



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Antonio Muniz Regis Júnior

Promovendo o diagnóstico precoce e a
corresponsabilização das pessoas com Diabetes Mellitus
atendidas na comunidade de Araruama - RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Antonio Muniz Regis Júnior

Promovendo o diagnóstico precoce e a corresponsabilização das
pessoas com Diabetes Mellitus atendidas na comunidade de
Araruama - RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Micheli Leal Ferreira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Antonio Muniz Regis Júnior

Promovendo o diagnóstico precoce e a corresponsabilização das
pessoas com Diabetes Mellitus atendidas na comunidade de
Araruama - RJ

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**

Coordenadora do Curso

Micheli Leal Ferreira

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: Diabetes Mellitus é uma doença cuja principal característica é o aumento de açúcar no sangue. Ela altera o metabolismo do açúcar, da gordura e das proteínas. Se manifesta quando o corpo não produz a quantidade essencial de insulina para que o açúcar do corpo se mantenha normal. Existem dois tipos de Diabetes Mellitus: tipo 1, correspondente a apenas 10% dos diabéticos têm esse tipo, e se manifesta principalmente em crianças e adolescentes; e tipo 2, que também aparece em crianças e jovens, mas é mais comum depois dos 30 anos, em pessoas obesas e pessoas idosas. E, devido a deficiência impactante no conhecimento da diabetes mellitus, percebe-se a necessidade de uma conscientização da população quanto ao seu conceito, suas complicações e fatores de risco. **Objetivo:** Promover o diagnóstico precoce e a responsabilização no tratamento das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas na comunidade de Araruama - RJ. **Metodologia:** Foi realizada no ano de 2018, na Comunidade Parque Mataruna, junto a população portadora do diabetes mellitus. O estudo foi distribuído por amostragem: definição do problema, forma de mensuração e coleta, construção de cadastros, treinamento de grupos focais, planejamento amostral, digitação de dados, depoimentos e estimação de resultados. Foram utilizadas duas abordagens complementares: a abordagem extensiva e abordagem compreensiva. Também foi utilizado o grupo focal para que os membros do grupo narrassem e discutissem visões e valores sobre a patologia e o mundo que os rodeiam. **Resultados:** Os diferentes grupos focais permitiram diversas observações e discursos relevantes, onde se conheceu a importância do tratamento não medicamentoso do diabetes, bem como os estudos redirecionaram as formas de controle e promoveram o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Autocuidado, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diagnóstico

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Diabetes Mellitus	13
3.2	Os tipos de Diabetes Mellitus	13
3.3	Diabetes Mellitus tipo 1	14
3.4	Diagnóstico do DM1	16
4	METODOLOGIA	17
4.1	Caracterização do estudo	17
4.2	Primeira Etapa	17
4.3	Segunda Etapa	18
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
5.1	Resultados e Discussão	21
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O Parque Mataruna, no município de Araruama – RJ tem uma população média de 20 mil habitantes. A comunidade sofre com vários problemas, entre eles, baixo nível de escolaridade e renda per capita, falta de saneamento básico, doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II com expressiva prevalência em sua população segundo dados da própria Secretaria de Saúde do município.

A equipe da ESF é composta por um médico, quatro agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Atuamos em conjunto para ofertar o melhor atendimento possível população. Não contamos com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

O Diabetes Mellitus (DM) representa uma das enfermidades com maior prevalência e geradora de diversas incapacidades em seus portadores. Hoje apresenta proporções de pandemia, em decorrência da cronicidade advinda do seu mau controle, tem significativo impacto social e econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade (SBD, 2018).

No que refere se a DM e suas complicações, observa-se uma preocupação tanto dos gestores locais, quanto dos profissionais ligados à saúde e da população de uma forma geral. O trabalho da equipe de saúde visa o diagnóstico precoce das pessoas com DM, muitas vezes, a deficiência no acesso às informações por parte da população, quanto aos principais sintomas, fatores de risco e consequências acabam prejudicando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e acarretando complicações.

