

## Associação entre variáveis sociodemográficas e hábitos de vida em homens com diabetes

Association between sociodemographic variables and lifestyle in men with diabetes

Asociación entre variables sociodemográficas y estilo de vida en hombres con diabetes

Recebido: 19/04/2021 | Revisado: 25/04/2021 | Aceito: 28/04/2021 | Publicado: 12/05/2021

**Jorge Luiz Lima da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2370-6343>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [jorgeluilima@gmail.com](mailto:jorgeluilima@gmail.com)

**Vinicius Fonseca de Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3301-4105>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [vinicius\\_fonseca@id.uff.br](mailto:vinicius_fonseca@id.uff.br)

**Larissa Murta Abreu**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-4370>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [larissamurtaabreu9@gmail.com](mailto:larissamurtaabreu9@gmail.com)

**Gabriella Filippini Silva Ramos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2570-0498>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [gfilippini@id.uff.br](mailto:gfilippini@id.uff.br)

**Felipe dos Santos Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4045-3816>

Centro de Atenção ao Adolescente de Resende, Brasil

E-mail: [felipedosantoscosta@gmail.com](mailto:felipedosantoscosta@gmail.com)

**Cláudia Maria Messias**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1323-0214>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [marimessi1512@gmail.com](mailto:marimessi1512@gmail.com)

### Resumo

**Objetivo:** analisar as variáveis sociodemográficas e hábitos de vida associados ao diabetes em homens. **Metodologia:** trata-se de estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional. A coleta de dados ocorreu no ano de 2019. A população de estudo foi composta de homens residentes no município de Bananal, localizado no interior do Estado de São Paulo, no vale histórico\circuito da fé do Vale do Paraíba. A amostra do estudo totalizou 386 sujeitos. **Resultados:** de acordo com o modelo de regressão utilizado, e após ajustamento pelas potenciais variáveis de confundimento, mantiveram diferença estatística significativa e risco para o desfecho estudado as variáveis: sono ( $p=0,032$ ,  $RP= 2,30 - IC95\%= 1,074 - 4,937$ ); tratamento para HAS ( $P=0,02$ ,  $RP= 0,13 - IC95\%= 0,37 - 0,472$ ); frequência de consulta ( $p= 0,010$ ,  $RP= 0,31 - IC95\%= 0,127 - 0,755$ ). **Conclusão:** a partir deste estudo foi possível identificar que ser solteiro, provedor da família, não consumir frutas, aferir a glicemia, não adesão ao tratamento para a hipertensão arterial sistêmica e dormir menos obtiveram relação com a presença de DM em homens usuários do SUS. Esse estudo, torna-se relevante por abordar a associação entre variáveis sociodemográficas e hábitos de vida com diabetes entre usuários do SUS, visto que existem poucas pesquisas nessa área tratando-se do público masculino.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador; Doenças não transmissíveis; *Diabetes mellitus*.

### Abstract

**Objective:** to analyze the sociodemographic variables and lifestyle habits associated with diabetes in men. **Methodology:** this is an observational, descriptive, sectional epidemiological study. Data collection took place in the year 2019. The study population consisted of men residing in the municipality of Bananal, located in the interior of the State of São Paulo, in the historic valley \ circuit of faith in the Paraíba Valley. The study sample totaled 386 subjects. **Results:** according to the regression model used, and after adjusting for potential confounding variables, the following variables maintained a statistically significant difference and risk for the outcome studied: sleep ( $p = 0.032$ ,  $PR = 2.30 - 95\% CI = 1.074 - 4.937$ ); treatment for SAH ( $P = 0.02$ ,  $PR = 0.13 - 95\% CI = 0.37 - 0.472$ ); consultation frequency ( $p = 0.010$ ,  $PR = 0.31 - 95\% CI = 0.127 - 0.755$ ). **Conclusion:** from this study it was possible to identify that being single, family provider, not consuming fruit, checking blood glucose, not adhering to treatment for systemic arterial hypertension and sleeping less were related to the presence of DM in men using SUS. This

study becomes relevant because it addresses the association between sociodemographic variables and diabetes lifestyle among SUS users, since there is little research in this area regarding the male audience.

**Keywords:** Occupational health; Noncommunicable diseases; *Diabetes mellitus*.

### Resumen

**Objetivo:** analizar las variables sociodemográficas y hábitos de vida asociados a la diabetes en hombres. **Metodología:** se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, seccional. La recolección de datos tuvo lugar en el año 2019. La población de estudio estuvo constituida por hombres residentes en el municipio de Bananal, ubicado en el interior del Estado de São Paulo, en el histórico valle \ circuito de la fe en el Valle de Paraíba. La muestra del estudio ascendió a 386 sujetos. **Resultados:** de acuerdo al modelo de regresión utilizado, y luego de ajustar por posibles variables de confusión, las siguientes variables mantuvieron una diferencia estadísticamente significativa y riesgo para el desenlace estudiado: sueño ( $p = 0.032$ ,  $PR = 2.30$  - IC 95% = 1.074 - 4.937); tratamiento para la HSA ( $P = 0,02$ ,  $PR = 0,13$  - IC del 95% = 0,37 - 0,472); frecuencia de consulta ( $p = 0,010$ ,  $RP = 0,31$  - IC 95% = 0,127 - 0,755). **Conclusión:** a partir de este estudio se pudo identificar que ser soltero, proveedor familiar, no consumir fruta, controlar la glucemia, no adherirse al tratamiento para la hipertensión arterial sistémica y dormir menos se relacionaron con la presencia de DM en hombres que utilizan SUS. Este estudio es relevante porque aborda la asociación entre variables sociodemográficas y estilo de vida con diabetes entre los usuarios del SUS, ya que existe poca investigación en esta área con respecto a la audiencia masculina.

