

Vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde: implicações para a assistência de enfermagem

Experiences of men in chronic illness without healthcare: implications for nursing care

Experiencias de hombres en enfermedades crónicas en el cuidado de la salud: implicaciones para el cuidado de enfermería

Anderson Reis de Sousa¹, Oscar Javier Vergara², Thaciane Alves Mota³, Rudval Souza da Silva⁴, Evanilda Souza de Santana Carvalho⁵, Jules Ramon Brito Teixeira⁶, Álvaro Pereira⁷

Como citar: Sousa AR, Vergara OJ, Mota TA, Silva RS, Carvalho ESS, Teixeira, JRB, Pereira A. Vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde: implicações para a assistência de enfermagem. REVISIA. 2020; 9(2): 212-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p212a221>

REVISIA

1. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
2. Universidad Nacional de Colômbia. Bogotá, Colômbia.
3. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
4. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.
5. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
6. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
7. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Recebido: 14/01/2020
Aprovado: 15/03/2020

RESUMO

Objetivo: descrever as implicações para a assistência de Enfermagem a partir das vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 19 homens que são acompanhados em um Unidade de Saúde da Família, inseridos no programa HIPERDIA, em um município da Bahia, Brasil. Realizou-se entrevista individual em profundidade, observação sistemática da visita de homens à unidade e levantamento das implicações para a assistência de Enfermagem. Os dados foram analisados utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sob o prisma do referencial teórico proposto pela NANDA –Internacional®, a partir da Taxonomia II. **Resultados:** Identificou-se achados clínicos aderentes aos Diagnósticos de Enfermagem, que implicam em contribuições para a assistência de Enfermagem, desveladas a partir das vivências dos homens com adoecimento crônico não transmissível, a saber: Disposição para controle da saúde melhorado; Disposição para melhora do autocuidado; Conhecimento deficiente; Disposição para processos familiares melhorados; Disfunção sexual; Síndrome do estresse por mudança; Disposição para bem-estar espiritual melhorado e Dor crônica. **Conclusão:** os homens demonstraram disposição melhorada para à saúde e autocuidado, dos processos familiares e dos relacionamentos, conhecimento deficiente sobre a doença que porta, sentimento de impotência mediante a impossibilidade de realizar atividades do cotidiano, outrora desempenhada, manifestação de medo, associado às possibilidade de complicações advindas do agravo, estresse pela alteração dos hábitos pregressos adquiridos ao longo da vida, disfunção sexual e dor crônica relacionada às manifestações clínicas da doença e espiritualidade como instrumento de auxílio complementar terapêutico.

Descritores: Saúde do Homem; Doenças crônicas; Cuidados de Enfermagem; Assistência à Saúde

ABSTRACT

Objective: to describe the implications for nursing care based on the experiences of men with chronic illness in health care. **Method:** Descriptive, qualitative study, conducted with 19 men who are followed up at the Family Health Unit, inserted in the HIPERDIA program, in the city of Bahia, Brazil. An in-depth individual interview was carried out, systematic observation of men's visits to the unit and a survey of the implications for nursing care. The data were analyzed using the Collective Subject Discourse (DSC) method, from the perspective of the theoretical framework approached by NANDA –Internacional®, based on Taxonomy II. **Results:** we identified clinical findings adherent to Nursing Diagnostics, which imply contributions to Nursing care, unveiled from the experiences of men with non-transmissible chronic illness, namely: Willingness to improve health control; Willingness to improve self-care; Deficient knowledge; Provision for improved family processes; Sexual dysfunction; Change stress syndrome; Willingness for improved spiritual well-being and Chronic pain. **Conclusion:** men showed an improved disposition for health and self-care, family processes and relationships, deficient knowledge about the disease that they carry, a feeling of helplessness due to the impossibility of carrying out daily activities, previously performed, manifestation of fear, associated with the possibilities complications resulting from the condition, stress due to changes in past habits acquired throughout life, sexual dysfunction and chronic pain related to the clinical manifestations of the disease and spirituality as an instrument of complementary therapeutic assistance.

Descriptors: Men's Health; Chronic diseases; Nursing care; Health Care.

