



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO AUTOCUIDADO NA PERCEPÇÃO DE HOMENS COM DIABETES

Laercio Deleon de Melo*
Cristina Arreguy-Sena**
Thais Vidal de Oliveira***
Paula Krempser****
Fernanda Ferreira Krepker*****
Paulo Ferreira Pinto*****

RESUMO

Objetivo: compreender as representações sociais de homens com diabetes sobre o seu autocuidado. **Método:** abordagem processual das representações sociais com amostra por tipicidade (n=50), composta de homens atendidos num serviço ambulatorial mineiro. Coletaram-se dados de caracterização e realizaram-se entrevistas individuais em profundidade durante três meses. Foram tratados os dados, usando *softwares SPSS versão 26, NVivo Pro11® e Iramuteq* com análise de conteúdo (coeficiente de Pearson $\geq 0,70$), e atendidos os requisitos ético-legais. **Resultados:** idade predominante ≥ 50 anos. Emergiram dos discursos duas categorias: 1) Possibilidade do diabetes: atitudes adotadas ou negligenciadas - enfocando adequações em hábitos alimentares; 2) Diabetes e autocuidado: prática social do cuidado enfocando a necessidade de controle da alimentação e prática de atividade física, visando à prevenção de complicações associadas. **Conclusão:** a adesão/negligência ao autocuidado evidenciadas remetem à necessidade de fortalecimento dos sistemas de apoio ao grupo referente às ações de prevenção de doença e promoção da saúde, visando a controle dos fatores de risco modificáveis e dos níveis glicêmicos e diagnóstico precoce para o adiamento/manejo das possíveis complicações.

Palavras-chave: Saúde do homem. Diabetes mellitus. Representações sociais. Autocuidado. Enfermagem em saúde pública.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) respondem por 90% das causas de mortalidade mundial entre as pessoas com idade ≥ 70 anos, sendo o diabetes e as neoplasias considerados suas principais causas de morte. No Brasil, elas representam 72% das causas de óbito entre pessoas que integram grupos vulneráveis; estando associadas a: inatividade física (15%); alimentação inadequada (34%) e obesidade (sobrepeso 48% e obesos 14%)⁽¹⁾.

Projeções para 2040 estimam a incidência de 23,3 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus (DM) com idade entre 20-79 anos. A doença representou um aumento de 61% de pessoas acometidas que, em 2015, colocou o Brasil na quarta posição entre os dez países com o maior número de portadores de DM⁽²⁾. Esse distúrbio

metabólico crônico cursa com descontrole dos níveis glicêmicos, associado ou não a: deficiência de insulina, excesso de glucagon, mudanças da osmolaridade, glicação de proteínas, alterações lipídicas e hipertensão, decorrentes de fatores genéticos, ambientais ou imunológicos⁽²⁾.

O fato de o homem ser culturalmente concebido como um ser forte, invulnerável, viril e hegemônico pode influenciar sua baixa busca pelos serviços de saúde. Essa visão e comportamentos justificam um possível déficit de autocuidado e um desengajamento em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Na perspectiva do gênero, os homens representam um grupo mais vulnerável e susceptível a adoecimento, agravamento de patologias em curso e morte⁽³⁾. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do

*Enfermeiro. Mestre, Doutorando em Enfermagem pela UERJ-RJ. laerciodl28@hotmail.com ORCID: 0000-0002-8470-7040

**Enfermeira. Professora Titular aposentada da Faculdade de Enfermagem da UFJF- MG. E-mail: cristina.arreguy@gmail.com ORCID: 0000-0002-5928-0495

***Enfermeira. Mestre, Faculdade de Enfermagem da UFJF- MG. E-mail: vidal.thais@hotmail.com ORCID: 0000-0001-9292-3053

****Enfermeira. Doutora. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFJF. E-mail: paula@krepser.com.br ORCID: 0000-0003-4838-6873

*****Enfermeira. Mestre. Enfermeira Hospital e Maternidade Santa Therezinha em Juiz de Fora, MG. E-mail: fernandakrepker@hotmail.com ORCID: 0000-0002-7403-0443

*****Educador Físico. Doutor. Professor Associado IV da Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF- MG. E-mail: paulo.ferpinto@gmail.com ORCID: 0000-0001-7321-3160

Homem (Pnaish), aliada à recomendação de vigilância sobre as DCNTs, soma forças em prol da criação de novas metas/estratégias voltadas à saúde do homem no sistema público de saúde⁽⁴⁾.