**Palabras clave:** Salud ocupacional; Enfermedades no transmisibles; *Diabetes mellitus*.

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) existe há 30 anos, criado após a Constituição Federal (CF) de 1988. Desde os primeiros anos, o sistema universal, foi sendo aprimorado e reestruturado, buscando a equidade e a integralidade, que são suas bases (Brasil, 2017). O cenário sociopolítico atual tem sido um desafio para o progresso do sistema, onde são exigidas propostas alternativas para seu futuro. Um dos desafios para o progresso do SUS, é a tentativa de ações voltadas para a atenção à saúde masculina (Fausto, 2018).

Salienta-se que, a atenção básica em saúde faz parte do eixo estrutural e introduz um movimento de repensar o sistema público, a partir de um ponto para ordenar essa rede, caracterizado pelo acesso, resolutividade e acolhimento (Schimith, 2017). Assim, é esperado que o acesso da população masculina aos serviços de saúde ocorresse de forma igualitária com os demais segmentos populacionais (Vieira, 2013).

Em relação ao público masculino, devido às características psicológicas e culturais da masculinidade, a estrutura SUS ainda é estranha para o grupo, sendo perceptível as tentativas de explicar sua relação com os serviços de assistência à saúde. A ausência ou a invisibilidade dos homens, nesse contexto, sinaliza a inadequação entre suas necessidades e/ou expectativas (Knauth, 2012). São inúmeros motivos que podem estar afastando este público, como questões de gênero, onde a necessidade, culturalmente construída, de parecerem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados. Além disso, os ambientes de saúde não favorecem a presença do público masculino, uma vez que são predominantemente ambientes femininos (Couto, 2010).

Visando a fortalecer as atividades de promoção à saúde do homem e sua busca ativa aos serviços de saúde, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) para desenvolver, organizar e planejar ações voltadas para as necessidades e particularidades mais prevalentes desse público, que são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como a diabetes, hipertensão e o câncer de próstata (Brasil, 2010). O Brasil é considerado o quarto país do mundo no ranking de diabetes, segundo o International Diabetes Federation — IDF (IDF, 2017).

Com os processos de globalização e urbanização acelerados, a população brasileira, bem como mundial, tem adotado, cada vez mais, um estilo de vida sedentário. Dessa forma, nota-se o gradativo aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, álcool e tabaco que, somados ao aumento populacional e a mudança do estilo de vida da sociedade atual (Fontbonne et al., 2018; Morais et al., 2018). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que tais doenças são responsáveis por 58,5% dos óbitos ocorridos no mundo e por 45,9% da carga global de doenças (Souza & Horta, 2016;

OMS, 2015).

A alteração da glicemia pode ser um fator de rastreamento e sinalização para a diabetes mellitus (DM), que é doença uma crônica decorrente de distúrbio metabólico multissistêmico, sendo caracterizada por hiperglicemia, resultante da síntese defeituosa de insulina, resistência periférica ao hormônio, ou combinação de ambos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018), a glicemia normal, em jejum, deve ser menor que 100 mg/dL e considera-se diabetes a glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL, ou valores iguais ou maiores que 200 mg/dL, no teste oral de tolerância à glicose. No Brasil, a diabetes junto com a hipertensão arterial, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representam ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (Brasil, 2006). Mediante ao exposto, esse estudo traz a seguinte questão: existe associação entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e a ocorrência de DM entre homens, no serviço público de saúde? Com isso, objetiva-se analisar as variáveis sociodemográficas e hábitos de vida associados ao diabetes entre homens.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional. O tipo de estudo em questão tem sido utilizado para investigar diversos problemas em saúde pública. De modo geral, a aplicação mais comum está ligada à necessidade de conhecer de que maneira se distribuem uma ou mais características individuais, ou coletivas em determinada população (Merchán-Hamann, 2021). No presente estudo, foi investigada a exposição a variáveis relacionadas aos determinantes de saúde, tendo como desfecho o diagnóstico de diabetes mellitus registrado em consulta e prontuário do usuário do SUS.

A população investigada foi composta de homens residentes no município de Bananal – SP, localizado no interior do Estado de São Paulo, no vale histórico/circuito da fé do Vale do Paraíba. De acordo o censo do IBGE para o ano de 2017, o local possui 10.827 habitantes, desses, estima-se que 5.051 sejam do sexo masculino. Dentre os homens, é possível que 1110 residam em áreas rurais e 3941 em áreas urbanas (IBGE, 2017).