RESUMEN

Objetivo: describir las implicaciones para la atención de enfermería en base a las experiencias de los hombres con enfermedades crónicas en la atención de la salud. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, realizado con 19 hombres que son seguidos en una Unidad de Salud de la Familia, insertada en el programa HIPERDIA, en un municipio de Bahía, Brasil. Se realizó una entrevista individual en profundidad, observación sistemática de las visitas de los hombres a la unidad y una encuesta sobre las implicaciones para la atención de enfermería. Los datos se analizaron utilizando el método del Discurso colectivo del sujeto (DSC), utilizando el marco teórico propuesto por NANDA –Internacional®, basado en Taxonomía II. **Resultados:** Se identificaron hallazgos clínicos adherentes a Diagnósticos de enfermería, que implican contribuciones a la atención de enfermería, revelados a partir de las experiencias de hombres con enfermedades crónicas no transmisibles, a saber: disposición para mejorar el control de la salud; Disponibilidad para mejorar el autocuidado; Conocimiento deficiente; Provisión para mejorar los procesos familiares; Disfunción sexual; Cambiar el síndrome de estrés; Voluntad para mejorar el bienestar espiritual y el dolor crónico. **Conclusión:** los hombres mostraron una mejor disposición a la salud y al autocuidado, a los procesos y relaciones familiares, un conocimiento deficiente sobre la enfermedad que portan, un sentimiento de impotencia debido a la imposibilidad de realizar actividades diarias, previamente realizadas, manifestación de miedo, asociado con las posibilidades complicaciones derivadas de la afección, estrés debido a cambios en los hábitos pasados adquiridos a lo largo de la vida, disfunción sexual y dolor crónico relacionado con las manifestaciones clínicas de la enfermedad y la espiritualidad como instrumento de asistencia terapéutica complementaria.

Descritores: Salud masculina; Enfermedades crónicas; Cuidado de enfermería; Cuidado de la salud.

Introdução

Sabe-se que a integralidade do atendimento à saúde, bem como uma assistência individualizada e de qualidade, faz parte das garantias direcionadas ao cidadão presentes na Constituição Federal. Pressupõe-se que o estabelecimento de diretrizes próprias para o atendimento ao público do sexo masculino é uma forma de garantir equidade e integralidade na assistência. As particularidades e singularidades próprias do ser masculino devem ser ressaltadas e suas diferentes variáveis incluídas na construção das políticas de saúde visando a qualidade do cuidado em saúde ao homem.¹

Com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNISH) em 2009, a partir do reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico dos homens usuários no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a morte precoce e a doenças graves e crônicas, um avanço importante é dado, uma vez que, passa a reconhecer que os agravos do sexo masculino também constituem verdadeiros problemas de saúde pública, inserido um novo contexto de atuação para o sistema cujos eixos versam basicamente, sobre: violência, tendência a exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbimortalidade e saúde sexual e reprodutiva.²

O processo de trabalho em Enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocesso que são denominados cuidar, assistir, administrar, gerenciar, pesquisar e ensinar, e participar politicamente. Cada um destes pode ser tomado como um processo a parte com seus próprios elementos, e podem ou não coexistir em determinado momento e instituição.³

Nos serviços relacionados ao atendimento ao público masculino, o enfermeiro tem a educação em saúde como um importante instrumento na modificação de comportamento e atitude dos homens, além disso, a acessibilidade ao serviço pode ser realizada através do acolhimento, da comunicação, formação de vínculo, entre outras estratégias que promovem o autocuidado e a manterem o tratamento no qual estão submetidos, melhorando assim sua qualidade de vida¹⁻⁴

O enfermeiro integrante da equipe, no contexto da Atenção Básica à Saúde, tem atribuições específicas entre outras, a realização da Consulta de Enfermagem (CE), que por meio deste instrumento é possível solicitar exames complementares, prescrever e transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão.³

A Consulta de Enfermagem é uma atividade regulamentada através da Lei nº 7.498/86, e contemplada no Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 e na Resolução Cofen nº 359, de 15 de outubro de 2009 que estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro, sendo assim, o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.⁵

Nessa perspectiva, este estudo tem a seguinte questão norteadora: Como se configura as implicações para a assistência de Enfermagem que decorrem da vivência de cuidado à saúde por homens em adoecimento crônico? Este estudo tem como objetivo descrever as implicações para a assistência de Enfermagem a partir das vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde.

