

DIABETES MELLITUS E ATENÇÃO HUMANIZADA A PESSOAS IDOSAS

Bruno Martinez Godoy¹
Isabela Pasinato Szezupior dos Santos¹
Maria Júlia Pedroso Pulchério¹
Mariah Castro de Paula¹
Mayra Deyse Hirt da Silva¹
Ticiany de Fatima de Souza Duarte¹
Tamyris Helen Kleindinst Schramm Penso²

A prevalência do Diabetes Mellitus (DM) entre os idosos tem mostrado um aumento considerável tanto global quanto nacionalmente, o que reflete o crescimento da longevidade da população e a maior exposição a fatores de risco, como sedentarismo e padrões alimentares inadequados^{1 2}. No Brasil, pesquisas epidemiológicas sugerem que a prevalência do diabetes mellitus entre os idosos pode chegar a cerca de 25% dessa população^{3 4}. O envelhecimento fisiológico contribui para a condição, pois há uma redução natural da sensibilidade à insulina, o que torna a doença mais prevalente e com um manejo clínico mais complicado em comparação com adultos mais jovens¹. A particularidade do DM em idosos requer, assim, uma estratégia especializada que se concentre não só no controle da glicose, mas também na manutenção da qualidade de vida e da funcionalidade⁵. A manifestação clínica do DM em idosos geralmente é atípica, o que traz desafios significativos para o diagnóstico e tratamento⁵. Embora os sintomas clássicos sejam evidentes em pacientes jovens, em idosos a doença pode se apresentar por meio de sintomas vagos ou complicações que já estão em um estágio avançado⁴. Por outro lado, o DM pode agravar condições associadas ao envelhecimento, criando um ciclo de declínio funcional². O DM está ligado ao surgimento da Síndrome da Fragilidade, que se caracteriza pela perda de massa muscular (sarcopenia), inflamação persistente e maior risco de quedas, dependência funcional, dificuldades cognitivas e depressão^{2 6 7}.

¹ Discentes da primeira etapa do Curso de Medicina do Centro Universitário - UNIVAG.

² Enfermeira. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia em Serviços de Saúde. Preceptora do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

A abordagem clínica do diabetes mellitus em idosos deve seguir a filosofia da personalização do tratamento, afastando-se das metas glicêmicas estritas aplicadas à população adulta^{5,8}. As diretrizes atuais destacam a importância de estratificar o paciente idoso de acordo com sua saúde geral, levando em consideração a expectativa de vida e a existência de comorbidades (como insuficiência cardíaca e doença renal crônica) e nível de funcionalidade (autonomia e habilidade para autocuidado)^{2,9}. Para idosos frágeis, por exemplo, o principal objetivo do tratamento deve ser evitar a hipoglicemia grave, uma condição que pode causar eventos cardiovasculares, quedas e declínio cognitivo. Nesse caso, recomenda-se um controle glicêmico mais flexível^{2,8}. A terapia medicamentosa demonstra essa personalização, requerendo cuidado na seleção dos agentes hipoglicemiantes, particularmente em pacientes com elevado risco de hipoglicemia frequente ou disfunção renal^{2,9}. Por exemplo, a metformina deve ter sua dose ajustada ou ser evitada em pacientes com função renal comprometida. Por outro lado, agentes com baixo risco de hipoglicemia, como os inibidores da DPP-IV, e aqueles com benefícios cardiovasculares e renais comprovados, como inibidores do SGLT2 e análogos de GLP-1, têm recebido maior atenção no tratamento, especialmente em pacientes com peso normal ou sobrepeso^{2,9}. Devido à maior vulnerabilidade e à dificuldade de identificação da hipoglicemia neste grupo (2), o uso de insulina basal também deve ser iniciado com doses baixas e ajustado gradualmente. Considerando a complexidade e o aumento da prevalência do DM entre os idosos, é essencial implementar uma estratégia integral e multidisciplinar que inclua tanto o tratamento medicamentoso quanto as intervenções não medicamentosas⁴. A instrução em saúde para o paciente e seus familiares, o incentivo de práticas regulares de exercícios físicos (abrangendo atividades de resistência e equilíbrio), a gestão do peso e o apoio psicossocial são componentes fundamentais para o êxito do tratamento e a preservação da autonomia^{4,9,10}. Este estudo tem como objetivo revisar as visões atuais sobre a relação entre diabetes mellitus (DM), fragilidade e declínio funcional, além de esclarecer as diretrizes atuais para o manejo clínico otimizado do DM em pacientes idosos.