O autocuidado está sendo concebido como as ações realizadas pelos sujeitos sociais com fins de seu próprio bem-estar e saúde⁽⁵⁾. Acredita-se que homens constituem um grupo socialmente contextualizado na perspectiva de gênero e que o DM e o autocuidado podem ser considerados objetos representacionais passíveis de ser captados pelo “senso comum”⁽⁶⁾.

A relevância de temática é corroborada pelo fato de os homens recorrerem menos aos serviços de saúde, possuem menor engajamento nas ações de prevenção e promoção da saúde⁽⁴⁾, apesar de estas serem recomendadas para as pessoas com diabetes segundo as diretrizes referentes ao DM, bem como para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias contempladas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc)⁽²⁻³⁾.

A justificativa para realização desta investigação está alicerçada no cuidado de gênero segundo valores culturais e sociais que remetem simultaneamente à compreensão de como os homens com diabetes se cuidam. Identificou-se uma lacuna acerca de tal temática na literatura no que tange à captação das Representações Sociais (RSs) a respeito do autocuidado. Daí surgiu a indagação: Quais as RSs que os homens com diabetes possuem sobre autocuidado? Diante do exposto, objetivou-se compreender as RSs de homens com diabetes sobre o seu autocuidado.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa descritiva, alicerçada na Teoria Geral das Representações Sociais (TRS) segundo a abordagem processual⁽⁶⁾ e estruturada segundo *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Coreq). Foi cenário da investigação um serviço ambulatorial de um hospital público de ensino em Minas Gerais, que é referência para o atendimento de 2 milhões de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compôs-se uma amostra intencional por tipicidade, de homens com diabetes recrutados

por convite individual quando se encontravam na sala de espera de um serviço ambulatorial. Foram critérios de elegibilidade: ser homem com idade ≥ 18 anos, ser diabético, ter atendimento de saúde previamente agendado na instituição e estar aguardando na sala de espera pelo atendimento. O critério etário adotado justificase por ser este o perfil dos homens atendidos no cenário da investigação. Foram excluídos aqueles que apresentaram limitação de comunicação (emissão, decodificação e resposta), aqueles com os quais houve interrupção da entrevista motivada pela chamada para a consulta, tendo em vista que a abordagem após a consulta poderia apresentar viés de informação a respeito dos conteúdos representacionais sobre o objeto da investigação devido às possíveis orientações recebidas na consulta.

Cabe mencionar que, dos potenciais participantes que compareceram à instituição no período de coleta de dados, três não atenderam aos critérios de inclusão por não terem concluído a entrevista, uma vez que foram chamados para atendimento. O delineamento amostral composto de 50 homens atendeu às recomendações da abordagem utilizada⁽⁷⁾.

O instrumento de coleta de dados continha: 1) Caracterização sociodemográfica (idade, cor de pele autodeclarada, estado civil, número de filhos, anos de estudo e ocupação); 2) Entrevista individual em profundidade desencadeada por questões norteadoras: Como o Sr. faz para se cuidar, sendo homem com diabetes? Como acredita que um homem diabético deveria se cuidar? Relate um caso que tenha acontecido com o senhor ou um familiar, amigo ou conhecido sobre como um homem diabético se cuida e 3) Registros em diário de campo (conteúdos contextuais e comunicacionais não verbais). Foram critérios para sua estruturação: favorecer abordagens interativas, individualizadas e dos conteúdos coletivos peculiares aos estudos de delineamento qualitativo e da TRS; acessar perfis, comportamentos, saberes, valores e representações a partir de vivências; ser compreensível aos participantes independentemente de seu nível de instrução e favorecer a documentação dos conteúdos discursivos a partir de gravação de áudio.

O processo de coleta de dados foi realizado, visando reduzir viés de abordagem e informação, por um pesquisador previamente treinado para abordar a temática com homens, de forma individualmente, antecedido por ambiência (dinâmica do setor e suas características) e convite para que a entrevista ocorresse em consultório previamente selecionado para atender à privacidade requerida à abordagem, durante os meses de maio a julho/2016, e a duração das entrevistas variou de 10 a 30 minutos (tempo médio: 20 minutos).

As variáveis quantitativas de caracterização dos participantes foram consolidadas com auxílio do *software Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 26 e analisadas por meio de estatística descritiva. Os discursos foram transcritos na íntegra e tratados segundo análise de conteúdo temático-categorial, a partir do percurso analítico: pré-análise; exploração do material com tratamento dos resultados e inferência ou interpretação⁽⁸⁾ de forma a sistematizar a análise do *corpus* dos discursos na abordagem processual da TRS⁽⁶⁾ com o apoio do *software* Nvivo Pro-11.