Método

Trate-se de um estudo descritivo, qualitativo realizado com homens em contexto de adoecimento crônico não transmissível, acompanhados por um programa de prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, atendidos durante a Consulta de Enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família (USF), num município da Bahia, Brasil.

Participaram do estudo 19 homens, com faixa etária entre 18 a 72 anos, com o tempo de descoberta da doença entre três meses a 14 anos, casados, com nível de escolaridade, na sua maioria apenas o ensino fundamental, de raça/cor auto referida prevalentemente parda, e autônomos, quanto à ocupação laboral.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a setembro de 2017, em ambiente privado, em sala reservada na USF. Foram incluídos no estudo homens cadastrados na unidade de saúde, pertencentes ao território e área adscrita, com diagnóstico médico de DCNT, em acompanhamento com na consulta de Enfermagem. Excluíram-se do estudo homens que não apresentaram condições cognitivas, dada a condição de cronicidade e agravamento da doença e/ou deficiência intelectual que impossibilitasse os mesmos de responderem aos questionamentos, aqueles que se encontravam em atendimento domiciliar e que não estivessem em condições clínicas e emocionais para tal.

Realizou-se entrevista individual, com tempo médio de 30 minutos de duração, guiada por um roteiro semiestruturado, que subsidiou a caracterização sociodemográfica dos participantes. Além do aprofundamento acerca da vivência de homens em adoecimento crônico não transmissível, direcionada a entrevista ao levantamento das implicações para a assistência de Enfermagem, que se encontravam em convergência com a linguagem padronizada presente nas taxonomias de Enfermagem.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegras e organizadas. O tratamento do material empírico foi sistematizado através *Software NVIVO*[®]. O método de análise dos dados, foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que compreende uma nova abordagem no campo qualitativo de pesquisa.⁶⁻⁷

Nesta construção do DSC foram agregados recortes isolados de depoimentos, com a intencionalidade de formar um conjunto discursivo para que cada parte possa ser constituinte do todo.⁷ Desta forma quando uma resposta apresentou mais de um DSC, esta foi distinguida das demais por meio de critérios de diferença e antagonismo, ou mesmo por complementariedade seguindo uma ocorrência de ideias. Através da obtenção dos discursos emergiram as Ideias Centrais Sínteses de análise, apresentadas a seguir.

A identidade dos participantes foi preservada, sendo utilizados codinomes de identificação seguindo a figura metodológica do DSC exemplificados por “DSC de homens com DCNT”. Após o desvelar das ideias centrais dos discursos coletivos, procedeu-se com a interpretação, com o objetivo de levantar as implicações para a assistência de Enfermagem, sob o prisma da linguagem padronizada utilizada pela NANDA-Internacional[®], a partir da Taxonomia II.⁸ O estudo vincula-se a um projeto de pesquisa matriz intitulado: *Atenção à saúde de homens em um cenário do Nordeste brasileiro*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer de número: 1.208.304, em atendimento à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.⁹

Resultados

A partir da realização da entrevista juntos aos usuários, foi possível levantar os discursos sobre a vivência de cuidado à saúde expressas por homens com adoecimento crônico, que desvelam implicações para a assistência de Enfermagem.