Para a presente pesquisa, em particular, foram analisadas informações referentes ao público masculino local, tanto do meio urbano como rural. O estudo trabalhou com a ideia de censo, ou seja, maior número possível de participantes. Em caso de cálculo da amostra, considerando erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, conforme a figura representada abaixo. O cálculo levou em conta a população estimada, segundo o último censo do IBGE de 2017 (5051 do sexo masculino, com 2.961 na faixa etária de 18-65 anos).

**Figura 1:** Equação para determinação de cálculo amostral.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Fonte: Camargo, Silva & Meneguetti 2019.

Legenda: n = amostra calculada; N = população; Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p = verdadeira probabilidade do evento; e = erro amostral.

A amostra do estudo totalizou 386 sujeitos. Foram incluídos indivíduos moradores bananalenses do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 65 anos de idade incompletos, residentes no município estudado. Foram excluídos moradores recém-chegados de outras regiões que não o município, há menos de seis meses. Por não atender aos critérios de inclusão e exclusão descritos, houve perda total de 4,32%. A amostra final totalizou 370 sujeitos. Dentre os quais, 39 apresentaram DM referida

por profissional de saúde, ou seja, diagnosticada.

Foi utilizado formulário preenchido pelo entrevistador, contendo os seguintes aspectos: perfil sociodemográfico (situação domiciliar; idade; cor autorreferida; situação conjugal; filhos; renda; escolaridade; situação laboral); aferição de pressão arterial; peso e altura para cálculo do IMC; medidas da cintura e do quadril, para o cálculo de índice cintura quadril (ICQ); aspectos de saúde (tabagismo, atividades de hobby e lazer, hábitos alimentares); consumo de outros tipos de drogas (hábitos relacionados ao tabagismo, etilismo e outros tipos de drogas); uso de preservativo nas relações sexuais; histórico de infecções sexualmente transmissíveis (IST); frequência nas unidades de saúde do município; histórico e acompanhamento para HAS e DM; ações para a prevenção do câncer de próstata.

Atualmente, existem três critérios aceitos para o diagnóstico de DM com base na glicemia: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual  $\geq 200$  mg/dL; glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl (7 mmol/l) e glicemia de 2 horas, pós-sobrecarga de 75 g de glicose  $\geq 200$  mg/dl (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017). O teste de tolerância à glicose deve ser efetuado com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta para diferenciação de glicemia em jejum, e 120 minutos após a ingestão de glicose. As informações sobre a diagnóstico de DM foram confirmadas nas consultas de enfermagem e médica de acompanhamento, assim como registro nos exames de prontuário, grupos de controle da glicemia e uso de medicamentos/ insulina. Os dados foram auditados e confirmados, para que se a confirmação fosse inserida junto ao questionário.

A aplicação dos formulários ocorreu no ambiente das unidades de saúde do município e também, por meio de visitas domiciliares a pontos diversos do perímetro urbano e rural da cidade. Essa pesquisa foi realizada por pesquisador coordenador com auxílio de três colaboradores treinados previamente. O treinamento dos aplicadores de questionário ocorreu por meio de sessões de apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa, enfatizando-se a importância da adesão dos participantes. Os participantes preencheram o formulário com auxílio dos aplicadores, tendo início, em seguida, as aferições de medidas antropométricas. O banco de dados foi construído utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). O cálculo da razão de prevalência foi realizado com auxílio do software R.

O teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos analisados, durante a análise bivariada. Foi considerado, na avaliação da significância, o valor  $p \leq 0,05$ . Foram consideradas como potenciais confundidoras as covariáveis que apresentaram significância estatística com a exposição e desfecho investigados, nesse caso, o valor de  $p \leq 0,05$ , apesar de, algumas vezes, excluir variáveis reconhecidamente importantes (VAZ, 2020).

Em etapa posterior, as variáveis que estiveram associadas a exposição e ao desfecho foram consideradas confundidoras, como por exemplo: idade; cor; situação conjugal; renda; escolaridade; aferição de pressão arterial; peso e altura; frequência nas unidades de saúde; histórico e acompanhamento para HAS e DM, e foram inseridas no modelo de regressão logística múltipla binária. O principal objetivo dessa técnica é encontrar uma função logística, formada por meio de ponderação das variáveis, cuja resposta permita estimar a probabilidade da ocorrência de determinado desfecho, à ocorrência de alteração de glicemia, assim como a importância das variáveis (Fávero, 2015).

Este estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, com parecer nº 2.617.228 em 2018. A coleta de dados ocorreu no ano de 2019.

### 3. Resultados

Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, a média de idade encontrada foi de 37 anos ( $DP \pm 14,53$  anos), com 168 (45,4%) indivíduos acima da média. Desses sujeitos, 160 (43,2%) tinham entre 18 e 30 anos de idade (jovens), 122 (33,0%) entre 31 e 40 anos (adultos jovens), 65 (17,6%) entre 41 e 59 anos (adultos) e 23 (6,2%) com mais de 60 anos de idade (idosos).