Nesse aspecto a Equipe da Saúde da Família (ESF) atua de forma coordenada para minimizar os danos causados por essa enfermidade.

Deve-se destacar que a identificação precoce, a assistência oferecida, o acompanhamento adequado, o estabelecimento do vínculo com as UBS e suas ESF, são essenciais para o sucesso do controle de agravos, prevenção de complicações, redução de número de internações hospitalares e a controle de mortalidade dentre as pessoas portadoras de diabetes mellitus.

A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita as ESF aqui alocadas, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da real condição da população.

Este projeto de intervenção se justifica pelo panorama apresentado. Existe uma deficiência importante e impactante no que diz respeito à conscientização da população quanto ao DM, suas complicações e fatores de risco, desta forma acreditamos que a prevenção e a promoção da saúde de nossa população vêm sendo prejudicada por esta realidade, para mudá-la tal projeto foi elaborado.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover o diagnóstico precoce e a corresponsabilização no tratamento das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas na comunidade de Araruama - RJ.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar grupos para promover saúde para população;
- Promover educação continuada sobre estratégias e ações que identifique, precocemente, as pessoas em condições de vulnerabilidade;
- Promover a educação permanente dos profissionais através das reuniões de equipe.

3 Revisão da Literatura

3.1 Diabetes Mellitus

A tradição de estudos do diabetes mellitus (DM) e a sua historicidade relatada há mais de 3. 500 anos, tem significativo papel como problema de saúde pública mundial, e de modo especial no atual contexto social brasileiro. Celsus foi quem nomeou a doença de “Diabetes” que significa sifão, e Mellitus que vem do grego meles; que significa “mel” (CARVALHO, 2002).

Logo percebe-se que o diabetes é uma doença que há muito tempo foi descoberta e ainda hoje prevalece com seu caráter devastador. O termo diabetes mellitus (DM) compreende um grupo de doenças metabólicas de várias etiologias, caracterizado por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, resultando em defeitos na secreção e/ou ação da insulina. A hiperglicemia crônica que ocorre no DM está associada à disfunção fisiológica de vários órgãos, e a complicações especialmente nos olhos, nos rins, no sistema nervoso, no coração e vasos sanguíneos (RODRIGUES; MOTTA, 2012).

3.2 Os tipos de Diabetes Mellitus

São muitos os tipos de diabetes mellitus (DM) analisados. O DM pode ser classificado em tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) e gestacional. DM1 é a forma autoimune, resulta da destruição das células pancreáticas por mecanismo mediado por células. No DM2, os indivíduos afetados apresentam resistência à insulina, em combinação com deficiência relativa (não absoluta) da secreção de insulina, DM gestacional é caracterizado pelo quadro de intolerância à glicose, com primeira identificação na gravidez e pode persistir após o parto evoluindo para DM2 (DALLAQUA; DAMASCENO, 2011).

O tipo de diabetes mais frequente é o DM1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o DM2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos, o termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. Administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico (DALLAQUA; DAMASCENO, 2011).

A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifestasse pela incapacidade de compensar essa resistência (ASSUNÇÃO;

SANTOS, 2001).

As manifestações clínicas de todos os casos de DM incluem: poliúria, polidipsia e polifagia. A poliúria define a micção aumentada, a polidipsia a sede aumentada e a polifagia fome intensa ou aumentada, que decorrem em consequência da perda excessiva de líquidos associada à diurese osmótica. Os outros sintomas manifestam-se em forma de fadiga e fraqueza, alterações visuais súbitas, formigamento ou dormências nas mãos ou pés, pele seca, lesões cutâneas ou feridas que exibem cicatrização lenta alm de infecções recorrentes (SBD, 2018).