O projeto extensionista integrador (PEI), executado pelos acadêmicos da faculdade de medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), analisaram de forma integrada os hábitos alimentares, o controle glicêmico e os fatores de riscos associados ao desenvolvimento de complicações do diabetes mellitus tipo 2 em pessoas idosas do, propondo e aplicando uma intervenção educativa voltada à promoção da saúde

e prevenção de agravos, na Comunidade Católica Sagrado Coração de Jesus, da abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Gonçalo Gomes da Silva – Construmat.

Esse trabalho foi desenvolvido com base na metodologia Arco de Maguerez, juntamente com a ferramenta 5W2H, que obteve como estudo a UBS da Família Gonçalo Gomes da Silva. Além disso, o estudo foi realizado pelos discentes, sob a orientação da preceptora, por meio de observação, das condições de funcionamento e necessidades identificadas por meio de relatos dos profissionais de diversos setores responsáveis pela unidade e a observação das atividades cotidianas entre os pacientes e os agentes comunitário de saúde (ACS). Vale ressaltar que, os processos de territorialização também foram realizados com a orientadora e discentes, observando as necessidades da comunidade e região.

Na primeira etapa, observação da realidade, foi feita a identificação da unidade, mediante entrevistas com as enfermeiras, técnicas de enfermagem e farmacêutica, destacando as funções das equipes, o que resultou em anotações organizadas e registros estruturados. É relevante enfatizar que, nesta fase inicial, houve envolvimento ativo dos alunos, com uma análise perspicaz da realidade. Além disso, com o auxílio do levantamento de problemas e dados in loco, nos chamou a atenção a alta prevalência de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM descompensados. Notou-se, também, que os bairros no entorno da unidade têm um grande número de pessoas idosas, situação que apontou para um cuidado maior com esse grupo, sendo a maior parcela de pacientes atendidos na unidade. Ademais, por meio do envolvimento dos discentes em aferição de pressão e testes glicêmicos, foram identificados os principais pedidos da comunidade relacionados a necessidade de mais informações sobre as patologias crônicas que afetam o grupo observado e os principais meios de prevenção ou tratamento para elas, durante todo o processo assistencial. Na segunda etapa, foram listados pontos chaves sobre saneamento básico, arboviroses endêmicas, a recorrente falta água potável no bairro, e medicação, doenças crônicas descompensadas, consumo de alimentação rica em sódio e açúcares, ausência de autocuidado e desconhecimento do conceito de doenças crônicas na pessoa idosa na área de abrangência. Todavia, considerando a falta de governabilidade sobre grande parte do que foi mencionado, foi decidido direcionar a atenção nas medidas preventivas dos mais variados tipos de patologias envolvendo o grupo idoso, bem como a promoção da qualidade de vida para eles.

Na interseção dessa abordagem somada as variáveis determinantes da situação, foram observados alguns pontos chaves como: Desconhecimento dos pacientes acerca das causas e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas; principais sintomas; A partir de qual momento procurar ajuda médica; Influência em outros problemas de saúde, entre eles HAS, e seu envolvimento nos tratamentos. Dessa forma, a análise tornou-se essencial para adaptar ou reinterpretar os entraves, ajudando na melhoria da condição de saúde, ou seja, a síntese das problemáticas contribuíram na busca por uma resposta.