Quanto à cor de pele, foram identificados 192 pardos (51,9%), 124 brancos (33,5%) e 53 negros (14,6%); com relação à situação conjugal, 220 indivíduos (59,5%) afirmaram que não eram casados.

No grupo analisado, 200 participantes (54,1%) afirmaram ter filhos; dentre os quais, 77 (20,8%) relataram possuir dois filhos, 47 indivíduos um filho (12,7%), 25 (6,8%) três filhos, 10 (2,7%) quatro e cinco filhos, respectivamente. Destes, 134 (67,0%) afirmaram viver em companhia dos filhos.

No quesito renda familiar, a média ficou entre dois a três salários mínimos (132 indivíduos ou 35,7% da amostra), com 47 indivíduos acima da média (12,8%). Com relação à escolaridade, o maior percentual de indivíduos com ensino médio completo foi encontrado (177, 47,8%) e 34 da média (10,3%).

Entre os participantes, 212 (57,3%) encontram-se trabalhando. Destes, 147 (39,7%) exerciam atividade laboral com carteira assinada. Na amostra, 179 homens (48,4%) afirmaram ser provedores de suas famílias, e 267 (72,2%) que mais alguém em suas famílias contribui para o sustento. Com relação à moradia, 234 (63,2%) relataram residir em domicílio próprio, 136 (36,8%) em alugado, 32 (8,7%) em casas de parentes, próprias ou alugadas. Quanto ao número de moradores em domicílio, observou-se média de três habitantes por domicílio ( $DP \pm 1,31$ ).

Quanto aos aspectos de saúde do grupo estudado, a maioria não era fumante 286 (77,3%), 188 (50,8%), relataram ser etilistas. No estrato, 202 (54,6%) relataram não possuir hobby ou atividade de lazer e 244 (65,9%) informaram não realizar atividade física. Quanto ao consumo de drogas, além de cigarro e álcool, 57 (15,4%) relataram uso regular.

Sobre hábitos alimentares, 196 (52,9%) dos homens afirmaram consumir até a média de três refeições por dia. Em relação ao consumo de frutas, a maior frequência foi não consumir frutas todos os dias 132 (35,7%). Quanto ao consumo de legumes e verduras, observou-se que 176 (47,6%) consomem três ou menos porções por dia.

Na amostra, 177 (31,6%) relataram fazer consumo de alimentos ultraprocessados de uma a três vezes por semana. Ao analisar-se o IMC, 258 (69,7%) dos bananalenses apresentaram índice maior que maior ou igual a 25. Com relação ao ICQ, 341 (92,2%) dos homens apresentaram índice maior que 0,90. Quanto à busca por PIC, 312 (84,3%) participantes afirmaram não buscarem esse tipo de prática. Do grupo analisado, 54 (14,6%) afirmaram utilizar chás, no cuidado com a própria saúde.

Quanto ao uso de métodos preventivos nas práticas sexuais, 183 (49,5%) homens confirmam fazer uso do preservativo nas relações. Nesse estrato, 366 (98,91%) indivíduos afirmaram nunca ter contraído IST. Com relação à realização do exame de PSA, 290 entrevistados (78,4%) afirmaram nunca ter realizado o exame. Entre os que não se imunizaram, 44 (11,9%) afirmaram medo de reação ao imunobiológico como principal motivo para a não vacinação.

Quanto aos aspectos relacionados ao acompanhamento nos serviços de saúde do município, 267 (72,2%) homens bananalenses relataram ter ido a alguma unidade de saúde do município. Os motivos de ida a esses serviços foram consulta de rotina 81 (21,9%), imunização 58 (15,7%) e queixas relacionadas à dor 48 (13,0%). No estrato relacionado à frequência nas unidades de saúde, 127 participantes (34,3%) afirmaram ir às unidades de saúde uma vez ao ano. Em média, 230 sujeitos (62,2%) relataram frequentar os serviços de saúde trimestralmente.

Ao observarem-se entraves, 304 (82,2%) homens informaram não ter dificuldades de ir aos serviços existentes, dos que relataram enfrentar dificuldades, neste grupo, 38 (10,3%) afirmaram que a demora no atendimento nas unidades de saúde é fator dificultador.

Entre os participantes, 301 (81,4%) disseram não realizar acompanhamentos no SUS. Entre os que realizaram acompanhamento, o maior quantitativo de motivos encontrados foram queixas relacionadas à dor 21 (5,9%), seguido de hipertensão 15 (4,1%).

Na amostra, 200 (54,1%) sujeitos disseram ter realizado aferição de pressão arterial no último mês. Com relação à morbidade, a HAS, referida por profissional de saúde, foi informada por 107 (28,9%) sujeitos. Entre os participantes com HAS, 46 (42,9%) afirmaram tratamento contínuo para a doença.