Para a maioria dos casos (aproximadamente 75%), o DM2 é detectado por acaso, quando exames laboratoriais rotineiros ou exame oftalmológico são realizados. Ressalte-se que os sintomas clínicos do diabetes mellitus são conhecidos desde a antiguidade. Há informações na literatura de que os primeiros dados da doença datam de 1.000 a.C., vindos do Egito, e na Índia por volta de 400 a.C. Charak e Susrut a os detectaram através do caráter adocicado da urina diferenciando-a ainda em dois tipos: do obeso e do indivíduo que no início da doença apresentava emagrecimento e desidratação além de polidipsia e poliúria (CARVALHO, 2002).

O DM apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Constitui uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (SBD, 2018). Muito embora tenha ocorrido avanços no tratamento do diabetes, essas desordens ainda são responsáveis por importantes taxas de morbidade e mortalidade no atual contexto social (MS, 2001).

O que podemos observar é que a frequência de pessoas com DM vem aumentando a cada dia trazendo prejuízo para população. Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que é portadora da doença, algumas vezes permanecendo sem diagnóstico até que se manifestem sinais de complicações. Entretanto, como já mencionado, o DM é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco, relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população, o DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos respectivos fatores de risco (ASSUNÇÃO; SANTOS, 2001).

O diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento da doença e prevenção de suas complicações. Em particular no DM2, a incidência e a prevalência estão aumentando em proporções epidêmicas e atingindo com mais intensidade a população na idade entre 30 a 69 anos (ASSUNÇÃO; SANTOS, 2001)

3.3 Diabetes Mellitus tipo 1

Em estudos anteriores constatou-se que o DM é um distúrbio no metabolismo dos carboidratos (açúcares), causado por problemas na produção ou na recepção de um hormônio pancreático, a insulina, que pode diminuir, e nos casos mais graves, faltar, no sangue. Como é a insulina que controla a glicose circulante, ocorrem picos de hiperglicemia. No diabetes tipo 1 (juvenil) a falência da parte endócrina do pâncreas, responsável pela fabricação de insulina, torna necessário o uso diário de injeções desse hormônio (SBD, 2018).

A DM1 é classificada de acordo o processo patogênico que resulta em hiperglicemia. Conforme pesquisa realizada em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002 e com projeção de alcançar 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, sendo o DM1 responsável por cerca de 5% a 10% dos casos (GROSS et al., 2002).

O DM1, é uma doença autoimune, como já foi falado na introdução dessa pesquisa, decorrente da destruição das clulas Beta pancreáticas resultando em uma deficiência absoluta de insulina ou ainda, na ausência de evidências autoimune referida como idiopática (GROSS et al., 2002).

O DM1 afeta indivíduos geneticamente susceptíveis, os quais sinalizam alguns marcadores de autoimunidade como os auto anticorpos anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico, antitirosina-fosfatase e anti-ilhota pancreática que podem estar presentes meses ou anos antes do diagnóstico clínico, ou seja, na fase pré-clínica da doença. Esses marcadores são identificados em até 90% dos indivíduos quando se detecta hiperglicemia. Mas, a despeito da possibilidade de serem encontrados em qualquer faixa etária, são mais comuns na infância e adolescência (GROSS et al., 2002).

Os genes do sistema de histocompatibilidade humano, sobretudo os de classe II DR3, DR4 e DQ, responsáveis por 40% do componente genético desta doença crônica(SBD, 2018). As manifestações clínicas do DM1, no entanto, só se tornam evidentes tardiamente quando já ocorreu o comprometimento de cerca de 80% da massa das ilhotas pancreáticas (RODRIGUES; MOTTA, 2012). Essa doença afeta predominantemente crianças e adolescente, com o pico de início entre 11 e 12 anos de idade.(RODRIGUES; MOTTA, 2012).

Esse fato é corroborado pela taxa de prevalência elevada já que o DM1 é a segunda doença crônica mais comum nessa faixa etária, sendo superada apenas pela asma (MS, 2010). Ainda assim, diversos estudos recentes apontam para uma tendência mundial de aumento na incidência em menores de 5 anos de idade. Em relação à incidência, o DM1 tem grande variabilidade, sendo a taxa bastante elevada em alguns países nórdicos como a Finlândia (40 casos/100.000 nascimentos/ano) ao passo que países asiáticos apresentam taxas significativamente menores (inferiores a 3/100.000 nascimentos/ano) (MS, 2010).

