meses ou de 4 em 4.”* [E1]). Usualmente, a esposa substitui o marido diabético nas consultas trimestrais e anuais, tal como na aquisição das credenciais para efectuar as análises clínicas, uma vez que permanecendo em casa, usufrui de maior disponibilidade de tempo que o seu marido, a

cumprir as responsabilidades laborais (*“Agora prontos, elas como estão mais livres, livres entre aspas, como estão em casa e em casas não são assalariadas não é, não precisam de faltar ao trabalho, também pode ser uma das condições em que elas, para vir cá.”* [E1]). O incumprimento, por parte dos homens diabéticos, desta componente do plano terapêutica resulta, na perspectiva do enfermeiro, na procura inadequada dos serviços de saúde, com a frequência assídua das urgências devido a sintomas agudas da diabetes (*“Extremas, e muitos vão às urgências nas situações extremas e não vem às consultas. Porque depois passou, esqueceu.”* [E1]). De acordo com a representação social do profissional de saúde, o homem diabético apresenta um auto-relato de saúde positivo (*“O homem não, é muito mais introvertido por norma, nunca lhe acontece nada.”* [E1]) e a desvalorização dos sintomas manifestada pela dificuldade em verbalizar as suas queixas, unicamente ultrapassada perante a debilidade física grave.

Em síntese, existe uma escassez de literatura relativamente às representações sociais de género dos profissionais de saúde quanto à adesão terapêutica de mulheres e homens diabéticos. Porém, neste estudo, foi possível concluir que as percepções dos profissionais de saúde convergem quando consideram que o *modelo de género tradicional* (Arias, 2009), segundo estes, vigente no meio rural onde se insere a amostra em estudo, cria desigualdades de género na adesão terapêutica na diabetes tipo 2. Contudo, os dois participantes expõem perspectivas antagónicas relativamente a qual sexo apresenta processos psicossociais de vulnerabilidade ou protecção de género para a adesão terapêutica na diabetes tipo 2.

Os estereótipos sociais de género, presentes na percepção da médica de clínica geral, conduziram a que esta percebesse que a estrutura patriarcal vigente, assente nos princípios da masculinidade hegemónica prediz determinantes psicossociais de vulnerabilidade de género para mulher e processos psicossociais de protecção de género para homem na gestão da diabetes tipo 2, provocando assim a discriminação de género da mulher, ao nível da adesão terapêutica na diabetes tipo 2. De acordo com a perspectiva da participante, a divisão sexual do trabalho, empurra a mulher para a reclusão no espaço doméstico e para realização de múltiplos papéis de responsabilidade. Por um lado, a médica percepçiona que os papéis tradicionais femininos, particularmente o papel de cuidadora e suporte de terceiros, providenciam-lhes um estilo de *coping* activo e maiores competências e conhecimentos para lidar com as exigências psicossociais da diabetes e para cumprir o plano terapêutico (Brown et al., 2000). Contudo, os atributos da feminilidade tradicional, tais como a submissão, abnegação e capacidade de sacrifício e entrega, associados ao papel de cuidadora implicam que a mulher diabética dê prioridade ao bem-estar e saúde familiar e negligencie a própria saúde (indisponibilidade de tempo), assim como conduzam à ausência de suporte social instrumental na gestão da doença crónica. Segundo Arias (2009), são processos psicossociais de vulnerabilidade de género, as posições subordinadas e objectais da mulher. Desta forma, a participante concluiu que a mulher diabética percepçiona uma sobrecarga e acumulação de funções e papéis de responsabilidade, o que se traduz num pior ajustamento emocional e cognitivo à doença, conduzindo a maiores dificuldades em cumprir

o plano terapêutico. Ainda no que se refere à adesão terapêutica, a médica percebeu que a baixa adesão das mulheres diabéticas à actividade física estava relacionada com a sua indisponibilidade de tempo, devido à multiplicidade de tarefas, assim como com os ideais de feminilidade tradicional, que indicam que a prática de exercício físico pelo sexo feminino, danifica a sua feminilidade (Barrett et al., 2007). É ainda de salientar que a médica de clínica geral, considera que as doentes diabéticas frequentam assiduamente os serviços gerais e classifica o seu relato como queixas psicossomáticas, que resultam da sua debilidade afectiva provocada pelos papéis de género tradicionais. Paralelamente, a representação social de género da médica, indica que a dicotomia de papéis de género assumidos no núcleo familiar tradicional, permite ao homem diabético dedicar-se exclusivamente à actividade profissional, delegando na esposa a responsabilidade pelo cuidado da saúde familiar. O homem diabético assume uma atitude de desresponsabilização e desvalorização, apresentando uma percepção de controlo externo da doença e tratamento. Assim sendo, a esposa substitui o marido diabético, assumindo o papel de “doente diabética” e cumprindo rigorosamente as prescrições médicas, o que conduz a uma óptima adesão terapêutica.