Quadro 01- Discurso do sujeito coletivo de homens com adoecimento crônico não transmissível sobre implicações para a assistência de Enfermagem a partir do olhar sobre a linguagem padronizada na NANDA-I, Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Relação com a linguagem padronizada da NANDA-I (Domínio e conceito diagnóstico)	Discurso do Sujeito Coletivo(DSC) - vivências masculinas
Promoção da saúde - Disposição para controle da saúde melhorado	<i>Estou começando a fazer caminhada, jogo bola para perder a metade do peso. Eu tenho bicicleta e sempre dou uma pedalada. Estou começando a ir trabalhar de bicicleta, que já é uma atividade física. Sei que tenho que cuidar para não comer açúcar, pão, farinha, comer aquilo que não pode. Não vou dizer para você que eu faço sempre, porque eu estaria mentindo, meu trabalho não ajuda, mas eu tenho consciência que tenho que fazer. É um pouco difícil, pois eu não tenho esse hábito há uns 50 anos, por isso essa dificuldade. Agora com essa vigilância eu consigo evitar mais complicações. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Atividade e Repouso - Disposição para melhora do autocuidado	<i>Eu não bebo, não fumo, não como açúcar. Não como sal, não como coisas gordurosas, e tomo meus remédios no dia-a-dia no horário certinho na hora que eu acordo. Procuro me alimentar direito, me alimentar bem, minha alimentação e meu hábito mudaram completamente, hoje tudo é diferente. Eu gostava de comer frituras, carne com gordurinha, beber muito e agora diminui. Eu sempre procuro viver bem, não ficar nervoso, me cuido, vivo muito bem porque eu gosto de mim, e cuidar, deve ser um dever das pessoas. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Percepção/ Cognição - Conhecimento deficiente	<i>Eu não conheço nada, sinceramente eu não sei nem como responder sobre a hipertensão. Só sei que ela pode matar e causar outras doenças, e que não pode comer de tudo, pode levar a problemas no coração e que o açúcar alto é perigoso. Eu só tomo a medicação mesmo, mas não tenho conhecimento, só sinto mesmo a dor de cabeça, mas se não cuidado “o bicho pega”. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Autopercepção - Sentimento de impotência	<i>Antes eu fazia as coisas e agora estou incapaz. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>

Papéis e relacionamentos - Disposição para processos familiares melhorados	<i>Minha família me dá bastante força. Força até demais. Eu não posso comer mais nada que o povo lá fica me regulando. "Ave Maria", lá em casa agora é tudo sem sal, por conta da minha pressão alta. A minha irmã também fica no meu pé, e tenho também amizade com todo mundo do serviço de saúde. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Papéis e relacionamentos - Disposição para relacionamento melhorado	<i>Eu sempre procuro lidar com as pessoas, com os amigos, pois não se deve deixar levar pela doença, para justamente não chegar em uma situação pior no caso de uma depressão. Graças a Deus eu tenho uma esposa que está sempre comigo no dia-a-dia me acompanhando ao médico, e entendendo minha dificuldade. Ela que não me deixa cair, sempre cuida e corrige a minha alimentação. E tem também os meus amigos, que estão sempre comigo. Nisso aí está tudo controlado, faço tudo como diz o figurino. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Enfrentamento/ tolerância ao estresse - Síndrome do estresse por mudança	<i>Eu era uma pessoa que jogava bola, fazia exercício físico, mas no momento não faço mais, vou ter que passar por um especialista. Às vezes eu acordo e fico um pouco estressado, porque eu tinha uma rotina de trabalho e de repente mudou. Eu trabalhava com peso, mas tive que parar. Assim quando eu soube tive aquele susto. Hoje não posso comer e beber de tudo que eu gosto. Antes eu não queria tomar os remédios, aí depois as pessoas da família ficaram me levando no posto, e foi dando na minha cabeça para começar a tomar. Eu não convivo com essa doença, porque eu sinto que não tenho ela. Eu não aceitava que estava doente, eu fui para psicóloga, aí ela conversou comigo, aí veio na minha mente para eu tomar o remédio porque eu sentia muita dor de cabeça. Por conta disso me afetou, porque eu tomo remédio e quem toma remédio é porque está afetado de alguma maneira. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Enfrentamento/ tolerância ao estresse - Medo	<i>Tenho medo de acontecer alguma coisa quando eu estiver fazendo exercício. Quero fazer as coisas do dia a dia, mas fico com medo dessa situação que estou. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Princípios da vida - Disposição para bem-estar espiritual melhorado	<i>Vivo com as graças de Deus. Se não tiver fé no todo poderoso eu posso até "entrar" em depressão. Eu não deixo isso me levar. Tenho conhecimento com a palavra de Deus aí eu oro pra Deus me dá ajuda. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Conforto - Dor crônica	<i>Sinto dor de cabeça forte. Ela me incomoda quando fico</i>

	<i>nervoso, sobe e eu fico com uma dor na nuca muito forte. Quando ela ataca eu procuro logo o médico. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>
Sexualidade – Disfunção sexual	<i>Eu tenho dificuldade sexual, inclusive vou procurar um urologista para poder fazer um acompanhamento para ver se essa dificuldade é parcial mediante ao açúcar ou não. (DSC de homens com adoecimento crônico não transmissível que frequentam a ESF).</i>

Discussão

Apesar da construção social das masculinidades hegemônicas direcionarem para os homens para socialização de homens ao exercício das práticas que se distanciam da preocupação com o autocuidado e das atividades de promoção da saúde, o estudo evidenciou o contrário.