No Brasil, são escassos os estudos que avaliaram a incidência do DM1. Um estudo

realizado em Londrina, Paraná, mostrou incidência de 12,(SBD, 2018), já outro estudo realizado em quatro cidades de São Paulo mostrou incidência de 7,6/100000 em jovens abaixo de 15 anos (TORRES; FRANCO, 2009).

3.4 Diagnóstico do DM1

O diagnóstico de DM1 é realizado quando o paciente apresenta um ou mais dos seguintes critérios:

- Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl;
- Glicemia maior ou igual a 200mg/dl após teste de tolerância oral a glicose;
- Glicemia aleatória maior ou igual a 200mg/dl em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia (Ou um) HbA1c maior ou igual 6,5% (SBD, 2018).

Considerando-se o DM1 em populações pediátricas, apesar de em geral esses pacientes apresentarem sinais clássicos como poliúria, polidipsia e emagrecimento essas sintomologia pode muitas vezes ser mascaradas em crianças que ainda usam fraldas e mamam-se, devendo se atentar para sinais que incluem perda de peso, irritabilidade e desidratação. Essa alta suspeição clinica pode evitar o diagnóstico tardio associado à descompensação em cetoacidose, atualmente ainda uma grande realidade (SBD, 2018).

Mediante o exposto, este projeto de intervenção mostra-se relevante uma, vez que, com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado controlamos a incidência de complicações que podem diminuir a expectativa e qualidade de vida dos pacientes, as mudanças dos hábitos de vida influenciam na prevenção e controle da DM2. A promoção da saúde é uma ferramenta modificadora de papel fundamental para estratégia no combate desta enfermidade.

4 Metodologia

4.1 Caracterização do estudo

Este projeto foi realizado no ano de 2018, na Comunidade Parque Mataruna no município de Araruama - RJ, junto a população portadora do diabetes mellitus (DM). O estudo foi distribuído por amostragem compreendendo várias fases distintas: definição do problema, forma de mensuração e coleta, construção de cadastros, treinamento de grupos focais, planejamento amostral, digitação de dados, depoimentos e estimação de resultados. A base de dados para a solução desta amostragem foi o cadastro da ESF (Estratégia da Saúde da Família), constituída a partir dos dados mais recentes na época, dos pacientes atendidos nesta unidade.

Duas abordagens complementares, distintas tanto nas estratégias adotadas como nos seus resultados, foram necessárias para a realização deste trabalho: a abordagem extensiva e abordagem compreensiva. E para que estas abordagens tivessem um bom funcionamento, foram desenvolvidas ações estratégicas inter-relacionando-as de modo a articular os respectivos benefícios e superar as limitações de cada uma. Para tanto, foram aplicados questionários fechados aos pacientes e às famílias, entrevistas em grupos focais com pacientes, famílias e agentes de saúde; bem como, entrevistas individuais abertas com o grupo focal de profissionais.

A abordagem extensiva baseou-se na representatividade e na capacidade inferencial dos dados e a característica da pesquisa do tipo qualitativa. Já a abordagem compreensiva trabalhou as orientações do tratamento não medicamentoso. Essa por sua vez, utilizou técnicas mais profícuas dos grupos focais, além da observação in loco na pesquisa e das entrevistas individuais, (atendimento personalizado), em profundidade, com pacientes e famílias, agentes comunitários e profissionais de saúde.

Outro instrumento qualitativo utilizado na pesquisa, foram as entrevistas semiestruturadas. Nesta abordagem o entrevistador utilizou um roteiro de entrevista amplo, que cobriu diversos aspectos do fenômeno a ser estudado. Ou seja, por meio de suas respostas, os informantes revelaram seus pensamentos sobre a realidade, suas experiências e percepções básicas sobre o diabetes mellitus.