Foram critérios adotados para aproximar a análise de conteúdo da abordagem processual da TRS e do conceito de autocuidado de Orem: dimensões (comportamental/atitudinal n=113; informativa/cognitiva n=96; valorativa/afetiva n=14 e objetiva/representacional n=39 fragmentos de discursos respectivamente); as origens representacionais (própria n=200; familiar n=120; amigos, colegas e conhecidos n=52 e profissionais n=37 fragmentos de discursos respectivamente)⁽⁷⁾ e os eixos teórico-filosóficos estruturantes do autocuidado segundo Orem, alicerçados nos conceitos do metaparadigma: 1) Ser humano: agente reflexivo sobre os acontecimentos e ambiente social, capaz de realizar o autocuidado em seu benefício; 2) Enfermeiro: profissional com competência para apoiar o indivíduo, realizando o que não foi compreendido ou auxiliando-o a adaptar-se às mudanças; 3) Cenário do cuidado: qualquer lugar em que o indivíduo se encontre e necessite de atendimento profissional e 4) Saúde: estado de bem-estar geral, mesmo diante de uma doença, impactando aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais⁽⁵⁾.

Para a apreensão da percepção de pessoas

com diabetes para as práticas de autocuidado, utilizando-se o *software Nvivo Pro-11*, buscou-se construir categorias pela aproximação de conteúdos representacionais afins até o adensamento teórico (correlação de Pearson $\geq 0,70$). As conexões entre os conteúdos emergentes e as concepções presentes no discurso dos participantes retrataram constructos representacionais consensualizados obtidos do *corpus* e tratados no *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq)* para a formação do grafo em comunidade, favorecendo as explicitações de possíveis conexões intercategoriais pelo teste de coocorrência⁽⁹⁾. Elas foram nomeadas por autocuidado, atividades, requisitos e exigências terapêuticas do autocuidado⁽⁵⁾. A versão final foi consensualizada pela avaliação de três pesquisadores. A utilização dos *softwares* Nvivo Pro-11 e Iramuteq justifica-se pelo fato de o primeiro subsidiar a análise temático-categorial e o segundo possibilitar a representação lexicográfica (ponto de corte: $X^2 > 3,84$).

Foram atendidos todos os requisitos ético-legais de pesquisa em humanos. A pesquisa integra o estudo matriz intitulado: “Representações sociais de homens sobre saúde, doença, tratamento, autocuidado, prevenção e busca por atendimento” (Parecer n° 1.416.132, de 19/02/2016). Para garantir anonimato, utilizaram-se códigos alfanuméricos (letra E, seguida de números: 1 a 50).

RESULTADOS

Participaram 50 homens assim caracterizados: 37 (74%) com idade ≥ 40 anos (variabilidade de 18 a 60 anos); 19 (38%) se autodeclararam brancos e 14 (28%) negros; 33 (66%) possuíam companheiro(a); 36 (72%) possuíam filhos; 36 (72%) tinham mais de um filho; 38 (76%) tinham ≤ 8 anos de escolaridade (variabilidade: um a 20 anos). Quanto à ocupação, 30 (60%) tinham emprego; 17 (34%) eram aposentados/pensionistas e três (6%) estavam desempregados.

Os participantes desenvolviam atividades técnicas (administrativa, desenhista, eletrotécnico, gráfico, pintor, soldador, eletricista, ferroviário, garçom, locutor, operador

funções representacionais e os processos sociocognitivos constituintes da TRS.

O diário de campo possibilitou caracterizar o cenário e o atendimento como: 1) estrutura arquitetônica hexagonal, com sala de espera ampla, cujos bancos fixos estavam dispostos ao redor dos consultórios e 2) agendamento institucional favorecendo abordagem dos usuários pelo nome, com fluxo dinâmico, influenciado pelo tempo de cada consulta. Utilizou-se uma cadeira móvel para aproximação entre entrevistador-entrevistado e aqueles que aquiesceram em participar foram convidados a uma sala próxima ao consultório de forma privativa para a entrevista.

DISCUSSÃO

As variáveis de idade, estado civil e escolaridade foram similares às encontradas em outra investigação entre homens⁽³⁾ e a faixa etária mostrou-se ampliada quando comparada ao perfil etário foco da Política Nacional de Saúde do Homem que é de 25 a 59 anos⁽⁴⁾. Isso porque o diagnóstico precoce de uma comorbidade crônica como a DM requer a busca por atendimento em serviço especializado para assegurar a sobrevivência e qualidade de vida⁽²⁾.