O discurso coletivo destacou que mesmo com a aquisição de hábitos não saudáveis desempenhados ao longo da vida, os homens demonstraram o desejo pela adoção de mudanças e transformações quanto ao cuidado à saúde, que estiveram demarcados através da realização de caminhadas, estratégias para diminuição do peso, utilização da bicicleta como espaço de lazer e modo de condução alternativa e saudável para ida ao trabalho, sendo esta uma forma percebida de prática de atividade física, o que suscitou o levantamento dos dados para evidenciar o Diagnóstico de Enfermagem de “disposição para controle da saúde melhorado”.

Notou-se que houve disposição para melhoria das condições de saúde no tocante a mudança dos hábitos alimentares, através da redução do consumo de alimentos com elevação glicêmica.

O diagnóstico em questão indica que uma parcela dos portadores DCNT é capaz de seguir um plano de reeducação alimentar. Os demais embora reconhecendo a importância da reeducação dos hábitos alimentares na manutenção do controle glicêmico e na prevenção das complicações decorrentes da doença, referem não conseguir lidar adequadamente com as limitações na esfera da conduta alimentar. Há um hiato significativo entre o plano alimentar ideal recomendado e aquele que é possível de se realizar, evidenciado pelo desejo expresso quanto ao controle e preocupação dos homens sobre as práticas alimentares.¹⁰

Nessa mesma condução, o desvelar do Diagnóstico de Enfermagem de “Disposição para melhora do autocuidado” esteve relacionado às evidências observadas nos registros de Enfermagem e da apreensão do discurso coletivo, que revelaram a diminuição do consumo de álcool, tabaco, alimentos gordurosos e com alto valor glicêmico, utilização correta das medicações, redução do estresse e bem-estar, como estratégias adotadas para a melhoria do autocuidado.

A pessoa com doença crônica tende a desenvolver um conjunto de aprendizagens e/ou estratégias que lhe permitem viver com a doença, sendo que o seu autocuidado pode ter influência a nível da manutenção e melhoria da sua condição de saúde. O autocuidado constitui-se como a prática de um conjunto de atividades realizadas para manter a vida, saúde e bem-estar, pressupondo-se

então, que a pessoa possui um conjunto de saberes que lhe permitem o autocuidado, mesmo perante determinadas limitações como sejam dependência ou incapacidade de dar continuidade aos autocuidados.

O “conhecimento deficiente” foi evidenciado enquanto Diagnóstico de Enfermagem, ao observar que mesmo com o desenvolvimento das transformações dos hábitos de vidas não saudáveis e da preocupação demonstrada para com a melhoria da saúde e do autocuidado, houve limitação quanto ao conhecimento acerca do agravo crônico que estes possuíam, expressos no discurso coletivo, através de afirmações rasas e sem informação.

Sob essa perspectiva, as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável e reduzindo interpretação errôneas de informações, falta de exposição às informações, falta de interesse em aprender e limitação cognitiva.¹¹

Frente à percepção desses homens que possuíam uma doença crônica não transmissíveis e acessam ao serviço de saúde, o Diagnóstico de Enfermagem de “Sentimento de Impotência”, emergiu estando relacionado ao comprometimento das atividades cotidianas realizadas antes do surgimento da doença, o que os limitaria, tornando-se na sua percepção, incapazes.