4.2 Primeira Etapa

Nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2018, foram realizadas quatro entrevistas coletivas, tipo seminário com as informações da ESF. A primeira entrevista foi com a comunidade; a segunda, com os profissionais da saúde; a terceira, com os agentes comu-

nitários, e a quarta, com pacientes diagnosticados com DM1 e DM2. Esses encontros de diferentes grupos focais tiveram como base para discussão, os seguintes questionamentos:

1. Que concepção de tratamento os pacientes são orientados com diabetes nessa comunidade?
2. Qual o papel do diabético no processo de seu tratamento?
3. Quais as principais dificuldades encontradas nesses papéis?
4. Que concepção tem as famílias das pessoas com diabetes?
5. Que concepção de tratamento orienta a família?
6. Quais as principais dificuldades no processo de tratamento não medicamentoso?
7. Quais sugestões você daria para melhorá-lo?

A pesquisa extensiva que ocorreu no primeiro semestre de 2018 envolveu um conjunto diversificado de 43 pessoas. Vale ressaltar que o conteúdo e a duração das entrevistas e dos grupos focais foram diferenciados seguindo a categoria do informante. Assim, as entrevistas com os profissionais da ESF, agentes comunitários de saúde e grupos de família, duraram em média, 20 horas, para cada grupo.

Nesta etapa tivemos a equipe de profissionais da ESF representados pelo Médico_pesquisador, a Enfermeira e a Técnica de Enfermagem (totalizando 3 profissionais); 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e no Grupo focal de famílias da comunidade tivemos 3 grupos com 12 famílias totalizando 36 municípios.

Para a pesquisa compreensiva utilizou-se informações dos 3.620 pacientes atendidos pelo ESF.

4.3 Segunda Etapa

Os municípios da Unidade ESF foram cadastrados na sua totalidade correspondendo a 3.620 pacientes. Nesta etapa, também foram aplicados questionários e entrevistas, para a detecção de associações entre as variáveis qualitativas. Um novo índice foi calculado para quantificar pessoas com DM usando as mesmas variáveis da etapa anterior. Para isso foram aplicados questionários fechados a pacientes e famílias, entrevistas individuais abertas por meio de consultas e atendimento no posto de saúde.

Estas ações foram realizadas por meio das sistematizações das respostas dos participantes, identificando e classificando as categorias mais significativas. Quanto a observação in loco, foi obtido roteiros preenchidos pelo pesquisador, segundo os procedimentos de análise qualitativa.

Além da observação in loco na comunidade Jardim São Paulo, Araruama – RJ, das entrevistas individuais, e diagnose em profundidade com pacientes que necessitam de tratamento e controle do Diabetes Mellitus, extensivos também às suas famílias, ao mesmo tempo foi utilizado para a abordagem compreensiva o estudo com os grupos focais.

O grupo focal é uma técnica de entrevista na qual os membros do grupo narram e discutem visões e valores sobre a patologia DM e o mundo que os rodeiam. Frequentemente usado nas Ciências Sociais para buscar uma resposta aos “por quês” “causas e consequências” e como lidar com a realidade.

5 Resultados Esperados

5.1 Resultados e Discussão

O resultado dessas reuniões foi bastante proveitoso. O confronto de diferentes pessoas oriundas de diferentes famílias propiciou que emergissem questões bastante interessantes, que serão objeto de análise nas sessões seguintes. A pesquisa compreensiva levantou informações entre 3.620 pacientes atendidos pelo ESF.

As perguntas apresentadas foram condicionadas pela concepção plural que os sujeitos têm da patologia diabetes mellitus (DM). As respostas foram muito variadas e abrangendo diferentes componentes do processo do tratamento não medicamentoso. 65% dos entrevistados fundamentam sua concepção a partir da relação com a experiência do trabalho com o uso de remédios ao relatam ao responder à pergunta:

- É necessário o uso de remédios desde o início da descoberta do diabetes(...).