As variáveis de profissão, ocupação, número de filhos e cor de pele autodeclarada foram condizentes às estimativas nacionais para homens^(3,4). A profissão e a ocupação justificam-se pela baixa escolaridade dos participantes. Cabe mencionar que todos os participantes buscavam o atendimento multiprofissional em nível secundário, embora a comorbidade ou o tipo de tratamento não tenham sido alvos desta investigação.

Os comportamentos humanos são vinculados a conceitos, valores e impressões socialmente compartilhadas que retratam diferentes conhecimentos, informações e atitudes⁽⁶⁾ e justificam as argumentações dos participantes a respeito de suas práticas de autocuidado⁽⁹⁾. No discurso dos participantes, o autocuidado é abordado na perspectiva da prevenção e/ou do controle de doenças crônicas não transmissíveis, enfocando a mudança no estilo de vida e não se restringindo à abordagem do DM. O conhecimento desses conteúdos deve integrar o processo de coleta de dados dos enfermeiros, uma vez que eles são capazes de alicerçar decisões terapêuticas e favorecer o processo de cuidar numa concepção

ampliada⁽⁵⁾.

Identificar comportamentos vinculados a arquétipos de gênero pode esclarecer as dimensões e origens dos constructos simbólicos de homens e explicar seus comportamentos mediante o DM, a ponto de favorecer a estruturação de condutas terapêuticas capazes de estimulá-los para o autocuidado e constituir estratégia viável aos profissionais de saúde⁽¹⁰⁾.

Na categoria “*Possibilidade do Diabetes: atitudes adotadas ou negligenciadas*”, os serviços de saúde foram reconhecidos como locais em que há possibilidade de acesso aos profissionais de saúde, a consultas e exames de rotina e obtenção de recomendações sobre ações de autocuidado e necessidade de mudança no estilo de vida.

Entre as dimensões representacionais, há dois subgrupos: aqueles que destacaram a adesão a medidas de prevenção do DM e que possuem ciência da importância do autocuidado para prevenção da doença, vinculado a hábitos idealizados de alimentação saudável (ex. redução de açúcar e aumento da ingestão de frutas); atividade física; abstenção de álcool e tabaco; adesão às orientações profissionais (Figura 1). Tais conteúdos explicitam as funções: do saber - ao mencionarem informações e conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis advindos do senso comum - e de orientação - ao filtrarem conteúdos socialmente compartilhados, conciliando-os com seus valores e modo de vida adotado⁽¹¹⁾.

Outros participantes reconhecem a negligência e a não valorização do autocuidado, expressando despreocupação com a saúde e o adiamento das condutas de promoção de saúde, alicerçados em comentários abordando o sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e alimentação irregular, e a conexão desses comportamentos com a possibilidade de agudização da comorbidade (Figura 1). Entre esses participantes, é possível deduzir as funções: identitária - retratando comportamentos de negligência no autocuidado - e justificatória - na medida em que correlaciona seu comportamento e estilo de vida não saudáveis com a presença do diabetes⁽¹¹⁾.

Ao mencionarem os tipos de alimentos, sua quantidade e frequência, mostram-se vinculados a um padrão alimentar destoante das demandas calóricas, metabólicas e orgânicas necessárias. Isso pode ser traduzido como uma inabilidade dos participantes para se engajarem no autocuidado de

forma a atender aos requisitos universais relacionados à alimentação, o que justifica a vulnerabilidade para o agravamento clínico do DM.

A relevância da dieta, a adesão para atividade física, o uso de hipoglicemiantes oral ou insulina no controle do DM, no prognóstico dos níveis glicêmicos e na prevenção de complicações associadas foram identificados em um inquérito com adultos num município de São Paulo, em três estudos seccionais⁽¹²⁾, corroborando os resultados da presente investigação.

As origens de tais representações foram construídas a partir de conhecimentos, informações, comportamentos, atitudes e avaliações próprias sobre hábitos adotados, performance sexual, prevenção de DCNTs, busca por um envelhecimento bem-sucedido. Acresce-se a isso a origem de eventos ocorridos com familiares, amigos e conhecidos que negligenciaram recomendações profissionais, com consequências desfavoráveis na avaliação do grupo investigado. Tais vivências permitiram aos participantes identificar descuidos, adoecimentos, desconhecimentos, vinculando essas situações a não adesão para as orientações profissionais recebidas.