Tal diagnóstico está caracterizado pela presença de expressões de incerteza a respeito dos níveis de energia flutuantes; passividade; não-participação no cuidado ou na tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades; ressentimento, raiva, culpa; relutância em expressar sentimentos verdadeiros; dependência de outros que pode resultar em irritabilidade; medo de afastamento dos cuidadores; expressões de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas / atividades prévias; expressão de dúvida com relação ao desempenho do papel.⁸

O sentimento de impotência também está associado a indivíduos que não monitorizam o progresso da doença e do tratamento; não defendem práticas de autocuidado quando desafiados; apresentam incapacidade de buscar informações relativas ao cuidado; apresentam expressões verbais de descontrole sobre o cuidado, ou influência sobre a situação, ou sobre o resultado; apetite e depressão relacionada à deterioração física que ocorre apesar da adesão ao regime terapêutico.

A família e a equipe de saúde, constitui-se estrutura enquanto rede de apoio propiciadora de estratégias para o enfrentamento da doença e convívio satisfatório com a mesma a partir do auxílio às práticas de autocuidado, tal como o preparo da alimentação, controle do consumo excessivo de sal, educação em saúde e utilização correta dos medicamentos, o que permitiu levantar o Diagnóstico de Enfermagem de “Disposição para processos familiares melhorados”.

Um padrão de controle eficaz das tarefas adaptativas por pessoas de referências (membros da família, pessoas significantes ou amigos íntimos) envolvidos com o desafio de saúde do cliente. Apoio da família durante o tratamento, bem-estar familiar e integridade familiar.⁸

Ainda em aproximação com os processos familiares e da equipe de saúde, demais relacionamentos estiveram presentes e estreitados de maneira contributiva na convivência exitosa dos homens com a doença crônica, com

destaque para a influência positiva demarcada pela representação dos amigos, das cônjuges e de Deus, possibilitando assim que estes, não declinassem o seu estado emocional e psicológico após o surgimento da doença, fazendo-se emergir o diagnóstico de enfermagem “disposição para relacionamento melhorado”. Caracterizado pelo padrão de parceria mútua suficiente para atender as necessidades recíprocas, que pode ser reforçado por autopercepção, comunicação, desempenho de papel.⁸

A sexualidade foi levantada como questão relevante no discurso do sujeito coletivo, fazendo com que fosse levantado o diagnóstico de enfermagem “Disfunção sexual”, a partir dos relatos que expressavam dificuldades e disfunções sexuais, existentes após o surgimento da doença e/ou utilização dos medicamentos, vista como fator de preocupação para o público masculino, evidenciada pela expressão de preocupação quanto sua própria sexualidade, segundo a NANDA-I.⁸

Práticas que eram exercidas pelos homens e que foram deixadas para trás mediante ao aparecimento da doença e do surgimento de agravos à saúde, a exemplo da prática de exercícios físicos, atividades laborais no trabalho, mudança de hábitos alimentares e da utilização rotineira de medicamentos, provocaram-lhe estresse, alteração do humor, negação, por vezes caracterizada por autonegligência e alterações emocionais, que permitiu ser identificado o Diagnóstico de “Síndrome do estresse por mudança”.

Tal síndrome, foi permeado pelo levantamento do diagnóstico de “medo”, que esteve associado ao receio de que a doença possa causar danos maiores, os quais tornaram-se geradores de distanciamento dos homens de algumas atividades cotidianas como a prática de exercícios físicos. Resposta à ameaça percebida que é conscientemente percebida como perigo. Autoconcentração de agressividade, autocontrole da ansiedade, e comportamento impulsivo.⁸

Segundo a NANDA-I, o diagnóstico de Enfermagem de “Medo”, encontra-se caracterizado por apreensão, autossegurança diminuída, excitação, inquietação, sensação de alarme, receio, tensão aumentada, capacidade de resolução diminuída, produtividade diminuída, estímulos entendidos como ameaça, os quais entram em contemplação do discurso coletivo expresso nesse estudo.

Para enfrentamento do medo e do adoecimento crônico, os homens relevaram através do discurso o diagnóstico de enfermagem de “Disposição para o bem-estar espiritual melhorado”, a partir das narrativas que expressaram a fé, oração e a crença em Deus como recurso terapêutico encontrado para distanciarlos do quadro de baixa autoestima e adoecimento mental, tal qual foi mencionada a depressão. Padrão de confiança em crenças religiosas que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecida.