É interessante observar que a maioria das pessoas entrevistadas atenta somente aos benefícios proporcionados pelo uso de medicamentos, esquecendo que o ponto fundamental do tratamento é a modificação do estilo de vida, incluindo modificações dietéticas e aumento da atividade física.

Matos, 2005 enfatiza que a prática de exercício aumenta a sensibilidade periférica a insulina através da diminuição da massa gorda. Os exercícios recomendados são aqueles de característica aeróbia, como caminhar, nadar, correr, andar de bicicleta, entre outros que envolve grande massa muscular, com frequência de três a quatro vezes semanais e duração de vinte a sessenta minutos, não devendo ultrapassar a intensidades de 80% do consumo de oxigênio (VO₂max) podendo este controle de intensidade ser feito também com base na Percepção Subjetiva de Esforço (PSE) (TROMBETA, 2005).

O sucesso do tratamento com dieta e exercício é atingido quando o paciente mantém um crescimento normal, com controle de peso, glicemia de jejum próximo da normalidade (inferior a 120mg/dl) e uma hemoglobina glicada próximo aos seus valores normais. Quando as metas do tratamento não são atingidas apenas com as mudanças de estilo de vida, a terapia farmacológica deve ser iniciada (TROMBETA, 2005).

Outra parte, 25% de entrevistados na pesquisa compreensiva, afirmam que:

- O tratamento com uso de remédio nos dar mais segurança.

Esta concepção precisa ser ressignificada, conscientizando o paciente e suas famílias da importância da mudança no seu estilo de vida, incluindo de acordo com a necessidade o uso de medicamentos associado à prática educacional. Ambas têm um importante papel no tratamento das doenças crônicas.

Analisando os relatos numa perspectiva de pontos comuns, muitas famílias têm cons-

ciência que a informação é de suma significância no tratamento e acompanhamento dos diabéticos. Percebe-se que a maioria das famílias entrevistadas são bastante conscientes que o tratamento segue desde a participação da família até o compromisso dos diabéticos com o controle da doença.

No Brasil o Ministério da Saúde estima a existência de 12,5 milhões de diabéticos e muito deles sem diagnósticos. A patologia pode afetar o organismo 10 anos antes de o paciente suspeitar dos sintomas. Então, pacientes e seus familiares devem caminhar juntos. O tempo espaço da sociedade é mutável: o envelhecimento da população, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes fatores responsáveis pelo número crescente de prevalência do diabetes (MS, 2001) .

De acordo com O Painel Indicador do Sistema Único de Saúde 7 , retrata o seguinte: A doença gera grandes impactos econômico para o sistema de saúde e a sociedade devido ao tratamento e as complicações desencadeadas como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores (MS, 2010, p. 20). Entende-se pois que o diabetes mellitus constitui atualmente um dos principais problemas de saúde, que se refere tanto as crianças, a adolescentes, jovens e adultos. Às vezes, gerando incapacidade e mortalidade quanto ao elevado investimento do governo para o controlar e tratamento de suas complicações (MS, 2010).

Dessa forma o cuidado integral das famílias às pessoas com DM (em qualquer momento de sua vida), deve compreender aspecto psicossocial e fortalecer a pessoa e a família, para conviver com a condição crônica na qual o atendimento deve ser reforçado a percepção de riscos à saúde.

É salutar levar em consideração que a maioria dos participantes da primeira etapa da pesquisa, optam pelo tratamento medicamentoso, negando a importância das atividades educativas alimentares e físicas. Remete assim a importância da família em orientar e acompanhar acerca dessa doença. Ressalta-se que tanto indivíduo por ela cometido, como seus familiares devem estar imbuídos nessa ação coletiva.

Nessa mesma ocasião o grupo focal de profissionais de saúde apresentam depoimentos:

DP1. O tratamento para o DM poderá ser farmacológico ou não. O tratamento farmacológico para o DM tipo 2 consiste no uso hipoglicemiantes orais, em caso da dieta não ser suficiente para o controle da doença. O tratamento segue da necessidade de administrar insula até a adoção de medidas para o estilo de vida saudável, que inclui hábitos alimentares corretos e se necessários, o uso de medicamentos, interrupção do tabagismo, aumento de atividades físicas....