Conviver com familiares, amigos e conhecidos de hábitos cotidianos saudáveis, que possuem doença instalada e/ou apresentam complicações advindas da não adesão ao tratamento, motivou reflexões cuja dedução possibilitou que concluíssem sobre o que devem/não devem seguir. Tais constructos representacionais justificam a adesão para comportamentos preventivos⁽¹³⁾.

O DM pode impactar o envelhecimento em consequência da agudização da doença, o comprometimento da visão e a expressão da sexualidade, o que foi mencionado na presente investigação. Tal fato foi corroborado por uma pesquisa com homens com idade ≥ 40 anos, portadores de DM Tipo 2, que concluíram ser a idade fator limitante quando comparado à disfunção sexual masculina decorrente do DM e confundida como um fator decorrente do processo de senescência, o que motivou a recomendação para abordagens terapêuticas centradas no autocuidado.

Na categoria **“Diabetes e autocuidado: práticas sociais do cuidado”**, a doença foi reconhecida como evento multifatorial, que requer mudanças

no estilo de vida (alimentação saudável, controle do sono e estresse, prática regular de atividade física, abstinência de drogas lícitas e ilícitas, adesão ao tratamento e orientação de saúde). Tais componentes retratam as funções de saber, orientação e justificatória⁽¹¹⁾, demonstrando que os participantes possuem conhecimentos que orientam e justificam comportamentos, embora ajam de forma inconsistente ocasionalmente quando priorizam condutas prazerosas socialmente, como, por exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas e a ingestão de alimentos hiperlipídicos e hipercalóricos em eventos sociais.

Foram retratadas também ações de autocuidado (consultas, exames e controles de rotina, atendimento às orientações profissionais e uso correto dos medicamentos) para o controle do DM e de suas complicações. Na perspectiva da dimensão imagética, que retrata uma memória social⁽⁷⁾, na qual as pessoas com DM, normativamente, devem mudar seu estilo de vida e aderir a acompanhamentos profissionais periódicos⁽³⁾, emergem as funções: identitária, de orientação e justificatória⁽¹¹⁾, ao retratarem a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, em prol de sua saúde. Tais conteúdos retratam requisitos para autocuidado desenvolvimentais, ou seja, aqueles que expressam ações que são detalhamentos dos cuidados universais que surgem em decorrência do DM⁽⁵⁾.

A restrição no consumo de açúcares e de fontes de carboidrato é justificada por esta informação estar presente e ser compartilhada no grupo social, retratando conteúdo consensualizado (função justificatória)⁽¹¹⁾. Daí a necessidade da reestruturação dos hábitos alimentares entre aqueles pré-diabetes ou diabéticos como um dos requisitos de desvio de saúde, evidenciando um aprendizado sobre estar com DM, ter que adequar seu estilo de vida e aderir às medidas terapêuticas e recomendações profissionais^(2,5).

A presença de uma rede de apoio socioeconômica e estrutural para alimentação saudável, aliada ao empenho pessoal em ingerir alimentos em quantidade e tipos adequados, implica a construção de uma rotina consistente para pessoas com DM. Este é um requisito de autocuidado por desvio de saúde na medida em que se busca obter uma assistência à saúde⁽⁶⁾ como âncora para rotinas e construção de hábitos

preventivos^(14,15).

O consumo do açúcar foi mencionado como o causador da alteração da DM, o que motivou o empenho em diminuir a ingestão de carboidratos, doces e frituras, retratando as dimensões representacionais informativa e comportamental e remetendo às funções de saber e orientação⁽¹¹⁾.

Há evidências de que hábitos sociais (reunião em família, com amigos ou eventos de lazer) favorecem o consumo de alimentos hiperlipídicos e hipercalóricos que impactam o índice glicêmico, requerendo mudança comportamental e engajamento para abster-se de refrigerantes e bebidas alcoólicas em eventos sociais⁽¹²⁻¹³⁾. Estudo com pessoas diabéticas tipo 2 (casos) e não diabéticas (controles), com participação de 30% de homens, identificou que a percepção do limiar do sabor doce no grupo casos foi maior quando comparada à do grupo controle, justificando o aumento da ingestão de alimentos doces no grupo casos⁽¹⁵⁾.