No grupo, 196 (53,0%) afirmaram ter realizado alguma vez exame de glicemia. No estrato, 56 (15,1%) afirmaram nunca ter realizado o exame e 118 (31,9%) não sabiam ou não lembravam. A diabetes referida por profissional de saúde foi relatada por 39 (9,9%) sujeitos. Cabe destacar que, aproximadamente, 8,9% da população brasileira apresenta quadro de diabetes.

Com relação à realização de tratamento para a doença, do total de pessoas diagnosticadas com DM (39 homens), 18 destes participantes (46,1%) relataram nunca ter realizado tratamento. Os cuidados somente com a dieta foram referidos por 10 (25,6%) dos sujeitos com diabetes.

Na tabela 1, a seguir, podem-se visualizar informações sobre aspectos sociodemográficos. De acordo com análise bivariada, encontrou-se diferença estatística significativa entre a variável situação laboral e o desfecho, com maior prevalência do desfecho entre os que não faziam tratamento prévio para HAS (23, 91%,  $p = 0,046$ ), seguido daqueles que realizavam acompanhamento no SUS (23,18%,  $<0,0001$ ), e que não tinham companheira (o) (21,81%,  $p = 0,005$ ).

**Tabela 1:** Alteração da glicemia, segundo variáveis sociodemográficas, relacionadas aos hábitos de vida, à saúde e ao acompanhamento nas unidades de saúde entre homens, de cidade no interior do estado de São Paulo - SP.

VARIÁVEIS	Nt	n	%	Valor de $p$
<b><i>Situação conjugal</i></b>				
Com companheiro (a)	150	24	16,00	<b>0,005</b>
Sem companheiro (a)	220	15	21,81	
<b><i>Provedor da família</i></b>				
É provedor	179	27	15,08	<b>0,006</b>
Não é provedor	191	12	06,28	
<b><i>Consumo de frutas</i></b>				
Sim	238	18	07,56	<b>0,011</b>
Não	132	21	15,90	
<b><i>Aferição de glicemia</i></b>				
Sim	314	37	11,78	<b>0,044</b>
Não	056	02	03,57	
<b><i>Tratamento para HAS (previamente)</i></b>				
Sim	022	01	04,54	<b>0,046</b>
Não	045	11	23,91	
<b><i>Sono</i></b>				
O suficiente	259	20	07,72	<b>0,007</b>
Menos que o suficiente	111	19	17,71	
<b><i>Acompanhamento no SUS</i></b>				
Sim	69	16	23,18	<b>&lt;0,0001</b>
Não	301	23	07,64	
<b><i>Última ida aos serviços pela média</i></b>				
Até 3 meses	230	31	13,47	<b>0,012*</b>
Acima de 3 meses	140	08	05,71	

Fonte: Autores (2017). Legenda: Nt= total no estrato. n = número de homens com DM. % = prevalência. SM= salários mínimos. \* = Teste de Fischer. P= Teste do qui-quadrado de Pearson.

Encontrou-se diferença estatística significativa entre situação conjugal e DM (21,81%,  $p=0,005$ ), assim como provedor de família (15,08%,  $p=0,006$ ). Nota-se também essa diferença estatística relacionado à situação do domicílio (11,53%,  $p=0,412$ ). Apresentou-se diferença estatística significativa entre o não-consumo de frutas e diabetes (15,90%,  $p=0,011$ ).

As variáveis “ aferição de glicemia ” (11,78%,  $p=0,044$ ), “ tratamento para HAS ” (23,91%,  $p=0,046$ ), imunização/febre amarela (24,56%,  $p=0,001$ ) e “ sono ” (17,11%,  $p=0,007$ ), apresentaram significância estatística. A variável “ acompanhamento no SUS ” (23,18%,  $p=0,0001$ ) mostrou significância estatística, bem como “ última ida aos serviços pela média ” (13,47%,  $p=0,012$ ).

Foram testados oito modelos de regressão logística, levando-se em consideração as variáveis potenciais de confundimento como: sexo; idade; cor autorreferida; situação conjugal; filhos; renda; escolaridade; situação laboral; frequência de consultas nas unidades de saúde do município; histórico e acompanhamento para HAS e DM; hábitos alimentares e consumo de drogas.

Ao final dos testes realizados, mantiveram diferença estatística significativa e risco para o desfecho estudado as variáveis: sono ( $P=0,032$ ,  $RP= 2,30 - IC95\%= 1,074 - 4,937$ ); tratamento para HAS ( $P=0,02$ ,  $RP= 0,13 - IC95\%= 0,37 - 0,472$ ); frequência de consulta ( $P= 0,010$ ,  $RP= 0,31 - IC95\%= 0,127 - 0,755$ ).

#### 4. Discussão

Conforme dados da Federação Internacional de Diabetes, a prevalência da DM atinge cerca de 8% da população mundial. Em países da América Central e do Sul, estima-se que 26 milhões de pessoas tenham a doença, sendo o Brasil o quarto no ranking dos 10 países com maior prevalência: aproximadamente 12,5 milhões de brasileiros convivem com a doença, sendo que 5,7 milhões destes desconhecem o diagnóstico. Além dessa expansão da doença, deve-se considerar sua gravidade e complexidade para a pessoa e sua família e o impacto que provoca no sistema de saúde, não só brasileiro, como também em outros países, pois as modificações que esta pode trazer para a vida das pessoas tendem a comprometer a qualidade de vida das mesmas (Boell, 2020).