Em função do surgimento da doença e como consequência dos agravos, o conforto tornou-se prejudicado, fazendo-se desvelar o diagnóstico de enfermagem “Dor crônica”, mencionado pela totalidade dos participantes do estudo, como sendo a maior complicação, incomodo e desconforto vivido após o adoecimento crônico.

Conclusão

Os homens demonstraram disposição melhorada para à saúde e autocuidado, dos processos familiares e dos relacionamentos, conhecimento

deficiente sobre a doença que porta, sentimento de impotência mediante a impossibilidade de realizar atividades do cotidiano, outrora desempenhadas, manifestação de medo, associada às possibilidade de complicações advindas do agravo, estresse pela alteração dos hábitos pregressos adquiridos ao longo da vida, disfunção sexual e dor crônica relacionada às manifestações clínicas da doença e espiritualidade como instrumento de auxílio complementar terapêutica.

Notou-se que houve disposição para melhoria das condições de saúde no tocante as mudanças dos hábitos alimentares, através da redução do consumo de alimentos com elevação glicêmica entre outros diagnósticos levantados como: disposição para melhora do autocuidado, conhecimento deficiente, disfunção sexual, disposição para o processo familiar melhorado, e dor crônica entre outros já citado ao longo do trabalho, mostrando que as DCNT trazem aos pacientes diversas manifestações que se diagnosticadas corretamente pelo enfermeiro, a partir dos diagnósticos de enfermagem, podem proporcionar a saúde do homem com DCNT a melhora do quadro patológico e o aumento da qualidade de vida, sempre respeitando a individualidade de cada caso, para a formulação de um plano de cuidados de qualidade, que proporcione ao cliente com DCNT aumento nos níveis de saúde, conforto e bem-estar.

No decorrer da formulação do estudo houve dificuldade no acesso aos prontuários dos pacientes durante a busca nas unidades de saúde, na maioria das vezes o acesso era negado por motivos burocráticos, através do ocorrido foi necessário fazer busca com extração de discurso de forma detalhada permitindo ao paciente mais tempo para responder as entrevistas, possibilitando assim enriquecer o estudo, e assim contribuir através do mesmo para que esses indivíduos tenham acesso ao cuidado de qualidade para que não adoçam devido as suas patologias crônicas.

Diante dessa problemática, este estudo torna-se relevante por desvelar questões relacionadas ao processo de adoecimento crônico, as questões de gênero e das construções das masculinidades associadas ao processo de saúde e doença compreendida e vivenciada pelos homens, além de tornar possível apontar aspectos relevantes para a produção do cuidado em saúde a ser promovido por enfermeiros.

Referências

1. Cavalcanti, JRD et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Esc Anna Nery, v.18, n.4, p. 628-634. 2014. Available from: DOI: 10.5935/1414-8145.20140089
2. Chakora, ES. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esc Anna Nery, v.18, n.4, p.559-561. 2014. Available from: DOI: 10.5935/1414-8145.20140079
3. Andrade, SR, Piccoli, T, Ruoff, AB. et al. Normative grounds of health care practice in Brazilian nursing. Rev Bras Enferm, v.69, n.6, p. 1020-8. 2016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0228>
4. Sousa, AR, Queiroz, AM, Florencio, RM, Silva. et al. Homens nos serviços de atenção básica à Saúde: repercussões da construção social das Masculinidades. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10. 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>
5. Brasil. COFEN. Conselho federal de enfermagem (COFEN). Resolução 358 de 2009. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
6. QSR Internacional. N Vivo 11 for Windows – Getting Started Guide. EUA, 2014. Disponível

em:<http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf>. Acesso em: 24 abr., 2016.

7. Santana, EM et al. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. Rev. Min. Enferm.;15(3): 324-332, jul./set, 2011. Available from: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/v15n3a03.pdf>

8. Lefevre, F, Lefevre, AM. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lefevre, F; Lefevre, A.M. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): Desdobramentos, Educ; 2005. P. 13-35.

9. NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 / NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre; Artmed, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Brasília, 2012. Available

from:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

10. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6). Available

from:<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16184/17871>

11. Torres HC, Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; 2004. p.125. 4. Osório LC. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia. R. Basílio da Gama, 241. CEP: 40110-
907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com