Acresce que, na avaliação de 362 pessoas adultas diabéticas, foi identificada significância estatística (p -valor <0,05) para associação entre resiliência e autocuidado do DM (alimentação saudável, orientação profissional, desejo de comer doces e avaliação do nível glicêmico)⁽¹⁶⁾. Há evidências sobre a associação entre alimentação saudável, prática de atividade física e tratamento medicamentoso (hipoglicemiantes orais e insulina), mantendo os níveis glicêmicos e reduzindo complicações⁽¹⁷⁾.

A prática de atividade física foi objetivada junto a alimentação equilibrada, uso de remédio e controle do diabetes e da pressão alta, sendo a adesão ao exercício físico favorável a um comportamento saudável, embora haja dicotomia entre tal percepção e sua inserção no cotidiano dos participantes. Há evidências dos benefícios da prática de atividade física regular como estratégia para o controle glicêmico, melhora da sensibilidade insulínica e redução das complicações associadas, como doenças cardiovasculares e renais⁽²⁻⁴⁾.

A prática de atividade física pode ser justificada (função justificatória)⁽¹¹⁾ como forma de acessar o tratamento adicional para o controle do DM e engajamento nas atividades de autocuidado na promoção da saúde^(5,16). Há pessoas que, equivocadamente, tendem a pensar que a prática de atividade física é suficiente para compensar os malefícios de uma alimentação desregrada, fato

que, no controle do DM, não é capaz de regularizar as atividades pancreáticas⁽¹⁷⁾.

Há evidências de que a procura por atendimento profissional auxilia no tratamento, acompanhamento e evolução da doença, na realização de exames e na adesão às recomendações profissionais, prevenindo agravos à saúde e promovendo o bem-estar, mediante a adesão a atividade física, alimentação saudável e busca por redes de apoio⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Ao analisar o discurso dos participantes sobre contextos, ocasiões e motivos à luz da TRS⁽⁶⁾ e a ocorrência do (des)engajamento masculino no autocuidado, é possível identificar que os elementos simbólicos explicitam como as relações terapêuticas se constroem e são acessadas no cotidiano⁽⁴⁾. As ações do autocuidado⁽⁵⁾ remetem à maneira como os participantes retratam as medidas de promoção da saúde referentes ao DM, concebem a prevenção e o tratamento, vinculados à alimentação, à prática de atividade física, ao uso regular de medicamentos, à adesão às consultas de rotina no níveis de atenção primária/secundária⁽²⁾.

Ao justificarem o desengajamento próprio ou de terceiros na prevenção do DM para o déficit do autocuidado⁽⁵⁾, houve sua vinculação à baixa adesão para as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e controle do DM, decorrente de questões socioculturais vinculadas a gênero, condições de vida e trabalho ou descrença de que possam adoecer e adquirir complicações. Há evidências de que a não adesão ao tratamento merece atenção profissional para fatores passíveis de ser modificados por ações de autocuidado⁽⁹⁾.

Entre os motivos que justificaram a não adesão para o autocuidado e as medidas de prevenção para DM, identificaram-se: a priorização de um estilo de vida não saudável e prazeroso durante um período da vida; o medo de ter reconhecido o fato de ser diabético ou não ser aceito socialmente; a insegurança de ter sua conduta/masculinidade questionada ou doença descoberta; a ameaça de ter sua persona questionada por subgrupos sociais e adoção de estilo de vida descolado daquele adotado em seu contexto familiar e social, que exige adaptações comportamentais^(19,20). Isso porque o déficit do autocuidado consiste na perda da capacidade de o indivíduo realizar seu autocuidado contínuo e eficaz, requerendo, na perspectiva da teoria do sistema de enfermagem, cuidados de apoio e educação⁽⁵⁾.

A dificuldade em manter hábitos e rotinas de comportamentos saudáveis no cotidiano e superar ambientes sociofamiliares adversos às recomendações profissionais resulta em fragilidades e descontinuidade do autocuidado e tratamento, provocando instabilidade nos níveis glicêmicos e motivando autoconceito de incapacidade em manter uma conduta adequada ao processo de enfrentamento da doença, do tratamento e das complicações⁽¹⁸⁾.

Os participantes ancoraram as RSs nas complicações e manifestações do DM, objetivando-as pela tríade “alimentação, prática de atividade física e uso regular da medicação”. Tal tripé é corroborado pelas recomendações nacionais e internacionais sobre a abordagem do DM^(2,4). Daí a necessidade de os participantes se engajarem nas ações de autocuidado com a finalidade de busca de benefícios à saúde, bem-estar e manutenção da vida, contribuindo para a integralidade, o funcionamento e o desenvolvimento das mesmas⁽⁵⁾.