Em 1985, estimava-se o diagnóstico de 30 milhões de adultos com DM no mundo, esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. A Organização Mundial de Saúde estima que o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Calculou-se que metade das pessoas com diabetes desconhecem a própria condição. Em países em desenvolvimento, esse número chega a 80% (Ramos, 2020).

Para realizar a prevenção da doença, devemos prevenir os fatores de risco associados. A DM, possui diversos fatores de risco, como hereditariedade, tabagismo, consumo excessivo de álcool, dislipidemias, consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras e sedentarismo. O monitoramento de seus fatores de risco é prioridade no Brasil, e acompanha os esforços desenvolvidos em todo o mundo. A vigilância epidemiológica dessas doenças é essencial, pois propicia o melhor entendimento de distribuição, magnitude e tendência desses fatores (Abreu, 2020).

É preciso levar em consideração as características sociodemográficas e socioeconômicas da população estudada, uma vez que, a DM consiste numa condição multicausal e crônica. Tal condição está intimamente relacionada a hábitos de vida e alterações da glicemia, seja em condições pré-clínicas, quanto em condições consolidadas da doença. Sendo assim, a alteração da glicemia pode ser sinalizadora para mudanças precoces de hábitos e/ ou conferência da manutenção adequada de DM.

No presente estudo, pode-se destacar a situação conjugal dos homens que participaram da pesquisa, cuja prevalência

de DM se destacava entre os solteiros. Isso impacta diretamente a qualidade de vida dos portadores da doença, visto que o indivíduo solteiro, torna-se solitário e, por sua vez, deprimido. A presença de depressão em pacientes com diabetes amplifica os sintomas da doença, pois os pacientes deprimidos sentem mais os sintomas do que os não deprimidos mesmo com a doença controlada. Alguns estudos mostram que a hipercortisona, o aumento da ativação do processo imunoinflamatório, além das alterações hormonais poderiam explicar um risco maior de pacientes diabéticos e deprimidos. Além disso, as alterações do transporte de glicose em áreas específicas do cérebro podem desencadear a depressão no diabético (Cruz, 2020).

Em relação à variável sociodemográfica, no que diz respeito a ser provedor de família, nota-se que, pouco mais de 15% eram os portadores da doença. Isso pode ser explicado pelo fato do homem assumir o papel de mantenedor do lar, tendo que trabalhar durante todo o dia por grande parte da vida, sendo então, pouco incentivado à cultura de procurar serviços de saúde para os diversos tipos de tratamento, como no caso da DM (Uchoa, 2020).

A variável consumo de frutas retrata que uma parte dos participantes não as consumiam. Segundo a Sociedade Brasileira de diabetes, uma das formas de se prevenir a doença é através de uma alimentação balanceada, pois essa é a melhor estratégia para diminuir o risco, especialmente se as recomendações dietéticas levam em conta as preferências individuais, permitindo, assim, a adesão ao tratamento nutricional em longo prazo (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

No que diz respeito à aferição de glicemia, essa, apresentou significância estatística entre os que a faziam regularmente ( $p= 0,044$ ). Isso pode ser explicado devido a participação do usuário ao programa Hiperdia, pois por meio do acompanhamento constante nas unidades básicas de saúde, é possível controlar a doença, desse modo, evitando suas possíveis complicações. Além disso, pode-se ressaltar que, por meio do programa supracitado, tem-se a educação em saúde, que os conscientiza acerca das medidas indispensáveis de saúde, como alimentação adequada, prática de exercícios físicos, entre outros. Assim, fica evidente a necessidade de prevenção e controle de tais doenças crônicas para melhorar a qualidade de vida do público em questão (Assunção, 2020). Foi observado que embora esses homens procurassem atendimento nas unidades de saúde, 46% afirmaram não realizar tratamento ou controle para a DM. Isso pode ter ocorrido, pela dificuldade de adesão ao tratamento, bem como por fatores ligados às questões culturais de gênero.

Ao analisar o tratamento prévio para hipertensão arterial sistêmica, constatou-se que sua não adesão era de 23,9%. Segundo Silva e Aragão (2020), o abandono ou a não adesão ao tratamento dos hipertensos é grande, devido a diferentes fatores. Tais fatores, podem estar relacionados ao paciente (idade, sexo, estado civil, etnia, nível socioeconômico e escolaridade); à doença (ausência de sintomas, cronicidade, consequências tardias); aos hábitos de vida, crenças de saúde e hábitos culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, ao relacionamento com a equipe de saúde, o que dificulta o acolhimento desses pacientes e limita o controle da doença pelos agentes de saúde locais, sendo considerado assim, um fator de proteção aos usuários que o aderem (Silva & Aragão, 2020).