Pode-se detectar na fala dos profissionais de saúde uma proposta de trabalho mais humanizada em que se desenvolve uma atividade que leva aos diabéticos e família a descobrirem a importância dos novos pilares preventivos da saúde. Em consonância com Smeltzer, Bare (2005), esse estudo direciona o tratamento multidimensional da educação do paciente e da família. Os componentes essenciais do tratamento do diabetes, são tão

importantes como o uso de remédios (quando prescrito) e os outros componentes do regime (SMELTZER; BARE, 2005).

Ainda os profissionais de saúde relataram:

DP2 - *o DM constitui atualmente um dos principais problemas de saúde. As pessoas com DM têm sido vítimas constantes de amputações de membros inferiores decorrentes da evolução das doenças e outras complicações por falta de informações e conhecimentos.*

As doenças crônicas como o diabetes mellitus traz algumas limitações para as atividades comuns do dia a dia e novas incumbências para as pessoas que a desenvolve, muitas vezes não sendo aceitas pela sociedade. Assim dar-se o fenômeno de exclusão e não aceitação de convivência com o diferente. É relevante a conscientização da sociedade em geral no caso da prevenção e tratamento desta doença crônica.

A participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) nos seminários foi de fundamental importância:

DP1 - *o papel dos ACS é ensinar o autocuidado aos pacientes sob sua responsabilidade, como mudanças qualitativas de comportamento e participação no tratamento do diabetes.*

Nesse depoimento é nítida a relevância das orientações dispensadas pelos agentes de saúde. Não apenas o diabético, como também seus familiares que convivem diariamente com essa realidade, precisam estar bem informados e comprometidos junto aos programas de saúde da família, para contribuir na melhor qualidade de vida deles.

DP2 - *Os ACS's representam um elo entre a comunidade que atua e a ESF.*

Na segunda etapa da pesquisa, foram mencionados 54 casos de DM tipo 2 dentro do universo de 2.374 atendimentos. Vale chamar atenção para a magnitude desses percentuais. Observa-se também, que os depoimentos abaixo, corroboraram com a concepção que a maioria dos diabéticos tipo 2 tem do tratamento medicamentoso, sem falar da qualidade de vida com a mudança dos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas:

D1 - *o tratamento com o uso de remédio é de grande importância .*

D2 - *Eu acho que é de fundamental importância que os diabéticos tomem remédios na hora certa.*

D3 - *Muitos diabéticos escutam aquelas brincadeiras, as vezes de mal gosto: foi comer muito doce e acabou com diabetes .*

Pacientes DM, em grupos focais ressaltam a importância para o tratamento medicamentoso, sem observar o devido valor dos exercícios físicos. O mesmo grupo evidencia o uso de adjetivos que se disfarçam como “brincadeira” para o exercício e legitimidade de enfatizar o açúcar e a obesidade como únicos fatores causadores da DM. A partir da percepção das brincadeiras dirigidas ao diabético, está nas “entrelinhas” o preconceito social, foi também diagnosticado em alguns depoimentos o seguinte:

D4 - *A maioria dos DM tipo 2 (sujeito da pesquisa) deu menos atenção a qualidade de vida.*

Por outro lado, há quem considere que seja por uma consciência social crítica sobre uma cultura que tende a reproduzir o tratamento medicamentoso, seja como uma forma de autodefesa, os sujeitos da pesquisa colocar-se-iam em guarda contra situações interpretadas por eles como a dicotomia entre o tratamento com uso de remédios e a qualidade de vida, com a mudança dos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas.

O transito entre a opção da exclusiva do tratamento com uso de remédio e a qualidade de vida é claro em muitos discursos do sujeito da pesquisa.

É inadiável a prática de outras pesquisas no campo de uma saúde humanizada e a responsabilização da orientação, e do tratamento das pessoas com DM atendidas na comunidade Jardim Araruama – RJ, configurando um total de 124 pacientes diabéticos (desde janeiro a dezembro de 2018). Convém ressaltar que o trabalho do ESF, em atendimento à população, as intervenções são continuadas.