A triangulação de referencial teórico-metodológico (TRS) e teórico-filosófico (Teoria de Orem), aliada à representação gráfica dos resultados (grafo de coocorrência), constitui contribuição da presente investigação para o campo da enfermagem e minimiza possíveis limitações decorrentes do uso de somente uma

abordagem da TRS (processual).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os constructos simbólicos representacionais e as percepções sobre o autocuidado a respeito do DM descritos pelos homens participantes deste estudo evidenciaram uma preocupação centrada na mudança do estilo de vida, voltada em sua maioria para práticas alimentares saudáveis e de atividade física, atendimento das recomendações profissionais e uso de medicalização quando doentes.

As dimensões representacionais identificadas, quando analisadas à luz da Teoria de Orem, possibilitam observar dois grupos de respostas humanas: aquelas vinculadas a não adesão ao autocuidado, vinculadas ao déficit do autocuidado, remetendo ao sistema de apoio e educação, e aquelas vinculadas à adesão para o autocuidado em saúde. Esses achados são importantes e contributos ao planejamento do cuidado em saúde. Na busca por cuidados profissionais, os usuários devem ser sensibilizados e acolhidos pela equipe de saúde em nível ambulatorial, visando maximizar práticas saudáveis e a prevenção do DM e suas complicações.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF SELF-CARE IN THE PERCEPTION OF MEN WITH DIABETES

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations of men with diabetes concerning their self-care. **Method:** a procedural approach to social representations with sampling by typicity (N=50), composed of men treated in an outpatient service in Minas Gerais. The study collected characterization data and performed in-depth individual interviews for three months. The data were processed using the software SPSS version 26, NVivo Pro11®, and Iramuteq with content analysis (Pearson's coefficient ≥ 0.70), and ethical-legal requirements were met. **Results:** predominant age of 50 years. Two categories emerged from speeches: 1) possibility of diabetes: attitudes adopted or neglected - focusing on adjustments in eating habits; 2) Diabetes and self-care: social practice of care focusing on the need for food control and practice of physical activity, aimed at preventing complications associated. **Conclusion:** the adherence/neglect to self-care evidenced refer to the need to strengthen the support systems to the group regarding the actions of disease prevention and health promotion, aiming at control of modifiable risk factors and glycaemic levels and early diagnosis for the postponement/management of possible complications.

Keywords: Men's health. Diabetes mellitus. Social representation. Self-care. Public health nursing.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL AUTOCUIDADO EN LA PERCEPCIÓN DE HOMBRES CON DIABETES

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales de hombres con diabetes sobre su autocuidado. **Método:** enfoque procesal de las representaciones sociales con muestreo por conveniencia (n=50), compuesta de hombres atendidos en un servicio ambulatorio de Minas Gerais-Brasil. Se recogieron datos de caracterización y se realizaron entrevistas individuales en profundidad durante tres meses. Fueron tratados los datos, usando

softwares SPSS versão 26, NVivo Pro11® e Iramuteq com análise de conteúdo (coeficiente de Pearson $\geq 0,70$), e atendidos os requisitos ético-legais. **Resultados:** idade predominante ≥ 50 anos. Surgiram, de los discursos, dos categorías: 1) Posibilidad de la diabetes: actitudes adoptadas u olvidadas - enfocando adecuaciones en hábitos alimenticios; 2) Diabetes y autocuidado: práctica social del cuidado enfocando la necesidad de control de la alimentación y práctica de actividad física, teniendo por objetivo la prevención de complicaciones asociadas. **Conclusión:** la adhesión/negligencia evidenciada al autocuidado remiten a la necesidad de fortalecimiento de los sistemas de apoyo al grupo referente a las acciones de prevención de enfermedad y promoción de la salud, buscando controlar los factores de riesgo modificables y los niveles glucémicos y diagnóstico precoz para el aplazamiento/manejo de las posibles complicaciones.

Palabras clave: Salud del hombre. Diabetes mellitus. Representaciones sociales. Autocuidado. Enfermería en salud pública.