Em relação ao sono, notou-se que 17,11% relataram dormir menos que o suficiente. Essa curta duração do sono, pode interferir no controle glicêmico do paciente portador de DM. Essa restrição de sono, pode ser associada ao aumento dos níveis de do hormônio anorexígeno leptina. Essa alteração pode gerar uma menor sensação de saciedade na hora da alimentação, o que levaria a uma ingestão de alimentos maior que o necessário e, por sua vez, a interferência nos níveis de glicose, quando aferidos (Martorina, 2019).

O presente estudo, ressalta ainda, duas variáveis que podem ser correlacionadas entre si, tais quais: acompanhamento no SUS; e a última ida ao serviço nos últimos três meses. A pesquisa apontou a presença de alterações da glicemia, nos indivíduos que seguiam uma linha de tratamento. É necessário que as práticas de saúde relacionadas ao controle da glicemia e



prevenção de comorbidades, métodos de educação em saúde, entre outros, sejam efetivamente postos em prática e a equipe de saúde esteja conscientizada e envolvida na necessidade de que os pacientes atinjam as metas de controle pré-estabelecidas pelas diretrizes das Sociedades médicas e orientações do Ministério da Saúde. Dessa forma, poderá gerar impacto na diminuição de comorbidades associadas, melhoria da qualidade de vida e menor impacto nos custos da saúde, como as complicações micro e macrovasculares do diabetes (Souza & Oliveira, 2020).

Demonstra-se necessário salientar o importante papel do SUS, no que tange a aplicação do conceito de cidadania ao estabelecer como diretriz o acesso universal e integral à atenção à saúde (Silva, 2011). A busca de serviços de saúde é consequência de diversas determinações que explicam as variações entre grupos sociais, ou entre áreas, e da oferta de serviços (Pinto & Soranz, 2004).

Dessa forma, observa-se, neste estudo, por meio da significância estatística das variáveis apresentadas (tratamento para HAS, acompanhamento no SUS e última ida aos serviços de saúde), que o SUS assume importante papel na continuidade do tratamento das doenças crônicas, e no atendimento à população masculina, fato que pode ser observado na análise dos dados.

## 5. Conclusão

A partir deste estudo foi possível identificar que ser solteiro, provedor da família, não consumir frutas, aferir a glicemia, não adesão ao tratamento para a hipertensão arterial sistêmica e dormir menos obtiveram relação com a presença de alterações glicêmicas entre os homens. Em seguida, após a regressão logística observou-se que fatores como tratamento para HAS, acompanhamento no SUS e frequência nas consultas nos serviços de saúde foram relevantes, pois estão intimamente ligados à DM no grupo investigado, naquele momento.

A partir do estabelecimento dos fatores associados é possível planejar e implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito do SUS, com destaque para a atenção básica, objetivando melhorar a qualidade de vida da população e reduzir a ocorrência da doença no público masculino.

Esse estudo, torna-se relevante por abordar a qualidade de vida e saúde de homens da cidade de Bananal - SP, visto que existem poucas pesquisas tratando-se do público masculino. Houve a devolutiva por parte dos pesquisadores, em forma de palestras, orientações, panfletos, e grupos de educação em saúde. Recomenda-se mais estudos na área para que as questões culturalmente relacionadas ao gênero masculino sejam aprofundadas de forma qualitativa, complementando assim os dados objetivos dos estudos epidemiológicos.

## Referências

- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69.
- American Diabetes Association (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*.
- American Diabetes Association ADA (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. [https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement\\_1/S81](https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81).
- Assunção, C. T., Melo, E. G. P., Guedes, L. N. A., Tavares, L. M. N. B., Silva, M. V. A., Sales, M. V. B. et al (2020). A influência do hiperdia no controle da hipertensão e do índice glicêmico: discussão acerca da saúde de idosos de uma comunidade de Maceió. *Rev. BJD*, vol. 6(10). <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19073>.
- Boell, J. E W., Silva, D. M. G. V., Guanilo, M. E. E., Hegadoren, K. M., Meirelles, B. H. S. & Suplici, S. R. (2020). Resiliência e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, 29: e20180105. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072020000100327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100327&lng=en&nrm=iso).
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Cadernos de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Tiragem: 1ª edição. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus.PDF](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF).
- Brasil, Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. (2006). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Tiragem: 1ª edição. <https://central3.to.gov.br/arquivo/404144/>.