Tendo como suposto que a densidade demográfica afeta os fenômenos sociais, inclusive no ambiente da unidade pública, a definição do tamanho da amostra tem como parâmetro a variância da extensão do quadro de profissionais – medida pelo número de pacientes.

Assim, para definir o número dos sujeitos pesquisados, foi realizado o tamanho da amostra utilizando a variância do número de pacientes atendidos no –ESF (Estratégia da Saúde da Família), no período de agosto a novembro de 2018. Desta forma, mantendo um coeficiente de 95% e uma amostragem de erro de 3%, esse subconjunto variou, em cada grupo focal no mínimo de 124 pacientes. Por sua vez, o plano de amostragem levou em conta as diferenças entre os tipos DM e as orientações da qualidade de vida dos pacientes. Em segundo lugar, os resultados expressaram peculiaridades locais e socioeconômicos e amostra construída elegeu representatividade em cada um dos grupos focais formados.

A primeira das abordagens acima mencionada visa diagnosticar as atitudes dos que sinalizam a patologia e baseia-se na representatividade da população em loco da Unidade. Abordagem compreensiva procura trabalhar o controle da diabetes mellitus nas manifestações da vida social, psicossocial as atividades do sujeito. Inter-relacionando as duas abordagens extensivas e compreensivas a diagnose e a compreensão desses estudos em relação ao diabetes mellitus (DM), problema identificado na comunidade em estudo, possui alguns nós críticos, como a falta de informação sobre riscos e agravos, hábitos e estilos de vida errôneos, estrutura do serviço de saúde deficiente. A partir de cada nó foi elaborado uma ação estratégica sobre o DM, modificar o hábito e o estilo de vida, melhorar o acompanhamento de riscos e autonomias do usuário por meio de uma atenção integral.

Nesta indagação os diferentes grupos focais permitiram diversas observações e discursos relevantes: primeiro com a abordagem extensiva. Em segundo lugar com a abordagem compreensiva, envolvendo todos os sujeitos da pesquisa, onde se conheceu a importância do tratamento não medicamentoso do diabetes, bem como os estudos redirecionaram as formas de controle e promoveram o diagnóstico precoce das pessoas com diabetes mellitus atendidas na comunidade Jardim: Araruama – RJ.

Referências

- ASSUNÇÃO, M. C.; SANTOS, I. da S. *Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: Revista de saúde pública*. Rio grande do Sul: GIGANTE, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- CARVALHO, L. *Subsídios para o planejamento de cuidados especiais para o atendimento odontológico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- DALLAQUA, B.; DAMASCENO, D. *Comprovação do efeito antioxidante de plantas medicinais utilizadas no tratamento do Diabetes mellitus em animais*. São Paulo: Laboratório de Pesquisa Experimental de Ginecologia, 2011. Citado na página 13.
- GROSS, J. L. et al. Diabetes melito: Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 46, n. 1, p. 16–26, 2002. Citado na página 15.
- MS, M. da S. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 22.
- MS, M. da S. *Painel de indicadores do SUS nº 7: Panorâmico VIII*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 22.
- RODRIGUES, M. L. C.; MOTTA, M. E. F. A. *Mecanismos e fatores associados aos sintomas gastrointestinais em pacientes com diabetes melito*. Rio de Janeiro: *Jornal de Pediatria* 88, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- SBD, S. B. de D. *Educação em Diabetes*: Site sociedade diabetes. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/>: Site, 2018. Citado 4 vezes nas páginas 9, 14, 15 e 16.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Citado na página 23.
- TORRES, H.; FRANCO, L. *estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes*. Virginia: SCHALL, 2009. Citado na página 15.
- TROMBETA, M. L. *Sedentarismo e benefícios de atividade física*: tratado de cardiologia. BARUERI SP: SOCESP, 2005. Citado na página 21.