REFERÊNCIAS

- 1- Batista JV, Silva-Lemos MH, Silva FM, Juatino MRV, Pires AS, Silva WG, Gomes AT. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no Brasil, 2014-2018. *Research, Society and Development*, 2021; 10(5), e51710515248-e51710515248. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15248>
- 2- American Diabetes Association. Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care* [Internet] 2021; 44 (Suppl.1): S3-S3. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc21-Sppc>
- 3- Sousa MDCP, Cruz JN, Vaz CM, Gonçalves NPC, Sousa ML, Sousa PCC. Susceptibilities, thoughts and attitudes related to men's health. *J. Res.: Fundam. Care. Online*, 2020; 12(1): 939-45. DOI: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6478](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6478)
- 4- Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Brasília: MS, 2009 [acesso em: 12 abr. 2021]; 92 p.: il. -(Série B. Textos Básicos de Saúde). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
- 5- Mills J. Fundamentos teóricos para a prática do autocuidado. *Progress in Palliative Care*, 2021; 29 (4): 183-185. DOI: <https://doi.org/10.1080/09699260.2021.1952415>
- 6- Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11a ed. Petrópolis: Vozes. 2017:29-110.
- 7- Silva IFSD, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Pereira-Silva H, Palmeira, IP. Representações sociais do cuidado em saúde por mulheres quilombolas. *Escola Anna Nery*, 2022; 26. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0289>
- 8- Bardin L. Análise de Conteúdo. Reimpressão da Edição revista e atualizada. Campinas (SP): Editora Autores Associados; 2020. 86p.
- 9- Arreguy-Sena C, Santos JC, Marcelo TS, Pinto PF, Dutra HS, Melo LD, Brandão MAG. Social representations of men about self-care and high blood pressure. *Cienc Cuid Saude*, 2021; 20(1): e50063. DOI: [10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50063](https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50063)
- 10- Miranda JJ, Rodrigues T, Martins AM, Faria MA, Pereira DM, Silva PN, et al. Gender and health discourses: Debating PNAISH with users. *Psicol Teor e Pesqui*. 2018; 34(1): 1-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3444>
- 11- Rouquette ML, Rateau P. Introduction à l'étude des représentations sociales. Grenoble 1998
- 12- Stopa SR, Cesar CLG, Segri NJ, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(10): 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00198717>
- 13- Portela RDA, Silva JRS, Nunes FBBDF, Lopes MLH, Batista RFL, Silva ACO. Diabetes mellitus tipo 2: fatores relacionados à adesão ao autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022; 75(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0260>
- 14- De La Hoz FJE. Disfunción eréctil, prevalencia y factores asociados, en hombres con diabetes tipo 2, en el Eje Cafetero, Colombia, 2016-2019. *Colombian Urology Journal*, 2021; 30(2): 91-97. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721333>
- 15- Montagut-Martínez P, Pérez-Cruzado D, Gutiérrez-Sánchez D. Os instrumentos de medição do conhecimento dietético em diabetes: uma revisão psicométrica sistemática. *Journal of Advanced Nursing* 2021; 77 (6), 2595-2622. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14762>
- 16- Jardim RMFVS, Leal MCC, Marques APO, Barbosa LS, Cavalcanti MCF, Gomes FMA. Factors associated with the practice of physical activity in older diabetic primary care patients. *Geriatr Gerontol Aging*. 2020;14:61-70. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320201900057>
- 17- Boell JEW, Silva DMGV, Echevarria-Guanilo ME, Hegadoren K, Meirelles BHS, Suplici SR. Resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29(1): e20180105. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0105>
- 18- Taumoepeau J, Knight-Agarwal CR, Tu'i EA, Jani R, Osuagwu UL, Simmons D. Vivendo com diabetes mellitus tipo 2 no Reino de Tonga: uma investigação qualitativa das barreiras e facilitadores para o gerenciamento do estilo de vida. *BMC Public Health*, 2021;21 (1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11391-7>
- 19- Dehvan F, Nasif FQ, Dalvand S, Ausili D, Dehkordi AH, Gheshlagh RG. Autocuidado em pacientes iranianos com diabetes: uma revisão sistemática e meta-análise. *Diabetes da atenção primária*, 2021; 15 (1), 80-87. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.08.013>
- 20- Sarmento JAR. Reflexões sobre o medo. *Aufklarung: Revista de Filosofia*. 2020; 7(1): 179-92. DOI: <https://doi.org/10.18012/arf.v7i1.50161>

Endereço para correspondência: Cristina Arreguy-Sena. Rua Espírito Santo, 1262 apto 202 Centro Juiz de Fora. CEP: 36.016.200. E-mail: cristina.arreguy@gmail.com

Data de submissão: 08/06/2021

Data da aprovação: 02/03/2022

APOIO FINANCEIRO

Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.