A partir do discurso do enfermeiro foi possível verificar que este considera que os papéis tradicionais femininos são processos psicossociais protectores para a adesão terapêutica da mulher, na diabetes tipo 2. Contrariamente, refere que os ideais de masculinidade hegemónica são processos psicossociais de vulnerabilidade para a adesão terapêutica do homem diabético. O participante percebeu que a divisão sexual do trabalho proporcionou à mulher a dedicação exclusiva às funções domésticas, permitindo-lhe uma maior disponibilidade de tempo para se dedicar à gestão da diabetes. Cumulativamente, a função de cuidadora da saúde familiar, fornece-lhe maiores competências e conhecimentos para aderir ao plano de tratamento da diabetes, assim como conduz a um estilo de vida saudável, uma vez que comportamentos de risco (fumar e beber) são condutas que danificam a feminilidade tradicional (Arias, 2009). Estes ideais de feminilidade tradicional facilitam, segundo o enfermeiro, a adesão terapêutica das mulheres diabéticas. Desta forma, na perspectiva do participante, as mulheres diabéticas não necessitam de suporte social instrumental para a gestão da diabetes, assim como para uma boa adesão terapêutica. É ainda importante salientar que o enfermeiro considerou que a mulher diabética procura excessivamente os serviços gerais de saúde para a monitorização da glicemia capilar e relato de queixas psicossomáticas (Arias, 2009). Segundo o profissional de saúde, os motivos prendem-se com o facto de as mulheres disporem de bastante tempo para a visita dos cuidados de saúde, uma vez que não se ocupam do trabalho remunerado. O profissional de saúde revelou que considera os sintomas relatados pelas doentes diabéticas, queixas psicossomáticas que estão relacionadas com a debilidade emocional característica dos atributos de feminilidade tradicional, sendo que dedica menos atenção e esforço terapêutico às mulheres diabéticas (Nogueira, 2009). Por outro lado, no que respeita ao homem diabético, o enfermeiro considera que o papel tradicional masculino de sustento da família obriga a que este se dedique exclusivamente à actividade profissional, não usufruindo de tempo para o cuidado da própria saúde. Cumulativamente, o

participante identifica como processos psicossociais de vulnerabilidade de género para a adesão terapêutica no homem diabético, os ideais de masculinidade tradicional que se prendem com práticas de saúde pobres e prevalência de comportamentos de risco para a saúde. Consumir tóxicos, correr riscos e ser insensível à dor são condutas tradicionalmente aceites e relacionadas com a vida pública e valores masculinos (Arias, 2009). Paralelamente, a adopção de um estilo de vida saudável, por parte do homem diabético, assim como a adesão às actividades de auto-cuidado da diabetes significaria uma proximidade aos atributos de feminilidade, o que danificaria a sua masculinidade. Segundo Arias (2009), a proximidade do sexo masculino a papéis tradicionalmente femininos suscita o questionamento e crítica do ambiente social. De acordo com o enfermeiro, o incumprimento das normas tradicionais de género masculinas teria consequências sociais como a dificuldade de aceitação no grupo de pares e a desvalorização social, assim como consequências pessoais como a dificuldade em manter sinais de potência e a transgressão da identidade tradicional masculina. Estas representações sociais vão ao encontro da perspectiva de Arias (2009), que refere que a necessidade de manter sinais de potência é o principal processo psicossocial de vulnerabilidade no homem. Além disso, os homens são socializados para receberem suporte instrumental na gestão da sua condição de doença e, como tal não possuem os conhecimentos e competências necessárias para a gestão autónoma da diabetes. Como tal, os homens diabéticos apresentam uma atitude face à doença de negação da mesma (Enzlin et al., 2002), desvalorização da doença e tratamento e recusa em cumprir as recomendações médicas. Por estes motivos, segundo a perspectiva do participante, o homem diabético necessita do suporte instrumental para o cumprimento do plano terapêutico. Desta forma, o enfermeiro percebe que os homens diabéticos usufruem do suporte instrumental da esposa para a gestão da doença, contudo apresentam baixa adesão terapêutica aos componentes de tratamento da diabetes tipo 2. Finalmente, convém salientar que o profissional de saúde percebe que o homem diabético apenas procura os cuidados de saúde em situação de urgência, pelo que apresenta dificuldade em verbalizar as queixas e, apenas relata os sintomas quando apresenta debilidade física grave (Arias, 2009).