Na terceira etapa, com as informações expostas ficou clara a relevância de elaborar um projeto de extensão, já que o déficit de identificações contribui na ausência de autonomia dos usuários do serviço de saúde. Os estudantes se mobilizaram, promovendo uma discussão para buscar esclarecimentos e apresentar informações sobre a realidade constatada, valendo ressaltar que as informações foram retiradas de bases de dados, por meio de pesquisas bibliográficas, achadas na biblioteca virtual SciELO Brasil. Assim, foi utilizado como base de teorização o estudo sobre os mais variados tipos de doenças crônicas focadas no grupo idoso, com ênfase no DM, tendo em vista que, entre os idosos consultados, foi a doença mais comum, destacando os sintomas, diagnósticos e meios de prevenção para promoção de qualidade de vida. Dessa forma, vale ressaltar que outros determinantes sociais de saúde, como a saúde mental, condições socioeconômica, hábitos de vida e saúde física foram estudadas e levadas em consideração nos estudos, uma vez que sua relação com tais patologias agrega para a compreensão e controle delas. Após a terceira etapa foram identificadas as hipóteses de solução, incluindo a formulação de estratégias e ações potenciais que possam tratar os aspectos-chaves, permitindo a criação de alternativas viáveis para abordar o problema identificado. É importante destacar que, nessa fase foi empregada a matriz do 5W2H, completada pelos alunos durante as atividades na própria universidade, como ferramenta metodológica e instrumento de planejamento. Esse instrumento de gestão consiste em sete perguntas-chaves; (O quê, Por quê, Quem, Onde, Quando, Como, Quanto custa). Diante dessa metodologia observa-se a identificação de possíveis soluções de enfrentamento presentes, até a aplicação de hipóteses de solução na prática, com uma análise crítica, a partir do paralelo entre teoria e realidade.

Na quinta etapa, que consiste na aplicação prática à realidade, os indivíduos programaram as soluções no contexto real e avaliação dos resultados, ou seja,

implementaram as ações planejadas através do retorno ao contexto real, para executar soluções no problema proposto. Sendo assim, nesta fase, a produção se baseou no planejamento de rodas de conversas e encontros com os idosos, cujo assunto era sobre hábitos de vida nocivos, diabetes mellitus descompensada, alimentação saudável e sedentarismo. Foram citando informações importantes e orientadoras, como dicas de controle e a busca por atendimento, além de atividades interativas sobre alimentação saudável, exercícios físicos voltados para as necessidades do grupo etário, a fim de engajar mais os pacientes a terem uma vida ativa, realiza-se um café da manhã saudável com a finalidade de mostrar uma alimentação adequada e algumas atitudes que previnem o aparecimento das patologias. As atividades foram executadas na Igreja Sagrado Coração de Jesus, próxima à unidade, com o objetivo de transformar a realidade observada. Durante as práticas extensionista na USB Construmat, notou-se grande desconhecimento sobre as doenças crônicas por parte da população, sendo a diabetes mellitus e hipertensão as comorbidades mais prevalentes em pessoas idosas da área adscrita. Em diversos momentos da observação da realidade na rotina da USF, presenciamos pacientes com parâmetros alterados, como por exemplo muitas pessoas idosas com a glicemia elevada. Os acadêmicos, a preceptora ou a equipe de saúde ao questionarem sobre o uso de medicação ou acompanhamento do diabetes, receberam as mais diversas respostas, sempre permeadas por desconhecimento sobre a própria condição de saúde, também desconhecimento sobre o conceito de doença crônica, falta de adesão ao tratamento farmacológico, uso incorreto de medicamento, além de hábitos não saudáveis, sedentarismo e alimentação rica em ultraprocessados. No primeiro dia do projeto com o grupo de idosos da Comunidade Católica Sagrado Coração de Jesus, por meio de uma dinâmica, proposta pelos acadêmicos, o grupo das pessoas idosas deveriam escrever ou desenhar, a indagação: *o que era alimentação saudável para você?* Cada participante recebeu um impresso, com um desenho de um prato e lápis de cor, para descreverem suas refeições diárias.

Os participantes admitiram alto consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados, ricos em açúcares, preparos de alimentos com temperos prontos ricos em sódio e consumo diário de carboidratos refinados. Também relataram baixa ingestão de legumes, verduras, frutas e fibras diariamente. Ainda nessa manhã de conversa, foi servido um café da manhã com frutas, pães, torta de legumes, café, chás e sucos integrais. Apresentando a diversidade nutricional que uma refeição deve ter, os pacientes aproveitam para