- Brasil, Sociedade Brasileira de Diabetes. (2019). Diretrizes. 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad. <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.
- Brasil, Sociedade Brasileira de Diabetes. (2020). O que é diabetes? <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>.
- Brasil, Sociedade Brasileira de Diabetes: Diretrizes, métodos e critérios para o diagnóstico de diabetes mellitus. (2014). <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/003-Diretrizes-SBD-Metodos-pg9.pdf>
- Brasil, Sociedade Brasileira de Diabetes: Diretrizes. (2017). São Paulo: Editora Clannad. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
- Brasil: Sistema Único de Saúde. (2017). [saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude](http://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude).
- Camargo, L. M. A., Silva, R. P. M. & Meneguetti, D. U. O. (2019). Research methodology topics: Cohort studies or prospective and retrospective cohort studies. *J Hum Growth Dev*, 29(3), 433-436.
- Costa, A. F., Flor, L. S., Campos, M. R., Oliveira, A. F. de., Costa, M. F. S., Silva, R. S. da. et al. (2017). Carga de Diabetes Mellitus no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 33(2): e00197915. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00197915.pdf>.
- Couto, M.T., Pinheiro, T. F., Valença, O.; Machin, R., Silva, G. S. N. da et al. (2010). O homem na Atenção Primária à saúde: discutindo a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface comun. saúde educ.* 14(33), 257-270. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext).
- Cruz, F. N. O. & Bonfim, A. J. Relação do diabetes mellitus com a depressão e seus mecanismos fisiopatológicos: uma revisão. (2020). *E-Revista Facitec*, 11(1), 1981-3511. <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/e-revistafacitec/article/view/8373>.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018). Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad.
- Fausto, M.C.R., Rizzoto, M. L. F., Giovanella, L., Seidl, H., Bousquat, A., Almeida, P. F. de. & Tomasi, E. (2018). O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde Debate*, 42(1), 6-11. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500012).
- Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L. da. & Chan, B. L. (2015). Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Editora Campus. Cap. 12, 439. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4069038/mod\\_resource/content/1/Favero\\_12\\_Regressa%CC%83oLogi%CC%81stica.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4069038/mod_resource/content/1/Favero_12_Regressa%CC%83oLogi%CC%81stica.pdf).
- Fontbonne, A., Costa de souza, E., Oliveira, J. C. N., Rodrigues, H. M., Vieira de souza, W. & Cesse, E. A. P. (2018). Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. *Cad. Saúde Coletiva*, 26(4), 418-424. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-462X2018000400418&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000400418&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- International Diabetes Federation (2017). Atlas IDF 2017 – Diabetes no Brasil. Número de pessoas com diabetes no mundo e por região em 2017 e em 2045. IDF. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>.
- International Diabetes Federation (2019): Impacto individual, social e econômico. Bruxelas, Bélgica. <https://www.diabetesatlas.org/en/sections/individual-social-and-economic-impact.html>.
- International Diabetes Federation. (2013). Diabetes Atlas. 6th ed. Bruxelas, Bélgica. <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/19-atlas-6th-edition.html>.
- Knauth, D., Couto, R. & Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2617 - 2626.
- Martorina, W. J. (2019). Duração do sono e controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Repositório Institucional UFMG*. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/34623>.
- Merchán-hamann, E. & Tauil, P. L. (2021). Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Rev. SciELO*. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1635/version/1736>.
- Morais, H. C. C., Cavalcante, S. N., Nascimento, L. B., Mendes, I. C., Nascimento, K. P. & Fonseca, R. (2018). Fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis entre estudantes universitários. *Rev Rene*, 19: e3487. [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37466/1/2018\\_art\\_hccmorais.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37466/1/2018_art_hccmorais.pdf).
- Organização Mundial da Saúde (2015). Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4766:doencas-chronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-chronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839).
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Diabetes. [https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1).
- Pinto, L. F. & Franz, D. R. (2004). Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Cienc Saude Colet*, 9, 85-98.
- Ramos, K. A. & Prudêncio, F. A. (2020). Conhecimento de pacientes sobre diabetes mellitus tipo II. *Revista Artigos. Com*, 18: e3922. <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/3922>.
- Schimith, M. D., Brêtas, A. C. P., Simon, B. S., Brum, D. J. T., Alberti, G. F., Bidó, M. L. D. & Gomes, T. F. (2017). Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 15(1), 163-182. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005001103&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005001103&script=sci_abstract&tlng=pt).

Silva, R. B. da., Aragão, A. R., Barbosa, A. L. S., Aguiar, D. R. de., Bezerra, P. O., Coelho, Y. C. P., da Silva, R.P. & Furtado, E. A. C. (2020). Promoção da adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em uma estratégia de saúde da família. *Rev. REAC*, 10. <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/3008>.

Silva, Z. P. da., Ribeiro, M. C. S. de A., Barata, R. B. & Almeida, M. F. de. (2011). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*., 16, 3807-16.

Souza, C. L. & Oliveira, M. V. (2020). Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia. *Rev. Caderno de saúde coletiva*, 28(1):153-164. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/2020nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X202028010319.pdf>.

Souza, M. C. M. R. & Horta, N. C. (2016) *Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática*. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Uchoa, T. D. M., Lopes, G. C. G., Gadelha, M. O., Oliveira, S. L. B. G. de., Falbo, A. R. & Melo, P. R. S. de. (2020). Déficit de cognição no paciente idoso atendido no ambulatório de clínica médica em hospital escola no nordeste do Brasil. *Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS*. <https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/846>.

Vaz, F. E. da C. R. (2020). Modelação linear e extensões: aplicação da regressão logística no estudo de câncer da mama. *Rev. Repositório aberto. UAB*. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10470>.

Vieira, K. L. D., Gomes, V. L. O., Borba, M. R. & Costa, C. F. S. (2013). Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, 17(1), 120-127. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100017&script=sci_abstract&tlng=pt).