perguntarem sobre eles e sobre outros alimentos que eles ingerem no dia a dia. Os questionamentos feitos foram importantes para entender o conhecimento prévio deles e para ajudar a guiar as explicações sobre alimentação saudável. Assim como observado na unidade, os conhecimentos sobre as doenças crônicas eram limitados, ouvimos relatos como: *“minha diabetes iria passar apenas com alimentação e caminhada, sem o uso do medicamento”*; *“meu açúcar no sangue já chegou a 400, mas eu não tenho diabetes”*; *“eu tomo o remédio de diabetes só quando ela está alta”*; *“não precisa tomar sempre, só quando altera”*. Com essas falas, notamos uma uniformidade no pensamento a respeito do conceito de doença crônica, mostrando que os pacientes desconhecem sobre as próprias condições, não compreendendo a necessidade de manter um acompanhamento médico periódico, uso contínuo de medicamentos e o autocuidado referente à saúde mental, alimentação e exercícios físicos. No encontro seguinte foi apresentado no mesmo grupo de apoio, a atividade teve a intenção de criar um espaço de acolhimento, escuta e diálogo, proporcionando maior liberdade para as participantes compartilharem experiências pessoais, conflitos familiares, preocupações com as amigas e a necessidade de atenção e vínculo afetivo. Foi evidente o quanto valorizam esse momento de cuidado e escuta. A roda de conversa culminou em um momento de descontração e valorização pessoal, quando as integrantes do grupo foram maquiadas pelos acadêmicos, seguido por um momento com dança regional e o que resultou em uma perceptível melhora da autoestima, alegria e bem-estar, demonstrando a importância de ações humanizadas e integradas no cuidado à saúde.

A extensão tornou possível compreender a importância da educação em saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis ao trabalhar a alimentação saudável com uma oficina de culinária para diabéticos e pré-diabéticos, pilares do autocuidado, saúde mental da pessoa idosa, exercícios físicos adaptados de baixo impacto e tratamento medicamentoso correto para doenças crônicas, com o grupo comunitário da Igreja Sagrado Coração de Jesus, localizada no bairro Alameda na cidade de Várzea Grande/MT.

A partir da observação da realidade ficou evidente que embora alguns participantes apresentassem conhecimento sobre doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus tipo 2, ainda havia lacunas a serem esclarecidas, como: os níveis de controle glicêmico durante a alimentação, a necessidade do acompanhamento contínuo, a vida social ativa e a relevância dos exercícios físicos. Dessa forma, o trabalho destacou a

importância de ações de prevenção e educação em saúde voltadas para grupos vulneráveis, como pessoas idosas de regiões com menor acesso a recursos de saúde, reforçando a importância da atenção primária e do trabalho multiprofissional no cuidado com o Diabetes Mellitus tipo 2. Por fim, é recomendado a continuidade das atividades educativas e de acompanhamento periódico, visando à melhora da qualidade de vida, à redução de complicações e à promoção da autonomia dos pacientes no autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chentli F, Meskine D, Saadi M, Lounis A. Diabetes mellitus em idosos: revisão de literatura. *Scientia Generalis*. 2025;6(1):270-5.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. O paciente idoso com diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2025 [citado 2025 out 5]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/o-paciente-idosocomdiabetes/>
3. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do estudo Fibra. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2022;25(5):e210203.
4. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RSD, Scharmm JM. Prevalência de diabetes mellitus, suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad Saúde Pública*. 2021;37:e000000. (Obs.: O número do artigo não foi informado; caso queira, posso ajustar.)
5. Roller LF, Sobrosa AA, Resende GC, Rego GC, Coppola MB. Manejo da diabetes mellitus em pacientes idosos. *Rev Multidiscip Saúde*. 2023;4(4):26805.
6. Lima Filho BF, Gama AGD, Dias VN, Silva EMT, Cavalcanti FAC, Gazzola JM. Síndrome da fragilidade em idosos com diabetes mellitus tipo 2 e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(1):e190196.
7. Cunha AN. Síndrome da fragilidade associada a sarcopenia em idosos com e sem diabetes mellitus tipo 2 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2021 [citado 2025 out 5]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamentododiabetes/>
9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Abordagem do paciente idoso com diabetes mellitus. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022 [citado 2025 out 5]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/abordagemdo-paciente-idoso-com-diabetes-mellitus/>
10. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Mellito Tipo 2. Brasília: CONITEC; 2024.